

# 46° Congreso Argentino de Reumatología

---

13 al 16 de noviembre de 2013

Hotel Provincial - Mar del Plata - Argentina



## SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

COMISIÓN  
DIRECTIVA  
2013-2015

### Presidente

Dr. Gustavo Citera

### Vicepresidente

Dr. Alejandra Babini

### Presidente anterior inmediato

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

### Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

### Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

### Vocales titulares

Dr. Marcos G. Rosemffet  
Dr. Mercedes A. García  
Dr. Gustavo C. Casado  
Dr. Augusto M. Riopedre  
Dr. Javier E. Rosa  
Dr. Gladys M. Seleme

### Vocales suplentes

Dr. Guillermo A. Berbotto  
Dr. Ingrid Petkovic  
Dr. Laura B. Onetti  
Dr. César E. Graf  
Dr. María C. De la Vega  
Dr. Raúl H. Paniego

### Revisores de cuentas

Dr. Eduardo J. Scheines  
Dr. Cristóbal D. Heredia

### Director de la Revista

Soriano Enrique R.

### Co-Directores

Alba Paula y Scublinsky Darío

### Comité Científico

Alarcón Graciela (USA)  
Amigo Mary Carmen (México)  
Arana Roberto M. (Argentina)  
Arinovich Roberto (Chile)  
Arturi Alfredo S. (Argentina)  
Battagliotti Carlos (Argentina)  
Bellomio Verónica I. (Argentina)  
Berman Alberto (Argentina)  
Canoso Juan (México)  
Catoggio Luis J. (Argentina)  
Cervera Ricardo (España)  
Chaparro Del Moral Rafael E. (Argentina)  
Dubinsky Diana M. (Argentina)  
Espinoza Luis R. (USA)  
Citera Gustavo (Argentina)  
Gutfraind Ernesto (Argentina)  
Hofman Julio (Argentina)  
Martins Silvia (Argentina)  
Martín Mola Emilio (España)  
Onetti Carlos M. (Argentina)  
Paira Sergio O. (Argentina)

Pérez Dávila Adriana (Argentina)  
Rillo Oscar L. (Argentina)  
Rivero Mariano (Argentina)  
Seijo Luis (Argentina)  
Shoenfeld Yehuda (Israel)  
Sormani de Fonseca María L. (Argentina)  
Strusberg Alberto (Argentina)  
Suárez Almazor María E. (USA)  
Venarotti Horacio O. (Argentina)  
Zoruba Diana R. (Argentina)

### Comité Organizador del Congreso

#### Presidente

Dr. Gustavo Citera

#### Presidente Pasado

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

#### Vicepresidente Primero

Dr. Alejandra Babini

#### Vicepresidente Segundo

Dr. Fabián E. Risueño

#### Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

#### Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

#### Presidente Comité Científico

Dr. Marcos G. Rosemffet

#### Comité Científico

Dr. Marcos G. Rosemffet  
Dr. Eduardo J. Scheines  
Dr. Enrique R. Soriano  
Dr. Eduardo Mysler  
Dr. Javier E. Rosa  
Dr. Amelia Granel  
Dr. Cecilia Pisoni  
Dr. Rafael E. Chaparro del Moral  
Dr. Emilio Buschiazio  
Dr. Christian A. Waimann  
Dr. Verónica I. Bellomio  
Dr. Verónica Saurit  
Dr. Eleonora Bresan

#### Comité de Organización Interna

Dr. Mario L. Cousseau  
Dr. Delfor A. Giacomone  
Dr. Gustavo Rodríguez Gil  
Dr. Amelia Granel  
Dr. Gustavo Medina  
Dr. Gisela Pendón  
Dr. Dora A Pereira  
Dr. Graciela N. Rodríguez  
Dr. Hugo Scherbarth  
Dr. Adriana Testi

### Comité de Prensa y Difusión

Dr. Silvia M. Babini  
Dr. Roberto M. Báez  
Dr. Gustavo C. Casado  
Dr. Emma Civit de Garignani  
Dr. Geofredo G. Earsman  
Dr. Cristóbal D. Heredia  
Dr. Ma. Florencia Marengo  
Dr. Ma. Josefina Molina  
Dr. José L. Moreno  
Dr. Dora A. Pereira  
Dr. Mónica N. Regidor  
Dr. Javier E. Rosa  
Dr. Mónica P. Sacnún  
Dr. Verónica Saurit  
Dr. Alicia Testa

### Comité de Relaciones Internacionales

Dr. Juan J. Scali  
Dr. Alejandro Alvarellos  
Dr. Alberto Berman  
Dr. Antonio C. Catalán Pellet  
Dr. Luis J. Catoggio  
Dr. Mercedes A. García  
Dr. José A. Maldonado Cocco  
Dr. Eduardo Mysler  
Dr. Anastasia Secco  
Dr. Guillermo A. Tate

---

Publicación trimestral  
© **MV Comunicación & Marketing**® 2013

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otro sistema de información sin la autorización por escrito del titular del copyright

La Revista Argentina de Reumatología se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

La Revista Argentina de Reumatología es una publicación de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).  
Av. Callao 384, piso 2, dpto. 6,  
(C1022AAQ) Buenos Aires.  
ISSN 0327-4411

Editada por  
**MV Comunicación & Marketing**®

Director: Máximo Oberländer  
Alvarez Condarco 2550- Beccar  
(1643) Pcia. de Buenos Aires  
Tel./Fax: (54-11) 4719-6399  
E-mail: info@mvcomunicacion.com

**[www.mvcomunicacion.com](http://www.mvcomunicacion.com)**

Mar del Plata, 13 de noviembre de 2013

Estimados colegas y amigos, es un placer para todo el equipo SAR poder encontrarnos en el marco de un nuevo Congreso Argentino de Reumatología. Como todos ustedes saben, en mayo de este año asumí la nueva Comisión Directiva de la SAR, la cual me toca presidir por 2 años. Sin embargo, nuestros objetivos siguen siendo los mismos que iniciamos con Bernardo hace 2 años.

En aquel momento, establecimos proyectos a corto y mediano plazo que hemos cumplido y seguimos cumpliendo. Afianzando o corrigiendo los ya logrados y modelando los nuevos.

**La SAR continúa y profundiza su actitud federal:** tres de las reuniones de Comisión Directiva de este año se realizaron en diferentes lugares del interior del país (Bariloche, Tucumán, Mar del Plata), con presencia de representantes de las filiales, con quienes pudimos compartir sus FODA y entender sus necesidades.

Iniciamos el **proyecto SARFILINE:** becas de apoyo para la investigación en las filiales. El objetivo de esto es dar sustento económico a todas las filiales que presenten proyectos de investigación o docencia regional. Este año, con gran orgullo, tres de las filiales (Provincia de Buenos Aires, Tucumán y Córdoba) obtuvieron la beca y ya iniciaron sus proyectos.

**El proyecto Nacional de Educación comenzó a dar sus frutos:** hemos reformulado el Curso Superior de Médicos Especialistas en Reumatología, que se dictaba en la sede de la SAR para los médicos asistentes de capital federal y alrededores. El curso se transmite online a todo el país, además de haberse rediseñado el programa y la modalidad de evaluación.

La SAR ha establecido un **convenio con el Ministerio de Salud** de la Nación para entregar entre ambos el diploma habilitante de médico especialista en Reumatología.

Hemos firmado el **Convenio con la Sociedad Española de Reumatología**, para intercambio de becarios y realización de proyectos de investigación conjunta.

Este año nuevamente y con mucho orgullo hemos entregado **8 becas de pasantías cortas** en el exterior para médicos jóvenes socios de la SAR.

**Las becas SAR-ACR** continúan creciendo y este año entregamos 15 becas, que permitieron mostrar el nivel de excelencia de la Reumatología argentina en el mundo.

La SAR cuenta ya con los recursos propios y genuinos para llevar adelante el **Proyecto Epidemiológico Nacional** y conocer la prevalencia de las principales enfermedades reumáticas en nuestro país. El proyecto se iniciará en abril de 2014 con una duración estimada de 4 meses.

En base a los resultados de las encuestas de años anteriores, hemos reestructurado algunos aspectos del Congreso Argentino: duración diaria más acotada, mayor número de conferencistas de habla hispana, tiempo de almuerzo y relajación adecuado y espacio conveniente para la presentación de los posters. El número de abstracts recibidos por el Comité Científico del Congreso es récord y llega a 270, lo cual muestra el entusiasmo y dedicación de los reumatólogos argentinos.

Quiero agradecer a todos los miembros del equipo de la SAR el compromiso constante y la dedicación incondicional que muestran.

En nombre de todo este equipo, queremos darles la bienvenida al 46to Congreso Argentino de Reumatología y esperamos que disfruten del mismo. Nuestro compromiso es continuar creciendo y mejorando, para lo cual necesitamos de la crítica y el apoyo de ustedes. *"Hay muchas cosas que no sabemos, pero que no podemos aprender, ninguna"*.

Muchas gracias por todo su apoyo

Gustavo Citera,  
*en representación del equipo SAR*

## Becas SAR ACR

Se han otorgado 15 becas a socios de la SAR, autores de trabajos científicos que han sido aceptados para su presentación en el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Nuestro objetivo es posicionar a la Reumatología Argentina en el contexto científico internacional, estimulando la investigación nacional y favoreciendo su proyección en el exterior.

1. Natalia Zamora (*"The Age At Onset Of Symptoms Influence The Clinical Expression Of The Disease In Patients With Ankylosing Spondylitis"*)
2. Alejandro Cayetti (*"How The Delay In Diagnosis Impacts On The Clinical, Functional and Radiographic Status Of Patients With Ankylosing Spondylitis Is There a Window Of Opportunity?"*)
3. Fernando Andrés Sommerfleck (*"Smoking and Its Relationship With Clinical, Radiological and Functional Status In Patients With Ankylosing Spondylitis"*)
4. Tomas Cazenave (*"Utility Of An Ultrasound Enthesitis Score As a Complementary Diagnostic Tool To Detect Psoriatic Arthritis In Patients With Psoriasis"*)
5. Christian Alfredo Waimann (*"Delay In Consultation and Starting Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs In Patients With Rheumatoid Arthritis In Argentina. How Early Arthritis Clinics Impact On Health Barriers?"*)
6. Marina Scolnik (a- *"Correlation Between Patient Self-Report Of Symptoms Of Raynaud's Phenomenon and Objective Assessment Of Digital Microvascular Perfusion Using Infrared Thermography"* - b- *"Are There Differences In Limited Systemic Sclerosis According To Extension Of Skin Involvement?"*)
7. Josefina Marin (*"Repeat Biopsy In Lupus Nephritis: A Single-Center Experience"*)
8. Cristian Héctor Quiroz (*"Ultrasound Evaluation Of The Greater Trochanter Pain Syndrome: Bursitis Or Tendinopathy?"*)
9. María Laura Acosta Felquer (*"Responsiveness To Change Of A Global Ultrasound Assessment Score In Psoriatic Arthritis Patients"*)
10. Erika Catay (*"Knee Effusion: Sensitivity and Specificity Of Ultrasound For The Identification Of Calcium Pyrophosphate Crystals"*)
11. Graciela Gómez (*"Cognitive Dysfunction, Depression and Anti N-Methyl-D-Aspartate Receptor Antibodies and Anti-Ribosomal P In Systemic Lupus Erythematosus Patients In Argentina"*)
12. Mariana Benegas (*"Evaluation and Comparison of Performance of Different Classification Criteria for Reactive Arthritis"*)
13. Claudia Giraldo Herrera (*"Diagnostic value of anti-citrullinated proteins antibodies in rheumatoid arthritis"*)
14. Evangelina Miretti (*"Respiratory Compromise In Patients With Primary Sjögren Syndrome"*)
15. Cecilia Catoggio (*"Correlation Of Anti Single and Double Stranded DNA Antibodies and Disease Activity In Systemic Lupus Erythematosus"*)

## Becas Pasantías Cortas en el Exterior

El programa de becas de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) para pasantías cortas en el exterior tiene como objetivos:

- a. Ofrecer al socio de la SAR la posibilidad de perfeccionar su conocimiento en la especialidad, en un tema en particular.
- b. Observar la forma de trabajo en centros internacionales para luego incorporar en nuestro país, sistemas y técnicas que faciliten y mejoren la asistencia a pacientes.
- c. Estrechar vínculos con centros de referencia mundial, a la vez de constituir redes institucionales que incluyan a nuestro país.
- d. Estimular el desarrollo de trabajos de investigación internacional, eventualmente multicéntricos, así como la publicación de los mismos en revistas nacionales y extranjeras.

Se han otorgado 8 becas, de 3 meses de duración, a los socios SAR que se detallan a continuación:

1. Rosana Quintana (Hospital Provincial Rosario)
2. María Jezabel Haye Salinas (Hospital Privado de Córdoba)
3. Valeria Arturi (Hospital San Martín de La Plata)
4. Lorena Takashima (Hospital Rivadavia - CABA)
5. Pierina Sansinanea (Hospital San Martín de La Plata)
6. Hernán Maldonado Ficco (Hospital IREP)
7. Cecilia Costa (Hospital Iturraspe - Santa Fe)
8. Gisela Subils (Hospital Córdoba)



**REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**ISSN: 0014-6722 EISSN 1853-0605**  
**Volumen 69 - 2012 - Supl.3**

**DIRECTOR ( Editor In Chief)**

Ana María Sesin

**DIRECTORES HONORARIOS (Honorary Chief Editors)**

Rubén H. Bengió

Alfredo Martínez Marull

Roberto Madoery

**SECRETARIO DE REDACCION ( Managing Editors)**

Eduardo Cuestas

Paula Alba

**COMITÉ DE REDACCION (Advisers)**

Laura Beatriz Moreno

María Eugenia Bernardi

Carolina Mahieu

Juan Carlos Vergottini

Aldo Eynard

Marta Contigiani

Nori Tolosa De Talamoni

Marta Fiol de Cuneo

Ana Carolina Martini

Andrés Kasparian

Walter Rivarola

Marina Flavia Ponzio

Laura Vicentini

Mónica Moya

Vilma Campana

Patricia Paglini

Silvina Lopresti

**COMITÉ EDITORIAL (Editorial Board)**

Munther A Khamashta, Inglaterra (U.K)

María Jose Cuadrado, Inglaterra (U.K)

Manel Ramos Casals, España (Spain)

AJ de Bold, Canadá (Canada)

Carlos Vella, Francia (France)

Bernard Degetter, Francia (France)

María Laura Bertolaccini, Inglaterra (UK)

Juan P Caeiro EEUU (U.S.A)

Mario Frank, Alemania (Germany)

Ricardo Sper, Argentina

Valderabano, Argentina

Nicasio Herrera Recaredo, Argentina

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**

**DECANO**

Prof. Dr. Gustavo L. Irico

**VICEDECANO**

Prof. Dr. Julio Cosiansi

**SECRETARIO TECNICO**

Prof. Dr. Carlos Taborda Caballero

**SECRETARIO ACADEMICO**

Prof. Dra. Patricia Paglini

**SECRETARIO DE CIENCIA Y TECNOLOGIA**

Prof. Dra. Marta Fiol de Cuneo

**SECRETARIO DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Prof. Dr. Ernesto Jakob

Revista de la Facultad de Ciencias Medicas. ISSN 0014-6722

© Copyright 2009

Dirección Nacional de Derecho de Autor: N° 223.588

Editor responsable: Secretaría de Ciencia y Tecnología.

Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Nacional de Córdoba Pabellón Perú -

Ciudad Universitaria Córdoba - Argentina

Correo electrónico: rfcunc@gmail.com

Para suscripciones dirigir su correspondencia a: Secretaría de Ciencia y

tecnología. Facultad de Ciencias Médicas. Pabellón Perú Ciudad Universi-

taria. Córdoba - Argentina CP 5000

Revista trimestral, fundada en el año 1943,

Indizada en Medline y Lilacs

URL: <http://www.revista.fcm.unc.edu.ar>

## [índice autores]

|                    |                |                     |               |                  |                 |
|--------------------|----------------|---------------------|---------------|------------------|-----------------|
| Abalos, A.         | P 76,152       | Aquino, V.          | P 92,171      | Bellomio, V.     | O 8             |
| Abbas, L.          | O 10           | Arakaki, D.         | P 145         |                  | P 23,27,46,47,  |
| Abdala, M.         | P 6,35,116,    | Arana, C.           | P 138         |                  | 85,86,114,      |
|                    | 119,159,174    | Arechaga, L.        | P 70          |                  | 121,191         |
|                    | O 14           | Arneodo, M.         | P 157         | Bellusci, A.     | P 233           |
| Acevedo, R.        | P 202          | Arturi, A.          | P 132         | Benavente, M.    | P 3,26          |
| Acosta Felquer, M. | P 80,104       | Arturi, V.          | P 40,64,126,  | Benegas, M.      | P 6             |
| Acosta, C.         | P 128          |                     | 149,189,200,  |                  | O 14            |
| Acosta, R.         | P 98           |                     | 231           | Benes, M.        | P 194           |
| Aguirre, C.        | O 4            | Asbert, P.          | P 123,139     | Benigni, L.      | P 93            |
| Airoidi, C.        | P 109,113,114  | Asnal, C.           | P 25,33,71,   | Benitez, G.      | P 181,196       |
| Ajila Barreiro, D. | P 171          |                     | 132,150       | Bennasar, G.     | P 147           |
| Ajila, D.          | P 61,62        | Astesana, P.        | P 90,125,157  | Benzaquen, N.    | P 133           |
| Alba, P.           | P 31,69,79,90, | Astudillo, A.       | P 26          | Benzaquen, N.    | P 29,31,69,77   |
|                    | 123,139,198    | Audisio, M.         | P 105,106     | Berbotto, G.     | P 211,216,222   |
| Alberti, M.        | P 72,75        | Avalis, V.          | P 173         | Berman, A.       | P 5,6,101,102,  |
| Albiero, A.        | P 69           | Azcona, S.          | P 180         |                  | 109,113,114     |
| Albiero, E.        | P 29,69,79,90, | Aznar, P.           | P 46          |                  | O 14            |
|                    | 123,125,139,   | Babini, A.          | P 79,132      | Berman, H.       | P 6,101,102,114 |
|                    | 157,198        | Babini, S.          | P 63,182,228  |                  | O 9,14          |
| Albiero, J.        | P 198          | Baeza, N.           | P 34          | Bermolen, L.     | P 61,62         |
| Albisu, M.         | P 199          | Baied, C.           | P 221         | Beron, A.        | P 197,201       |
| Ale, S.            | P 158          | Balbuena, C.        | P 203         | Berra, M.        | P 66            |
| Alessio, D.        | P 123,139,198  | Balint, P.          | P 2           | Bertiller, E.    | P 104,120       |
| Aliendro, I.       | P 183          | Balza, A.           | P 2           | Bértola, D.      | P 118,190,193,  |
| Allievi, A.        | O 8            | Barbaglia, A.       | P 6,23,27,46, |                  | 209             |
| Alonso, M.         | P 138,142      |                     | 47,85,86,121  | Bertolaccini, M. | P 46,47,85,191, |
| Alonso, P.         | P 158          |                     | O 14          |                  | 205             |
| Alonso, R.         | P 36           | Barberis, G.        | P 42,44,49,82 | Bertoli, A.      | P 69,87,96,105, |
| Alonso, S.         | P 128          | Barberis, J.        | P 154         |                  | 106,133         |
| Alvarellos, A.     | P 31,69,77,87, | Barbero, S.         | P 221         | Blas, R.         | O 7             |
|                    | 96,109,113,    | Barreira, J.        | O 2,4,8       | Bohr, A.         | P 13            |
|                    | 114,131,       |                     | P 2,29,30,31, | Borda, E.        | P 32,145        |
|                    | 132,133        |                     | 33,94,127,    | Borgia, A.       | P 2,132         |
| Alvarellos, T.     | P 77           |                     | 141,142,146,  | Bottinelli, Y.   | O 8             |
| Alvarez, A.        | O 8            |                     | 147,161,184,  |                  | P 66,83         |
|                    | P 13,43        |                     | 188,217       | Bouzigues, M.    | P 1             |
| Alvarez, C.        | O 4,14         | Barrios, M.         | O 11          |                  | O 5             |
|                    | P 6,97         | Barros Martinez, C. | P 181,185,196 | Bovea, G.        | P 22            |
| Alvarez, D.        | P 122,136      | Barroso, M.         | P 131         | Bovone, N.       | P 83            |
| Alvarez, M.        | P 214          | Barzola, M.         | P 70          | Braun, L.        | P 91            |
| Ameruso, Y.        | P 14,18,115    | Basta, M.           | P 37          | Bravo, M.        | O 13            |
| Amigo, M.          | P 88           | Bastida, M.         | P 224         |                  | P 53,68,80,120  |
| Amitrano, C.       | P 31,33,71,    | Battagliotti, C.    | P 45,210      | Bresan, E.       | O 8             |
|                    | 150,215        | Baumann, K.         | P 51,54,227   | Britos, .        | P 15,117        |
| Anabel, L.         | P 172          | Bedoya, .           | P 69          | Brown, S.        | O 6             |
| Angeleti, V.       | P 40           | Bedoya, M.          | P 10,52,177   |                  | P 143           |
| Antonini, G.       | P 42,44,49,82  | Bedran, Z.          | P 185         | Brunke, I.       | P 71            |
| Antoniol, M.       | P 24,43,144    | Bedran, Z.          | O 15          | Bruno, D.        | P 7             |
| Antunez, A.        | P 2            |                     | P 80,179,180, | Brusco, I.       | P 14,18,115     |
| Apaz, M.           | P 69,87,96     |                     | 196           | Buch, M.         | P 2             |
| Aquino, A.         | P 51,54,227    | Beligoy, L.         | P 208,220,230 | Buliubasich, S.  | P 42,44,49,82   |

|                      |  |                         |   |                    |  |
|----------------------|--|-------------------------|---|--------------------|--|
| Busajm, M.           | P 218  | P 19,20,107,<br>110,112 | Cuevas, C.  | P 45               |  |
| Busamia, B.          | P 33,125   | Cazenave, T.            | P 20,99,100   | Curti, A.          | O 8<br>P 140   |
| Busaniche, J.        | P 173  | Cazon, J.               | P 152   | Cuttica, R.        | P 14,18,115  |
| Buschiazzo, E.       | P 9,11,76,95,<br>103,111,112                                   | Ceballos, F.            | P 77  | D'amico, M.        | P 94,188,217   |
| Bustos Cavilla, N.   | P 36   | Ceccato, F.             | P 5,6,10,69,177<br>O 14   | Daffra, O.         | P 26,74  |
| Bustos Lopez, H.     | P 88   | Cerda, O.               | O 3<br>P 21,108,124   | Dal Pra, F.        | P 6<br>O 14  |
| Buzchiazzo, E.       | P 6<br>O 14  | Cervera, R.             | O 9   | Damico, A.         | O 8  |
| Cadile, I.           | P 42,44,49,82,<br>128,223                                      | Cervetto, V.            | P 18,115  | Damico, M.         | P 142  |
| Caeiro, F.           | P 5,6,29,31,33,<br>69,77,87,96,<br>131,133,141,<br>147<br>O 14 | Chaparro                |   | Damil, R.          | P 12,129   |
| Calderón, M.         | O 7  | Del Moral, R.           | O 3,4,14<br>P 5,6,13,29,109   | De Cillis, V.      | P 56   |
| Camargo Serrudo, F.  | P 197,201  | Chaparro, R.            | O 8<br>P 113  | De Cunto, C.       | P 15,117,168   |
| Caminer, A.          | P 35,119,159,<br>174   | Chemez, J.              | P 132   | De La Barrera, M.  | P 4  |
| Campo, C.            | P 170,193  | Chiganer, E.            | O 8   | De La Fuente, S.   | P 154  |
| Campuzano, S.        | P 232  | Cingolani, L.           | P 118   | De La Parra, G.    | P 189  |
| Camuzzi, S.          | P 167  | Citera, G.              | O 2,12,14<br>P 5,6,13,19,20,<br>21,99,100,<br>107,108,110,<br>112,124,127,<br>132,146 | De La Vega, C.     | P 155  |
| Cañete, C.           | P 42,44,49,82  | Civit, E.               | P 3,26,137,167  | De La Vega, M.     | P 4  |
| Cannaletti, M.       | P 93   | Colaiani, I.            | O 4<br>P 97   | De Meis, E.        | O 9  |
| Cappuccio, A.        | P 22   | Colazo, M.              | O 8<br>P 31,69,77,133   | De Rosa, G.        | P 8,39,84,162  |
| Caputo, M.           | O 8<br>P 66,83   | Collado, M.             | O 2,4<br>P 48,97,127  | De Rosa, R.        | P 101  |
| Caputo, V.           | P 2,206  | Collado, V.             | O 8   | De Simone, E.      | P 219  |
| Carballo, G.         | P 34   | Colombara, M.           | P 160   | Del Pazo, S.       | P 173  |
| Carballo, O.         | P 68   | Colombres, F.           | P 109,113,114   | Della Maggiora, M. | P 134,219  |
| Cardozo, N.          | P 178  | Conforti, A.            | P 74  | Delrio, D.         | P 178  |
| Carlevaris, L.       | P 147  | Consiglio, F.           | P 118,170,190,<br>193   | Demarchi, M.       | P 123  |
| Caro, F.             | P 72,75  | Conti, S.               | O 11  | Derecho, E.        | P 57   |
| Carrillo, I.         | P 21,108,146   | Correa, C.              | P 138   | Devés, A.          | P 186,187  |
| Carrio, J.           | P 132  | Correa, M.              | P 13,124  | Dhair, D.          | O 11   |
| Carrizo, C.          | P 32,145   | Cortese, N.             | P 116,119,159   | Di Genaro, M.      | O 7  |
| Casado, G.           | P 2,132,206  | Cosentino, V.           | P 148   | Diaz, M.           | O 8  |
| Casas, G.            | P 150  | Costa, C.               | P 176,183   | Dieguez, C.        | P 119,159  |
| Casas, H.            | O 8<br>P 66,83   | Costa, H.               | P 73  | Dieguez, C.        | P 35,174   |
| Castel Del Cid, C.   | P 140  | Costantino, A.          | P 128   | Dionisio           |  |
| Castell, E.          | P 2,199  | Costi, A.               | P 149,200   | De Cabalier, M.    | P 223  |
| Castelli, A.         | P 61,62  | Costi, C.               | O 8<br>P 64,126,231   | Dondío, M.         | P 98   |
| Castillo Jurado, M.  | P 175  | Cousseau, M.            | P 229   | Dorado, E.         | O 4  |
| Castro De Delrio, G. | P 178  | Crespo Amaya, G.        | P 91  | Dorazio, A.        | O 2<br>P 127   |
| Catalan Pellet, A.   | P 2,5,6,29,31,<br>33,132,141,<br>147<br>O 14                   | Crespo Espindola, M.    | P 9,11,76,103,<br>112,195   | Dotto, G.          | P 123  |
| Catalán Pellet, S.   | P 8,163  | Crespo, M.              | P 6,95<br>O 14  | Dougados, M.       | P 2  |
| Catay, E.            | O 13<br>P 53,68,120  | Cristian, Q.            | P 89  | Drago, C.          | P 38,65,73   |
| Catoggio, C.         | P 24,43,144  | Crow, C.                | P 29,31,71,150  | Duarte, V.         | O 1  |
| Catoggio, L.         | P 5,53,60,68,<br>80,89,104,120<br>O 13,15                      | Cruzat, V.              | O 8   | Duartes Noe, D.    | P 30,33,142,<br>217  |
| Cavallasca, J.       | P 176,183  | Cuadros, S.             | P 116   | Dubersasky, C.     | P 157  |
| Cavallero, N.        | P 210  | Cucchiara, A.           | P 219   | Dubinsky, D.       | P 8,39,84,162,<br>163,164,175,<br>186,187,197,<br>201,204<br>O 8 |
| Cayetti, L.          | O 12   |                         |   | Duca, P.           | P 199  |
|                      |  |                         |   | Earsman, G.        | P 30   |
|                      |  |                         |   | Eimon, A.          | O 8<br>P 32,132,145  |
|                      |  |                         |   | El-zorkany, B.     | P 2  |
|                      |  |                         |   | Elias Costa, C.    | O 16   |
|                      |  |                         |   | Emery, P.          | P 2  |
|                      |  |                         |   | Encinas, L.        | O 8<br>P 29,31,33,69,  |

|                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
|                       | 77,87,96,133,<br>141,147                         |  |  |  |  |
| Escobar Solari, V.    | P 154  |  |  |  |  |
| Espada, G.            | O 16   |  |  |  |  |
|                       | P 16,70,156,214                                  |  |  |  |  |
| Espindola Echazu, M.  | P 132  |  |  |  |  |
| Espinosa, G.          | O 9  |  |  |  |  |
| Espósito, M.          | O 8  |  |  |  |  |
|                       | P 61,62  |  |  |  |  |
| Esposto, A.           | P 40,189   |  |  |  |  |
| Esquivel, M.          | P 67   |  |  |  |  |
| Estrella, N.          | P 92,153,171                                     |  |  |  |  |
| Etchegoyen, M.        | P 93   |  |  |  |  |
| Etter, M.             | P 59   |  |  |  |  |
| Eymann, A.            | P 15   |  |  |  |  |
| Fabi, M.              | P 213  |  |  |  |  |
| Fadel, D.             | P 48   |  |  |  |  |
| Fayad, A.             | O 16   |  |  |  |  |
| Federico, V.          | P 89   |  |  |  |  |
| Fenucci, M.           | P 22   |  |  |  |  |
| Fernández Blanco, G.  | O 3  |  |  |  |  |
| Fernández Lausi, A.   | P 83   |  |  |  |  |
| Fernandez, A.         | P 57   |  |  |  |  |
| Fernandez, M.         | P 75   |  |  |  |  |
| Fernandez, M.         | P 72   |  |  |  |  |
| Fernandez, V.         | O 7  |  |  |  |  |
| Ferreira              |  |  |  |  |  |
| Mufarregue, L.        | P 194  |  |  |  |  |
| Ferrer, F.            | P 40   |  |  |  |  |
| Ferrero, P.           | P 42,44,49,82,<br>128                            |  |  |  |  |
| Ferreya Dillon, R.    | P 79   |  |  |  |  |
| Ferreya Garrot, L.    | P 104  |  |  |  |  |
| Ferreya               |  |  |  |  |  |
| Mufarregue, L.        | P 34   |  |  |  |  |
| Ferreya, L.           | O 8  |  |  |  |  |
|                       | P 72   |  |  |  |  |
| Fiad, M.              | P 154  |  |  |  |  |
| Filippucci, E.        | P 100  |  |  |  |  |
| Finkelberg, A.        | P 125  |  |  |  |  |
| Finucci Curi, P.      | P 10,135,212                                     |  |  |  |  |
| Fiorentino, M.        | P 69   |  |  |  |  |
| Fleitas, A.           | P 202  |  |  |  |  |
| Fonseca, E.           | P 116  |  |  |  |  |
| Fortes, P.            | P 97   |  |  |  |  |
| Fuentes, N.           | P 27   |  |  |  |  |
| Funes Soaje, C.       | P 79,123,139                                     |  |  |  |  |
| Funes, M.             | P 216  |  |  |  |  |
| Galan, M.             | P 14,18,115                                      |  |  |  |  |
| Gallacher, A.         | P 30,33  |  |  |  |  |
| Gallardo, M.          | P 60,120   |  |  |  |  |
| Gallo, J.             | P 10,81,192,<br>225,226                          |  |  |  |  |
| Gallo, M.             | P 74   |  |  |  |  |
| Galvan, L.            | O 4  |  |  |  |  |
|                       | P 30,33,140                                      |  |  |  |  |
| Gamba, J.             | P 4,155  |  |  |  |  |
| Gamron, S.            | P 42,44,49,82                                    |  |  |  |  |
| Gandino, I.           | P 37   |  |  |  |  |
| Gandulfo Galarza, M.  | P 57   |  |  |  |  |
| Gandur, A.            | P 28   |  |  |  |  |
| Garcia Achucarro, M.  | P 122  |  |  |  |  |
| Garcia Bianco, V.     | O 11   |  |  |  |  |
| Garcia Ciccarelli, A. | P 137,167  |  |  |  |  |
| García Ciccarelli, A. | P 3,26   |  |  |  |  |
| Garcia Marin, A.      | P 12,129   |  |  |  |  |
| Garcia Plichta, A.    | P 220,230  |  |  |  |  |
| Garcia Salinas, R.    | P 2  |  |  |  |  |
| Garcia, M.            | P 2,5,40,61,62,<br>64,120,126,<br>200,231        |  |  |  |  |
|                       | O 8,13   |  |  |  |  |
| García, M.            | P 50,109,113,<br>114,189                         |  |  |  |  |
| Gargiulo, M.          | O 4  |  |  |  |  |
|                       | P 48,97  |  |  |  |  |
| Gauna, M.             | P 29,33,91,<br>141,147                           |  |  |  |  |
| Gazzaneo, A.          | P 37   |  |  |  |  |
| Gervasoni, V.         | O 11   |  |  |  |  |
|                       | P 55   |  |  |  |  |
| Gervilla, A.          | P 76,152   |  |  |  |  |
| Giacomi, G.           | P 151  |  |  |  |  |
| Gimenez, M.           | P 154  |  |  |  |  |
| Giordano, F.          | P 64,126,149,<br>200                             |  |  |  |  |
| Giorgetti, O.         | P 34   |  |  |  |  |
| Giraldo, C.           | P 124,146  |  |  |  |  |
| Giupponi, J.          | P 160  |  |  |  |  |
| Gneman, V.            | P 233  |  |  |  |  |
| Gobbi, C.             | P 79,90,123,<br>125,139,157,<br>198              |  |  |  |  |
| Godoy, A.             | P 93   |  |  |  |  |
| Goizueta, C.          | P 38,47,86,205                                   |  |  |  |  |
| Gomez, A.             | P 29,30,33,142                                   |  |  |  |  |
| Gomez, G.             | O 2,4,8  |  |  |  |  |
|                       | P 127  |  |  |  |  |
| Gomez, G.             | P 48,97  |  |  |  |  |
| Gomez, M.             | P 4,217  |  |  |  |  |
| Gomez, M.             | P 202  |  |  |  |  |
| Gonzalez, M.          | P 51,54,227                                      |  |  |  |  |
| Goñi, M.              | O 11   |  |  |  |  |
| Goñi, S.              | P 93   |  |  |  |  |
| Gontero, R.           | P 10,41,81,177<br>O 11                           |  |  |  |  |
| González Faro, D.     | P 171  |  |  |  |  |
| González Guzmán, M.   | P 108  |  |  |  |  |
|                       | O 3  |  |  |  |  |
| González Guzmán, M.   | P 21   |  |  |  |  |
| Gonzalez Lucero, L.   | P 2,23,27,46,<br>47,85,86,121                    |  |  |  |  |
| Gonzalez Vargas, T.   | P 16   |  |  |  |  |
| Gonzalez, A.          | P 28,61,62<br>O 8                                |  |  |  |  |
| Gonzalez, P.          | P 5  |  |  |  |  |
| Gonzalez, R.          | P 229  |  |  |  |  |
| Gonzalo, P.           | P 173,232  |  |  |  |  |
| Gorlino, C.           | O 7  |  |  |  |  |
| Grabbe, E.            | O 11   |  |  |  |  |
| Graf, C.              | O 8  |  |  |  |  |
| Granel, A.            | O 2  |  |  |  |  |
|                       | P 124,127  |  |  |  |  |
| Greca, A.             | P 118,170,<br>190,193                            |  |  |  |  |
| Greloni, G.           | P 68,89  |  |  |  |  |
| Grosello, T.          | P 151  |  |  |  |  |
| Grosso, G.            | P 38,98  |  |  |  |  |
| Guagnini, M.          | P 182  |  |  |  |  |
| Guinsburg, M.         | P 61,62,78,109                                   |  |  |  |  |
| Gutfraind, E.         | P 221  |  |  |  |  |
| Gutierrez, M.         | P 100  |  |  |  |  |
| Hajjaj-hassouni, N.   | P 2  |  |  |  |  |
| Harigai, M.           | P 2  |  |  |  |  |
| Hart, D.              | O 6  |  |  |  |  |
|                       | P 143  |  |  |  |  |
| Hassan, R.            | P 92   |  |  |  |  |
| Haye Salinas, M.      | P 5,6,31,69,77,<br>87,96,131,133<br>O 14         |  |  |  |  |
| Heinze, M.            | P 194  |  |  |  |  |
| Henares, E.           | P 73   |  |  |  |  |
| Herrera Mora, C.      | P 14,18,115                                      |  |  |  |  |
| Herrera, G.           | P 219  |  |  |  |  |
| Hofman, J.            | P 61,62  |  |  |  |  |
| Horacio, B.           | P 5  |  |  |  |  |
| Iain, M.              | P 2  |  |  |  |  |
| Ibañez Zurlo, L.      | P 103  |  |  |  |  |
| Igel, A.              | P 4  |  |  |  |  |
| Ingénito, F.          | P 34   |  |  |  |  |
| Iriarte Padula, M.    | P 66,83  |  |  |  |  |
| Iriarte, P.           | O 8  |  |  |  |  |
| Iturralde, C.         | P 151  |  |  |  |  |
| Izbizky, G.           | P 15   |  |  |  |  |
| Jakimczuk, L.         | P 181,185  |  |  |  |  |
| Jerkovich, F.         | P 182,228  |  |  |  |  |
| Jorfen, M.            | O 11   |  |  |  |  |
| Juarez, M.            | P 36   |  |  |  |  |
| Juarez, R.            | P 95   |  |  |  |  |
| Juárez, R.            | O 2  |  |  |  |  |
|                       | P 127  |  |  |  |  |
| Juarez, V.            | O 4  |  |  |  |  |
|                       | P 9,11,76  |  |  |  |  |
| Kay, J.               | P 2  |  |  |  |  |
| Kerzberg, E.          | P 7,61,62,92,<br>122,136,148,<br>153,171<br>O 10 |  |  |  |  |
| Khoury, M.            | O 4  |  |  |  |  |
|                       | P 30,33,48,61,<br>62,97,142,<br>146              |  |  |  |  |
| Kluwak, G.            | P 35,119,174                                     |  |  |  |  |
| Knobel, E.            | P 57   |  |  |  |  |
| Kohan, M.             | O 2  |  |  |  |  |
|                       | P 127  |  |  |  |  |
| Kondratiuk, G.        | P 14,18,115                                      |  |  |  |  |
| Korendowych, E.       | O 6  |  |  |  |  |
|                       | P 143  |  |  |  |  |
| Laborde, H.           | P 8,30,33,39,                                    |  |  |  |  |

|                     |   |                      |                             |                      |   |
|---------------------|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|---|
|                     | 84,142,146,<br>147                            | Vildoso, M.          | P 122                       | Montecucco, C.       | P 2   |
| Lacoste, M.         | O 7   | Mamani, M.           | O 1                         | Montoya, F.          | P 132,153   |
| Laffont, M.         | P 7,136                                       |                      | P 91,113,147,<br>207        | Montoya, S.          | P 148   |
| Lagrutta, M.        | P 118,170,190,<br>193,209                     | Mannucci, P.         | P 132,233                   | Morales, M.          | P 87,96,195   |
| Lagarde, M.         | P 93  | Manzano Escalier, M. | P 91                        | Moreno Lubertino, J. | O 16  |
| Lahite, M.          | O 11  | Marchegiani, S.      | P 125                       | Moreno, C.           | O 4   |
| Lancioni, E.        | O 8,15  | Marcos, A.           | O 2                         | Moreno, J.           | P 140   |
|                     | P 53,80,89,109,<br>113,114                    |                      | P 124,127,132               | Moreno, S.           | P 195   |
| Landa, M.           | P 142   | Marcos, J.           | P 5,6,40,64,<br>126,149     | Moreschi Aquino, E.  | P 179,180,181,<br>185,196                             |
| Landi, M.           | P 5,6,21,108<br>O 12,14                       |                      | O 14                        | Morinelli, S.        | P 56  |
| Lara, M.            | P 142,146                                     | Marengo, M.          | O 2                         | Moron, M.            | P 219   |
| Larroude, M.        | P 22  |                      | P 127                       | Moscardi, G.         | P 58  |
| Lasagna, M.         | P 118,190                                     | Maria Gloria, R.     | P 172                       | Mouce, N.            | P 1<br>O 5  |
| Lascano, C.         | P 76,152                                      | Marin, J.            | O 13,15                     | Müllli, V.           | P 117   |
| Lastra, C.          | P 42,44,49,82,<br>223                         |                      | P 53,60,68,80,<br>89,104    | Munarriz, A.         | O 7<br>P 61,62  |
| Latorre, C.         | P 99  | Marini, A.           | P 8,39,84                   | Muñoz, S.            | O 8<br>P 37   |
| Lazaro, M.          | P 132   | Marino Claverie, L.  | P 91                        | Murciano, R.         | P 57  |
| Lazzarino, M.       | P 93,169                                      | Marino, L.           | O 1,14<br>P 6,207           | Murphy, C.           | O 3   |
| Ledda, A.           | P 28,38                                       | Martin Mola, E.      | P 2                         | Mussano, E.          | P 42,44,49,82,<br>128,223                             |
| Lema, L.            | P 69,131                                      | Martin, C.           | P 202                       | Musuruana, J.        | P 176,183   |
| Lencina, M.         | O 2   | Martin, M.           | O 11                        | Mysler, E.           | O 5<br>P 132  |
|                     | P 9,11,76,95,<br>103,127,195                  | Martinez Muñoz, A.   | P 109                       | Nadur, D.            | P 221   |
| Lessa, C.           | P 34,194                                      | Martinez, A.         | O 4,8<br>P 5                | Naftal, L.           | P 22  |
| Lida, S.            | P 31  | Martinez, B.         | O 8                         | Najun Dubos, L.      | P 132   |
| Lima, N.            | P 132   | Martinez, R.         | P 121,165,191               | Narváez Ponce, L.    | P 208,220,230   |
| Lobeto, G.          | P 61,62                                       | Martini, S.          | P 59                        | Nasswetter, G.       | P 8,39,84,132,<br>162,163,164,<br>175,186,187,<br>204 |
| Lojo, M.            | P 93,169                                      | Martire, M.          | O 1<br>P 207                | Navarrete, R.        | P 190   |
| Longo, A.           | P 13  | Mastri, V.           | P 17                        | Navarro, S.          | P 55  |
| López Martínez, R.  | P 148   | Mata, D.             | P 4                         | Navarta, A.          | P 53,80   |
| Lopez Perez, M.     | P 87,96                                       | Mathern, N.          | O 11                        | Navarta, D.          | O 13<br>P 60,104                                      |
| Lopez, J.           | P 151   | Maurelli Torres, L.  | P 123,139,198               | Navarta, L.          | P 28  |
| Lopez, N.           | P 194<br>O 8                                  | Mayer, M.            | P 30,33                     | Negrete Gonzalez, C. | P 39,84,164   |
| Lucana, L.          | P 4,155                                       | Mayoraz, M.          | P 173,232                   | Nicola, L.           | P 155   |
| Lucero, E.          | P 2,23,27,46,<br>47,85,86,121,<br>165,191,205 | Mchugh, N.           | O 6<br>P 143                | Nieto, R.            | O 11<br>P 55  |
| Luciana, M.         | P 77  | Medina, M.           | O 3                         | Nitsche, A.          | P 25,29,31,33<br>36,71,150,215                        |
| Luna, P.            | P 25  | Meggiolaro, I.       | P 153                       | Ochoa Y Gomez, V.    | P 116   |
| Lunic, M.           | P 61,62                                       | Meiorin, S.          | P 16,70,156,<br>214<br>O 16 | Ojeda, A.            | P 51,54,227   |
| Luo, S.             | P 2   | Melían, A.           | P 93                        | Oliver, M.           | O 1<br>P 31,33,91,109,<br>114,141,147,<br>207         |
| Machado Escobar, M. | P 23,47,85,86,<br>121,165                     | Merino, E.           | P 93                        | Olmedo, M.           | P 177   |
| Macias, E.          | P 16  | Messina, O.          | P 4,132,155                 | Olmedo, V.           | P 212   |
| Maciel, G.          | P 2   | Midaur, F.           | O 11                        | Onetti, C.           | P 42,44,49,82   |
| Macotella, A.       | P 88  | Milanesio, J.        | P 116,159                   | Onetti, L.           | P 42,44,49,82,<br>128,223                             |
| Magri, S.           | P 132   | Miljevic, J.         | O 11                        | Orden, A.            | P 132   |
| Maidana Proch, E.   | P 179   | Miranda, I.          | P 172                       | Orive, M.            | P 170   |
| Maldonado Cocco, J. | P 21,108,109,<br>113,114                      | Miretti, E.          | P 69,109,113,<br>114,131    |                      |   |
| Maldonado Ficco, H. | P 6,21,108<br>O 14                            | Molina, M.           | P 36,130                    |                      |   |
| Maldonado, P.       | P 191   | Molinari, M.         | P 154                       |                      |   |
| Malpartida          |   | Moncet, D.           | P 228                       |                      |   |
|                     |   | Mondello, E.         | P 158                       |                      |   |
|                     |   | Monopoli, D.         | P 197,201                   |                      |   |

|                   |                 |                       |                |                      |                 |
|-------------------|-----------------|-----------------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Orozco, M.        | O 2,12          | Pérez, L.             | P 15           | Rodriguez Gil, G.    | O 2             |
|                   | P 19,20,107,    | Perez, N.             | P 186          |                      | P 2,127,199     |
|                   | 110,112,127     | Petcovick, I.         | P 61,62,140    | Rodriguez Skegro, J. | P 121           |
| Ortiz, A.         | O 4             | Piñeyro, S.           | P 93           | Rodriguez-Pintó, I.  | O 9             |
|                   | P 52,73,109,    | Pinna, D.             | P 182          | Rodriguez, S.        | P 85,205        |
|                   | 113,114,135,    | Piovesán, M.          | P 39,84,186    | Rojas Tessel, R.     | P 9,76,103,195  |
|                   | 192,225,226     | Pisoni, C.            | O 8            | Romanello, A.        | P 172           |
| Ortiz, V.         | P 61,62         |                       | P 32,145       | Romanini, F.         | P 109,113,114,  |
| Padilla, M.       | P 37,233        | Pissani, M.           | P 61,62,153    |                      | 207             |
| Paez, O.          | P 12,129        | Pissani, P.           | O 10           | Romeo, C.            | P 2,206         |
| Pailler, J.       | P 232           | Pistoresi, M.         | O 7            | Romero, J.           | O 8             |
| Paira, S.         | O 4,14          | Pomares, D.           | P 203          |                      | P 142,146       |
|                   | P 5,6,10,38,41, | Pons-Estel, B.        | O 8,11         | Romero, V.           | P 61,62         |
|                   | 52,65,69,73,    | Porta, S.             | P 92           | Rosa, J.             | O 13            |
|                   | 81,109,113,     | Pretini, J.           | P 136,148      |                      | P 53,60,89,     |
|                   | 114,135,166,    | Prigione, C.          | O 11           |                      | 104,120         |
|                   | 177,192,212,    | Pringe, A.            | P 14,18,115    | Rosales, M.          | P 59            |
|                   | 225,226         | Pucci, P.             | P 31,33,71,150 | Rosemffet, M.        | P 20,99,100     |
| Palacios, G.      | P 146           | Puente Trigo, D.      | P 29,31        | Rossi, N.            | P 160           |
| Palazzo, A.       | P 27            | Puente, D.            | P 141,147      | Roteta Rocamora, J.  | P 194           |
| Paniagua, B.      | P 154           | Puerta Franchi, R.    | P 204          | Roverano, S.         | P 81,135,166    |
| Paniego, F.       | P 39,84         | Py, G.                | P 105,106      | Rueda, S.            | P 140           |
| Panópulos, A.     | P 48            | Quino, V.             | P 131          | Ruffin, A.           | P 42,44,49,82   |
| Paolini, M.       | O 8             | Quintana, R.          | P 6,55         | Ruffino, J.          | O 8             |
| Paolini, V.       | P 72            |                       | O 8,11,14      | Ruiz Casanova, N.    | P 98            |
| Papasidero, S.    | O 3,8           | Quinteros, A.         | P 6,132        | Russo, A.            | P 4             |
|                   | P 13,22,29,31,  |                       | O 14           | Ruta, S.             | O 13            |
|                   | 33,61,62,78,    | Quiroz, C.            | P 6,60,80      |                      | P 60,89,104,    |
|                   | 109,141,147     |                       | O 14           |                      | 120             |
| Pappalardo, C.    | P 39,84, 162,   | Quispe Villanueva, M. | P 93,169       | Sa, C.               | P 154           |
|                   | 204             | Rabazzano, G.         | P 2            | Sabelli, M.          | O 15            |
| Papucci, M.       | P 199           | Radner, H.            | P 2            |                      | P 104,120       |
| Pardo Hidalgo, R. | P 140           | Rae, E.               | P 63           | Sabra, G.            | P 195           |
| Paris, U.         | P 179,180,181,  | Raggio, J.            | P 211,216,222  | Sacnun, M.           | P 6,55          |
|                   | 185,196         | Raiti, L.             | P 29,31,33     |                      | O 14            |
| Parodi, R.        | P 118,170,193   | Rama, M.              | P 69           | Saez, D.             | P 146           |
| Paulazzo, M.      | P 173           | Ramos, G.             | P 95           | Safulko, K.          | P 179,180       |
| Paulin, F.        | P 72,75         | Rausch, S.            | O 4            | Saint Martin, M.     | P 6             |
| Pauling, J.       | O 6             | Re, L.                | P 132          |                      | O 14            |
|                   | P 143           | Rebiglione, D.        | P 35,119,174   | Salas, A.            | P 5,6,40,50,64, |
| Pelaez, I.        | O 11            | Redondo, G.           | P 4            |                      | 109,113,114,    |
| Pena, C.          | O 8             | Reimundes, C.         | P 43,144       |                      | 126,149,231     |
|                   | P 40,64,126,    | Reina, S.             | P 32,145       |                      | O 8,14          |
|                   | 149,231         | Reka, K.              | P 2            | Salazar, S.          | P 23,165        |
| Pendon, G.        | O 8             | Remondino, G.         | P 233          | Salcedo, M.          | O 2             |
|                   | P 50            | Rhys, K.              | P 125          |                      | P 2,127         |
| Penna, C.         | P 2             | Riera, J.             | P 173,232      | Salgado, D.          | P 158           |
| Pera, M.          | P 40,64,126,    | Rillo, O.             | O 2,3,4,8,14   | Salim, P.            | P 36            |
|                   | 149,189,200,    |                       | P 5,6,13,22,   | Salinas, F.          | P 63            |
|                   | 231             |                       | 29,31,33,61,   | Salinas, R.          | P 132           |
| Peralta, C.       | P 201           |                       | 62,78,109,     | Salvatierra, G.      | P 6,29,31,33    |
| Perandones, C.    | P 24,43,144     |                       | 113,114,124,   |                      | O 14            |
| Pereira, D.       | O 8             |                       | 127,141,146,   | Sanabria, A.         | O 11            |
|                   | P 50,126        |                       | 147            |                      | P 55            |
| Pereyra, D.       | P 132           | Riopedre, A.          | P 4            | Sanchez Alcover, J.  | P 3,26,167      |
| Perez Araña, E.   | P 12,129        | Rios, A.              | P 158          | Sanchez Freytes, M.  | P 87,96         |
| Perez Davila, A.  | P 56            | Risk, M.              | P 57           | Sanchez, J.          | P 9,76,95       |
| Perez Davila, A.  | P 13            | Risueño, F.           | O 8            | Sancun, M.           | P 38            |
| Perez Rincon, J.  | P 132           | Rivero, M.            | P 28,30,31,33, | Sandoval, V.         | P 152           |
| Perez Sainz, M.   | P 22            |                       | 142,146        | Sansinanea, P.       | O 8             |

|                    |  |                      |  |                      |  |
|--------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|
|                    | P 40,64,126,<br>149,189,200                        | Smolen, J.           | P 2  | Velez, S.            | O 2  |
| Santa Cruz, M.     | P 78   | Soldano, J.          | O 8  |                      | P 29,30,31,33,<br>127,141,142,<br>147            |
| Santana, M.        | P 46,47,85,86,<br>102,121                          | Sole, J.             | P 132  | Veloza, E.           | P 6<br>O 8,14                                    |
| Santarelli, C.     | P 102  | Sommerfleck, F.      | O 12<br>P 19,20,107,<br>109,110,112,<br>113,114                      | Venarotti, H.        | P 206  |
| Santiago, L.       | P 33   |                      |  | Vera Alarcon, D.     | P 148  |
| Santo, S.          | P 128  | Song, Y.             | P 2  | Vera Alarcon, D.     | P 122  |
| Sapoznik, M.       | P 99   | Soriano, E.          | P 5,6,53,60,68,<br>80,89,104,<br>109,113,114,<br>120<br>O 8,13,14,15 | Verando, M.          | P 219  |
| Sarabia Chávez, E. | P 8,187  |                      |  | Vergara, F.          | O 13<br>P 120                                    |
| Sarano, J.         | O 4,8  | Sosa, A.             | O 8  | Verna, G.            | P 175  |
| Sarano, J.         | P 48,97  | Sosa, O.             | P 179,181,185  | Vijoditz, G.         | O 8  |
| Saravi, F.         | P 74   | Sosa, V.             | P 55   | Villacreses          |  |
| Sartori, D.        | P 179,180,196                                      | Sotelo, H.           | P 202,203  | Arteaga, A.          | P 148  |
| Sartori, S.        | P 45,210   | Soubrier, M.         | P 2  | Villanueva, M.       | P 221  |
| Sarudiansky, M.    | P 59   | Spindler, A.         | O 8<br>P 101,102,114   | Villaroel, I.        | P 45   |
| Sattler, M.        | P 211,216,222                                      | Spindler, W.         | O 8<br>P 101,102,114   | Vinicki, J.          | P 8,39,84,162,<br>163,164,175,<br>186,187,204    |
| Saturansky, E.     | P 99   | Spinetto, A.         | O 8<br>P 175,204   | Vonkeman, H.         | P 2  |
| Saucedo, C.        | O 15<br>P 53,88,89,168                             | Strusberg, I.        | P 105,106  | Vulcano, A.          | P 64   |
| Saurit, V.         | O 8<br>P 31,69,77,87,<br>96,131,133,               | Suarez, L.           | O 4<br>P 48  | Waimann, C.          | O 2,14<br>P 5,6,99,100,<br>127                   |
| Scaglioni, V.      | P 53,60,68,80                                      | Súarez, L.           | P 97   | Werner, M.           | P 42,44,49,82                                    |
| Scarafia, S.       | P 147  | Subils, G.           | P 90,123,139   | Wernicke, V.         | P 93,169   |
| Scarselletta, L.   | P 224  | Sueldo, H.           | P 23   | Wiederhold, C.       | P 132  |
| Scheines, E.       | P 13,56  | Tabares, A.          | P 69   | Winthrop, K.         | P 2  |
| Scheitman, A.      | P 178  | Tamashiro, H.        | O 7  | Yacuzzi, M.          | O 8<br>P 46,47,86,121,<br>191,205                |
| Scherbarth, H.     | P 58,151,215,<br>229                               | Tamborenea, M.       | P 1,33<br>O 5  | Yucra Bobarin, D.    | P 197,201  |
| Schiel, A.         | P 142,146  | Tamborenea, N.       | P 29,31  | Zabala, P.           | P 172,218  |
| Schimid, M.        | P 69   | Tate, G.             | O 5  | Zacarias Hereter, J. | P 80,120   |
| Schmid, M.         | P 202,203  | Testi, A.            | P 64,149   | Zacarias, J.         | P 68,89,104                                      |
| Schneeberger, E.   | O 12<br>P 19,20,107,109<br>110,111,112,<br>113,114 | Tolin, A.            | P 156  | Zamora, N.           | O 12<br>P 19,20,107,<br>110,112                  |
| Sciaccaluga, D.    | P 8  | Toloza, S.           | P 132  | Zamuz, A.            | P 178  |
| Scolnik, M.        | O 6,13,15<br>P 53,68,80,89,<br>143                 | Torre Walsh, C.      | P 224  | Zazzetti, F.         | O 2,4,8<br>P 29,30,31,33,<br>127,141,142,<br>147 |
| Scotta, D.         | P 232  | Torres, N.           | P 229  | Zoppi, J.            | P 228  |
| Scublinsky, D.     | P 61,62  | Triana Santillán, J. | P 13   | Zulli, N.            | P 160  |
| Secco, A.          | O 1,14<br>P 5,6,29,31,33,<br>141,147               | Triguy, J.           | P 156  |                      |  |
| Segura, V.         | P 28   | Trobo, R.            | P 61,62  |                      |  |
| Semelis, M.        | P 158  | Tufare, A.           | P 151  |                      |  |
| Sequeira, G.       | P 7,92<br>O 10                                     | Ubogui, J.           | P 99   |                      |  |
| Serra, C.          | P 131  | Uña, C.              | P 4,155  |                      |  |
| Shipley, J.        | O 6<br>P 143                                       | Urquiola, C.         | P 199  |                      |  |
| Siegrist, C.       | P 209  | Urteaga, A.          | P 35,159,174   |                      |  |
| Silvestre, A.      | O 11   | Valdemoros, M.       | P 218  |                      |  |
| Simmy, G.          | P 151  | Valerio, M.          | P 3,26,137,167   |                      |  |
| Siri, D.           | P 132  | Vales Flores, M.     | P 9,11,103   |                      |  |
| Sironi, J.         | P 87,96  | Vallejo, G.          | O 16   |                      |  |
| Slegt, X.          | P 36   | Vara, M.             | P 61,62  |                      |  |
| Smichowski, A.     | P 206  | Varela, C.           | P 68,168   |                      |  |
|                    |  | Vassarotto, N.       | P 42,44,49,82  |                      |  |
|                    |  | Vasta, B.            | O 6<br>P 143   |                      |  |
|                    |  | Vega, C.             | P 16   |                      |  |
|                    |  | Velasco, J.          | P 132  |                      |  |

# 46° Congreso Argentino de Reumatología

---

13 al 16 de noviembre de 2013

Hotel Provincial - Mar del Plata - Argentina

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

|                |                 |         |
|----------------|-----------------|---------|
| Sección orales | 14 de noviembre | 01 a 04 |
| Sección orales | 14 de noviembre | 05 a 08 |
| Sección orales | 15 de noviembre | 09 a 12 |
| Sección orales | 15 de noviembre | 13 a 16 |

01

## FACTORES PREDICTORES DE REMISIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDEA POR DAS 28 Y CRITERIOS ACR EULAR

M. Martín<sup>1</sup>\*, L. Marino<sup>1</sup>, V. Duarte<sup>1</sup>, M. Olivera<sup>1</sup>, A. Secco<sup>1</sup>, M. Mamani<sup>1</sup>, Hospital Benarmino Rivadavia, Caba, Argentina  
<sup>1</sup>Presentador

**Objetivo** Evaluar qué factores al momento del diagnóstico de Artritis Reumatoidea se asocian a remisión sostenida medida por DAS 28 y Criterios de remisión ACR/EULAR.

**Materiales y métodos** Estudio observacional, de casos y controles, con mediciones transversales. Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes en seguimiento en nuestro Servicio de Reumatología desde marzo del 2010 a marzo del 2013. Se incluyeron pacientes con diagnóstico Artritis Reumatoidea según criterios ACR/EULAR 2010, mayores de 18 años. Se excluyeron: pacientes con otra enfermedad del tejido conectivo concomitante y pacientes en tratamiento con dosis mayores a 5 mg de Prednisona o dosis equivalentes. Se comparó un grupo de pacientes que alcanzó remisión sostenida, definida como valores de DAS 28 menor de 2,6 en 3 mediciones consecutivas, en un seguimiento de tres años desde el diagnóstico, con un grupo de pacientes que no alcanzó remisión sostenida. Se analizó qué pacientes además de estar en remisión por DAS28 cumplían criterios ACR/EULAR (booleanos) de remisión. Se evaluó la presencia de las siguientes variables al momento del diagnóstico: Sexo, edad, FR, anti CCP, VSG y PCR, erosiones, discapacidad funcional medida por HAQ basal, presencia de manifestaciones extraarticulares, tiempo de evolución de la artritis al inicio del tratamiento.

**Resultados** Se compararon 37 pacientes en remisión sostenida, con 36 pacientes que no lograron remisión sostenida según DAS 28. Las variables presentes al diagnóstico que se asociaron significativamente a remisión sostenida fueron: ausencia de compromiso de grandes articulaciones (90.09% vs 39.89%,  $p < 0.03$ ); menor HAQ basal [m: 0.37 (RIC 0.125-0.75) vs m: 1 (RIC 0.5-1.62),  $p < 0.01$ ]; PCR basal negativa (68.09% vs 13.04%,  $p < 0.01$ ); valores menores de VSG [m: 15 (RIC 10-22.5) vs m: 28 (RIC 20-44) ( $p < 0.01$ )]; erosiones al momento del diagnóstico (33% vs 85%,  $p < 0.01$ ). No se encontró asociación con sexo, tabaquismo, FR, Anti CCP, con el tipo de tratamiento instaurado al momento del diagnóstico ni el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento. De los 72 pacientes evaluados solo 20% (n: 15) cumplieron criterios ACR/EULAR. Las variables presentes al diagnóstico que se asociaron de manera significativa a remisión sostenida por criterios ACR/EULAR fueron: ausencia de compromiso de grandes articulaciones (46.67% vs 16.98%,  $p = 0.02$ ) menor valor de HAQ [m: 0.22 (RIC 0.13-0.66) vs m: 0.75 (RIC 0.33-1.34) ( $p = 0.02$ )]; PCR basal negativa (73.33% vs 22.64%,  $p < 0.01$ ); menor VSG basal [m: 13 (RIC 13-22) vs m: 22 (RIC 15-40) ( $p = 0.03$ )].

**Conclusión** Nuestros resultados fueron coincidentes con los hallazgos de la mayoría de los trabajos publicados que evaluaron remisión sostenida por DAS28. Consideramos importante reconocer qué factores se asocian a remisión con los nuevos criterios ACR EULAR, ya que junto al SDAI, son medidas más exigentes en la valoración de remisión de los pacientes con artritis reumatoidea. Creemos relevante recomendar los factores asociados a remisión sostenida, principalmente en estadios tempranos, para optimizar el tratamiento.

02

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA UTILIZANDO UN CUESTIONARIO DE AUTORREPORTE. ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS.

M. Orozco<sup>1</sup>\*, M. Marengo<sup>1</sup>, C. Waiman<sup>1</sup>, A. Marcos<sup>1</sup>, A. Granil<sup>1</sup>, S. Velasco<sup>1</sup>, F. Zazzeri<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>, M. Kohan<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, M. Colledo<sup>1</sup>, G. Gómez<sup>1</sup>, R. Juárez<sup>1</sup>, M. Lencina<sup>1</sup>, A. Dorazio<sup>1</sup>, G. Rodríguez Gil<sup>1</sup>, M. Salcedo<sup>1</sup>, G. Citara<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Instituto De Rehabilitación Psicosofica, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Dr. Hector Cura, Olavarría, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital San Roque De Corrientes, La Plata, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Británico, Caba, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Dr. E Tornu, Caba, Argentina  
<sup>1</sup>Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Caba, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Municipal De Bahía Blanca, Bahía Blanca, Argentina  
<sup>1</sup>Instituto De Cardiología San Nicolas, San Nicolas, Argentina  
<sup>1</sup>Presentador

**Introducción** La adherencia al tratamiento es menor a la esperada en pacientes con enfermedades crónicas. El objetivo de nuestro estudio fue estimar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y evaluar su asociación con variables clínicas y sociodemográficas.

**Materiales y Métodos** Se diseñó un estudio de corte transversal multicéntrico, incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (criterios ACR1987/2010) de la consulta ambulatoria. Criterios de exclusión: disminución de la agudeza visual, alteración cognitiva, no habla hispana y analfabetos (debido a la imposibilidad de completar autoquestionarios). Se consignaron datos sociodemográficos, índice clínico de actividad de la enfermedad (CDAI), clinical disease activity index), capacidad funcional (HAQ-A, versión argentina Health Assessment Questionnaire). La adherencia al tratamiento fue evaluada utilizando la versión argentina del Compliance Questionnaire Rheumatology (CQR). Se definió baja adherencia y 100% alta adherencia. Un score de adherencia superior a 80 es considerado aceptable. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva (frecuencias) y distribución de adherencia al tratamiento) análisis univariado y multivariado evaluando la asociación de adherencia al tratamiento con variables sociodemográficas y clínicas. La asociación de adherencia al tratamiento con actividad de la enfermedad y capacidad funcional fue valorada a través de modelos de regresión lineal múltiple utilizando CDIA/HAQ como variables dependientes, ajustando por confundidores conocidos.

**Resultados** Se incluyeron 398 pacientes con una edad media de 53 ± 12 años, 13 ± 10 años de evolución de la enfermedad y 10 ± 4 años de educación efectiva. 84% eran mujeres y 94% poseían al menos una comorbilidad. La media de CDIA y de HAQ-A fue de 13 ± 11 y 1 ± 0.75, respectivamente. El score medio de CQR fue de 85.7 ± 10, presentando un 81% de los pacientes un nivel aceptable de adherencia. En el análisis univariado, un mayor nivel de adherencia se asoció significativamente con poseer una edad más avanzada. Luego de ajustar por múltiples confundidores la edad avanzada ( $p = 0.01$ ) y la convivencia con otras personas ( $p = < 0.01$ ) resultaron asociados significativamente a mayor adherencia al tratamiento. Al evaluar la relación de adherencia con variables clínicas, los pacientes con una adherencia aceptable ( $> 80$ ) presentaron una tendencia a poseer mayor discapacidad independientemente, de la edad, el sexo, la actividad de la enfermedad, tiempo de evolución de la AR, nivel educativo y cobertura social.

**Conclusión** Tres cuartos de los pacientes con AR presentaron una aceptable adherencia al tratamiento. Los pacientes con edad más avanzada y los que no viven solos son los que presentaron significativamente mayor adherencia al tratamiento. No se observó asociación de adherencia con actividad de la enfermedad, ni capacidad funcional, probablemente debido a la baja variabilidad de adherencia en la muestra.

03

## VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN EN ESPAÑOL (ARGENTINA) DEL CUESTIONARIO PARA LA "DETECCIÓN TEMPRANA DE ARTRITIS EN PACIENTES CON PSORIASIS": EARP (EARLY ARTHRITIS FOR PSORIASIS PATIENTS)

M. Medina<sup>1</sup>\*, S. Papisidero<sup>1</sup>, R. Chaparro Del Moral<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, O. Cerdas<sup>1</sup>, C. Murphy<sup>1</sup>, M. González Guzmán<sup>1</sup>, G. Fernández Blanco<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital General De Agudos, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
<sup>1</sup>Instituto De Rehabilitación Psicosofica, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
<sup>1</sup>Presentador

Entre el 6 y 42% de los pacientes con psoriasis presentan artritis (APs). Un retraso en su diagnóstico, puede producir un daño irreversible, por lo cual es de suma importancia su detección precoz y derivación oportuna por parte de los dermatólogos. Con este objetivo, se desarrolló un nuevo cuestionario auto-reportado de 10 preguntas denominado EARP, el cual demostró ser sensible, específico, rápido y fácil de realizar. Sería de gran utilidad disponer de una versión validada en nuestro idioma. **Objetivos:** **Objetivo General:** Adaptar y validar el cuestionario EARP a nuestro idioma. **Objetivos específicos:** 1) Evaluar su consistencia interna, validez de constructo y tiempo de respuesta en hispano-parlantes; 2) Comparar el mismo con el PASE, en términos de Sensibilidad (S) y Especificidad (E). **Materiales y métodos:** El proceso de adaptación trans-cultural del cuestionario se realizó de acuerdo a las guías desarrolladas para tal fin por Beaton y cols (2000). Se incluyeron en forma consecutiva pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de psoriasis y/o artritis psoriásica (criterios CASPAR), que tenían como primera lengua nuestro idioma. Se excluyeron pacientes con APs que cumplieran criterios de mínima actividad de la enfermedad y/o que tuvieran Fibromialgia concomitante. Los pacientes fueron distribuidos, luego de evaluación por reumatología en 2 grupos: Pacientes con APs (Grupo APs) y pacientes con psoriasis sin APs (Grupo no APs). En todos los pacientes se consignó tiempo de evolución de la psoriasis, PASI y DLQI. En el Grupo no APs, se constató si los mismos presentaban alguna artropatía diferente a la APs. En el grupo APs, se registró tiempo de evolución del compromiso articular, tipo de compromiso articular, escala visual analógica de dolor y de evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico (EVA D, EVA GP y EVA GM), HAQ, PsaQoL, BASDAI, BASFI, BASMI y ASQoL. Se realizó además recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas (68/66) y Leeds Enthesitis Index (LEI). Se calcularon DAS28 y Composite Psoriasis Disease Activity Index (CPDAI). Los pacientes completaron los cuestionarios PASE y EARP, sin orden preferencial. Con la intención de evaluar compromiso ocular (uveítis), se adicionó una pregunta al cuestionario original. Se registró el tiempo requerido para responder el EARP y el PASE. **Análisis de datos:** Estadística descriptiva. Prueba t de Student. Coeficiente de Correlación de Spearman (r). Coeficiente Alpha de Cronbach. Test de Mann-Whitney. S y E del PASE y del EARP por tabla de doble entrada. **Resultados:** Se incluyeron 64 pacientes, edad promedio 52.3 ± 16 años, 42/64 (65.6%) mujeres. La mediana del tiempo de evolución de la psoriasis fue de 180 meses (RIC 60- 288). Las medianas del PASI y del DLQI fueron 1.4 (RIC 0.6-4.3) y 2 (RIC 1-8), respectivamente. Treinta pacientes (46.9%) pertenecían al Grupo APs, y 34 (53.1%) al Grupo no APs. De este último grupo, 15 pacientes presentaban otras artropatías diferentes a APs (12 Osteoartritis, 2 Artritis Reumatoidea, 1 Colagenopatía). Los pacientes con APs, tenían una mediana de tiempo de evolución de 120 meses (RIC 52-156). Todos ellos presentaban compromiso articular periférico y 17 (56%) tenían además compromiso axial. Las medias de VAS D, VAS GP y VAS GM fueron de 56 ± 26.7 mm, 52.3 ± 26.3 mm, 30.7 ± 21.3 mm, respectivamente. Las medianas de NAD8 ± 4.5 (RIC 1.3-11.3), NAD6 ± 2.5 (RIC 1-6), NAD28 ± 3 (RIC 0.3-7), NAD18 ± 1 (RIC 0-4), LEI 0 (RIC 0-2.3). Los valores promedios de DAS28 4.4 ± 1.5, HAQ 1 ± 0.6, PsaQoL 10.2 ± 5.8, BASDAI 5.6 ± 2.2, BASFI 5.6 ± 2.7, BASMI 2.9 ± 1.4, ASQoL 9.6 ± 2.2 y CPDAI 7 ± 3.2. La media del EARP fue de 6.4 ± 2.3 en el Grupo APs y de 2.3 ± 2.3 en el Grupo no APs; mientras que en el PASE fue de 49.5 ± 16 y 25.2 ± 11. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas entre ambos grupos para los dos cuestionarios ( $p < 0.0001$ ). Dieciséis pacientes (25%) respondieron de forma positiva la pregunta sobre compromiso ocular; de éstos solo 3 tenían diagnóstico confirmado de uveítis. El EARP presentó buena consistencia interna (Alpha de Cronbach 0.86). El coeficiente de correlación de Spearman entre el EARP y el PASE fue de 0.82 ( $p < 0.001$ ). La mediana del tiempo requerido para completar el EARP fue de 60 segundos (RIC 44-91) mientras que para el PASE fue de 120 (RIC 102-154) segundos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.001$ ). El EARP tuvo una S de 93.3% y una E de 65% mientras que el PASE una S de 70% y una E de 91%. **Conclusión:** El EARP es una herramienta sensible, rápida y fácil de realizar para la identificación temprana de los síntomas de la APs en nuestro idioma.

04

## NEFRITIS LÚPICA MENSAGIAL: EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES ARGENTINOS.

M. Colledo<sup>1</sup>\*, G. Gómez<sup>1</sup>, M. Gargiulo<sup>1</sup>, L. Colanin<sup>1</sup>, L. Suarez<sup>1</sup>, E. Dorado<sup>1</sup>, S. Rausch<sup>1</sup>, F. Zazzeri<sup>1</sup>, R. Chaparro Del Moral<sup>1</sup>, A. Martínez<sup>1</sup>, A. Ortiz<sup>1</sup>, L. Galván<sup>1</sup>, V. Juaréz<sup>1</sup>, C. Moreno<sup>1</sup>, S. Páira<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>, C. Aguirre<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>, C. Alvarez<sup>1</sup>, J. Sarano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Instituto De Investigaciones Médicas A. Lanari, Caba, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Británico, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital De Agudos E Tornu, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Cullen, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Rawson, Argentina  
<sup>1</sup>Hospital Señor Del Milagro, Argentina  
<sup>1</sup>Presentador

**Objetivo:** la nefritis lúpica mesangial (NLM) se considera de curso benigno sin embargo hay estudios que demuestran lo contrario (1,2). El objetivo de este trabajo fue describir la progresión clínica en pacientes con nefritis lúpica mesangial.

**Métodos:** estudio retrospectivo, multicéntrico en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y NLM (ISN/RPS 2003) en la primera biopsia renal y al menos 12 meses de seguimiento post biopsia. Se analizaron las características demográficas, clínicas y de laboratorio. Se consideró respuesta al tratamiento según criterios EULAR/ACR (3). Se dividió a los pacientes en dos grupos: respondedores(R); respuesta completa (RC) y respuesta parcial (RP)] y no respondedores(NR); [NR, insuficiencia renal crónica (IRC), transformación histológica(TH)]. Se consideró evolución favorable a largo plazo si el paciente permanecía con respuesta completa o parcial en la última evaluación; y evolución desfavorable a insuficiencia renal o transformación histológica a clase proliferativa o membranosa en cualquier momento del seguimiento. Se utilizó test de Mann-Whitney para comparar variables numéricas, y test exacto de Fisher's para comparar variables categóricas.

**Resultados:** Veintisiete pacientes (23 mujeres) fueron evaluados. Media de edad al momento de la primer biopsia: 28 ± 9 años. Mediana de tiempo entre el diagnóstico de LES y la primera biopsia renal: 1 año (rango 0-6). Mediana de tiempo entre el inicio de los signos de nefropatía y la primera biopsia renal: 2 meses (rango 0-15). Presentación clínica: proteinuria > 0.5g/24hr, 19 pacientes (7 rango nefrótico), 13 hematuria y 1 empeoramiento de la función renal que requirió diálisis. Luego de la primera biopsia 27 pacientes recibieron tratamiento con corticoides (0.5-1mg/kg/día) y 7 otros inmunosupresores por causa no renal. A los 12 meses de seguimiento hubo 20 R (10 RC, 10 RP) y 6 NR (4 NR, 1 RC, 1 TH) Hubo 1 dato perdido. Los datos demográficos y de laboratorio inmunológico fueron similares entre R y NR. Los respondedores tuvieron niveles significativamente menores de proteinuria de 24 hs (p/24hs) a los 6 meses (0.06 vs 0.8)  $p = 0.014$  y 12 meses (0.2 vs 3.2)  $p = 0.004$ . Los niveles de creatinina no difirieron entre los grupos. En el grupo R 65% de los pacientes recibieron hidrocortisona y 15% inmunosupresores vs 67% y 50% del grupo NR respectivamente. A los 5 años de seguimiento 21 pacientes fueron evaluados (6 no alcanzaron los 5 años de seguimiento); 11 fueron rebiopsiados: 8 por flare renal y 3 por NR. Media de tiempo entre la 1ª y 2ª biopsia: 25 meses (11-52). Resultados histológicos: 1 Clase II, 2 Clase II, 5 Clase IV, 3 Clase V. Diez pacientes continuaron en remisión a los 5 años (7 RC, 3 RP) y 11 fueron NR (10 TH, 1 IRC). La evolución fue favorable en 10/21 (47.6%) y desfavorable en 11/21 (52.3%) de los pacientes (10 pacientes con TH y uno con IRC). No hubo muertes.

**Conclusiones:** Nuestro grupo de pacientes tuvo una alta tasa de progresión a clase histológica más severa de nefritis (47.6%) luego de 5 años de seguimiento. El nivel elevado de proteinuria fue el único dato que demostró correlación con la progresión histológica. Los marcadores serológicos de actividad lúpica no fueron diferentes entre R y NR. Referencias: 1) Lupus (2003) 12:665-671, 2) Rheumatol Int (2012) 32:2459-2464, 3) Lupus (2009) 18:257-263. Conflictos de interés: Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

05

**RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO.**

M. Tamboroni<sup>[1]</sup>, M. Bouzguene<sup>[2]</sup>, N. Moucou<sup>[3]</sup>, E. Mwyler<sup>[3]</sup>, G. Tate<sup>[4]</sup>,  
<sup>[1] Organización Médica De Investigación, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[2] Servicio Nacional De Rehabilitación, Argentina</sup>  
<sup>[3] Presentador</sup>

**Marco Referencial:** En el año 2011 el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) cambia la metodología para extender el Certificado Único de Discapacidad (CUD). Se arpeaban nuevas normativas de validez nacional basándose en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF/OMS). Esta clasificación evalúa el perfil de funcionamiento. Pacientes con AR en tratamiento biológico y mejoría funcional podrían no encuadrar en la nueva clasificación. **Objetivos:** 1- Describir las características de la población incluida. 2- Evaluar la proporción de personas con AR en tratamiento biológico que se encuentran en condiciones de obtener el CUD en función de las nuevas normativas. **Métodos:** Se incluyeron personas con diagnóstico de AR según criterios clasificatorios ACR 1987 con CUD vencido y tratamiento biológico evaluados entre enero y julio del 2013. Se recolectaron datos socioeconómicos, demográficos y clínicos. Se aplicó el protocolo de evaluación CIF a cada paciente. **Estadística:** Se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** Se incluyeron 55 personas. El 21,8% (n=12) se encontraba en remisión según CDAI. El 63% (n=35) de los individuos en tratamiento biológico renovaría el CUD. En la Tabla 1 se describen las características generales de la población.

Tabla 1

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Edad, media ± SD          | 58,9± 10,5    |
| Sexo F % (n)              | 89(49)        |
| Meses AR media ± SD       | 144± 102      |
| Educación >13* % (n)      | 65,45 (36)    |
| Clase funcional 3-4 % (n) | 18 (10)       |
| HAQ mediana (IQR)         | 0,91 (0- 2,5) |
| CDAI mediana (IQR)        | 7,5 (0-8,3)   |
| RX erosiva % (n)          | 50,9 (28)     |
| Cobertura Médica % (n)    | 83(46)        |
| Meses Biologícomedia ± SD | 45± 31        |
| DMARS                     | 89,16± 60,6   |

Tabla 2  
 Personas que renuevan vs. no.

|                            | Renueva n=36  | No Renueva n=19 |
|----------------------------|---------------|-----------------|
| Sexo F % (n)               | 94 (33)       | 68 (13)         |
| Meses AR media ± SD        | 187 ± 72      | 164± 101        |
| HAQ mediana (IQR)          | 1,31 (0- 2,5) | 0,26 (0- 1,5)   |
| CDAI mediana (IQR)         | 13,5 (0- 33)  | 4 (0- 22)       |
| Rx Erosivo % (n)           | 83,33 (30)    | 15,7 (3)        |
| Meses Biológico media ± SD | 39,12 ± 31    | 55 ± 27,9       |
| CDAI Remisión % (n)        | 5,5 (2)       | 52,6 (10)       |

**Conclusión:** El 63% de los individuos en tratamiento biológico renovaría el CUD en función de las nuevas normativas. Entre las personas que renuevan se constató mayor frecuencia de compromiso erosivo radiológico, peor capacidad funcional por HAQ, y mayor actividad de la enfermedad según CDAI. El 52,6% de los pacientes que no logra la renovación se encuentra en remisión de su enfermedad, siendo este el grupo que más se beneficiaría con la continuidad de tratamiento biológico.

06

**FENÓMENO DE RAYNAUD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS REPORTADAS POR LOS PACIENTES Y EVALUACIÓN OBJETIVA POR THERMOGRAFÍA**

M. Scovich<sup>[1]</sup>, B. Wastrow<sup>[2]</sup>, J. Shipley<sup>[3]</sup>, S. Brown<sup>[4]</sup>, E. Kowalewsky<sup>[5]</sup>, N. Mchugh<sup>[6]</sup>, J. Pauling<sup>[7]</sup>,  
<sup>[1] Sección Reumatología, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina</sup>  
<sup>[2] Royal National Hospital For Rheumatic Diseases, United Kingdom</sup>  
<sup>[7] Presentador</sup>

**Objetivos:** el diagnóstico clínico del fenómeno de Raynaud se basa en el relato del paciente de los cambios de coloración de los dedos ante la exposición al frío. El diagnóstico precoz del fenómeno de Raynaud es muy importante para poder identificar pacientes con esclerosis sistémica temprana. Esos además un alto reporte de síntomas de Raynaud en pacientes con fibromialgia pero con poca evidencia de una verdadera vasculopatía. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre los síntomas de Raynaud autorreportados por los pacientes y la medición objetiva de la perfusión digital microvascular usando termografía infrarroja en pacientes con diagnósticos de Raynaud Primario (RP), Esclerosis Sistémica (ES) y Fibromialgia (FM).

**Materiales y métodos:** se incluyeron aquellos pacientes con sospecha clínica de Raynaud a quienes se les solicitó un estudio termográfico entre los años 2010 y 2012. Cada paciente completó un cuestionario relacionado con los síntomas de Raynaud que presentaba. En cada termografía se calculó la Diferencia Dorso Dorsal (DDD) de temperatura a 23°C, que se obtiene restando la temperatura del dorso de la mano de la de la punta de los dedos. Un DDD negativo es sugestivo de distensión microvascular y un DDD menor a -1°C ha sido reportado previamente como clínicamente relevante. Posteriormente se revisaron las historias clínicas y se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de RP (FAN negativo), ES (esclerodactilia junto con anticuerpos específicos para ES y/o capilaroscopia anormal) y FM (criterio de 1990).

**Resultados:** se evaluaron 138 pacientes (83 RP, 12 ES, 43 FM). Ningún patrón de cambio de coloración permitió diferenciar entre los tres grupos (ver tabla 1). En todos los grupos el Raynaud fue mayoritariamente monofásico, predominando el color blanco como el color más autorreportado. En el grupo de ES, el patrón trifásico de Raynaud fue poco frecuente y el compromiso de los pulgares fue mayor comparado con los otros grupos (no significativo). La evaluación termográfica mostró mayor distensión microvascular en el grupo de ES, seguido por el de RP y luego el de FM. Usando el DDD para diferenciar entre ES y FM, la curva ROC mostró un área bajo la curva de 0,7 (IC 95%, 0,568-0,842, p 0,008) con el mejor valor de corte en -0,76 (S 60% y E 95%). En el análisis de regresión logística no se encontró asociación entre valores bajos de DDD y características clínicas del Raynaud (colores, parón o áreas corporales afectadas). Luego de ajustar por el uso de medicación vasodilatadora y comorbilidades, el efecto tabaquismo activo mostró un aumento de riesgo de tener un DDD bajo (OR 2,9, IC 95% 1,17-7,23, p 0,02).

**Conclusiones:** las características clínicas del fenómeno de Raynaud autorreportadas por los pacientes fueron similares entre aquellos con diagnóstico de RP, ES y FM y no resultaron útiles para diferenciar entre ellos. La evaluación objetiva mediante termografía de la función microvascular basal mostró fuertes tendencias para poder diferenciar entre los tres grupos de pacientes a pesar de que un bajo número de pacientes con ES dificultó el análisis. Los pacientes con FM reportaron características clínicas del Raynaud similares a los otros grupos, sin embargo, el análisis termográfico fue normal en la mayoría de ellos.

| * p<0,09 vs. FM                     | Raynaud Primario (n=83) | Esclerosis sistémica (n=12) | Fibromialgia (n=43) |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Edad, media (DS)                    | 47,8 (14,8)             | 53,1 (13,6)                 | 43,8 (10,8)         |
| Mujeres, n (%)                      | 64 (77,1)               | 10 (83,3)                   | 39 (90,7)           |
| Blanco, n (%)                       | 58 (69,9)               | 9 (75)                      | 29 (67,4)           |
| Azul, n (%)                         | 36 (43,4)               | 7 (58,3)                    | 14 (32,6)           |
| Rojo, n (%)                         | 35 (42,2)               | 5 (41,7)                    | 21 (48,8)           |
| Violeta, n (%)                      | 39 (47)                 | 3 (25)                      | 16 (37,2)           |
| Monofásico, n (%)                   | 23 (27,7)               | 5 (41,7)                    | 14 (32,6)           |
| Bifásico, n (%)                     | 21 (25,3)               | 4 (33,3)                    | 11 (25,6)           |
| Trifásico, n (%)                    | 17 (20,5)               | 1 (8,3)                     | 8 (18,6)            |
| Adormecimiento, n (%)               | 71 (85,5)               | 12 (100)                    | 41 (95,3)           |
| Síntomas en ausencia de frío, n (%) | 45 (54,2)               | 8 (66,7)                    | 25 (58,1)           |
| Pulgares comprometidos, n (%)       | 30 (36,1)               | 7 (58,3)                    | 17 (39,5)           |
| Dedos de pies comprometidos, n (%)  | 65 (78,3)               | -                           | 35 (81,4)           |
| DDD °C promedio, mediana (RIQ)      | -1,05 (4,83)            | -2,2 (4,5)                  | +0,62 (4,92)        |
| Pacientes con DDD <-1,0 °C, n (%)   | 42 (50,6)               | 8 (66,7)*                   | 15 (34,9)           |

07

**RELACIÓN DE LOS NIVELES DE ANTICUERPOS Y DEL RECUESTO DE NEUTRÓFILOS EN LÍQUIDOS SINOVIALES CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. ROL DE LOS COMPLEJOS INMUNES EN EL PERFIL MIGRATORIO DE LOS NEUTRÓFILOS.**

C. Gorlini<sup>[1]</sup>, M. Lacoste<sup>[2]</sup>, M. Calderón<sup>[3]</sup>, V. Fernandez<sup>[4]</sup>, H. Tamashiro<sup>[5]</sup>, A. Munariz<sup>[6]</sup>, R. Blas<sup>[6]</sup>, M. Pistoresi<sup>[6]</sup>, M. Di Genaro<sup>[6]</sup>

<sup>[1] Imbibo-conicet, Laboratorio Inmunopatología, Fac. Qca, Bca y Fcia-Universidad Nacional De San Luis, San Luis, Argentina</sup>  
<sup>[2] Clínica Bolívar, San Luis, Argentina</sup>  
<sup>[3] Laboratorio Central-área De Inmuno-serología, Hospital San Luis, San Luis, Argentina</sup>  
<sup>[4] Instituto Privado Cenyr, San Luis, Argentina</sup>  
<sup>[5] Medici, San Luis, Argentina</sup>  
<sup>[6] Cibici-conicet, Facultad De Ciencias Químicas-universidad Nacional De Córdoba, Córdoba, Argentina</sup>  
<sup>[7] Presentador</sup>

**OBJETIVO:** El reclutamiento de neutrófilos desde sangre a los sitios inflamatorios es un evento clave en la respuesta inmune; no obstante, la presencia de estas células en procesos inflamatorios crónicos, como es el caso de las enfermedades autoinmunes, puede ser patogénica. El objetivo de este estudio en pacientes con artritis reumatoidea fue determinar si la actividad de la enfermedad está relacionada con el influxo de neutrófilos en la sinovia y los niveles de anticuerpos en líquido sinovial, como así también comprobar in vitro si el perfil migratorio de los neutrófilos de sangre periférica se ve influenciado por la presencia de complejos inmunes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizaron líquidos sinoviales de pacientes con artritis reumatoidea (n= 29; 75% mujeres; edad media: 53 años) en los que se determinó la actividad de la enfermedad por el cálculo del índice DAS-28. El número de neutrófilos se determinó por recuento diferencial mediante tinción con May-Grunwald Giemsa mientras que los niveles de anticuerpos anti-proteínas citrilinadas y los de Inmunoglobulina G total se determinaron por ensayos de ELISA e inmunodifusión radial, respectivamente. En los experimentos de estimulación in vitro con complejos inmunes, se utilizaron neutrófilos de sangre periférica de sujetos sanos y complejos inmunes formados por Inmunoglobulina G agregada por calor. El análisis del fenotipo de los neutrófilos y de su perfil migratorio se realizó mediante la marcación con anticuerpos anti-CD15, anti-CD16, anti-L-selectina, anti-CD11b, anti-CXCR2, anti-CXCR3 y anti-CD54 a su posterior determinación por citometría de flujo. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas T de Student y correlación de Spearman. Todas las diferencias fueron consideradas como estadísticamente significativas cuando p<0,05.

**RESULTADOS:** Los ensayos realizados en los líquidos sinoviales de pacientes con artritis reumatoidea mostraron que el número de neutrófilos correlacionó en forma positiva con el valor de DAS-28 (p<0,05). Además, la relación anticuerpos anti-proteínas citrilinadas/ Inmunoglobulina G (UI/mg por ml de líquido sinovial) fue significativamente mayor en pacientes con mayor actividad de la enfermedad (DAS-28 >3,7, p<0,05).

Paralelamente, en los ensayos de estimulación in vitro de neutrófilos de sangre periférica con complejos inmunes se comprobó la presencia mayoritaria de una subpoblación de neutrófilos fenotípicamente distintiva (CD16<sup>HL</sup>-selectina<sup>HL</sup>). Cuando se analizó la expresión de las diferentes moléculas migratorias, esta subpoblación presentó una menor expresión del receptor de quimiocina CXCR2 mientras que aumentó la del receptor CXCR3 y la de la molécula CD54 comparándola con la subpoblación de neutrófilos sin estimular (CD16<sup>HL</sup>CD62L<sup>HL</sup>; p<0,01).

**CONCLUSIÓN:** Los resultados aquí presentados demuestran que en pacientes con artritis reumatoidea la actividad de la enfermedad se relaciona con el número de neutrófilos como así también con la relación anticuerpos anti-proteínas citrilinadas/ Inmunoglobulina G presente en el líquido sinovial. A su vez, la estimulación in vitro de los neutrófilos con complejos inmunes demostró regular el perfil de expresión de diferentes moléculas involucradas en la migración. Futuros estudios nos permitirán corroborar lo observado in vitro en líquidos sinoviales de pacientes con artritis reumatoidea.

08

**LUPUS ERTEMATOSO SISTEMICO (LES) DE COMIENZO TEMPRANO**

A. Salas<sup>[1]</sup>, P. Sansinena<sup>[2]</sup>, C. Pena<sup>[3]</sup>, C. Costi<sup>[4]</sup>, D. Pereira<sup>[5]</sup>, F. Rivuelo<sup>[6]</sup>, E. Chignari<sup>[7]</sup>, R. Quintana<sup>[8]</sup>, A. Spinetto<sup>[9]</sup>, M. Paolini<sup>[10]</sup>, A. Curti<sup>[11]</sup>, M. Colazo<sup>[12]</sup>, N. Lopez<sup>[13]</sup>, M. Diaz<sup>[14]</sup>, J. Ruffino<sup>[15]</sup>, F. Ferreyra<sup>[16]</sup>, H. Casas<sup>[17]</sup>, G. Vijditz<sup>[18]</sup>, B. Pons Estef<sup>[19]</sup>, B. Martinez<sup>[20]</sup>, V. Bottinelli<sup>[21]</sup>, P. Iriarte<sup>[22]</sup>, V. Cruzat<sup>[23]</sup>, M. Caputo<sup>[24]</sup>, S. Muñoz<sup>[25]</sup>, V. Collado<sup>[26]</sup>, J. Soldano<sup>[27]</sup>, A. Allievi<sup>[28]</sup>, E. Lancelotti<sup>[29]</sup>, O. Rillo<sup>[30]</sup>, S. Pappasidero<sup>[31]</sup>, A. Martinez<sup>[32]</sup>, L. Encina<sup>[33]</sup>, E. Soriano<sup>[34]</sup>, R. Chiappero<sup>[35]</sup>, V. Sauri<sup>[36]</sup>, C. Graf<sup>[37]</sup>, A. Spindler<sup>[38]</sup>, W. Spindler<sup>[39]</sup>, V. Bellonje<sup>[40]</sup>, J. Sarasa<sup>[41]</sup>, M. Y. Garcia<sup>[42]</sup>, E. Elmer<sup>[43]</sup>, G. Gomez<sup>[44]</sup>, D. Dubinsky<sup>[45]</sup>, C. Pisoni<sup>[46]</sup>, E. Romero<sup>[47]</sup>, A. Alvarez<sup>[48]</sup>, A. Gonzalez<sup>[49]</sup>, F. Zazzetti<sup>[50]</sup>, M. Esposito<sup>[51]</sup>, A. Damico<sup>[52]</sup>, E. Bresan<sup>[53]</sup>, J. Barreira<sup>[54]</sup>, A. Sosa<sup>[55]</sup>, J. Velozo<sup>[56]</sup>, M. Garcia<sup>[57]</sup>

<sup>[1] Higo San Martín, La Plata, Argentina</sup>  
<sup>[2] H Gutierrez, La Plata, Argentina</sup>  
<sup>[3] Consultorio Privado, Bahía Blanca, Argentina</sup>  
<sup>[4] H Durand, Córdoba, Argentina</sup>  
<sup>[5] H Provincial, Rosario, Argentina</sup>  
<sup>[6] H Clinicas, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[7] H Lagomaggiore, Mendoza, Argentina</sup>  
<sup>[8] H Privado De Córdoba, Córdoba, Argentina</sup>  
<sup>[9] H Zonal Bariloche, Bariloche, Argentina</sup>  
<sup>[10] H Posadas, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[11] H Fernandez, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[12] Lanari, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[13] U Salvador, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[14] H Italiano, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[15] H Tornu, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[16] Centro Médico Mitré, Paraná, Argentina</sup>  
<sup>[17] Centro Médico Privado, San Miguel De Tucumán, Argentina</sup>  
<sup>[18] H Padilla, San Miguel De Tucumán, Argentina</sup>  
<sup>[19] Cenic, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[20] Sanatorio Adventista Del Plata, Villa Libertador San Martín, Argentina</sup>  
<sup>[21] H Perna, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[22] H Eva Perón, San Martín, Argentina</sup>  
<sup>[23] H Británico, Caba, Argentina</sup>  
<sup>[7] Presentador</sup>

**Introducción:** Se considera que aproximadamente el 20% de los pacientes con LES comienzan su enfermedad en la niñez o adolescencia. Estos pacientes son descriptos con un fenotipo de mayor severidad.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia del Lupus de comienzo temprano y las manifestaciones clínicas y de laboratorio en los mismos.

**Métodos:** Se incluyeron 659 pacientes en forma consecutiva entre Febrero y Diciembre de 2012. Todos cumplieron al menos cuatro criterios de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología (ACR 82/97). Se definió como LES de comienzo temprano a la enfermedad diagnosticada antes de los 18 años de edad y de comienzo tardío o del adulto al diagnóstico a edad = 18 años. Se consideraron los criterios de diagnóstico y el año medido por Systemic Lupus Collaborating Clinics Damage Index (SLICC-SDI) acumulativos. La actividad de la enfermedad, al momento de ingreso en el estudio, fue medida por el índice Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI). Se consideró actividad severa al SLEDAI =12. Las manifestaciones evaluadas fueron comparadas con las de los pacientes con LES de comienzo en el adulto (>18 años). El análisis estadístico para variables categóricas fue realizado con la prueba del chi-cuadrado o el test exacto de Fisher según correspondiera y para variables continuas con el test de Student. Las medidas de fuerza de asociación fueron obtenidas por medio del odds ratio y el intervalo de confianza 95%. Se realizó análisis multivariado utilizando al Lupus de comienzo temprano como variable de resultado.

**Resultados:** Cumplieron criterios para LES temprano 82/659 (12,44%) de los pacientes. El 90% de los Lupus de comienzo temprano fueron mujeres vs. 87% de comienzo tardío. OR: 1,38, p=0,40, IC 95%: 0,63-3,45. La edad promedio al diagnóstico fue de 15,2 (17-11) vs. 32,1 años (18-76). La evolución del LES fue de 134/86 vs. 96/22 meses, p=0,00034. La mediana del número de criterios de clasificación cumplidos fue de 7 vs. 6 (p=0,016). La mediana del SLEDAI fue de 2 (0-36) vs. 2 (0-73), p=0,865. Al momento de su inclusión en el estudio cursaban actividad severa: 18% vs. 8,5%, p=0,005, OR: 2,41, IC 95%: 1,19-4,6. SLICC 14 (0-8) vs. 1,02 (0-8), p=0,57. Las manifestaciones clínicas con asociación significativa fueron la nefritis 62 % vs 47%, p=0,010 OR: 1,84, IC: 1,12-3,07. GNF clase 4 41,4% vs 21,3% (p=0,001), OR: 2,61, IC: 1,56-4,34, afectación del SNC 17% vs 9%, p=0,019 OR: 2,12, IC: 1,03-4,15, cataratas 18% vs 10%, p= 0,022, OR: 2,04, IC: 1,01-3,9. El uso de antipaludicos fue del 73% vs 60%, p= 0,02, OR: 1,70, IC: 1,05-2,83 y ciclofloramidea 43,6% vs 31% p=0,02 OR: 1,93, IC: 1,23-3,03. En el análisis multivariado presentaron asociación significativa con LES de inicio temprano la etnia mestiza: OR: 1,65, IC 95%: 1,01-2,69, p=0,041, etnia malar: OR: 1,81, IC95%: 1,009-3,25, p=0,046 y la nefritis: OR: 1,86, IC95%: 1,15-3,006, p= 0,01.

**Conclusiones:** El 12,44% de los pacientes con Lupus fueron de comienzo temprano, siendo la edad promedio al diagnóstico 15 años (7-17). En el análisis multivariado persistieron como variables independientes asociadas al Lupus de comienzo temprano la etnia mestiza, el compromiso cutáneo con eritema malar y la nefropatía. No resultó significativa la asociación con el índice de daño.

## SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO CATASTRÓFICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

H. Berman<sup>1</sup>\*, I. Rodríguez-pimó<sup>2</sup>, G. Espinosa<sup>3</sup>, E. De Meis<sup>4</sup>, R. Corvera<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Clínico Barcelona, Barcelona, España  
<sup>2</sup>Instituto Nacional Do Câncer, Brazil  
<sup>3</sup>Presentador

**Objetivo:** Describir las características clínicas y de laboratorio de pacientes con Síndrome Antifosfolípido Catastrófico (SAFC) en la edad pediátrica.

**Métodos:** Se analizaron y se compararon los datos demográficos, características clínicas y de laboratorio y tratamientos de 46 pacientes con SAFC antes de los 18 años de edad y 400 pacientes adultos con SAFC incluidos en el registro internacional de SAFC Catastrófico (CAPS Registry). Las variables categóricas se compararon con Test de chi-cuadrado o Test exacto de Fisher según su aplicabilidad.

**Resultados:** SAFC pediátrico: 32 (69.6%) pacientes eran de sexo femenino, con una edad media de 11,6 ± 4.6 años (rango, 0-17). (Tabla 1). Treinta y un pacientes (67.4%) se presentaron como SAF primario, 13 (28.3%) SAF asociado a lupus eritematoso sistémico y uno como lupus-like (2.2%). Dos pacientes murieron a causa del SAFC (25.5%). Los pacientes que recibieron tratamiento con esteroides tuvieron una mayor probabilidad de recuperación (OR95 1.1-88.7, p = 0.04).

Al comparar los casos de SAFC pediátrico con los adultos la relación mujer:hombre fue de 2.4:1 en niños y 2.2:1 en adultos. La infección fue más frecuente en los casos pediátricos como factor desencadenante (59.6% vs 26.8%, p <0.001) (Tabla 2). No hubo diferencias en los principales órganos afectados entre ambos grupos, excepto el compromiso de vasos periféricos que fue más prevalente en el grupo pediátrico (51.1% vs 34.3%, p = 0.024). No se encontraron diferencias en las características de laboratorio. La tasa de recuperación fue de 74.5% en los casos pediátricos y el 59.8% en adultos (RR 1.25 IC95 1.03-1.50).

**Conclusiones:** El SAFC en pacientes pediátricos es una enfermedad grave, aunque la tasa de recuperación fue mayor que en los adultos. Probablemente el tratamiento con esteroides se relacione con una tasa mayor de recuperación. Las infecciones fueron el factor precipitante más frecuente en la edad pediátrica. No hay diferencias clínicas, de laboratorio y de tratamientos entre SAFC pediátrico y en adultos.

Tabla 1. Características clínicas en pacientes con SAFC pediátrico

|  | Frecuencia (%) |
|--|----------------|
| Sexo (F/M)   | 32/14 (69.6%)  |
| SAF catastrófico como primera manifestación de SAF | 39 (83%)       |
| <b>Factor Precipitante</b>                         |                |
| Infección  | 28 (59.67%)    |
| Enfermedad Maligna                                 | 8 (17%)        |
| <b>Manifestaciones Clínicas</b>                    |                |
| Compromiso renal                                   | 30 (63.8%)     |
| Compromiso Cardíaco                                | 27 (57.4%)     |
| Compromiso Hepático                                | 19 (40.4%)     |
| Compromiso Pulmonar                                | 30 (63.8%)     |
| Compromiso Cerebral                                | 23 (48.9%)     |
| Compromiso Cutáneo                                 | 17 (36.2%)     |
| Vasos Periféricos                                  | 24 (51.1%)     |

Tabla 2. Datos demográficos y Factores Precipitantes en pacientes pediátricos comparado con pacientes adultos con SAFC

|                                       | Adultos No. (%)     | Niños No. (%)     | P      |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|--------|
| Sexo (F/M)                            | 275/125 (68.9/31.3) | 33/14 (70.2/29.8) | 0.838  |
| SAF Primario                          | 232 (58%)           | 32 (68.1)         | 0.183  |
| Lupus                                 | 119 (29.8)          | 13 (27.7)         | 0.766  |
| SAFC como primer manifestación de SAF | 181 (45.3)          | 39 (83)           | <0.001 |
| <b>Factor Precipitante</b>            |                     |                   |        |
| Infección                             | 249 (63.8)          | 34 (72.3)         | 0.249  |
| Enfermedad Maligna                    | 105 (26.8)          | 28 (59.6)         | <0.001 |
| Anticoncepción oral                   | 41 (10.5)           | 8 (17.0)          | 0.177  |
| Cirugía                               | 30 (7.7)            | 0 (0)             | 0.06   |
|                                       | 45 (11.5)           | 3 (6.4)           | 0.288  |

## ANÁLISIS E IMPACTO DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN LOS CONGRESOS ARGENTINOS DE REUMATOLOGÍA 2000-2010.

L. Abbas<sup>1</sup>\*, P. Pissani<sup>1</sup>, G. Sequiera<sup>1</sup>, E. Kerzberg<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Servicio De Reumatología, Hospital J. M. Ramos Mejía, Caba, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

**Introducción:** El Congreso Argentino de Reumatología brinda la oportunidad para exponer los resultados de investigaciones clínicas y de ciencias básicas en el campo de la Reumatología y la Inmunología Nacional. Los profesionales de la salud pueden exponer allí trabajos originales e innovadores, previo a la publicación en revistas científicas. Se estima que el tiempo medio entre la presentación de un trabajo científico en un Congreso y su publicación es de 18 a 20 meses.

**Objetivo:** Analizar los trabajos científicos presentados los congresos Argentinos de Reumatología en los años 2000, 2005 y 2010.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron todos los abstracts publicados en la Revista Argentina de Reumatología correspondientes a los congresos argentinos de los años 2000, 2005 y 2010. Los abstracts fueron clasificados según formato de presentación (oral o en poster), número de centros participantes, número de pacientes estudiados, nivel estadístico (nivel 1: estadística descriptiva; nivel 2: reportar t de student, Mac Nemar, chi2, Man Whitney o coeficientes de variación y/o correlaciones, nivel 3: estadísticas más complejas no incluidas en las anteriores) y nivel de evidencia (nivel 1: metaanálisis o estudios clínicos randomizados y controlados, nivel 2: casos controles, cohortes y estudios abiertos; nivel 3: reporte de casos, nivel 4: ciencias básicas, utiliza muestras de tejidos, animales y estudios in vitro). Por último se determinó (utilizando PUBMED) cuantos de estos trabajos fueron publicados al 30 de Junio de 2013.

**Resultados:** se encontraron 510 trabajos de los cuales 7 fueron excluidos por presentar datos incompletos. Se analizaron 190 presentaciones para el año 2000 (49 orales/ 141 posters) 136 para el año 2005 ( 22 orales/ 114 posters) y 177 para el 2010 ( 29 orales/ 148 posters). El porcentaje de trabajos presentados por un solo centro aumento en 2010 con respecto a 2000 y 2005: fue de 79.06% en 2000, 64.71 en 2005 y 83.62 en 2010. El nivel estadístico no se modificó y fue en general descriptivo en 67.89% de los trabajos en 2000, 61.03 en 2005 y 58.76 en 2010. El nivel de evidencia mayoritario fue 3: 56.32% de los trabajos en 2000, 57.35% de los trabajos en 2005 y 57.63% de los trabajos en 2010. La evidencia nivel 1 y 4 fue de 1.05% en 2000, 3.68% en 2005 y 2.25% en 2010. El porcentaje de estudios publicados fue de 2.63% en 2000, 5.15% en 2005 y 5.65% en 2010 (chi 2 p 0.3). El número promedio de pacientes estudiados fue de 52.81 en 2000, 226.87 en 2005 y 148 en 2010 (ns). **Conclusiones:** si bien hubo un aumento no significativo en el número de artículos publicados en 2005 y 2010 en comparación con el año 2000, el porcentaje de artículos publicados es aun bajo. En general son trabajos presentados por un solo centro, el nivel de evidencia es reporte de casos y se utiliza estadística descriptiva.

## PREVALENCIA DE MALESTARES MÚSCULO-ESQUELÉTICOS Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN POBLACIÓN ORIGINARIA QOM (TOBA) DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

R. Quintana<sup>1</sup>, A. Silvestro<sup>2</sup>, M. Goñi<sup>3</sup>, N. Mathern<sup>3</sup>, S. Conti<sup>1</sup>, R. Nieto<sup>1</sup>, C. Prigione<sup>4</sup>, A. Sanabria<sup>5</sup>, V. Gervasoni<sup>6</sup>, M. Jorfen<sup>7</sup>, J. Mijević<sup>8</sup>, D. Dhairi<sup>9</sup>, M. Lahite<sup>9</sup>, M. Barrios<sup>9</sup>, F. Midaur<sup>9</sup>, M. Martin<sup>9</sup>, V. García Blanco<sup>9</sup>, R. Gontoro<sup>9</sup>, E. Grabbe<sup>9</sup>, I. Pelaez<sup>9</sup>, B. Pons-estel<sup>9</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina  
<sup>2</sup>Ministerio De Salud, Gobierno De La Provincia De Santa Fe, Rosario, Argentina  
<sup>3</sup>Centro De Especialidades Médicas Ambulatorias De Rosario, Rosario, Argentina  
<sup>4</sup>Hospital Juan Bautista Alberdi, Rosario, Argentina  
<sup>5</sup>Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Nacional De Rosario, Rosario, Argentina  
<sup>6</sup>Hospital Jose Maria Cullen, Santa Fe, Argentina  
<sup>7</sup>Hospital General De Mexico, Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad De Mexico, Mexico  
<sup>8</sup>Presentador

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de malestares músculo-esqueléticos y enfermedades reumáticas en población originaria QOM (Toba) de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, epidemiológico, utilizando la metodología COPCORD (Programa Orientado a la Comunidad para el Control de las Enfermedades Reumáticas), a través de la realización de una encuesta puerta a puerta, dirigida a individuos mayores de 18 años pertenecientes a la comunidad QOM. La misma fue realizada por estudiantes avanzados de medicina / enfermería, acompañados por traductores-facilitadores bilingües. La encuesta fue previamente validada en una prueba piloto con 100 sujetos QOM. Los individuos con dolor músculo-esquelético (casos positivos) fueron evaluados en forma consecutiva por médicos generales y referenciados dentro de la semana al reumatólogo para diagnóstico y eventual tratamiento.

**Resultados:** Un total de 1.656 individuos fueron incluidos; 1.020 (61.6%) fueron mujeres, con una edad media de 35.3 (DE 17.8) años. Ancestros QOM fueron reconocidos en la mayoría de los encuestados (madre QOM 93.1%, y padre QOM 84.3%) y el 62% se reconocían como bilingües (QOM/Español). El 87.2% de los sujetos eran atendidos en el sistema público de salud. Un total de 890 (53.7%) casos positivos no traumáticos fueron reportados. De ellos, 376 (42.2%) habían tenido al menos un episodio de dolor en los últimos 7 días, 514 (57.7%) presentaron dolor histórico (al menos una vez en su vida) y 278 (31.2%) presentaban ambos al mismo tiempo. De aquellos sujetos que reportaron dolor en los últimos 7 días, 172 (45.7%) lo describieron como severo, 192 (51.1%) no se habían adaptado al mismo y 61 (16.2%) presentaban limitación funcional. Los sitios de dolor más frecuentes fueron: columna lumbar (19.3%), rodillas (13.0%) y manos (12.0%). Comparando el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) entre individuos con y sin dolor en los últimos 7 días, las variables que tuvieron mayor impacto en la capacidad funcional fueron las actividades relacionadas con flexión de rodillas (12.7% vs. 4.2%, p<0.001) y columna lumbar (12.7% vs. 3.6%, p<0.001). Un total de 749 (45.5%) individuos presentaron al menos una enfermedad reumática diagnosticada por el reumatólogo; lumbalgia mecánica 20.1%, síndrome de dolor regional epidural 4.5%, osteoartritis 4.0%, artritis reumatoidea 2.4%, artritis diferenciada 0.3%, lumbalgia inflamatoria 0.1%, esclerodermia 0.1%, fibromialgia 0.1%, síndrome de Sjogren primario 0.06%, lupus eritematoso sistémico 0.06% y enfermedad mixta del tejido conectivo 0.06%. Los malestares músculo-esqueléticos no clasificables estuvieron presentes en el 13.9%.

**Conclusión:** Se enfatiza la alta prevalencia de dolor músculo-esquelético en la población estudiada, generando un gran impacto en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Se resalta además la alta prevalencia de artritis reumatoidea.

## VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA ESPONDILIOARTRITIS EN LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES

F. Sommerfeld<sup>1</sup>\*, M. Orozco<sup>1</sup>, N. Zamora<sup>1</sup>, M. Landi<sup>1</sup>, L. Cayetti<sup>1</sup>, E. Schneberger<sup>1</sup>, G. Citara<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Instituto De Rehabilitación Psico-física, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

**Introducción:** Las enfermedades inflamatorias crónicas afectan entre otros aspectos la sexualidad de los pacientes. Una forma de evaluar la salud sexual es a través de auto cuestionarios. El Qualisex es un cuestionario desarrollado y validado para evaluar la sexualidad en pacientes con Artritis Reumatoidea. Las Espndilioartritis (Esp) tienen un significativo impacto social y económico dado que la enfermedad afecta individuos jóvenes, en un período activo de la vida. Hasta el momento según nuestro conocimiento no se ha desarrollado un cuestionario que evalúe la sexualidad en pacientes que padecen Esp.

**Objetivo:** Validar y adaptar el cuestionario Qualisex en pacientes con Esp y evaluar el impacto de su enfermedad en la sexualidad.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 21 años con diagnóstico de Esp por criterios: EA NY 84 y/o criterios ASAS Esp axial 09 y/o criterios ASAS Esp periféricos 10. Se consignaron datos sociodemográficos y de la enfermedad (tiempo de evolución de la enfermedad, síntomas relacionados, comorbilidades, tratamiento). Se evaluó dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por EVA, número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES), BASMI, actividad de la enfermedad por BASDAI, capacidad funcional por BASFI y calidad de vida por ASQoL. La versión original del Qualisex fue traducida y adaptada para Esp por 2 reumatólogos argentinos y retrotraducida al inglés por un individuo bilingüe no relacionado. El mismo consta de 10 preguntas categorizadas en 11 puntos (0-10) Se calcula promediando los resultados de las 10 preguntas (la pregunta 10 se califica de forma inversa). El puntaje final va desde 0=óptimo estado de salud a 10=pésimo. Todos los pacientes completaron la versión adaptada del Qualisex. Análisis estadístico: Estadística descriptiva de los datos, comparación de la variables continuas por test de Mann Whitney y de las variables categóricas por Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher. Regresión lineal. Correlación de Spearman. La reproducibilidad del cuestionario fue evaluada en los pacientes con un segundo cuestionario completado dentro de los 3 a 7 días de la primera visita. Se evaluó también el tiempo para completarlo y el número de respuestas faltantes.

**Resultados:** Se solicitó completar el cuestionario a 35 pacientes, 6 pacientes se negaron a participar. Se incluyeron 29 pacientes, 24 (82.8%) eran de sexo masculino, con una edad mediana de 48 años (RIC 36-60) y un tiempo mediano de evolución 17 años (RIC 9.5-27), 24 (82.8%) pacientes presentaban EAr y 5 (17.2%) Artritis Psoriática. Mediana (RIC) de: BASDAI 4.2 (1.3-6.3), BASFI 4 (1.8-6.9), ASQoL 6 (0-10.2), PSASoL 10 (4.5-15.5), MASES 1 (1.6-5.1), respectivamente. La mediana de Qualisex fue de 2.7 (RIC 1.6-5.1), el tiempo mediano para completar el cuestionario fue 2.9 minutos (RIC 2.1-3.7). El promedio de respuestas faltantes fue 1.5. La reproducibilidad fue excelente con un CCI de 0.99 (IC 95% 0.65-1). Se hallaron varias preguntas redundantes con correlación intratemas mayor a 0.8. El Qualisex presentó buena correlación con medidas de evaluación de la enfermedad como: número de articulaciones dolorosas (r 0.89), MASES (r 0.57), EVA actividad (r 0.62), ASQoL (r 0.59), BASDAI (r 0.61). El Qualisex fue significativamente mayor en las mujeres (m 7.6 vs 2.2, p= 0.018) y en los desocupados (m 5.1 vs 2, p=0.002). En el análisis de regresión lineal, utilizando el Qualisex como variable dependiente ajustando a edad y tiempo de evolución, el sexo femenino fue la única variable asociada al mismo (coef β=0.38, p=0.04), no observando asociación con capacidad funcional y actividad de la enfermedad.

**Conclusiones:** El Qualisex adaptado a la Esp es un cuestionario válido y confiable, aunque presenta algunas preguntas redundantes. Los pacientes con Esp de sexo femenino presentaron peor salud sexual, independientemente de la actividad de la enfermedad y la capacidad funcional.

**DERRAME ARTICULAR DE RODILLA: SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CRISTALES DE PIRÓFOSFATO DE CALCIO**

E. Catay<sup>1</sup>\*, S. Ruta<sup>1</sup>, J. Rosa<sup>1</sup>, F. Navarta<sup>1</sup>, F. Vergara<sup>1</sup>, M. Bravo<sup>1</sup>, J. Marín<sup>1</sup>, M. Scolnik<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina  
 \*Presentador

**Introducción:** la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio es una causa importante de artritis, principalmente en personas de edad avanzada. El diagnóstico definitivo de esta artropatía cristalica se basa en la identificación de cristales de pirofosfato de calcio en el líquido sinovial.

**Objetivo:** evaluar la sensibilidad y la especificidad de la ecografía y la radiografía convencional para la identificación de cristales de pirofosfato de calcio en pacientes con derrame articular de rodilla.  
**Métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos > 50 años de edad con derrame articular de rodilla, detectado mediante el examen clínico. A todos los pacientes se les realizó artrocentesis en la rodilla tumefacta y el líquido sinovial extraído fue analizado por un bioquímico experimentado, sin conocer los datos clínicos, utilizando un microscopio óptico de luz plana y luz polarizada. Luego de la artrocentesis se les realizó ecografía y radiografía convencional de la rodilla afectada. El examen ecográfico fue llevado a cabo por un reumatólogo entrenado en técnicas por imágenes, sin conocer los datos clínicos, ni radiográficos. Se utilizó un equipo ecográfico MyLab 70 XV ( Esaote), equipado con una sonda lineal multifrecuencia de 4-13 MHz. La técnica de exploración ecográfica se realizó de acuerdo a estándares de referencia, incluyendo un corte suprapatelar (transversal y longitudinal) con rodilla en máxima flexión posible para valorar el cartilago hialino femoral, y cortes longitudinal medial y lateral con rodilla extendida para evaluar el fibrocartilago meniscal lateral y medial, respectivamente. Los siguientes hallazgos ecográficos fueron considerados como indicadores de depósito de cristales de pirofosfato de calcio: 1) depósitos hiperecogénicos dentro del espesor del cartilago hialino femoral; 2) depósitos hiperecogénicos en el fibrocartilago meniscal. Las radiografías fueron evaluadas por un reumatólogo experimentado, sin conocer los datos clínicos ni ecográficos, en búsqueda de signos radiológicos de condrocalcinosis.

**Resultados:** se evaluaron un total de 75 rodillas en 75 pacientes [39 varones, con una edad media de 66,6 años (DS:15,7)]. Veinticuatro pacientes tenían diagnóstico previo de artritis primaria de rodilla, 16 artritis reumatoidea, 10 artropatía por depósito de cristales de pirofosfato de calcio (criterios de McCarty), 8 artritis psoriásica y 5 lupus eritematoso sistémico. Trece pacientes tenían derrame articular de rodilla sin etiología conocida. El análisis del líquido sinovial reveló cristales de pirofosfato de calcio en 15 de las 75 (20%) rodillas examinadas, 9 de ellos tenían diagnóstico previo de artropatía por depósito de cristales de pirofosfato de calcio, 3 artritis primaria de rodilla y 3 derrame articular de rodilla sin diagnóstico establecido.

En la tabla se muestran las propiedades diagnósticas de la ecografía y la radiografía convencional para la detección de cristales de pirofosfato de calcio, usando como método estándar de referencia al análisis del líquido sinovial.

|   | Ecografía             |          | Radiografía Convencional |          |
|---|-----------------------|----------|--------------------------|----------|
|   | Positivo              | Negativo | Positivo                 | Negativo |
| <b>Líquido sinovial</b>                   |                       |          |                          |          |
| Positivo                                  | 9                     | 2        | 6                        | 10       |
| Negativo                                  | 6                     | 58       | 9                        | 50       |
| <b>Sensibilidad (IC 95%)</b>              | 60% (32.33-83.57)     |          | 40% (16.43-67.67)        |          |
| <b>Especificidad (IC 95%)</b>             | 96.67% (88.45-99.50)  |          | 83.3% (71.47-91.69)      |          |
| <b>Valor predictivo positivo (IC 95%)</b> | 81.82 % (48.24-97.18) |          | 37.5% (15.29-64.53)      |          |
| <b>Valor predictivo negativo (IC 95%)</b> | 90.62 % (80.69-96.46) |          | 84.75 % (73-92.76)       |          |

**Conclusiones:** la ecografía mostró mayor sensibilidad y especificidad que la radiografía convencional en la detección de cristales de pirofosfato de calcio en pacientes con derrame articular de rodilla. La ecografía podría ser de utilidad en la práctica reumatológica como herramienta diagnóstica, ante la sospecha de enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio.

**TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA EN ARGENTINA.**

G. Weimann<sup>1</sup>\*, G. Citera<sup>1</sup>, F. Dal Pra<sup>1</sup>, M. Landi<sup>1</sup>, H. Maldonado Ficca<sup>1</sup>, M. Saint Martin<sup>1</sup>, R. Chapparro Del Maraf<sup>1</sup>, M. Benegas<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, A. Catalan Pellet<sup>1</sup>, A. Secco<sup>1</sup>, L. Marín<sup>1</sup>, A. Barbojoli<sup>1</sup>, A. Berman<sup>1</sup>, H. Berman<sup>1</sup>, J. Marcos<sup>1</sup>, A. Salas<sup>1</sup>, F. Casiro<sup>1</sup>, C. Alvarez<sup>1</sup>, M. Haye Salinas<sup>1</sup>, C. Quiroz<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>, F. Ceccato<sup>1</sup>, S. Paíra<sup>1</sup>, G. Salvatierra<sup>1</sup>, A. Quintero<sup>1</sup>, M. Crespo<sup>1</sup>, E. Buzchazzo<sup>1</sup>, E. Velozo<sup>1</sup>, M. Abdala<sup>1</sup>, M. Sacnun<sup>1</sup>, R. Quintana<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosofica, Caba, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornu", Caba, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Caba, Argentina  
<sup>4</sup> Centro Medico Privado De Reumatología, Argentina  
<sup>5</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina  
<sup>6</sup> Hospital Privado Centro Medico De Cordoba, B° Parque Vélez Sarstfeld, Argentina  
<sup>7</sup> Hospital Italiano Buenos Aires, Caba, Argentina  
<sup>8</sup> Hospital Dr. Jose Maria Cullen, Argentina  
<sup>9</sup> Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina  
<sup>10</sup> Centro Integral De Reumatología, Argentina  
<sup>11</sup> Hospital Sanor Del Milagro, Argentina  
<sup>12</sup> Sanatorio Adventista Del Plata, Sanatorio Adventista Del Plata, Argentina  
<sup>13</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
<sup>14</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina  
 \*Presentador

**Introducción:** En la última década han surgido diversas opciones y estrategias de tratamiento para pacientes con artritis reumatoidea (AR). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las preferencias y patrones de tratamiento utilizados por los médicos pertenecientes a una clínica de artritis temprana en Argentina.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 87) y artritis indiferenciada (AI) pertenecientes a una cohorte prospectiva de artritis temprana (>1 articulación inflamada y <2 años de evolución). Los datos recolectados incluyeron dosis, frecuencia y estrategia de tratamiento, estratificando los pacientes de acuerdo a el diagnóstico final (AI vs AR). Para el análisis estadístico solo fueron tomados en cuenta enfermos y drogas modificadoras de la AR (DMAR) biológicas y no-biológicas, no siendo incluidos analgésicos y/o antiinflamatorios no esteroideos.

**Resultados:** Incluímos un total de 707 pacientes (AR=590; AI=117), con una media de seguimiento de 15 ± 10 meses (869 pacientes-año). La duración de la enfermedad fue de 9 ± 6 meses, 83% eran mujeres, con una edad media de 49 ± 15 años. El CDAI y HAQ basal fue de 24.6 ± 14.3 y 1.2 ± 0.9, respectivamente. A lo largo del seguimiento, la droga más utilizada fue Metotrexato (MTX, 539 (76%)), seguida de Lefunomida (LFN, 154 (22%)). Hidroxicloroquina (HCQ, 132 (19%)) y Sulfasalazina (SFZ, 42 (6%)). La dosis máxima alcanzada de MTX fue de 17 ± 5 mg/sem. El 62% de los pacientes recibió esteroides durante el seguimiento (dosis media 7 ± 6 mg/día). Doble terapia fue indicada en 225 (32%) pacientes (MTX-LFN=18%, MTX-HCQ=12%, MTX-SFZ=3%, LFN-HCQ=1%, LFN-SFZ=1%, HCQ-SFZ=1%). Solo 26 (4%) recibieron triple terapia (MTX-LFN-HCQ=2%, MTX-LFN-SFZ=2%, MTX-HCQ-SFZ=1%). Treinta y dos pacientes (5%) requirieron agentes biológicos, de los cuales 22 (69%) y 1 (9%) habían utilizado doble y triple terapia en forma previa, respectivamente. Al momento de la consulta, 449 (64%) de los pacientes eran vírgenes de tratamiento con DMAR. Un 73% de estos pacientes requirió la adición de DMAR durante el seguimiento (AR=80%, AI=45%), con una mediana de demora de inicio de 15 días. La terapia inicial fue monoterapia en el 62% (MTX=87%, HCQ=9%, LFN=2%, SFZ=1%, otro=1%), doble terapia en el 10% (MTX-LFN=4%, MTX-HCQ=3%, MTX-SFZ=2%), y triple terapia en el 0.4%. Al comparar AR y AI, durante el seguimiento los pacientes con AR presentaron significativamente peor HAQ y CDAI (0.89 vs 0.65, p<0.01; 16 vs 13, p<0.01, respectivamente). Los pacientes con AI recibieron menos frecuentemente DMAR y esteroides (tabla 1). Ningún paciente con AI recibió agentes biológicos y MTX continuó siendo la droga de elección.

**Conclusión:** En esta cohorte Argentina la monoterapia con Metotrexato continúa siendo la estrategia de inicio más utilizada en pacientes con artritis temprana. Metotrexato más Lefunomida fue la terapia combinada de elección, siendo muy infrecuente el uso de triple terapia. En general los reumatólogos utilizan al menos dos DMAR previo al uso de agentes biológicos.

Tabla 1.

|                    | AR (n=590) | AI (n=117) | p     |
|--------------------|------------|------------|-------|
| DMAR               | 517 (87%)  | 68 (58%)   | <0.01 |
| Metotrexato        | 485 (82%)  | 54 (46%)   | <0.01 |
| Hidroxicloroquina  | 113 (19%)  | 19 (16%)   | >0.20 |
| Lefunomida         | 151 (26%)  | 3 (3%)     | <0.01 |
| Doble Terapia      | 215 (36%)  | 10 (9%)    | <0.01 |
| Triple Terapia     | 26 (4%)    | 0 (0%)     | <0.01 |
| Prednisona         | 498 (84%)  | 80 (68%)   | <0.01 |
| Agentes biológicos | 32 (5%)    | 0 (0%)     | <0.01 |

**¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA DE ACUERDO A LA EXTENSIÓN DEL COMPROMISO CUTÁNEO?**

M. Scolnik<sup>1</sup>\*, E. Lancetta<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, M. Salsillo<sup>1</sup>, Z. Betsworth<sup>1</sup>, C. Saucedo<sup>1</sup>, J. Marín<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina  
 \*Presentador

**Objetivo:** existe consenso en clasificar a la Esclerosis Sistémica (ES) en limitada y difusa de acuerdo a la extensión del compromiso cutáneo, usando los codos y rodillas como "límites" para distinguir entre ellas. Décadas atrás, Barnett clasificó a la ES en tres subgrupos: Tipo 1 (sólo esclerodactilia), Tipo 2 (acroscleeriosis, con compromiso de piel hasta codos y/o rodillas y cara) y Tipo 3 (compromiso cutáneo difuso). Los pacientes del Tipo 2 tenían un comportamiento intermedio, con un compromiso visceral mayor que los de Tipo 1 y menor que los del Tipo 3. Nuestro objetivo fue analizar en nuestra cohorte de pacientes con ES si existían diferencias entre los pacientes con ES Tipo 1 y Tipo 2 de Barnett.

**Métodos:** se revisaron las historias clínicas electrónicas entre los años 2000 y 2011 de los pacientes con el problema Esclerodermia, ES o CREST<sup>1</sup> y de aquellos que presentaban en la base de laboratorio anti Scl-70, anticentrómero o FAN nuclear. Aquellos casos que cumplieron criterios ACR 1980 de ES fueron incluídos y clasificados en limitadas o difusas de acuerdo a criterios de La Roy. A su vez se dividió a las limitadas en esclerodactilia (sólo afectación de los dedos) y acroscleeriosis (hasta codos y/o rodillas) (Barnett Tipo 1 y 2 respectivamente).

**Resultados:** se incluyeron 224 pacientes con ES (216 mujeres). La proporción mujer/hombre fue de 12:1; 24 % fueron difusas y 76 % limitadas (84% esclerodactilia y 12 % acroscleeriosis). El seguimiento total fue de 688 pacientes-año. Más de la mitad (55.1%) continúan bajo nuestra atención y 17 pacientes fallecieron en este periodo de seguimiento. La supervivida a 10 años fue del 80% para la variante limitada y de 70% para la difusa (HR: 0.88, IC 95% 0.7-1.1). En la tabla 1 se muestran las características clínicas y serológicas de esta cohorte. El 16% presentó anti Scl-70, 53% anticentrómero y 7% FAN nuclear. Dentro del subgrupo de ES limitada, aquellos con acroscleeriosis (Tipo 2) presentaron varias características más similares a la ES difusa que aquellos con esclerodactilia (Tipo 1). En los del Tipo 2 la duración del Raynaud antes del diagnóstico fue más corta, tuvieron significativamente mayor porcentaje de anti Scl-70 y menos anticentrómero. La enfermedad intersticial pulmonar fue a su vez más prevalente en los del Tipo 2 que en los del Tipo 1. Otras manifestaciones clínicas fueron similares entre los dos tipos.

**Conclusiones:** nuestros resultados parecen confirmar que la extensión del compromiso cutáneo dentro de los pacientes con ES limitada permiten identificar dos subgrupos con distintas características clínicas y serológicas. El Tipo 2 de Barnett presenta un compromiso visceral intermedio y una serología más parecida a la ES difusa.

Tabla 1 Características clínicas y serológicas de esta cohorte

| Tipo de Esclerosis sistémica                                 | Limitada (n=178)        |                        | p (esclero vsacro) | Difusa (n=56) | p (limitada vs difusa) |
|--|-------------------------|------------------------|--------------------|---------------|------------------------|
|  | Esclerodactilia (n=149) | Acroscleeriosis (n=29) |                    |               |                        |
| Mujeres, n (%)   | 142 (95.3)              | 25 (86.2)              | 0.06               | 49 (87.5)     | 0.13                   |
| Edad al diagnóstico, años, media (DS)                        | 59.8 (15.2)             | 54.9 (16.2)            | 0.14               | 53 (18.3)     | 0.038                  |
| Duración del Raynaud antes del diagnóstico, años, media (DS) | 9.2 (3.4)               | 5.5 (1)                | 0.018              | 1.9 (0.8)     | 0.008                  |
| Anti Scl-70, %   | 6.4                     | 39.3                   | <0.001             | 43.9          | <0.001                 |
| Anticentrómero, %  | 82.3                    | 17.9                   | <0.001             | 4.8           | <0.001                 |
| FAN Nuclear, %   | 5.7                     | 3.6                    | 0.54               | 20.9          | 0.001                  |
| Otros autoanticuerpos, %                                     | 26.1                    | 23.5                   | 0.54               | 25.9          | 0.76                   |
| Compromiso gastrointestinal, %                               | 65.9                    | 81.3                   | 0.22               | 64.3          | 0.45                   |
| Enfermedad intersticial pulmonar (EIP), %                    | 17.1                    | 50                     | <0.001             | 65.3          | <0.001                 |
| Hipertensión pulmonar con EIP, %                             | 5.5                     | 0                      | 0.34               | 15.4          | 0.03                   |

|   |           |            |      |             |      |
|---|-----------|------------|------|-------------|------|
| Hipertensión pulmonar sin EIP, %            | 9.1       | 4.8        | 0.45 | 2.6         | 0.39 |
| Anormalidades ecocardiográficas (no HTP), % | 5.7       | 4.5        | 0.65 | 10          | 0.26 |
| Úlceras digitales, %                        | 26.9      | 34.5       | 0.44 | 32.1        | 0.86 |
| Crisis Renal, n                             | 0         | 0          | 0    | 1           |      |
| Embarazo luego del diagnóstico, n           | 3         | 1          |      | 3           |      |
| Pacientes-año, años (DS)                    | 462 (3.1) | 81.2 (3.1) |      | 144.8 (3.6) |      |
| En seguimiento actual, n (%)                | 88 (59.5) | 15 (51.7)  |      | 26 (46.4)   |      |
| Fallecidos bajo nuestra atención, n         | 11        | 2          |      | 4           |      |

## NEFRITIS LUPICA EN PACIENTES JUVENILES: PRONOSTICO A LARGO PLAZO Y PREVALENCIA DE FLARES.

J. Moreno Lubertino<sup>1</sup>\*, S. Meiorini<sup>1</sup>, C. Elias Costa<sup>1</sup>, A. Fayad<sup>1</sup>, G. Vallejo<sup>1</sup>, G. Espada<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina

[\*] Presentador

Aproximadamente un 50% de los niños con LES, presentan compromiso renal al inicio de la enfermedad. Son escasos los datos en referencia a modalidades terapéuticas utilizadas, outcome renal, prevalencia de flares y pronóstico a largo plazo en este grupo etario. **Objetivos:** Analizar la evolución y la respuesta al tratamiento de pacientes con nefritis lúpica, y determinar la prevalencia de flares renales y sus factores predictores. **Ples y Mét.** Estudio retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES juvenil (ACR 97), con compromiso renal I y al menos 1 año de seguimiento (Periodo 2000-junio 2012). En todos los pacientes se efectuó biopsia renal, cuyos resultados fueron clasificados según WHO S2. Se determinaron variables demográficas, clínicas, nefrológicas, de laboratorio y terapéuticas según un protocolo previamente diseñado al momento basal, 6, 12 y 24 meses de seguimiento y a la última consulta. Se determinó actividad de enfermedad (SLEDAI-2K U2) y daño (SLICC 96). Se definió como flare nefrítico a la duplicación de los valores de proteinuria ( $>1$  gr/24hs si había adquirido una respuesta completa y  $>2$ gr/24 hs ante respuesta parcial), y flare nefrítico al aumento  $\geq 30\%$  de creatinina con sedimento activo; y medidas de respuesta completa y parcial, también según consenso EULAR 12. **Análisis estadístico:** Descriptivo, Chi2, T-test, regresión logística, curvas Kaplan-Meier, SPSS 15.0. **Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 38 mujeres (70.4%), edad mediana al diagnóstico: 13.3 años (RIC 11.1-15.1), tiempo mediano evolución 4.66 años (RIC 2.8-6.6) y tiempo medio a aparición de nefritis de 0.9 años (DS 1.7). La nefritis clase IV fue prevalente (n=35, 64.8%), seguido en frecuencia por las siguientes clases: V (n=7, 13%), III (n=7, 13%) y II 5 pacientes (9.2%). Al momento basal, los pacientes presentaban SLEDAI X 15.9 (SD 4.5). Cuarenta y cinco pacientes (83.3%) recibieron terapia de inducción con ciclofosfamida, 5 con Azatioprina (9.2%) y 2 con MMF (estos 2 últimos casos, con glomerulonefritis clase II-III y V). Para la terapia de mantenimiento, azatioprina se utilizó en 19 ptes (35.2%), la administración trimestral de CFM en 16 (29.6%), y MMF en 12 pacientes (22.2%), esta última droga preferentemente en los últimos años. Todos los pacientes de la cohorte recibieron Hidrocloroquina y el 72.2% (n=39) drogas antiproteínúricas. Durante el periodo de mantenimiento se observaron flares en 27 pacientes, con X 0.74/paciente (SD 0.94; máximo 4 flares/pte), siendo de tipo proteinúrico el prevalente (66.6%), a tiempo X 1.3 años (SD 0.85).

|                                       | Flare + (n=27) | Flare - (n=27) | p           |
|---------------------------------------|----------------|----------------|-------------|
| Sexo femenino (n, %)                  | 19 (70.3)      | 19 (70.3)      | ns          |
| Edad Dx años (X, DS)                  | 13.1 (3.18)    | 12.8 (2.71)    | ns          |
| GN clase IV-V (n, %)                  | 15 (55.5)      | 22 (81.4)      | <b>.038</b> |
| Proteinuria basal (mg/kg/día) (X, DS) | 65.4 (58.76)   | 51.2 (52.71)   | ns          |
| Creatinina basal (mg/dl) (X, DS)      | 1.1 (1.33)     | 1.0(0.94)      | ns          |
| C3 (mg/dl) (X, DS)                    | 47.4 (23.33)   | 52.7(31.91)    | ns          |
| HTA (n, %)                            | 12 (44.4)      | 11(40.7)       | ns          |
| Ciclofosfamida (n, %)                 | 21(77.7)       | 24 (77.7)      | ns          |
| Rta completa al 6to mes (n, %)        | 7 (25.9)       | 14 (51.8)      | <b>.038</b> |
| IRCT (n, %)                           | 5 (18.5)       | 3 (11.1)       | ns          |
| Adherencia (n, %)                     | 18 (66.6)      | 22 (81.4)      | ns          |

Se observó buena adherencia al tratamiento en 40 pacientes (74.1%). Mediante regresión logística, hallamos que la presencia de GN clase IV-V y la ausencia de respuesta completa al finalizar la fase de inducción fueron predictores de desarrollo de flare renal (p .020, Exp B 7.753, IC 95% 1.383-43.466 y p .014, Exp B 5.970, IC 95% 1.446-24.645; respectivamente). **Conclusión:** En nuestra serie de ptes con nefritis lúpica, observamos que la glomerulonefritis clase IV fue prevalente (64.8%). Ciclofosfamida EV (83.3%) y azatioprina (35.2%) fueron las terapias más utilizadas como inducción y mantenimiento, respectivamente; 29 ptes (53%) alcanzaron respuesta completa a la última consulta (Tpo X 4.66 años). La prevalencia de flares renales fue del 50% (mayormente de tipo nefrítico, tpo X 1.3 años). En esta cohorte, la presencia de nefritis clase IV y V, y el no alcanzar la remisión completa al 6to mes de tratamiento fueron los factores predictores de aparición de flares renales.

# 46° Congreso Argentino de Reumatología

---

13 al 16 de noviembre de 2013

Hotel Provincial - Mar del Plata - Argentina

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

|                 |                 |           |
|-----------------|-----------------|-----------|
| Sección pósters | 14 de noviembre | 01 a 78   |
| Sección pósters | 15 de noviembre | 79 a 155  |
| Sección pósters | 16 de noviembre | 156 a 233 |

## CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ORIGEN REUMATOLÓGICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA.

M. Tamborena<sup>1</sup>\*, M. Bouzigues<sup>2</sup>, N. Mouc<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup> Organización Médica De Investigación, Caba, Argentina  
<sup>2</sup> Servicio Nacional De Rehabilitación, Argentina  
 [\*] Presentador

**Marco Referencial:** De acuerdo al Informe Mundial sobre Discapacidad (OMS 2011), se estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. Según datos del Censo Nacional 2010 el 12,9% del total de la población de viviendas particulares presenta alguna discapacidad física y/o mental. Las enfermedades reumatológicas constituyen una causa frecuente de Discapacidad Motora. Las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, una menor participación económica y tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. El Servicio Nacional de Rehabilitación es un Organismo Público dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, rector en lo referente a la normalización y ejecución de políticas en discapacidad y rehabilitación. De él depende la Certificación de Discapacidad en todo el territorio nacional que se realiza mediante la emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) **Objetivos:** 1- Conocer qué proporción de la Discapacidad Motora en Argentina (CUD emitidos) tiene como causa las enfermedades reumatológicas. 2- Describir las características de esta población. **Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas según la clasificación CIE-10/OMS ingresadas en el Registro Nacional de Situación de las Personas con Discapacidad entre enero del año 2009 y junio del año 2013. Se recolectaron datos socioeconómicos y demográficos. **Estadística:** Se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** En el período evaluado se incluyeron en el Registro Nacional 352.309 personas con discapacidad, de las cuales el 41,6% (n=146547) tiene discapacidad motora. Del total de personas con discapacidad motora el 9,54% (n= 13990) presenta origen reumatológico. La mayoría son mujeres (53%, n=7415), con una edad promedio de 49±18 años. El 71,12% (n=7923) de este grupo tiene obra social y/o prepaga, mientras que el 28,98% (n=3228) se atiende en el hospital público. El 35,19% (n=3920) goza de beneficio previsional. El 17,8% (n=1969) de los individuos concurre a renovar el certificado, y un 8,7% (n=969) presenta algún tipo de dispositivo protésico u ortopédico asociado a su discapacidad.

### Discapacidad Motora de Origen Reumatológico, según etiología

| Diagnóstico | %    |
|-------------|------|
| AR          | 48.2 |
| OA          | 30   |
| LES         | 3.8  |
| EA          | 2.4  |
| APS         | 2.3  |
| SCL         | 1    |
| ARJ         | 1    |
| OTROS       | 5    |

**Conclusión:** Las enfermedades reumatológicas constituyen casi el 10% de los casos de Discapacidad Motora de la Argentina. La causa más frecuente es la Artritis Reumatoidea, seguida por la Osteoartritis en segundo lugar. Las mujeres de mediana edad constituyen el grupo más afectado.

Este es el primer informe con datos obtenidos del Registro Nacional de Discapacidad, el cual busca dar a conocer el impacto de las enfermedades reumatológicas en nuestro medio con el fin de generar estrategias que mejoren la evolución de estas patologías.

## PREVALENCIA DE COMORBILIDADES EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y EVALUACIÓN DE SU MONITOREO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL INTERNACIONAL (ESTUDIO COMORA)

G. Casado<sup>1</sup>\*, V. Caputo<sup>2</sup>, C. Romeo<sup>3</sup>, J. Barreira<sup>4</sup>, A. Catalan Palle<sup>5</sup>, M. Garcia<sup>6</sup>, E. Lucero<sup>7</sup>, G. Rabazzano<sup>8</sup>, A. Borgia<sup>9</sup>, C. Penna<sup>10</sup>, M. Salcedo<sup>11</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>12</sup>, G. Rodriguez Gil<sup>13</sup>, E. Castañer<sup>14</sup>, R. Garcia Sainza<sup>15</sup>, J. Smolen<sup>16</sup>, C. Montecucco<sup>17</sup>, P. Emery<sup>18</sup>, E. Martin Maldonado<sup>19</sup>, A. Bata<sup>20</sup>, G. Macchi<sup>21</sup>, M. Jain<sup>22</sup>, H. Radwan<sup>23</sup>, A. Anwar<sup>24</sup>, B. Elzohary<sup>25</sup>, H. Vookkann<sup>26</sup>, J. Kay<sup>27</sup>, K. Winthrop<sup>28</sup>, Y. Song<sup>29</sup>, S. Luo<sup>30</sup>, M. Buch<sup>31</sup>, M. Soubrier<sup>32</sup>, N. Hajaji-hassoun<sup>33</sup>, P. Balin<sup>34</sup>, M. Hargai<sup>35</sup>, K. Reka<sup>36</sup>, M. Dougados<sup>37</sup>.  
<sup>1</sup> Hospital Militar Central, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Sirtmick, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital Rivadavia, Argentina  
<sup>4</sup> Higa San Martin, La Plata, Argentina  
<sup>5</sup> Centro de Investigaciones Reumatológicas, Argentina  
<sup>6</sup> Traumed, Tandil, Argentina  
<sup>7</sup> Instituto De Reumatología Dr. Alfredo Borgia, Argentina  
<sup>8</sup> Consultorio, San Nicolás, Argentina  
<sup>9</sup> Instituto Irmadim, Bahía Blanca, Argentina  
<sup>10</sup> Krankenhaus Lanz, Austria  
<sup>11</sup> Ircs Policlínico S. Matteo Foundation, Italy  
<sup>12</sup> University Of Leeds, United Kingdom  
<sup>13</sup> Hospital La Paz, España  
<sup>14</sup> Hospital Maciel, Uruguay  
<sup>15</sup> Glasgow Biomedical Research, University Of Glasgow, United Kingdom  
<sup>16</sup> Medical University Of Vienna, Austria  
<sup>17</sup> Departamento De Reumatología, Venezuela  
<sup>18</sup> Universidad Del Cairo, Egypt  
<sup>19</sup> Dept Of Rheumatology And Clinical Immunology, Enschede, Netherlands  
<sup>20</sup> University Of Massachusetts Medical School And Umass Memorial Medical Center, USA  
<sup>21</sup> Division Of Infectious Diseases, Public Health And Preventive Medicine, Oregon Health And Science Un., USA  
<sup>22</sup> Dept Of Rheumatology, Seoul National University Hospital, Korea, Republic Of  
<sup>23</sup> Chang Gung Memorial Hospital And Chang Gung University, Taiwan  
<sup>24</sup> Dept Of Rheumatology, Clermont-Ferrand, France  
<sup>25</sup> El Ajaych Hospital, Morocco  
<sup>26</sup> National Institute Of Rheumatology And Physiotherapy, Hungary  
<sup>27</sup> Tokyo Medical And Dental University, Japan  
<sup>28</sup> Hospital Cochin, France  
 [\*] Presentador

**Antecedentes:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de comorbilidades y comparar su manejo en los pacientes con AR de diferentes países del mundo.

**Métodos:** Diseño del estudio: Internacional, de corte transversal.

**Pacientes:** Se evaluaron pacientes con AR consecutivos. Datos recolectados: demográficos, características de la enfermedad (actividad, gravedad, tratamientos), comorbilidades (cardiovascular, infecciones, cáncer, gastrointestinal, pulmonar, osteoporosis y trastornos psiquiátricos).

**Resultados:** De 4.586 pacientes reclutados en los 17 países participantes. 3.920 fueron analizados: edad: 56 ± 13 años, duración de la enfermedad: 10 ± 9 años, sexo femenino: 82%, DAS28-ESR: 3.7 ± 1.6, HAQ, 1.0 ± 0.7, uso de metotrexato pasado o actual (89%), uso previo o actual de agentes biológicos (39%). Las enfermedades más frecuentemente asociadas (pasadas o presentes) fueron: depresión: 15%, asma: 6.6%, eventos cardiovasculares (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular): 6%, neoplasias malignas sólidas (excluyendo carcinoma de células basales): 4.5%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 3.5%. Se observó una alta variabilidad inter-país, tanto para la prevalencia de las comorbilidades como para la proporción de sujetos que cumplen con las recomendaciones para prevenir y controlar las mismas. La evaluación sistemática de las comorbilidades en este estudio detectó alteraciones en los signos vitales, como tensión arterial elevada en el 11,2%, e identificó enfermedades resutantes en las pruebas de laboratorio, como la hiperglucemia en 3,3% y la hiperlipidemia en el 8,3%.

**Conclusión:** En los pacientes con AR, existe una alta prevalencia de comorbilidades y de sus factores de riesgo. En esta muestra multinacional, la variabilidad entre los países fue amplia, no sólo en la prevalencia, sino también en el cumplimiento de las recomendaciones para prevenir y controlar estas enfermedades concomitantes. La medición sistemática de los signos vitales y las pruebas de laboratorio revelan comorbilidades no reconocibles de otra manera.

## INMUNOPROFILAXIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

E. Civit<sup>1</sup>, M. Valerio<sup>1</sup>, J. Sanchez Alcover<sup>1</sup>\*, M. Benavente<sup>1</sup>, A. Garcia Ciccarelli<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Del Carmen, Mendoza, Argentina  
 [\*] Presentador

### INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología desconocida cuyo principal órgano blanco es la membrana sinovial. Estos pacientes tienen un alto riesgo de sufrir infecciones de novo y reactivaciones de infecciones latentes en relación a la población sana. Esto se debe a la enfermedad en sí, a las comorbilidades y al tratamiento inmunosupresor.

Las guías argentinas recomiendan solicitar serología para Hepatitis B - C, HIV, PPD y Rx de tórax a todos los pacientes que van a iniciar terapia biológica y solo Hepatitis B-C al iniciar tratamiento con FAME.

La evidencia clínica demuestra que la administración de vacunas frente a neumooco, virus influenza y hepatitis B en pacientes con AR no empeora la actividad de la enfermedad, y que éstas son eficaces, aunque la respuesta inmunitaria podría estar reducida por la propia enfermedad y por el tratamiento con FAME y Agentes biológicos. Por ello, se recomienda vacunar a los pacientes al diagnóstico, antes de iniciar el tratamiento con inmunosupresores.

### HIPÓTESIS

1- Las normativas de detección de infecciones latentes se respetan ante la prescripción de agentes biológicos de los países de las entidades pagadoras, en mayor medida que frente a la indicación de FAME.  
 2- El Cronograma de vacunación recomendado para pacientes con Artritis Reumatoidea, no tiene la esperada adherencia por parte de los profesionales, ni de los pacientes.

### OBJETIVO

Evidenciar el cumplimiento de estas normativas por parte de los reumatólogos que instauran terapias inmunomoduladoras y alertar a la población médica de la importancia de ser consecuentes con las mismas.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza estudio observacional, transversal, en donde se incluyeron 84 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (según criterios de ACR y ACR/EULAR2010) de consultorio externo de Hospital del Carmen y consultorios privados. Se excluyeron todos aquellos pacientes menores de 18 años, con diagnósticos previos de hepatitis B, C, HIV, Chagas e Insuficiencia renal crónica en Hemodialisis. Se consignaron datos de sexo, edad y tiempo del diagnóstico de la patología. Asimismo se recolectaron datos previos al inicio del tratamiento de serología (VHB, VHC, HIV), PPD y Rx de tórax e inmunizaciones indicadas y colocadas. Todos estos datos fueron recolectados por reumatólogo en el lapso de 4 meses.

### RESULTADOS

En el relevamiento de datos fue de 84 pacientes con una media de edad de 57,7 con un desvío estándar de +13. El 90,5% eran de sexo femenino y el 9,5% masculino. Del total de pacientes evaluados 61% solo recibían DMARDs y 38% Biológicos Modificadores de enfermedad. Se solicitó al 59,5% HIV, 63% VHC, 63% VHB, 29% Chagas, 40% PPD y 66% Rx de Tórax.

De los pacientes tratados con DMARD'S se realizó serología para HVB y HVC a 66% de los que recibían Metotrexate y a 70% con Lefunamida.

De los pacientes medicados con biológicos, el 62% de los mismos recibía Anti-TNF. Se solicitó serología para HIV 85%, HVB 80%, HVC 80%, Chagas 35%, PPD en el 75% y Rx tórax en el 85%.

El 11% fue tratado con Abatacept, en los cuales se solicitó serología en el 91,66% para HIV, VHB 100%, VHC 100%, Chagas 42,66%, PPD 100% y Rx tórax 100%.

El 3,25% recibió Tocilizumab y en ellos se solicitó 100% HIV, VHB, VHC, PPD y Rx de tórax. No se pidió Chagas.

De los pacientes estudiados a 58,3% se les indicó vacuna antigripal y el 100% se la aplicó. Al 39% se le prescribió vacuna antineumococcica, solo se la colocó el 66%. La vacuna contra Hepatitis B fue indicada en el 27,38% de los cuales el 78% de ellos se la aplicó.

### CONCLUSIÓN

A pesar de las indicaciones formales en cuanto a detección de infecciones latentes y cronograma de vacunación, se evidencia la adherencia incompleta por parte de los profesionales, a las normativas vigentes en cuanto al screening infectológico en pacientes con artritis reumatoidea en quienes se instauraron tratamientos inmunosupresores. También se observó que la indicación y aplicación de vacunas recomendadas no fue satisfactoria, excepto la vacuna antigripal, por lo que se sugiere una mayor concientización de esta conducta preventiva.

## FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Gómez<sup>1</sup>\*, C. Uña<sup>1</sup>, M. De La Vega<sup>1</sup>, D. Mata<sup>1</sup>, M. De La Barrera<sup>1</sup>, A. Russo<sup>1</sup>, J. Gamba<sup>1</sup>, L. Lucana<sup>1</sup>, G. Redondo<sup>1</sup>, A. Igel<sup>1</sup>, A. Riopiedro<sup>1</sup>, O. Messina<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Argerich, Capital Federal, Argentina  
 [\*] Presentador

La Artritis Reumatoidea (AR) es una artropatía inflamatoria crónica, que además de provocar dolor y deterioro funcional, compromete la vida de relación, tanto en lo social, como en lo afectivo, incluyendo la sexualidad. Son diversas las causas postuladas: dolor, limitación funcional, afectación de la imagen corporal, astenia, angustia, etc. Es por ello que decidimos evaluar la actividad sexual en nuestras pacientes con AR.

**Objetivos:** valorar la función sexual en pacientes con AR y correlacionar con tiempo de evolución de la enfermedad, actividad, función, calidad de vida, ansiedad, depresión y antecedentes de violencia.

**Pacientes y métodos:** estudio transversal de casos y controles. Entre el 01/03/13 y el 30/05/13 se incluyeron en forma consecutiva: mujeres mayor a 18 años con diagnóstico de AR (ACR 10); y controles sanas mayor a 18 años. Se excluyeron pacientes con trastornos psicóticos o que no pudieran completar los cuestionarios. **Se consignaron en ambos grupos:** datos socio-demográficos, presencia de menopausia, presencia de fatiga crónica (criterios Fukuda), fibromialgia (ACR 90), ansiedad y depresión (Escala de Ansiedad y Depresión - HADS-), control por psicopatología, uso de psicofármacos, antecedentes de violencia (Cuestionario de Detección de Violencia de Género), y función sexual mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF: cuestionario autoadministrado de 6 dominios que evalúa deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). **En el grupo AR se agregó:** tiempo de evolución, uso de DMARD/biológicos/ambos, limitación rangos caderas y/o prótesis, diagnóstico de Sdrme. Sjögren 2º; fatiga (EVA mm), rigidez matinal (EVA mm), actividad de la enfermedad (Disease Activity Score - DAS28), función (Health Assessment Questionnaire -HAQ-), calidad de vida (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire -RAQoL-). Se utilizaron pruebas de Chi<sup>2</sup>. Exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera; y CC de Spearman (significativo p menor o igual a 0,05).

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes en el grupo AR y 83 en el grupo control. Media edad: 50 ± 13 y 44 ± 11 años, respectivamente. El grupo AR presentó mediana de tiempo de evolución: 90 meses (6-372), tratamiento con DMARD 93% (19,5% con combinación de 2 drogas y 3,65% con 3 drogas), con biológicos 19,5% (4,8% como monoterapia y 14,6% asociado a DMARD), medianas de: fatiga 40 mm (0-90), rigidez matinal 17 mm (0-100); media de: DAS28 3,9 ± 1,3, HAQ 0,95 ± 0,6, RAQoL 12 ± 7.

Las pacientes con AR presentaron menor nivel educativo que los controles (39% vs. 6% solo nivel primario, 46% vs. 24% secundario, 6% vs. 28% terciario y 8,5% vs. 42% universitario, p menor a 0,001); baja frecuencia de actividad laboral (41,5% vs. 90% controles) y alta frecuencia de jubilación/pensión (39% vs. 5%), p menor a 0,001. La frecuencia de menopausias fue mayor (54 vs. 36%), p menor a 0,05; así como los valores del Índice de función sexual (media 13 ± 6 vs 11 ± 7); HAD ansiedad (media 8 ± 4 vs 7 ± 4) y HAD depresión (media 5 ± 3 vs 4 ± 3), p menor a 0,05; y los antecedentes de violencia psico-física y sexual (43% vs. 29%), con p menor a 0,05. La variante de violencia más frecuente fue la psicológica (54%), siendo el agresor más referido el conyuge (34%). Hubo una tendencia a cumplir criterios de FM en el grupo AR (7% vs 1%), sin alcanzar significancia estadística.

Se constató deterioro de la función sexual en las pacientes con AR con respecto a los controles, con significancia estadística (media de IFSF total: 17 ± 11 vs. 26 ± 9 p menor a 0,001). Lo mismo ocurrió al analizar cada dominio.

Se halló correlación significativa entre valores inferiores de IFSF total (que reflejan deterioro de la función sexual) y mayor tiempo de evolución de AR ( $r_s = -0,24$ ), valores altos de HAQ ( $r_s = -0,25$ ), así como un elevado HAD dominio depresión ( $r_s = -0,23$ ). No se halló correlación entre valores del IFSF total y el resto de las variables analizadas.

**CONCLUSIÓN:** Nuestras pacientes con AR presentaron deterioro de la función sexual con respecto al grupo control, asociado a tiempo de evolución prolongado, discapacidad funcional y rasgos depresivos. Los antecedentes de violencia, si bien fueron más frecuentes, no se asociaron en forma significativa con la presencia de disfunción sexual.

05

**PREDICTORES DE RESPUESTA A METOTREXATO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA**F. Ceccato<sup>1</sup>\*, A. Martínez<sup>2</sup>, R. Chaparro Del Moral<sup>3</sup>, O. Rillo<sup>4</sup>, P. Gonzalez<sup>5</sup>, A. Secco<sup>6</sup>, A. Catalan Pellet<sup>7</sup>, M. Garcia<sup>8</sup>, A. Salas<sup>9</sup>, J. Marcos<sup>10</sup>, M. Landi<sup>11</sup>, C. Waimann<sup>12</sup>, G. Citera<sup>13</sup>, A. Berman<sup>14</sup>, B. Horacio<sup>15</sup>, F. Cairo<sup>16</sup>, M. Haye Salinas<sup>17</sup>, L. Catoggio<sup>18</sup>, E. Soriano<sup>19</sup>, S. Paira<sup>20</sup>,<sup>1</sup> Hospital Jm Cullen, Argentina<sup>2</sup> Hospital E Tornu, Capital Federal, Argentina<sup>3</sup> Hospital Rivadavia, Argentina<sup>4</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina<sup>5</sup> Irep, Capital Federal, Argentina<sup>6</sup> Hospital Pedilla, San Miguel Tucumán, Argentina<sup>7</sup> Hospital Privado, Argentina<sup>8</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>9</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>10</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>11</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>12</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>13</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>14</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>15</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>16</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>17</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>18</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>19</sup> Hospital Italiano, Argentina<sup>20</sup> Hospital Italiano, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Identificar variables basales que puedan predecir respuesta al tratamiento con metotrexato (MTX) y dosis bajas de esteroides ( $\leq 10$  mg prednisona) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y artritis indiferenciada (AI) temprana. **Materiales y métodos:** pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 87) y artritis indiferenciada (AI) de la cohorte CONART ( $\geq 1$  articulación inflamada y  $\leq 2$  años de evolución), tratados solo con MTX y prednisona  $\leq 10$  mg/día. La evaluación de la respuesta al tratamiento se hizo a los 3-4 meses en la visita de seguimiento. Para definir respuesta al tratamiento utilizamos los criterios de respuesta EULAR, basados en el DAS28 (VSG). Se evaluó la presencia de un conjunto de variables basales (sexo, duración síntomas antes de la primera consulta, fumador actual, tratamiento con AINE, dosis inicial de MTX, valor de HAQ, DAS 28, la presencia de autoanticuerpos (factor reumatoide y anticuerpos anti CCP) y diagnóstico inicial (AR/AI) y asociación entre la más alta categoría de respuesta EULAR (buena respuesta, definida como DAS28  $\leq 3.2$  en la visita de control y  $> 1.2$  unidades de disminución en comparación con la basal). **Método estadístico:** análisis descriptivo de todas las variables. Las variables cualitativas se analizaron a través de Chi 2 o Fisher y las cuantitativas continuas con T student. Para el análisis conjunto se propuso un modelo de regresión logística. **Resultados:** se incluyeron 422 pacientes, 82% mujeres, edad media 49±14 años y duración de los síntomas de 3 (0-24) meses y diagnóstico inicial de AI=28% y AR=74%. La dosis inicial mediana de MTX fue 15 mg (min 7.5- max 25) y de prednisona 7.5 mg (min 5- max 10). Luego de 3-4 meses de tratamiento la respuesta EULAR buena / moderada / no respuesta fue 26%, 34%, 40% respectivamente y remisión 22%. La variable asociada a mayor probabilidad de respuesta fue duración síntomas antes de la primera consulta [OR 0.91 (IC 95% 0.87-0.95)]. Mayores valores de HAQ basal se asociaron a menor respuesta al tratamiento [OR 0.65 (IC 95% 0.47-0.80)]. **Conclusion:** mayor duración síntomas antes de la primera consulta y mayores valores de HAQ basal se asociaron a menor respuesta al tratamiento con MTX.

06

**TRATAMIENTO GUIADO AL OBJETIVO ("TREAT TO TARGET") EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. EXPERIENCIA DE UNA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA EN ARGENTINA.**C. Waimann<sup>1</sup>\*, G. Citera<sup>2</sup>, F. Dal Pra<sup>3</sup>, M. Landi<sup>4</sup>, H. Maldonado Ficcó<sup>5</sup>, M. Saint Martín<sup>6</sup>, R. Chaparro Del Moral<sup>7</sup>, M. Benegas<sup>8</sup>, O. Rillo<sup>9</sup>, A. Catalan Pellet<sup>10</sup>, A. Secco<sup>11</sup>, L. Marino<sup>12</sup>, A. Barbaglia<sup>13</sup>, H. Berman<sup>14</sup>, A. Berman<sup>15</sup>, J. Marcos<sup>16</sup>, A. Salas<sup>17</sup>, F. Cairo<sup>18</sup>, C. Alvarez<sup>19</sup>, M. Haye Salinas<sup>20</sup>, C. Quiroz<sup>21</sup>, E. Soriano<sup>22</sup>, F. Ceccato<sup>23</sup>, S. Paira<sup>24</sup>, G. Salvatierra<sup>25</sup>, A. Quinteros<sup>26</sup>, M. Crespo<sup>27</sup>, E. Buzchicazzo<sup>28</sup>, E. Velozo<sup>29</sup>, M. Abdala<sup>30</sup>, M. Sacunú<sup>31</sup>, R. Quintana<sup>32</sup><sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosocial, Caba, Argentina<sup>2</sup> Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornu", Caba, Argentina<sup>3</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Caba, Argentina<sup>4</sup> Centro Medico Privado De Reumatología, Argentina<sup>5</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina<sup>6</sup> Hospital Privado Centro Medico De Córdoba, B° Parque Vélaz Sarsfield, Argentina<sup>7</sup> Hospital Italiano Buenos Aires, Caba, Argentina<sup>8</sup> Hospital Dr. Jose Maria Cullen, Argentina<sup>9</sup> Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina<sup>10</sup> Centro Integral De Reumatología, Argentina<sup>11</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina<sup>12</sup> Sanatorio Adventista Del Plata, Sanatorio Adventista Del Plata, Argentina<sup>13</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina<sup>14</sup> Hospital Dr. Jose Maria Cullen, Argentina<sup>15</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>16</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>17</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>18</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>19</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>20</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>21</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>22</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>23</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>24</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>25</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>26</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>27</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>28</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>29</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>30</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>31</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina<sup>32</sup> Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** En la última década el "tratamiento guiado al objetivo" se ha constituido como el estándar de oro para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea (AR). Este estipula un seguimiento periódico con ajustes terapéuticos continuos hasta alcanzar la remisión. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la implementación del "tratamiento guiado al objetivo" en la práctica clínica diaria en pacientes con diagnóstico de artritis temprana.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 87) y artritis indiferenciada (AI) pertenecientes a una cohorte prospectiva de artritis temprana en Argentina ( $\geq 1$  articulación inflamada y  $\leq 2$  años de evolución). Los datos recolectados incluyeron datos clínicos, comorbilidades, sociodemográficos, dosis y frecuencia de medicación. Se definió como desenlace primario al cambio de medicación posterior a la visita médica: adición de esteroides, adición o escalada de dosis de drogas modificadoras de la AR (DMAR) y/o agentes biológicos. Para este estudio solo fueron tomados en cuenta los cambios terapéuticos experimentados por el paciente en la vida real ("cambios reales en la terapéutica"), no evaluándose la adecuada o no adecuada indicación por parte del reumatólogo, ni las causas de no adherencia por parte del paciente (Por ej.: preferencias personales, falta de recursos económicos, falta de cobertura, intolerancia, etc.). Los pacientes fueron estratificados de acuerdo al nivel de actividad de la enfermedad medido por CDAM (Clinical Disease Activity Index), determinándose la frecuencia de cambio terapéutico en cada nivel. Finalmente, se realizó análisis uni y multivariado evaluando la asociación del desenlace primario con recuento articular, HAQ-A, diagnóstico, escalas visuales análogas del médico y pacientes.

**Resultados:** Incluimos un total de 707 pacientes (AR=590; AI=117). La duración de la enfermedad al momento de la primera consulta era de 9  $\pm$  6 meses, 83% eran mujeres, con una edad media de 49  $\pm$  15 años. La media de seguimiento fue 15  $\pm$  10 meses (869 pacientes-año), registrándose un total de 2923 visitas. La media de dolorosas, inflamadas y HAQ-A durante estas visitas fue de 4.5  $\pm$  5.8, 3.8  $\pm$  5.0, 0.9  $\pm$  0.8. La actividad de la enfermedad fue alta en el 27% de las visitas, moderada en el 28%, baja en el 27% y remisión en el 18%. Se registró un cambio terapéutico en el 32% de las visitas, siendo las conductas más frecuentes la adición de DMAR (19%), seguido de elevación de dosis de esteroides (12%), escalada dosis de DMAR (8%) y adición de agentes biológicos (1%). Tomando como objetivo terapéutico la remisión, sólo un 40% de pacientes que no se encontraban en remisión tuvieron un cambio terapéutico posterior a la visita médica. En el análisis multivariado la escala de dolor del paciente (coef.=0.01, p<0.0001) y el recuento de articulaciones inflamadas (coef.=0.01, p<0.0001) fueron las variables que se asociaron significativamente a un cambio terapéutico. **Conclusión:** La implementación del "tratamiento guiado al objetivo" en la práctica clínica diaria fue pobre. Sólo un 40% de los pacientes que no se encontraban en remisión registraron un cambio terapéutico. Resulta necesario evaluar las causas relacionadas al médico, paciente o sistema de salud que impiden o dificultan la aplicación de esta estrategia en nuestro país.

07

**LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.**M. Laffont<sup>1</sup>\*, D. Bruno<sup>2</sup>, G. Sequeira<sup>3</sup>, E. Kerzberg<sup>4</sup>,<sup>1</sup> Servicio De Reumatología, Hospital J. M. Ramos Mejía, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** cuando un paciente con artritis reumatoidea (AR) concurre a la visita en sillas de ruedas o depende de otras personas para las actividades de autocuidado presenta un grado avanzado de limitación funcional. Sin embargo esta limitación funcional severa (LFS) no es necesariamente un daño irreversible.

**Objetivo:** analizar la frecuencia y las características de los pacientes con AR y LFS.

**Materiales y métodos:** encuesta a pacientes ambulatorios con diagnóstico de AR establecido. Se preguntó si habían presentado alguna vez desde el inicio de la enfermedad reumática, en forma definitiva o transitoria (al menos 1 mes) una LFS definida por: estar limitado a una cama la mayor parte del día, con necesidad de silla deruedas, o requiriendo ayuda de otras personas para vestirse, asearse o comer. Se registraron características asociadas al evento, resolución y pronóstico.

**Resultados:** se encuestaron 155 pacientes (91.6% mujeres y 8.4% hombres), con una edad (promedio) de 55.7 años y 11.8 años de evolución (promedio) de la AR. Los pacientes tenían una mediana de educación primaria a y 603.8% vivía fuera de la ciudad de Buenos Aires. El 53.5% de los pacientes encuestados reconocía haber tenido una LFS. Solo el 3.61% de los pacientes tenía en ese momento una indicación quirúrgica por daño articular. Cuando se comparó a los pacientes que tuvieron LFS vs aquellos que nunca sufrieron dicha limitación no hubo diferencias con respecto al sexo, lugar de residencia, edad promedio ni en los años de evolución de la AR. Los pacientes con LFS tuvieron un mayor nivel de educación: nivel secundario o superior en 45.8% vs 29.2% en pacientes sin LFS (Mann Whitney U test p: 0.03).

**De los 83 pacientes que tuvieron LFS** el 64.63% no sabía que tenía AR en ese momento vs 35.37% que sí. Los que no sabían que tenían AR al momento de la LFS no diferían en el nivel de educación con respecto a los que sí sabían que tenían AR, pero tendieron a tener mayor edad al momento de la LFS (45.21 vs 42.08 años; chi2 p 0.3) y tendieron a resolver el cuadro en forma más lenta (7.8 vs 4.8 meses, T student p 0.16 ajustado por la edad). Los pacientes que sabían que tenían AR tendieron a seguir tomando corticoides durante la LFS en mayor proporción que aquellos que no sabían (90.00% vs 69.81%, chi2 p 0.07). El 86.67% de los pacientes que sabían que tenían AR no volvieron a tener otra LFS vs 81.13% de los que no sabían que tenían AR (chi2 p 0.8).

**Divididos por la mediana de la fecha de la LFS:** los pacientes que tuvieron una LFS antes del 1/6/2005 sabían que tenían AR al momento de la LFS en un 42.9% vs 29.3% de los que tuvieron LFS luego de esa fecha (p 0.3). **tuvieron la LFS a una menor edad promedio** (40.4 vs 47.8 años de edad, T student p 0.02), tendieron a tomar corticoides en mayor proporción durante la crisis (83.33% vs 70.73, chi2 p 0.3) y tendieron a resolver la crisis en forma más lenta (8.3 vs 5.2 meses, chi2 p 0.07 ajustado por la edad). En opinión de los pacientes que sabían que tenían AR el factor más decisivo para salir de esa situación fue la ayuda del médico (50%) y para los que no sabían que tenían AR el inicio de su tratamiento (54.7%).

**Conclusiones:** la LFS es un cuadro relativamente frecuente que puede ser revertido con la ayuda del médico o inicio de de tratamiento. En los últimos años se observa que la LFS afecta a los pacientes a una mayor edad con una tendencia al retraso en el diagnóstico de AR.

08

**ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**S. Catalán Pellet<sup>1</sup>\*, E. Sarabia Chávez<sup>2</sup>, D. Sciacaluga<sup>3</sup>, J. Vinicki<sup>4</sup>, G. De Rosa<sup>5</sup>, D. Dubinsky<sup>6</sup>, H. Laborde<sup>7</sup>, A. Marini<sup>8</sup>, G. Nasswetter<sup>9</sup>,<sup>1</sup> Hospital De Clínicas, Capital Federal, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción.** Una variedad de trastornos renales pueden ocurrir en pacientes con artritis reumatoide (AR), incluyendo aquellas alteraciones debido a la enfermedad de base o a los medicamentos utilizados para modificar su curso de la enfermedad y tratar el proceso inflamatorio.

**Objetivos.** Evaluar hallazgos histopatológicos en biopsias renales (BR) y su correlación clínica en pacientes con AR (ACR, 1987).

**Métodos.** Análisis retrospectivo de 62 BR de pacientes con AR, realizadas entre 1977 y 2013, con nefropatía atribuible a la enfermedad de base y/o a la medicación utilizada. El cálculo de filtrado glomerular (FG) se obtuvo mediante la ecuación MDRD.

**Resultados.** El hallazgo histopatológico más común fue la amiloidosis renal en 30.64% (n=19), seguido de glomerulonefritis (GN) membranosa en 22.58% (n=14), GN extracapilar en 19.35% (n=12), GN mesangial en 12.9% (n=8), nefropatía por cambios mínimos en 4.83% (n=3), esclerosis glomerular focal y segmentaria en 4.83% (n=3), nefritis tubulointersticial en 3.22% (n=2) y nefroangioesclerosis en 1.61% (n=1). En los pacientes con amiloidosis renal, el tiempo de evolución promedio fue de 15.5 años (rango 1-41 años), a diferencia del resto de las patologías donde el tiempo de evolución promedio fue de 7.4 años (rango 1-27 años). Se encontró proteinuria en 91.9% de los pacientes y el síndrome nefrótico fue la manifestación clínica más frecuente (62.9%). La amiloidosis fue el hallazgo más común en pacientes con proteinuria en rango nefrótico (16/32 pacientes: 50%) seguido de GN membranosa (10/32 pacientes, 31.25%). La principal causa de proteinuria no nefrótica fue la GN extracapilar en 39% de los pacientes (n=9). Al momento de la BR, el sedimento urinario estaba disponible en 43 pacientes y 24 de ellos (57.1%) presentó hematuria dismórfica (con o sin cilindros). La presencia de hematuria (con o sin proteinuria) se observó con mayor frecuencia en GN mesangial y GN extracapilar en igual proporción (28.6%). La insuficiencia renal (IR) estaba presente en 38 pacientes (73%) donde estaba disponible el VFG (n=52), siendo más frecuente en amiloidosis (42.1% y en GN membranosa (23.68%). La GN membranosa estuvo relacionada al uso de sales de oro en 7 de los 14 pacientes con esta nefropatía.

**Conclusión.** La amiloidosis fue el hallazgo más frecuente en la BR y la principal causa de síndrome nefrótico e IR en pacientes con AR y se relacionó con mayor tiempo de evolución de la enfermedad. La GN extracapilar fue la principal causa de proteinuria no nefrótica. La asociación de enfermedad renal con la medicación utilizada pudo demostrarse únicamente en los casos de AR tratada con sales de oro y GP membranosa.

## METATARSALGIA EN PACIENTES CON Y SIN ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Vales Flores<sup>[\*]</sup>, E. Buschiazzo<sup>2</sup>, V. Juarez<sup>2</sup>, J. Sanchez<sup>2</sup>, R. Rojas Tessel<sup>2</sup>, M. Lencina<sup>2</sup>, M. Crespo Espindola<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Fisiosalud, Salta, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCION** – La afectación del antepié es frecuente en diversas enfermedades reumatológicas. Específicamente, es alta la prevalencia de metatarsalgia de la 2da y 3ra cabeza metatarsal la cual produce zonas de hiperpresión, hiperqueratosis y dolor. Particularmente, en Artritis Reumatoidea (AR), la metatarsalgia es un sintoma frecuente. **OBJETIVO** – Medir el grado de correspondencia entre la imagen computarizada de la pedigráfica, la localización del dolor metatarsal y la zona afectada de hiperqueratosis, discriminando entre pacientes con y sin AR, así como identificar variables asociadas al cuadro tales como la posición del retropié, calzado utilizado y motivo de consulta. **MATERIALES Y METODOS** – se incluyeron pacientes de la consulta ambulatoria reumatológica, y traumatológica, con metatarsalgia derivados al taller de ortesis. Se recabaron datos sociodemográficos (sexo, edad, profesión/ocupación), datos biométricos (peso, número de calzado), datos clínicos (dolor, localización de hiperqueratosis), datos gráficos (pedigráfica computarizada) y biomecánicos (posición retropié, alturas, anchuras medio pie, posición de rodilla), posiciones articulares, zonas de hiper-presión clínica (dolor e hiperqueratosis localizada), zonas de hiperpresión gráfica (pedigráfica computarizada). **Estadística** – Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje. Las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Los datos categóricos se compararon por test de Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher y las continuas por test de T o Mann-Whitney según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p <0.05. **RESULTADOS** – Se incluyeron 48 pacientes, 43 (89.6%) de sexo femenino, mediana de edad de 51 años (RIC: 43-61). Dieciséis pacientes presentaban AR (33.3%). En el grupo total de pacientes las zonas más frecuentes de hiperapoyo metatarsiano fueron: 1° en 13 pacientes (27.1%), 2° en 12 (25%), 3° en 8 (16.7%), 5° en 6 (12.5%) y 4° en ninguno. La localización del dolor a la palpación fue más frecuente en la 2° y 3° cabeza metatarsal 41 pacientes (85.4%), seguido por 1° y 5° en 3 (6.3%) y 4° en 2 (4.2%). La distribución de la hiperqueratosis localizada fue: 2° cabeza metatarsal 31 (64.6%), 3° en 28 (58.3%), 4° y 1° en 4 (8.3%), 5° en 3 (6.3%). Al comparar los pacientes con y sin AR, no hubo diferencias significativas en la localización del apoyo pedigráfico, en la localización del dolor a la palpación ni en la zona de hiperqueratosis. Las zonas de hiperqueratosis según metatarsiano en AR vs no AR fueron: 1° (12.5% vs 6.3%), 2° (56.3% vs 68.8%), 3° (50% vs 62.5%), 4° (6.3% vs 6.3%), 5° (12.5% vs 3.1%), de hiperapoyo: 1° (31.3% vs 25%), 2° (31.3% vs 21.9%), 3° (12.5% vs 18.8%), 5° (6.3% vs 15.6%). No hubo concordancia entre la zona de hiperapoyo y el dolor o la hiperqueratosis al comparar AR vs no AR. Los pacientes con AR presentaron significativamente más valgo del retropié (50% vs 15.8%, p = 0.012). En los pacientes con valgo de retropié se observó hiperapoyo en 1° metatarsiano en 4 pacientes (53.3%) y ninguno presentó hiperapoyo en 2° cabeza metatarsal. **CONCLUSION** – En el presente estudio se demostró que los pacientes con AR suelen presentar metatarsalgia que no se corresponde con la presencia de hiperqueratosis localizada ni con las zonas de hiperpresión registradas en la imagen computarizada, y que la deformidad en valgo es más prevalente que en controles.

## PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRA-ARTICULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA: COMPARACION ENTRE DOS DÉCADAS.

M. Bedoya<sup>[\*]</sup>, R. Gontero<sup>1</sup>, P. Finucci Curi<sup>1</sup>, J. Gallo<sup>1</sup>, F. Ceccato<sup>1</sup>, S. Paíra<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Jm Cullen, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivo:** estudiar la prevalencia de manifestaciones extra articulares en AR y su influencia en la mortalidad de dos décadas diferentes (1987-1996 vs 1997-2006). **Materiales y Métodos:** estudio retrospectivo de 650 pacientes con AR (criterios ACR 87) diagnosticados en la Sección Reumatología del Hospital Cullen de Santa Fe, entre Enero 1987 y Diciembre 2006. Se comparó la frecuencia de manifestaciones extra- articulares y su influencia en la mortalidad de dos décadas diferentes: 1987-1996 y 1997-2006. Las manifestaciones extra articulares fueron identificadas utilizando criterios predefinidos, validados para trabajos retrospectivos. Las manifestaciones extra articulares severas fueron definidas por los criterios de Máimo. **Método estadístico:** las variables categóricas fueron comparadas por test de Chi2 o Fisher y las continuas por test de Student o Mann Whitney según corresponda. Para evaluar sobrevida se utilizó curvas de Kaplan- Meier. **Resultados:** Se analizaron en total 650 pacientes, de los cuales 48% presentaron alguna manifestación extra articular y 7% manifestaciones extra articulares severas. Entre 1987-1996 se incluyeron 300 pacientes, 81% mujeres y 62% FR(+); de estos 55% tuvo alguna manifestación extra-articular y 5% presentó manifestaciones extra-articulares graves. Entre 1997-2006 se estudiaron 350 pacientes, 79% mujeres y 61% FR(+); los cuales presentaron manifestaciones extra-articulares en 56 y severas en 7%. En esta década se observó un aumento en la frecuencia de vasculitis y neuropatía periférica. No se observaron diferencias en la curva de mortalidad de pacientes con AR y cualquier manifestación extra articular entre las dos décadas (Log Rank test p=0.3). **Conclusion:** La proporción de manifestación extra articular severa aumentaron en la 2° década, a expensas de vasculitis y neuropatía. No se encontraron diferencias en la curva de supervivencia de los pacientes AR con manifestaciones extra articulares entre las décadas analizadas.

## EVALUACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON RIZARTROSIS

M. Vales Flores<sup>[\*]</sup>, E. Buschiazzo<sup>2</sup>, V. Juarez<sup>2</sup>, M. Lencina<sup>2</sup>, M. Crespo Espindola<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Fisiosalud, Salta, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción** – La artrosis de manos es una patología muy prevalente dentro de las enfermedades reumatológicas articulares. La rizartritis, produce afectación funcional, y limitación relacionada con las actividades laborales y personales. **Objetivo** – Medir el impacto funcional de la rizartritis en un grupo de pacientes de la consulta ambulatoria e identificar variables asociadas a peor capacidad funcional. **Materiales y Métodos** – se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria reumatológica, con diagnóstico de rizartritis por su médico tratante. Se recabaron datos sociodemográficos (sexo, edad, profesión/ocupación) y de tratamientos previos (kinesios y/o farmacológicos). Dichos pacientes fueron evaluados Terapia Ocupacional, para medir Maniobra I: dolor articular a la compresión, Maniobra II: de la molienda. Asimismo se evaluó capacidad funcional (cuestionario DASH), fuerza de puño, pinza 1° y 2°, pinza 1° y 5° (manómetro de puño), rango articular (test de oposición de Kapandji con y sin dolor). **Estadística** – Las variables categóricas se expresan en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Los datos categóricos se compararon por test de Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher según correspondiera y las continuas por test de T o Mann-Whitney según correspondiera. **Resultados** – Se incluyeron 21 pacientes, 18 (85.7%) de sexo femenino, 12 (57.1%) eran amas de casa, mediana de edad de 58 años (RIC: 47.5-63.5), tiempo mediano de dolor de 7 meses (RIC: 3.5-12) con afectación de la mano derecha en 14 (66.7%). Tratamientos previos: 13 (61.9%) AINE, 5 (23.8%) Físio-kinesio terapia. Al examen presentaban mediana EVA de dolor 7.2 (RIC: 5.75-9.4), DASH 65.9 (RIC: 42.34-75.8), Kapandji con y sin dolor 10 (RIC: 7-10) y 5 (2-6.50), respectivamente. La maniobra I fue positiva en todos los pacientes, la II en 20 (95.2%). La fuerza de puño fue significativamente menor en la mano afectada (0.42 vs 0.53, p = 0.001), como también en la pinza entre el 1er y 5to dedo de la mano afectada (0.09 vs 0.11, p = 0.03) y no así para pinza entre el 1ero y 2 do dedo. Los pacientes de más de 6 meses de evolución tuvieron peor kapandji con Dolor (7.7 vs 10, p = 0.001). Las amas de casa presentaban significativamente mayor tiempo de evolución del dolor comparado con el resto (11.9 meses vs 6.1 meses, p = 0.041). **Conclusión** – En el presente estudio se demostró que la mano afectada por rizartritis presenta menor fuerza de puño, y de pinza entre 1° y 5° dedo. Los pacientes con más tiempo de evolución eran en su mayoría amas de casa y presentaron mayor alteración del rango articular medido por Kapandji.

## FRAGILIDAD OSEA, Y VITAMINA D EN MUJERES

E. Perez Araña<sup>[\*]</sup>, O. Paez<sup>1</sup>, R. Damil<sup>1</sup>, A. Garcia Marin<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Clínica Del Niño, Villa Mercedes, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción.** La vitamina D juega un papel esencial en el metabolismo oseo, su déficit contribuye al riesgo de fractura mediante el aumento de la pérdida de hueso y su efecto directo sobre el músculo.

**Materiales y Métodos.** Se estudiaron 131 mujeres con densidad mineral baja se dividieron en dos grupos con o sin antecedentes de fractura, y repartidos según edad y sexo. estudiadas entre enero 2011 y abril 2013, con exclusión de las osteoporosis secundarias, 62 mujeres tuvieron al menos una fractura, la edad promedio fue de 64.5 años y el 66.7 % de los pacientes era menor a 70 años, el valor de deficiencia fue de vitamina D fue 30ng/ml, los resultados de 25OHD se dividieron en cuatro grupos, normal mayor o igual a 30ng/ml, deterioro moderado <20ng/ml, enfermedad severa <10ng/ml y deficiencia extrema 10<ng/ml.

**Resultado.** La deficiencia de Vitamina D se encuentra en un 93.8% de la población de estudio. Las mujeres con fracturas eran mayores que las mujeres sin fracturas (62% n 34-45), p<0.001, 5 pacientes tuvieron en cada grupo niveles de 25OHD superior a 30 ng/ml, la concentración de 25OHD inferior a 10ng/ml fue similar en los dos grupos (27.9%) pero en el grupo de mujeres con fractura los valores de 20ng/ml fue del 67.4% frente a 53.8% p<0.05, no existió correlación entre la edad y niveles de 25HDO ni en la población total o en cada grupo estudiado.

**Conclusion.** En este estudio se confirma la frecuencia de los valores deficitarios de Vitamina D en un cohorte de mujeres, sea cual sea su gravedad, con o sin fractura, estos resultados proporcionan fuertes incentivos para buscar una deficiencia de vitamina D en todas las mujeres con baja densidad mineral osea, por lo tanto la suplementación debería mejorar la salud de los huesos

**13 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON DROGAS MODIFICADORAS DE LA OSTEOARTRITIS**

S. Papasidero<sup>1</sup>\*, R. Chaparro Del Moral<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, A. Longo<sup>2</sup>, A. Alvarez<sup>2</sup>, A. Bohr<sup>3</sup>, A. Perez Davila<sup>3</sup>, E. Scheines<sup>4</sup>, M. Correa<sup>4</sup>, G. Citera<sup>4</sup>, J. Triana Santillán<sup>4</sup>, S. Papasidero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General De Agudos Dr. E. Tornú, Caba, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital J.m. Penna, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital De Rehabilitación M. Rocca, Argentina  
<sup>4</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosocial, Argentina  
<sup>5</sup> Unidad Médica De La Seguridad Social Bucay, Ecuador  
 [\*] Presentador

El Sulfato de Glucosamina (SG), Condrotin Sulfato (CS) y Diacereína (DIAC), mejoran los síntomas y retrasan el daño estructural en pacientes con OA (SYSADOA-DMOA). Otras, como los Insaponificables de Palla y Soja (IPS) y el Ácido Hialurónico (AH) sólo tendrían efecto SYSADOA. Todas presentan un razonable perfil de seguridad, con inicio de acción lento y efecto residual prolongado. En la práctica diaria muchos pacientes tienen dificultad para utilizarlas y cumplir con las indicaciones en forma adecuada. Es por ello que nos planteamos como **objetivo**: evaluar la adherencia al tratamiento con SYSADOA y/o DMOA y describir las causas que motivan su suspensión. **MATERIAL Y MÉTODOS**: estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de OA en quienes se indicó tratamiento con SYSADOA y/o DMOA. Se excluyeron: pacientes que las recibían en la evaluación basal o durante los últimos 12 meses. Se registraron datos socio-demográficos y clínicos. Se realizaron 2 evaluaciones: **basal** al momento de iniciar el tratamiento y de **seguimiento** donde se tuvo especial interés en conocer si el paciente cumplió en forma adecuada con el tratamiento indicado y el motivo de discontinuación. Se empleó el Cuestionario CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology; 0 a 100%; se consideró No Adherente a un valor < 80%. **Análisis de datos**: estadística descriptiva, las variables categóricas se compararon con Chi2 y las continuas con t Test entre los grupos de adherentes y no adherentes. Se realizó análisis de regresión múltiple. Se consideró significancia estadística a un valor de p<0.05. **RESULTADOS**: Se les prescribió medicación a 168 pacientes de los cuales 118 (70%) regresaron a la segunda consulta y fueron incluidos en el análisis: 90 mujeres y 28 hombres, edad promedio 62.6(±9.9) años, escolaridad 9(±4) años, 76 (84%) sin cobertura social, 107 (91%) seguidos en instituciones públicas. Presentaban OA sintomática de rodillas 56 pacientes (47%), caderas 9 (8%), 19 (16%) en más de una localización y 4 (3%) en otros sitios; mediana del tiempo de evolución 24 (RIC12-36) meses; escala visual analógica (EVA) en mm promedio del dolor 60 (±16.7), EVA global por el paciente 59 (±24) y por el médico 49 (±21). Al 52% (62) se le indicó tratamiento con SG+CS, al 19% (22) sólo SG, el 13% (15) recibió sólo DIAC, 9% (11): SG+CS+AH, el 7% (8) restante recibió tratamiento con diferentes combinaciones. Además 45 (38%) recibieron tratamiento concomitante con Paracetamol y 47 (40%) con AINES. No cumplieron con la adherencia (CQR<80) 46 pacientes (39%). Se informó el motivo de la discontinuación del tratamiento en 33/46 pacientes: 14/33 (43%) por motivos económicos (todos del ámbito público); 6/33 (18%) por eventos adversos leves (trastornos gastrointestinales); 6/33 (18%) por no entender las indicaciones; 2/33 (6%) por falta de eficacia; 2/33 (6%) por más de un motivo; 3/33 (9%) por otras causas. Al comparar ambos grupos (adherentes vs no adherentes), observamos en el primero de ellos, en forma significativa la presencia de: menor dolor basal (52 vs 63 mm; p<0.005); menor dolor en la segunda evaluación (26 vs 45 mm; p<0.001); y menor EVA global paciente en la segunda evaluación (26 vs 42 mm; p<0.001). Los hombres fueron más adherentes (78%) que las mujeres (55%) p=0.029. En el análisis de regresión multivariado independientemente de la causa de discontinuación de la SYSADOA, los factores asociados a adherencia fueron menor dolor basal (OR 0.97; IC95%0.94-0.99) y el género masculino (OR 2.92; IC95%1.04-8.16). **CONCLUSIONES**: Observamos falta de adherencia al tratamiento con SYSADOA y/o DMOA en el 39% de los pacientes. La causa más frecuente de discontinuación informada fueron motivos económicos. El género masculino y el menor dolor basal se asociaron a una mejor adherencia.

**14 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RITUXIMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.**

C. Herrera Mora<sup>1</sup>\*, R. Cutticia<sup>1</sup>, A. Pringe<sup>1</sup>, I. Brusco<sup>1</sup>, M. Galán<sup>1</sup>, G. Kondratjuk<sup>1</sup>, Y. Ameruso<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Pedro Elizalde, Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN** - El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano dirigido contra el antígeno específico CD 20 de la célula B que se cree interviene en la iniciación y diferenciación de los linfocitos B. Desde 1997 se usa en linfoma no Hodgkin, y luego se probó su uso en reumatología. Se ha usado en niños con lupus y otras conectivopatías, pero no en series grandes. **OBJETIVOS** - Reportar la eficacia y seguridad con Rituximab en una cohorte de niños con conectivopatías. **MATERIALES Y MÉTODOS** - Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con conectivopatías atendidos en nuestro servicio y tratados con Rituximab por refractariedad a otros inmunosupresores. Se eligió 12 pacientes de enero 2004 a junio 2013. Se registró la información al día 0 de inicio del tratamiento, al 6 mes y luego cada año hasta la actualidad o hasta derivarlos a adultos. Se evaluó respuesta con el SLEDAI (Lupus Enfermedad Sistémica, LES), Score de Rodnan y manifestaciones sistémicas (Esclerodermia sistémica, ES), Birmingham (Poliangitis Microscópica, PAM), Criterios de Kerr (Enfermedad de Takayasu, ET), con la evaluación de DLCO y del test de marcha a los 6 minutos (Enfermedad Mixta de Tejido Conectivo, EMTCC). Se registró el laboratorio al día 0 - 6 mes y luego cada año. **RESULTADOS** - De 12 pacientes: 8 tenían LES (66%), 1 ET (8%), 1 PAM (8%), 1 ES (8%), 1 EMTCC (8%). Eran 3 varones (25%) y 9 mujeres (75%). Los pacientes con LES tuvieron en el día 0. Anemia hemolítica refractaria (5, 42%), Glomerulonefritis grado IV (5, 42%), hepatitis coléstica (1, 8%), pancreatitis (1, 8%). En los demás se usó rituximab por compromiso: renal (PAM), pulmonar (EMTCC) y cutáneo severo (ES). Todos estaban recibiendo corticoides, 8 ciclofosfamida, 1 Infliximab. Se usó rituximab a 365 mg/m2 semana por 4 semanas en cada serie, necesitando 1 serie (7, 58%) o más series (2 series: 3, 25%; 3 series: 1, 8%; 5 series: 1, 8%). El intervalo entre las series fue de 6-20 meses. En el último control 5 de 9 pacientes con LES tuvieron SLEDAI 0 (seguimiento 2-6 años), 1 SLEDAI 3 en el 3° año (después de estar un año en remisión), 1 no mejoró y se añadió metotrexato de mantenimiento. La paciente con PAM empeoró la función renal (seguimiento de 1 año). En la paciente con ES el score de Rodnan disminuyó de 48 a 30 con un EVAS de 42 a 20 (seguimiento de 6 meses). En la paciente con ET desapareció la claudicación con la marcha, no progresaron las lesiones arteriales (seguimiento de 1,2 años). Todos los pacientes lúpicos lograron depresión de células CD19-20, en algunos se constató que la disminución era directamente proporcional a la inactividad de la enfermedad (5 pacientes), en otros la remisión se alcanzaba meses después y a veces ameritaba una nueva serie de rituximab (2 pacientes). En las otras 3 pacientes los niveles de células CD19-20 disminuyeron, en la paciente con PAM esto no se asoció con mejoría de la enfermedad. Ni el complemento, ni el ANA cambió significativamente (P=0.22). El seguimiento post Rituximab fue 39 meses (6 - 66 meses). Los eventos adversos estuvieron en 7 de 12 pacientes: 2 por hipersensibilidad motivo de suspensión, 1 episodio de fiebre durante la infusión, 1 candidiasis oral, 1 herpes zoster, 1 bacteriemia por *Pneumococo pneumoniae*, 2 neutropenias. **CONCLUSIONES**: El rituximab induce la depresión de células B CD20 traducido en respuesta clínica favorable (68.3% de los casos), aún en ausencia sustancial de respuesta serológica (ANA y complemento). La depresión de células B duró entre 6 a 20 meses, por ello en algunos casos se necesitaron series reiteradas. Los eventos adversos con rituximab fueron frecuentes (58% de los casos) pero no graves.

**15 FACTORES DE RIESGO PARA COMPROMISO CORONARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI COMPLETA E INCOMPLETA.**

Britos<sup>1</sup>\*, L. Pérez<sup>1</sup>, A. Eymann<sup>1</sup>, G. Izquierdo<sup>1</sup>, C. De Cunto<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción.** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda de curso autolimitado, de etiología desconocida, que se presenta en la infancia y que produce compromiso coronario en aproximadamente el 15-25 % de los pacientes no tratados. Los factores de riesgo, ya descriptos, relacionados con compromiso coronario incluyen: menor edad, mayor número de días de fiebre, menor hematocrito, mayor trombocitosis, demora en la administración de gammaglobulina y cuadro incompleto y/o atípico. **Objetivo.** El objetivo primario fue evaluar los factores de riesgo para compromiso de arterias coronarias, al momento del diagnóstico, de niños con enfermedad de Kawasaki. El objetivo secundario fue evaluar el tiempo en que se normalizan los indicadores de inflamación sistémica. **Materiales y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes internados en el Departamento de Pediatría del HIBA con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki completo, definido de acuerdo a los criterios de la American Academy of Pediatrics y la American Heart Association del año 2004 y enfermedad de Kawasaki incompleto definido por la presencia de fiebre más, al menos uno, de los criterios ya mencionados, durante el período agosto 2001/agosto 2013. Todos habían recibido aspirina y gammaglobulina IV y control ecocardiográfico, previo al inicio del tratamiento. Los hallazgos ecocardiográficos se definieron como anormales según los criterios del Ministerio de Salud de Japón, ajustando las dimensiones de las arterias coronarias a la superficie corporal. Las variables consideradas fueron: demográficas (sexo, edad, etnia), clínicas (días de fiebre, conjuntivitis, edema y/o eritema de manos y/o pies, rash cutáneo, compromiso de mucosas, adenopatía unilateral mayor a 1,5 cm) y hallazgos ecocardiográficos: inicial, a las 2 semanas, a los 6 meses y al año. Se definieron hallazgos ecocardiográficos a la presencia de dilatación coronaria, aneurisma y ectasia. Las variables de laboratorio pre y postgamma (7, 14, 30 y 60 días) fueron: VSG, PCR cuantitativa, recuento de leucocitos, anemia, recuento de plaquetas, transaminasas, albuminemia, natremia, proteinuria, hematuria y leucocituria. Se consideró falta de respuesta al tratamiento a la recurrencia de fiebre postgamma o un segundo pasaje de gammaglobulina, o administración de corticoides. **Análisis estadístico:** las variables categóricas se evaluaron con la prueba de chi cuadrado y las continuas con la prueba de t Student y Wilcoxon. Se realizó un modelo de regresión logística con las variables estadísticamente significativas. Se utilizó el programa STATA. **Resultados.** Se analizaron 39 pacientes con una media de edad 28 meses (DS 20,6), de los cuales 17 fueron mujeres y 22 varones. Seis pacientes fueron incompletos y 4 atípicos (síndrome nefrótico, adenitis, meningitis aséptica y uveítis). Días de fiebre: media 6,26 (DS 2,13). Características clínicas: edema y eritema de manos y pies (46%), adenitis (59%), compromiso de mucosas (77%), rash (71%), descamación (31%), conjuntivitis (61%). El 35,9% del total de los pacientes tuvo compromiso coronario durante el seguimiento y 29% lo presentó en la evaluación inicial. El 28% de ellos eran menores de 12 meses. El análisis univariado mostró una tendencia a favor de mayor riesgo de compromiso coronario en los pacientes con presentación incompleta (p=0,08), pero no se encontró asociación significativa con el resto de las variables. Los reactantes de fase aguda se normalizaron a los 14 días en 6 pacientes (18%), los 30 días en 18 pacientes (54.5%), a los 60 días en 6 pacientes (18%), mayor a 90 días en 3 pacientes y 6 pacientes no tuvieron seguimiento de laboratorio. **Conclusión.** El 29% de nuestra serie presentó compromiso coronario al inicio del cuadro. La forma de presentación incompleta mostró una tendencia de mayor riesgo de complicación coronaria. La mayoría (54.5%) de los pacientes normalizó el laboratorio a los 30 días.

**16 ENFERMEDAD DE BEHCET DE INICIO PEDIATRICO**

S. Meiorin<sup>1</sup>\*, C. Vega<sup>1</sup>, E. Macías<sup>1</sup>, T. Gonzalez Vargas<sup>1</sup>, G. Espada<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

La enfermedad de Behcet (EB) es un desorden inflamatorio multisistémico de curso crónico, frecuente en ciertos grupos étnicos (turcos, israelíes, orientales). Si bien la prevalencia se considera baja en la edad pediátrica, los últimos registros indican un incremento en el reconocimiento de la enfermedad. Se presenta con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, incluyendo compromiso ocular, musculoesquelético, SNC, gastrointestinal, vascular y mucocutáneo. Su fisiopatología es muy compleja como para clasificarse en una entidad autoinmune. **Objetivo:** Describir las manifestaciones clínicas y terapéuticas de una serie de pacientes con EB de inicio en la edad pediátrica. **Planes y Métodos:** Revisión de historias clínicas de pacientes con EB de inicio antes de los 16 años de edad, atendidos en Reumatología desde el año 1994. El diagnóstico de la enfermedad se basa en los criterios del Grupo Internacional de Estudio (ISC). Se examinaron variables: demográficas (incluyendo ascendencia, edad a la presentación y tiempo de demora al diagnóstico), cuadros clínicos y órganos afectados, de laboratorio (análisis molecular de tipificación de HLA-B5) y el manejo terapéutico (utilización de corticoides, drogas inmunosupresoras y biológicas), considerando la respuesta alcanzada. **Estadística descriptiva.** **Resultados:** Se incluyeron 6 pacientes con EB, 4 mujeres (66.7%), con edad media al inicio de los síntomas 9.05 años (r 4-12), y edad media al diagnóstico 12.2 años (r 9-16). El tiempo medio de retraso al diagnóstico fue 3.12 años. Cuatro ptes tenían ascendencia turca, israelita y armenia. Ningún pte tenía historia familiar positiva de EB. El 50% de los ptes cumplían criterios de clasificación de ISC. Todos los ptes presentaron úlceras orales recurrentes, y 66.8% úlceras genitales (n=4), sin prevalencia de sexo. Las manifestaciones cutáneas se observaron en 4 ptes (66.6%) y consistieron en eritema nodoso. El test de patarjeria se realizó en 2 ptes siendo negativo. Cuatro ptes presentaron uveítis (2 con hipopion), 2 de ellos recibieron infliximab como tratamiento, debido a un curso severo (AV 1/10). Dos niñas debutaron con síntomas gastrointestinales (dolor abdominal y enterorragia), asociado en una de ellas con manifestaciones neurológicas (pseudotumor cerebral). Análisis molecular solamente se efectuó en un pte siendo HLA-B51 positivo. Todos los ptes recibieron corticoides.

| Pte | Edad Dx / Sexo | Úlceras orales/genitales | Órganos comprometidos        | Tratamiento                           | Respuesta           |
|-----|----------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| 1   | 16 / M         | +/+                      | Ojos, piel, epididimitis     | Metotrexate, ciclosporina, Infliximab | Parcial             |
| 2   | 12/F           | +/+                      | Piel, SNC                    | Azatioprina, Mesalazina, Talidomida   | Completa            |
| 3   | 9/F            | +/+                      | Piel, Ojos, Gastrointestinal | Azatioprina                           | Completa            |
| 4   | 10/F           | +/-                      | Ojos                         | Azatioprina, Infliximab               | Parcial (inicio to) |
| 5   | 14/M           | +/+                      | Piel, ojos, artritis         | Colchicina, MTX, Azatioprina          | Buena               |
| 6   | 12/F           | +/-                      | Ojos                         | Ciclosporina, Azatioprina             | Buena               |

Conclusión: En nuestra serie de ptes con EB, la prevalencia de las manifestaciones clínicas es semejante a otras series. La sospecha de los síntomas de EB en el grupo pediátrico es crucial para el diagnóstico y tratamiento precoz.

## HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA.

V. Mastrá<sup>1</sup> [\*]

<sup>1</sup> Hospital De Niños Sor María Ludovica De La Plata, La Plata, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** el Hospital de Día constituye una alternativa óptima para los pacientes que requieren de la asistencia hospitalaria durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas, exploraciones múltiples o para tratamientos que no pueden realizarse en la consulta externa ni justifican el ingreso hospitalario, así el paciente recibe el mismo servicio que tendría si fuera hospitalizado, pero sin necesidad de ingreso, con la consiguiente reducción de los riesgos y costos.

En nuestro hospital funciona un Hospital de día polivalente el cual incluye la atención de diferentes especialidades: Hematología, Oncología, Reumatología, Inmunología entre otros.

El Servicio de Reumatología utiliza principalmente el Hospital de Día para la infusión de drogas biológicas, pulsos de corticosteroides y gammaglobulina, realización de artrocentesis diagnósticas y/o terapéuticas con o sin sedación y la confección de valvas de reposo.

**Objetivo:** describir la experiencia del Servicio de Reumatología en un Hospital de día polivalente de un hospital pediátrico de alta complejidad.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron las estadísticas de Hospital de Día polivalente de los últimos tres años (2010-2012), con un total de 10583 pacientes, de los cuales 635 corresponden a pacientes con patología reumática. El área se encuentra preparada para la atención inicial de pacientes críticos y para resolver las complicaciones que puedan surgir por eventos adversos a las infusiones. Esta unidad cuenta con 10 camas, 16 sillones para infusión endovenosa, consultorios de atención ambulatoria, área de extracción de muestras, área de procedimientos, office de enfermería, área de recuperación post-anestésica y sala de juegos. La atención de Hospital de Día se encuentra a cargo de 2 especialistas en clínica pediátrica y 8 enfermeros entrenados para esta área. Los pacientes con patología reumática son evaluados y supervisados por los médicos del Servicio de Reumatología: examen físico, evaluación articular, actividad de la enfermedad, confección de plantillas para preparación de la infusión en el área de parenterales de la farmacia del hospital e indicaciones para enfermería de Hospital de Día. Durante el año 2010 concurren a Hospital de Día un total de 3306 pacientes de los cuales 156 (4,71%) fueron del Servicio de Reumatología. En el año 2011 se atendieron en Hospital de Día un total de 3746 pacientes de los cuales 248 (6,7%) corresponden a pacientes con patología reumática. En el año 2012 fueron ingresados en Hospital de Día un total de 3531 pacientes de los cuales 231 (6,5%) corresponden a pacientes reumáticos, se atribuyó el descenso del número de pacientes atendidos durante este último año a la falta de provisión de los medicamentos biológicos por las Obras Sociales y el Estado. Los diagnósticos que se incluyen en el tratamiento con drogas biológicas son: Artritis Idiopática Juvenil; Espondiloartritis Seronegativas, Lupus Eritematoso Sistémico, Dermatomiositis Juvenil, Sarcoidosis, Síndrome de superposición, Vasculitis y Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo. Las drogas utilizadas por el Servicio de Reumatología son: Metilprednisolona, Gammaglobulina, Rituximab, Tocilizumab, Infliximab y Abatacept. También se cita a los pacientes para la aplicación de la primera dosis de anti TNF subcutáneo (Adalimumab y Etanercept), para la observación de eventuales eventos adversos y educación de los padres para su utilización. Asimismo se realizan en Hospital de Día procedimientos diagnósticos y terapéuticos: artrocentesis, infiltraciones articulares con corticoides y confección de valvas de reposo a cargo de los médicos reumatólogos.

**Discusión:** las ventajas que aporta el hospital de día son: disminución de la presión en el área de hospitalización, disminución del ausentismo escolar y laboral de los padres, control del paciente por personal entrenado y capacitado en atención y reanimación. La internación se programa en forma independiente de la hospitalización convencional, evitando demoras. Propicia un uso más eficiente de los recursos disminuyendo el gasto, reduce listas de espera y la demora para distintos procedimientos. Permite programar los tratamientos en forma directa y flexible. Disminuye el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

**Conclusión:** La hospitalización de día de los pacientes reumáticos posibilita la atención a cargo del Reumatólogo Infantil y/o de enfermería programada que requieren en un mismo día la aplicación de tratamiento o técnicas diagnósticas.

La evaluación y supervisión del paciente antes y durante la administración del tratamiento se encuentra a cargo de un reumatólogo pediatra. Esta alternativa disminuye los riesgos de infección intrahospitalaria por tratarse de pacientes inmunosuprimidos.

## EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON POLIANGEITIS MICROSCÓPICA EN PEDIATRÍA

Y. Ameruso<sup>1</sup> [\*], G. Kondratyuk<sup>1</sup>, I. Brusco<sup>1</sup>, C. Herrera Mora<sup>1</sup>, M. Galán<sup>1</sup>, A. Pringe<sup>1</sup>, V. Cervetto<sup>1</sup>, R. Cuttita<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital De Niños Pedro De Elizalde, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos contra citoplasma de neutrófilos (ANCA) son un grupo de condiciones definidas por inflamación pauciforme de vasos pulmonares, renales y cutáneos con la presencia de ANCA. Se incluyen a la Enfermedad de Churg-Strauss (CS), Granulomatosis de Wegener (GW) y Poliangeitis Microscópica (PAM)

**OBJETIVO:** Evaluar características clínicas, analíticas y terapéuticas de niños con diagnóstico de PAM y compararlos con la bibliografía mundial encontrada en Pediatría.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de PAM que concurren al Servicio de Reumatología del Hospital de Niños "Pedro de Elizalde" desde 1973 hasta la actualidad.

**Criterios de Inclusión:** Pacientes con diagnóstico de PAM mediante biopsia.

**Criterios de exclusión:** Pacientes con diagnóstico de otras Vasculitis ANCA positivas como CS ó WG ó no ANCA como Poliarteritis Nodosa (PAN) ó Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH)

**RESULTADOS:** Se rescata un total de 5 pacientes; 4 mujeres y 1 varón. La edad mediana de inicio de enfermedad fue de 10 años y 11 meses. La edad mediana de la primera consulta fue de 12 años y 4 meses. La edad mediana al diagnóstico fue de 12 años y 8 meses. El tiempo de seguimiento fue de 2 años y 7 meses. La demora al diagnóstico fue de 9 meses. Todos los pacientes presentaron diferentes manifestaciones al inicio y severo compromiso renal al momento del diagnóstico acompañados de proteinuria masiva; además 3/5 presentaban hematuria, uno de ellos requirió hemodiálisis.

| Paciente              | Manifestación inicial                | ANCA   | Biopsia - %Esclerosis | Respuesta al Tratamiento |
|-----------------------|--------------------------------------|--------|-----------------------|--------------------------|
| 1                     | Insuficiencia Renal Crónica Terminal | ANCA p |                       | Resistencia              |
| 2                     | Anemia                               | ANCAp  | 88                    | Expectante               |
| 3                     | Vasculitis Cutánea                   | ANCA p | 55                    | Resistencia              |
| 4                     | Síndrome Dientérico + Púrpura        | ANCAp  | 40                    | Resistencia              |
| 5                     | Hemoptisis + Enterorragia+           | ANCAp  | 16                    | Remisión con Tratamiento |
| Síndrome Impregnación |                                      |        |                       |                          |

En cuanto al tratamiento, todos recibieron corticoides orales al inicio, 3/5 recibieron pulsos de esteroides, 4/5 pulsos de Ciclofosfamida; seguido en 2 de estos por Azatopirina durante los 6 primeros meses; presentando 3 de ellos Resistencia al Tratamiento, 1 Remisión y 1 Expectante dado el reciente diagnóstico. El paciente que presentó Remisión continuó con Azatopirina. De los que presentaron Resistencia al Tratamiento, 1 de ellos recibió Azatopirina y Rituximab con Respuesta Parcial, 1 permaneció en diálisis y 1 continúa con Ciclofosfamida vía oral y Azatopirina en Remisión con el Tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** La enfermedad es rápidamente progresiva dado el importante compromiso renal al momento del diagnóstico. El porcentaje de esclerosis glomerular fue directamente proporcional al tiempo de demora diagnóstica y se asoció a peor respuesta terapéutica. Por otro lado, debido a que las manifestaciones renales son subclínicas, demorando el diagnóstico sugerimos realizar, al igual que en la literatura japonesa, la pesquisa anual de hematuria y proteinuria en escolares.

## VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO RAPID-3 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL

M. Orozco<sup>1</sup> [\*], L. Cayetti<sup>1</sup>, E. Schneberger<sup>1</sup>, N. Zamora<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicológica, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** En la Espondiloartritis (EsP) axial la actividad persistente de la enfermedad se asocia a una significativa disminución de la capacidad funcional con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. Existen diferentes cuestionarios que fueron diseñados para evaluar estos aspectos de la enfermedad (BASDAI, BASFI, ASQoL, etc.). El RAPID-3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3) es un cuestionario sencillo, rápido y de cálculo simple que mostró un buen rendimiento en Artritis Reumatoidea siendo capaz de reflejar el estado de enfermedad y la calidad de vida en estos pacientes.

**Objetivo:** Validar el cuestionario de la enfermedad en una cohorte de pacientes con EsP axial y evaluar su asociación con otras medidas de evaluación de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de EsP axial (según criterios NY modificados 1987 y/o ASAS 2009). Se consignaron datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, años de educación), datos relacionados con la enfermedad (tiempo de evolución, manifestaciones extra-esnales, comorbilidades, tratamiento). Todos los pacientes completaron los cuestionarios RAPID-3, ASQoL, BASDAI y BASFI. La evaluación global de la enfermedad tanto por el paciente como por el médico se determinó mediante escala visual analógica (EVA). Se realizó examen físico con recuento articular (44) y evaluación de entesis (MASES). Se obtuvieron muestras de sangre para determinación de HLA-B27 y ERS. Se calculó ASDAS-ERS y SASDAS-ERS. Evaluación radiológica por BASRI por un evaluador ciego al estado clínico de los pacientes (CCI+ >0.90). Se utilizó la versión traducida y validada en Argentina del RAPID-3, el cual consiste en 10 preguntas acerca de capacidad funcional y 2 preguntas acerca de dolor y evaluación global de la enfermedad, con sus puntos de corte pre-establecidos. Se determinó el tiempo para completar el cuestionario por parte del paciente y el tiempo para calcularlo por parte del médico. Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Comparación de variables categóricas por test de Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher y de continuas por test de Mann-Whitney y Kruskal Wallis. Correlación de Spearman. La reproducibilidad fue evaluada mediante el Coeficiente de Correlación Interclase (CCI) en un grupo de pacientes quienes completaron el cuestionario dos oportunidades. Índice de concordancia por Kappa. Análisis de regresión lineal múltiple. Un valor de p<0.05 se consideró significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes, 39 de sexo masculino (76.5%), con una edad mediana 42 años (RIC 33-51) y tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 20 años (RIC10.3-27.6). 90.5% presentaba HLA-B27 positivo. La escolaridad mediana fue de 13 años (RIC10-17). Los tipos de EsP fueron: EA Pura 36 (70.6%), EsP asociada a Psoriasis 7 (13.7%), EsP juvenil 4 (7.8%), y Artritis Reactiva y EsP asociada a EII en 2 pacientes (3.9%) en cada una. ERS en 11mm/m (RIC 0-21.5). 40 pacientes (81.6%) estaban en tratamiento con AINE, 8 (16.3%) con DAM y 21 (43.8%) con agentes anti-TNF $\alpha$ . La mediana del RAPID-3 fue 9 (RIC 3-12.8), BASDAI 3.35 (RIC 1.6-6), BASFI 3.4 (RIC 1.1-5.6), ASQoL 5 (RIC 1-9), SASDAS-ERS 15.9 (RIC 8-22.6), MASES 1 (RIC0-3) y BASRI 4.5 (RIC 0-11). El cuestionario tuvo excelente reproducibilidad (CCI=0.97). El tiempo mediano para completar el RAPID-3 fue de 2' (RIC 0.91-3), y para calcularlo de 10" (RIC 6-15). Se observó muy buena correlación del RAPID-3 con SASDAS ERS (r=0.87), BASDAI (r=0.89), BASFI (r=0.8) y ASQoL (r=0.8) y buena con el MASES (r=0.44). Al evaluar los puntos de corte preestablecidos del RAPID-3 y el SASDAS ERS observamos buena concordancia entre los mismos (Kappa 0.5, p=0.0001). También encontramos muy buena asociación de los puntos de corte del RAPID-3 y el BASDAI (p=0.0001). En la regresión lineal múltiple, utilizando como variable dependiente el puntaje total RAPID-3, ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, se observó una asociación significativa con BASDAI (coef  $\beta$ : 0.55, p=0.0001), BASFI (coef  $\beta$ : 0.25, p=0.008), ASQoL (coef  $\beta$ : 0.22, p=0.02), como también con SASDAS ERS (coef  $\beta$ : 0.42, p=0.001).

**Conclusión:** El RAPID-3 es un cuestionario válido, confiable y reproducible para ser utilizado en EsP axial, simple para completar y calcular. Y además, tiene la ventaja de reflejar el estado de tres aspectos importantes de la enfermedad: actividad, capacidad funcional y calidad de vida.

## EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE SITIOS DE ENTESIS EN PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL.

N. Zamora<sup>1</sup> [\*], T. Cazenave<sup>1</sup>, M. Orozco<sup>1</sup>, L. Cayetti<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, E. Schneberger<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>, M. Rosemffet<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicológica, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La ultrasonografía (US) ha demostrado ser una herramienta útil en el estudio de las Espondiloartritis (EsP) siendo capaz de detectar la presencia de lesiones propias de las entesopatas: engrosamiento tendinoso, entesofitos, bursitis y erosiones óseas. El Índice GUESS (Gragos Ultrasound Entesitis Scoring System), es un índice sencillo de realizar que evalúa 10 sitios de entesis en miembros inferiores.

**Objetivo:** Evaluar en una cohorte de pacientes con EsP axial, la utilidad del índice GUESS y determinar su asociación con distintas variables clínicas.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EsP axial según criterios NY '84 y/o criterios ASAS '09. Se consignaron: datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones relacionadas con la enfermedad, comorbilidades y tratamientos recibidos. Se evaluó presencia de dolor, evaluación global del médico y del paciente por Escala Visual Analógica (EVA), recuento de articulaciones tumefactas (44), capacidad funcional (BASFI), actividad de la enfermedad (BASDAI) calidad de vida (ASQoL), medidas de movilidad axial (BASMI), dato radiológico (BASRI), índice de entesitis clínica (MASES). También se evaluaron 6 puntos de entesitis adicionales: Polo superior e inferior de la patela bilateral y tuberosidad anterior de la tibia bilateral, los cuales coinciden con la evaluación US del GUESS. La evaluación por US fue realizada por dos reumatólogos ciegos al examen clínico. Se evaluaron diez sitios de entesitis (de manera bilateral): inserción del tendón del cuádriceps, tendón proximal y distal del ligamento patelar, tendón de Aquiles y la fascia plantar. La entesopatia ultrasonográfica (EU) se definió como la presencia de al menos uno de las siguientes hallazgos: Engrosamiento tendinoso, erosión ósea, entesofito y bursitis. Para el cálculo del GUESS, a la presencia de cada hallazgo se le asigna un punto, el puntaje final surge de la sumatoria de los puntos positivos y el rango final es 0-36. Se evaluó un modelo alternativo al incorporar al GUESS, la presencia de señal Power Doppler (PD) en los sitios de entesis examinados (0-46). Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva. Test de Mann Whitney para variables continuas y X<sup>2</sup> para variables categóricas. Las correlaciones fueron analizadas por test de Spearman y la concordancia entre clínica y ecografía por Kappa. Una p < 0.05 fue considerada significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, 27 (81.8%) de sexo masculino, con una edad mediana de 42 años (RIC 33-52) y una duración mediana de la enfermedad de 15 años (RIC 6.5-27.5). BASDAI m 4 (RIC 2-6), BASFI m 3.9 (RIC 1.2-5.9), ASQoL m 5 (RIC 2.25-9.75), MASES m 1 (RIC 0-3). La mediana del GUESS con PD fue de 15 (RIC 10.5-19) y del GUESS sin PD de 14 (RIC 10-18). De un total de 555 sitios de entesis evaluados clínicamente 77 (13.9%) fueron positivas y de los 330 sitios de entesis evaluados por US, 286 (86.6%) presentaron EU. No se observó correlación del GUESS con el MASES, tampoco con otras medidas de evaluación como BASDAI, BASFI y ASQoL. Al dividir a la población de pacientes en activos e inactivos según BASDAI  $\geq 4$  no se observó asociación alguna con la presencia de compromiso entesopático. En el análisis por sitio entesitis no se observó concordancia entre la clínica y los hallazgos ultrasonográficos.

**Conclusiones:** El índice GUESS fue más sensible que el examen clínico. Sin embargo, no correlación con las variables clínicas evaluadas y no resultó una herramienta útil para discriminar pacientes activos de inactivos. Tampoco se observó concordancia entre la presencia de entesitis clínica y de EU en los sitios de entesis evaluados.

21

**COMORBILIDADES EN ARTRITIS PSORIÁTICA Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA**M. González Guzmán<sup>[\*]</sup>, I. Carrillo<sup>1</sup>, O. Corda<sup>1</sup>, M. Landi<sup>1</sup>, H. Maldonado Ficcó<sup>1</sup>, J. Maldonado Cocco<sup>1</sup>, G. Citera<sup>2</sup><sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La presencia de comorbilidades en enfermedades inflamatorias crónicas es motivo de gran preocupación ya que representan una potencial causa de morbi-mortalidad en éstas condiciones. La Artritis Psoriática (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica asociada con comorbilidades, de las cuales, las enfermedades cardiovasculares son las más importantes. Es por eso que nos propusimos como **objetivo primario** identificar la prevalencia de comorbilidades en pacientes con APs y como **objetivo secundario** determinar si la presencia de comorbilidades en APs influye en la actividad de la enfermedad, capacidad funcional y calidad de vida de éstos pacientes. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, antecedentes patológicos personales, características clínicas de la enfermedad y presencia de comorbilidades. Se realizó recuento articular de 66/68 articulaciones tumefactas y dolorosas respectivamente e índice entésico de MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score). El compromiso cutáneo se valoró por medio del PASI (Psoriasis Area Severity Index). Se valoró capacidad funcional por HAQ (Health Assessment Questionnaire), calidad de vida por PsAQoL (Psoriatic Arthritis Quality of Life), compromiso periférico por DAS28 (Disease Activity Score) y axial por BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) y BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). **Análisis estadístico:** Estudio de corte transversal. Se utilizó estadística descriptiva para las variables categóricas y continuas. Las variables categóricas se compararon por Test  $\chi^2$  y las continuas por prueba de T o ANOVA con pruebas post-hoc. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . **RESULTADOS:** Se incluyeron 76 pacientes consecutivos, 42 mujeres y 34 varones con una mediana de edad de 50,5 años (RIC 39-62). La mediana de edad de inicio de APs fue de 37 años (RIC 26,5-48) con una mediana de evolución de la enfermedad de 8 años (RIC 3-16). En un 86,8% (66 pacientes) coexistía la presencia de comorbilidades. Un 57,3% de los pacientes tenían enfermedades cardiovasculares, presentando hipertensión arterial un 64,5%, dislipidemia un 27,6% y diabetes un 6,7%. Por otro lado, se encontró la presencia de infecciones en un 47,4% de los pacientes, observándose herpes zóster en un 13,2%. A su vez, se observaron antecedentes patológicos hepatobiliares en el 18,7%, compromiso genitourinario 7,9% y enfermedades pulmonares en el 6,6%. El 36,8% eran tabaquistas a predominio del sexo masculino. No se encontró significancia estadística al comparar el tabaquismo con los años de evolución de la enfermedad ( $p=0,558$ ), el VAS de dolor ( $p=0,227$ ), VAS de actividad ( $p=0,441$ ), la capacidad funcional ( $p=0,572$ ), el compromiso axial BASFI ( $p=0,530$ ), BASDAI ( $p=0,654$ ), calidad de vida ( $p=0,326$ ), compromiso periférico ( $p=0,354$ ), ni con el PASI ( $p=0,715$ ). Se registró un 38,2% de pacientes con sobrepeso y un 44,7% con obesidad. Al analizar sobrepeso y obesidad se observó que los pacientes obesos presentaban mayor actividad periférica de la enfermedad ( $p=0,001$ ) sin significancia estadística en cuanto a la capacidad funcional y calidad de vida. **CONCLUSIONES:** La frecuencia de comorbilidades en pacientes con APs es alta, siendo la enfermedad cardiovascular, el sobrepeso y el tabaquismo las más frecuentes. Se encontró asociación de la obesidad con mayor actividad de la enfermedad. No se encontró asociación del resto de las comorbilidades con la actividad de la enfermedad, capacidad funcional o calidad de vida.

22

**ARTRITIS PSORIÁSICA DEL GERONTE Y COMORBILIDADES**M. Larroude<sup>[\*]</sup>, A. Cappucco<sup>1</sup>, S. Papisidero<sup>2</sup>, O. Rillo<sup>2</sup>, G. Bovea<sup>1</sup>, L. Nafatal<sup>1</sup>, M. Fenucci<sup>1</sup>, M. Perez Sainz<sup>2</sup><sup>1</sup> Hospital C. Milstein, Capital, Argentina<sup>2</sup> Hospital Torru, Capital, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas, radiológicas, formas de presentación, actividad de la Artritis psoriásica del Geronte (APsG) en una población más amplia y comorbilidades comparado con artritis psoriásica clásica (APSc)

**Materiales y método:** Se reclutaron 35 pacientes en forma consecutiva con APsG iniciada a partir de los 60 años y se compararon con 48 pacientes con APSc (antes de los 60 años) durante 2 años. En el grupo del geronte, se analizó a aquellos con psoriasis cutánea iniciada antes y después de los 60 años.

Se realizó un estudio de corte transversal de casos y controles midiendo escalas y parámetros clínicos, de laboratorio y radiológicos. Se consideró edad, forma de comienzo, tipo de psoriasis, comienzo de síntomas articulares y criterios CASPAR. Se consideraron 5 variantes clínicas: oligoartritis asimétrica, poliartritis asimétrica, poliartritis simétrica, espondilítica y mutilante. (Moll y Wright).

Se evaluó presencia de sacroileitis, sindesmoftosis, dactilitis y entesitis. Se midió ERS, Factor Reumatoides (FR), FAN y anticuerpo anticitrulina (ACCP) y presencia de comorbilidades: hipertensión arterial, gastritis, dislipidemia, osteoporosis, hipotiroidismo, diabetes, coronariopatía, cáncer.

Se valoró actividad de la enfermedad por DAS28, gravedad de la psoriasis por PASI (Psoriasis area and severity index) y BSA (Body surface area), evaluación axial funcional por BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) actividad por BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) y capacidad funcional por HAQ. Se realizó estadística descriptiva y comparativa para datos cualitativos y cuantitativos.

**Resultados:** 54%(19/35) de los pacientes con APsG eran mujeres, edad media 70.91 años (61-92) DS 7.57, edad al diagnóstico de psoriasis 51.6 (11-88) DS 16.74, inicio de síntomas articulares 65.71 (57-88) DS 6.83 y diagnóstico de APsG 67.17 años (61-88) DS 7.14 versus APSc: 52% femeninos, edad 50.42 (21-78) DS 12.7, edad al diagnóstico de psoriasis 28 (3-53) DS 12.16, inicio de síntomas articulares 40.9 (12-59) DS 6.83, diagnóstico de APc 40.8 años (12-59) DS 11.96.

Forma de presentación: APsG: el 51.5% fue poliartritis asimétrica, 45.7% oligoartritis, 2.85% espondilítica y en APSc 48% oligoartritis y 37% poliartritis asimétrica, 4% espondilítica, 8% combinada,  $p=0.06$

La edad al diagnóstico de la psoriasis cutánea y los síntomas articulares fueron significativamente inferior en el grupo APSc respecto a APsG  $p<0.01$ .

No encontramos diferencias significativas en el número de articulaciones afectadas, PASI, BASDAI, ni en el FR, FAN y ACCP y ERS a pesar de las diferencias de edad. Si hubo diferencia en el HAQ severo  $p=0.02$  entre APsG y APsC.

Dentro de las comorbilidades fue estadísticamente significativa la presencia de HTA  $p=0.02$  y diabetes  $p=0.03$  (APsG-APSc), y la relación de comorbilidades general fue  $p=0.02$

Al analizar la edad de aparición de la psoriasis cutánea en el grupo de APsG ( $< 60$  (22/35) versus  $> 60$  años (13/35) encontramos una  $p=0.03$  para ERS, existiendo una tendencia en el HAQ severo  $p=0.07$  ( $>60$  versus  $< 60$ ) a pesar de la misma actividad de la enfermedad medida por DAS28.

Los pacientes con APsG se encuentran en tratamiento con AINES 5.71% (2/35), DMARS 71.42% (25/35) y terapias biológicas 22.85% (8/35) y en la APSc 6.25% (3/48), 66.66% (32/48) y 27% (13/48) respectivamente

**Conclusión:** Los pacientes estudiados con APsG presentaron características similares a la APSc diferenciándose en la edad de comienzo de psoriasis cutánea y una tendencia a mayor compromiso poliartritis, presentando mayores comorbilidades tales como hipertensión, diabetes y mayor discapacidad.

23

**PREVALENCIA DE SÍNDROME METABOLICO EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA**H. Suedo<sup>[\*]</sup>, A. Barbaglia<sup>1</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, M. Machado Escobar<sup>1</sup>, S. Salazar<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup><sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) (criterios ATP III) en pacientes con psoriasis (Ps) y artritis psoriásica (APs). Comparar factores de riesgo cardiovascular en ambos grupos. Evaluar asociación entre tratamiento e índices de actividad y SM.

**Materiales y método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes con diagnóstico clínico o anatomopatológico de Ps y APs (criterios CASPAR). Se evaluaron variables demográficas, clínicas del compromiso cutáneo y articular y terapéuticas (DMAR, anti FNTg). Se determinaron PASI (Psoriasis Area Severity Index), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), presión arterial (PA) y circunferencia abdominal (CA). Se realizó laboratorio (previo ayuno de 12 horas) para determinar: reactivantes de fase aguda (VSG, PCR), uricemia, colesterolemia total y fraccionada (HDL, LDL), triglicéridemia y glucemia.

**Análisis estadístico:** Test chi cuadrado, Test T. Prevalencia.

**Resultados:** De 43 pacientes evaluados, 24 (56%) fueron mujeres, Ps 19 (44%) y APs 24 (56%), edad media 51,4±13.7 años, edad media al diagnóstico de Ps 35,2±17.1 años y de APs 44,1±12.9 años, PASI medio 5.8±6.3, BASFI medio 6.1±1.8, BASDAI medio 3.7±1.7, tiempo medio de evolución de la enfermedad para Ps y APs de 16.2±10.1 años y 9.3±9.1 años, respectivamente. Los tipos de psoriasis fueron: vulgar en 27 pacientes (63%), mixta en 12 (28%), palmoplantar en 2 (5%), guttata I y pustular en 1 (2%) cada uno. Quince pacientes (35%) tuvieron compromiso ungueal, 12 (28%) compromiso articular axial, 14 (32%) periférico y 2 (5%) entésico. Veinticuatro pacientes (56%) fueron tratados con metotrexato (MTX) y 6 (14%) con etanercept. La media de PA sistólica fue 119.2±21.9 mm Hg y diastólica 77.2±14.6 mm Hg. Trece pacientes cumplieron criterios para SM (5 en el grupo Ps y 8 en APs). La prevalencia de SM en Ps fue 20.8% (IC 95%, 7.1-42.1) y en APs 42.1% (IC 95%, 20.2-66.5),  $p=NS$ . El uso de MTX se asoció a menor frecuencia de SM en pacientes con Ps ( $p=0.03$ ). Pacientes con APs en tratamiento con anti FNTg presentaron menor frecuencia de SM ( $p=0.05$ ). Al analizar las distintas variables, se encontró que edad al diagnóstico, reactivantes de fase aguda, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, tipo de Ps, compromiso articular, entésico o ungueal no se asociaron a presencia de SM ( $p=NS$ ). Sedaratismo se asoció a SM ( $p=0.002$ ). Al comparar pacientes con Ps y APs, no hubo diferencias en PASI, ni factores de riesgo CV. No hubo diferencias en BASDAI ni BASFI en pacientes con y sin SM.

**Conclusiones:**

La prevalencia de SM en APs fue mayor que en Ps.

El uso de anti FNTg en APs y MTX en Ps, se asoció a menor frecuencia de SM.

El sedentarismo se asoció a SM.

24

**PREVALENCIA DE ARTROPATIA PSORIÁTICA EN UN HOSPITAL MUNICIPAL DEL GRAN BUENOS AIRES.**M. Antoniol<sup>[\*]</sup>, C. Catoggio<sup>1</sup>, C. Perandones<sup>1</sup><sup>1</sup> Cemic, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:**

La psoriasis cutánea tiene una prevalencia en la población general del 2 al 3%, pudiendo desarrollar del 7 al 42% artropatía psoriática. Así la prevalencia de la artropatía psoriática en la población general se estima entre 0.3 y 1%. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de artropatía psoriática en un Hospital Municipal del Gran Buenos Aires.

**Materiales y métodos:**

Se analizaron los diagnósticos tabulados de los pacientes que ocurrieron espontáneamente al consultorio de Reumatología de un Hospital Municipal en el comaritano bonaerense, durante el período comprendido entre octubre de 2010 y abril de 2011. Los diagnósticos fueron realizados por un único evaluador. Se calcularon las frecuencias de sexo, edad y las patologías reumatológicas.

**Resultados:**

Se analizaron 1204 consultas en un período de 7 meses en 902 pacientes, de los cuales 758 (83.9%) eran de sexo femenino y 145 (16.1%) de sexo masculino. La edad de consulta fue tabulada en grupos etarios: 15 a 19, 20 a 34, 35 a 49, 50 a 64 y mayor de 65 años. Los últimos dos grupos fueron los que más consultaron (35.7% y 51.3%, respectivamente). El motivo de consulta más frecuente fue artroalgias, con una frecuencia del 26.2% (315 consultas). Se observó una frecuencia de artritis psoriática del 0,1% (1 paciente).

Las enfermedades más frecuentemente observadas fueron: osteoartritis 25.2% (227 pacientes), artritis reumatoide 12% (108 pacientes), osteoporosis 5% (45 pacientes), reumatismo de partes blandas 4.7% (42 pacientes), fibromialgia 4.4% (40 pacientes), artritis indiferenciada 4.2% (38 pacientes), artritis crística 2.1% (19 pacientes), polimialgia reumática 1.8% (16 pacientes), lupus eritematoso sistémico 1.1% (10 pacientes), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 0.8% (7 pacientes), síndrome de Sjögren 0.4% (4 pacientes), esclerodermia 0.4% (4 pacientes), vasculitis 0.2% (2 pacientes), artritis idiopática juvenil 0.2% (2 pacientes), artritis reactiva 0.1% (1 paciente) y espondilitis anquilosante 0,1% (1 paciente).

**Conclusion:**

Se observó una prevalencia de artropatía psoriática (0.1%) menor a la estimada para la población general.

25

## BAJO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y DE DERIVACION TEMPRANA EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEA Y SINTOMAS ARTICULARES

C. Asnal<sup>1</sup>\*, P. Luna<sup>1</sup>, A. Nitscho<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

### Introducción

La demora en el diagnóstico de la artritis psoriásica es sinónimo de demora en la indicación del tratamiento más apropiado para la misma y en consecuencia podría aumentar la discapacidad en los pacientes. En el registro Iberoamericano de espondiloartritis (RESPONDI) la artritis psoriásica representó el 46,7% de la SpA, siendo el tiempo promedio de evolución al diagnóstico 10.9 años. Uno de los factores de esta demora se vincula con el desconocimiento de la población y de los colegas con respecto a la psoriasis cutánea como causa de enfermedad articular.

Objetivo: Detectar el nivel de conocimiento de los pacientes de la posible causalidad de la psoriasis en los síntomas articulares a fin de orientar la consulta hacia el especialista correspondiente. Material y métodos: Se realizó una charla informativa abierta y gratuita para la comunidad sobre psoriasis y artritis psoriática en el ámbito de nuestro hospital. El título de la charla fue "Psoriasis y artritis. ¿Causa o consecuencia?". La disertación estuvo a cargo de dos médicos reumatólogos y una médica dermatóloga. Al final de las disertaciones cada participante recibió una hoja con una encuesta referida a su situación actual y los conocimientos de la enfermedad, psoriasis y artritis.

Resultados: Se recibieron 67 encuestas completadas de 97 asistentes a la charla (69%). Padeían psoriasis cutánea 37 personas (55%), tenían familiares con psoriasis 24 personas (35%). La edad promedio de los asistentes fue 63 años (24-85). Mujeres 39 personas (58%). Sabían que la psoriasis no sólo afecta la piel 46 p (68%) y que puede afectar las articulaciones 29 personas (43%). De los asistentes con psoriasis (37p), sólo 17 (44%) recibieron indicación del dermatólogo de realizar consulta reumatológica, 21 personas (55%) realizan consulta con reumatología. La menor tasa de derivación fue de traumatología, 8 personas (21%). Consultan medicina alternativa y homeopáticas 12 personas (32%). Buscan información en internet 18 personas (48%) y en foros de psoriasis 14 (38%).

Discusión: Casi la mitad de los pacientes con psoriasis cutánea desconocía de la necesidad de la evaluación por el médico especialista en reumatología para detectar la artritis subclínica, ya sea periférica o axial. De esto se concluye la importancia de lograr conformar un equipo multidisciplinario que incluya el trabajo conjunto de reumatólogos, dermatólogos y traumatólogos. Es elevado el número de pacientes bajo tratamientos alternativos y de pacientes sin derivar que están siendo atendidos por otras especialidades.

26

## ESTUDIO DE LA RELACIÓN DE AUTOANTICUERPOS DE ENFERMEADES DEL TEJIDO CONECTIVO CON ENFERMEDAD CELIACA

E. Cíviti<sup>1</sup>, M. Valerio<sup>1</sup>, M. Benavente<sup>1</sup>, A. García Ciccarelli<sup>1</sup>\*, J. Sanchez Alcover<sup>1</sup>, O. Daffra<sup>1</sup>, A. Astudillo<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Del Carmen, Mendoza, Argentina  
 [\*] Presentador

### INTRODUCCION

La enfermedad celíaca es una enteropatía autoinmune con compromiso sistémico, desencadenada por la intolerancia al gluten mediada por células T en individuos genéticamente predispuestos. Su prevalencia ha aumentado en los últimos tiempos por el desarrollo de métodos de detección más precisos. Esta patología tiene variadas formas de presentación, así como manifestaciones de laboratorio marcadoras de autoinmunidad y genéticas específicas.

### HIPOTESIS

La enfermedad celíaca predispone a la aparición de auto anticuerpos de Enfermedad del Tejido Conectivo, los cuales tienden a desaparecer con dieta libre de gluten.

La dieta libre de gluten protegería del desarrollo de enfermedad autoinmune inducida por gluten

### OBJETIVO

1-Detectar en una población de enfermos celíacos autoanticuerpos y evaluar su respuesta a la dieta libre de gluten.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis estadístico observacional, retrospectivo basado en la base de datos de 129 pacientes del programa "Vivir como celíaco" de OSEP. El diagnóstico de enfermedad celíaca se realizó por biopsia de duodeno, anticuerpos antigliadina, antiendomiso, anticuerpo antitransglutaminasa, péptidos deaminados de gliadina, descenso en los niveles de IgA y estudio genético (DQ2, DQ7 o DQ8). Se solicitaron marcadores de inmunidad asociados a Enfermedad del tejido conectivo (FAN, FR, anti Ro, anti LA, anticentromero, Sci 70, Anti Jo1, C3, C4) al momento del diagnóstico y control a los 6 meses posteriores a dieta libre de gluten.

### RESULTADOS

En el relevamiento de datos de 129 pacientes hubo una media de edad de 41,162 con un desvío estándar de +/- 15,25; 10,85% fueron sexo masculino - 89,14 % sexo femenino.

El 34 % presentó FAN + (valor de corte <1160). 57,7 % patrón moteado, 37,7% patrón homogéneo : un paciente patente centromérica. FR (+)15,5% a títulos menores a 80 UI/ml. Complemento disminuido en el 13,8% de los casos, 10% para C4 y 3,8% para C3. La presencia de Anti Ro – La fue de 0,78%, Anti Sci 70, anti Jo1: 0%.

El 66 % del total de la muestra negativizó los autoanticuerpos con la dieta libre de gluten a los 6 meses. El 33 % permanecieron positivos. Se continuó su seguimiento para detectar desarrollo o no de Enfermedad del tejido conectivo asociada.

### CONCLUSIÓN

La asociación de Enfermedad Celíaca con autoanticuerpos de Enfermedad del tejido conectivo asociada ha sido mencionada previamente, vinculada con el tiempo de exposición al gluten En nuestra población la respuesta a la dieta libre de gluten negativizó los anticuerpos en el 66% de los casos. Alertamos considerar el estudio de celiaquía, ante la presencia de FAN y FR a bajos títulos en contexto clínico sugestivo de enfermedad celíaca no diagnosticada, y su reevaluación luego de dieta libre de gluten.

27

## PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN ENFERMEADES AUTOINMUNES

A. Barbaglia<sup>1</sup>\*, L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, N. Fuentes<sup>1</sup>, A. Palazzo<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de infección por Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Hepatitis C (VHC) en pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI).

**Material y método:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes que asistieron al consultorio de Reumatología entre los meses de mayo y julio de 2013 con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP), Polidermatomiositis (PDM), Síndrome de Sjogren 1° (SS1°), Síndromes de Superposición (SS), Síndrome Antifosfolípido (SAF), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC), Vasculitis Sistémica (VS) y Artritis Reumatoidea (AR). Se evaluaron: edad, sexo, diagnóstico de EAI y tiempo de evolución, factores de riesgo para VHB y VHC, vacunación anti - VHB, infección por VHB y/o VHC previa.

Se determinaron IgG anti- Core (Electroquimoluminiscencia) a 249 pacientes e IgG anti-VHC a 254 pacientes (ELISA). Aquellos con resultado positivo fueron derivados y estudiados por el Servicio de Hepatología. El grupo control fue la población general donante del Banco de Sangre.

Análisis Estadístico: Descriptivo, test  $\chi^2$ , prevalencia y razón de prevalencias.

**Resultados:** Se incluyeron 254 pacientes, 88.6% mujeres, edad media 44.7 años  $\pm$  14.5, 45% (115) AR, 33.9% (86) LES, 6.7% (17) ESP y 14.4% (40) otras EAI, tiempo medio de evolución de enfermedad de base 8.8 años  $\pm$  8.2. Recibieron vacunación anti-VHB el 7.1% (18/254), 8 LES, 6 AR, 2 ESP, 2 otras EAI.

La prevalencia de infección por VHB fue 2.8% (IC95% 1.1- 2.8). De los 7 pacientes IgG anti-Core positivos, 4 fueron AR (3.6%, 4/112), 1 LES (1.1%, 1/86), 1 ESP vacunada (6.25%, 1/16) y 1 Arteritis de Takayasu (14%, 1/7). En la población no vacunada, la prevalencia fue 2.6% (IC95% 0.9-5.6). La prevalencia de VHB en EAI y en AR fue significativamente mayor que en el grupo control (2.6% y 3.6% vs 1.3%, p=0.04). La prevalencia de infección por VHC fue 2.4% (IC95% 0.9 - 5). De los 6 pacientes VHC positivos, 1 fue ESP (5.9%, 1/17) y 5 AR (4.3%, 5/115). La prevalencia de VHC en EAI y AR fue significativamente mayor que en el grupo control (2.4% y 4.3% vs 0.45 %, p<0.0001).

### Conclusiones:

La prevalencia de infección por VHB y VHC en EAI y AR fueron mayores que en la población general.

Se recomienda el screening periódico y la vacunación anti VHB a la población con EAI.

28

## ROL DEL LABORATORIO INMUNOLÓGICO EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON DERRAME PLEURAL (INFORME PRELIMINAR)

M. Rivero<sup>1</sup>\*, A. González<sup>1</sup>, A. Ledda<sup>1</sup>, V. Segura<sup>1</sup>, L. Navarta<sup>1</sup>, A. Gandur<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Central, Ciudad, Argentina  
 [\*] Presentador

Entre 10 a 30% de los pacientes con derrame pleural pueden permanecer sin diagnóstico etiológico, aún después de ser evaluados en forma sistemática.

El estudio inmunológico del líquido pleural ( LPI) o pericárdico se encuentra entre los estudios que habitualmente se solicitan en forma opcional, ya sea porque el paciente presente síntomas compatibles con enfermedad autoinmune o porque no se haya arribado a un diagnóstico causal del derrame en la evaluación inicial del líquido.

El objetivo del presente trabajo es evaluar, en líquidos de punción pleural y pericárdica, componentes del sistema inmune específico e inespecífico, para determinar el rol del laboratorio inmunológico en el diagnóstico de pacientes con derrame pleural o pericárdico en estudio.

Material y Métodos: Estudio prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad, con derrame pleural o pericárdico, a quienes su médico tratante les realice una punción diagnóstica o evacuadora. Se realizan en los líquidos las siguientes determinaciones: complemento total (CH50) y fracciones C3 y C4, anticuerpos antinucleares (ANA), factor reumatoideo (FR), células LE, anti ADN y anticuerpos contra antígenos núcleoextralibres (ENA). Se analizan estos datos en relación con el diagnóstico final de los pacientes.

Resultados: Al momento de este reporte se han estudiado 11 líquidos (7 pleurales y 4 pericárdicos). Los diagnósticos finales han sido: neoplasia (2 pac); derrame pleural reumatoideo (1 pac); derrame pleural paraneumónico (1 pac); derrame pleural secundario a hemoperitoneo por biopsia renal (1 pac); pleuritis inespecífica (3 pacientes); pericarditis por cuerpo extraño (1 pac) en una paciente con AR inactiva. Las otras 3 muestras de líquido pericárdico provenían de pacientes que fueron sometidos a cirugía cardíaca de revascularización o recambio valvular.

Dos de los 11 pacientes tuvieron FR positivo en LPI. Un paciente con diagnóstico conocido de AR presentó título de FR en LPI que en suero (160 UI/mL, cociente LPI/suero 1). El otro paciente, con derrame pleural paraneumónico, presentó FR positivo (80 UI/mL) en LPI. No tenía síntomas articulares, y el FR y el antiCCP en suero fueron negativos. En una paciente con AR inactiva y derrame pericárdico el FR en el líquido fue negativo y el diagnóstico final por biopsia pericárdica fue "pericarditis por cuerpo extraño".

Sólo 1/ 11 pacientes tuvo ANA positivo en título bajo (1/40) en LPI; con células LE, anti ADN y ENA negativos. El diagnóstico final de este paciente fue Adenocarcinoma de pulmón con invasión en pleura.

La media de las determinaciones de C3 y C4 en los líquidos fue: C3 44,07 mg/dl (DS+/- 26) y C4 8,04 mg/dL (DS +/- 6,3). Los niveles más bajos de complemento (C3: 10,6 mg/dL y C4: no dosable) se hallaron en el paciente con pleuritis reumatoidea.

Conclusiones: La aplicación de exámenes inmunológicos en el estudio de líquido pleural o pericárdico puede contribuir al diagnóstico clínico final a la comprensión del mecanismo del derrame. Algunos de nuestros hallazgos son coincidentes con descripciones de la bibliografía, como la positividad del ANA (aunque a título bajo) con LE negativo, en un paciente con derrame pleural neoplásico; o la marcada hipocomplementemia con FR+ en título  $\geq$  o en líquido pleural que en suero, en derrames pleurales reumatoideos. Los valores de complemento en LPI son sensiblemente menores que los plasmáticos. Se ha postulado que esto otorga al espacio pleural un estado de "inmunosupresión local" que favorecería las infecciones.

29

**COMPROMISO ARTICULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

S. Pajares-Rodríguez<sup>1</sup>, R. Chaparro Del Moral<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, A. Secco<sup>2</sup>, D. Puente Trigo<sup>2</sup>, M. Gauna<sup>3</sup>, A. Catalan Pellet<sup>4</sup>, A. Gomez<sup>5</sup>, F. Zazzetti<sup>6</sup>, S. Velez<sup>7</sup>, J. Barreira<sup>8</sup>, N. Benzaquen<sup>9</sup>, L. Encinas<sup>10</sup>, F. Caeiro<sup>11</sup>, E. Albierto<sup>12</sup>, G. Salvatierra<sup>13</sup>, L. Raiti<sup>14</sup>, A. Nitsche<sup>15</sup>, C. Crow<sup>16</sup>, N. Tamborenea<sup>17</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital General De Agudós Dr. E. Tornú, Caba, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Rivadavia, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital Británico, Argentina  
<sup>4</sup> Hospital Privado De Córdoba, Argentina  
<sup>5</sup> Hospital Córdoba, Argentina  
<sup>6</sup> Iri, Argentina  
<sup>7</sup> Clínica Bassone, San Miguel, Argentina  
<sup>8</sup> Hospital Alemán, Argentina  
<sup>9</sup> Omi, Argentina  
<sup>10</sup> Presentador

Una de las manifestaciones extraglandulares más frecuentes en el Síndrome de Sjögren Primario (SSJP) es la afectación articular. Existen discrepancias con respecto a la presencia de artritis erosiva, al compromiso axial y a la asociación con diversos auto-anticuerpos y otras expresiones clínicas de dicha enfermedad. **OBJETIVOS:** Describir la frecuencia de artritis y/o artropatías en pacientes con SSJP; evaluar las características del compromiso articular, y analizar su asociación con otras manifestaciones clínicas y serológicas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico. Se analizaron pacientes con SSJP, que cumplían criterios americano-europeos incluidos en la base de datos GESSAR. Se excluyeron aquellos con diagnóstico concomitante de Fibromialgia (FM), Cirrosis Biliar Primaria (CBP) o Hepatitis Autoinmune (HA). Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y estudios complementarios. Para la comparación de 2 grupos: con compromiso articular (artritis y/o artropatías) y sin compromiso articular, se excluyeron pacientes que en su evolución presentaron AR u otra colagenopatía. Con la finalidad de caracterizar la afectación articular, en 86 pacientes se evaluó: articulaciones comprometidas, patrón, curso y daño radiológico. **Análisis de datos:** estadística descriptiva, las variables categóricas se compararon con Chi2 y las continuas con t test entre los grupos con o sin afectación articular. Se realizó análisis de regresión logística. Se consideró significancia estadística a un valor de p<0.05. **RESULTADOS:** De 372 pacientes con SSJP se excluyeron 90; 78 con FM 8 con CBP y 4 con HA. Se analizaron 282 pacientes: 264 (93%) mujeres; edad promedio 53 (SD16) años; edad al diagnóstico de SSJP 47 (SD17) años. Presentaron tumefacción parotídea 88 (30%) pacientes; biopsia de glándula salival menor positiva (BGS+M) 128 (89%) de 143 pacientes; artropatías y/o artritis 192 (68%); otras manifestaciones extraglandulares 155 (siendo la más frecuente el fenómeno de Raynaud, 17%). Se informó FAN + (70.5%); Ac. AntiSSA/SSB+ (64.5%); AntiSSB/La+ (41%); Factor Reumatológico (FR+) (54%) e hiperammaglobulinemia policlonal (32%). Para realizar el análisis por grupos (con o sin compromiso articular) se incluyeron 259 pacientes (Se excluyeron de los 282: 13 que evolucionaron con diagnóstico de AR, 1 con Esclerodermia y 9 por no haberse registrado el dato de afectación articular). Presentaron artropatías y/o artritis 181/259 (69.8%) en quienes, al compararlos con el grupo sin manifestaciones articulares se observó, con diferencia estadísticamente significativa: mayor proporción de tumefacción parotídea (40% vs 20%, p=0.004); mayor porcentaje de pacientes con aumento de la FAL (17% vs 4%, p=0.008) y con FR+ (66% vs 44%, p= 0.002). Aunque no alcanzó significancia estadística, se constató mayor frecuencia de manifestaciones gastrointestinales en el grupo con afectación articular (13.7% vs 6.7%, p=0.10). No hubo diferencias en otras manifestaciones extraglandulares, ni en Anti Péptidos citrilinados+ (21% vs 21%) y crioglobulinas+ (13% vs 14%). Recibió tratamiento con Hidroxicloroquina el 90% de los pacientes con compromiso articular vs 65% de quienes no presentaron dicha afectación (p=0.001). En el análisis de regresión logística, las variables asociadas a las manifestaciones articulares fueron aumento de FAL (OR 5.2; IC95% 1.4-19.5), FR+ (OR 2.5; IC95% 1.3-4.7) y tumefacción parotídea (OR 2.4; IC95% 1.1-5.0). En los 86 pacientes en quienes se analizó el compromiso articular (34 con artropatías y/o artritis y 52 sólo con artropatías), se observó en el grupo con artritis mayor frecuencia de afectación de metacarpofalángicas (MCF) 19/34 (56%) y carpos (17, 50%), y en el grupo con artropatías: rodillas (21/52, 40%), interfalángicas proximales (21, 40%), MCF, carpos y hombros (todas 19, 36.5%). Predominó el compromiso poliarticular e intermitente. Se informó presencia de lesiones erosivas en 3 pacientes, 2 de ellos requirieron tratamiento con Metotrexato, y sólo 1 cumplió criterios de clasificación para AR. **CONCLUSIONES:** En pacientes con SSJP, la frecuencia de artritis y/o artropatías es alta (68%) y la frecuencia (68%) del compromiso articular en el SSJP y a su asociación con la presencia de tumefacción parotídea. Sin embargo, la relación de la afectación articular con el aumento de FAL y el FR+ no había sido reportado previamente. Destacamos el hallazgo de lesiones erosivas (ya que son poco frecuentes en el SSJP) en 3 pacientes, con diagnóstico de AR en sólo uno de ellos.

30

**HIPOVITAMINOSIS D EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: ¿UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO?**

M. Mayer<sup>1</sup>, S. Velez<sup>2</sup>, F. Zazzetti<sup>3</sup>, L. Galvan<sup>4</sup>, A. Gallacher<sup>5</sup>, M. Rivero<sup>6</sup>, M. Khoury<sup>7</sup>, A. Gomez<sup>8</sup>, D. Duarte Noé<sup>9</sup>, G. Earsman<sup>10</sup>, H. Laborde<sup>11</sup>, J. Barreira<sup>12</sup>,  
<sup>1</sup>Quip Gessar, Caba, Argentina  
<sup>2</sup>Departamento De Docencia E Investigación. Sección Estadística. Hospital Británico De Buenos Aires, Caba, Argentina  
<sup>3</sup>Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina, Caba, Argentina  
<sup>4</sup>Presentador

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una exocrinopatía autoinmune crónica, que se caracteriza por la activación de linfocitos B capaces de producir una gran variedad de autoanticuerpos y manifestaciones clínicas diversas. La vitamina D es una prohormona que posee efecto inmunomodulador e inmunomodulador in vivo e in vitro. Diferentes series han llamado la atención relacionando los niveles disminuidos de vitamina D en enfermedades autoinmunes, asociándose con la actividad clínica y serológica de las mismas. Pequeñas cohortes y descripciones de casos han relacionado la hipovitaminosis D con polineuropatía periférica y linfoma en SSp. Nuestro objetivo fue describir las manifestaciones clínicas y serológicas asociadas a hipovitaminosis D en un grupo de pacientes con SSp. **Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 162 pacientes que cumplían criterios americano-europeos de SSp que consultaron al Servicio de Reumatología desde junio de 2000 hasta agosto de 2013. Se excluyeron pacientes que presentaran patologías que pudieran modificar los niveles de vitamina D e ingesta de drogas que puedan interferir con su metabolismo como anticonvulsivos y corticoides, entre otros. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, estudios complementarios y hallazgos de laboratorio. Los niveles de 25 OH vitamina D se determinaron por radioinmunoanálisis. Se definió como hipovitaminosis a los valores menores a 30 ng/ml. Se determinaron los niveles de complemento y el FR por nefelometría, y los AAN por IFI en HEp-2. Para comparar grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y pruebas de chi cuadrado o de test Fisher para variables categóricas, según correspondía. Se consideró significativa una p<0.05. Se calcularon los intervalos de confianza para el 95%. **Resultados:** Se analizaron 162 pacientes con SSp, 97% de género femenino. El 61,7% (100/162) presentaron hipovitaminosis D. La edad al diagnóstico fue 52,75 años (rango = 39-65) para el grupo con hipovitaminosis y 58,06 años (rango = 44-72) para aquellos con niveles normales (p = 0,002). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 68 meses (rango = 6-278) y 48 meses (rango = 1-288) respectivamente (p = 0,02). Al comparar los grupos, los pacientes con hipovitaminosis D presentaron significativamente leucopenia (p = 0,002; OR = 6; IC 95% 1,2-28,4), hipocomplementemia (p = 0,001; OR = 7; IC 95% 1,02-7,6), hiperammaglobulinemia policlonal (p = 0,004; OR = 1,7; IC 95% 0,7-4,5) y títulos ≥ 640 de AAN (p = 0,003; OR = 2,69; IC 95% 1,4-5,18). El grupo con hipovitaminosis presentó mayor frecuencia de glomerulonefritis (5% vs 0%; p = 0,08), positividad para FR (58% vs 45%; p = 0,08) y AAN (87% vs 85%; p = 0,4), vasculitis sistémica (2% vs 1,8%; p = 0,4), artritis (93% vs 93%; p = 0,4), neumonía intersticial usual (2% vs 0% p = 0,6) y dislagia (14% vs 11%; p = 0,4), aunque ninguno alcanzó significancia estadística. Una paciente que desarrolló linfoma presentaba hipovitaminosis D. **Comentarios:** Se halló hipovitaminosis D en más del 60% de los pacientes con SSp; este subgrupo presentó significativamente menor edad, con menor tiempo de evolución de la enfermedad, leucopenia, hipocomplementemia a predominio de C4, hiperammaglobulinemia policlonal y altos títulos de AAN. También se evidenció un aumento en la asociación de hipovitaminosis a glomerulonefritis, vasculitis sistémica, neumonía intersticial usual, artritis, dislagia y positividad para FR y AAN. Debido a la considerable frecuencia de hipovitaminosis D hallada en nuestra población y su correlación con marcadores de mal pronóstico, su detección precoz y eventual sustitución resultaría de importancia en pacientes con SSp. Un número mayor de pacientes serán necesarios para confirmar estas observaciones.

31

**CÁNCER EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

L. Encinas<sup>1</sup>, N. Benzaquen<sup>2</sup>, M. Colazo<sup>3</sup>, M. Haya Salinas<sup>4</sup>, A. Alvaruellos<sup>5</sup>, Y. Saurit<sup>6</sup>, F. Caeiro<sup>7</sup>, M. Rivero<sup>8</sup>, S. Velez<sup>9</sup>, F. Zazzetti<sup>10</sup>, J. Barreira<sup>11</sup>, C. Crow<sup>12</sup>, P. Pajares<sup>13</sup>, A. Nitsche<sup>14</sup>, M. Olivero<sup>15</sup>, D. Puente Trigo<sup>16</sup>, A. Secco<sup>17</sup>, A. Catalan Pellet<sup>18</sup>, P. Alba<sup>19</sup>, G. Salvatierra<sup>20</sup>, S. Lida<sup>21</sup>, N. Tamborenea<sup>22</sup>, S. Pajades<sup>23</sup>, O. Rillo<sup>24</sup>, L. Raiti<sup>25</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Privado Córdoba, Córdoba, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Privado Córdoba, Córdoba, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital Británico, Argentina  
<sup>4</sup> Hospital Alemán, Argentina  
<sup>5</sup> Hospital Rivadavia, Argentina  
<sup>6</sup> Hospital Córdoba, Argentina  
<sup>7</sup> Iri, Argentina  
<sup>8</sup> Omi, Argentina  
<sup>9</sup> Hospital General De Agudós, Argentina  
<sup>10</sup> Clínica Bassone, Argentina  
<sup>11</sup> Presentador

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica, también conocida como epitelitis autoinmune, la cual se caracteriza por la activación de células B polyclonales e infiltración linfocítica de glándulas exocrinas, produciendo sequedad de ojos y boca. Los estudios han demostrado que los pacientes con SSp tienen mayor incidencia de linfoma no Hodgkin (LNH) que la población general, también se han descrito asociación con otros tipos de cáncer (Ca como: MALT, LH, mielomas múltiples y tumores sólidos entre ellos timoma, mama, lengua). A pesar de esto no se observó mayor prevalencia de cáncer, al compararla con la población general en este último grupo. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de cáncer en pacientes con SSp. Evaluar la asociación entre las características clínicas y los parámetros de laboratorio de los pacientes con SSp y la presencia de cáncer. **Materiales y Métodos:** estudio multicéntrico, retrospectivo y analítico. Se analizaron los pacientes con SSp que cumplían criterios americano-europeos, incluidos en GESSAR (Grupo de estudio de SSp en Argentina). Se analizaron los datos demográficos, fecha y tipo de cáncer, datos de laboratorio: C3, C4, CH50, FAN, Anti RO y LA, RNP, FR, crioglobulinas, anticardiolipinas IgG y M, gammaglobulinas. Características clínicas del SSp (manifestaciones glandulares y extraglandulares). Análisis estadístico: los datos se presentaron con frecuencia y se compararon con test de chi cuadrado o exacto de Fischer según correspondía. Se consideró significancia estadística p<0,05. **Resultados:** Se incluyeron 373 pacientes de los cuales el 355 (95,2%) fueron mujeres, con una edad promedio al diagnóstico de 50,6 ± 13,8. Seguimiento promedio: 3 años (1-6 años). Presentaron diagnóstico de Síca (7,3%), tumefacción parotídea (30%), biopsia de glándula positiva 175/373 (46,9%). En 193/373 (51%) pacientes tuvieron diagnóstico de Ca durante el seguimiento, con una incidencia de 1 (1) por cada 1.000 pacientes año. De estos pacientes 6/19 (31,6%) tenían diagnóstico de Ca antes del diagnóstico de SSp. Y 13/19 (68,4%) desarrollaron Ca durante el seguimiento. Los pacientes que presentaron Ca hematológico fueron 8/19 (42,1%) LN H 4/8 (50%), MALT 2/8 (25%), LH 1/8 (12,5%) otros 1/8 (12,5%). Y los pacientes que presentaron Ca sólido fueron 11/19 (57,9%) mama 4/11 (36,4%), útero 2/11 (18,2%), piel 2/11 (18,2%), tiroides 1/11 (9,1%), y en 2/11 (18,2%) pacientes se encontró Ca (mama y piel o mama y útero).

| Manifestaciones Clínicas | Con Ca n(%) | Sin Ca n(%) | p     |
|--------------------------|-------------|-------------|-------|
| SICCA                    | 19 (100)    | 339 (98,5)  | 1     |
| Musculo esqueléticas     | 12 (66,7)   | 273(79,4)   | 0,4   |
| Pulmonares               | 2 (12,5)    | 25 (8,2)    | 0,8   |
| Digestivas               | 6 (35,3)    | 63 (19,9)   | 0,1   |
| Renales                  | 1 (7,1)     | 9 (3)       | 0,4   |
| Neurológicas             | 0           | 51 (16,5)   | 0,1   |
| ORL                      | 8 (47,1)    | 50 (16,1)   | 0,004 |
| Tumefacción Parotídea    | 6 (33,3)    | 106 (32,2)  | 1     |
| Hepatitis autoinmune     | 2 (12,5)    | 5 (1,6)     | 0,04  |
| <b>LABORATORIO</b>       |             |             |       |
| Anemia                   | 2 (13,3)    | 49 (17,3)   | 1     |
| Leucopenia               | 4 (25)      | 37 (12,8)   | 0,2   |
| Plaquetopenia            | 1 (6,3)     | 5 (1,8)     | 0,4   |
| Hiperammag               | 7 (58,3)    | 115 (52,8)  | 0,8   |
| C3 bajo                  | 3 (27,3)    | 24 (12,6)   | 0,2   |
| C4 bajo                  | 3 (20)      | 40(21,5)    | 0,5   |
| ANA positivo             | 6 (37,1)    | 244 (83,3)  | 0,002 |
| Anti RO                  | 9 (60)      | 222 (75,3)  | 0,2   |
| Anti LA                  | 4 (26,7)    | 142 (49,1)  | 0,1   |
| <b>Tratamiento</b>       |             |             |       |
| Inmunosupresión          | 8 (53,3)    | 49 (19,8)   | 0,006 |
| Corticoides              | 6 (50)      | 83 (33,7)   | 0,3   |
| Hidroxicloroquina        | 5 (55,6)    | 86 (76,1)   | 0,2   |

**Conclusiones:** La prevalencia de Ca en la población estudiada es del 5%. De los pacientes con Ca hematológico el más frecuente es el LN H seguido por el MALT y el LH, y de los Ca sólidos el más frecuente es el de mama. Los pacientes con Ca tienen mayor inmunosupresión, manifestaciones ORL y hepatitis autoinmune.

32

**ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE ACETILCOLINA M3 EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SJOGREN PRIMARIO: ASOCIACIÓN CON OTROS AUTOANTICUERPOS Y CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

C. Pisoni<sup>1</sup>, S. Reina<sup>2</sup>, C. Carrizo<sup>3</sup>, A. Eimon<sup>4</sup>, E. Borda<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup> Centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas (cemic), Argentina  
<sup>2</sup> Consejo Nacional De Investigaciones Científicas Y Técnicas (conicet) Buenos Aires, Argentina., Argentina  
<sup>3</sup> Presentador

**Introducción:** los anticuerpos contra el receptor de acetilcolina M3 (anti M3) han sido descriptos en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS). Poco se conoce sobre estos anticuerpos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este estudio es describir los niveles de anti M3 en pacientes con LES y SS, su asociación con otros autoanticuerpos y con las manifestaciones clínicas. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron en este estudio pacientes con LES y SS primario. Los anticuerpos dirigidos con péptido sintético del receptor M3 se midieron con ELISA [valor normal: Densidad óptica (DO) Media: 0,26; DS: 0,01]. Los anticuerpos Anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anti-Sm and anti nRNP se midieron por doble difusión. El anti ADN-dc se testó por IFI en Crítica lucifera. Se analizaron las variables clínicas en los pacientes con LES solamente, la actividad se midió con el score Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) y el daño con el score de daño: Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage Index (SLICC-SDI). **Resultados:** Se estudiaron 32 pacientes con LES y 21 pacientes con SS. Cuarenta y siete (88,7%) eran mujeres. Edad media al diagnóstico fue 37,6 ± 12,9. Se detectaron anticuerpos anti M3 en 20 (95 %) pacientes con SS y en 20 (62,5 %) pacientes con LES (p 0,007). Los niveles de anti M3 en las pacientes con LES fueron: media 0,73 ± SD 0,75 y en las pacientes con SS: media 1,18 ± 0,52 (p<0,02). La tabla 1 muestra los niveles de anti M3 y su asociación con otros anticuerpos en la población total (SS y LES) estudiada. No se encontraron diferencias significativas en las manifestaciones clínicas de los pacientes con LES anti M3 positivos y negativos. No se encontró asociación entre los anticuerpos M3 y SLEDAI ≥ 6 (p=0,18) o SLICC-SDI ≥ 1 (p=0,87). Todos los pacientes con SS excepto uno eran anti M3 positivos por lo tanto no se pudieron hacer comparaciones en este grupo de pacientes.

| Anticuerpos          | anti M3 |      |       | Número de pacientes |
|----------------------|---------|------|-------|---------------------|
|                      | (media) | (DS) | p     |                     |
| Anti-Ro/SSA negativo | 0,55    | 0,65 |       | 21                  |
| Anti-Ro/SSA positivo | 1,14    | 0,64 | 0,002 | 32                  |
| Anti-Sm negativo     | 0,92    | 0,70 |       | 52                  |
| Anti-Sm positivo     | 0,14    | 0,00 | 0,27  | 1                   |
| Anti-La/SSB negativo | 0,88    | 0,77 |       | 42                  |
| Anti-La/SSB positivo | 1,00    | 0,31 | 0,16  | 11                  |
| Anti-nRNP negativo   | 0,97    | 0,70 |       | 48                  |
| Anti-nRNP positivo   | 0,33    | 0,39 | 0,05  | 5                   |
| Anti dsDNA negativo  | 0,90    | 0,67 |       | 49                  |
| Anti dsDNA positivo  | 0,96    | 1,12 | 0,86  | 4                   |

**Conclusión:** En la población total estudiada (LES y SS) los niveles de anticuerpos anti M3 fueron significativamente mayores en los pacientes con anti-Ro/SSA y anti nRNP positivos. En los pacientes con LES no se encontró asociación del anticuerpo anti M3 con las manifestaciones clínicas, SLEDAI ni con SLICC-SDI.

### COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ANÁLISIS DEL GRUPO GESSAR.

S. Velez<sup>1</sup>\*, F. Fazzetti<sup>1</sup>, L. Galvan<sup>1</sup>, A. Gallacher<sup>1</sup>, M. Mayer<sup>1</sup>, M. Rivero<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>2</sup>, A. Gomez<sup>1</sup>, H. Laborde<sup>1</sup>, D. Duarte Noé<sup>1</sup>, B. Busamia<sup>1</sup>, C. Asnal<sup>1</sup>, C. Amirano<sup>1</sup>, G. Salvatierra<sup>1</sup>, M. Gauna<sup>1</sup>, M. Tamborena<sup>1</sup>, L. Raiti<sup>1</sup>, M. Oliver<sup>1</sup>, S. Papisaidoro<sup>1</sup>, A. Secco<sup>1</sup>, A. Nitsche<sup>1</sup>, L. Santiago<sup>1</sup>, P. Pucci<sup>1</sup>, F. Cañero<sup>1</sup>, L. Encinas<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, A. Catalan Pellet<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Grupo Gessar, Caba, Argentina  
<sup>2</sup> Departamento De Docencia E Investigación. Sección Estadística. Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica progresiva, que en su evolución puede presentar manifestaciones sistémicas hasta en un 80% de los casos. La frecuencia comunicada del compromiso pulmonar intersticial es variable, oscila entre 9 y 50%, dependiendo de los criterios de inclusión utilizados. Su forma de presentación más frecuente es la neumonía intersticial no específica (NSIP), seguida por la neumonía intersticial usual (UIP), la neumonía intersticial linfocítica (LIP) y la neumonía organizativa criptogénica (COP), respectivamente. Evidencia creciente ha mostrado que dicho compromiso se asociaría a factores de mal pronóstico. Nuestro objetivo fue describir la frecuencia del compromiso pulmonar intersticial en pacientes con SSp incluidos en la base GESSAR y evaluar las características clínicas y serológicas relacionadas.

**Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo, de casos y controles que incluyó 374 pacientes que cumplían criterios americano-europeos de SSp incluidos en la base de datos GESSAR. Se consideró compromiso pulmonar intersticial al establecido por tomografía axial computada de alta resolución según el consenso de clasificación americano europeo para enfermedades intersticiales. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, estudios complementarios, exámenes funcionales respiratorios (espirometría + DLCO) y biopsias de glándula salivaria menor. Para comparar grupos se incluyó a todos los pacientes con compromiso pulmonar intersticial (casos) y se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes sin dicha afección (controles) con una relación 4:1. Para realizar el análisis estadístico se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y pruebas de chi cuadrado o de test Fisher para variables categóricas, según correspondía. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 374 pacientes con SSp analizados, 95 % eran de género femenino. La edad de inclusión fue 55,67 años (rango=25-83) y la edad al diagnóstico 51,07 (rango=21-80). La frecuencia del compromiso pulmonar intersticial fue del 6,41% (24/374). En este grupo la edad de inclusión fue de 61,91 años (rango=51-72) y la edad al diagnóstico 52,2 años (rango=34-69). El 75% (18/24) tenían NSIP, el 20,2% (5/24) UIP y el 4,8% (1/24) COP. Según el patrón tomográfico el 87,5% (21/24) presentaron imágenes en vidrio esmerilado, el 20% (5/24) panalización y dos pacientes ambos patrones. Al analizar el examen funcional respiratorio tenían disminución del VEF<sub>1</sub>, por debajo del rango normal el 58,3% (14/24) y de la CVF el 54,1% (13/24). Se realizó DLCO en el 66,6% (16/24), con una media de 64,6% (rango 33-98) y DLCO/Vol alv 80,2% (rango 33-116). Los pacientes con compromiso pulmonar intersticial presentaron sialoadenitis recurrente 28% (6/24), púrpura palpable 16,6% (4/24), Raynaud 20,8% (5/24), artritis no erosiva 41% (10/24), hiper gammaglobulinemia policlonal 41% (10/24), hipocromeritemia a predominio de C4 29% (7/24), leucopenia 28% (6/24) y crioglobulinemia 4,1% (1/24). Al comparar grupos (24 casos vs 95 controles) aquellos con compromiso pulmonar intersticial presentaron significativamente glomerulonefritis ( $p=0,042$ ). Este grupo tenía, además, mayor frecuencia de acidosis tubular renal (9,52% vs 1,3% -  $p=0,11$ ), urticaria vasculítica (4,7% vs 2,4% -  $p=0,5$ ), cirrosis biliar primaria (4,5% vs 2,44% -  $p=0,5$ ), hiper gammaglobulinemia policlonal (41% vs 33% -  $p=0,2$ ), mayor frecuencia de anti-Ro/SSA (80% vs 66% -  $p=0,1$ ) y leucopenia (21% vs 12% -  $p=0,4$ ), aunque ninguna de las variables alcanzó significancia estadística.

**Conclusiones:** El patrón NSIP fue el más frecuentemente hallado y la repercusión funcional poco relevante. No se encontraron casos de UIP, considerada en otras series característica del SSp. El compromiso pulmonar intersticial se asoció significativamente al compromiso renal glomerular, sin embargo no así a otros factores descriptos previamente. El antecedente de tabaquismo estuvo consignado, pero, la falta del dato feciente resultó una limitante del análisis. A diferencia de otras series, en nuestra población, la frecuencia del compromiso pulmonar intersticial fue llamativamente baja. Su asociación con factores de mal pronóstico sugiere considerar su evaluación en el subgrupo de pacientes con SSp.

### AUTOANTICUERPOS EN DERMATOMIOSITIS Y MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA EXPRESIÓN CLÍNICA EN UN GRUPO DE PACIENTES. REPORTE DE CASOS.

O. Giorgetti<sup>1</sup>\*, N. Baeza<sup>2</sup>, L. Ferreyra Mufarregue<sup>3</sup>, F. Ingénito<sup>1</sup>, G. Carballo<sup>1</sup>, C. Lessa<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La presencia de un grupo particular de autoanticuerpos se asocia frecuentemente con miopatías inflamatorias idiopáticas, reportándose su relación con la expresión clínica, pronóstico y respuesta al tratamiento.

El autoanticuerpo anti-Mi2 se describe en el 20% de la dermatomiositis, siendo altamente específico para el diagnóstico, asociándose con buen pronóstico, poco compromiso sistémico y buena respuesta al tratamiento con corticoides. Los anticuerpos anti-sintetasa permiten caracterizar los síndromes homónimos, que se caracterizan por presentar compromiso pulmonar intersticial, púrpuras de Gottron, eritema en helioprotopo, fiebre, manos de mecánico, etc. Dentro de estos síndromes se han descrito variantes clínicas según los autoanticuerpos presentes: anti-Jo-1, por ejemplo, se asocia a un compromiso muscular más marcado y a un mayor aumento de creatinfosfoquinasa que anti-PL-12.

**Objetivo:** Presentación de un grupo de pacientes con diversos perfiles de autoanticuerpos y expresión clínica de miopatía inflamatoria idiopática.

**Desarrollo:** CASO 1: Paciente de 35 años, sexo femenino, que comenzó un año previo a la consulta con Raynaud y úlceras interdigitales, evolucionando posteriormente con caída de cabello, pérdida de fuerza proximal y amenorrea. Se presentó a consulta tras 1 año de evolución del cuadro. Se realizó capillaroscopia con patrón SD. El valor de creatinfosfoquinasa fue de 5,296 U/L, anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos positivos (título: mayor a 1/1280, patrón: nuclear moteado fino), anticuerpo anti-Mi-2 positivo. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día con muy buena respuesta.

CASO 2: Paciente de 43 años, sexo masculino, que comenzó en marzo de 2012 con eritema y edema en párpados, posteriormente se agrega Raynaud, debilidad muscular proximal y simétrica, eritema en helioprotopo, manos de mecánico, fatiga y caída de cabello. Se realizó capillaroscopia (patrón SD temprano) y biopsia cutánea compatible. Presentó laboratorio con anticuerpos anti-Jo-1 positivo. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg con buena evolución, descendiendo paulatinamente a 5 mg/kg, se agregó azatioprina 150 mg/día.

CASO 3: Paciente de 57 años, sexo femenino, que comenzó 2 años previo a la consulta con disnea que se intensificó, presentando compromiso intersticial pulmonar. Evolucionó posteriormente con artralgas, artritis en rodillas y manos, eritema facial, en helioprotopo, Gottron, manos de mecánico y disminución de la fuerza muscular. Un año previo a la consulta, presentó aumento de la creatinfosfoquinasa. Se solicitó laboratorio inmunológico posterior al comienzo del tratamiento que informó anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos negativos; anticuerpos anti-SRP y anti-PL7 indeterminados. Se inició tratamiento con hidrocortisona 200 mg/día y prednisona 1 mg/kg/día con mejoría clínica.

CASO 4: Paciente de 62 años, sexo femenino, cuyo cuadro comenzó en 2010 con los seca, agregándose en 5 meses caída de cabello, disminución de peso, fenómeno de Raynaud y eritema en rostro, codos y rodillas. Al año del inicio se sumó debilidad muscular proximal, elevación de creatinfosfoquinasa de 1170 U/L y se constató patrón tomográfico intersticial y espirometría con patrón restrictivo. Presenta anticuerpos anti-Jo-1 positivo. Se encuentra en tratamiento con azatioprina 100 mg/díarios, hidrocortisona 400 mg diarios y prednisona 30 mg/díarios.

CASO 5: Paciente de 75 años, sexo femenino, con antecedente de carcinoma de mama diagnosticado y tratado en 2002 con recidiva en 2010. Dos meses previo a la consulta en 2013, presentó disnea clase funcional II, los seca, rigidez matutina, artralgas en manos y tobillos. Se realizó tomografía de tórax que evidencia compromiso intersticial. El laboratorio inmunológico informó anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos positivos (título: 1/160, patrón: citoplasmático granular fino denso) y anticuerpo anti-PL-12 positivo. Se inició tratamiento con prednisona 20 mg/día, con mejoría sintomática.

**Conclusiones:** En el presente trabajo observamos, tal como se describe en la bibliografía, una asociación entre el perfil de autoanticuerpos que presentan los pacientes, su presentación clínica y respuesta inicial al tratamiento en las diferentes formas de Miopatía Inflamatoria Idiopática. Acorde a lo expuesto, las manifestaciones generales y pulmonares se asocian con anticuerpos anti-sintetasa (anti-Jo-1: 3 pacientes, anti-PL-12: 1 paciente). El caso asociado a anticuerpos anti-Mi-2 se presentó con clínica de debilidad muscular y manifestaciones cutáneas, sin compromiso pulmonar, y se observó remisión clínica con el uso de corticoides.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN ESCLERODERMIA

A. Urteaga<sup>1</sup>\*, A. Caminer<sup>1</sup>, G. Klwak<sup>1</sup>, C. Dieguez<sup>2</sup>, D. Robiglio<sup>1</sup>, M. Abdala<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo de etiología desconocida. Afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación 7:1, con un promedio de edad de comienzo entre los 30 y 50 años. Puede tener afectación localizada en piel o ser sistémica, con compromiso articular, digestivo, pulmonar, cardíaco, renal.

**OBJETIVOS:** Valorar las distintas afecciones orgánicas que fueron presentando los pacientes en el periodo analizado y el tratamiento realizado.

**MÉTODOS:** Se revisaron 27 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esclerodermia que concurren a nuestro servicio, entre el 10/01/08 y el 10/01/13. Se tuvo en cuenta: sexo, extensión del compromiso cutáneo, pulmonar, digestivo, cardíaco, renal, articular, laboratorio inmunológico y tratamiento realizado.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 27 pacientes, 24 de los cuales fueron de sexo femenino y 3 de sexo masculino, en una relación 8:1. En lo relativo a las manifestaciones clínicas, todos presentaron compromiso cutáneo: 20 de forma difusa (74%) y 7 de forma limitada (26%). 16 de ellos (59%) tuvieron fenómeno de Raynaud a lo largo del seguimiento. 20 refirieron poliartralgas (74%). En cuanto al compromiso digestivo, 5 presentaron microstomía (18,5%), 7 disfunción esofágica (26%) y en ningún caso se mencionó constipación. 1 paciente tuvo insuficiencia cardíaca (4%) y 1 insuficiencia renal (4%). En lo relativo al compromiso pulmonar, hubo 11 casos de fibrosis pulmonar (41%) y 4 de hipertensión pulmonar (15%). Respecto al laboratorio inmunológico, 20 presentaron factor antinuclear positivo: 3 a título de 1/80 (15%), 3 a título de 1/320 (15%) y 6 a título de 1/5120 (30%). En el resto de los pacientes con factor antinuclear positivo, éste no se encontraba cuantificado. En cuanto al tratamiento, 16 pacientes recibieron prednisona (59%), 4 metotrexato (15%), 5 azatioprina (18,5%), 3 hidrocortisona (11,1%), 2 bosentan (7,5%), 4 sildenafil (15%), 10 nifedipina (37%), 5 diltiazem (18,5%) y 13 colchicina (48%).

**CONCLUSIÓN:** El tipo de compromiso más frecuente en esta serie de pacientes, fue el cutáneo seguido por el articular y el fenómeno de Raynaud. Luego, con menos frecuencia, siguieron el tocamiento de aparato digestivo, pulmonar, cardíaco y renal. Con respecto al tratamiento, la mayoría recibió prednisona y colchicina, y como inmunomoduladores metotrexato, hidrocortisona y azatioprina. Para el tratamiento de la hipertensión pulmonar se utilizó bosentan y sildenafil.

### ESCLERODERMIA: VALORACION GENERAL DE PACIENTES MEDIANTE UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

P. Salim<sup>1</sup>\*, X. Slegt<sup>2</sup>, N. Bustos Cavilla<sup>3</sup>, M. Juarez<sup>3</sup>, R. Alonso<sup>3</sup>, A. Nitsche<sup>4</sup>, M. Molina<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Consultorios De Medicina Integral, Yerba Buena, Argentina

<sup>2</sup> Asociación Argentina De Esclerodermia, Raynaud, Caba, Argentina

<sup>3</sup> Centro De Salud Municipal, Dr. Ramón Carrillo, Yerba Buena, Argentina

<sup>4</sup> Servicio De Reumatología, Hospital Aleman, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La esclerodermia (ESP) está incluida dentro de enfermedades autoinmunes raras o huérfanas. Las medidas de valoración cutánea, capillaroscopia o estudios complementarios proveen información limitada del compromiso funcional de estos pacientes. Por lo tanto, varios estudios publicados demuestran la importancia de la realización de cuestionarios autoadministrados por pacientes con ESP para valorar conocimiento de su enfermedad, funcionalidad de manos, limitación en actividades diarias y calidad de vida.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de pacientes con ESP en una charla informativa y el conocimiento sobre su enfermedad. **Material y Métodos:** Se realizó una charla informativa sobre ESP y Raynaud organizada por la sede Tucumán de la Asociación Argentina de Esclerodermia y Raynaud (AAEYR) con disertaciones médicas a cargo de dos reumatólogos, un dermatólogo, un kinesiólogo, una trabajadora social y 2 pacientes con ESP que transmitieron su experiencia personal con su enfermedad. Los asistentes completaron un cuestionario autoadministrado. En el mismo, se contemplaron las siguientes variables: edad, sexo, presencia actual o pasada de Raynaud, presencia actual o pasada de úlceras digitales, compromiso funcional de las manos, induración cutánea, fatiga o disnea, diagnóstico por el médico tratante de esclerodermia, Raynaud e hipertensión arterial pulmonar (HAP) y acceso a tratamiento kinésico y medicación actual. **Resultados:** De 48 asistentes que completaron el cuestionario, 22 presentaron diagnóstico de ESP, 21 diagnosticada por el médico tratante y 1 presentaba signos y síntomas pero aún no había concurrido a la consulta médica. El 95,5% fueron mujeres, 2 tuvieron formas localizadas y el resto sistémica. Raynaud estuvo presente en 20 pacientes, 12 pacientes tuvieron úlceras digitales pasadas o actuales, de los cuales, 83,3% tuvieron limitación funcional de manos pero solo 3 pacientes realizaban plan de rehabilitación de manos. Once pacientes presentaban síntomas digestivos altos y dificultad deglutoria. Cuatro pacientes presentaban HAP diagnosticada por el médico tratante pero 14 pacientes referían fatiga o disnea. La mayoría de los pacientes estaban seguidos por reumatólogos, excepto el paciente sin diagnóstico. Cuatro de 22 pacientes no recibían tratamiento (2 formas localizadas, 1 sistémica y 1 sin diagnóstico certificado). Del total, el 81,1% de los pacientes recibían diversos fármacos incluyendo sildenafil, bloqueantes cálcicos, cilostazol y metotrexato. Cuatro pacientes recibían D-penicilamina a dosis de 250 mg/día. **Discusión:** Mediante el cuestionario, se evidenció que la mayoría de los pacientes con ESP tenían úlceras digitales y limitación funcional de manos, a pesar de lo cual, solo 5 recibían terapia con bosentan en úlceras refractarias. La mitad de los pacientes presentaban fatiga o disnea pero solo 4 de ellos tuvieron diagnóstico de HAP. En este contexto las campañas de difusión y charlas informativas organizadas por AAEYR resultan particularmente importantes a fin de acercar información profesional a los concurrentes para alertar sobre una consulta temprana al especialista. **Conclusiones:** 1- La mayoría de los pacientes con ESP presentaron úlceras digitales y limitación funcional, pero a pesar de esto no realizaron rehabilitación de manos. 2- Solo 5 pacientes con úlceras digitales refractarias recibieron tratamiento con bosentan. 3- Casi la totalidad de los pacientes estaban seguidos por médicos reumatólogos. 4- El interés manifestado por los pacientes por este tipo de reuniones destaca la importancia de las mismas.

**37 CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL GENERAL. (PRESENTACION PRELIMINAR)**

S. Muñoz<sup>1</sup>\*, I. Gandino<sup>1</sup>, M. Padilla<sup>1</sup>, A. Gazzaneo<sup>1</sup>, M. Basta<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Juan A. Fernández, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

Objetivo: determinar las causas de internación de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).  
 Material y Métodos: estudio prospectivo realizado en los servicios de internación del Hospital Gral. de alumnos "J.A. Fernández" desde el 1 de junio de 2012 al 1 de julio de 2013. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años que cumplieran los criterios clasificatorios para lupus eritematoso sistémico del Colegio Americano de Reumatología 1997, o bien que durante su internación se realizara diagnóstico de la misma. Las variables cualitativas se presentan como n y porcentajes, las cuantitativas a través de su media y desvío estándar o mediana y rango. Se utilizó EPI info 7.  
 Resultados: se incluyeron 44 pacientes el 87% de sexo femenino, con una media de edad de 34.86 años ± 11.79. La mediana de días de internación fue de 11.5 (rango de 1 a 173). Siendo las internaciones en unidad de terapia intensiva las más prolongadas. La causa de internación más común fue la actividad de la enfermedad (79.55%). Le siguieron las complicaciones del tratamiento inmunosupresor (34.09%). De este último grupo las infecciones fueron del 40.9% con un predominio de las bacterianas. De los 35 pacientes con infección el 34.3% también tenían actividad de la enfermedad. Otras causas de complicaciones del tratamiento inmunosupresor fueron: neutropenia por ciclofosfamida (1 paciente), pancreatitis aguda (1 paciente, falla renal aguda por necrosis tubular aguda (1 paciente) En nuestro grupo de pacientes la mortalidad fue de 4.55% (2 pacientes), ambos por sepsis.  
 Conclusión: La actividad de la enfermedad y las infecciones fueron las causas más frecuentes que motivaron la internación. Si bien la mortalidad en nuestra población fue baja estuvo relacionada a infecciones.

**38 STRONGILOIDES STERCOLARIS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

S. Paira<sup>1</sup>, C. Drago<sup>1</sup>\*, M. Sancun<sup>2</sup>, A. Ledda<sup>3</sup>, G. Grosso<sup>4</sup>, C. Goizueta<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Cullen, , Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Provincial, rosario, Rosario, Argentina  
<sup>3</sup> Hospital Central, mendoza, , Argentina  
<sup>4</sup> Hospital San Roque, Córdoba, , Argentina  
<sup>5</sup> Hospital Clinicas.unt.tucumán, , Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción**

Strongiloides stercoralis es un nematodo intestinal endémico en las regiones tropicales y subtropicales del mundo, pudiendo tener una larga vida en el huésped y producir una enfermedad crónica. En inmunocompetentes, puede inducir síntomas cutáneos menores, pulmonares o gastrointestinales, pero es mayormente asintomática.

En inmunodeprimidos, la autoinfección puede dar lugar al síndrome de hiperinfección o la forma diseminada, constituyendo ambas una **strongiloidiasis severa**.

Las infecciones son responsables de 30-50% de la morbilidad y la mortalidad en LES.

Menos de 20 pacientes con LES afectados por strongiloidiasis graves han sido comunicados en la literatura.

**Objetivo**

Describir 11 casos de infección por Strongiloides en pacientes con Lupus eritematoso sistémico de distintos Centros de Argentina (3 del Hospital Cullen de Santa Fe, 2 de Hospital San Roque Córdoba, Hospital Provincial de Rosario, Hospital Central de Mendoza y Hospital de Clínicas Tucumán).

**Casos**

Comunicamos 11 casos (10 mujeres y 1 varón) de pacientes Lupus eritematoso sistémico e infección concomitante con Strongiloides stercoralis; **10 de ellos presentaron síndrome de hiperinfección y el paciente restante infección diseminada**.

Todos los pacientes presentaron algún síntoma atribuido al lupus: diarrea y dolor abdominal en 6 de los 11 casos, 5/11 tuvieron fiebre, 4/11 artralgias y artritis, 4/11 derrame pleural y pericárdico, 4/11 vómitos, 3/11 disnea, 3/11 rash malar, 3/11 pérdida de peso, 2/11 alopecia, 1/11 infiltrados pulmonares, insuficiencia respiratoria, anemia hemolítica, linfadenopatías, vasculitis cutánea y mialgias; y además 10 de ellos recibían tratamiento con glucocorticoides y 3/11 algún inmunosupresor. Solo en dos de ellos se halló eosinofilia. En cuatro casos los síntomas debidos a la strongiloidiasis se interpretaron como brote del LES con el consiguiente aumento de la dosis de corticoides y/o agregado de gammaglobulina o ciclofosfamida. El diagnóstico definitivo de SS se realizó mediante examen seriado de material fecal en 7 pacientes, aspirando duodenal en 2 pacientes y biopsia gástrica en los 2 restantes. Actualmente 7 pacientes viven, 1 falleció por sepsis y en 3 casos hubo pérdida de seguimiento.

**Conclusión**

En estos casos el diagnóstico fue difícil dado la superposición de sintomatología con la enfermedad de base. Solo dos de los casos presentaron eosinofilia. El riesgo de infección aumenta significativamente en pacientes con lupus eritematoso sistémico que estén recibiendo corticoides, por lo tanto strongiloides stercoralis debe ser buscado sistemáticamente en pacientes que recibirán esta medicación, sobretudo en regiones endémicas. La ausencia de larvas en el parasitológico no descarta strongiloidiasis. El tratamiento con antiparasitarios estaría justificado ante la sospecha diagnóstica.

**39 NEFRITIS LÚPICA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ARGENTINA**

J. Vinicki<sup>1</sup>\*, F. Paniego<sup>1</sup>, C. Negro Gonzalez<sup>2</sup>, M. Piovesán<sup>1</sup>, C. Pappalardo<sup>1</sup>, G. De Rosa<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>, H. Laborde<sup>1</sup>, A. Marini<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Clínicas, Capital Federal, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** El compromiso renal continúa siendo el principal predictor de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES, y a pesar de mejoras en el tratamiento, 20% de los pacientes evolucionará a enfermedad renal crónica.

**OBJETIVOS.** Evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes con LES y nefritis lúpica (NL) proliferativa y membranosa de nuestro hospital según criterios de respuesta renal según ACR (CRR-ACR).

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES (ACR, 1997) y NL (ISN/RPS, 2003) desde junio 2001 hasta junio 2011. La recolección de datos incluyó: edad al momento de NL, intervalo LES-NL, clase de NL, manifestación clínica de NL, sedimento urinario, función renal (FR) mediante MDRD, proteinuria-24hs a los 0-6-24 meses, FAN, anti-ADN y complemento sérico. Los detalles relacionados al tratamiento recibido durante la inducción (IND) luego del sexto mes con CFM, MMF y el mantenimiento (MAN) luego del mes 24 con CFM, MMF, AZA junto a las recaídas fueron registrados. En aquellos casos donde se realizó más de una biopsia durante el período de análisis, la respuesta terapéutica incluida corresponde al episodio más reciente.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 53 pacientes (46 mujeres). El hallazgo histológico más frecuente fue NL clase IV en 33 pacientes (62.2%), seguido de NL clase III en 12 pacientes (22.6%) y NL clase V en 5 pacientes (9.4%), combinación de NL clase III + V en 2 casos (3.77%) y IV + V en sólo 1 (1.88%). El seguimiento fue de 54 meses (rango 12-96 meses); edad al diagnóstico de LES = 27.4 años (rango 17-65 años); intervalo LES-NL = 4.08 años (rango 0-17 años); NL simultáneo al diagnóstico de LES = 17 pacientes (32%); manifestación clínica más frecuente de NL = nefritis silente (58.5%); creatinina al momento del diagnóstico = 1.3 mg/dl (rango 0.6-4.4); FG = 86.7 mL/min (rango 12-155); proteinuria-24hs en 47 pacientes 2.62 g/día (rango 0-8.1). No hubo mayor deterioro de la función renal o proteinuria-24hs en los 2 pacientes con NL previa. FAN positivo 100%, anti-DNA positivo 35/44 (79.5%), C3 disminuido 27/38 pacientes (70%) y C4 disminuido 30/38 pacientes (78.9%). En la siguiente tabla se muestran los resultados luego de la inducción (GM) en 53 pacientes y mantenimiento (24M) en 48 pacientes según criterios ACR.

| Inducción (GM) | Respuesta |         |          |          |          | Mantenimiento (24M) | Respuesta |          |          |           |          |
|----------------|-----------|---------|----------|----------|----------|---------------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|
|                | RC        | RP      | MEJ      | SC       | DET      |                     | RC        | RP       | MEJ      | SC        | DET      |
| CFM (n=41)     | 6         | 3       | 24       | 2        | 6        | CFM (n=6)           | 2         | 0        | 1        | 3         | 0        |
| MMF (n=7)      | 0         | 1       | 2        | 4        | 0        | MMF (n=20)          | 8         | 5        | 3        | 4         | 0        |
| AZA (3)        | 0         | 0       | 2        | 1        | 0        | AZA (n=20)          | 2         | 4        | 3        | 6         | 5        |
| MP (2)         | 0         | 0       | 1        | 0        | 1        | MP (n=2)            | 1         | 0        | 0        | 1         | 0        |
| n (%)          | 6 (11.3)  | 4 (7.5) | 29(54.7) | 7 (13.2) | 6 (11.3) | n (%)               | 13 (27)   | 9 (18.7) | 7 (14.5) | 14 (29.1) | 5 (10.4) |

RC= respuesta completa, RP= respuesta parcial, MEJ= mejoría, SC= sin cambios, DET= deterioro, MP= meprednisona.

En cuanto a la FR previa a la inducción, 25/53 pacientes (47%) presentaron un FG < 90 mL/min. Finalizado el mantenimiento, 6/25 pacientes normalizaron su FR y 19 persistieron con algún grado de enfermedad renal crónica (ERC). La recaída en el seguimiento se observó en 14 pacientes (26.1%) y el intervalo entre la finalización del evento fue de 4.2 años (rango 0.5-8 años). Nueve de estos pacientes habían logrado a los 6 meses una mejoría según CRR-ACR. Las recaídas fueron observadas en 12/14 pacientes que recibieron AZA como mantenimiento y en sólo 1 paciente con MMF. Sin embargo, los pacientes con AZA presentaban peor FR y mayor proteinuria pre-tratamiento.

**CONCLUSIÓN.** Al igual que en otras publicaciones, la **respuesta completa** según CRR-ACR fue más frecuente luego de 24 meses de tratamiento ya que es un proceso lento que difícilmente se pueda lograr finalizada la inducción. La **mejoría** según CRR-ACR se observó en la mayoría de los casos luego de la inducción y 9/15 pacientes que recayeron en el seguimiento a largo plazo pertenecían a este grupo. Finalizado el mantenimiento, los pacientes que recibieron MMF tuvieron menos recaídas que aquellos con AZA. Sin embargo, el grupo con MMF tenía mejor FR y menor proteinuria al inicio. Los pacientes que finalizaron el mantenimiento con algún grado de ERC tenían FG disminuido pre-inducción. Es necesaria la detección precoz de NL para preservar la FR, retrasar el daño renal progresivo y reducir el riesgo de ERC.

**40 ENFERMEDAD FUNGICA INVASIVA POR CRIPTOCOCCUS NEOFORMANS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

A. Salas<sup>1</sup>\*, C. Pena<sup>1</sup>, J. Marcos<sup>1</sup>, P. Sansinanea<sup>1</sup>, V. Arturi<sup>1</sup>, M. Pera<sup>1</sup>, A. Esposto<sup>1</sup>, F. Ferrer<sup>1</sup>, V. Angeletti<sup>1</sup>, M. Garcia<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Higa San Martin, La Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El Lupus eritematoso sistémico (LES) cursa con diversos grados de inmunodeficiencia tanto por la enfermedad como por las terapias inmunosupresoras utilizadas. Las infecciones fúngicas tienen una incidencia baja siendo las vinculadas a *Cryptococcus neoformans* (CN) las más frecuentemente descritas. **Objetivo:** Describir las características clínicas, bioquímicas y evolutivas de la enfermedad fúngica invasiva (EFI) producida por CN en pacientes con LES asistidos en nuestro hospital.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de las EFI por CN probadas en pacientes adultos con LES (ACR82-97), atendidos por los Servicios de Infectología y Reumatología en el período comprendido entre el 1 de enero de 1993 y el 1 de agosto de 2013. Se definió como enfermedad fúngica invasiva probada por CN a la detección de antígeno capsular en el líquido cefalorraquídeo (LCR), al resultado positivo del test de tina china o al aislamiento del hongo de sitios estériles según criterios de EORTC/MSG-2008 (European Organization for Research and Treatment of Cancer / Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group). Al tiempo del diagnóstico de la infección se analizaron el tiempo de evolución del LES, tiempo de internación, actividad del LES con el score SLEDAI, las manifestaciones clínicas presentes así como el tratamiento inmunosupresor. Resultados: De 20 pacientes con EFI probadas, 7 (35%) fueron infección por *Cryptococcus neoformans*. [Candida spp.: 7 (35%); Aspergillus spp.: 2 (10%); H. capsulatum: 2 (10%); P. jiroveci: 1 (5%); H. capsulatum/Alternaria spp (infección mixta): 1 (5%)]. Los 7 casos ocurrieron en mujeres con una media de edad de 40 años ± 16. La evolución del LES al tiempo de la infección fúngica fue de 9.7 años (9-180 meses). La mediana del score SLEDAI fue 10 (0-24). El 86% (6/7) de las pacientes padecía nefropatía y el 57% (4/7) requería hemodiálisis. El 43% (3/7) recibió tratamiento con ciclofosfamida sin embargo sólo 2 pacientes presentaron neutropenia. El 86% (6/7) recibió tratamiento con meprednisona a dosis mayores a 20mg/día. Pulsos de metilprednisolona 29% (2/7). Otros tratamientos: Azatioprina, Gammaglobulina endovenosa, Mofetil Micofenolato. Solo una paciente recibió hidroxiquina. Todos los pacientes presentaron cuadro compatible con meningocelulitis y tanto el test de tina china; antigenemia y cultivo de LCR fueron positivos en todos los casos. En 2 pacientes también se aisló el CN en el hemocultivo y en uno de ellos además en esputo (infecciones diseminadas). Todos fueron tratados con Anfotericina B (en un paciente se utilizó Anfotericina B liposomal por insuficiencia renal y en otra paciente asociado a fluconazol). Dos pacientes continuaron en profilaxis secundaria con fluconazol. Fallecieron 5/7 pacientes (71.4%) durante la internación en la mayoría de los casos relacionada directamente a la infección.

**Conclusiones:** Se presenta la enfermedad fúngica invasiva por *Cryptococcus neoformans* en pacientes con LES cuya enfermedad se caracterizaba por estar activa y/o bajo tratamiento inmunosupresor. La manifestación clínica prevalente de la criptococosis fue meningocelulitis y en todos los casos el germen fue aislado en el LCR. Dos pacientes cursaron infección diseminada (hemocultivos y esputo positivos). Todos fueron tratados con Anfotericina B. La mortalidad fue del 71.4%.

41

## EFFECTO DE LOS ANTIPALÚDICOS EN LA MORTALIDAD DE UN GRUPO DE PACIENTES CON LES.

R. Gontero<sup>1</sup>\*, S. Paira<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital J. M. Cullen, , Argentina

[\*] Presentador

### Introducción

Los antipalúdicos demostraron que disminuyen el número de brotes y el daño orgánico en los pacientes con LES, son protectores de la ocurrencia de osteoporosis, eventos tromboticos y vasculares y poseen un efecto antiinflamatorio e hipolipemiante, jugando un rol protector en la sobrevida.

### Objetivo

Analizar la contribución del uso de antipalúdicos en la sobrevida de pacientes con LES, independientemente de las características socioeconómicas, demográficas y clínicas.

### Material y métodos

Fueron incluidos pacientes con LES (mayor igual a 4 criterios ACR 1997), edad mayor o igual a 16, vistos en la sección Reumatología de nuestro hospital (1987-2013) seguidos al menos durante 1 año. Los pacientes fueron clasificados según la exposición a antipalúdicos en:

1. Usadores:  $\geq 70\%$  del tiempo de seguimiento (primera y última visita)

2. No usadores  $< 70\%$

Se analizaron: Edad a la primera consulta, Sexo, Obra social, años de educación, tabaquismo, duración de la enfermedad (tiempo desde el diagnóstico hasta la última visita o muerte), tiempo de seguimiento, número de criterios ACR al diagnóstico, presencia de manifestaciones clínicas y de laboratorio, actividad (SLEDa) a primera consulta, daño (SLICC al 1° año), número de hospitalizaciones debidas al LES, uso de glucocorticoides, azatioprina y ciclofosfamida.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. Las variables categóricas fueron comparadas por test de chi 2 y las continuas por t de Student o Mann Whitney según correspondiera. Modelo de regresión logística e índice de propensión.

### Resultados

Se incluyeron 100 pacientes con LES (92 mujeres y 8 hombres), con una edad media a la primera consulta 28,03 años, un tiempo de evolución (mediana, meses): 78,3. Sesenta y cuatro pacientes reunían 4 criterios al diagnóstico y un SLEDaI (n=39): media 10  $\pm$  8,5. Sesenta y nueve pacientes fueron hospitalizados una o más veces. Cuando se compararon pacientes vivos y muertos, la enfermedad pulmonar (p=0,03) y el uso de ciclofosfamida (p=0,009) se asociaron significativamente con muerte.

Al aplicar el índice de propensión se observó que aquellos pacientes con enfermedad menos severa y mejor estado socioeconómico (mayor quintil) tuvieron mayor probabilidad de ser tomadores de antipalúdicos. No se observaron diferencias entre tomadores y no tomadores en relación a la mortalidad (modelo de regresión logística).

### Conclusión

Los pacientes fallecidos tuvieron mayor frecuencia de enfermedad pulmonar y mayor uso de ciclofosfamida. Los pacientes con LES más leve y mejor estado socioeconómico tuvieron mayor probabilidad de ser tomadores de antipalúdicos. La toma de antipalúdicos no influyó en la mortalidad.

42

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y SU CORRELACIÓN CLÍNICO-ANALÍTICA EN PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA.

L. Onetti<sup>1</sup>, I. Cadile<sup>1</sup>, E. Mussano<sup>1</sup>, M. Werner<sup>1</sup>, A. Ruffin<sup>1</sup>, S. Bullubasich<sup>1</sup>, C. Cañete<sup>1</sup>, C. Lastra<sup>1</sup>\*, G.

Antonini<sup>1</sup>, N. Vassarotto<sup>1</sup>, G. Barberis<sup>1</sup>, C. Onetti<sup>1</sup>, P. Ferrero<sup>1</sup>, S. Gamron<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**OBJETIVO:** analizar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes con LES asistidos en el Servicio de Reumatología en los últimos 25 años.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de 303 pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1992) que asistieron durante los últimos 25 años al Servicio de Reumatología del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba. Los datos fueron analizados con Excel, Infostat y SPSS 11.5 para Windows.

**RESULTADOS:** El 92% fueron mujeres, raza predominante mestiza (44%) y blanca (39%). Edad promedio al diagnóstico 32 $\pm$ 13 años, tiempo medio de evolución 11 $\pm$ 7 años. Nivel de instrucción predominante primario completo (35%). Procedente de Córdoba el 83%, con nivel socioeconómico medio 60%. Síntoma debut: osteoarticular 60%.

En la evolución 268 pacientes presentaron compromiso musculoesquelético; artritis y/o artralgias el 96% y miositis el 17%. Hubo manifestaciones dérmicas en el 90%, con alopecia sin cicatriz en el 61%, rash fotosensible en el 58%, eritema malar en el 36% y úlceras mucosas en el 11%. Tuviron serositis 87/303 pacientes (29%) siendo la pleuritis con o sin derrame la más frecuente (67%). En 113 pacientes se detectó compromiso neuropsiquiátrico, con cefalea (40/113) y desórdenes de ansiedad (28/113) como síntomas predominantes. El aparato respiratorio se afectó en 89 pacientes (23%), con pleuritis 84% y neumonitis 19%. Es de destacar que 6 pacientes presentaron hemorragia alveolar. El 59% (178/303) mostró compromiso cardiovascular, siendo las vasculitis (88/178) y Raynaud (58/178) los prevalentes. Sólo el 3% tuvo compromiso endocríndico.

El 60% (183/303) tuvo compromiso renal (54% mestizos, 92% nivel socioeconómico medio y bajo), 79% de ellos presentó proteinuria y 60% hematuria. En 55/75 biopsiados (73% se encontró GNPD (tipo 4).

De 109 infecciones, predominaron las génto-urinarias (48%) y las neumonías (42%).

En 253 pacientes hubo 87 embarazos (56 a término, 28 abortos y 3 prematuros). No hubo diferencias entre nivel socioeconómico y de instrucción entre los embarazos a término y los abortos. De los 28 abortos, 16 presentaron ac AFL (+), 13/26 fueron ENA(+), 17/26 tuvieron compromiso renal con 7 GN tipo 4 confirmadas y 11 presentaron compromiso neuropsiquiátrico, con cefalea y convulsiones como manifestaciones más frecuentes. SLICC de estas pacientes: 2,2.

**Comorbilidades:** trastornos tiroideos 41%, síndrome metabólico 32% y osteoporosis 23%.

**Laboratorio:** anemia hemolítica en 75/303 (24,7%) y leucopenia con linfopenia en 111 (36,6%). El 78% de los casos con AAN (+) tenía patrón moteado, el 73% anti DNA (+) y el 69% hipocomplementemia.

**Internaciones:** 240, más frecuentemente por infecciones, compromiso renal y neuropsiquiátrico.

**Causas de muerte:** 23 murieron 7 por septicemia y 5 por hemorragia alveolar. SLICC  $2\pm 1$  SLEDaI 27 $\pm 10$ . 21/23 tenía AAN (+) periférico, 20/23 anti DNA (+) y la mayoría leucopenia (18). El 100% era de nivel socioeconómico medio y bajo, 43% completo estudios primarios y el 48% eran mestizos. Tiempo

medio de evolución hasta la muerte: 7,6 años, teniendo las hemorragias alveolares una evolución de 3 $\pm 2$  años. SLICC 3 $\pm 2$ .

**CONCLUSIONES:** en este grupo de pacientes predominó el sexo femenino, raza mestiza y blanca, el nivel socioeconómico medio y nivel de instrucción primario. Los síntomas predominantes fueron osteoarticulares y dérmicos. La lesión renal más frecuente fue la tipo 4. El 8% falleció, la mayoría por infecciones. Es de destacar el anti DNA, la leucopenia, la raza mestiza y el bajo nivel socioeconómico como marcadores de mal pronóstico. El corto tiempo evolutivo entre el diagnóstico y la muerte fue llamativo en los pacientes con hemorragia alveolar.

43

## ENCUESTA REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

C. Reimundes<sup>1</sup>\*, C. Catoggio<sup>1</sup>, M. Antoniol<sup>1</sup>, A. Alvarez<sup>2</sup>, C. Perandone<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Cemic, , Argentina

<sup>2</sup> Hospital Penna, , Argentina

[\*] Presentador

### Introducción

Los pacientes (pts) con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan factores de riesgo asociados a su sistema reproductivo para desarrollar la enfermedad o exacerbar la actividad de la misma

Motiva el presente analizar variables reproductivas en una población de pts de sexo femenino con LES.

### Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo mediante un cuestionario para analizar variables del sistema reproductivo a una población de mujeres con LES. Se incluyeron pts mayores de 18 años en seguimiento por el servicio de reumatología de un hospital de comunidad y uno público.

Se analizaron variables demográficas, años de enfermedad, inicio y fin de etapa reproductiva, número de embarazos y abortos, impacto de la enfermedad sobre la planificación familiar, evolución de la enfermedad durante la gestación, estado de salud del recién nacido y los métodos anticonceptivos utilizados.

### Resultados:

Se analizaron 74 mujeres, con edad media actual de 38,8  $\pm$  10,7 años, que habían completado los siguientes niveles educativos: 10,8% primario, 32,4% secundario, 16,2% terciario y 40,5% universitario.

La media de edad de la menarca fue de 12,7  $\pm$  1,7 años. El 69% de las pts se encuentra en edad fértil y el 31% en menopausia, con una media de inicio de la misma de 43,5  $\pm$  5,3 años.

Para el 52,8% de las pts la enfermedad influyó en su planificación familiar.

El 73% de las pts presentó al menos un embarazo. El total de los embarazos fue de 126, con 89 nacidos vivos, 35 pérdidas fetales, de las cuales 29 fueron espontáneas (1° Trimestre 72%, 2° Trimestre 21% y 3° Trimestre 7%) y 2 embarazos en curso.

El 24 % de los hijos nacieron luego del diagnóstico de la enfermedad. La mediana de semanas de gestación fue 39 (rango 24-42), con una mediana de peso al nacer de 3112 gramos (rango 695-4500).

El 77% de las pts se encontraban asintomáticas al momento del embarazo. Los síntomas fueron en el 14,8% de los casos articulares o dermatológicos, y el 7,4% afectación de órgano vital. El 51,8% se mantuvo sin manifestaciones de la enfermedad a lo largo del embarazo y el puerperio. Las manifestaciones de actividad durante el embarazo y el puerperio fueron en el 20,4% articulares o dermatológicas, en el 16,6% compromiso de órgano vital y el 7,4% tromboticas.

Las drogas acumuladas recibidas fueron: hidroclicloroquina 90 %, ciclofosfamida 31%, azatioprina 26%, metotrexate 26%, rituximab 3%.

Respecto a la anticoncepción el 34,2% de las pts recibió anticonceptivos orales en el pasado, y el 10,2% en edad fértil actual los recibe.

### Conclusión:

La edad de menopausia parece diferir de la población general.

El 52,8 % de los pts vieron afectada su planificación familiar por la enfermedad.

Las semanas de gestación semejan a la población general.

El 25% de pts inactivas en la concepción mostraron actividad de la enfermedad durante el embarazo/puerperio.

El 34% de las pts recibieron anticonceptivos orales en el pasado, y el 10% los recibe en la actualidad.

44

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA.

M. Werner<sup>1</sup>\*, E. Mussano<sup>1</sup>, L. Onetti<sup>1</sup>, I. Cadile<sup>1</sup>, A. Ruffin<sup>1</sup>, S. Bullubasich<sup>1</sup>, C. Cañete<sup>1</sup>, C. Lastra<sup>1</sup>, G.

Antonini<sup>1</sup>, N. Vassarotto<sup>1</sup>, C. Onetti<sup>1</sup>, G. Barberis<sup>1</sup>, S. Gamron<sup>1</sup>, P. Ferrero<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas, analíticas y socio-demográficas relacionadas al LES y su influencia en el embarazo de nuestras pacientes. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y transversal de las historias clínicas de 253 pacientes en edad fértil con LES y que lograron algún tipo de gestación. El periodo analizado fue de los últimos 25 años. Los datos fueron analizados con Excel, Infostat y SPSS 11.5 para Windows. **Resultados:** De 253 pacientes en edad fértil, 72 lograron embarazo: 56 partos a término, 3 partos prematuros y 28 abortos, 63 pacientes lograron 1 embarazo, 6 pacientes tuvieron 2 embarazos, 2 pacientes 3 embarazos y 1 tuvo 6 embarazos. 40% eran mestizas, 37% blancas-caucásicas y 28% criollas. Nivel de instrucción: el 30% tenía el nivel secundario completo y el 28% el primario completo. 60% era de nivel socioeconómico medio, 35% en nivel bajo/medio bajo y sólo el 6% en medio-alto/alto.

Los embarazos a término fueron 56 en 46 mujeres. 24% presentó ACL (+), 11% AL(+), 4% B2GP1. El 11% tenía diagnóstico de SAF asociado. El 24% era ENA +, 11/11 con Ro (+), 9/11 La (+). De las embarazadas a término 57% tenían compromiso renal: 9 fueron GNLI tipo 4, 1 GNLI tipo 2 y 1 GNLI tipo 5. LES neuropsiquiátrico se observó en el 44% de las pacientes, la más frecuente fue la cefalea (53%). SLICC  $2 \pm 1$ . Los abortos fueron 28 (39%) en 26 mujeres: 1 solo aborto en 25 mujeres y 3 abortos en 1 mujer. 42% eran mestizas, 23% en blancas-caucásicas y 35% criollas. Nivel de instrucción: primario completo 31%. El nivel socioeconómico fue medio 58% y 35% bajo/medio bajo. El 27% de las pacientes con abortos tenían SAF y 16 tenían 1 o más anticuerpos positivos: 3% ACL (+), 23% AL (+) y 23% uno o más ENA (+) de los cuales 4 eran Sm, 3 Ro, 3 La y 3 RNP. El 65 % (17) tuvo compromiso renal. 7 fueron GNLI tipo 4 y 4 pacientes en diálisis. 11/28 presentaron trastornos neuropsiquiátricos (39%) siendo los más frecuentes cefaleas (4) y convulsiones (4). SLICC  $2 \pm 2$ . **Conclusiones:** Las mujeres de raza blanca-caucásica tuvieron menos abortos y las criollas abortaron más que el resto. Encontramos mayor frecuencia de SAF en las pacientes que abortaron que en aquellas con embarazos a término. Los compromisos graves de LES (renal, neuropsiquiátrico) no parecen tener diferencias entre los grupos aunque hubo un alto porcentaje de prevalencia de estas afectaciones. Así mismo los anticuerpos (+) más prevalentes fueron ACL, AL, Ro y La como en la mayoría de las series.

45

**MANIFESTACIONES CUTANEAS EN PACIENTES LUPICOS**

C. Battagliotti<sup>1</sup>\*, S. Sartori<sup>1</sup>, I. Villaroel<sup>1</sup>, C. Cuevas<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Niños Dr. O'Alasia, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** La piel es uno de los órganos que a menudo se afecta en pacientes con lupus. Cuatro de los criterios para diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se refieren a ella. Numerosos índices para valorar la actividad de la enfermedad incluyen los cambios cutáneos para la suma de sus scores. Nuestro objetivo es describir las manifestaciones cutáneas tanto al inicio como en la evolución, en una cohorte de pacientes lúpicos.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con lupus atendidos de enero 1996 a marzo del 2013

**Resultados:** Población: 53 lúpicos, 47 LES, 4 Lupus Cutáneo Crónico Discoide LCDD sin compromiso sistémico, 2 lupus neonatal sin compromiso cutáneo. El 80% de los pacientes con LES presentaron tanto lesiones específicas como inespecíficas. Las primeras correspondieron al Lupus Cutáneo Agudo LCA 36 (7 rash en alas de mariposas y 29 discreto eritema malar, en 21 de ellos acompañados de eritema palmar, en 10 con eritema en áreas fotosensibles; 7 además tenían lesiones de lupus discoide.

4 debutaron con púrpura hematomas y petequias, 2 con vasculitis cutánea diseminada y con lesiones urticaricas.

Durante la evolución presentaron 18 rash en alas de mariposa junto con lesiones cutáneas de eritema palmar, peringual y eritema cutáneo en áreas foto expuestas.

11 lupus discoide diseminado, 1 lupus discoide hipertrofico verrugoso1 Paniculitis diseminada, y 1 lupus ampollar.

Las lesiones inespecíficas tanto al inicio como en la evolución fueron 34 Alopecia 25 Raynaud 31 Fotosensibilidad 21 Ulceras mucosas 3 Ulceras necróticas 3 livedo reticular, 3 telangiectasias, 2 edema de dedos, 2 hemorragia en astilla, 2 con lesiones secundarias a drogas e infección y 1 angioedema.

**Conclusiones:** A diferencia del adulto tuvimos baja incidencia de lupus Cutáneo Crónico Discoide solo y mayor frecuencia de LES.

Gran variedad de lesiones cutáneas en LES tanto específicas como inespecíficas ya sea al inicio como en la evolución.

Un 80 % de los pacientes con LES debutaron con lesiones de piel siendo las más frecuentes el eritema facial y palmar. El típico rash en alas de mariposas fue más común en las recaídas.

Las lesiones específicas del lupus variedad ampollar, paniculitis lúpica y discoide múltiples, aunque raras, se presentaron con gran extensión cutánea y se correlacionaron con mayor compromiso orgánico.

46

**VITAMINA D Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>\*, M. Bertolaccini<sup>1</sup>, M. Yacuzzi<sup>1</sup>, A. Barbaglia<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, M. Santana<sup>1</sup>, P. Aznar<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivos:** Determinar si los niveles de vitamina D se asocian a actividad de la enfermedad en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1982) que concurren consecutivamente al consultorio desde mayo a julio 2013. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de insuficiencia Renal Crónica (IRC) estado 3, síndrome de superposición, síndrome de malabsorción, hiperparatiroidismo, suplemento de vitamina D en los últimos 3 meses, insuficiencia hepática, síndrome nefrótico y uso de anticonvulsivantes. Se analizaron variables: demográficas, edad al diagnóstico y tiempo de evolución de LES, estatus menstrual, antecedentes de fotosensibilidad, dosis acumulada de glucocorticoides (GC) en los últimos 6 meses, dosis actual y dosis máxima recibida y duración del tratamiento con GC, comorbilidades, SLEDAI al momento de la extracción, SLICC/SDI, exposición solar diaria, índice de masa corporal (IMC), uso de pantalla solar, uso de Hidroxicloroquina o Cloroquina, y variables de laboratorio. Se midió 25OH vitamina D mediante quimioluminiscencia. Se definió insuficiencia a valores entre 20 y 30 ng/ml y deficiencia de la misma, a valores menores a 20 ng/ml.

**Análisis estadístico:** estadística descriptiva, Test Chi<sup>2</sup>, Test T y análisis de regresión. **Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes, 92.5% de sexo femenino, 97.5% amerindios, edad media de 35 años ± 12.8, mediana del tiempo de evolución de LES de 84 meses (6 - 420). El puntaje medio de SLEDAI fue 4.1 ± 5.9 y SLICC/SDI medio 0.7 ± 1.15. La mediana de dosis acumulada de GC en los últimos 6 meses fue de 720 mg (0-8100). Recibieron hidroxicloroquina el 75% de los pacientes. El valor medio de 25OH vitamina D fue 22.4 ng/ml ± 13.3. Presentaron valores disminuidos el 77.5% (IC95%: 61.5-89.2); insuficiencia en 27.5% y deficiencia en 50%. En el análisis de regresión, se encontró asociación inversa entre SLEDAI y concentración de vitamina D (p=0.04). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre edad, edad al diagnóstico y tiempo de evolución de LES, estatus menstrual, antecedentes de fotosensibilidad, dosis actual y duración del tratamiento con GC, comorbilidades, exposición solar diaria, IMC, uso de pantalla solar, uso de Hidroxicloroquina o Cloroquina, y concentración de vitamina D.

**Conclusiones:**  
 - En este estudio, los niveles bajos de vitamina D se asociaron a mayor actividad del LES.  
 - El 77.5% de los pacientes presentaron valores bajos de vitamina D.

47

**PREDICTORES DE RECAIDA RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

M. Yacuzzi<sup>1</sup>\*, C. Goizueta<sup>1</sup>, M. Machado Escobar<sup>1</sup>, M. Bertolaccini<sup>1</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, A. Barbaglia<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, M. Santana<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de recaída renal en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) e identificar los factores de riesgo que predicen la misma.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo. Se revisaron 243 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1982) que ingresaron al Servicio de Reumatología entre enero de 2000 y diciembre de 2012. De ellas, 122 presentaron compromiso renal (consenso EULAR) y 53 completaron terapia de inducción de nefritis lúpica (NL).

Se analizaron variables demográficas, socioeconómicas, SLEDAI, SLICC/SDI, clase histopatológica, índice de cronicidad y actividad, proteinuria 24 hs, sedimento urinario, creatinina sérica, complementemia y autoanticuerpos. Se consideró tipos de tratamiento instituidos (inducción, mantenimiento y adherencia), uso de glucocorticoides (dosis y pulso), antiproteínúricos e hidroxicloroquina. Se analizaron respuesta al tratamiento: Remisión Completa (RC), Remisión Parcial (RP), No Respondedores (NR), Recaída Renal (RR) definida como empeoramiento de la actividad renal luego de haber alcanzado la remisión; Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hemodiálisis (HD), muerte y causa de muerte.

Cada paciente fue evaluado al inicio de la nefropatía lúpica, a los 6 meses, al año y a los 2 años y en cada evento de RR.

**Análisis estadístico:** estadística descriptiva, Test chi2 y exacto de Fisher, Test T y Mann Whitney, Kruskal Wallis, análisis de regresión logística

**Resultados:** Se incluyeron 53 pacientes, 88.9% mujeres, edad media 32 años ± 10.9, tiempo medio desde el diagnóstico de LES hasta NL 1.4 años ± 2.4, analfabetos 9.4%, cobertura pública 75.6% y amerindios 61.1%. Al inicio del compromiso renal presentaron: Biopsia Renal 29 pacientes; 21 NL clase IV, 4 clase V, 2 clase II, 1 clase III y 1 clase VI, SLEDAI medio 14.9 ± 6.2, SLICC/SDI medio 2 ± 0.6, proteinuria media 5.6 gr/24hs ± 1.5 y creatinina media 2.4 mg/l ± 1.3. Además 66.7% (13) leucocituria y hematuria, 16.7% (9) HTA, 88.9% (48) hipocomplementemia, 75% (39) anti-DNA positivo, y 29.4% (15) anticuerpos antifosfolípidos positivos. Los tratamientos de inducción fueron: Ciclofosfamida (CFM) mensual (27), Metilmetilciclofenolato (11), CFM 500 mg quincenales (3) y otros esquemas (12). Durante la terapia de inducción el 22.2% (12) recibieron pulso de metilprednisolona (9 en el grupo CFM y 3 en el grupo Metilmetilciclofenolato). La media de dosis máxima de metilprednisolona fue de 42.2 mg ± 8.2 y la dosis acumulada de metilprednisolona fue de 5.6 gr ± 1.9. El 79.6% (43) recibió terapia de mantenimiento (33.3% metilmetilciclofenolato, 33.3% azatioprina y 24.4% CFM trimestral). Además recibieron antiproteínúricos el 88.9% e hidroxicloroquina el 79.2%. El 19.6% (10/53) evolucionaron a IRC de los cuales 27.6% (8/53) ingresaron a HD. Fallecieron 6 pacientes.

De 44 pacientes que lograron la remisión (24 RC y 20 RP), 24 presentaron RR con una prevalencia del 54.5% (IC 95%, 38-69.6) con SLEDAI medio 11.9 ± 4.3, SLICC medio 0.65 ± 0.6, hipocomplementemia 85.7%, proteinuria media 3.7 gr/24 hs ± 1.5 y creatinina media 1.5 mg/l ± 0.5.

Los pacientes con anti-DNA positivo, hipocomplementemia y valores más elevados de proteinuria basal que recibieron pulso de metilprednisolona presentaron mayor frecuencia de RR en el modelo de regresión logística OR 5.8 (IC 95%, 1.06-32.1) p=0.04

No hubo asociación entre recaída renal y cobertura social, esquema de inducción, mantenimiento, adherencia al tratamiento, SLEDAI, creatinina ni uso de hidroxicloroquina. (p=NS)

**Conclusiones:**

Hubo alta prevalencia de Recaída Renal en esta población de pacientes (54.5%).

Los pacientes con hipocomplementemia, anti-DNA positivo y proteinuria basal elevada y que recibieron pulso de metilprednisolona presentaron mayor frecuencia de RR.

Los pulsos de metilprednisolona en la inducción no disminuyeron la frecuencia de RR.

48

**DETERIORO COGNITIVO, DEPRESIÓN Y ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE N-METIL D-ASPARTATO Y ANTI P RIBOSOMAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN ARGENTINA**

G. Gomez<sup>1</sup>\*, M. Garguilo<sup>1</sup>, M. Collado<sup>1</sup>, A. Panópolus<sup>1</sup>, L. Suarez<sup>1</sup>, D. Fadel<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>, J. Sarano<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Instituto De Investigaciones Medicas Alfredo Lanari, Uba., Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivos:** El deterioro cognitivo y la depresión son manifestaciones comunes del lupus neuropsiquiátrico y han sido asociados a anticuerpos como anti P ribosomal, anti cardiolipinas y anti subunidad NR2 del receptor de N-Metil-D-Aspartato humano (anti NR2-NMDAR).

El objetivo del estudio fue describir la frecuencia de alteración neurocognitiva y depresión en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y evaluar su asociación con los anticuerpos anti NR2, anti P ribosomal y anti cardiolipinas CL.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1997) mayores de 18 años, de forma consecutiva, que concurren al Servicio de Reumatología entre enero y setiembre del 2012. Cada paciente fue evaluado siguiendo un esquema de hasta 3 visitas de preferencia en la misma semana y no más de 15 días. Se realizó una evaluación por el reumatólogo con examen físico completo y se tomaron datos relevantes de la historia clínica con laboratorio actualizado.

**Actividad de la enfermedad** se midió por SLEDAI y daño acumulado por SLICC. Se realizó en esa visita una extracción de sangre para estudio de anticuerpos anti NR2-NMDAR, anti P ribosomal y anti CL. Los anticuerpos anti NR2-NMDAR de isotipo Ig G se midieron por técnica de ELISA comercial (Cis Bio Tech Inc) con un valor de corte=2ng/ml y se consideró positivo fuerte un valor >3ng/ml. Los anticuerpos anti DNA, anti CL (isotipo Ig e IgM) también se midieron por ELISA y anti P ribosomal por técnica de inmunoensayo lineal.

Para la evaluación psiquiátrica se utilizó DSM IV como guía diagnóstica. Se midió ansiedad por escala de HAM, depresión por escala de BECK y psicosis esquizoaféptica por PANSS. En dichas entrevistas se investigaron los antecedentes neuropsiquiátricos antes y después del diagnóstico de LES. La evaluación de la función cognitiva fue realizada por una neurocognitivista y se utilizó la batería de pruebas propuestas por el Colegio Americano de Reumatología. La función cognitiva se midió en 4 dominios: (1) atención, (2) memoria, (3) funciones ejecutivas y (4) lenguaje. Las pruebas individuales fueron: Trail Making parte A (1) y parte B (2), Dígito Símbolo (2), prueba de la figura del reloj (2), prueba de amplitud (2), prueba de la figura Compleja de Rey-Osterieh (3), prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (3), Memoria lógica Inmediata y Tardía (3) y Fluided semántica (4). Se generaron Z scores para cada uno de las pruebas (que representan los desvíos estándar (DE) respecto de la media estandarizada). Se determinaron los Z scores promedio de cada sujeto para cada uno de los 4 dominios, según la metodología usada por Betty Diamond (A&R 2006). Deterioro cognitivo se definió como un Z score promedio peor de -1 en al menos uno de los dominios. Análisis estadístico: se usaron porcentajes, promedio y su respectivo DE, prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Significancia estadística p<0,05.

**Resultados:** se estudiaron 50 pacientes, promedio de edad 46±13 años, 48 mujeres, raza blanca 76%, mestizos 20% y amerindios 4%. El tiempo de evolución de la enfermedad 18±12 años, SLEDAI 5.4 ± 6.6%, SLICC 5.1 ± 6.6%. Los anticuerpos anti NR2 se encontraron en 26 pacientes (52%), 17 de 28 tuvieron título positivo fuerte, anti P ribosomal en 12%, ACL IgG 18% y ACL IgM 20%. Se observó deterioro de la función cognitiva global en 82% de los pacientes, depresión en 56%, ansiedad en 52% y deterioro cognitivo puro en 19 pacientes (38%). Al analizar por grupos, (tabla) no se encontraron diferencias significativas con la edad (p=0,30) y con la duración de la enfermedad (p=0,76).

|                 | sin DC y sin D<br>n=3(6%) | sólo DC<br>n=19 (38%) | con DC y D<br>n=22(44%) | sólo D<br>n=6(12%) | valor de p |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| antiNR2<br>n=7  | 0                         | 3                     | 1                       | 3                  | 0,056      |
| a P rib<br>n=6  | 0                         | 1                     | 3                       | 2                  | 0,26       |
| aCL IgG<br>n=9  | 0                         | 2                     | 7                       | 0                  | 0,21       |
| aCL IgM<br>n=10 | 0                         | 3                     | 7                       | 0                  | 0,30       |

D depresión DC: deterioro cognitivo

**Conclusiones:** Se encontró deterioro cognitivo y depresión en nuestra población de pacientes con LES. Si bien la diferencia entre los grupos no alcanzó significancia estadística hubo mayor frecuencia de anti NR2 en el grupo con depresión y mayor frecuencia de anticuerpos anti CL y anti P ribosomal en los pacientes con deterioro cognitivo. Estos anticuerpos no se encontraron en los pacientes sin depresión y sin alteración cognitiva. La falta de asociación entre anticuerpos anti NR2 y deterioro cognitivo podría atribuirse a que el nivel de los anticuerpos varía en el tiempo o a diferencias metodológicas para su detección. Los hallazgos encontrados requerirán de un mayor número de pacientes para evaluar la posible asociación entre estos anticuerpos y estas manifestaciones de lupus neuropsiquiátrico.

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS

E. Mussano<sup>1</sup>, I. Cadillo<sup>1</sup>, L. Onetti<sup>1</sup>, A. Ruffin<sup>1</sup>, M. Werner<sup>1</sup>, S. Bulliubasich<sup>1</sup>, C. Cañete<sup>1</sup>\*, C. Lastra<sup>1</sup>, G. Antonini<sup>1</sup>, N. Vassarotto<sup>1</sup>, C. Onetti<sup>1</sup>, G. Barberis<sup>1</sup>, S. Gamron<sup>1</sup>, P. Ferrero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** evaluar el compromiso neuropsiquiátrico y sus relaciones socio-demográficas, clínicas y analíticas en pacientes con LES. **Pacientes y métodos:** se estudiaron retrospectivamente 303 pacientes con LES, asistidos en el servicio de Reumatología del Hospital nacional de Clínicas de Córdoba, en un periodo de 25 años. Todos los pacientes reunían al menos cuatro criterios diagnósticos para LES (ACR 1992). La presencia de enfermedad neuropsiquiátrica fue confirmada por el cuadro clínico y las pruebas auxiliares que mostraron que éste no podría ser explicado por otro factor etiológico que no fuera el LES. Se analizaron la formas de presentación y MNS durante la evolución del LES y sus correlaciones con factores sociodemográficos y otras manifestaciones clínicas y analíticas. Los datos fueron analizados con Excel, Infostat y SPSS 11.5 para Windows. **Resultados:** de 303 pacientes 113 (37%) presentaron una o varias MNS (178 en total). De estos, 93% eran mujeres, con una media etaria de 43 ± 14 años, 45% blancos y 41% mestizos, de un nivel de instrucción bajo (68% secundario incompleto) y con nivel socioeconómico entre bajo y medio (92%). El 13 % (40/303) debutó con alguna MNS, siendo lo más frecuente: psicosis (10/40), seguido por cefalea (9/40) y por neuropatía craneal (8/40). La frecuencia de las 178 MNS fueron las siguientes: cefalea (35%), trastornos de ansiedad (25%) neuropatías periféricas (21%) convulsiones y psicosis con igual frecuencia (15%) estado confusional agudo (10%) enfermedad cerebrovascular (9%), disfunción cognitiva (7%), mielopatía (3.5%), poliradiculopatía (2.7%) y meningoencefalitis al igual que enfermedad desmielinizante aguda sólo 2 pacientes (1.7%). Se encontró una aparente asociación entre los pacientes con cefalea con la presencia de anticuerpos ENA (87.5%) y bajos niveles de complemento (62.5%) principalmente C4 (40%). Entre pacientes con convulsiones y psicosis fue importante el predominio de mujeres jóvenes con el anti DNAa positivo y complemento C3 bajo, mientras que en los de enfermedad cerebrovascular la presencia de ACL, se observó en el 50%. La asociación clínica más importante y severa después de la dérmica (105/113) 93%, y osteoarticular (100/113) 88% y fue el compromiso renal (80/113) 71%. Presentaron proteinuria 57, hematuria 53 y sedimento patológico 46. Veinte pacientes presentaron GN tipo 4, 13 otros tipos de GN, y 8 llegaron a diálisis. La mayor correlación entre compromiso renal y MNS se dieron en pacientes mestizos, de bajo nivel de instrucción, con alta frecuencia de ENA, y bajos niveles de C4. Estos pacientes presentaron un SLEDAI 27±10 y SLICC 3±2. Hubo 22 internaciones por cuadro neuropsiquiátrico. La mayoría respondió positivamente al tratamiento convencional con altas dosis de esteroides, pulsos de metilprednisolona y/o ciclofosfamida. Fallecieron 2 pacientes en relación con MNS (1 Guillen Barre y 1 Sclerodermia). **Conclusiones:** Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el lupus eritematoso sistémico son múltiples, variadas, pleomórficas, leves o severas y ocurrieron en el 37% de nuestros pacientes. Parecería ser que el hecho de ser más joven, pertenecer a una determinada raza, nivel socioeconómico o cierto grado de instrucción podría predisponer al compromiso neuropsiquiátrico. El hecho de padecer compromiso renal concomitante con altos títulos de anticuerpos e hipocomplementemia sería otro factor de mal pronóstico en nuestra muestra.

## SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I : CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

G. Pendon<sup>1</sup>\*, M. García<sup>2</sup>, A. Salas<sup>2</sup>, D. Pereira<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Ricardo Gutiérrez La Plata, La Plata, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital San Martín La Plata, La Plata, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** El Síndrome doloroso regional complejo tipo I (SDRC) se caracteriza por la presencia de dolor, edema, incapacidad funcional, limitación de la movilidad, cambios tróficos, inestabilidad vasomotora y desmineralización ósea. Se presenta en una o varias regiones articulares. Se desconoce su etiología y el antecedente más frecuente es el traumático (50%). El diagnóstico se basa en el examen clínico y la negatividad de estudios de laboratorio descartando otras patologías. Los métodos de imágenes más utilizados son radiografías comparativas y centellograma óseo en tres fases. La evolución depende del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, siendo fundamental la terapia de rehabilitación desde el comienzo.  
**Objetivo:** Evaluar características clínicas, cambios radiológicos, respuesta terapéutica y evolución de pacientes derivados a la consulta por sospecha de SDRC.  
**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo. Se incorporaron 108 pacientes > de 18 años de edad con sospecha clínica de SDRC que cumplieran criterios de Douy, desde diciembre de 2002 a diciembre 2011 en forma retrospectiva y desde diciembre de 2011 a julio de 2013, de manera prospectiva. Se evaluaron según protocolo establecido, evaluando características clínicas, métodos de imágenes, terapéutica y evolución. Se calcularon media y desviación estándar para variables continuas, y proporciones para variables categóricas.

### Resultados:

|                                |               |                                 |                          |
|--------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------|
| Población, n                   | 108           | tiempo de evol. consulta, meses | 3,10                     |
| Fem %                          | 98,19         | % patológica %                  | 93,52                    |
| Edad (años), media ± DS        | 54,84 ± 12,36 | centellogramas realizados       | 32 (29,6%)               |
| Limitación movilidad %         | 99,07         | centellograma patológico %      | 100                      |
| Traumatismo previo %           | 91,67         | tratamientos:                   |                          |
| Cirugía %                      | 8,33 (9/pts)  |                                 |                          |
| Dolor %                        | 100           | AINES %                         | 100 (diclofenac 60%)     |
| VAS promedio                   | 86,6 ± 13,3   |                                 |                          |
| Inmovilización %               | 100           | Complejo B %                    | 93                       |
| Depresión %                    | 23,15         | bifosfonatos %                  | 98,9 (65,74 alendronato) |
| Ansiedad %                     | 42,59         | calcio %                        | 98,15                    |
| Local. más frecuente: carpos % | 57,41         | corticoides %                   | 34,21                    |
| Edema %                        | 89,81         | vitamina D %                    | 97,22                    |
| Sudoración %                   | 92,78         | terapia ocupacional %           | 100                      |
| Rigidez %                      | 87,04         | evolución                       |                          |
| Cianosis %                     | 82,56         | favorable %                     | 88,89                    |

### Conclusiones

El 89% de pacientes con SDRC fue de sexo femenino, edad promedio de 55 años, con localización más frecuente en carpo. El desencadenante principal fue el traumatismo, siendo el tiempo de evolución de la primera consulta reumatológica igual a 3 meses. La ansiedad se asoció como el factor psicológico más frecuente (42,59%), seguido por la depresión. El dolor y la inmovilización se observaron en el 100% de los pacientes y la limitación de la movilidad en un 99,07%. Se realizaron radiografías comparativas en todos los pacientes, siendo patológicas en un 93,52% mientras que el centellograma óseo en tres fases, fue anormal en el 100% de los realizados (29,9% de los pacientes). Los tratamientos realizados más frecuentes fueron antiinflamatorios no esteroideos, calcio, vitamina D, vitamina B y bifosfonatos. El 88,89% de los pacientes presentaron respuesta favorable al tratamiento, siendo la terapia ocupacional completada por todos los pacientes.

## EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLOGICA, CLÍNICA, LABORATORIAL, GENÉTICA, TERAPÉUTICA Y MUERTE EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

M. Gonzalez<sup>1</sup>\*, A. Ojeda<sup>1</sup>, A. Aquino<sup>1</sup>, K. Baumann<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital De Clínicas, Asunción, Paraguay

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La esclerodermia es una enfermedad de etiología autoinmune caracterizada por una microangiopatía generalizada, fibrosis de piel y de órganos internos. Las complicaciones vasculares, como la hipertensión arterial pulmonar y la crisis renal esclerodérmica se han convertido en las principales causas de discapacidad y mortalidad en la Esclerodermia. De ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico, seguimiento y tratamiento de esta enfermedad.

### OBJETIVO:

Evaluación de las características demográficas, epidemiológica, clínica, laboratorio, genética, terapéutica y óbitos en pacientes con Esclerodermia.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio de coorte prospectivo, con un cuestionario elaborado en donde se evalúan las características demográficas, epidemiológica, clínica, laboratorio, implicación genética, terapéutica y óbitos en pacientes con Esclerodermia.

Fueron evaluados 35 pacientes con Esclerodermia, consultantes en el ambulatorio del Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de la UNA, durante 6 meses extensivo a 2 años de estudio, con previo consentimiento de los mismos, todos ellos cumplían criterios de diagnóstico de ACR.

**RESULTADOS:** De los 35 pacientes estudiados, los datos fueron los siguientes: **Sexo:** F: 29 pacientes 83%, sexo M: 6 pacientes 17%.

**Edad:** 16 a 79 años PM 46 años.

**Raza:** mestiza 63%, blanca 34%, negra 0,3%.

**Profesión:** ama de casa 54%, comerciante 9%, estudiante 11%.

**Educación:** 3%, agricultor 11%, enfermera 3%, desocupado 6%.

**Natural:** Asunción y Gran Asunción: 31% Rural 69%.

**Criterios ACR:** 100%.

**Forma Clínica:** Difusa 66%, Limitada 20%, Síncelodermia 0%, Overlap 14%.

**Peso:** PM 61 Kg.

**Altura:** PM 1,5M

**Piel:**

Prurito: actual 31%, Leucodermia: 31% Calcinosis: 14%.

Manos: normal 23%, edematosa 29%, indurativa 34%, atrofia 14%.

**Score de Rodnan Modificado:** PM 19 puntos.

**Vascular:**

Fenómeno de Raynaud: objetivo 57%, subjetivo 23%.

Micro cicatrices de pulpas digitales 23%.

Úlceras digitales o de superficies extensoras 17%.

Necrosis o amputación de extremidades 20%.

Telangiectasias 54 %

**Musculosquelético:**

Articular: poliartralgia 46%, artritis 20%.

Contracturas en flexión: 17%.

Crepitación tendinosa: 6%.

CK total: PM 3237.

Debilidad Muscular: 6%.

**Visceral:**

**Tracto Gastrointestinal:**

Disfagia ausente 83%, sólidos 3%.

Pirosis/reflujo: 23%.

Plenitud posprandial: 114%.

Habito intestinal: normal 83%, diarrea crónica 6%, constipación 11%.

**CardioPulmonar:**

Disnea 8%, progresivo 5%, G 7% M 10%

Tos ausente 70% seca 22% productiva 8%.

Palpitaciones 23%.

Rales pulmonares ausentes 77% basal 17% generalizados 3%.

Rx torax normal 9% intersticial 14%.

Espirometría normal 26%, restrictivo 11%, obstructivo 6%, mixto 6%.

CVF: PM 72,96%

DLCO: normal 3% alterada 14%.

Tacar: normal 11% bronquiectasia 3% vidrio esmerilado 6% fibrosis 23%.

Alteraciones del ritmo cardiaco: clínica 6%, angina 3%.

Ecocardiograma: normal 30% derrame pericárdico 7% hipertrofia 6% valvulopatía 11% FA 3%

Hipertensión Pulmonar: PM 29, 30%.

**Renal:** Hipertensión arterial actual 17% prog. 3%

Crisis renal 3%.

Diálisis temporal 3%.

Proteinuria 6%

Impotencia ninguno.

**Antecedentes Personales:**

Neoplasia no se evidenció.

Fumador 9% exfumador 6%.

Historia familiar de Esclerodermia 6%.

H. familiar de otras colagenopatías 6%.

**Factores Ambientales** químicos orgánicos 6%.

**Tratamiento:**

Bloqueantes calcínicos: Nifedipina 2%, Diltiazem 3%, Amlodipina 3%, Enalapril 3%.

Losartan 34%.

Antidispépticos: Bloqueantes H2 23% Inhib. Bom. Prof. 57%.

Ciclofosfamida 7%.

Metotrexate 6%.

Azatioprina 6%.

Corticoides: 47%

Sildenafil 26%

Micofenolato 2%

Bosentan 6%

**Exámenes Laboratoriales:** VSG 38,8%.

ANA 9%.

Patrón homogéneo 3%, difuso 3%, gran 6%, centromérico 3%, anticentromérico 3%.

AntiSCL70 no 23% si 6%. Otros Antic. 26%.

**Capilares:** megacapilares 37%, tortuosos 34%, ectasiados 29%, áreas de esclerosis 3%, patrón SD40%.

Muerte: ninguna.

**CONCLUSIÓN:**

En el grupo estudiado se evidencia el predominio del sexo femenino, raza mestiza, procedencia rural, la mayoría dedicadas a tareas del hogar, el sintoma inicial el fenómeno de Raynaud, forma clínica más frecuente es la Difusa, en piel un síntoma frecuente el prurito, en manos la fase indurativa

Rodnan modificado con un valor de 19 puntos, con gran compromiso microvascular por úlceras digitales, capilaroscopia con SD predominante, hipert. pulmonar 29,6%, con historia familiar poco considerable. El

tratamiento más usado es de los vasodilatadores.

## LISTA DE COMPROBACIÓN PREVIA AL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y EVENTOS ADVERSO

S. Paíra<sup>1</sup>, A. Ortiz<sup>2</sup>, M. Bedoya<sup>1</sup> [\*],  
<sup>1</sup> Hospital Dr. José M Cullen, Santa Fe, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** La disponibilidad cada vez mayor de agentes biológicos ha mejorado sensiblemente nuestra capacidad de inducir remisión en muchas patologías y de modificar significativamente su evolución. No obstante, por su alto costo y la todavía limitada información sobre sus posibles efectos secundarios a largo plazo, es necesario evitar su uso indiscriminado. La lista de comprobación en reumatología deberían utilizarse en aquellos procedimientos que puedan poner en peligro la seguridad del paciente y de esta manera reducir los riesgos y evitar eventos adversos prevenibles.

**Objetivo:** Analizar los eventos adversos de los pacientes con terapia biológica con previo empleo de la lista de comprobación y comparar con lo descrito en la literatura

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de 39 pacientes con terapia biológica del Servicio de Reumatología del Hospital Cullen Santa Fe desde el año 2003 hasta el 2013, quienes tenían lista de comprobación.

**Resultados:** Se registraron 39 pacientes con enfermedades reumáticas; de los cuales 27 pacientes eran mujeres, y 12 hombres. El diagnóstico más frecuente fue Artritis Reumatoidea (AR) en 22 pacientes, seguido por Espondiloartritis Seronegativas en 10 pacientes, LES en 4 pacientes y por último 1 pacientes con Vasculitis, 1 con Síndrome de Schnitzler y 1 sin diagnóstico. La terapia biológica más utilizada en nuestros registros fue: 20 pacientes con Etanercept, 10 con Adalimumab, 6 con Abatacept, 3 con Rituximab, 2 con Belimumab, y 1 con Golimumab. Cabe destacar que dos pacientes rotaron de Adalimumab a Etanercept uno por reacción cutánea y el otro por falta de respuesta, un paciente rotó de Adalimumab a Abatacept también por falta de respuesta. Durante el seguimiento de los pacientes, se registró un total de 16 eventos adversos entre los 42 tratamientos. De acuerdo con la terminología de la ANMAT, 4 fueron Leves (Amigdalitis, Muguet, Reacción local, Impétigo), 12 moderados (3 Artritis séptica, NAC, Bloqueo incompleto de rama derecha VHB, ACV isquémico, candidiasis esofágica, Mielopatía y 2 pacientes con Ca de mama, (pero estos no presentaron controles ginecológicos previos al inicio de la terapia biológica). Los efectos adversos más frecuente fueron las infecciones (62.5%), de las cuales el 50% se registraron con Etanercept, el 40% con Adalimumab y 10% con Abatacept.

**Conclusión:** Los eventos adversos fueron similares a los descriptos en la literatura aunque con menor frecuencia (38% serie Cullen vs 42% Biobadaser), posiblemente debido al uso de la lista de comprobación aunque harían falta estudios controlados al respecto. Este es el primer reporte sobre el uso de la lista de comprobación en el uso de biológicos

## PREVALENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

M. Bravo<sup>1</sup> [\*], E. Lancioni<sup>1</sup>, M. Scolnik<sup>1</sup>, J. Marin<sup>1</sup>, A. Navarta<sup>1</sup>, C. Saucedo<sup>1</sup>, E. Catay<sup>1</sup>, V. Scaglioni<sup>1</sup>, J. Rosa<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Italiano, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** Los anticuerpos anti fosfolípidos (aFL) se han asociado a diferentes condiciones médicas. No está bien establecido el riesgo de trombosis en pacientes con aFL y otras patologías no reumatológicas. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prevalencia de eventos trombóticos en pacientes con al menos un aFL positivo (anticogulante lúpico (AL), Ig M e Ig G anticardiolipinas (aCL), y anticuerpos anti-β2 glicoproteína 1 (aβ2GP1), independientemente de la patología subyacente.

**Métodos:** se incluyeron pacientes de la base de datos del laboratorio de nuestro Hospital que presentaron al menos un aFL positivo, entre los años 2002 y 2012. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y se recolectaron los datos demográficos, tipo de anticuerpos, patologías subyacentes, y eventos trombóticos (trombosis arterial y venosa, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro-vascular (ACV), y abortos o partos prematuros)

**Resultados:** Se incluyeron 400 pacientes, con una edad media de 61.4 años (DS: 20.3); 71% del sexo femenino. En la tabla 1 se detalla la distribución de los tipos de anticuerpos acorde a diferentes patologías. La tabla 2 muestra la prevalencia de eventos trombóticos en las distintas enfermedades estudiadas. En el análisis multivariado, la edad del paciente fue la única variable que se asoció en forma significativa con la presencia de eventos trombóticos (1.01 ; IC 95%: 1-1.03, por cada año de edad).

Tabla 1. Distribución de aFL en las diferentes patologías.

| Patología                              | Anticuerpos Antifosfolípidos |         |         |           |         |
|--|------------------------------|---------|---------|-----------|---------|
|  | AL                           | IgG aCL | IgM aCL | aβ2/GPI   | AL+ aCL |
| Enfermedades Reumáticas, (n=73), n (%) | 52 (71)                      | 20 (27) | 28 (38) | 9/28 (32) | 23 (31) |
| SAF primario, (n=20) n (%)             | 17 (85)                      | 10 (50) | 3 (20)  | 0/4       | 9 (45)  |
| Cancer, (n=81) n (%)                   | 63 (78)                      | 19 (23) | 28 (35) | 4/21 (19) | 24 (30) |
| Enfermedades Infecciosas, (n=15) n (%) | 9 (60)                       | 4 (27)  | 6 (40)  | -         | 2 (13)  |
| Otros, (n=211) n (%)                   | 140 (67)                     | 39 (18) | 70 (33) | 6/46 (13) | 33 (15) |

Tabla 2. Prevalencia de eventos trombóticos en las diferentes patologías.

| Patología                              | Número de pacientes con eventos trombóticos (%) |                      |        |         |         |              |
|--|---|----------------------|--------|---------|---------|--------------|
|  | Trombosis Venosa                                | Trombosis Arteriales | IAM    | ACV     | Abortos | Algún evento |
| Enfermedades Reumáticas, (n=73) n (%)  | 11 (15)   | 2 (3)                | 2 (3)  | 6 (8)   | 6 (8)   | 20 (27)      |
| SAF primario, (n=20) n (%)             | 9 (45)  | 1 (5)                | 0      | 4 (20)  | 9 (64)  | 20 (100)     |
| Cancer, (n=81) n (%)                   | 17 (20)   | 0                    | 3 (4)  | 9 (11)  | 2 (4)   | 27 (33)      |
| Enfermedades Infecciosas, (n=15) n (%) | 2 (13)  | 3 (20)               | 0      | 3 (20)  | 0       | 5 (33)       |
| Otros, (n=211) n (%)                   | 25 (11)   | 6 (3)                | 15 (7) | 19 (9)  | 5 (3)   | 59 (28)      |
| Total (n=400) n (%)                    | 64 (16)   | 12 (3)               | 20 (5) | 41 (10) | 22 (6)  | 131 (33)     |

**Conclusiones:** los pacientes con aFL presentaron frecuentemente eventos trombóticos. Los pacientes con aFL deberían ser monitoreados cuidadosamente para la detección de eventos trombóticos, independientemente de su condición subyacente.

## CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON COLAGENOPATÍA

M. Gonzalez<sup>1</sup> [\*], A. Ojeda<sup>1</sup>, A. Aquino<sup>1</sup>, K. Baumann<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Clínicas, Asunción, Paraguay  
 [\*] Presentador

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

La Capilaroscopia es un método sencillo, rápido de gran utilidad diagnóstica ante las sospechas clínicas de colagenopatías en el área de Reumatología, el estudio de la microcirculación nos permite valorar el compromiso de la misma así como pronóstico y evolución de las enfermedades autoinmunes.

#### OBJETIVO:

Observar las características microscópicas del lecho capilar periungueal en pacientes portadores de colagenopatías para orientación diagnóstica y tratamiento.

#### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio abierto observacional, se estudiaron 66 pacientes portadores de colagenopatías asistentes al Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Previo consentimiento del paciente se realizó la observación microscópica de todos los dedos de la mano previo cuidado de evitar sacar la cutícula y sin esmalte, utilizando un capilaroscopio marca Micronta 30x de aumento, con un aceite lubricante para facilitar la visibilidad.

#### RESULTADOS:

De los 66 pacientes el 90% eran de sexo femenino y el 10% masculino.

Edad PM 43.7años

Los hallazgos microscópicos fueron los siguientes: megacapilares 55%, ectasiados 60%, tortuosos 45%, áreas de lesión 12%, patrón SD 15%, arbusto 24%.

De los pacientes 44% tenían Esclerodermia la forma Difusa 66%, Limitada 20%, Overlap 5%.

El 56% otras colagenopatías Les 27%, Polimiositis 8%, AR 3%, Fenómeno de Raynaud 18%.

#### CONCLUSIÓN:

De los hallazgos microscópicos la valoración del método nos permite esclarecer la presencia del patrón SD como un elemento diagnóstico importante para orientar el pronóstico y el tratamiento de la Esclerodermia, así también el fenómeno de Raynaud como un signo inicial y sus características microscópicas para orientar a una u otra enfermedad. Tanto en el Les como en otras colagenopatías nos ayuda a la evolución y seguimiento post tratamiento los cambios en la microcirculación.

55

### RESULTADOS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS OBTENIDOS DEL TOTAL DE PACIENTES DE UN SERVICIO PÚBLICO DE REUMATOLOGÍA – UNA DECADA.

M. Sacunín,<sup>1</sup> S. Navarro,<sup>1</sup> A. Sanabria,<sup>1</sup> V. Quintana,<sup>1</sup> V. Gervasoni,<sup>1</sup> R. Nieto,<sup>1</sup> V. Sosa,<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Provincial De Rosario, Argentina  
 [\*] Presentador

**OBJETIVO:** presentar información estadística descriptiva retrospectiva sobre el total de pacientes que consultaron a un servicio público de reumatología entre enero del 2000 y diciembre de 2012.

**MATERIAL Y METODOS:** se obtuvo una muestra de 6712 pacientes partir de una base alfanumérica elaborada en el software SPSS, los distintos datos descriptivos e información de historias clínicas de pacientes que presentaron al menos una consulta en el período mencionado. Las variables registradas fueron: sexo, diagnóstico, año de ingreso, consultas mensuales, entre otras.

**RESULTADOS:** la edad media fue de 57 años (máx100, mín 2 años); del total 81% mujeres, 99 % residentes en la provincia de Santa Fe (Rosario 93%). Las patologías detectadas fueron: artritis primarias (45%), artritis reumatoidea (10%), reumatismos de partes blandas (5%), trastornos metabólicos como osteoporosis y osteopenia (4 %). Otros motivos de consulta en un 31%: dermatopolimiositis, síndrome de Sjögren, vasculitis, etc., constituyendo los lupus eritematosos sistémicos y discoides un 2%, esclerodermias sistémicas y localizadas 1%; y las patologías no reumáticas un 2%.

|   | Frecuencia  | Prevalencia (en la muestra) | Promedio de la incidencia anual |
|---|-------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Artritis Reumatoidea                        | 3111        | 45%                         | 50%                             |
| Reumatismos Partes Blandas                  | 690         | 10%                         | 10%                             |
| Osteopenias y Osteoporosis                  | 328         | 5%                          | 5%                              |
| Lupus Eritematosos Sistémicos y Localizados | 305         | 4%                          | 4%                              |
| Esclerodermias Sistémicas y Localizadas     | 141         | 2%                          | 2%                              |
| Demás Patologías Reumáticas                 | 83          | 1%                          | 1%                              |
| Demás Patologías No Reumáticas              | 1948        | 31%                         | 26%                             |
|   | 106         | 2%                          | 2%                              |
| <b>Total de casos</b>                       | <b>6712</b> | <b>100%</b>                 | <b>100%</b>                     |

**CONCLUSIÓN:** con una base de datos de estas características y el análisis estadístico de los datos, se logró obtener en forma concreta y por primera vez un relevamiento de la información que refleja la realidad de nuestra actividad en un servicio público de reumatología. A partir de este análisis se pretenden tomar medidas concretas de acción y elaborar estrategias que nos permitan mejorar la calidad de atención médica basadas en información real. Por último, creemos que este es un paso necesario para la realización de futuras investigaciones científicas.

56

### DISPOSITIVOS DE AYUDA EN ARTRITIS REUMATOIDEA

V. De Cillis<sup>1</sup>\*, S. Morinelli<sup>1</sup>, A. Pérez Dávila<sup>1</sup>, E. Scheines<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Rehabilitación Manuel Rocca, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Los dispositivos de ayuda (DA) o adaptaciones son productos (incluyendo equipo, instrumentos y software) fabricados especialmente para ser usados por personas con diferentes tipos de discapacidad. La prescripción de los DA varía de acuerdo a las dificultades o dolor que presentan los pacientes al realizar las actividades de la vida diaria (AVD) o laborales. Entre los dispositivos de baja complejidad encontramos: cubiertos adaptados, abridor de frascos, engrasadores de mangos, etc. Algunos estudios indican que la prescripción de estos dispositivos es tan utilizada en pacientes con artritis reumatoidea (AR), como lo son los ejercicios y las ortesis. Si bien las Guías Argentinas de Práctica Clínica en el Diagnóstico y Tratamiento de las AR mencionan los DA como parte del plan de acción para el abordaje del tratamiento no farmacológico, hay limitada evidencia científica acerca del conocimiento, uso y efectos que proporcionan en forma específica o aislada estos dispositivos en estos pacientes.

**OBJETIVO:** investigar en pacientes con AR el grado de conocimiento, uso y efectos de DA.  
**MATERIAL Y METODOS:** fueron ingresados pacientes con diagnóstico de AR (ACR 87) que concurren a nuestros consultorios externos. Se les administró una encuesta en donde se consignaron datos relacionados al conocimiento, adherencia, efectividad y satisfacción sobre DA. La encuesta consistió en preguntas cerradas, por ejemplo: conoce que hay DA?, le fueron indicados DA? en qué lugar ubica a los DA dentro de las terapéuticas que lo ayudan a mejorar el desempeño en AVD?, cuáles dispositivos le fueron indicados?, ha mejorado con el uso de DA?, está satisfecho con su actual rendimiento en sus AVD? El análisis estadístico se realizó con el SPSS (versión 20.0).

**RESULTADOS:** fueron entrevistados 52 pacientes, todas mujeres, cuya edad promedio fue 51 años (18-72), tiempo promedio de evolución de la AR: 14 años (1-30), DAS28: 3.9 (2.42-6.30), HAQ-A: 1.2 (0-1.5) y WAS 52 (0-60). El 66% (34/52) contestó tener conocimiento sobre DA, de estos 34 a 28 le fueron indicados los dispositivos. Los DA más indicados en la población entrevistada son cuchillos anatómicos 78%(22/28), engrasadores de mangos 50% (14/28), abridores de frascos y antideslizantes 28%(8/28), adaptador de llaves 14%(4/28). Con respecto a los efectos reportados con el uso de los DA, 71%(20/28 pac) refirieron alivio del dolor al realizar las actividades, 64% (18/28 pac) refirieron mayor seguridad y habilidad y 50% (14/28 pac) refirieron mejor fuerza muscular y ahorro de energía durante la realización de las actividades. El promedio de satisfacción en el rendimiento de las AVD con los DA (medida con escala de 0 a 10), fue levemente mayor en los pacientes que los usaron: AVD-DA X: 8±1.88 en relación a los que no utilizaron, AVD sin DA X: 7±1.51.

**DISCUSIÓN:** Los datos recolectados en esta encuesta revelan que el porcentaje de pacientes que tienen conocimiento sobre los DA no representa una mayoría. Solo conocen sobre DA cuando le son prescritos por profesionales. Nuestros datos apoyan estudios previos con respecto al tipo de DA más utilizados por los pacientes, siendo aquellos que están relacionados con las actividades en donde mayor dificultad presentan (cortar comida, abrir frascos, abrir y cerrar puertas). Los pacientes reportaron beneficios al realizar sus actividades diarias con los DA mejorando el dolor, la habilidad, seguridad, fuerza muscular y ahorro de energía. Consideramos importante la difusión de esta intervención como una herramienta más para mejorar la calidad de vida de estos pacientes como así también tener en cuenta la ventana de oportunidad o beneficios que ofrecería la utilización precoz de estos dispositivos en el tratamiento de la AR.

57

### REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL(SDRG)

R. Murciano<sup>1</sup>\*, A. Fernández<sup>1</sup>, E. Knobel<sup>1</sup>, E. Derecho<sup>1</sup>, M. Risk<sup>1</sup>, M. Gandulfo Galarza<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Velez Sarsfield, Capital Federal, Argentina  
<sup>1</sup> Itba, Capital Federal, Argentina  
 [\*] Presentador

#### Introducción

La rehabilitación adecuada y precoz es fundamental en todas las fases del SDRG, y debe formar parte desde el inicio del tratamiento; siendo el objetivo final la restauración funcional exenta de dolor. Se estima que el 20-35% de los pacientes con SDRG, presentarán grados de incapacidad y que solo el 20-30%, recuperaran su grado funcional previo al diagnóstico.

Hay pocos ensayos clínicos que demuestren la efectividad de la rehabilitación para lograr una mejor recuperación funcional.

#### Objetivos

- 1- Describir factores desencadenantes y/o pre disponentes.
- 2- Evaluar los resultados funcionales de un protocolo de rehabilitación de 3 meses de duración, en pacientes con SDRG tipo I.

#### Materiales y métodos

Fueron incluidos 51 pacientes con diagnóstico precoz de SDRG tipo I, según criterios Bruhl and Harden/ASP. Se valoraron edad, sexo, episodio nocivo desencadenante; tiempo de inmovilización, tabaquismo, dolor mediante escala análoga visual (0-10), evaluación funcional de la mano (PRESA), autonomía de la marcha mediante Clasificación Ambulatoria Funcional (CAF). Se utilizó protocolo de rehabilitación (PR), que incluyó terapia física (drenaje linfático, ultrasonido subcutáneo o tens, masoterapia suave) técnicas de desensibilización y ejercicios activos durante 3 meses.

#### Resultados

De un total de 51 pacientes 82.3% fueron mujeres, para las cuales la edad media fue 63 (13) años, y para los hombres de 48 (11). Otras variables fueron: tabaquismo 9/51(17.6%);traumatismo de miembro superior 46/51 (90%), fractura extraarticular de radio distal 23/51(45%),fractura intraarticular radiocubital distal 10/51(19.6%),fractura intraarticular radial distal 7/51(13.7%), fractura de carpo 4/51(7.8%), post operatorio de túnel carpiano 2/51 (4%); traumatismo de miembro inferior 5/51 (9.8%); fractura en el pie 1/51 (2%), fractura tercio medio fémur 1/51 (2%),fractura tibioperonea 2/51 (4%), esguince de tobillo 1/51 (2%), inmovilización 36/51(70.6%); mujer 43 días (6), hombre 40 días (19); cirugía 13/51(25.5%). No hubo diferencias estadísticamente significativas según edad, sexo, factor traumático y tiempo de inmovilización. PR: Dolor pre 9.29 (0.90) y post 1.82 (1.99) p<0.001; PRESA pre 2.85 (0.36) y post 0.07 (0.25) p<0.001; CAF pre 2.2 (0.84) y post 5.6 (0.55) p=0.001.

#### Conclusiones

Los pacientes con SDRG tipo I fueron en su mayoría mujeres mayores de edad. La fractura de radio distal fue el factor traumático desencadenante más frecuente. El protocolo de rehabilitación redujo significativamente el dolor y mejoró los parámetros de evaluación funcional.

58

### TERAPÉUTICA FONOAUDIOLÓGICA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

G. Moscardi<sup>1</sup>\*, H. Scherbarth<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> C. I. F. O. Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina  
<sup>1</sup> Unidad Reumatología H. I. G. A. Dr. Alende Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivo:** Describir como la terapéutica fonoaudiológica ayuda a mejorar la calidad de vida en los pacientes con esclerodermia, para adaptarse a la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Población: 27 mujeres y 2 varones. Edades: 33 / 79 años. Síntomas y Signos de interés Fonoaudiológico: Disonfonia, disfagia y alteraciones fonológicas. piel facial tensa y con aspecto de máscara, Cara con escasa expresividad, limitación de la apertura bucal y aparición de surcos peribucales, falta de piezas dentarias o en malas condiciones, reflujo esofágico, dificultad para tragar y/o respirar, distensión después de las comidas, alteración de la articulación temporomandibular. Desde el punto de vista fonoaudiológico en la Esclerodermia se involucran determinadas funciones REFLEJO VEGETATIVAS, de Respiración, Deglución, y Fono-articulación del lenguaje.

**La Voz:** a raíz del compromiso respiratorio, la producción de colágeno en los pliegues vocales y el reflujo gastro-esofágico, presenta como síntoma más evidente la disfonía. Se observa uso muscular inadecuado, cuyos síntomas son cansancio vocal, dolor muscular en zona de cabeza y cuello y tensión por el esfuerzo realizado para hablar. Estos factores predisponen la presencia de nódulos en los pliegues vocales, el paciente manifiesta sensación de cuerpo extraño, los secos, picazón.

**Respiración:** alteraciones en la mecánica y la dinámica respiratoria

**Deglución:** en la fase bucofaringea, se observan dificultades al masticar, triturar o tragar el alimento. Fono-articulación : se encuentran comprometidos los órganos de la articulación, generando alteraciones fono-articulatorias y de tipo resonancia, cambiando las características acústicas que tenía la voz antes de la enfermedad.

**RESULTADOS:** El 98% de los pacientes logró mejorar:

Aspecto fonológico con cambios en la articulación, favorecidos por modificaciones en el punto y modo de articulación.

La deglución desde la primera y segunda válvula se obtuvo mayor control de la fase preparatoria, mejorando el pasaje del alimento al esófago.

Disfonía: Por el colágeno instalado en sus pliegues vocales modificaron los síntomas, la coordinación fono-respiratoria, tensión, pero la disfonía mejora momentáneamente con mejor control del paciente.

**Conclusiones:** La intervención oportuna de especialista en Fonoaudiología permite concluir que es posible sostener que conociendo los cambios en el organismo provocados por la enfermedad, y con terapéutica, estrategias compensadoras y facilitadoras, modificando la manera en que el alimento pasa a la boca al esófago, redujeron la disfagia, mejoraron los síntomas fonoaudiológicos, logrando relajar musculatura perilaringea, internalizar coordinación fono-respiratoria favoreciendo la calidad de vida adaptándose a la enfermedad.

**La Disonfonia:** Por alteración del colágeno instalado en los pliegues vocales, se torna coincidente

## INTERDISCIPLINARIA: COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

S. Martini<sup>1</sup> [\*], M. Etter<sup>1</sup>, M. Rosales<sup>1</sup>, M. Sarudiansky<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Asociación Argentina Para El Estudio Del Dolor, Argentina  
 [\*] Presentador

### Introducción y objetivo:

El abordaje psicológico del dolor crónico ha tenido un gran desarrollo en las últimas décadas apoyado en un enfoque biopsicosocial de dicha problemática (1), este desarrollo se ha dado especialmente de la mano del modelo cognitivo-conductual (2), quien posee actualmente gran apoyo empírico (3, 4) y se encuentra dentro de los tratamientos recomendados en un gran número de Guías Clínicas de Tratamiento (5). En la actualidad la mayoría de las recomendaciones para el tratamiento del dolor apuntan a la aplicación de modelos multicomponentes (6), que integran estrategias psicológicas, farmacológicas, fisiológicas, del estilo de vida, etcétera. El objetivo del presente trabajo es indagar, desde la perspectiva de quienes padecen de dolor crónico, los tratamientos utilizados y su utilidad, y la integración y comunicación de los profesionales que los asisten.

### Materiales y método:

Para este estudio exploratorio, se realizó una encuesta a 110 personas que padecen de algún tipo de dolor crónico (en particular, fibromialgia, lumbalgia, artritis y migrañas). Los formularios fueron enviados a través de páginas de internet y correo electrónico, y respondidos de manera electrónica. Las variables a indagar incluyeron: a) Diagnóstico; b) Tratamientos utilizados; c) Combinación de tratamientos; d) Integración de los profesionales que aplican los tratamientos.

### Resultados:

La mayoría de los respondientes eran mujeres (96%), con un rango de edad medio de 40 a 59 años (66,7%). La mayoría había recibido el diagnóstico de Fibromialgia (83,8%). El 81,6% de los encuestados afirmaron estar tomando actualmente medicación para el reducir el dolor, de los cuales más de la mitad (66,3%) sostienen que les ayuda sólo un poco o nada. Asimismo, casi la mitad (49,5%) han realizado tratamiento psicológico por estas cuestiones, de los cuales el 46,4% afirma que lo ayuda bastante o mucho. Sin embargo, la mayoría de los encuestados (80,2%) declara que no se encuentra realizando tratamiento combinado (medicación y psicoterapia) para el manejo del dolor. Más de la mitad (65,5%) afirma que los profesionales consultados trabajaban de manera independiente (sin comunicación entre sí).

### Conclusiones:

A pesar de que las evidencias y recomendaciones de expertos que recomiendan tratamiento combinado, hay un gran número de pacientes que se encuentran realizando monoterapia. Asimismo, de los pacientes que realizaron tratamientos combinados, muchos de ellos han señalado que los profesionales no trabajan conjuntamente, por lo cual se discute si ello conforma un verdadero abordaje interdisciplinario necesario en este tipo de problemáticas de carácter biopsicosocial. Por todo ello, se desprende la necesidad de difundir los avances y desarrollos sobre los abordajes para el dolor crónico, tanto entre profesionales como en quienes lo padecen.

### Bibliografía:

- Wilma Penzo. (2000) El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Ed. Martínez Roca.
- H. Clare Phillips. (1998). El tratamiento psicológico del dolor crónico. Ed. Pirámide.
- Chambless, D., Hollon, S., (1998). Defining Empirically Supported Therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (1): 7-18.
- Chambless, D., Ollendick, T. (2001): Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology, 52, 685-716.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). 'The guidelines manual'. London: and Clinical Excellence. Disponible en: www.nice.org.uk
- Flor, H. & Turk, D. (2011). Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach. Seattle: IASP Press.

## EVALUACION ECOGRAFICA DEL SINDROME DOLOROSO DEL TROCÁTER MAYOR: TENDINOPATIA O BURSTITIS?

C. Quiroz<sup>1</sup> [\*], S. Ruta<sup>1</sup>, J. Rosa<sup>1</sup>, D. Navarta<sup>1</sup>, J. Marín<sup>1</sup>, M. Gallardo<sup>1</sup>, V. Scaglioni<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** el síndrome doloroso del trocánter mayor es un problema clínico común que puede ser provocado por diferentes patologías intraarticulares y/o periarticulares. La inflamación de la bursa trocántérica, bursitis, ha sido postulada durante mucho tiempo como la causa principal del dolor a nivel del trocánter mayor. Sin embargo, algunos estudios han puesto en duda su verdadera participación en este síndrome regional doloroso. La tendinopatía de los tendones glúteos mediano y/o menor ha sido propuesta como una causa importante de este síndrome.

**Objetivo:** evaluar la prevalencia de los diferentes hallazgos ecográficos anormales en pacientes con síndrome doloroso del trocánter mayor.

**Métodos:** se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas electrónicas de pacientes consecutivos, que fueron derivados para realizar una ecografía musculoesquelética debido a síndrome doloroso del trocánter mayor, entre enero de 2011 y febrero de 2013 en una Unidad de Reumatología. El examen ecográfico fue realizado en todos los casos por el mismo reumatólogo experimentado, usando un equipo MyLab 70 XV ( Esaote) provisto de una sonda lineal multifrecuencia de 4-13 MHz. Se investigó la presencia o ausencia de los siguientes hallazgos ecográficos anormales: 1) tendinopatía (tendinosis, calcificaciones y/o ruptura tendinosa) del glúteo mediano y/o menor, 2) bursitis trocántérica (distensión de la bursa). Además, se investigó si los pacientes habían sido sometidos a un estudio de resonancia magnética (RM) de dicha cadera dentro de los 30 días previos o posteriores a la evaluación ecográfica.

**Resultados:** se identificaron un total de 124 exámenes ecográficos del trocánter mayor, realizados en 96 pacientes (28 manifestaron síndrome doloroso bilateral del trocánter mayor). Ochenta y siete (90,6%) pacientes fueron mujeres y la edad media fue de 64,3 (DS:14,7) años. Sesenta y ocho (55%) de las ecografías fueron solicitadas por reumatólogos y las restantes por médicos generalistas, ortopedistas e internistas. La tendinopatía del glúteo mediano y/o glúteo menor como único hallazgo ecográfico anormal fue detectada en 62 de las 124 (50%) ecografías. La bursitis trocántérica como único hallazgo ecográfico anormal se encontró en 5 de las 124 (4%) ecografías. Dieciocho (14,5%) evaluaciones ecográficas mostraron una combinación de ambos hallazgos. Se encontraron calcificaciones en 12 de 80 (15%) estudios ecográficos, los cuales mostraron también signos de tendinopatía glútea. En 39 de los 124 (31,5%) estudios ecográficos no se detectaron hallazgos anormales. Veinticinco pacientes fueron evaluados además con estudio de RM de cadera. Los valores kappa no ponderados entre la ecografía y la RM para la detección de tendinopatía de los glúteos y bursitis trocántérica fue de 0,746 (IC 95%: 0,477 a 1,014) y 0,715 (IC 95%: 0,415 a 1,014), respectivamente.

**Conclusiones:** La tendinopatía del glúteo mediano y/o menor fue el hallazgo ecográfico más frecuente en pacientes con síndrome doloroso del trocánter mayor. La bursitis trocántérica fue muy poco frecuente como único hallazgo del síndrome y se asoció a tendinopatía en la mayoría de los casos. La concordancia para la detección de tendinopatía y bursitis entre la ecografía y la RM fue muy buena. Estos resultados avalan el rol de la tendinopatía de los glúteos como causa principal del dolor en pacientes con síndrome doloroso del trocánter mayor.

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA FIBROMIALGIA EN 10 CENTROS ARGENTINOS DE REUMATOLOGÍA.

J. Hofman<sup>1</sup> [\*], M. Espósito<sup>1</sup>, R. Trobo<sup>1</sup>, E. Kerzberg<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, A. Gonzalez<sup>1</sup>, A. Castelli<sup>1</sup>, L. Bermolen<sup>1</sup>, M. Lunici<sup>1</sup>, V. Ortiz<sup>1</sup>, A. Munariz<sup>1</sup>, S. Papasidero<sup>1</sup>, G. Lobeto<sup>1</sup>, I. Petcovic<sup>1</sup>, M. Vara<sup>1</sup>, D. Scublinsky<sup>1</sup>, V. Romero<sup>1</sup>, D. Ajlla<sup>1</sup>, M. Garcia<sup>1</sup>, M. Guinsburg<sup>1</sup>, M. Pissani<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>,  
 H.I.g.a.eva Peron (ex.prof. M.r.castex), San Martín, Argentina

- Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Gral. Rodríguez, Argentina
- Hospital Ramos Mejía, Caba, Argentina
- Hospital E. Tornu, Caba, Argentina
- Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
- Sanatorio Municipal Julio Mendez, Caba, Argentina
- Centro Privado De Reumatología San Luis, Argentina
- Centro Privado De Reumatología Tunuyán, Argentina
- Centro Privado De Reumatología Santa Rosa, Santa Rosa, Argentina
- Hospital Frances, Caba, Argentina
- Sociedad Argentina De Reumatología, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Diversos estudios epidemiológicos indican que entre el 2 y el 10% de la población general sufre FM, siendo 2 a 5 veces más prevalente que la Artritis Reumatoidea. Para algunos autores sería el segundo trastorno reumatológico más común. Afecta significativamente la capacidad funcional y la calidad de vida, pudiendo ser tan incapacitante como la EPOC o la Diabetes Mellitus. A la fecha no existen en nuestro país, estudios multicéntricos con el fin de conocer las características clínicas y demográficas de pacientes con FM. **OBJETIVO:** Describir las características clínicas y demográficas de pacientes con FM. **MATERIAL Y MÉTODOS:** participaron 10 centros Reumatológicos. Diseño: transversal. El registro de datos se realizó de manera estandarizada en una base de datos creada a tal fin. **POBLACIÓN:** Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con FM que reunieron los siguientes criterios de selección: pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que cumplieran criterios de clasificación del ACR 90 para diagnóstico de FM, que consultaran a reumatólogos de los centros participantes y que manifestaran su voluntad de participar en el estudio. Con exclusión de aquellos que reunieran criterios clasificatorios para alguna enfermedad reumática específica, excepto FM. Todos los pacientes fueron evaluados siguiendo una historia clínica completa prediseñada. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y las siguientes evaluaciones clínicométricas: Cuestionario de Impacto de FM revisado (FIQR), Escala de intensidad de síntomas y Cuestionario de evaluación de la salud para FM (FHAQ) cuyos resultados se analizaron en otro estudio. Análisis estadístico: Programa STATA versión 11.0. **RESULTADOS:** se evaluaron 168 pacientes de los cuales el 98% fueron mujeres. Edad Media 52,5 años (27-81), 63% etnia blanca, 65% convive en pareja (casado o en concubinato), 1% sin escolaridad, 93% algún tipo de ocupación remunerada. **Comorbilidades más frecuentes con diagnóstico establecido:** 23% tabaquista, 27% HTA, 29% DLP, 36% trastornos tiroideos, 63% insomnio. **Síndromes de sensibilización central (SSC) asociados más frecuentes, con diagnóstico previo:** 59% Cefalea Crónica Recurrente (CCR), 42% Sme. Intestino Irritable (SII), 41% Disfunción Temporomandibular (DTM) y 35% Sme. Piernas inquietas (SP). **Consultas previas:** 40% más de 4 consultas (el 85% con clínicos, el 70% con traumatólogos, 55% consulta inicial con reumatólogos). **Tratamientos recibidos:** 84% AINES, 69% Microrelajantes, 77% analgésicos, 60% ansiolíticos, 55% antidepressivos, 54% Pregabalina. **Estresores previos:** 56% 2 o más estresores previos (33% muerte de un ser querido). **Principales síntomas referidos:** Pérdida de energía 99% (n=167) Perturbación en la calidad del sueño 98% (n=165) Rigidez 97% (n=163) Síntomas de Ansiedad 97% (n=163), Hipersensibilidad a ruidos y luces 95% (n=159) Pérdida de la memoria, depresión y la Hipersensibilidad a Luces 95% (n=159) Hipersensibilidad al tacto 91% (n=153) inestabilidad 89% (n=149). El 75% sufrió acumulación de 10 de estos síntomas. **CONCLUSIÓN:** Predominó el sexo femenino, de etnia blanca y en la edad media de la vida. Más de la mitad convive en pareja y la mayoría tiene una ocupación remunerada. Por encima del 50% reconoció estresores previos. Y una gran mayoría realizó más de 4 consultas previas antes de llegar al reumatólogo. La medicación más consumida fueron AINES. La población estudiada presenta una frecuente asociación con distintos SSC, y se asoció fuertemente con acumulación de diversos síntomas.

## ESTUDIO MULTICENTRICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL E IMPACTO EN EL ESTADO GENERAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M. Espósito<sup>1</sup> [\*], J. Hofman<sup>1</sup>, E. Kerzberg<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, R. Trobo<sup>1</sup>, G. Lobeto<sup>1</sup>, V. Ortiz<sup>1</sup>, L. Bermolen<sup>1</sup>, M. Lunici<sup>1</sup>, D. Scublinsky<sup>1</sup>, M. Vara<sup>1</sup>, A. Munariz<sup>1</sup>, I. Petcovic<sup>1</sup>, S. Papasidero<sup>1</sup>, M. Guinsburg<sup>1</sup>, V. Romero<sup>1</sup>, A. Gonzalez<sup>1</sup>, A. Castelli<sup>1</sup>, M. Pissani<sup>1</sup>, D. Ajlla<sup>1</sup>, M. Garcia<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>,  
 H.I.g.a.eva Peron (ex.prof. M.r.castex), San Martín, Argentina

- Hospital Ramos Mejía, Caba, Argentina
- Hospital E. Tornu, Caba, Argentina
- Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Gral. Rodríguez, Argentina
- Sanatorio Municipal Julio Mendez, Caba, Argentina
- Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
- Hospital Frances, Caba, Argentina
- Centro Privado De Reumatología Santa Rosa, Santa Rosa, Argentina
- Centro Privado De Reumatología San Luis, San Luis, Argentina
- Centro Privado De Reumatología Tunuyán, Tunuyán, Argentina
- Sociedad Argentina De Reumatología, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Para evaluar el impacto de la Fibromialgia (FM) en el estado general, se utilizan auto cuestionarios, como el de Impacto de la fibromialgia (FIC) y el de Impacto de la fibromialgia Revisado (FIQR). Para la capacidad funcional, suelen usarse, el cuestionario para evaluación de salud (HAQ) y el cuestionario para evaluación de salud en FM (FHAQ). El FIC fue validado en varios idiomas incluyendo el español. El FIQR se desarrolló a partir del FIC. El FHAQ, de 8 ítems, se derivó del HAQ. Por su brevedad puede sustituir al HAQ para la evaluación funcional en la práctica clínica. El grupo español ICAF, elaboró su Versión del FHAQ a partir del HAQ español y demostró su validez de constructo. **Objetivo:** Evaluar el impacto global de la FM y la capacidad funcional a través de 2 cuestionarios utilizados internacionalmente: FIC y FHAQ. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Dentro del estudio multicéntrico del perfil clínico de la FM, se administró a los pacientes los cuestionarios FIC y FHAQ. **FIQR:** se llevó a cabo la traducción a nuestro idioma, teniendo en cuenta nuestros modismos y cumplimentando todos los requisitos de traducción y retrotraducción. Valores  $\geq 70$  indican enfermedad severa. **FHAQ:** se generó a partir de la versión Argentina del HAQ. Su cálculo e interpretación es similar al HAQ. En el estudio participaron 10 centros del país y se incluyeron de manera consecutiva pacientes con FM mayores de 18 años que cumplieran criterios de clasificación del ACR 90 para diagnóstico de FM, que firmaron consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que reunían criterios clasificatorios para otra enfermedad reumática específica. Análisis estadístico: Programa STATA versión 11.0. **RESULTADOS:** Se evaluaron 168 pacientes, 98% mujeres. Edad Media 52 años (27-81). Media de evolución de la FM: 75 meses (3-450). **FIQR:** valor promedio: 63,86 (17,66-100). El 33% con valores  $\geq 70$  y el 51%  $\geq 50$  a  $< 70$ . **Domnio Función:** presentaron Escalas Visuales Analógicas (EVA)  $\geq 7$ , el 82% para cargar bolsas, 68% para barrer, 60% para subir un tramo de escalera. **Domnio Impacto general:** EVA  $\geq 7$ , en el 53% para cumplir objetivos y en el 63% de los que se sintieron sobrepasados por la FM. **Domnio síntomas:** EVA  $\geq 7$ , dolor 79%, sueño alterado 68%, cansancio 65%, ansiedad 63%, hipersensibilidad a ruidos etc.: 54%, depresión 53% rigidez 53%, hipersensibilidad al tacto 49%, trastorno de memoria 47%, inestabilidad 33%. **FHAQ:** valor promedio: 1,25 (0-3) el 77% presentó un valor  $> 0,87$ . El 61% manifestó mucha dificultad para hacer tareas domésticas. **CONCLUSIONES:** El FIQR promedio fue cercano al valor de severidad y el tercio de la muestra presentó valores de impacto severo. Más del 70% presentó valor de FHAQ  $> 0,87$ , valor que en AR se asocia con discapacidad laboral. El compromiso para tareas cotidianas y autocontrolado, el sueño alterado, el cansancio y la ansiedad fueron frecuentes e intensos.

63

**QUISTE DE BAKER: UNA MANIFESTACION DE ACTIVIDAD DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA**

S. Babini<sup>1</sup>\*, E. Rae<sup>1</sup>, F. Salinas<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Privado De Comunidad, Mar Del Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

La Polimialgia Reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que compromete especialmente las estructuras periarticulares y sinoviales en la raíz de los miembros superiores e inferiores, sin embargo distintas manifestaciones distales pueden configurar el cuadro de inicio o reactivación de la enfermedad. Si bien la presencia de quistes poplíteos de Baker es conocida en distintas patologías (traumáticas, degenerativas, inflamatorias, infecciosas o tumorales), en PMR sólo hallamos un caso publicado que desarrolló pseudotromboflebitis (Br J Rheumatol 1986; 25: 130). El propósito de nuestra presentación es comunicar la presencia de quistes poplíteos en pacientes con PMR atendidos en los últimos 10 años en nuestro servicio. Se analizaron en forma retrospectiva las características de 18 pacientes que cumplan con los criterios de clasificación de Bird y además los provisorios EULAR/ACR 2.012, 14 de sexo femenino, con una edad promedio al diagnóstico de PMR de 64 años (51-85), que presentaron quistes poplíteos: con manifestaciones semiológicas en todos, ecográficas en 17, en resonancia magnética en 6 y radiológica en 3 pacientes; se halló unilateral en 11 y bilateral en 7 pacientes; 17 de ellos tuvieron síntomas: la aparición del quiste fue concomitante con el inicio de la PMR en 6 pacientes, y en igual número en rebotes y reactivaciones de la enfermedad entre 2 años a 10 años del inicio de la PMR. En la mayoría de los casos (14) la aparición del quiste fue simultáneo al resto de manifestaciones de actividad, en 4 pacientes el quiste precedió entre 20 a 30 días al cuadro de PMR, en ninguno de los pacientes apareció con la enfermedad controlada. En 6 casos reaparecieron los quistes entre 6 meses a 7 años del primer episodio. Como complicaciones del quiste 6 pacientes tuvieron una ruptura, con franca pseudotromboflebitis en 4 de ellos y en otro una disecación con edema en miembro inferior. Sólo seis pacientes tuvieron dolor y/o tumefacción de rodilla, y 4 una osteoartritis leve de rodilla. Un paciente presentó además un quiste sinovial a nivel de cadera 20 días antes del inicio de la PMR. En 5 pacientes la presencia del quiste se asoció además a manifestaciones de inflamación distal: manos edematosas, sinovitis y tenosinovitis transitorias en manos, síndrome del túnel carpiano; 2 pacientes tuvieron manifestaciones sistémicas, 1 con artritis temporal. En todos los casos hubo mejoría clínica de la PMR y del quiste con la administración de esteroides, con disminución de su tamaño clínico y ecográficamente entre los 7 días a 3 meses. Ningún paciente evolucionó clínica o seriológicamente a Artritis Reumatoide. La presencia de quistes de Baker inmediatamente antes o concomitante a la aparición de un cuadro completo de actividad de la PMR puede ser una manifestación más que evidencia el proceso inflamatorio, en algunos casos complicado con una pseudotromboflebitis.

64

**VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA Y RETRASO EN EL DIAGNOSTICO :ANALISIS DESCRIPTIVO DE 50 PACIENTES EVALUADOS EN UN HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS.**

C. Pena<sup>1</sup>\*, A. Salas<sup>1</sup>, F. Giordano<sup>1</sup>, P. Sansinanez<sup>1</sup>, M. Pera<sup>1</sup>, J. Marcos<sup>1</sup>, C. Costi<sup>1</sup>, V. Arturi<sup>1</sup>, A. Testi<sup>1</sup>, A. Vulcano<sup>1</sup>, M. Garcia<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Higa San Martin, La Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) comprenden un grupo de desórdenes autoinmunes caracterizados por el compromiso de vasos de pequeño tamaño y la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas y con amplio diagnóstico diferencial por lo cual existen demoras en el diagnóstico. Se caracterizan por su curso agresivo y elevada mortalidad de no mediar tratamiento adecuado.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas de inicio y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA. Correlacionarlas con retraso al diagnóstico.

**Pacientes y Métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva las historias clínicas de 50 pacientes que reúnan criterios ACR o Chappel Hill para granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) o granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), y pacientes con serología + para ANCA y evidencias de vasculitis sin reunir criterios de clasificación, en un periodo de 19 años. Se registraron manifestaciones clínicas de inicio, datos de laboratorio e inmunológicos. Se registro mortalidad en estos pacientes.

**Resultados:** La vasculitis más frecuente fue la granulomatosis con poliangeítis (52%), seguida por Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (20%), PAM (16%), y un 12% no reúnen criterios de clasificación. La edad media de presentación fue de 48.1 años (rango 18-77), predominando en el sexo femenino (relación 1.6/1). La media de retraso global al diagnóstico fue 8.7 meses (rango 0.5-120 y DS 18.9 meses). Las manifestaciones clínicas predominantes fueron: compromiso general (73%), pulmonar (62.5%), renal (50%), otomolarinológica ORL (52%) y neurológico (38%). Dentro de parámetros de laboratorio se destacó la anemia y trombocitosis. ERS media 72 mm/h, PCR 56 mg/l, 74% fueron positivos para ANCA, 18% negativos, 8% no pudieron determinarse. La mortalidad global fue 14%. Pérdidas de seguimiento 28%. En este grupo de pacientes, la presencia inicial de compromiso renal y renal-pulmonar se asocia a menor retraso diagnóstico, comparado con la presentación inicial ORL (3.5, vs 35.9 meses, respectivamente). Demora diagnóstica varía según tipo de vasculitis fue: GPA 11.3 meses (1-120 m DS 25.6), MPA 6.3 (1-24 m DS 7.6), EGPA 6.75 m (2-22m DS 6.9). Los pacientes ANCA positivos presentaron una media de retraso al diagnóstico de 9.5 m vs 5.6 en ANCA negativos.

**Comentario:** La poliangeítis con granulomatosis fue la vasculitis más frecuente, seguida por la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. Predominio en el sexo femenino. El compromiso pulmonar y renal se asociaron significativamente a menor retraso en el diagnóstico. Se observó menor retraso en pacientes con ANCA negativo, a diferencia de lo descrito en la literatura, posiblemente por el pequeño tamaño de la muestra.

65

**ANGEITIS LEUCOCITOCLÁSTICA CUTÁNEA**

S. Palra<sup>1</sup>, C. Drago<sup>1</sup>\*,  
<sup>1</sup>Hospital Cullen, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** Vasculitis Leucocitoclástica cutánea (VLC) fue definida por la Conferencia Internacional de Consenso de la nomenclatura de Vasculitis (Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum. 1994; 37: (2):187-92. Chapel Hill) como vasculitis cutánea aislada, sin vasculitis sistémica o glomerulonefritis.

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas, tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados como angeitis leucocitoclástica cutánea.

**Materiales y métodos:** Se revisaron 10.000 historias clínicas desde el año 1987 hasta el año 2013 del servicio de reumatología del Hospital Cullen (Santa Fe). Se incluyeron pacientes con biopsia compatible con vasculitis Leucocitoclástica cutánea. Se excluyeron pacientes con vasculitis cutánea secundaria a enfermedades del tejido conectivo, neoplasias, infecciones y vasculitis sistémicas primarias. Los pacientes con glomerulonefritis o afectación gastrointestinal también fueron excluidos. Los restantes pacientes fueron clasificados como Vasculitis Leucocitoclástica cutánea (VLC). Se evaluaron datos demográficos: Sexo, Edad de inicio de los síntomas, Tiempo de seguimiento (meses), Tiempo de evolución de la vasculitis: meses desde el comienzo de los síntomas hasta la última consulta y Demora en meses hasta el diagnóstico: meses desde el primer síntoma atribuible a la vasculitis hasta el diagnóstico. **Datos de laboratorio:** Hemograma con plaquetas (leucocitos: GB > 10.000, anemia Hb. < 13 g y Ht < 40%), VSG (aumentada > 20 mm/h/er hora), FAN (HtP-2), FR (látex) y **Tratamiento:** terapia de inicio (glucocorticoides/ Inmunosupresores/u otro fármaco utilizado), dosis, vía de administración.

**Resultados:** 35 pacientes tuvieron biopsia compatible con Vasculitis Leucocitoclástica cutánea. 24/35 fueron excluidos por constatar vasculitis secundaria a: Lupus eritematoso sistémico, Artritis Reumatoide, o por presentar síntomas de vasculitis sistémica con compromiso renal, gastrointestinal o en algún otro órgano.

**11 pacientes fueron clasificados como Vasculitis Leucocitoclástica cutánea.** (5 mujeres y 6 hombres) Edad inicio síntomas (media): 35 años ± 14.5. Tiempo de seguimiento (media): 5 meses ± 6.8. Tiempo de evolución de vasculitis (media): 9 meses ± 8.6. Tiempo de demora al diagnóstico (media): 3 meses ± 4.4. En 4 casos se encontró medicación previa como factor precipitante de la vasculitis (3 antibióticos y 1 antiinflamatorio no esteroide). Las principales manifestaciones fueron: cutáneas en todos los casos (púrpura, mácula, nódulos, petequias) y musculo esqueléticas (mialgias, artralgias, artritis) en 6/11 y sistémicas (fiebre) en 4/11. Cuatro ptes presentaron VES aumentada, 3 leucocitosis y 2 anemia. Cinco pacientes no recibieron tratamiento y los demás pacientes fueron medicados con: colchicina, corticoide y azatioprina. Ningún paciente presentó recaídas durante el seguimiento.

**Conclusión:** Vasculitis Leucocitoclástica es generalmente un síndrome benigno. Acorde a lo descrito en la literatura, las manifestaciones cutáneas y musculo esqueléticas fueron las más frecuentes en estos pacientes, identificándose un factor precipitante en el 36 % de los casos (medicación previa).

El tratamiento instituido consistió en: colchicina, corticoide y en un solo caso azatioprina.

66

**VASCULITIS SISTÉMICA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA). CARACTERÍSTICAS GENERALES Y TRATAMIENTO.**

M. Caputo<sup>1</sup>\*, Y. Bottinelli<sup>1</sup>, M. Iriarte Padula<sup>1</sup>, M. Berra<sup>1</sup>, H. Casas<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Nacional A. Posadas, El Palomar, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento de pacientes con vasculitis sistémica asociada a ANCA atendidos en un Hospital Público.

**Introducción:** Las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA incluyen a la granulomatosis con poliangeítis (Wegener) (GPA), la poliangeítis microscópica (MPA) y la poliangeítis eosinofílica con granulomatosis (Churg-Strauss) (EGPA). Se caracterizan por la presencia de inflamación necrotizante de la pared vascular de los vasos pequeños, y por la presencia de ANCA en más del 90% de los casos.

**Materiales y métodos:** Se realizó el análisis retrospectivo de las historias clínicas de 67 pacientes con vasculitis sistémica asociada a ANCA atendidos en nuestro Hospital durante 15 años, entre junio de 1998 y junio de 2013. El diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA y su clasificación se realizó de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR), del consenso de Chapel Hill de 2012 y al algoritmo de Watts. Se analizaron los datos de los pacientes consignando sexo, edad al diagnóstico, formas clínicas de presentación, manifestaciones iniciales, tiempo de seguimiento y tratamiento. La categorización de la enfermedad en cada paciente, se estableció de acuerdo a la clasificación del Grupo Europeo de Estudio de Vasculitis (EUVAS). En todos los casos se realizó la determinación de ANCA por inmunofluorescencia indirecta (IFI) y de anti-mieloperoxidasa (anti-MPO) y anti-proteína 3 (anti-PR3) por ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA).

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes con vasculitis sistémica asociada a ANCA: 31 con MPA (46%), 28 con GPA (42%) y 8 con EGPA (12%). El tiempo promedio de seguimiento fue de 58.51 ± 40.7 meses y la distribución por sexo de 40 mujeres (60%) y 27 hombres (40%), con edad promedio al diagnóstico de 53 (15-80) años. Los pacientes con GPA, tuvieron menor edad al diagnóstico comparados con los pacientes con MPA (p=0.014). La categorización de la enfermedad de acuerdo al grupo EUVAS fue: localizada 3 (2%), sistémica temprana 10 (7%), generalizada 29 (19%), grave 25 (17%) y refractaria 17 (11%) pacientes. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes fueron: renales 36 (54%), pulmonares 22 (33%), 16 pacientes con síndrome pulmón-riñón y 1 con hemorragia alveolar aislada, otorrinolaringológicas 20 (30%) y del sistema nervioso periférico 16 (24%). La determinación de ANCA fue positiva en 66 pacientes. Con el test de ELISA, se detectaron 37 pacientes anti-MPO y 22 anti-PR3 positivos y 8 negativos para los dos anticuerpos.

Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con glucocorticoides, 56 con ciclofosfamida, 4 con azatioprina, 3 con metotrexate y 4 con ciclofosfamida y plasmaféresis. Los pacientes con recaídas se trataron con dosis altas de glucocorticoides, ciclofosfamida y micofenolato. En el grupo de pacientes refractarios, 6 recibieron rituximab y 1 plasmaféresis. El compromiso renal fue la manifestación más frecuente: MPA (81%), GPA (44%) y EGPA (38%), con requerimiento de hemodilísis crónica en el 45% (14/31) de los pacientes. La mortalidad observada fue de 12% (8/67), de los cuales el 63% se encontraba en hemodilísis crónica (2 pacientes por intercurencia infecciosa y 3 por enfermedad refractaria) y los 3 restantes con fibrosis pulmonar y enfermedad refractaria. Conclusiones: En nuestra serie observamos un predominio de sexo femenino y una prevalencia similar de GPA y MPA, a diferencia de lo referenciado en la bibliografía. La edad promedio al diagnóstico en el grupo GPA fue menor que la encontrada en otras series. El compromiso renal fue la manifestación más frecuente con requerimiento de diálisis crónica en el 45% de los pacientes. La mortalidad observada fue mayor en este grupo. Las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA constituyen un grupo de enfermedades infrecuentes pero con elevada morbimortalidad pese a los tratamientos actuales.

## 67 EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA.

M. Esquivel<sup>1</sup>\*, Hospital Ricardo Gutierrez, Argentina  
\* Presentador

**OBJETIVOS.** Comparar rituximab con el tratamiento estándar de las Vasculitis Asociadas a ANCA, en cuanto a: remisión, recaídas y seguridad.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó una búsqueda en PUBMED y COCHRANE con los siguientes términos: "rituximab ANCA vasculitis". Se encontraron dos estudios controlados y randomizados (ECR) que comparan la eficacia y seguridad de rituximab, con ciclofosfamida seguida de azatioprina como grupo control (RAVE y RITUXVAS), y cuyos datos fueron analizados desde el inicio hasta 24 meses; y un ERC que compara la eficacia y seguridad como terapia de mantenimiento de rituximab contra azatioprina, en pacientes que ya habían logrado la remisión con tratamiento estándar de ciclofosfamida, corticoides y/o plasma (MAINRITSAN), y cuyos datos se analizaron 22 meses después de alcanzada la remisión.

Las variables analizadas fueron: inducción de la remisión (a los 6 meses de tratamiento), mantenimiento de la remisión (a los 12 meses desde el inicio del tratamiento), número de pacientes con recaídas graves, efectos adversos graves y muerte (hacia el final de los estudios).

Se analizaron un total de 358 pacientes, que se clasificaron en tres grupos:

- 132 pacientes que recibieron rituximab como tratamiento de inducción (99 RAVE, 33 RITUXVAS).
- 168 pacientes que recibieron tratamiento de inducción estándar (98 RAVE, 11 RITUXVAS y 59 MAINRITSAN).
- 58 pacientes que recibieron tratamiento de inducción estándar seguido de rituximab como mantenimiento (58 MAINRITSAN).

Con los datos obtenidos se realizó un meta-análisis utilizando el método de M-H con el modelo de efecto fijo y calculándose el riesgo relativo con un IC de 95%.

**RESULTADOS.** La inducción de la remisión fue alcanzada por 100 pacientes de 132 que recibieron rituximab, y 71 de 109 del grupo control (RR 1.11 IC 0.94-1.31). La remisión sostenida se logró en 84/132 pacientes del grupo rituximab contra 69/109 del grupo control (RR 0.96 IC 0.79-1.17). Con respecto al número de pacientes que presentaron recaídas graves después de la remisión, en una primera instancia se comparó inducción con rituximab contra ciclofosfamida/azatioprina (RAVE y RITUXVAS) encontrándose una relación no significativa (RR 0.90 IC 0.44-1.86). Después se comparó mantenimiento con rituximab (MAINRITSAN) con todos los que recibieron azatioprina 27/140 (RAVE, RITUXVAS) y MAINRITSAN: 3/58 pacientes con rituximab presentaron recaídas graves luego de la remisión contra 27/140 del grupo azatioprina, hallándose una relación estadísticamente significativa (RR 0.2 IC 0.06-0.67 p 0.025). No hubo diferencia significativa entre el grupo experimental y el control en el número de pacientes que sufrieron efectos adversos graves (RR 1.2 IC 0.97-1.64) y éstos no aumentaron al agregarse el tratamiento de mantenimiento con rituximab (RR 1.10 IC 0.79-1.53). Tampoco se halló una diferencia significativa en el número de muertes al comparar ambos grupos (RR 0.77 IC 0.27-2.15).

**CONCLUSIÓN.** No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la inducción de la remisión ni a la remisión sostenida. Si se encontró una diferencia significativa a favor de rituximab para la prevención de las recaídas graves cuando se utilizan dosis de mantenimiento. El tratamiento de mantenimiento con rituximab no aumentó el número de pacientes con efectos adversos graves. Por lo tanto, rituximab no es inferior al tratamiento estándar para inducir la remisión y sí es superior para evitar las recaídas en las Vasculitis asociadas a ANCA cuando se utilizan dosis de mantenimiento, sin empeorar los índices de seguridad.

## 68 a VASCULITIS DE PEQUEÑOS VASOS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI CITOPLASMA DE NEUTROFILOS. ESTUDIO CLÍNICO Y DE SOBREVIVIDA DE UNA COHORTE DE 84 PACIENTES SEGUIDA EN UN UNICO CENTRO

V. Scaglioli<sup>1</sup>\*, M. Scolnik<sup>1</sup>, J. Marin<sup>1</sup>, M. Bravo<sup>1</sup>, J. Zaccaria<sup>2</sup>, E. Catay<sup>1</sup>, G. Greloni<sup>2</sup>, C. Varela<sup>2</sup>, O. Carballa<sup>2</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio De Clínica Médica, Hospital Italiano De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Servicio De Nefrología, Hospital Italiano De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
<sup>3</sup> Laboratorio Central, Área Inmunología, Hospital Italiano De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

\* Presentador

**Introducción y objetivos:** La epidemiología de las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA no es del todo conocida y los datos reportados son variables de acuerdo a la región geográfica estudiada. Existen pocos datos al respecto publicados en Latinoamérica. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, serológicas y la evolución de pacientes con vasculitis ANCA (anticuerpos anti citoplasma de neutrófilo) seguidos en nuestro hospital.

**Material y métodos:** se revisaron las historias clínicas electrónicas del período 2000-2013 de los pacientes que presentaban como diagnóstico Granulomatosis de Wegener o Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), Churg Strauss o Granulomatosis con poliangeítis y eosinofilia (GPAE), Poliangeítis Microscópica (PAM) o vasculitis, así también como las de aquellos pacientes que presentaban ANCA positivo por inmunofluorescencia o anticuerpos anti-proteínaasa 3 o anti-mieloperoxidasa por ELISA en la base de laboratorio del hospital. Se incluyeron aquellos que cumplían criterios diagnósticos de vasculitis asociadas a ANCA (Chapel Hill 2012).

**Resultados:** se incluyeron un total de 84 pacientes (GPA n=34, PAM n=12, GPAE n=14, Vasculitis limitada a riñón (VLR) n=24). La distribución por sexo, edad al diagnóstico, positividad de anticuerpos, tipo de compromiso clínico inicial, progresión a insuficiencia renal y diálisis, mortalidad, recaídas luego de la inducción y remisión se resumen en la tabla n. 1. El tiempo mediano de seguimiento fue de 3,9 años (RQ: 1,2-7,8).

El tratamiento de inducción de elección fue la ciclofosfamida (CYC) en el 78,6% (n=66) de los pacientes (38 CYC endovenosa y 28 CYC vía oral). Nueve pacientes murieron (11%). La supervivida global de la enfermedad a 10 años fue del 85% (IC 95% 71-93).

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COHORTE

|                              | GPA (n=34) | PAM (n=12) | GPAE (n=14) | VLR (n=24) |
|------------------------------|------------|------------|-------------|------------|
| Mujeres, n (%)               | 20 (58,8)  | 10 (83,3)  | 11 (78,6)   | 17 (70,8)  |
| Edad al diagnóstico, mediana | 58,4       | 65,7       | 60,9        | 66,3       |
| ANCA C +, n (%)              | 26 (78,8)  | 1 (8,3)    | 2 (15,4)    | 2 (8,3)    |
| ANCA P +, n (%)              | 3 (9,1)    | 10 (83,3)  | 6 (42,3)    | 21 (87,5)  |
| Compromiso inicial, n (%)    |            |            |             |            |
| Pulmonar                     | 21 (61,7)  | 4 (33,3)   | 2 (14,2)    | 0          |
| Asma                         | 0          | 0          | 9 (64,3)    | 0          |
| Riñón                        | 18 (52,9)  | 8 (66,7)   | 4 (28,6)    | 23 (95,8)  |
| Pulmón/Riñón                 | 3 (8,8)    | 3 (25,0)   | 0           | 0          |
| Fabril/Constitucional        | 12 (35,3)  | 1 (8,3)    | 4 (28,6)    | 15 (62,5)  |
| Vía aérea superior           | 23 (67,6)  | 1 (8,3)    | 8 (57,1)    | 1 (4,2)    |
| SNP                          | 2 (5,9)    | 6 (50,0)   | 6 (42,8)    | 0          |
| Articular                    | 7 (20,6)   | 0          | 2 (14,2)    | 3 (12,5)   |
| Ocular                       | 4 (11,8)   | 0          | 0           | 0          |

## 68 b

|  | 9 (26,5)  | 2 (16,7)  | 2 (14,2) | 15 (62,5) |
|--|-----------|-----------|----------|-----------|
| IRC, n (%)                                 | 9 (26,5)  | 2 (16,7)  | 2 (14,2) | 15 (62,5) |
| ERT, n (%)                                 | 4 (11,8)  | 0         | 1 (7,1)  | 3 (12,5)  |
| Remisión luego de inducción, n (%)         |           |           |          |           |
| No   |           |           |          |           |
| Parcial                                    | 7 (20,6)  | 1 (8,3)   | 1 (7,1)  | 4 (16,7)  |
| Completa                                   | 10 (29,4) | 6 (50,0)  | 8 (57,1) | 8 (33,3)  |
| Actualmente en inducción                   | 15 (44,1) | 4 (33,3)  | 4 (28,6) | 11 (45,8) |
| 2 (5,9)                                    | 1 (8,3)   | 1 (7,1)   | 1 (4,2)  |           |
| Recaídas                                   | 13 (39,4) | 4 (33,3)  | 7 (50,0) | 4 (16,6)  |
| Duración de la enfermedad, media años (DS) | 5,5 (6,1) | 2,8 (2,3) | 4 (2,9)  | 4,1 (3,8) |
| Muerte bajo nuestra atención               | 3 (8,8)   | 3 (25)    | 1 (7,1)  | 2 (8,3)   |

**Conclusiones:** La GPA fue la vasculitis asociada a ANCA más frecuente en nuestra cohorte y observamos un alto porcentaje de pacientes con VLR, en donde se observó una mayor progresión a IRC en comparación con el resto de las vasculitis (p=0,008 vs GPA). La ciclofosfamida fue el fármaco más comúnmente utilizado como tratamiento de inducción. Se observó una buena supervivida a 10 años, similar a la reportada por otros autores. Un alto porcentaje de pacientes presento recaídas de la enfermedad luego de haber alcanzado la remisión completa y un porcentaje menor no logro la remisión luego de la fase de inducción.

## 69 a ARTERITIS DE TAKAYASU: ESTUDIO MULTICENTRICO.

M. Colazo<sup>1</sup>\*, L. Encinas<sup>1</sup>, N. Benzaquen<sup>1</sup>, E. Miretti<sup>1</sup>, M. Haya Salinas<sup>1</sup>, A. Alvarezellos<sup>1</sup>, M. Fiorentino<sup>1</sup>, A. Tabares<sup>1</sup>, F. Ceiro<sup>1</sup>, V. Saurit<sup>1</sup>, L. Lama<sup>1</sup>, S. Paura<sup>1</sup>, Bedoya<sup>2</sup>, E. Albiero<sup>2</sup>, P. Alba<sup>2</sup>, M. Schimid<sup>3</sup>, A. Albiero<sup>4</sup>, F. Cecotto<sup>5</sup>, M. Apaza<sup>6</sup>, A. Bertolli<sup>7</sup>, M. Rama<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Hospital Privado De Cordoba, Cordoba, Argentina

<sup>2</sup> Instituto Modelo De Cardiología, Argentina

<sup>3</sup> Hospital M.J Cullen, Argentina

<sup>4</sup> Hospital Cordoba, Argentina

<sup>5</sup> Centro De Rehabilitación, Argentina

<sup>6</sup> Clínica Reyna Fabiola, Argentina

<sup>7</sup> Hospital De Niños - Cordoba, Argentina

\* Presentador

**Introducción:** La Arteritis de Takayasu (AT) constituye una vasculopatía granulomatosa de evolución crónica y de etiología desconocida que afecta el cayado aórtico y sus ramas principales. Prevalencia, 0,8-1,6/1 millón hab./año y afecta fundamentalmente a mujeres entre 10-40 años. La presentación clínica es variable. Las alteraciones de la arquitectura vascular comprobadas a partir de estudios de imágenes constituyen el Gold-estándar para el diagnóstico. El tratamiento se basa principalmente en el uso de inmunosupresores, requiriendo en algunos casos angioplastia transluminal percutánea y revascularización quirúrgica.

**Objetivos:**

- Determinar las características clínicas, de laboratorio y tratamiento de los pacientes con AT.
- Evaluar la probable asociación entre las características demográficas, clínicas, de laboratorio y tratamiento al diagnóstico con la presencia de crisis recurrente.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico. Se analizaron 22 pacientes con diagnóstico de Arteritis de Takayasu (Criterios ACR 1990) mediante la evaluación de historias clínicas provenientes de 5 centros. Las variables estudiadas fueron: demográficas, clínicas, de laboratorio, estudios de imágenes y tratamientos.

Se realizó comparación de las variables categóricas con test exacto de Fisher y de las variables cuantitativas por test T o test Mac whitney según correspondía.

**Resultados:**

Se incorporaron 22 pacientes, de los cuales 21 Fueron mujeres (95,5 %). Edad promedio 33 ± 14,2 años. Ninguno de los pacientes presentó enfermedad autoinmune asociada. La demora diagnóstica: Mediana 4,5 meses (1-49). Manifestaciones clínicas que presentaron : Claudicación de MMSS 11/22 (50 %), Claudicación de MMII 8/22 (36,4 %), Accidente cerebrovascular / Accidente isquémico transitorio 5/22 (22,7 %), Cefaleas 5/22 (22,7 %), Angor y HTA (22,7 %), Insuficiencia renal 1/22 (4,5 %), HTA Reno vascular 2/22 (9,1 %), Parámetros de fase aguda: VSG elevada > 20 en 18/22 (82 %), PCR elevada > 0,6 10/15 (67 %).

Tipo de Lesión vascular: Estenosis 13/22 (59,1 %), Oclusión 5/22 (22,7 %), Oclusión y estenosis 3/22 (13,6%), Oclusión, estenosis y aneurisma 1/22 (4,5%). Los vasos afectados fueron: Subclavia Izquierda 11/20 (55 %), Subclavia Derecha 11/20 (55 %), Ao descendente 3/20 (15 %), Ao Ascendente 2/20 (10 %), Coronaria 1/20 (5 %).

Clasificación angiográfica: tipo V 13/19 (68,4 %), tipo II a 3/19 (15,8%), tipo II b: 2/19 (10,5 %), tipo IV 1/19 (4,5 %).

Durante su evolución, los pacientes fueron tratados con: Corticoides 22/22 (100 %), MTX 14/21 (66,7%), Ciclofosfamida 2/21 (9,5 %), Azatioprina 3/21 (14,3%), Biológicos 2/21 (9,5%).

Pacientes sin recurrencia: 8/22 (36,4%). Recurrencia: 14/22 (63,6%) 1 crisis 7/22 (31,8%), 2 crisis 6/22 (27,3%), 4 crisis 1/22 (4,5 %). Solo en un paciente se observó cambio en el territorio vascular afectado en relación al inicio de su enfermedad.

Comparación entre los pacientes que no tuvieron crisis y los que presentaron 1 o más.

69  
b

|                                     |                   |                        |                       |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|
|                                     | Sin crisis (8/22) | 1 o más crisis (14/22) | P                     |
| Sexo femenino n(%)                  | 8 (100%)          | 13 (92.9)              | 1                     |
| edad m+/- DS                        | 39.8 ±10.1        | 28.7 ± 14.9            | 0.07                  |
| DBT                                 | APP               | n(%)                   | 1 (12.5) 1 (7.1) 0.46 |
| Negativo                            | 6 (75)            | 12 (85.7)              | 0.46                  |
| TBC                                 | 1 (12.5)          | 0                      | 0.46                  |
| Otros                               | 0                 | 1 (7.4)                | 0.46                  |
| Meses demora dx M (RIQ)             | 3.5 (0.25-50.5)   | 6.5 (1-25)             | 0.68                  |
| Claudicación MMII n (%)             | 4 (50)            | 4 (28.6)               | 0.38                  |
| Claudicación MMSup n(%)             | 3 (37.5)          | 8 (57.1)               | 0.66                  |
| Sint constitucionales n(%)          | 6 (75)            | 8 (57.1)               | 0.64                  |
| Sint neurológicos n(%)              | 5 (62.5)          | 10 (71.4)              | 1                     |
| Sint respiratorios n(%)             | 1 (12.5)          | 4 (28.6)               | 0.61                  |
| Sint Cardiovasculares n(%)          | 6 (75)            | 10 (71.4)              | 1                     |
| Sint renales n(%)                   | 0                 | 3 (21.4)               | 0.27                  |
| Sint digestivos n (%)               | 0                 | 1 (7.1)                | 1                     |
| C4 m ± DS                           | 20 ± 4.3          | 35.2 ± 12.72           | 0.09                  |
| C3 m± DS                            | 120 ± 34.8        | 171 ± 52.5             | 0.18                  |
| Plaquetas m ± DS                    | 220000 ±66720     | 319692 ±102508         | 0.06                  |
| GB m ± DS                           | 7042 ± 2413       | 8285 ± 2320            | 0.26                  |
| Hto m±DS                            | 37.7 ±2.9         | 32.2 ± 8.8             | 0.25                  |
| VSG >20 n(%)                        | 5 (62.5)          | 13 (92.9)              | 0.11                  |
| PCR >0.6 n(%)                       | 3 (60)            | 7 (70)                 | 1                     |
| ANA + n(%)                          | 0                 | 2 (28.6)               | 1                     |
| ENA + n(%)                          | 0                 | 1 (14.3)               | 1                     |
| Clasificación angiográfica tipo Ila | 1 (12.5)          | 2 (18.2)               | 0.39                  |
| Clasificación angiográfica tipo IIB | 0                 | 2 (18.2)               | 0.39                  |
| Clasificación angiográfica tipoIV   | 1 (12.5)          | 0                      | 0.39                  |
| Clasificación V angiográfica tipo   | 6 (75)            | 7 (63.6)               | 0.39                  |
| Corticoides n(%)                    | 8 (100)           | 14 (100)               |                       |
| MTX n(%)                            | 5 (71.4)          | 9 (64.3)               | 1                     |

69  
c

Conclusión:  
La mayoría de los pacientes presentan como clínica inicial claudicación de MMSS. Los vasos más afectados son las Subclavas y los reactivantes de fase aguda están elevados en más de la mitad de los pacientes. Todos los pacientes recibieron inmunosupresión. No hay relación estadísticamente significativa entre los parámetros clínicos, ni de laboratorio con la presencia de recurrencia de la enfermedad. De los pacientes que presentaron más de una crisis, solo uno presentó compromiso de otra área vascular.

70

**VASCULITIS SECUNDARIA DE SNC EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

L. Arechaga<sup>1</sup>\*, M. Barzola<sup>1</sup>, S. Meiorin<sup>1</sup>, G. Espada<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Niños Ricardo Gutierrez, Caba, Argentina  
[\*] Presentador

Las vasculitis del SNC constituyen una enfermedad inflamatoria que afecta a pequeños o grandes vasos, considerándose "primaria" si se presenta como manifestación aislada del SNC o "secundaria" en el marco de una enfermedad sistémica. Puede presentarse con un espectro variable de síntomas y signos, de diferente gravedad e intensidad. Muchas veces este compromiso puede ser subestimado y poco evaluado dentro del cuadro clínico de una enf. inflamatoria. Estas entidades son de grave evolución si no se enfatiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. **Objetivo:** Describir las características clínicas y terapéuticas de ptes pediátricos con vasculitis secundarias de SNC. **Ptes y métodos:** Análisis retrospectivo de HC de ptes con vasculitis secundaria de SNC atendidos en Reumatología desde el año 2000. Se examinaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y terapéuticos, según metodología sistemática aplicada al estudio de esta entidad (imágenes: LCR y biopsia). **Estadística descriptiva. Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes con vasculitis secundaria de SNC, 3 varones (60%), con edad X al Dx 7.1 años ( 6 meses-11 años ) y tipo X de seguimiento 4,11 años ( 4 meses-9.3 años). En 4 casos la vasculitis fue secundaria a ETC: Panarthritis Nodosa (PAN), Esclerodermia Localizada Mixta (EL), Enfermedad Infecciosa del Tejido Conectivo (ETC) y Púrpura de Schönlein Henoch (PSH), mientras que en un niño la desarrolló en el contexto de una meningitis bacteriana (S. Pneumoniae). En 2/4 ptes con enf. inflamatoria, la afección de SNC apareció luego de 1,1 y 6 años desde el inicio de la enf. La forma de presentación prevalente fue el déficit motor focal transitorio en 4/5 ptes ( 80%). El análisis citoquímico del LCR fue patológico (hipercelularidad e hiperproteínoorraquia) en 2/5 ptes (40%). Respecto de las imágenes, AngioRMN de cerebro se realizó en 4 casos, mostrando compromiso de grandes vasos en 3 ptes (hipoflujo y arterias arrosariadas en los territorios comprometidos). Todos los niños mostraron RMN de cerebro patológicas (imágenes hipertensas en T2 y FLAIR). Biopsia cerebral se efectuó sólo en la pte con Esclerodermia (infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular con compromiso de pared vascular). Todos los ptes recibieron terapia inmunosupresora, inducción con Ciclofosfamida (CFM) EV mensual, a excepción del niño con meningitis bacteriana (solo corticoides). Como droga de mantenimiento se utilizó Micofenolato Mofetil (MMF), droga bajo la cual una pte presentó recaída de la enfermedad neurológica.

| Pte              | 1  | 2   | 3   | 4  | 5  |
|------------------|--|---|---|--|--|
| Sexo/Edad (años) | M/8  | F/11  | M/8   | F/8  | M/0,5  |
| Diagnóstico      | PAN  | Esclerodermia   | PSH   | EITC   | Meningitis   |
| C. Clínico       | Déficit focal  | Cefalea, déficit focal, D. cognitivo  | Conv focal, D. cognitivo  | Cefalea, déficit focal                         | Convulsión y déficit focal                                     |
| RMN              | Lesión focal hiperintensa en T2 en anterior de tálamo derecho sin refuerzo con contraste | Lesiones nodulares hiperintensas T2 frontal, parasagital y occipital, realzan con contraste | Lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR región cortical frontal izquierda sin realce | Lesiones hiperintensas dispersas en T2 y FLAIR | Colección subdural frontal, área de isquemia territorio de ACM |
| Angio RMN        | Caída de señal de flujo en A. S liviana izq.   | A. cerebral media y anterior arrosariadas   | NORMAL  | -  | Caída de flujo A. cerebral media izq                           |
| LCR              | -  | Hipercelularidad (PMN) hiperproteínoorraquia, aumento presión de apertura                   | NORMAL  | NORMAL   | Hipercelularidad (PMN) hiperproteínoorraquia, hipoglucemia     |
| Biopsia SNC      | -  | Infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular con compromiso de pared vascular          | -   | -  | -  |
| Tratamiento      | CFM- MMF   | CFM- MMF  | CFM- MMF  | CFM- MMF                                       | Corticoides  |

**Conclusión:** En nuestra serie de ptes con vasculitis de SNC, la mayoría de los casos fueron secundarios a ETC. Las manifestaciones motoras focales fueron la forma prevalente de presentación y todos los ptes presentaron imágenes de SNC patológicas mostrando el compromiso de vasos de gran calibre. Bajo tratamiento inmunosupresor (CFM + MMF) solo una pte presentó recaída de su enfermedad. La sospecha temprana de esta entidad y el tratamiento adecuado son indispensables para limitar el impacto devastador de la enfermedad en el niño y la familia.

71

**CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACION AMBULATORIA CON DOLOR GENERALIZADO**

C. Crow<sup>1</sup>\*, I. Brunke<sup>1</sup>, A. Nitsche<sup>1</sup>, C. Asnal<sup>1</sup>, P. Pucci<sup>1</sup>, C. Amitrano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Aleman, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**objetivo:** caracterizar a una población de pacientes con dolor generalizado  
**Materia**l y métodos: estudio descriptivo, transversal (encuesta), a una población de pacientes que asistieron a una charla gratuita abierta a la comunidad sobre dolor generalizado. Se solicitó a los concurrentes en forma voluntaria y anónima responder una encuesta escrita donde se interrogaba sobre edad, sexo, situación laboral, dolor generalizado, fibromialgia, características personales y familiares, diagnósticos, factores desencadenantes y tratamiento  
**Resultados:** concurren 120 personas, 98 respondieron la encuesta, se obtuvieron los siguientes datos: edad promedio 59,47 años, mujeres: 92. En 69 casos un médico había diagnosticado FM, 16 personas (13 mujeres y 3 varones) no refirieron dolor. Un 51% refirió no trabajar actualmente. Un 50% refirió dolor de más de 5 años de evolución previo al diagnóstico de FM. Un 46.9% refirió varios desencadenantes (los más frecuentes fueron: duelo; 26, problemas laborales: 18, problemas económicos: 13, asalto: 12, ninguno: 10). Una mediana de 4 profesionales fueron consultados antes del diagnóstico de FM, 61,2% reciben tratamiento farmacológico actualmente (antidepresivos: 13, pregabalina 11, antidepresivos + pregabalina: 15, otros: 21, sin tratamiento: 21, 4%. Reciben atención psiquiátrica: 38, y psicológica: 28, refirieron intolerancia al tratamiento con medicamentos: 27, el 62,2% cumplen indicaciones médicas. El promedio de síntomas somáticos fue 11,4. Realizan actividad física: 37,7%. En 19 casos refirieron un familiar con diagnóstico de FM, y en 30 casos de otra enfermedad inmunológica. 10 individuos refirieron además otra enfermedad reumática. 48 refirieron una alteración psiquiátrica como depresión, ansiedad y pánico.  
Respecto al tratamiento farmacológico: Solo 3 refirieron estar asintomáticos, mucho mejor: 8; bastante mejor: 20; poco alivio: 23; muy poco: 13; y nada: 8.

**Conclusión:** el dolor generalizado estuvo presente en un 83% de la población, en la mitad de los casos durante más de 5 años, previo al diagnóstico de FM. En 46% se identificaron varios eventos desencadenantes, los más frecuentes, duelo y problemas laborales. 48 pacientes refirieron síntomas de depresión, ansiedad y pánico. Solo 62,2% cumplen con las indicaciones médicas. Más de la mitad de los pacientes no mejoraron con el tratamiento médico. Solo 3, refirieron estar asintomáticos. Estos resultados coinciden con lo reportado por la literatura, siendo frecuente la insatisfacción tanto de pacientes como de médicos por la escasa respuesta al tratamiento.

72

**ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR DIFUSA Y ANTICUERPOS ANTISINTETASA**M. Alberti<sup>1</sup>\*, F. Paulin<sup>2</sup>, F. Caro<sup>1</sup>, M. Fernández<sup>1</sup>, L. Ferrero<sup>3</sup>, V. Paolini<sup>3</sup>,<sup>1</sup> Hospital De Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", Barracas, Argentina<sup>2</sup> Hospital General De Agudos "Juan A. Fernández", Argentina<sup>3</sup> Hospital General De Agudos "Carlos G. Durand", Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Describir las características clínicas, funcionales, serológicas y tomográficas de ocho pacientes que presentan enfermedad intersticial pulmonar difusa asociada a la presencia de anticuerpos anti RNA 1 sintetasa.

**Métodos:** De la totalidad de pacientes evaluados en el consultorio especializado en enfermedades pulmonares intersticiales difusas (Consultorio EPID) en el periodo de marzo 2012 a junio 2013; se le realizó a once pacientes detección de anticuerpos anti RNA1 sintetasa por presentar hallazgos clínicos compatibles con este síndrome o FAN positivo con patrón citoplasmático. Los anticuerpos testeados fueron JO1, PL 7, PL12 juntos a otros anticuerpos miospecíficos: SRP y M2 mediante la técnica de inmunoensayo lineal en el Hospital Durand a través del Servicio de Inmunología.

**Resultados:** De los once pacientes seleccionados ocho presentaban perfil inmunológico positivo para anticuerpos anti RNA1 sintetasa, seis de ellos JO1, uno PL 12 y otro paciente con positividad para PL 7 y SRP. Cinco pacientes eran de sexo femenino con una mediana de edad al momento de la evaluación de 54 años. Siete pacientes presentaron al momento del diagnóstico síntomas compatibles con enfermedad intersticial pulmonar, y solo uno se presentó exclusivamente con síntomas sistémicos. En cuanto a las manifestaciones clínicas que componen el síndrome antisintetasa, los hallazgos fueron los siguientes: enfermedad pulmonar intersticial n° 8, compromiso articular n° 7, manos de mecánico n° 4, fenómeno de Raynaud n° 3, fiebre n° 2 y miositis n° 4. Al momento de la evaluación inicial cinco pacientes presentaban disnea G 2 mMRC, dos pacientes G3 mMRC y un paciente disnea G1 mMRC. En el examen funcional respiratorio: cuatro pacientes tenían trastorno ventilatorio restrictivo, la mediana de capacidad vital forzada como porcentaje del valor teórico (CVF%) fue de 85 (Máximo=106% - Mínimo=45%) y de difusión de monóxido de carbono como porcentaje del valor teórico (DLCO%) de 46 (Máximo= 83% - Mínimo= 30%). La mediana de metros recorridos en el test de la caminata fue del 74% del esperado, con mediana en la saturación inicial de 97% (Máximo=98% - Mínimo= 94%) y saturación final de 88 % (Máximo= 95 % - Mínimo= 73%). Se realizó tomografía computada de alta resolución de tórax a todos los pacientes, los hallazgos fueron inconsistentes para NIU (neumonía intersticial usual en cinco), NIU posible en dos y solo un paciente presentó tomografía típica de NIU. En cuatro pacientes se realizó biopsia quirúrgica con diagnóstico de Neumonía Intersticial no Específica.

**Conclusión:** El síndrome antisintetasa se describe dentro del espectro de las miopatías inflamatorias. A pesar de esto, el hallazgo de miositis no se evidenció en la totalidad de los pacientes evaluados. Como contrapartida, el compromiso articular y la presencia de enfermedad pulmonar intersticial fueron manifestaciones casi constantes en los pacientes evaluados. Creemos que quizás en un futuro cercano esta entidad dejará de pertenecer al conjunto de las miopatías inflamatorias y será una entidad individual con características propias.

73

**TEST DE LA OBLEA EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO Y RELACION CON CUESTIONARIO PARA SICCA Y BIOPSIAS DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR**S. Paira<sup>1</sup>, C. Drago<sup>1</sup>\*, E. Henares<sup>1</sup>, H. Costa<sup>1</sup>, A. Ortiz<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital Cullen, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad del test de la oblea (Wafer Test) en pacientes con Artritis Reumatoidea, Síndrome de Sjögren y Síndrome Sicca. Determinar la frecuencia de Síndrome Sicca y Sjögren 2° en Artritis Reumatoidea. Determinar sensibilidad, especificidad, VPP, VPN de los test para diagnosticar Sjögren 2°.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con Artritis reumatoidea (ACR 87), síndrome de Sjögren (criterios Europeos 2002), Síndrome Sicca, ≥ de 18 años.

**Criterios de Exclusión:** Pacientes que estuvieran tomando medicación que pueda disminuir el flujo salival 48 horas previas al estudio. Los pacientes completarán cuestionario de detección para síndrome seco (validado por el consenso Europeo-Americano 2002), siendo positivo con una o más preguntas positivas. Se les realizó el Wafer test en consultorio sin aire acondicionado o calefacción. **Tiempo de disolución de la oblea:** desde el momento en que sea colocada en la lengua (tiempo 0) hasta el tiempo (minutos) en que sea disuelta por completo (tiempo 1). Biopsia glándula salival menor: 3 muestras para estudio. Clasificación de Chisholm para biopsias de glándula salival: positiva para Sjögren grados 3 o 4 (≥ a 1 foco). **Controles:** 99 empleados del Hospital Cullen de la ciudad de Santa Fe, a los cuales se les realizará el wafer test en las condiciones ya mencionadas.

**Análisis Estadístico:** Estadística descriptiva, las variables continuas T student, las categóricas por Test de Fisher. Se determinó, sensibilidad, especificidad, VPP, VPN. Los puntos de corte se determinaron por curvas ROC o 2 DS por encima de la media de los controles.

**Resultados:** 99 pacientes (73 AR, 12 Sjögren, 14 síndrome Sicca) y 99 controles. Predominaron mujeres en los enfermos (p: 0.0001) y éstos eran de mayor edad que los controles (p: 0.0001). Wafer en pacientes 8.6min (DS 4.1), controles 2.6 min (DS1.4) (p: 0.0001). Punto de corte 5.5 minutos. Wafer positivo en 75/99 pacientes, Cuestionario positivo en 77/99 pacientes. De 93 biopsias, 34 fueron positivas (26 AR, 8 Sjögren). Wafer: Sensibilidad: 84%, especificidad: 54%, VPP: 85%, VPN: 52%. Cuestionario: sensibilidad: 93%, especificidad: 98%, VPP: 89%, VPN: 77%. Xerostomía: 48/73 en pacientes con AR. Wafer en AR: Sensibilidad: 79%, especificidad: 75%, VPP: 92%, VPN: 50%. Capacidad de los test para diagnosticar Sjögren 2° en AR: Wafer: sensibilidad: 69%, especificidad: 14%, VPP: 33%, VPN: 43%. Cuestionario: sensibilidad: 58%, Especificidad: 19%, VPP: 30%, VPN: 42%. Ambos test: sensibilidad: 50%, especificidad: 23%, VPP: 28%, VPN: 44%.

**Conclusión:** Xerostomía se presentó en 78% de los pacientes con AR, SS y síndrome Sicca y 66% de los pacientes con AR. El test de la oblea tiene un punto de corte > 5 minutos en nuestra población. El Wafer test fue útil para detectar Xerostomía dada la facilidad de su realización con una sensibilidad del 84% y 79% y especificidad del 54% y 75% en los pacientes y en AR respectivamente. El 38% de las AR tuvieron Sjögren 2° diagnosticados por biopsia de glándula salival menor.

El Wafer test y el cuestionario tuvieron una sensibilidad del 69% y 58% y Especificidad del 14% y 19% respectivamente para diagnosticar Sjögren 2° en AR.

74

**OSTEOPOROSIS POSMENOPAUSICA Y CELIAQUIA: EVALUACION DEL TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS**A. Conforti<sup>1</sup>\*, M. Gallo<sup>1</sup>, F. Saravi<sup>1</sup>, O. Daifra<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Obra Social De Empleados Publicos (osep), Mendoza, Argentina<sup>2</sup> Escuela De Medicina Nuclear (fuesmen), Mendoza, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Determinar la respuesta al tratamiento con bifosfonatos en mujeres posmenopáusicas celíacas, y comparar con la respuesta en mujeres posmenopáusicas no celíacas.

**Material y Métodos:** Se realizó un trabajo prospectivo incluyendo a 26 mujeres posmenopáusicas celíacas con osteoporosis, sin tratamiento previo con bifosfonatos, y que ya estaban con dieta libre de gluten. El diagnóstico de Enfermedad Celíaca se realizó por biopsia y/o anticuerpos positivos. Se les realizó una densitometría ósea (Lunar Prodigy) de cadera y columna lumbar, previamente y al cabo de 12 o 18 meses de tratamiento con bifosfonatos y un aporte adecuado de calcio y vitamina D. Las mujeres celíacas fueron apareadas por edad y tiempo de amenorrea con 26 mujeres posmenopáusicas no celíacas, con osteoporosis, y con una densitometría previa y posterior al tratamiento con bifosfonatos orales. En el grupo de celíacas, 12 recibieron ibandronato endovenoso y 14 bandedronato oral mensual; se analizó si hubo diferencias en el tratamiento, como objetivo secundario. Los análisis se realizaron por prueba t de Student para datos no apareados con dos colas.

**Resultados:** La edad promedio de las 52 pacientes fue de 61 años y el tiempo de amenorrea de 13 años. El índice de masa corporal no fue significativamente diferente entre ambos grupos. La densidad mineral ósea de columna lumbar al inicio de tratamiento en las celíacas fue menor (0,790 g/cm2) que en las controles (0,843 g/cm2), (p=0.02). Después del tratamiento esta diferencia deja de ser significativa: 0,819 vs 0,870 g/cm2 (p=0.06). El aumento en columna no difirió entre los grupos. En cuello femoral no hay diferencias significativas entre ambos grupos, al inicio y después del tratamiento. Sin embargo, el cambio en cadera fue significativamente menor en las celíacas (-1.9%) vs controles (1%), (p=0.02). Dentro del grupo de celíacas no hubo diferencias en la respuesta al tratamiento con bifosfonatos oral o parenteral.

**Conclusiones:** Las celíacas tienen densidad mineral ósea en columna lumbar significativamente menor que las no celíacas, pero estas diferencias se igualan después del tratamiento con bifosfonatos. En cuello femoral, las celíacas mostraron menor respuesta al tratamiento. Los bifosfonatos han demostrado ser seguros en otras enfermedades intestinales con malabsorción, pero no hay estudios disponibles sobre la acción de estos en enfermedad celíaca. Este estudio pone en evidencia la falta de los bifosfonatos en esta enfermedad.

75

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO QUE ASISTEN A UN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS**F. Paulin<sup>1</sup>\*, M. Alberti<sup>2</sup>, F. Caro<sup>2</sup>, M. Fernández<sup>2</sup>,<sup>1</sup> Hospital Juan A. Fernández, Argentina<sup>2</sup> Hospital María Ferrer, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes que concurren a un consultorio especializado en enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) y presentan una enfermedad del tejido conectivo (ETC), diagnosticada previamente o durante el evaluación por un equipo multidisciplinario.

**Material y métodos:** De los 185 pacientes que se evaluaron en el consultorio EPID durante el período comprendido entre marzo del 2012 y junio del 2013, se seleccionaron aquellos que cumplían con criterios clasificatorios de las sociedades de referencia para alguna ETC. Además se seleccionaron aquellos que presentaran al menos un rasgo clínico y serológico vinculable a una ETC pero sin cumplir criterios diagnósticos de una ETC en particular y se consideraron como Enfermedad incardinada del tejido conectivo (EITC). Se analizaron características clínicas, funcionales, de laboratorio y radiológicas. **Resultados:** Se trata de 38 pacientes (30 mujeres y 8 varones) con una media de edad de 50.63 años (DS 15.73). El diagnóstico de ETC fue EITC en 11 pacientes (28.9%), Esclerodermia en 8 (21.1%), Miopatía inflamatoria en 7 (18.4%), Artritis reumatoidea (AR) en 6 (15.8%), Enfermedad mixta del tejido conectivo en 3 (7.9%), Sjögren primario en 2 (5.3%) y Lupus eritematoso sistémico (LES) en 1 paciente (2.6%). La manifestación clínica extrapulmonar más constante fue el compromiso articular (26 pacientes, 68.4%), en el 50% de los casos en forma de poliartritis. Otros síntomas frecuentes fueron los relacionados a reflujo gastroesofágico (RGE) (42.1%), la pérdida de peso (14 pacientes, 36.8%), y el ojo seco (12 pacientes, 31.6%). En cuanto al debut de la enfermedad, 16 pacientes (42%) comenzaron con síntomas relacionados a la EPID y la ETC en forma simultánea, mientras que 14 (36.8%) comenzaron con síntomas relacionados a la ETC y 8 (21.1%) con síntomas relacionados a la EPID. En relación al patrón tomográfico, 17 pacientes (44.7%) presentaron una TAC inconsistente con neumonía intersticial usual (NIU), 13 (34.2%) una patrón de posible NIU, y solo 6 (15.8%) un patrón tomográfico típico de NIU. En relación al examen funcional respiratorio al momento del debut del compromiso pulmonar, los resultados más relevantes fueron los siguientes: media de CVF 70% (DS17.15), TLC 72% (DS17.32), y DLCO 53% (DS19.32). Se realizó biopsia quirúrgica en 5 pacientes, siendo el resultado neumonía intersticial no específica (NINE) en cuatro y NIU en uno. **Conclusiones:** Las ETC constituyen un subgrupo importante dentro de los pacientes con EPID. Conocer sus características clínicas, radiológicas y de laboratorio es importante para su identificación, dado que el manejo de estos pacientes difiere de aquellos con formas idiopáticas de EPID. La existencia de grupos especializados multidisciplinares podría contribuir a este objetivo.

## PARASITOSIS INTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

C. Lascano<sup>1</sup> [\*], A. Gervilla<sup>1</sup>, A. Abalos<sup>1</sup>, E. Buschiazzo<sup>2</sup>, M. Lencina<sup>2</sup>, R. Rojas Tessel<sup>2</sup>, M. Crespo Espindola<sup>2</sup>, V. Juárez<sup>2</sup>, J. Sánchez<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Hospital San Roque, Jujuy, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones parasitarias son una causa frecuente de morbilidad en la población argentina. En pacientes con enfermedades reumatológicas se han observado formas graves de parasitosis relacionadas a la enfermedad y el uso de agentes inmunosupresores. Es el OBJETIVO de este fue describir la frecuencia de parasitosis en una muestra de pacientes con diagnóstico de enfermedad sistémica reumatológica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes de la consulta ambulatoria, pertenecientes al ámbito público (hospital) y privado (consultorio particular) que presentaron diagnóstico de una enfermedad reumatológica sistémica (lupus eritematoso sistémico (LES), artritis Reumatoidea (AR), esclerodermia (ES)). Se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, sitio de procedencia/residencia, ingreso mensual familiar, cloacas, agua corriente, luz) y relacionados a la enfermedad y el tratamiento. Se realizó un interrogatorio dirigido sobre síntomas relacionados a parasitosis intestinales (presencia de dolor abdominal, diarrea, tos o alergia, diarrea, prurito anal, distensión abdominal, antecedentes de eosinofilia). A los pacientes que presentaban síntomas se les solicitaba un estudio coproparasitológico seriado. **Estadística:** Las variables continuas se expresaron en mediana y rango intercuartil (RIC) y las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se compararon las variables categóricas mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y las continuas por test de T o Mann-Whitney. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo. **RESULTADOS:** Se incluyeron 34 pacientes, 33 mujeres (97.1%), con una mediana de edad de 37.5 años (RIC: 32-53) y una mediana de tiempo de evolución de 5 años (RIC: 2.75-9.25), escolaridad 11 años (RIC 7-12.25) e ingresos mensuales de 3000 pesos (RIC: 2000-4300). Los diagnósticos fueron AR 21 (61.8%), LES 11 (32.4%), ES 2 (5.9%). El coproparasitológico se solicitó en 29/34 pacientes (85.3%), y los síntomas más frecuentes fueron: Dolor abdominal 12 (35.3%), Diarrea 11 (32.4%), Diarrea intermitente 11 (32.4%), Alergia vías aéreas 10 (29.4%), distensión abdominal 10 (29.4%). La frecuencia de parasitosis fue 3/28 (10.7%), excluyéndose un paciente por resultado pendiente. Los parásitos aislados fueron: entamoeba histolítica, giardia lamblia y criptosporidium. Los 3 pacientes positivos presentaban diagnóstico de AR, LES y ES; provenían del interior, todos tenían luz y gas, 1 no tenía servicio de cloacas. Los positivos presentaron significativamente menor tiempo de uso de corticoides (0.46 vs 3.46 años,  $p = 0.002$ ). No hubo asociaciones con el tipo de tratamiento, ni el tiempo de evolución, ni la dosis de corticoides. **CONCLUSIÓN:** En el presente estudio piloto la frecuencia de parasitosis intestinal en esta muestra fue baja. No hubo diferencias entre los pacientes positivos y los negativos, quizás por la escasa cantidad de pacientes con coproparasitológico positivo.

## PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS E INFLUENZA A TIPO H1N1

M. Colazo<sup>1</sup> [\*], L. Encinas<sup>1</sup>, N. Benzaquen<sup>1</sup>, A. Alvarellos<sup>1</sup>, F. Caero<sup>1</sup>, M. Haye Salinas<sup>1</sup>, F. Ceballos<sup>1</sup>, V. Saurit<sup>1</sup>, T. Alvarellos<sup>1</sup>, M. Luciana<sup>1</sup>, Hospital Privado De Córdoba, Córdoba, Argentina  
[\*] Presentador

La Influenza es una enfermedad respiratoria aguda, causada por tres tipos de virus A, B ó C. Este primero constituye el de mayor importancia en la salud pública por la capacidad de infectar humanos y algunas especies animales.

Los pacientes inmunodeprimidos (Trasplante de órganos sólidos, hematológicos, tratamiento crónico con corticosteroides, Infectados con HIV, enfermedades reumatológicas) pueden presentar mayor riesgo de adquirir infecciones oportunistas, adquiridas de la comunidad, o coinfección bacteriana severa, secundarios a cuadros infecciosos de etiología viral con alto morbi-mortalidad. Las comorbilidades u otras condiciones clínicas asociadas constituyen factores de riesgo para la hospitalización de pacientes con infección por H1N1. La vacunación antigripal parece reducir la letalidad de la infección con esta cepa endémica, así como las tasas de hospitalización.

Objetivos:

- Determinar la frecuencia de pacientes con serología positiva para Influenza A subtipo H1N1 en dos centros de referencia de nuestro equipo médico de trabajo, durante el periodo invernal del 2013 (Mayo - Agosto).
- Establecer en los pacientes H1N1 positivos, el porcentaje de inmunosuprimidos.
- Determinar la Tasa de mortalidad por H1N1 para los pacientes inmunosuprimidos, comparativa con el resto de los pacientes valorados.
- Determinar la frecuencia de vacunación para Gripe entre los pacientes H1N1 positivos.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico a partir de la determinación de PCR para Virus de Influenza A y serotipo H1N1 realizada a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que concurren a los dos Centros Médicos de referencia de nuestro Servicio. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes positivos y negativos para H1N1, comparando entre ellos comparando las características demográficas, las comorbilidades, la clínica de presentación y las complicaciones.

Se definió como paciente *inmunosuprimido* a aquellos que presentaban Enfermedades Auto-Inmunes o condición de trasplante al igual que los que estaban bajo tratamiento con drogas inmunosupresoras para éstas patologías. Dentro de las comorbilidades se definieron como *Condiciones de inmunosupresión* a los pacientes cursando embarazo, tabaquistas y/o enhiolistas, y como *Comorbilidades predisponentes a inmunosupresión* a los pacientes con Diabetes, Insuficiencia Renal, Obesidad y Enfermos oncológicos. El periodo analizado fue de mayo a agosto del 2013 inclusive.

Se analizaron las variables continuas con media y DS y las dicotómicas con porcentaje, se realizaron análisis bivariados con cálculo de Chi cuadrado tomando como significativo una  $p > 0,05$ .

Resultados:

Se realizaron 227 determinaciones de PCR de las cuales el 55.5 % (N=126) fueron positivas para H1N1. Predominaron las mujeres en un 55.5% (N=126). Del total de pacientes analizados, 17 eran Inmunosuprimidos, 3 trasplantados, 8 con enfermedad Auto Inmune (LES=1; AR=3; APS= 1; Esclerodermia=1; Vasculitis=2) y 6 tomaban inmunosupresores por otras causas. De estos solo 8 (47%) tuvieron PCR positiva, sin diferencia significativa al igual que entre las condiciones predisponentes y sus comorbilidades. De los pacientes positivos H1N1 126/ 17 presentaron inmunosupresión. Tampoco detectamos diferencia entre las manifestaciones clínicas, el requerimiento de internación ni la presencia de complicaciones. Tenían vacuna Antigripal en el 16.6 % (N=33) del total de los pacientes analizados, de los cuales 35% (N= 6/17) fueron inmunosuprimidos. Murieron 4 pacientes positivos para H1N1, lo que da una mortalidad global del 3% (N=4/126). De los cuales 2 con antecedentes de inmunosupresión. (Tratamiento inmunosupresor/Trasplante) Analizando la mortalidad entre los Inmunosuprimidos ésta fue del 11% (2/17) en forma global y del 25% entre los positivos para H1N1 (2/8).

Conclusión:

Más de la mitad de los pacientes estudiados tuvieron infección por Gripe A Subtipo H1N1. De los cuales un baja frecuencia fueron inmunosuprimidos. No hubo diferencias significativas entre los grupos de pacientes H1N1 positivos y negativos, con respecto a inmunosupresión. La tasa de vacunación fue baja tanto en forma global como entre los inmunosuprimidos. Un cuarto de los pacientes infectados por H1N1 murieron.

## USO INADECUADO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES QUE CONCURREN A LA PRIMERA CONSULTA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGIA

M. Guinsburg<sup>1</sup> [\*], M. Santa Cruz<sup>1</sup>, S. Papisidero<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Tornu, Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son ampliamente prescritos y utilizados en personas con dolor musculoesquelético. Su consumo implica eventos adversos gastrointestinales (GI) frecuentes, incluyendo complicaciones serias como sangrado o perforación en el tracto digestivo superior. Además conllevan un incremento en el riesgo cardiovascular (CV), que si bien es más conocido para el grupo de los COXIBS, es una advertencia ampliada a todo el grupo de los AINES. Es debido a ello que distintas sociedades médicas tanto de Europa como de América, han desarrollado recomendaciones para la toma de AINES en pacientes con distinto perfil de riesgo GI y CV. Estas incluyen, en los casos en que está indicado, el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), el empleo de COXIBS únicamente o evitar/disminuir al máximo el consumo de AINES, cuando los riesgos son muy elevados. **Objetivos:** Conocer el número de pacientes que consumían AINES al momento de consultar por primera vez a un servicio de reumatología de "demanda espontánea". Evaluar el correcto cumplimiento de las recomendaciones para la toma de estos fármacos. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que consultaron por dolor articular por primera vez a un servicio de reumatología de demanda espontánea, entre Julio 2012 y Julio 2013. Se ingresaron los pacientes de los cuales se disponía información completa. Se consignó motivo de consulta, edad, género, toma diaria de AINES en la última semana, IBP, factores de riesgo GI y CV. Se calculó el riesgo GI en base a las recomendaciones del consenso de la Sociedad Española y la Sociedad Mexicana de Reumatología y las guías del Colegio Americano de Gastroenterología. El riesgo CV se consideró según la tabla de predicción de riesgo CV para América Latina de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. **Resultados:** Se incluyeron 681 pacientes (edad promedio: 56 ± 15 años), 573 (84%) mujeres. Los motivos de consulta más frecuentes fueron poliartralgias (n=308; 45%), gota/gonalgia (n=165; 24%) y lumbalgia (n=71; 10%). Referían antecedente de hipertensión arterial 227 pacientes (33%), 198 (29%) de dislipemia y 230 (33%) de dispepsia. Un 16% era tabaquista al momento de la consulta, 48.3% tenía riesgo GI moderado, y 4.4% alto. Solo 322 pacientes (47.3%) tenían riesgo GI bajo. Los pacientes con riesgo CV moderado fueron el 13% y alto o muy alto el 7%. De los 681 pacientes, 374 (54%) tomaban AINES. De estos, 237 (63%) tenían riesgo GI moderado o alto, y de estos últimos 184 (77%) no utilizaban protección gástrica. 24 (3.52%) pacientes tenían riesgo cardiovascular alto o muy alto y tomaban AINES. De un grupo de 114 pacientes que tenían riesgo GI moderado/alto y además riesgo CV alto/muy alto, 48 (42%) consumían AINES diariamente. Si se aplicaban las recomendaciones actuales para la toma de AINES, un 54.8% de los pacientes no cumpliría con la indicación recomendada. **Conclusión:** Más de la mitad de los pacientes que concurren por primera vez al consultorio de reumatología consumían AINES en forma habitual. La mayoría de ellos mostró una alta prevalencia de factores de riesgo GI y/o CV y no recibían un régimen recomendado de AINES y/o una protección adecuada. Consideramos de relevancia desarrollar un trabajo prospectivo que permita evaluar la población estudiada en forma sistematizada, consignando las comorbilidades de la forma más completa posible. Esto nos permitirá no sólo conocer mejor la situación actual con respecto al consumo de AINES, sino también implementar las medidas para el uso adecuado de los mismos con la finalidad de optimizar los resultados obtenidos.

## USO DE RITUXIMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Funes Soaje<sup>1</sup> [\*], P. Alba<sup>1</sup>, C. Gobbi<sup>2</sup>, R. Ferreira Dillon<sup>2</sup>, A. Babin<sup>1</sup>, E. Albiero<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Italiano De Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>2</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>3</sup> Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Evaluar respuesta terapéutica en el transcurso de dos años, en pacientes con Lupus Eritematoso sistémico (LES) refractarios al tratamiento inmunosupresor convencional, que recibieron Rituximab (RTX).

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 14 pacientes con diagnóstico de LES que recibieron tratamiento con RTX, atendidos en 3 servicios de reumatología, desde el año 2006. Se recabaron datos demográficos, diagnósticos, motivos de indicación de RTX, tasas de respuestas y eventos adversos. La dosis del mismo fue de 1 gramo día 1 y 15, luego cada 6 meses. Todos los pacientes habían recibido tratamiento con inmunosupresores: ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato mofetil y esteroides. La actividad de la enfermedad fue medida por SELENA SLEDAI basalmente, a los 6, 12 y 24 meses post tratamiento. En los pacientes con nefropatía según clasificación ISN/RPS 2003, se analizó la proteinuria basal, a los 6, 12 y 24 meses, sedimento urinario y función renal medida por clearance de creatinina.  $p < 0,05$  fue considerada significativa.

**Resultados:** El número total de pacientes incluidos con diagnóstico de LES fue de 14, de los cuales 12 eran de sexo femenino (85.7%) y 2 de sexo masculino (14.3%). La edad promedio fue de 33,64 ± 10,33 años. El SLEDAI promedio de todos los pacientes fue de 2,14±1,35. El SLEDAI promedio al inicio fue de 15,93 ± 9,05, a los 6 meses 5,86 ± 5,57 y a los 24 meses 2,8 ± 2,29. El SLEDAI promedio fue significativamente menor en comparación al de inicio con SLEDAI promedio a los 6 meses, a los 12 meses y a los 24 (p<0,001). Se compararon los promedios de proteinuria a los 6, 12 y 24 meses contra el promedio de proteinuria inicial. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la proteinuria inicial y la proteinuria a los 6 meses (p=0,011), a los 12 meses (p=0,028) y a los 24 meses (p=0,018). En el caso del clearance de creatinina, no se encontraron modificaciones estadísticamente significativas entre el clearance inicial y el clearance a los 6, 12 y 24 meses. Los eventos adversos que se registraron durante el seguimiento en 24 meses fueron: infecciones en 3 pacientes (1 infección cutánea asociada a catéter, 1 candidiasis orofaríngea y 1 neumonía); y 2 durante la infusión de RTX (1 rash cutáneo y 1 broncoespasmo) que no requirieron suspensión del mismo.

**Conclusión:** RTX podría ser una opción terapéutica inmunosupresora frente a pacientes con LES refractarios que no responden a terapia convencional.

80

### VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS SLICC (SYSTEMIC LUPUS INTERNATIONAL COLLABORATING CLINICS) PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UNA COHORTE ARGENTINA

J. Zacarías Hereter<sup>1</sup>\*, C. Quiroz<sup>1</sup>, M. Scolini<sup>1</sup>, V. Scaglioni<sup>1</sup>, M. Bravo<sup>1</sup>, A. Navarata<sup>1</sup>, Z. Bedran<sup>1</sup>, J. Marín<sup>1</sup>, M. Acosta Felquer<sup>1</sup>, E. Lancioni<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Italiano, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Los criterios clasificatorios de LES más ampliamente utilizados son los del Colegio Americano de Reumatología, revisados en el año 1997 (ACR 97). En el año 2012, el grupo SLICC desarrolló nuevos criterios de clasificación.

**Objetivo:** Validar y comparar los criterios SLICC y ACR 97 para LES, en una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas, en un único centro de un país no representado en el grupo SLICC.

**Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 607 pacientes de nuestro hospital, con diagnóstico de LES (n=299), Miositis Inflammatoria (MI) (n=17), Esclerosis Sistémica (ES) (n=154), Artritis Reumatoidea (AR) (n=92) y Síndrome de Sjogren (SJ) (n=45). Se revisaron las historias clínicas electrónicas de estos pacientes para poder determinar el cumplimiento de los criterios ACR 97 y SLICC. Se consideró como "gold standard" al diagnóstico médico realizado por el reumatólogo experto.

**Resultados:** los criterios de clasificación SLICC para LES demostraron una sensibilidad de 89.9% (IC 95%: 86-93) y una especificidad de 99.3% (IC 95%: 97.6-99.9), comparados con 75.6% (IC 95%: 70-80) y 100% respectivamente, de los criterios ACR 97. Se presentó un menor número de pacientes clasificados erróneamente con los criterios SLICC (32 vs 73 pacientes).

**Tabla 1:** Criterios de clasificación en diferentes enfermedades reumáticas.

|   | LUPUS (n=299) | MIOSITIS (n=17) | ESCLERODERMIA (n=154) | ARTRITIS REUMATOIDEA (n=92) | SJOGREN (n=45) |
|---|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|----------------|
| Femenino, %                                       | 89.6          | 82.4            | 95.5                  | 92.4                        | 100            |
| Edad al diagnóstico Media (DS)                    | 31.5 (15.2)   | 56.6 (20.4)     | 59.6 (13.8)           | 51.3 (13.3)                 | 56.8 (16.1)    |
| Pacientes que cumplieron criterios ACR '97, n (%) | 226 (75.6)    | 0 (0)           | 0 (0)                 | 0 (0)                       | 0 (0)          |
| Pacientes que cumplieron criterios SLICC, n (%)   | 269 (89.9)    | 1 (5.9)         | 1 (0.6)               | 0 (0)                       | 0 (0)          |

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, los criterios SLICC presentaron mayor sensibilidad y similar especificidad que los criterios ACR 97, para clasificar a los pacientes con LES. Los errores clasificatorios fueron menores utilizando los criterios SLICC. Los criterios de clasificación SLICC demostraron ser útiles en la práctica clínica diaria.

81

### DESENLAJE DE PACIENTES CON NEFROPATÍA LUPICA DEMOSTRADA POR BIOPSIA

S. Roverano<sup>1</sup>\*, J. Gallo<sup>1</sup>, R. Gontero<sup>1</sup>, S. Paira<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital J.m. Cullen, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** El compromiso renal durante el curso del lupus eritematoso sistémico (LES) es un factor que influye en la mortalidad y morbilidad. La presencia de GN proliferativa sería predictora de pobre pronóstico. Sin embargo, el desenlace clínico de estos pacientes es heterogéneo. La duración del compromiso renal hasta la biopsia, menor edad al diagnóstico, plaquetopenia, aumento de creatinemia y del DNAn e hipocomplementemia han sido identificados como potenciales predictores de mal pronóstico.

**OBJETIVOS:** Evaluar factores predictores de compromiso renal en pacientes con LES; identificar factores predictores de daño renal persistente y si el tipo histológico se asocia a daño renal persistente y mortalidad

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad al inicio del LES (años), tiempo evolución del LES al momento del compromiso renal y de seguimiento (meses); manifestaciones clínicas, actividad (SLEDAI), laboratorio, tratamiento, desenlace renal (función renal normal o daño renal persistente: diálisis- trasplante- insuficiencia renal crónica- proteinuria persistente) y desenlace del paciente (vive- fallece- pérdida de seguimiento) y biopsia renal analizadas por un solo anatomopatólogo (OMS modificada 1982)

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Análisis univariado, multivariado, de regresión logística; Test de Wald; Test de Hosmer Lemeshov, Fisher y Chi-cuadrado. La variable cuantitativa SLEDAI se analizó a través de una curva de percentiles. Se consideró una significancia  $\alpha = 0.05$ .

**RESULTADOS:** 159 pacientes con LES (145 ♀ y 14 ♂); Edad media al diagnóstico: 27 años (DS=10); 80 pacientes comprometieron riñón en el momento (mediana): 2 meses (r= 0-350). Tpo seguimiento (mediana): 68 meses (r= 12-492). SLEDAI al momento de GN (media): 14 (DS= 8). El análisis multivariado mostró que la presencia de DNAn en 1° visita constituyó un factor de riesgo (2.5 veces) para desarrollar compromiso renal, mientras que la  $\bar{C}3$  y  $\bar{C}4$  y FAN (+) fueron factores protectores.

Luego se compararon los pacientes con compromiso renal que habían presentado daño renal persistente vs los que conservaron función renal normal: la presencia de edema periférico e hipertensión arterial al momento del compromiso renal fueron factores de riesgo (6 y 8 veces respectivamente) marcando pobre desenlace renal (diálisis, trasplante, IRC, etc)

41/80 pac con compromiso renal quedaron con daño renal persistente. Al comparar los pac con GN III y IV con los otros tipos histológicos, no se observaron que estos tipos histológicos más severos se asociaran a daño renal persistente ni mortalidad.

#### CONCLUSIONES:

- 1- la presencia de DNAn en 1° consulta otorgó un riesgo de 2.54 de desarrollar compromiso renal
- 2- FAN (+),  $\bar{C}3$  y  $\bar{C}4$  en la 1° consulta fueron factores que protegieron de la ocurrencia de compromiso renal
- 3- edema periférico e hipertensión arterial al momento del compromiso renal brindaron un riesgo de 6 y 8 veces respectivamente de presentar daño renal persistente
- 4- la presencia de un tipo histológico más severo (GN III o IV) no se asoció a daño renal persistente ni mayor mortalidad.

82

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: CAUSAS DE INTERNACIÓN Y MUERTE EN PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA.

E. Mussano<sup>1</sup>, L. Onetti<sup>1</sup>, A. Ruffin<sup>1</sup>, I. Cadile<sup>1</sup>, S. Bulubasich<sup>1</sup>, P. Ferrero<sup>1</sup>, S. Gamron<sup>1</sup>, G. Barberis<sup>1</sup>, C. Onetti<sup>1</sup>, G. Antonini<sup>1</sup>, N. Vassarotto<sup>1</sup>\*, C. Lastra<sup>1</sup>, C. Cañete<sup>1</sup>, M. Werner<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**OBJETIVO:** Analizar las causas de internación y muerte en un grupo de pacientes con LES y relacionarlas con variables socio-demográficas.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** estudio retrospectivo descriptivo de 303 pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1992) seguidos por 25 años en un Servicio de Reumatología, donde se evaluaron las causas de internación y muerte. No se tuvieron en cuenta las internaciones relacionadas con embarazo como: eclampsia, preeclampsia, abortos con asistencia médica ni aquellas relacionadas con procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados. Análisis estadístico con Excel, Infostat y SPSS 11.5 para Windows.

**RESULTADOS:** Se registraron 233 internaciones. Se observó que 18% tuvo 1 internación, 57% 2 internaciones, 21% 3 internaciones, 3% 4 y 5 internaciones y 1% 6 internaciones. Las causas más importantes de internación durante la evolución fueron las siguientes. Infecciones: 98 internaciones, entre ellas 35 por neumonía, 11 por septicemia, 30 por infecciones gènto-uritarias, 7 por celulitis y 5 por micosis sistémicas. Causas Renales: 53 internaciones, entre ellas 17 por síndrome nefrítico, 12 por IRA, 2 por IRC, 8 por síndrome nefrítico. Causas cardiovasculares y respiratorias: 40 hospitalizaciones, entre ellas 3 por IAM, 3 por taponamiento cardíaco, 18 por serositis, 6 por hemorragias alveolares y 3 por neumonitis agudas. Causas neuropsiquiátricas: 22 internaciones, entre ellas 5 por convulsiones, 3 por ACV, 3 por estado confusional agudo y 3 por psicosis. Causas musculoesqueléticas: 8 internaciones (2 miositis severas). Se notificaron 23 muertes, 21 mujeres y 2 hombres, con las siguientes características: Raza: 11 mestizos (48%), 6 blancos (26%) y 6 criollos (26%) Nivel de instrucción: 43% tenía el primario completo. Nivel socioeconómico medio y bajo: 100%. Edad:  $\bar{x}$ =34 años ( $\pm 11$ ) Edad de la muerte:  $\bar{x}$ =34 años ( $\pm 10$ ) Edad del diagnóstico:  $\bar{x}$ =28 años ( $\pm 10$ ) Tiempo de evolución:  $\bar{x}$ =7 años (46) Principales causas de muerte: Septicemia: 30% (7/23 casos) 43% mestizo. Edad  $\bar{x}$ =35 años ( $\pm 13$ ) Edad del diagnóstico:  $\bar{x}$ =28 años ( $\pm 11$ ) Tiempo de evolución:  $\bar{x}$ =6 años (44) SLEDAI:  $\bar{x}$ =28 ( $\pm 13$ ) SLICC:  $\bar{x}$ =2 ( $\pm 2$ ) Hemorragia Alveolar: 22% (5/23 casos) 80% mestizos, 4 con compromiso renal. Edad  $\bar{x}$ =36 años ( $\pm 11$ ) Edad del diagnóstico:  $\bar{x}$ =33 años ( $\pm 10$ ) Tiempo de evolución:  $\bar{x}$ =3 años ( $\pm 2$ ) SLICC  $\bar{x}$ =1 SLEDAI 27 ( $\pm 10$ ) Insuficiencia renal crónica: 17% (4/23 casos) 50% mestizos. Edad  $\bar{x}$ =29 años ( $\pm 15$ ) Edad del diagnóstico:  $\bar{x}$ =25 años ( $\pm 15$ ) Años SLEDAI:  $\bar{x}$ =3 ( $\pm 3.7$ ) SLICC:  $\bar{x}$ =5 ( $\pm 3$ ). Otras causas: Guillén Barré, neoplasia IAM, endocarditis bacteriana, ACV, taponamiento cardíaco, todas 1 caso. Laboratorio: 10 pacientes tenían anemia hemolítica, 18 leucopenia, 14 de ellos con linfopenia. 21/23 tenía AAN (+) periférico, 20/23 anti DNA (+), 18/23 AAN (+) moteado, con 9 anti Ro (+), 7 anti La (+) y 5 Sm (+)

**CONCLUSIONES:** En nuestros pacientes las infecciones y enfermedad renal fueron las causas más importantes de internación, seguidas por las de compromiso pulmonar. La septicemia, la hemorragia alveolar y la IRC fueron las causas más frecuentes de muerte. Es de remarcar que los pacientes con hemorragia alveolar tenían una evolución corta de su enfermedad (3a2 años) y la mayoría tenía compromiso renal. Los pacientes con IRC fueron los de mayor tiempo de evolución entre el diagnóstico y la muerte. Se destaca que el anti DNA y la leucopenia, así como la raza mestiza y el nivel socioeconómico bajo serían marcadores de mal pronóstico.

83

### UTILIDAD DEL DOSAJE DE PROCALCITONINA EN PACIENTES LÚPICOS FEBRILES. ESTUDIO PRELIMINAR.

Y. Bottinelli<sup>1</sup>\*, M. Iriarte Padula<sup>1</sup>, M. Caputo<sup>1</sup>, N. Bovone<sup>1</sup>, A. Fernández Lausi<sup>1</sup>, H. Casas<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital Prof. A. Posadas, El Palomar, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del dosaje de procalcitonina (PCT) en pacientes febriles con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (SLE) para diferenciar actividad de infección bacteriana.

**Introducción:** El diagnóstico diferencial de los pacientes febriles con diagnóstico de SLE entre infección bacteriana y actividad de la enfermedad subyacente, continúa siendo un desafío en la práctica clínica diaria. La PCT se ha propuesto como un biomarcador para identificar infecciones bacterianas sistémicas. Tiene un comportamiento similar a otros reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva (PCR). En condiciones normales, los niveles circulantes de PCT son muy bajos (< 0.1 ng/ml). En infecciones bacterianas sistémicas estos niveles aumentan considerablemente dentro de las 3 horas de iniciado el cuadro y persisten elevados por varios días.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional caso-control basado en población hospitalaria. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de SLE que cumplieron al menos 4 criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) del año 1997, con evento febril  $\geq 38^\circ\text{C}$  en las últimas 24 hs al momento de la consulta. Se excluyeron aquellos pacientes con tratamiento antibiótico, grandes quemados, cirugía mayor, shock séptico y falla multiorgánica. Se eliminaron los pacientes lúpicos febriles con infección viral o micótica. Se determinó: recuento de glóbulos blancos, entrosedimentación (VSG), PCR, PCT, urea, creatinina, complemento ( $\bar{C}3$  y  $\bar{C}4$ ), anticuerpos anti-ácido desoxirribonucleico (anti-DNA), hemocultivo y urocultivo. La determinación de PCT se realizó mediante una técnica que combina un inmunoensayo sándwich con detección final fluorescente (ELFA) y se procesó en el equipo automatizado minividas (Bhrans - Bio Merieux). Se consideró positivo un valor  $>0.5$  ng/ml. En la evaluación de los pacientes se utilizó el índice de actividad del Lupus Eritematoso Sistémico (SLEDAI) considerando como enfermedad activa un índice  $\geq 5$ . Según los resultados de estas mediciones, los pacientes se dividieron en 2 categorías definidas de la siguiente manera: 1) **Lupus febril con infección bacteriana (casos):** paciente lúptico con fiebre e infección bacteriana clínica, bacteriológica o radiológica; 2) **Lupus febril con enfermedad activa (controles):** paciente lúptico con fiebre con SLEDAI  $\geq 5$ , sin evidencia de infección bacteriana. Para el análisis estadístico se efectuó test t con un nivel de significación estadística de 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes, 4 fueron eliminados por infecciones virales y 3 por datos incompletos. Se analizaron 21 pacientes, 10 con infección bacteriana (casos) y 11 con enfermedad activa sin infección bacteriana (controles). El valor promedio de las mediciones observadas en el grupo casos fue: PCT  $1.12 \pm 1.8$  ng/ml, VSG  $65.56 \pm 12.4$  mm, PCR  $15.17 \pm 13.58$   $\mu\text{g/ml}$  y glóbulos blancos  $8925 \pm 5116$  /  $\text{mm}^3$ . En el grupo control fue: PCT  $0.22 \pm 0.27$  ng/ml, VSG  $66.25 \pm 28.32$  mm, PCR  $4.20 \pm 2.19$   $\mu\text{g/ml}$  y glóbulos blancos  $5333 \pm 2995$  /  $\text{mm}^3$ . La comparación de medias de PCT de ambos grupos no mostró significancia estadística ( $p=0.069$ ). Analizando el resto de los marcadores se observó: VSG  $p=0.97$ , PCR  $p=0.03$  y glóbulos blancos  $p=0.1$ .

**Conclusión:** El análisis realizado en nuestra población hospitalaria de pacientes lúpicos febriles el dosaje de PCT no permitió diferenciar entre infección bacteriana y actividad lúptica ( $p=0.069$ ). Es probable que la ausencia de significación se deba al reducido número muestral.

## COMPARACIÓN DE RESPUESTA ACR VERSUS EULAR EN 53 PACIENTES ARGENTINOS CON NEFRITIS LÚPICA Y CORRELACIÓN CON RECAÍDAS EN EL SEGUIMIENTO

J. Vinicki<sup>1</sup>\*, F. Paniego<sup>1</sup>, C. Pappalardo<sup>1</sup>, M. Plovessán<sup>1</sup>, C. Negrete Gonzalez<sup>1</sup>, G. De Rosa<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>, H. Laborde<sup>1</sup>, A. Marini<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital De Clínicas, Capital Federal, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción.** La falta de unificación en los criterios de respuesta terapéutica en pacientes con nefritis lúpica (NL) genera dificultad para poder comparar los resultados de los distintos ensayos clínicos (EC). En 2006 se publicaron los criterios de respuesta renal según ACR (CRR-ACR) y en 2008/12 según EULAR (CRR-EULAR). A pesar de ello, no son utilizados en muchos EC. **Objetivos.** 1. Evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes con LES y NL proliferativa y membranosa de nuestro hospital según criterios ACR y EULAR; 2. Evaluar las recaídas en el seguimiento considerando los criterios de respuesta ACR y EULAR obtenidos a los 6 y 24 meses. **Materiales y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES (ACR, 1997) y NL (ISN/RPS, 2003) desde 06/2001 hasta 06/2011. La recolección de datos incluyó: edad al momento de NL, intervalo LES-NL, clase histológica, manifestación clínica de NL, sedimento urinario, función renal (mediante MDRD) y proteinuria-24hs a los 0-6-24 meses, FAN, anti-ADN y complemento sérico; el tratamiento recibido durante la inducción (IND) con CFM, MMF y el mantenimiento (MAN) con CFM, MMF o AZA junto a las recaídas fueron registradas. En aquel caso donde se realizó más de una biopsia durante el período de análisis, la respuesta terapéutica incluida corresponde al episodio más reciente. Se consideró como "respuesta terapéutica" (RT) a la obtención de respuesta parcial y completa según criterios ACR o EULAR, "falta de respuesta terapéutica" (FR) al deterioro o ausencia de cambios y "mejoría" (MEJ) según lo establecido en las guías referidas previamente. **Resultados.** Se incluyeron 53 pacientes (46 mujeres). El hallazgo histológico más frecuente fue NL clase IV en 33 pacientes (62.2%), seguido de NL clase III en 12 pacientes (22.6%) y NL clase V en 5 pacientes (9.4%), combinación de NL clase III + V en 2 casos (3.77%) y IV + V en sólo 1 (1.88%). El seguimiento fue de 54 meses (rango 12-96 meses); edad al diagnóstico de LES = 27.4 años (rango 17-45 años); intervalo LES-NL = 4.08 años (rango 0-17 años); NL simultáneo al diagnóstico de LES = 17 pacientes (32%); manifestación clínica más frecuente de NL = nefritis silente (58.5%); creatinina al momento del diagnóstico = 1.3 mg/dl (rango 0.6-4.4); FG = 86.7 mL/min (rango 12-155); proteinuria-24hs en 47 pacientes 2.62 g/día (rango 0-8.1). **IND (53 pacientes):** protocolo NIH modificado=40; régimen Euro-Lupus=1; MMF=7; AZA=3; MP=2. **MAN (48 pacientes):** AZA=20; MMF=20; CFM IV 6 VO o MP VO los 8 pacientes restantes.

|     | 6 MESES       |               | 24 MESES      |               | RECAÍDAS<br>(según RTA 6M) |       | RECAÍDAS<br>(según RTA 24M) |       |
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|-------|-----------------------------|-------|
|     | ACR           | EULAR         | ACR           | EULAR         | ACR                        | EULAR | ACR                         | EULAR |
|     | RT            | 10<br>(18.8%) | 31<br>(58.5%) | 22<br>(45.7%) | 25<br>(52%)                | 1     | 7                           | 2     |
| MEJ | 29<br>(54.7%) | 11<br>(20.7%) | 7<br>(14.5%)  | 6<br>(12.5%)  | 9                          | 2     | 4                           | 4     |
| FR  | 14<br>(26.4%) | 11<br>(20.6%) | 19<br>(39.5%) | 17<br>(35.3%) | 4                          | 5     | 8                           | 3     |

Considerando los CRR, hubo diferencias a los 6 meses entre ACR y EULAR. La RT se observó en 18.8% según CRR-ACR versus 58% según CRR-EULAR. No hubo diferencia en los criterios de respuestas luego de 24 meses. La recaída en el seguimiento se observó en 14 pacientes (26.1%) y el intervalo entre la finalización del mantenimiento y el evento fue de 4.2 años (rango 0.5-8 años). De las recaídas, 1 paciente había logrado RT CRR-ACR a los 6 meses versus 7 pacientes que obtuvieron RT CRR-EULAR. Nueve de 15 pacientes que recayeron habían logrado sólo MEJ CRR-ACR a los 6 meses. De

las recaídas, 3/15 pacientes habían logrado RT CRR-ACR a los 24 meses versus 7/15 pacientes que obtuvieron RT CRR-EULAR.

**Conclusión.** Los objetivos rigurosos de los CRR-ACR mostraron una respuesta lenta y el tratamiento logró una RT luego de inducción en 18.8% de los pacientes y luego del mantenimiento en 45.7%. La falta de una RT según CRR-ACR tendría correlación con las recaídas en el seguimiento. No ocurre así con los CRR-EULAR. Finalizada la inducción, los CRR-ACR permitirían identificar más fácilmente qué paciente tiene mayor riesgo de recaída. Esto debería ser tenido en cuenta para elegir el tratamiento óptimo durante el mantenimiento, considerando el perfil de seguridad de las distintas drogas.

## SINDROME METABOLICO Y ATEROMATOSIS SUBCLINICA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

M. Bertolaccini<sup>1</sup>, M. Machado Escobar<sup>1</sup>\*, V. Bellomio<sup>1</sup>, Rodriguez<sup>1</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, A. Barbaglia<sup>1</sup>, M. Santana<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Evaluar la evolución de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Metabólico (SM) y determinar la asociación del mismo con desenlaces cardiovasculares.

**Material y Método:** De la cohorte de 2007 (n=64, LES ACR 1982) se incluyeron los pacientes en seguimiento y evolucionados hasta el último control o muerte.

Se estudiaron variables demográficas, terapéuticas (uso y dosis acumulada de Meprednisona -MPDN- e hidrocortisona -HCQ-), SLEDAI, SLICC/SDI. Se determinó SM (AHA/NHLBI Scientific Statement 2005), desarrollo de eventos cardiovasculares isquémicos, ateroesclerosis subclínica por ecodoppler de vasos del cuello (n° de segmentos con placas, EIMCC: espesor íntima media de carótida común bilateral, EIMCT: espesor íntima media carótida total bilateral), compromiso miocárdico, muerte y causa de muerte. Análisis estadístico: estadística descriptiva, frecuencias, test  $\chi^2$  y Exacto de Fisher, Test T y Mann Whitney, correlación de Pearson y análisis de regresión logística.

**Resultados:** De 64 pacientes incluidos en 2007 (56 mujeres, 36% SM), 51 completaron seguimiento con tiempo medio 5.38  $\pm$  1.32 años, edad media 41.1  $\pm$  12.8 años, tiempo medio de evolución de LES 12.4  $\pm$  6.5 años. SLEDAI medio al último control 2.18  $\pm$  3.6 puntos y mediana de SLICC(SDI) de 1.5 (RIQ 0.25-3), con media de puntaje máximo de SLEDAI durante el seguimiento 13.7  $\pm$  9.18. Se encontraban en tratamiento con HCQ el 55.5% y 47% lo hacía en forma estable (últimos 2 años). La dosis mediana acumulada de MPDN fue 9.6 g (RIQ 1.6-16.4) y el tiempo medio acumulado de uso de glucocorticoides 38  $\pm$  37 meses. Se realizó Ecodoppler carotídeo a 35 pacientes, el 9% con al menos 1 placa carotídea; la media de EICT fue 0.63  $\pm$  0.17 mm y la media de EIMCC 0.61  $\pm$  0.17. La prevalencia SM en el último control fue 28.2% (IC 95% 15-45). Hubo 18 eventos cardiovasculares durante el seguimiento y 10 pacientes fallecieron. Muerte sin evento cardiovascular se asociaron a SM inicial (pNS). Sin embargo, se asociaron a mayor SLICC(SDI) (p 0.011). La dosis acumulada de meprednisona no se asoció a SM actual (mediana 12.3 vs 9.45, p NS). EICC y EICT correlacionaron con el puntaje máximo de SLEDAI (p 0.026), pero no con SM (p NS). En el análisis de regresión logística se observó que a mayor dosis de MPDN y en presencia de SM las chances de presentar evento cardiovascular aumentaban 19 veces (OR 19.45, IC 95% 1.5-259).

**Conclusiones:**

- La prevalencia de SM fue 28.2%.
- En nuestra población de pacientes seguidos por 5 años, el SM asociado a mayor dosis de glucocorticoides fue un factor de riesgo para el desenlace cardiovascular. Es posible que otros factores inherentes al LES influyan en la muerte por eventos isquémicos cardiovasculares.

## TERAPIA DE INDUCCION EN NEFRITIS LUPICA: ¿PULSOS DE METILPREDNISOLONA SIEMPRE?

C. Goizuela<sup>1</sup>\*, M. Yacuzzi<sup>1</sup>, M. Machado Escobar<sup>1</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, A. Barbaglia<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, M. Santana<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Evaluar la respuesta terapéutica de pacientes con nefritis lúpica según uso de pulsos de Metilprednisolona (MTPDN) en terapia de inducción.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron 243 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), criterios ACR 1982, que ingresaron al Servicio de Reumatología desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2012, 122 con compromiso renal (consenso EULAR). Se incluyeron aquellos pacientes que completaron terapia de inducción para Nefritis Lúpica (NL). Se evaluaron variables demográficas, socioeconómicas, SLEDAI, SLICC/SDI, biopsia renal y clase histopatológica, esquema de inducción; uso GC: pulsos de MTPDN, dosis acumulada y eventos adversos. Respuesta al tratamiento fue evaluada con: Remisión Completa (RC), Remisión Parcial (RP), No Respondedores (NR), Recaida Renal (RR); Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Hemodiálisis (HD). Se consideraron variables de laboratorio: proteinuria de 24hs, sedimento urinario, complementemia, anticuerpos anti-DNA y anticuerpos anti-fosfolípidos. Los pacientes se evaluaron al inicio y al finalizar terapia de inducción, al año y a los 2 años del seguimiento.

Análisis estadístico: Test  $\chi^2$  y Test exacto de Fisher, Test T y Mann Whitney, Kruskal Wallis y regresión lineal.

**Resultados:** De los 122 pacientes, 53 fueron incluidos, 89 % mujeres, edad media 32  $\pm$  10.9 años, analífabos 9.4% (3) y 76% (34) con cobertura pública. Biopsia Renal (BR) se realizó a 29 pacientes, 21 NL clase IV, 4 clase V, 2 clase II, 1 clase III y 1 clase VI. Veintisiete pacientes recibieron terapia de inducción con ciclofosfamida (CFM) mensual (19 sin pulsos de MTPDN); 11 recibieron metilprednisolona (8 sin pulsos); 3 CFM 500 mg quincenales (2 sin pulsos); y 12 pacientes recibieron otros esquemas terapéuticos (azatioprina, GC). La media de dosis máxima de meprednisona fue 42.2  $\pm$  8.2 mg y la media de dosis acumulada durante la inducción fue 5.7  $\pm$  2g. Recibieron fármacos antiproteínúricos 88.9% y 79.2% hidrocortisona. Los pacientes que recibieron pulsos de MTPDN (12) presentaron niveles de proteinuria basal significativamente más elevados que los que no los recibieron (4 g/24 hs vs 2.7g/24 hs p=0.048), 9 de ellos con NL clase IV. SLEDAI medio al momento del diagnóstico de NL fue significativamente mayor que al finalizar el tratamiento de inducción (14.9  $\pm$  6.1 vs 7.3  $\pm$  4.9 puntos; p= 0.001).

Presentaron RC 24 pacientes, RP 20, y NR 9. Al considerar la variable respuesta (RC + RP) vs NR, no hubo diferencias en cuanto al uso de pulsos de MTPDN. Sin embargo, la frecuencia de RC fue mayor en pacientes con pulsos y la de RP en pacientes sin pulsos (54.5% vs 40.5% p=0.024). Evolucionaron a IRC 10 pacientes, de los cuales 8 ingresaron a HD. El uso de pulsos de MTPDN no se asoció a IRC y muerte (p=NS). Los eventos adversos más frecuentes fueron infecciones que requirieron internación (15.4%) y catarata subcapsular posterior (11.5%).

**Conclusiones:**

La frecuencia de respuesta a terapia de inducción fue independiente del uso de MTPDN, sin embargo este esquema se asoció a mayor prevalencia de Remisión Completa.

El uso de pulsos MTPDN no se asoció a insuficiencia renal, eventos adversos, crónica y muerte.

87  
a

**EL NÚMERO DE CRITERIOS CLASIFICATORIOS AL DIAGNÓSTICO Y ACUMULADOS EN LA EVOLUCIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) NO HA CAMBIADO A LO LARGO DE LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS.**

A. Bertoli<sup>1\*</sup>, M. Morales<sup>1</sup>, A. Alvarellos<sup>2</sup>, M. Apaz<sup>1</sup>, F. Caero<sup>1</sup>, L. Encinas<sup>2</sup>, M. Haye Salinas<sup>2</sup>, M. Lopez Perez<sup>2</sup>, M. Sanchez Freytes<sup>1</sup>, V. Saurit<sup>2</sup>, J. Sironi<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Privado Centro Medico De Córdoba, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Durante las últimas décadas, los variables que influyen la expresión del LES han sido examinadas exhaustivamente. Varios factores se reconocen como influyentes del curso de la enfermedad. El tiempo de acumulación de criterios diagnósticos (lupus de comienzo agudo y no agudo), por ejemplo, se asoció a distintos factores, sin embargo no se estudió si el momento del diagnóstico es una variable que pueda influir en el mismo. En relación a esto último, cabría preguntarse si los pacientes diagnosticados más recientemente presentan con menor frecuencia un debut agudo y acumulan menos manifestaciones clínicas debido a una mayor experiencia en el diagnóstico y opciones terapéuticas.

**Objetivo:** Comparar la frecuencia de lupus de debut agudo (acumulación de 2 o cuatro criterios en 4 o cinco semanas), el tiempo en que se acumulan cuatro criterios diagnósticos, el total de criterios acumulados al momento del diagnóstico y el total de criterios acumulados en la evolución de la enfermedad entre pacientes con LES que se diagnosticaron en la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 172 pacientes con diagnóstico de LES según los criterios revisados de 1997 del ACR, 74 (43%) de los cuales se diagnosticaron en la última década del siglo XX y 98 (57%) en la primera década del siglo XXI. La frecuencia de lupus agudo se comparó entre las dos décadas utilizando una prueba de Chi cuadrado. El tiempo de acumulación de cuatro criterios, el número de criterios acumulados al diagnóstico y en la evolución de la enfermedad se compararon entre las dos décadas utilizando la prueba U de Mann Whitney.

**Resultados:** Los pacientes fueron de género predominantemente femenino (90%), tenían una edad mediana (Rango IC) al diagnóstico de 29.0 (17.8) años y una evolución mediana de la enfermedad de 74.5 (91.3) meses. Cincuenta y siete (33%) pacientes tuvieron un debut agudo. La Tabla a continuación muestra el tiempo de acumulación de cuatro criterios, el número de criterios acumulados al diagnóstico y el total de criterios acumulados en la evolución de la enfermedad en la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI.

Variable      Década de      diagnóstico

|  | 1990-1999 | 2000-2009 | valor p |
|--|-----------|-----------|---------|
|  | n=73      | n= 98     |         |

Debut agudo,

|       |           |           |      |
|-------|-----------|-----------|------|
| N (%) | 21 (28.9) | 36 (36.7) | 0.22 |
|-------|-----------|-----------|------|

Tiempo de

acumulación

de 4 criterios,

meses,

|               |             |             |      |
|---------------|-------------|-------------|------|
| Me (Rango IQ) | 13.0 (34.5) | 10.0 (23.5) | 0.24 |
|---------------|-------------|-------------|------|

87  
b

Criterios

acumulados

al diagnóstico,

|               |       |       |      |
|---------------|-------|-------|------|
| Me (Rango IQ) | 4 (1) | 4 (1) | 0.14 |
|---------------|-------|-------|------|

Criterios

acumulados en

la evolución

de la enfermedad,

|               |       |       |      |
|---------------|-------|-------|------|
| Me (Rango IQ) | 5 (1) | 5 (2) | 0.06 |
|---------------|-------|-------|------|

**Conclusiones:** En este estudio los pacientes diagnosticados en la última década del siglo XX no parecieran tener un debut más agudo de la enfermedad comparados con los pacientes diagnosticados en la primera década del siglo XXI; tampoco acumulan más manifestaciones clínicas (evaluadas por los criterios modificados de ACR 1997) en su evolución. Esto demuestra que a pesar de un mejor conocimiento de la enfermedad y disponibilidad de opciones terapéuticas, la evolución a corto y mediano plazo del LES valorada por el tipo de debut y el número de manifestaciones clínicas desarrolladas no ha cambiado en las últimas dos décadas.

88

**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS: EL RIESGO EN EL EMBARAZO ES AÚN MAYOR QUE EN OTRAS TROMBOFILIAS**

C. Saucedo<sup>1\*</sup>, A. Macotela<sup>2</sup>, H. Bustos Lopez<sup>2</sup>, M. Amigo<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

<sup>2</sup> Hospital American British Cowdray(abc), Distrito Federal, Mexico

[\*] Presentador

**Objetivo:** El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una de las causas más importantes de pérdida de embarazo. Las manifestaciones obstétricas incluyen abortos a repetición, pérdidas fetales y preclampsia. Otras trombofilias están asociadas con similar morbilidad en el embarazo. Nuestro objetivo es comparar los resultados obstétricos, complicaciones fetales y maternas en pacientes con SAF con pacientes con otras trombofilias. **Materiales y métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva de embarazos de alto riesgo de pacientes con diagnóstico de SAF y otras trombofilias. Se obtuvieron datos de pacientes internadas en un centro médico privado de la ciudad de México entre el año 2007 y el 2012. Se evaluaron resultados obstétricos (aborto, parto inmaduro, parto prematuro y parto maduro), complicaciones maternas (HTA gestacional, pre-eclampsia, eclampsia, sme de HELLP, trombosis y muerte materna) y/o fetales (aborto, muerte fetal, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento placentario e insuficiencia placentaria). Se excluyeron las trombocitopenias gestacionales. Se definió pacientes con SAF por el cumplimiento de los criterios de Sapporo. **Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes, con una edad media de 33,1 años, estos se dividieron en 24 (55.8%, IC 29-60) con SAF (17 cumplían criterios de Sapporo, 4 eventos clínicos y anticuerpos antifosfolípidos atípicos y 7 con presencia de cualquiera de los anticuerpos antifosfolípidos típicos o atípicos y morbilidad obstétrica que no cumplía con los criterios clínicos) y 19 (44.2%, IC 39-70) con otras trombofilias. El tratamiento fue similar en ambos grupos: HBPM profiláctica (76% vs 78%, p=0.4), HBPM dosis anticoagulante (12% vs 0%, p=0.08), Aspirina (76% vs 84%, p=0.2), prednisona >= 5 mg/d (36% vs 21%, p=0.1) e Hidroxicloroquina (12% vs 0%, p=0.08). Los resultados obstétricos, complicaciones maternas y fetales se muestran en la tabla 1

| Resultados Obstétrico          | Grupo SAF n (%), IC) | Grupo no SAF n (%), IC) | Valor de P |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------|
| Abortos (<20 sem)              | 4 (16.7, 4.7-37.4)   | 0                       | 0,043      |
| M fetal >20 s                  | 0                    | 0                       |            |
| P inmaduro (20-~28s)           | 1 (4.2, 0.1-21.1)    | 0                       | 0,2        |
| P prematuro (28-~37s)          | 15 (62.5, 40-81)     | 4 (21.1, 6.1-45.6)      | 0,004      |
| P maduro                       | 4 (16.7, 4.7-37)     | 15 (78.9, 54-93)        | 0,00002    |
| <b>Complicaciones maternas</b> |                      |                         |            |
| Eclampsia                      | 0                    | 0                       |            |
| Pre-eclampsia                  | 2 (8.3, 1-27)        | 1 (5.3, 0.1-26)         | 0,3        |
| HTA gestacional                | 1 (4.2, 0.1-21)      | 1 (5.3, 0.1-26)         | 0,4        |
| Muerte materna                 | 0                    | 0                       |            |
| Sme de HELLP                   | 1 (4.2, 0.1-21)      | 1 (5.3, 0.1-26)         | 0,4        |
| Trombosis                      | 0                    | 0                       |            |
| <b>Complicaciones fetales</b>  |                      |                         |            |
| RCI                            | 6 (26.1, 10.2-48.49) | 3 (15.3, 3.4-15.8)      | 0,2        |
| Desprendimiento placentario    | 1 (4.2, 0.1-21)      | 0 (0-17)                | 0,2        |
| Insuficiencia placentaria      | 6 (25, 9.8-46.7)     | 0 (0-17)                | 0,01       |

**Conclusiones:** Los pacientes con anticuerpos antifosfolípidos tuvieron más abortos, partos prematuros e insuficiencia placentaria en comparación con pacientes con otras causas de trombofilias que reciben medicamentos similares

89

**REBIOPSIAS EN NEFRITIS LUPICA: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO**

J. Marin<sup>1\*</sup>, M. Scolnik<sup>1</sup>, E. Lancioni<sup>1</sup>, Q. Cristian<sup>1</sup>, J. Zacarias<sup>1</sup>, C. Saucedo<sup>1</sup>, S. Ruta<sup>1</sup>, J. Rosa<sup>1</sup>, G. Greioni<sup>1</sup>, V. Federico<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** el compromiso renal del lupus eritematoso sistémico (LES) es una causa importante de morbi-mortalidad. La nefritis lúpica tiene distintas formas anatomopatológicas que pueden variar, tanto en su presentación clínica como en su evolución. El tratamiento y el pronóstico, dependen en mayor medida del tipo histológico. Por lo tanto, la biopsia renal juega un papel importante en la elección del tratamiento. Una nueva biopsia renal (rebiopsia) podría ser de utilidad durante el seguimiento de los pacientes, para establecer el grado de actividad ayudando en la toma de decisiones terapéuticas.

**Objetivo:** describir las características clínicas y anatomopatológicas de pacientes con LES que fueron sometidos a biopsia renal en al menos dos oportunidades (rebiopsia), y tratar de identificar variables, tanto clínicas como bioquímicas, que permitan predecir la evolución a diferentes formas histológicas.

**Materiales y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo a través de las historias clínicas electrónicas de pacientes consecutivos con LES (acorde a criterios de clasificación ACR 1997) con compromiso renal que habían sido sometidos al menos a dos biopsias renales en los últimos 10 años. Se analizaron datos clínicos, de laboratorio y de tratamiento. Las biopsias renales se clasificaron de acuerdo con lo establecido por la Sociedad de Nefrología/Sociedad de Patología Renal (ISN/RPS).

**Resultados:** se identificaron un total de 45 pacientes con LES (40 mujeres) con un total de 116 biopsias renales. En el total de las biopsias renales, las formas histológicas más frecuentes fueron la clase IV (51.8%) y la clase V (17.2%). En la tabla se muestran los hallazgos de laboratorio acorde a la clase histológica al momento de la realización de las biopsias. En el análisis multivariado ninguna variable clínica o de laboratorio mostró asociación significativa con la clase histológica de la segunda biopsia. Veintisiete pacientes (60%) presentaron cambios histológicos en las biopsias sucesivas. El 68.8% de los pacientes que no cambiaron la clase histológica en las rebiopsias pertenecían a la clase IV. Cincuenta y cinco (80%) rebiopsias dieron lugar a una modificación en el tratamiento.

**Conclusiones:** en esta cohorte de pacientes con nefritis lúpica, más de la mitad de los pacientes mostraron cambios histológicos en biopsias sucesivas. No se pudo identificar ninguna variable clínica ni de laboratorio capaz de predecir algún tipo histológico en las segundas biopsias. En la mayoría de los pacientes con rebiopsia se realizó una modificación en el esquema de tratamiento.

## EL ROL DE LA BIOPSIA REPETIDA EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

G. Subils<sup>1</sup>\*, P. Alba<sup>1</sup>, C. Gobbi<sup>2</sup>, P. Astesana<sup>3</sup>, E. Albiero<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>2</sup> Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina

<sup>3</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La nefritis lúpica (NL) es una complicación que ocurre en la mitad de pacientes lúpicos y un determinante mayor del pronóstico. El tratamiento óptimo de la nefritis lúpica continúa siendo un desafío para el médico. A pesar de que la biopsia repetida es de relevancia clínica en el manejo de NL, esta continúa ser controvertida por algunos autores.

**OBJETIVO:** Evaluar las indicaciones de la realización de la biopsia renal repetida, los cambios histopatológicos y el cambio de tratamiento efectuado en pacientes con NL.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se estudiaron retrospectivamente pacientes con diagnóstico de LES acuerdo a criterios ACR, con NL durante el período comprendido desde 2005 al 2012 que fueran sometidos a una biopsia renal repetida.

**RESULTADOS:** El número total de pacientes con NL atendidos fue de 120, de los cuales 18 (15%) pacientes fueron sometidos a biopsia renal repetida. 18 con 2 biopsias renales y 6 con 3 biopsias. 3 (16.7%) de los pacientes fueron fumadores; 1 (5.6%) poseía antecedentes de DBT previa, 2 (11.1%) poseían antecedentes de HTA; y 3 (16.7%) pacientes tenían obesidad previa. El tiempo de diagnóstico de LES al momento del estudio fue de 96 meses  $\pm$  15; el tiempo transcurrido entre la 1ª y la 2ª biopsia fue de 45  $\pm$  11 meses y el tiempo entre la 2ª y 3ª biopsia fue de 56  $\pm$  12 meses. Las indicaciones de la biopsia repetida fueron proteinuria en 10 biopsias (41,6%); proteinuria con alteración de la función renal en 2 biopsias (8,3%); proteinuria con sedimento patológico en 8 biopsias (33,3%); y proteinuria con sedimento patológico y alteración de la función renal en 4 biopsias (16,6%). Los cambios histológicos más frecuentes encontrados entre las primeras y las biopsias repetidas fueron: de clase IV a clase III: 2 (8,2%); clase IV a clase IV: 8 (33,3%), clase IV a clase III+V: 2 (8,2%), clase IV a clase IV+V: 3 (12,5%); clase IV a clase V: 2 (8,2%). Los cambios en las biopsias de NL proliferativas con índices de actividad y cronicidad (A/C) fueron: de A a A/C: 7 (29,1%), A/C a A/C: 7 (29,1%). En el tratamiento inmunosupresor: se aumentó la terapia inmunosupresora 19 (79,1%), se mantuvo el tratamiento inmunosupresor 4 (16,6%). Con respecto al cambio de medicación 7 (29,1%) pacientes recibieron Ciclofosfamida 1 gr cada 30 días, 9 (37,5%) Ciclofosfamida 500 mg cada 15 días, 8 (33,3%) tratamiento de inducción con Micofenolato mofetil; Rituximab 8 (33,3%); 3 (12,5%) Ciclosporina A. El tratamiento de mantenimiento se realizó con micofenolato mofetil en 21 casos (87,5%); con azatioprina en 1 caso. En todos los casos se utilizó hidrocortisona.

**CONCLUSIÓN:** El recurso de la segunda biopsia emerge como un instrumento de valor en seguimiento de NL, evidenciando los cambios en la actividad y cronicidad, y permitiendo guiar el inmunosupresor así como la confirmación y exclusión de otras entidades como la Nefropatía asociada a Síndrome Antifosfolípido

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN SALAS DE INTERNACIÓN: ANÁLISIS DE CAUSAS, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO

G. Crespo Amaya<sup>1</sup>\*, M. Manzano Escallier<sup>1</sup>, M. Gauna<sup>1</sup>, L. Braun<sup>1</sup>, L. Marino Claverie<sup>1</sup>, M. Oliver<sup>1</sup>, M. Mamani<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Analizar las principales causas que motivaron la internación de pacientes con Lupus eritematoso sistémico y su diagnóstico al egreso. Determinar las complicaciones más frecuentes y la evolución de la enfermedad durante la internación.

**Materiales y método:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal que incluyó la revisión de historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico según criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1997 y mayores a 18 años, excluyéndose a los que tuviesen otra enfermedad de tejido conectivo asociada, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humano o cáncer. Dentro de la revisión de las historias clínicas se obtuvieron datos demográficos como ser edad, sexo y procedencia; el tiempo de evolución de la enfermedad, índice de actividad medido por SLEDAI (Índice de Actividad de Lupus Eritematoso Sistémico), medicación previa y causas de la hospitalización. En la evolución se evaluó la duración de la internación, las complicaciones y la necesidad de derivar a servicios de mayor complejidad.

**Resultados:** Se revisaron 123 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Lupus de los cuales 39 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, conformando un total de 53 hospitalizaciones. El 97,44% eran mujeres y argentinas en un 66,67%. La edad promedio fue de 36,52 (DS 9,25) años. El principal motivo de consulta fue fiebre (27,54%), seguido por compromiso cardiopulmonar (18,84%), compromiso gastrointestinal (13,04%), desorden neuropsiquiátrico (13,04%) y por último la afectación musculoesquelética en un 8,7%. El diagnóstico de egreso más frecuente fueron las infecciones en el 34,74%, seguido por la actividad de la enfermedad en el 23,08%. La mediana del tiempo de internación fue de 13 días (RIC 7-26). Se observó que los pacientes internados por actividad con infección concomitante requirieron una hospitalización más prolongada, con una mediana 19 días (RIC 7.8-28), mientras que aquellos internados por actividad de la enfermedad u otras causas fueron de 15 días (RIC 7.8-28). Las infecciones intrahospitalarias fueron las complicaciones más frecuentes (25,64%). El 79,49 % de los pacientes tuvieron buena evolución, con alta hospitalaria, requiriendo un 7,69 % derivación a unidad de cuidados intensivos. El 5,13% obitó por causas infecciosas y el 7,69% restante se retiró sin alta médica.

**Conclusión:** En esta población de pacientes hallamos que la causa más frecuente de internación fueron las infecciones, a diferencia de otros estudios publicados, en los que la actividad de la enfermedad fue la principal causa. La duración del tiempo de internación fue mayor que en otros trabajos publicados. Los pacientes internados por actividad del Lupus Eritematoso Sistémico e infección concomitante requirieron una hospitalización más prolongada.

## PRONÓSTICO Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DIAGNOSTICADO DURANTE UNA INTERNACIÓN.

S. Porta<sup>1</sup>\*, R. Hassan<sup>1</sup>, V. Aquino<sup>1</sup>, N. Estrella<sup>1</sup>, G. Sequeira<sup>1</sup>, E. Kerzberg<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Servicio De Reumatología. Hospital J. M. Ramos Mejía, Caba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica que posee un amplio espectro de representaciones clínicas, con un curso y pronóstico variable. Con relativa frecuencia los pacientes son hospitalizados para realizar procedimientos diagnósticos o para el tratamiento de las manifestaciones iniciales de la enfermedad.

**Objetivos:** analizar características (epidemiológicas, clínicas, evolutivas, tratamiento y mortalidad) de pacientes con LES diagnosticados durante una hospitalización.

**Materiales y métodos:** análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de LES efectuado en el servicio. Todos los pacientes cumplieron al menos 4 criterios ACR/SLICC 2012 para LES.

Fueron divididos en dos grupos a) Pacientes con LES diagnosticado durante una internación (LESin b) Pacientes con LES diagnosticado en forma ambulatoria (LESamb). Se recolectaron datos demográficos (edad, sexo, lugar de residencia al momento del diagnóstico) datos clínicos, serológicos y de laboratorio. Se evaluó SLEDAI al diagnóstico, dosis acumulativa de corticoides, uso de pulsos de corticoides y/o inmunosupresores durante los primeros 6 meses, compromiso renal significativo al año y SLICC y mortalidad dentro de los 2 primeros años del diagnóstico. Se consideró significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** se evaluaron 88 pacientes (78 mujeres,

10 hombres) con una edad promedio de 33,4 años al diagnóstico de LES, de los cuales el 23,5% vivían en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y el resto fuera de CABA. El 35,2% de los pacientes fueron LESin y el resto LESamb. No hubo diferencias significativas con respecto al sexo (93,5% mujeres en LESin vs 85,9% en LESamb), la edad al diagnóstico de LES

(33,03 años en LESin vs 33,68 en LESamb) en el lugar de residencia (32,14% LESin vivían en CABA al diagnóstico vs 18,87% en LESamb). Los pacientes LESin tendieron a tener menos días promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de LES (278,8 días vs 535,9 días en LESamb, T student  $p < 0.07$ ) y un mayor SLEDAI (10,87 en LESin vs 9,51 en LESamb, t student 0,2). El Anti DNA fue positivo en 74,19% LESin vs 54,39% LESamb (chi2  $p < 0.1$ ), el consumo de C3 se observó en 86,21% de LESin vs 45,10% de LESamb (chi2  $p < 0.001$ ) y el consumo de C4 en 86,21% de LESin vs 73,47% de LESamb (chi2  $p < 0.3$ ).

Dentro de los primeros 6 meses la dosis acumulada de corticoides fue 7081 mg en LESin vs 3863 mg en LESamb (T student  $< 0.001$ ). También fue mayor el uso de terapia en pulsos con metprednisolona en LESin 35,48% vs 10,53% en LESamb (chi2  $p < 0.01$ ) y el uso de inmunosupresores (58,06% en LESin vs 22,81% en LESamb, chi2  $p < 0.002$ ).

Dentro del primer año el 54,84% de los pacientes LESin tuvieron un compromiso renal que motivo una biopsia renal vs 24,56 en LESamb (chi2  $p < 0.009$ ) con una biopsia GNF lúpica clase III, IV o V en 35,48% de LESin vs 14,04 en LESamb (chi2  $p < 0.04$ ).

Dentro de los primeros 2 años de seguimiento 6 de los pacientes LESin murieron vs ningún caso en LESamb (Fisher  $p < 0.001$ ). Los pacientes hospitalizados tuvieron un mayor daño medido por SLICC (mediana 0 en ambos grupos, Mann U Whitney  $p < 0.04$ ).

**Conclusiones:** El diagnóstico de LES durante una hospitalización debería considerarse un factor de mal pronóstico ya que se asocia a un mayor uso de corticoides e inmunosupresores a corto plazo, mayor compromiso renal al año y mayor daño y mortalidad dentro de los dos primeros años del diagnóstico.

## RELACIÓN COCIENTE PROTEÍNA-CREATININA URINARIO Y PROTEINURIA DE 24 HORAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Quispe Villanueva<sup>1</sup>\*, V. Wernicke<sup>1</sup>, M. Cannalatti<sup>1</sup>, A. Godoy<sup>1</sup>, M. Laguarda<sup>1</sup>, A. Melian<sup>1</sup>, L. Benigni<sup>1</sup>, E. Merino<sup>1</sup>, S. Piñeyro<sup>1</sup>, M. Lojo<sup>1</sup>, S. Goñi<sup>1</sup>, M. Etchegeyren<sup>1</sup>, M. Lazzarino<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina

[\*] Presentador

**OBJETIVO:** La proteinuria en orina de 24 horas es el método estándar para el monitoreo del compromiso renal en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), no obstante, su recolección requiere tiempo y colaboración del paciente siendo posible de errores.

El cociente proteína/creatinina (P/C) en una muestra de orina aislada ha demostrado una buena correlación con la proteinuria de 24 horas en otras nefropatías. Actualmente dicho cociente se incluye en los nuevos criterios de clasificación de lupus (aún no validados) del grupo SLICC (The Systemic Lupus International Collaborating Clinics).

Nuestro objetivo es analizar la correlación entre el cociente P/C en la primera orina de la mañana y la proteinuria en orina de 24 horas en pacientes lúpicos. Evaluar la influencia del clearance de creatinina en esta correlación.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal prospectivo.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1987, con o sin nefropatía previa e independientemente del tratamiento recibido, atendidos por consultorio externo en el Servicio de Reumatología, entre marzo y julio del 2013.

Los pacientes recolectaron dos muestras de orina: de 24 horas (h) y primera de la mañana.

Se registró sexo, edad, años de diagnóstico de LES, antecedente de diabetes (DBT), Hipertensión arterial (HTA), nefropatía, score Systemic Lupus Eritematosus Disease Activity Index (SLEDAI), clearance de creatinina (Cl Cr) en ml/min, proteinuria (g/día) en orina de 24 h, proteinuria y creatinuria (mg/dl) en orina matutina.

Consideramos los siguientes rangos de proteinuria: menor y mayor o igual a 0,3 g/24h.

Evaluamos la correlación entre cociente P/C y proteinuria de 24 h en relación al clearance de creatinina tomando como valor de corte 80 ml/min.

El análisis estadístico de las variables estudiadas se llevó a cabo mediante el coeficiente de correlación de Spearman (CCS) y gráficos de Bland-Altman utilizando el programa GraphpadPrism 5.0. Consideramos significancia estadística un  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se analizaron 46 muestras de un total de 39 pacientes (p): 3 (7,7%) hombres y 36 (92%) mujeres, mediana de edad: 39 años (rango: 20-62), mediana de tiempo de evolución de LES: 6 años (rango: 1-32). Presentaron HTA: 10 p (23,7%) y solo 1 DBT. Compromiso renal: 22 p (56,5%), de los cuales 18 tenían biopsia (82%). Según la clasificación histológica de la Sociedad Internacional de Nefrología y Sociedad de Patología Renal se encontró: Glomerulonefritis (GNF) tipo I: 1 p, tipo II: 3 p, tipo III: 1 p, tipo IV: 7 p, tipo V: 1 p, III/IV: 2 p, IV/VI: 1 p. GNF rápidamente progresiva: 1 p. Falto informe de un paciente. SLEDAI: media 1,6 DS  $\pm$  2,5 (rango 0-10). Clearance renal: la mediana fue de 81,3 g/24h (rango 41-196)

Los valores de proteinuria y cociente P/C se muestran en la tabla 1

|                     | Mediana | Mínimo | Máximo |
|---------------------|---------|--------|--------|
| Proteinuria (g/24h) | 0.1     | 0.04   | 1.91   |
|                     | 0.8     | 0.03   | 1.24   |
| Cociente P/C        |         |        |        |

Obtuvimos una correlación significativa entre proteinuria y cociente P/C: El CCS fue 0,798,  $p < 0.0001$ .

Encontramos que en proteinuria menor a 0,3 g/24h el CCS fue 0,583,  $p = 0.0004$  y para valores mayores o iguales a 0,3g/24h el CCS fue 0,76,  $p = 0.0065$ .

En pacientes con un Cl Cr  $< 80$  ml/min, el CCS fue 0,854,  $p < 0.0001$  y en Cl Cr  $\geq 80$  ml/min el CCS fue 0,742,  $p < 0.0001$ .

En esta muestra no hubo proteinurias en rango nefrótico ni clearance de creatinina menor de 40 ml/min.

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio preliminar mostró buena correlación entre cociente proteína/creatinina y proteinuria de 24 h, coincidente con reportes de la bibliografía, siendo el CCS de esta muestra 0,798. El clearance de creatinina no influyó en la correlación.

El CCS fue mejor (0,76 versus 0,583) para proteinuria igual o mayor a 0,3g/24h hasta un valor máximo de 1,91 g/24 h en nuestra muestra.

94

**ESTUDIO MULTICENTRICO COGNITIVO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (ECLES).GESAR LES**

M. D'amico<sup>[\*]</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Británico De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) pueden presentar deterioro cognitivo debido a la enfermedad, sus complicaciones, al tratamiento y comorbilidades asociadas. En la mayoría de los casos es subclínico, con un grado leve a moderado de afectación y curso fluctuante. Se han identificado factores de riesgo para el desarrollo de disfunción cognitiva específicos y no específicos del LES. **Objetivo:** describir la frecuencia y características del deterioro cognitivo (DC) en pacientes con lupus sin manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) conocidas. **Materiales y método:** estudio multicéntrico observacional, prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes de 16 a 55 años con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997 que consultaron entre julio de 2012 a julio 2013 en los centros asistenciales intervinientes. Se excluyeron pacientes con antecedentes de eventos NP relacionados o no al LES y trastornos metabólicos que pudiesen interferir con las evaluaciones. Se registraron datos demográficos, de la enfermedad actual, serológicos, índices de actividad por SLEDAI, daño acumulado por SLICC y escala visual de fatiga (VAS). Las evaluaciones neurocognitivas incluyeron test neuropsicológicos acordes a la propuesta del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y seleccionados por el grupo de neurocognitivistas encargadas de aplicarlos. Se evaluó deterioro global con Mini mental test (MMSE), y las áreas de atención (Trail-Making Test A y test de dígitos directo e inverso) memoria (test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey y test de memoria lógica inmediata y diferida), lenguaje (fluencia semántica y fonológica) y funciones ejecutivas (test del reloj, Trail-Making Test B y test de la Figura compleja de Rey). Se utilizó el Cognitive Symptom Inventory (CSI), cuestionario autoadministrado validado que aporta información sobre la percepción del compromiso cognitivo por el paciente y el Inventario de Beck para depresión. Se definió DC a valores de <2 o más desviación estándar comparada con la media de población normal en al menos un test. Se consideró focal cuando afectó una o más medidas de un único dominio y multifocal si se afectó 2 o más dominios, según los criterios de respuesta ACR. Para comparar proporciones se utilizó prueba exacta de Fisher y para comparar variables numéricas se usó prueba de Kruskal-Wallis. En todos los casos se consideró significativo un valor de p<0,05. **Resultados:** Se estudiaron 86 pacientes con lupus, el 84% de género femenino, con una mediana de edad de 36 años (rango 16-51). El 90 % de origen caucásico, 8% mestizos y 1% amerindio. El 82,2% alcanzó nivel secundario. La mediana del SLEDAI fue de 2,5 (rango 0-24) y del SLICC de 0 (rango 0-8). Se detectó depresión en un 48% de los pacientes. Los dominios afectados fueron: memoria 45% (39/86), funciones ejecutivas 30% (26/86), atención 29% (25/86), lenguaje 4,6% (4/86). La frecuencia de DC fue del 65% (56/86). Afectación unifocal 32,5% (26/86) y multifocal en igual porcentaje. No se hallaron diferencias significativas en las variables a estudiar entre los diferentes grupos. Tabla 1.

|                                    | Sin DC(n=30) | Deterioro unifocal (n=28) | Deterioro multifocal (n=28) | P     |
|------------------------------------|--------------|---------------------------|-----------------------------|-------|
| Sexo (H/M)                         | 1/29         | 2/26                      | 2/26                        | NS    |
| Edad mediana (rango)               | 39 (19-50)   | 34,5 (16-51)              | 34,5 (20-51)                | 0,634 |
| Etnia caucásica                    | 27/29        | 25/25                     | 21/27                       | 0,02  |
| Escolaridad primaria               | 5 (16,67%)   | 3 (10,71%)                | 7 (25%)                     | 0,37  |
| Años de enfermedad mediana (rango) | 4 (0-27)     | 9 (0-20)                  | 7 (0-39)                    | 0,624 |
| Sledai mediana (rango)             | 2 (0-16)     | 4 (0-12)                  | 3 (0-24)                    | 0,446 |
| Slicc >1 (n° pacientes)            | 8            | 7                         | 12                          | 0,306 |
| ACLs (n° pacientes)                | 6            | 7                         | 5                           | 0,846 |
| SAF (n° pacientes)                 | 1            | 2                         | 2                           | 0,736 |
| Tto corticoides (n° pacientes)     | 19           | 16                        | 22                          | 0,220 |
| CSI mediana (rango)                | 24,5 (17-47) | 25 (0-63)                 | 29,5 (17-69)                | 0,11  |

**Conclusión:** Se halló una frecuencia elevada de deterioro cognitivo en pacientes con LES. Los pacientes no caucásicos tuvieron mayor DC con diferencias significativas. Si bien hubo una tendencia a presentar DC en pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad no alcanzó significancia estadística. Tampoco se halló relación con la actividad de la enfermedad ni con los años de educación. Nuestros hallazgos sugieren la importancia de incorporar el estudio neurocognitivo en la evaluación de los pacientes con LES.

95

**INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

R. Juarez<sup>[\*]</sup>, G. Ramos<sup>2</sup>, J. Sanchez<sup>1</sup>, E. Buschiazzo<sup>1</sup>, M. Lencina<sup>1</sup>, M. Crespo<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Oñativia, Salta, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** Los parámetros de calidad de atención en salud son datos cuantificables retrospectivamente, de los que existe evidencia o consenso que pueden ser utilizados para evaluar la misma. Estas medidas intentan representar un estándar mínimo de cuidados que pueden ser aplicadas a los pacientes con una condición particular. En los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) las necesidades de cuidados de calidad incluyen medidas de prevención, monitoreo de enfermedad, medicación, toxicidad, comorbilidades y los autocuidados de los pacientes en todos los aspectos de la enfermedad. **El Objetivo** de este estudio fue evaluar la calidad de atención proporcionada a los pacientes con LES en diferentes centros de acuerdo a los criterios de Mosca 2011 y Yazdani 2009.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo de corte transversal observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con LES tratados durante el periodo comprendido entre 2000 al 2012 en servicios de Nefrología y Reumatología públicos y privados. Se registraron datos socio-demográficos, clínicos, laboratorio, índices de actividad de la enfermedad (SLEDAI / SLICC), monitoreo de la enfermedad, tratamiento farmacológico, controles de toxicidad, estado de inmunizaciones, osteoporosis, manejo de la enfermedad renal, factores de riesgo cardiovascular y fertilidad. Se comparó la utilización de las recomendaciones entre nefrólogos y reumatólogos y entre la práctica pública y privada. **Estadística:** se expresaron las variables categóricas en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartilo (RIC). Se utilizó Chi2 o test exacto de Fisher para comparar variables categóricas y test de T para continuas. Se consideró un valor de p < 0.05 como significativo.

**RESULTADOS .** Ochenta y ocho registros de historias clínicas de 86 pacientes (dos pacientes fueron evaluados por nefrología y reumatología) fueron incluidos. La distribución por centro fue 32 (36.8%) evaluados por nefrólogos y 55 (63.2%) por reumatólogos. Setenta y dos (81.8%) pertenecían al sector público y 16 (18.6%) al sector privado. La mediana de edad fue de 37,5 años (RIC: 31-45), 48 meses el tiempo de evolución de la enfermedad (RIC: 17,5-102) y tres años de periodo de seguimiento (RIC: 1-7). Siete pacientes eran de sexo masculino (8.1%). El uso de el SLICC y SLEDAI (22/87, 25.3%) fue más frecuente en la práctica reumatológica (36.4 and 34.5% vs 6.3 and 9.4%, p=0.002 and 0.01). Las determinaciones de la función renal fueron más frecuentes en los nefrólogos. La hidroxiquinina fue utilizada en 60/87, (69%), y el campo visual fue solicitado pre-tratamiento en 16/60 (26.7%). El estado de vacunación fue más frecuentemente indicado por reumatólogos (anti-influenza y anti-neumocócica, 38.2 y 27.3% versus 15.6 y 9.4%, p = 0.02 y 0.057, respectivamente). Al comparar el sector público vs privado, en el primero se utilizó con mayor frecuencia los cuestionarios de daño y actividad, SLICC 43.8% vs 20.8% (p=0.056) y SLEDAI 50% vs 19.8% (p=0.011); y también fue más frecuente la recomendación del uso de protector solar (66.7 vs 31.3%, p = 0.011), y la indicación de vacunación anti influenza y anti neumococo (50.20% versus 25.16, 7%, p = 0.047 y 0.062, respectivamente).

**CONCLUSIONES:** El uso de mediciones estandarizadas en la evaluación de pacientes con LES fue baja en la muestra. Las mismas fueron más utilizadas por reumatólogos. El uso de la hidroxiquinina fue muy frecuente y el control pre-tratamiento con campo visual escaso. La vacunación de anti influenza y anti neumococo fue menor a la esperada y más frecuente en el sector privado que el público.

96  
a

**LA TASA ACUMULADA DE DAÑO Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) NO HA CAMBIADO EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS**

M. Morales<sup>[\*]</sup>, A. Bertoli<sup>1</sup>, A. Alvares<sup>2</sup>, M. Apaz<sup>2</sup>, F. Caero<sup>2</sup>, L. Encinas<sup>2</sup>, M. Haya Salinas<sup>2</sup>, M. Lopez Perez<sup>2</sup>, M. Sanchez Freytes<sup>1</sup>, V. Saurit<sup>2</sup>, J. Sironi<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Clinica Universitaria Reina Fabiola, Cordoba, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Privado Centro Medico De Cordoba, Cordoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad con tendencia a la cronicidad. De este modo, la carga que impone al paciente está determinada no sólo por el proceso inflamatorio-autoinmune, sino también por las comorbilidades que estos pacientes acumulan a lo largo de la evolución de la enfermedad. Cabe hipotetizar que el aumento en la sobrevida de estos pacientes se acompaña de un aumento en el número de comorbilidades que experimentan ya sea como resultado de la enfermedad per se, de la terapéutica utilizada y del aumento etario de esta población de pacientes.

**Objetivo:** comparar la tasa acumulada de daño y comorbilidades entre los pacientes diagnosticados de LES durante la última década del siglo XX.

**Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 172 pacientes con diagnóstico de LES según los criterios revisados de 1997 del ACR, 74 (43%) de los cuales se diagnosticaron en la última década del siglo XX y 98 (57%) en la primera década del siglo XXI. El daño se evaluó mediante el índice de daño SLICC/ACR (SDI) y las comorbilidades con el índice Charlson. El SDI y el índice de Charlson se compararon con el test T de Student y la tasa acumulada de daño y de comorbilidades se estimó con el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Los pacientes fueron en su mayoría mujeres (90%) con una mediana (Rango IQ) de edad al diagnóstico de 29,0 (17,8 ) años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 74,5 (91,3 ) meses. La Media (DE) del SDI y del índice de Charlson fueron más altas entre los pacientes diagnosticados en la última década del siglo XX (0,95 (1,28) vs. 0,48 (0,80) ; p<0,001 y 0,46 (0,98) vs 0,14 (0,45) ; p<0,001, respectivamente). Sin embargo, ni la media (ME) del tiempo de presentación del primer daño [138 (13) vs. 100 (7) meses, log Rank test = 0,31 ; p = 0,577 ] ni tiempo de presentación de la primera comorbilidad [232 (15) vs 150 (7) meses, prueba de log Rank= 0,20 ; p = 0,636 ] fueron diferentes entre los dos grupos de pacientes. La Tabla debajo muestra la tasa acumulada de primer y segundo ítem de daño del SDI y del índice de comorbilidad de Charlson.

INSTRUMENTO TIEMPO(meses) TASA ACUMULADA%

|              | 1990's |    | 2000's |  |
|--------------|--------|----|--------|--|
| SDI          |        |    |        |  |
| Primer ítem  | 0      | 8  | 9      |  |
|              | 12     | 15 | 15     |  |
|              | 60     | 36 | 34     |  |
| Segundo ítem | 0      | 1  | 1      |  |
|              | 12     | 7  | 1      |  |
|              | 60     | 14 | 9      |  |

96  
b

| Charlson     |    |   |   |  |
|--------------|----|---|---|--|
| Primer ítem  | 0  | 1 | 3 |  |
|              | 12 | 4 | 4 |  |
|              | 60 | 9 | 7 |  |
| Segundo ítem | 0  | 1 | 0 |  |
|              | 12 | 1 | 0 |  |
|              | 60 | 4 | 0 |  |

**Conclusiones:** En este estudio, los pacientes diagnosticados durante la última década del siglo XX acumularon más daño y comorbilidades en comparación con los pacientes diagnosticados más recientemente en la primera década del siglo XXI, lo que probablemente refleje una mayor duración de la enfermedad. Sin embargo, la tasa acumulada de ambos, daño y comorbilidades, no difirió entre ambos grupos. Esto último muestra que, a pesar de una mejor comprensión y manejo de la enfermedad, los pacientes acumulan comorbilidades al mismo ritmo que lo hicieron más de una década atrás. Estos hallazgos deberían incitar a los médicos tratantes a tomar medidas pro-activas en variables de desenlace diferentes a las estrictamente relacionadas con la enfermedad.

## ANTICUERPOS ANTI-C1Q EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

M. Gargiulo<sup>1</sup>\*, G. Gomez<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>, M. Collado<sup>1</sup>, L. Suárez<sup>1</sup>, L. Colaianni<sup>1</sup>, P. Fortes<sup>1</sup>, C. Alvarez<sup>1</sup>, J. Sarano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Investigaciones Medicas "a Lanari" U. B. A., C A B A, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCION:** La nefritis es una de las complicaciones más frecuentes y severas del LES. La detección de anticuerpos anti-C1q ha sido propuesta como un marcador inmunológico de actividad del LES con compromiso renal severo (GMN IV). **OBJETIVOS:** Evaluar si en pacientes con menos de tres años de diagnóstico de LES, la presencia del anticuerpo anti-C1q se relaciona con compromiso renal grave u otras manifestaciones clínicas y explorar el comportamiento del anti-C1q respecto a la nefropatía y de otras manifestaciones clínicas de la enfermedad durante un periodo de seguimiento de cinco años. **PACIENTES Y METODOS:** Pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1997), con una primera muestra de suero disponible entre 01/1995 hasta el 30/10/2012, en la seroteca del Servicio de Inmunología, obtenida dentro de los tres primeros años del diagnóstico de la enfermedad, y por lo menos una muestra de suero a lo largo de los siguientes cinco años. Se evaluó manifestaciones clínicas (definidas según criterio SLEDAI), actividad clínica de la enfermedad, marcadores serológicos (anti-DNAs y CH50%) de cada una de las fechas de los sueros utilizados por revisión de la historia clínica. Se detectó anti-C1q (ELISA) en cada una de las muestras. El compromiso renal se evaluó a través de: niveles de creatinina, clearance de creatinina, proteinuria y sedimento urinario y fue confirmada por histología, según criterio de la OMS. **Análisis estadístico:** prueba de Fisher para datos categóricos y Mann Whitney U test para variables numéricas,  $p < 0,05$  se consideraron significativos. **RESULTADOS:** Se analizó el suero de 24 mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 27 años (rango= 17-55). 19/24 eran caucásicas y 5/24 mestizas. La mediana del tiempo entre el diagnóstico de LES y la primera determinación de anti-C1q fue 18 semanas (rango=0-169). Al momento de la primer determinación de anti-C1q, 20 pacientes estaban clínicamente activas (14 exclusivamente extrarenal) y 4 inactivas. Seis pacientes presentaban nefropatía confirmada por histología y 5 enfermedad renal activa. El anti-C1q se encontró en 8 de las 24 pacientes (33,33%), todas clínicamente activas. Al comparar según presencia o no de anti-C1q, las manifestaciones clínicas y los niveles de los marcadores de actividad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de anti-C1q y el compromiso renal grave ( $p=0,0089$ ). 5/8 pacientes con anti-C1q positivo tenían glomerulonefritis proliferativa activa (3 clase IV, 1 clase V-III, y 1 clase II). El anti-C1q no se detectó en el suero de una paciente con enfermedad renal grave en tratamiento inmunosupresor. El anti-C1q positivo se asocio a mayor frecuencia de proteinuria, sedimento urinario activo, y creatinina aumentada. En el seguimiento a 5 años, 3/5 pacientes con nefritis respondieron al tratamiento y negativizaron el anti-C1q; 2/5 pacientes mantuvieron el anticuerpo positivo y requirieron nueva biopsia que mostro actividad renal persistente. Los quince pacientes sin anti-C1q al diagnóstico, no tuvieron compromiso renal grave. El anticuerpo permaneció negativo a lo largo de los cinco años de seguimiento y nunca presentaron enfermedad renal grave. 3/8 pacientes tenían anti-C1q en ausencia de compromiso renal y presentaban rash malar y rash maculo papular generalizado fotosensible. La asociación entre compromiso cutáneo y anti-C1q positivo resultó estadísticamente significativa en ausencia de compromiso renal ( $p=0,04$ ). En el seguimiento a 5 años, el título de anti-C1q disminuyó hasta desaparecer y coincidió con la remisión de las lesiones cutáneas. Ninguna paciente de este grupo presentó nefropatía durante el seguimiento ni reunió criterios para el diagnóstico de vasculitis urticariana hipocomplementémica (HUVS).

**CONCLUSION:** Se encontraron anticuerpos anti-C1q en el suero de pacientes LES con menos de tres años de diagnóstico de la enfermedad, y todas con manifestaciones clínicas de actividad de la enfermedad. La presencia del anti-C1q se asocio significativamente a enfermedad renal activa y a tipos histológicos de peor pronóstico como el proliferativo. En ausencia de anti-C1q hubo ausencia de nefritis lupica proliferativa al diagnóstico y en el seguimiento a cinco años. Durante la nefropatía, el comportamiento del anticuerpo podría ser marcador de respuesta al tratamiento. En ausencia de enfermedad renal, el anti-C1q se encontró en pacientes con manifestaciones cutáneas de LES generando la hipótesis de su posible relación con HUVS. Se requieren mayor número de pacientes para evaluar estas observaciones.

## COMPARACIÓN DE CRITERIOS SLICC VS ACR PARA EL DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

M. Dondio<sup>1</sup>\*, R. Acosta<sup>1</sup>, N. Ruiz Casanova<sup>1</sup>, G. Grosso<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** En 2012 el grupo Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) revisó los criterios de clasificación de lupus eritematoso sistémico del American College of Rheumatology ARC de 1982 con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica. Con esta nueva clasificación se requiere el cumplimiento de 4 de ellos con al menos un criterio clínico y uno inmunológico. **Objetivos:** 1. Comparar el valor diagnóstico de los criterios SLICC frente los criterios ACR para clasificación LES. 2. Describir las manifestaciones clínicas e inmunológicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 104 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) realizado por reumatólogos y 47 controles con otras enfermedades reumáticas (artritis reumatoidea, síndrome de Sjögren, enfermedad mixta de tejido conectivo, esclerodermia, dermatomiositis, vasculitis, síndrome antifosfolípidos). **Análisis de datos:** Se valoró cada paciente para el cumplimiento de criterios ACR y SLICC. Se calculó sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y negativo, coeficiente kappa y coeficiente de probabilidad positivo y negativo. Para el análisis de variables cualitativas se realizó el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 11.5. **Resultados:** La sensibilidad de los criterios SLICC fue del 100% y para ACR 97.12% mientras que la especificidad fue de 91.49% y 85.11% respectivamente. El valor predictivo positivo fue de 96.3% para los SLICC y 93.52% para los ACR siendo el valor predictivo negativo de 100% para los primeros y 93.02% para los segundos. La razón de verosimilitud positiva fue de 11.75 para los nuevos criterios y de 6.52 para los viejos y la razón de verosimilitud negativa fue de 0.00 y 0.03 respectivamente. El coeficiente kappa ACR/SLICC fue de 77.24%. La edad media de presentación fue 30.9 años con una DS de  $\pm 13.7$ . Los criterios de manifestaciones clínicas fue: lupus cutáneo agudo 85.6%, lupus cutáneo crónico 7.7%, úlceras orales 48.1%, alopecia 72.1%, sinovitis 81.7%, serositis 28.8%, compromiso renal 54.8%, compromiso neurológico 33.7%, plaquetopenia 24%, leucopenia 68.3%, anemia hemolítica 6.7%. Las alteraciones inmunológicas fueron ANA 100%, anti DNA 40.4%, anti Sm 24% y antifosfolípidos 41.3%, hipocomplementemia 77.9% y prueba de Coombs positiva 17.3%. **Conclusión:** 1. Los criterios SLICC resultan ser más sensibles y específicos que los criterios ACR en este grupo de pacientes. 2. Las manifestaciones clínicas más frecuentes encontradas son: lupus cutáneo agudo, sinovitis, alopecia, leucopenia y compromiso renal. Todos los pacientes tuvieron ANA positivos seguido en frecuencia por hipocomplementemia, anticuerpos antifosfolípidos y anti DNA.

## UTILIDAD DE UN SCORE ULTRASONOGRAFICO COMO HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA DETECTAR ARTRITIS PSORIATICA EN PACIENTES CON PSORIASIS.

T. Cazenave<sup>1</sup>\*, C. Waimann<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>, C. Latorre<sup>1</sup>, J. Ubogui<sup>2</sup>, M. Saposnik<sup>2</sup>, E. Saturansky<sup>1</sup>, M. Rosemffet<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosofica, , Argentina

<sup>2</sup> Psoriasisue, , Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de entesopatía subclínica en pacientes con psoriasis (Ps) utilizando un score ultrasonográfico (US) como herramienta diagnóstica en la práctica diaria.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de Ps (según criterio dermatológico), Artritis Psoriática (APs) (según criterios CASPAR) y controles sanos (CS). Cada sujeto tuvo una evaluación clínica completa por un reumatólogo. El examen US estuvo a cargo de dos reumatólogos ciegos a la exploración clínica con experiencia en US. Se evaluaron diez sitios de entesis (de manera bilateral): inserción del tendón del cuádriceps, tendón proximal y distal del ligamento patelar, tendón de Aquiles y fascia plantar. La entesopatía ultrasonográfica (EU) se definió como la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos: engrosamiento tendinoso, erosión ósea, entesofito y bursitis. Se calculó el score US para entesitis de Glasgow (GUESS), con rango entre 0 y 36, siendo 36 el puntaje más alto posible. El desempeño del score para discriminar entre APs y Ps se evaluó utilizando curvas ROC. Se evaluó un modelo alternativo al incorporar al GUESS la presencia de señal Power Doppler (PD) en los sitios de entesis examinados. Las diferencias entre los grupos se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado, Pearson y prueba de Kruskal Wallis. El análisis post hoc se ajustó por el método de Bonferroni. Un valor de  $p$  menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 51 sujetos: APs = 16, Ps = 15 y CS = 20. La edad media fue de 42  $\pm$  13 años y el 39% eran mujeres. La duración media de la enfermedad cutánea y articular fue 17  $\pm$  13 y 7  $\pm$  5 años, respectivamente. La mitad de los pacientes con APs presentaron entesopatía clínica en comparación con ninguno de los otros grupos. Se evaluaron un total de 510 sitios de entesis (APs = 160, Ps = 150, HC = 200). La EU estuvo presente en 291 (57%) frente a sólo 13 sitios (3%) mediante examen clínico. Los pacientes con Ps mostraron EU en 98 (65%) sitios de entesis. El engrosamiento del tendón estuvo presente en el 25%, entesofitos en el 43%, bursitis en 5%, erosión en 9% y señal PD en 7%. Todos los pacientes con Ps mostraron al menos un sitio de entesis afectado en la evaluación US y ninguno de estos fue positivo en el examen clínico. Los pacientes con Ps mostraron significativamente menos engrosamiento tendinoso y entesofitos que los pacientes con APs, y una mayor frecuencia de entesofitos, erosiones y PD que los CS. La puntuación media del score GUESS fue diferentes entre los grupos: APs = 13  $\pm$  4, Ps = 8  $\pm$  4, CS = 3  $\pm$  2 ( $p < 0,01$ ). El área bajo la curva (ABC) para el diagnóstico de APs fue de 0,79 (IC95% = 0,63 a 0,95). Un punto de corte de  $\geq 8$  mostro una sensibilidad y una especificidad de 94% y 60%, respectivamente [Likelihood ratio (LR) = 2,34; LR-0,1]. La adición de PD no tuvo un impacto significativo en la capacidad discriminando del score GUESS (ABC 0,78; IC95% = 0,62-0,95).

**Conclusiones:** Todos los pacientes con psoriasis mostraron entesopatía subclínica en la evaluación US. El score GUESS mostró una alta sensibilidad y moderada especificidad para discriminar entre los pacientes con APs y Ps. Este score podría ser útil como prueba diagnóstica complementaria para la detección precoz del compromiso entésico y articular en pacientes con psoriasis.

## EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DEL GROSOR DEL CARTILAGO HALINO EN ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS. UN ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y CONTROLES SANOS.

T. Cazenave<sup>1</sup>\*, C. Waimann<sup>1</sup>, E. Filippucci<sup>2</sup>, M. Gutierrez<sup>2</sup>, G. Citera<sup>1</sup>, M. Rosemffet<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosofica, , Argentina

<sup>2</sup> Università Politecnica Delle Marche, , Italy

[\*] Presentador

**Introducción:** Existe evidencia que apoya el uso de la ultrasonografía (US) como una herramienta de imagen válida y confiable para evaluar el cartilago en pacientes con artritis. Los objetivos de este estudio fueron medir el grosor del cartilago en pacientes con artritis reumatoidea (AR) en comparación con controles sanos (CS) y evaluar la relación entre los hallazgos ultrasonográficos y distintas variables clínicas.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987) y CS. Los datos recolectados incluyeron características clínicas y demográficas, índice de masa corporal (IMC), índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones (DAS28) y tipo de trabajo manual. La evaluación US fue realizada por dos reumatólogos con experiencia en US, ciegos a los datos clínicos. Se llevo a cabo un ejercicio para evaluar la correlación interobservador. El cartilago hialino de las cabezas de los metacarpianos de los dedos 2-5 (bilateral) fue escaneado desde el aspecto dorsal de las articulaciones metacarpofalángicas posicionadas en flexión de 90 grados. Se registraron dos mediciones perpendiculares del grosor del cartilago en su zona central (vista transversal y longitudinal) obteniendo un valor promedio para cada articulación. Se evaluó la asociación entre las características de la AR y el grosor del cartilago utilizando modelos uni y multivariados, ajustando por sexo, edad, índice de masa corporal y tipo de trabajo manual. Las diferencias entre los CS y los pacientes con AR se compararon mediante t-test. La correlación interobservador se analizó mediante Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI). Un valor de  $p$  menor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 98 sujetos: AR = 45 y CS = 53. La media de edad fue de 49  $\pm$  13 años, la media de IMC fue de 25  $\pm$  4 y el 70% eran mujeres. Los pacientes con AR tuvieron mayor edad y un IMC más bajo que los CS. Los pacientes con AR tuvieron una duración media de la enfermedad de 8  $\pm$  7 años, el 60% tenían enfermedad erosiva y la media del DAS28 era de 4,8  $\pm$  1,4. Se evaluaron un total de 784 articulaciones (AR= 360 y CS = 424). El tiempo para realizar el examen US fue de 6 minutos por paciente. La correlación interobservador fue muy buena (CCI > 0,92). La correlación entre el grosor según la vista transversal y la longitudinal fue de 0,97 ( $p < 0,01$ ). Los pacientes con AR mostraron una media de grosor del cartilago significativamente menor que los CS (0,43 mm frente a 0,58 mm,  $p < 0,01$ ). Después de ajustar por sexo, edad, índice de masa corporal y el tipo de trabajo, el diagnóstico de AR se asocio independientemente con el adelgazamiento del cartilago (6 -0,51,  $p < 0,01$ ).

En el grupo con AR, los pacientes de sexo femenino, de mayor edad, con mayor duración de la enfermedad, y con enfermedad erosiva, tuvieron valores significativamente más bajos de grosor del cartilago. En el análisis de regresión multivariado, sólo la mayor duración de la enfermedad se mantuvo significativamente asociada con valores más bajos de grosor del cartilago.

**Conclusión:** Los pacientes con AR mostraron valores significativamente más bajos de grosor del cartilago en comparación con los controles sanos y la duración de la enfermedad fue el mayor determinante en este hecho.

## 101 VARIACIÓN DEL DIÁMETRO DEL NERVO MEDIANO EVALUADO MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA LUEGO DE INYECCIÓN LOCAL DE CORTICOSTEROIDES EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

W. Spindler<sup>1</sup>\*, A. Spindler<sup>1</sup>, A. Berman<sup>1</sup>, H. Berman<sup>1</sup>, R. De Rosa<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Centro Médico Privado De Reumatología, San Miguel De Tucumán, Argentina

[\*] Presentador

La Ultrasonografía (US) es un método práctico y no invasivo para el diagnóstico de síndrome del túnel carpiano (STC) y una óptima herramienta para guiar el área del túnel a ser inyectada. Existen pocos artículos que demuestren la utilidad de este método como seguimiento de las modificaciones de medidas del nervio mediano (NM) post tratamiento local.

**Objetivo:** Evaluar, en pacientes con STC, las variaciones del diámetro del nervio mediano mediante US, posterior a la inyección local de corticosteroides a nivel del túnel carpiano y su relación con la clínica.

**Material y Método:** Se incluyeron 21 pacientes consecutivos de sexo femenino con diagnóstico clínico, por electromiografía (EMG) y US de STC, con un tiempo medio de evolución de 3.9 meses (DS  $\pm$  1.17) y edad media al momento del diagnóstico de 56.4 años (DS  $\pm$  15.08). Se excluyeron pacientes con cervicobraquialgia, historia de trauma y cirugía en manos o enfermedades sistémicas (ej. Diabetes mellitus, nefropatía, trastornos tiroideos o enfermedades del tejido conectivo) que puedan causar neuropatía. Un reumatólogo con cinco años de experiencia en US musculoesquelética realizó el examen US con ecógrafo en escala de grises (General Electric portable Logic-e, traductor lineal 9-13 MHz). El área en sección transversal del nervio mediano se midió 3 veces con caliper digital, usando para el análisis el valor medio de estas mediciones. Cuando alguno de los tres valores de alguna de las mediciones fue diferente en más del 10%, la evaluación no fue incluida en el análisis. Se evaluó el diámetro del nervio mediano un minuto antes de la inyección de corticosteroides en el túnel del carpo (diámetro preinyección) y 30 días (DS  $\pm$  7) después del procedimiento (diámetro postinyección). La evolución clínica de los síntomas se evaluó con signos de Tinel y Phalen pre y post procedimiento. Se utilizó para inyectar 1 cm de Betametasona acetato 3 mg/ Betametasona fosfato disódico 3.9 mg. El análisis estadístico se realizó utilizando Stata SE software 10.0 para Windows, los resultados fueron informados en promedio, y las asociaciones fueron evaluadas por medio de Chi-Cuadrado, se consideró clínicamente significativo a valores  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De los 21 pacientes 5 presentaban STC bilateral, 21 derechos y 5 izquierdos. El diámetro medio por US de los 26 nervios medianos preinyección fue de 0.159 cm<sup>2</sup> (DS 0.04) y el diámetro postinyección fue de 0.126 cm<sup>2</sup> (DS 0.03), esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = 0.004$ ). El 33% de los pacientes normalizó el diámetro luego de la inyección. De los 26 nervios evaluados 4 pacientes mejoraron más de un 30% el valor del diámetro del nervio mediano, 8 pacientes mejoraron entre un 20 al 29% su diámetro, 10 pacientes mejoraron entre un 10% al 19%, y el resto menos del 10%. 24/26 pacientes (90.4%) presentaron mejoría clínica posterior a la inyección. Al relacionar disminución del diámetro del nervio mediano con mejoría clínica del paciente, se observó que el 95% de los pacientes que disminuyeron su diámetro mejoraron clínicamente ( $p = 0.01$ ).

**Conclusión:** La inyección local con corticosteroides produjo una disminución significativa del diámetro del nervio mediano evaluado mediante US. La disminución del diámetro de nervio mediano se acompañó de mejoría clínica.

## 102 NUEVO PUNTO DOLOROSO EN EL ARCO PLANTAR EN FIBROMIALGIA JUVENIL PRIMARIA: UN PUNTO POTENCIAL A SER CONSIDERADO

W. Spindler<sup>1</sup>\*, C. Santarelli<sup>1</sup>, A. Spindler<sup>1</sup>, A. Berman<sup>1</sup>, H. Berman<sup>1</sup>, M. Santana<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Centro Médico Privado De Reumatología, San Miguel De Tucumán, Argentina

[\*] Presentador

Fibromialgia Juvenil Primaria (FMJP) es un trastorno musculoesquelético crónico y complejo que puede causar dolor difuso acompañado de puntos dolorosos definidos. Debido a que 10 de estos puntos dolorosos están en el área cervical y hombros (Criterios de Clasificación Yunus y Masi para Síndrome de Fibromialgia Juvenil Primaria (FMJP) 1985), los cuales son una región de diversos problemas reumáticos y musculoesqueléticos, pueden surgir con frecuencia dilemas diagnósticos. Por esta razón un punto doloroso reproducible en otra área podría ser una ventaja en el diagnóstico de FMJP.

**OBJETIVO:** Evaluar sensibilidad y especificidad del punto doloroso ubicado en el tercio anterior del arco plantar del pie en pacientes con FMJP y controles.

**Materia y Método:** El estudio fue llevado a cabo en pacientes consecutivos con diagnóstico de FMJP (Criterios Yunus y Masi) y controles sanos pareados por edad y sexo. El punto propuesto, los aceptados para FMJP y puntos controles de los pacientes en bíceps, cuádriceps y región externa de pie (pares) fueron evaluadas con presión digital de aproximadamente 4 Kg/cm<sup>2</sup> por un reumatólogo y una pediatra previamente entrenados. Pacientes y controles firmaron consentimiento y asentimiento informado. Sensibilidad y especificidad del nuevo punto doloroso, los aceptados para FMJP y los puntos dolorosos controles fueron comparados por t-test no pareado, las curvas ROC y el McNemar test.

**Resultados:** De los 19 pacientes con FMJP 16 eran de sexo femenino, 3 masculino, con edad entre 13 y 17 años (14.0.30). El grupo control sano incluyó 27 alumnos de un colegio secundario, sin trastornos reumáticos u otras patologías que pudiesen provocar dolores osteomusculares, con similar distribución de edad (14 +0.23) y sexo. El nuevo punto plantar fue positivo en 19/19 pacientes con FMJP (100%), bilateral en 17 pacientes y unilateral en 2 pacientes, ninguno del grupo control presentó dolor en el nuevo punto plantar, sensibilidad 100% y especificidad 100%. Diversos puntos dolorosos de los usados en el diagnóstico de FMJP presentaron menor sensibilidad y/o especificidad que el nuevo punto plantar: Occipicio fue positivo en 19/19 (100%) FMJP y en 6/27 (22%) grupo control (sensibilidad 100%, especificidad 78%), supraspino fue positivo en 18/19 (95%) FMJP y 5/27 (18%) grupo control (sensibilidad 95%, especificidad 82%), segunda costilla fue positivo en 9/19 (47%) FMJP y 1/27 (3.7%) grupo control (sensibilidad del 47%, especificidad 96%). Los puntos controles en los pacientes con FMJP fueron negativos en 17/19 FMJP (89%).

**Conclusión:** El punto doloroso ubicado en el arco plantar tiene alta sensibilidad y especificidad en pacientes con FMJP, además mostró tener mayor especificidad que otros puntos dolorosos aceptados.

## 103 DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA REUMATOLÓGICA POR PRESENCIA DE ANTICUERPOS POSITIVOS

L. Ibañez Zurlo<sup>1</sup>\*, E. Buschiazzo<sup>2</sup>, M. Lencina<sup>2</sup>, M. Crespo Espindola<sup>2</sup>, R. Rojas Tessel<sup>2</sup>, M. Vales Flores<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Alas, Salta, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina

<sup>3</sup> Fisiosalud, Salta, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN** – El Factor Reumatoide (FR), los Anticuerpos antinucleares (AAN) y los anticuerpos anti estrepolisina O (ASTO), son estudios complementarios que se utilizan en la práctica diaria y son motivo de derivación de pacientes al consultorio reumatológico. **OBJETIVO:** Determinar el rol de los AAN y del FR en la derivación reumatológica y su impacto en el diagnóstico final por parte del especialista. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes de la consulta ambulatoria, cuya causa principal de derivación era la presencia de un anticuerpo positivo (AAN, FR, ASTO). Se recabaron datos acerca del derivador (especialidad, diagnóstico de derivación, anticuerpo que motivó la derivación), y datos socio-demográficos del paciente (sexo, edad), comorbilidades, tratamiento al momento de la derivación. Se evaluó la presencia de manifestaciones extra-articulares (MEA), y diagnóstico reumatológico. **Estadística:** las variables continuas se expresaron en mediana y rango intercuartil (RIC), las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se compararon las variables categóricas mediante Chi 2 o test exacto de Fisher, y las continuas por Mann-Whitney o Test de T. Se consideró significativa  $p < 0.05$ . **RESULTADOS** – Se incluyeron 45 pacientes, 39 (86.7%) de sexo femenino, mediana de edad 51 años (34-63). Los pacientes fueron derivados por un clínico (30, 66.7%), traumatólogo (5, 11.1%), hematólogo (2, 4.4%), medicina familiar (2, 4.4%) y otros (6, 13.2%). Los diagnósticos de derivación más frecuentes fueron: "no determinado" 29 (64.4%), artritis reumatoidea (AR) 9 (20%), lupus (LES) 2 (4.4%), enfermedad del tejido conectivo (ETC) 3 (6.7%) y otros 2 (2.2%). Los anticuerpos que motivaron la derivación fueron: AAN 27 (60%), FR 26 (57.8%) y ambos 9 (20%). Los AAN eran no significativos (<1/80) en 6/27 pacientes (22.2%) cuyos diagnósticos reumatológicos finales fueron: 3 osteoartritis (OA) y 1 raynaud primario. Un paciente fue derivado con diagnóstico "no determinado" por presencia de ASTO. Los diagnósticos finales fueron: ninguno 20 (44.4%), LES 3 (6.7%), sjogren primario 2 (4.4%), síndrome antifosfolípido 1 (2.2%), fibromialgia 4 (8.9%), osteoartritis 6 (13.3%) y otros 9 (20%). Ninguno de los 9 pacientes derivados con diagnóstico de AR, fue confirmado por el reumatólogo, en relación a LES se confirmó 1/2. El caso derivado por ASTO, no presentó Fiebre Reumática. Las enfermedades sistémicas diagnosticadas por el reumatólogo presentaron significativamente más MEA (5/8 vs 7/37,  $p = 0.022$ ). **CONCLUSIÓN** – La tasa de derivación sin diagnóstico presuntivo fue mayor al 50%, la misma fue tanto por presencia de AAN como de FR. Hubo muy baja concordancia entre el diagnóstico de derivación y el reumatológico final. Las MEA fueron más frecuentes en los pacientes con enfermedad sistémica confirmada.

## 104 SISTEMA DE PUNTAJE ECOGRÁFICO COMPUESTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: MONITOREO TERAPEUTICO A CORTO PLAZO

M. Acosta Felquer<sup>1</sup>\*, S. Ruta<sup>1</sup>, J. Rosa<sup>1</sup>, D. Navarta<sup>1</sup>, J. Marín<sup>1</sup>, E. Bertiller<sup>1</sup>, J. Zacarias<sup>1</sup>, L. Ferreyra Garrot<sup>1</sup>, M. Sabelli<sup>1</sup>, L. Catoggio<sup>1</sup>, E. Soriano<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** evaluar la sensibilidad al cambio de un sistema de puntaje ecográfico compuesto, que incluye la valoración de articulaciones, tendones y entesis, en el monitoreo terapéutico a corto plazo de pacientes con artritis psoriásica (APs).

**Pacientes y métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de APs (según criterios CASPAR) con enfermedad activa, definida como la necesidad de iniciar o cambiar el tratamiento con DMARs tradicionales o anti-TNF por decisión de su reumatólogo tratante. A todos los pacientes se les realizó evaluación clínica y ecográfica en forma basal y a los 3 meses del cambio o inicio del tratamiento. El examen clínico se llevó a cabo por un mismo reumatólogo, e incluyó el recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas (66/68), EVA de dolor por el paciente y de actividad de la enfermedad por el médico y el paciente, DAS28, CDAI, SDAI, PASE, PASI, CPDAI, índice de entesis de Leeds (LEI), BASDAI y HAQ. La ERS y la PCR se obtuvieron dentro de las 48 hs de realizado el examen clínico. Se evaluó también el mínimo estado de actividad de la enfermedad a través del Minimal Disease Activity (MDA). La evaluación ecográfica fue realizada en todos los casos por un mismo reumatólogo que desconocía los datos clínicos de los pacientes. Se utilizó un equipo ecográfico MyLab 70 (Esaote) provisto de una sonda lineal multifrecuencia de 6 a 18 MHz acorde a métodos estándar de referencia. Se evaluaron en forma bilateral las siguientes articulaciones: carpos, 2° y 3° metacarpofalángicas, 2° y 3° interfalángicas proximales, rodillas y 2° y 5° metatarsofalángicas. Se evaluaron los siguientes tendones a nivel de la mano: 2° y 3° tendones flexores de los dedos y 4° y 6° compartimentos extensores del carpo. Se exploraron en forma bilateral áreas de entesis a nivel de rodillas (inserción distal del cuádriceps e inserciones proximal y distal del tendón rotuliano) y en calcáneo (inserciones del tendón de Aquiles y de la fascia plantar). La puntuación total del sistema de puntaje ecográfico compuesto resultó de la suma de los puntajes individuales de acuerdo a los hallazgos en escala de grises y con el Doppler de poder por estructura afectada para cada uno de los pacientes (rango: 0 a 200).

**Resultados:** se incluyeron un total de 26 pacientes [18 fueron hombres; edad media 51 años (DS:13); media de duración de la enfermedad: 3 años (IC 95%: 1.45-4.66)]. Once pacientes iniciaron tratamiento con DMARs, 6 pacientes cambiaron de DMARs, 3 agregaron un segundo DMARs y 6 pacientes iniciaron terapia biológica con anti-TNF. En la tabla se muestran los datos clínicos y ecográficos, obtenidos en el período basal y a los 3 meses de seguimiento. Todas las características clínicas evaluadas, excepto el índice LEI, mejoraron luego de 3 meses de seguimiento. El sistema de puntaje ecográfico compuesto y sus distintos componentes (articulaciones, tendones y entesis) demostraron una mejoría significativa a los 3 meses. Luego de 3 meses de seguimiento, 14 (54%) pacientes alcanzaron el MDA. El sistema de puntaje ecográfico compuesto mostró un área bajo la curva ROC de 0.64 (IC 95%: 0.43-0.87) para la identificación de pacientes que no alcanzaron el MDA y una puntuación  $\geq 10$  mostró un 75% de sensibilidad y un 64% de especificidad para la detección de pacientes que no alcanzaron el MDA.

Tabla.

|   | Evaluación basal, media (IC 95%) | Evaluación a los 3 meses de seguimiento, media (IC 95%) | p valor (Wilcoxon Rank test) signed |
|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| DAS28   | 4.05 (3.4-4.7)                   | 3.1 (2.3-3.8)   | <0.0001                             |
| BASDAI  | 5.6 (4.1-7.1)                    | 3.4 (1.9-5)   | <0.0001                             |
| HAQ   | 0.84 (0.43-1.25)                 | 0.55 (0.18-0.92)  | 0.0005                              |
| LEI   | 0.56 (0.01-1.1)                  | 0.125 (0-0.3)   | 0.1178                              |
| Dactilitis                                    | 1.15 (0.41-1.9)                  | 0.5 (0.01-1.01)   | 0.0017                              |
| ERS   | 21 (8.1-33.9)                    | 15.3 (7.5-23.1)   | 0.0058                              |
| PCR   | 6.8 (2.3-11.2)                   | 2.2 (0.87-3.5)  | 0.0091                              |
| PASI  | 2.8 (0.86-4.8)                   | 1.8 (0.1-3.6)   | 0.0001                              |
| PASE  | 40.6 (32.9-48.2)                 | 34.1 (25.8-42.3)  | 0.0003                              |
| CPDAI   | 4.5 (2.9-6.1)                    | 1.9 (0.06-3.6)  | <0.0001                             |
| CDAI  | 17.7 (11.9-23.5)                 | 9.7 (4.5-14.9)  | <0.0001                             |
| SDAI  | 18.8 (13-24.5)                   | 10.2 (4.8-15.6)   | 0.0008                              |
| Sistema de puntaje ecográfico, articulaciones | 14.1 (6.7-21.5)                  | 7.2 (2.6-11.9)  | <0.0001                             |
| Sistema de puntaje ecográfico, tendones       | 1.3 (0.3-2.3)                    | 0.3 (0.008-0.63)  | 0.0010                              |
| Sistema de puntaje ecográfico, entesis        | 9.75 (7.2-12.3)                  | 5.1 (3.6-6.7)   | <0.0001                             |
| Sistema de puntaje ecográfico compuesto       | 25.2 (17.1-33.2)                 | 13.3 (8.1-18.5)   | <0.0001                             |

**Conclusiones:** este sistema de puntaje ecográfico compuesto demostró una adecuada sensibilidad al cambio en el monitoreo terapéutico a corto plazo de pacientes con APs.

Este trabajo fue realizado con el apoyo de un grant de Laboratorios Abbvie.

**LA PRESENCIA E INTENSIDAD DE LA SEÑAL DOPPLER DE PODER NO SE MODIFICA POR LA HORA DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO: DATOS OBTENIDOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA A. Bertoli<sup>1</sup>, M. Audisio<sup>2</sup>, G. Py<sup>1</sup>, I. Strusberg<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup> Instituto Strusberg, Capital, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba Capital, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** El Doppler de Poder (DP) ha demostrado ser un método sensible y fiable para el estudio de las enfermedades inflamatorias, particularmente la artritis reumatoidea (AR). Algunas variables pueden modificar la presencia o intensidad del DP, alterando su sensibilidad y especificidad. Estas variables incluyen el tipo de equipo utilizado, la destreza del operador y la temperatura ambiente. Si bien los pacientes con AR sufren más dolor y rigidez por la mañana, mejorando estos síntomas durante la tarde, no se ha descrito si existen diferencias en la intensidad del DP según el horario de realización del estudio.

**Objetivo:** Comparar el número de articulaciones con señal DP y la intensidad del mismo en pacientes con diagnóstico de AR en la mañana y en la tarde.

**Paciente y Método:** Se incluyeron 21 pacientes con AR (según criterios ACR 1987) a los que se le evaluó la presencia e intensidad de señal DP en 28 articulaciones. La intensidad de la señal DP se graduó de 0 a 3 (grado 0: ausencia de flujo sinovial, 1: ≤ 3 señales aisladas, 2-3: 3 señales aisladas o vasos contiguos que ocupan menos del 50% del área sinovial y 3: presencia de señal que ocupa más del 50% del área sinovial). Posteriormente, se obtuvo un índice de 28 articulaciones (I 28) para DP mediante la suma de los grados de la señal DP de cada articulación. El número total de articulaciones con señal DP y el I 28 se recolectaron tanto por la mañana como por la tarde y se compararon usando el test U de Mann-Whitney.

**Resultados:** En la muestra, los pacientes fueron de género predominantemente femenino (81%), tenían una edad media de 46.2 (DE=11.1) años y una evolución media de la enfermedad de 125.4 (DE=119.0) meses. La Tabla a continuación muestra el total de articulaciones con señal DP y el I 28 obtenido por la mañana y por la tarde.

| Momento del examen                 | Mañana | Tarde    | Valor de U | Valor de p |
|------------------------------------|--------|----------|------------|------------|
| <b>Articulaciones con señal DP</b> | 5 (9)  | 5 (8)    | 220        | 0.99       |
| <b>Media (Rango IQ)</b>            |        |          |            |            |
| I 28                               | 6 (18) | 6 (15.5) | 213        | 0.85       |
| <b>Media (Rango IQ)</b>            |        |          |            |            |

**Conclusión:** En este estudio, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número de articulaciones con señal DP, ni en la intensidad de la señal DP según el momento del día en que se realizara la ultrasonografía. Estos hallazgos deberían ser tomados como un dato práctico a considerar, tanto por el clínico derivador como por el ecografista, cuando se realiza el examen DP en paciente con AR.

**INFLUENCIA DE EDAD, GÉNERO, TABAQUISMO Y TRABAJOS MANUALES EN LA PRESENCIA DE SEÑAL DOPPLER DE PODER EN PERSONAS SIN ENFERMEDAD INFLAMATORIA M. Audisio<sup>1</sup>, A. Bertoli<sup>1</sup>, G. Py<sup>1</sup>, I. Strusberg<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba Capital, Argentina

<sup>2</sup> Instituto Strusberg, Capital, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** El Doppler de Poder (DP) ha demostrado ser un método sensible y fiable para el estudio de las enfermedades inflamatorias, particularmente la artritis reumatoidea (AR). Sin embargo, se han descrito algunas variables que pueden modificar la presencia o intensidad del DP, alterando su sensibilidad y especificidad. Estas variables incluyen al tipo de equipo utilizado, al operador y la temperatura ambiente, entre otros.

**Objetivo:** Evaluar la influencia de la edad, género, tabaquismo y tipo de trabajo (manual versus no manual) en la presencia de señal DP en articulaciones de la mano dominante de sujetos sin enfermedad inflamatoria articular.

**Pacientes y Método:** Se evaluaron las muñecas y articulaciones metacarpofalángicas (MCF) de la mano dominante de 182 sujetos (75 con diagnóstico de osteoartritis de manos según criterios ACR y 107 sin enfermedad articular demostrable). Se evaluó la presencia o ausencia de señal DP. La influencia de la edad, género, tabaquismo y trabajos manuales sobre la presencia de señal DP se analizó utilizando chi cuadrado y el test T de Student.

**Resultados:** De los 182 sujetos, 144 (79%) eran mujeres, tenían una edad media de 47.9 (DE= 15.5) años, 29 (16%) eran tabaquistas, y 73 (40%) realizaban trabajos manuales. Diecinueve (10%) tuvieron señal DP en alguna de las articulaciones examinadas, 16 (9%) en muñeca y 3 (1.6%) en articulaciones MCF. La Tabla a continuación describe la influencia de la edad, género, tabaquismo y trabajos manuales sobre la presencia de señal DP.

| Variables              | Señal Doppler de Poder |             | valor <sup>1</sup> p |
|------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
|                        | SI n=19                | NO n= 163   |                      |
| Sexo femenino %        | 12                     | 88          | 0.372                |
| Edad, años, media (DE) | 56.1 (10.2)            | 46.9 (15.8) | 0.015                |
| Tabaquismo, %          | 5                      | 17          | 0.318                |
| Trabajo Manual, %      | 39                     | 41          | 0.847                |

**Conclusión:** En este estudio, no se demuestra una influencia del género, tipo de trabajo (manual versus no manual), ni el hábito tabaquístico en la presencia de señal DP. Por el contrario, la edad se asocia significativamente con la presencia de señal DP; siendo más propensos a presentar señal DP los pacientes de mayor edad. Estos resultados deben ser considerados como un concepto práctico cuando se realiza un estudio ultrasonográfico con DP en pacientes de diferentes grupos etarios.

**ACCESIBILIDAD DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO N. Zamora<sup>1</sup>, M. Orozco<sup>1</sup>, L. Cayetti<sup>1</sup>, E. Schneberger<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) son el tratamiento de primera línea para los pacientes con Espondiloartritis Axial (EsP). De acuerdo a las recomendaciones del grupo ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society), la terapia con agentes Anti-TNF $\alpha$  debe ser administrada a aquellos pacientes con una actividad de su enfermedad persistentemente alta (BASDAI $\geq$ 4) ante la falta de respuesta a al menos dos AINEs en un período de 4 semanas.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de pacientes activos, sin tratamiento con agentes anti-TNF $\alpha$ , pero con indicación de recibirlo y determinar la accesibilidad al mismo.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes  $\geq$  18 años con diagnóstico de EsP según criterios NY<sup>1</sup> 84 y/o criterios ASAS ESP axial<sup>2</sup>. Se consignaron: datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones de la misma, comorbilidades tratadas, presencia de dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por Escala Visual Analógica (EVA), recuento de articulaciones tumefactas (44), índice de entesitis (MASES), capacidad funcional (BASFI), actividad de la enfermedad (BASDAI), calidad de vida (ASQoL), medidas de movilidad axial (BASMI) y daño radiológico (BASRI). Se identificaron aquellos pacientes con BASDAI  $\geq$  4 persistente a pesar del tratamiento con AINEs, que no estuvieran recibiendo tratamiento con agentes anti-TNF $\alpha$  y se investigó la causa por la cual no estaban con este tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva. Las variables continuas fueron comparadas por test T y Mann Whitney y las categóricas por  $\chi^2$  y test exacto de Fisher.

**Resultados:** Nuestra cohorte incluye un total de 170 pacientes, 125 (73.5%) de sexo masculino, con una edad mediana de 43 años (RIC 31-53), un tiempo mediano de evolución de 15 años (RIC 6-25) y una escolaridad m 12 (RIC 8-15). 47 pacientes (28.6%) desocupados y 22 de ellos a causa de la enfermedad. 80 (47.1%) carecen de cobertura social. Los pacientes de la cohorte presentan una mediana de seguimiento de 43 meses (RIC 26.75-49) y una pérdida en el seguimiento de 28.3%. En la primer visita, los valores de las principales medidas de evaluación son: BASFI m 3.8 (RIC 1.4-6.5), ASQoL m 7.7 (RIC 3.7-11), BASDAI m 4.6 (RIC 2.4-6.5) y un SASDAS-ERS m 20.15 (RIC 12.5-27.5), compatible con actividad alta. El tratamiento de estos pacientes consiste en: AINEs 142 (83.7%), Drogas Antirreumáticas Modificadoras de la enfermedad (DAM) 39 (24.5%), pamidronato 5 (2.98%) y agentes anti-TNF $\alpha$  en 39 (24.5%). Durante el seguimiento, se identificaron 78 pacientes que a pesar del tratamiento con AINEs, presentaban alta actividad de su enfermedad y que no estaban en tratamiento con agentes anti-TNF $\alpha$ . A 43/78 pacientes (55.1%), el médico les había indicado el tratamiento biológico. En los restantes 35 pacientes, el tratamiento no había sido indicado por diversas causas: pérdida de seguimiento en 14 (40%), en espera de respuesta a AINEs en 10 (5.9%), diagnóstico reciente en 2 (1.2%), indicación de DAM por predominio de actividad periférica en 6 (3.5%), en espera de respuesta a pamidronato en 2 (1.2%) y contraindicación absoluta para recibir biológico en 1 paciente (0.6%). De los 43 pacientes a quienes les había sido indicado el tratamiento anti-TNF $\alpha$ , 25 pacientes (58.1%) tramitaron la medicación y 18 (41.9%), no lo hicieron por: negativa del paciente en recibir la terapia biológica en 5 (27.8%), pérdida de seguimiento en 5 (27.8%), en espera de trámite de certificado de discapacidad 3 (16.7%), cirugía pendiente 3 (16.7%), espera de resultado de monitoreo pre-biológico 1 (5.6%), PPD+ y toxicidad a la quimioprofilaxis 1 (5.6%). De los 25 pacientes que tramitaron la medicación solo 18 (10.6%) accedieron a la misma con un tiempo mediano de demora de 12.5 meses (RIC 2-55). De los 18 pacientes que consiguieron acceder al tratamiento anti-TNF $\alpha$ , 14 continúan con el mismo y 4 debieron suspender. Las causas de suspensión fueron: 1 paciente por efecto adverso, 2 por falta de suministro y 1 por falta de eficacia. La única causa en los 7 pacientes que nunca pudieron acceder a la medicación fue por demora o denegación de la entidad responsable de proveer la medicación. 6/7 de estos pacientes carecían de cobertura social. El tiempo mediano de esta demora es de 7 meses (RIC 4-44). No encontramos diferencias en sexo, edad, escolaridad, cobertura social y/o actividad de la enfermedad entre aquellos pacientes que accedieron a la terapia biológica y los que no.

**Conclusiones:** Este estudio revela que en la atención pública en Argentina, un número considerable de pacientes que se encuentran activos de su enfermedad no acceden al tratamiento adecuado por causas diversas.

108

### EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y CORRELACIÓN DE DIFERENTES ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA

I. Carrillo<sup>1</sup>\*, M. Gonzalez Guzman<sup>1</sup>, O. Cerdá<sup>1</sup>, M. Landi<sup>1</sup>, H. Maldonado Ficcó<sup>1</sup>, J. Maldonado Cocco<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Irep, Palermo, Argentina

[\*] Presentador

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad muy heterogénea, que puede comprometer el esqueleto axial, periférico, la piel y las uñas. En la actualidad existen diversos índices para evaluar la actividad de la enfermedad. Sin embargo, no todos evalúan los diversos componentes de la enfermedad. A su vez, algunos son largos, consumiendo mucho tiempo de la visita médica, por lo cual su implementación en la práctica clínica resulta limitada.

**Objetivo primario:** evaluar el desempeño de diferentes índices de actividad en pacientes con APs.

**Objetivo secundario:** desarrollar un nuevo índice de actividad que evalúe el compromiso articular axial, periférico y cutáneo.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, antecedentes familiares, características al inicio y evolutivas de la enfermedad. Se realizó recuento articular de 66/68 articulaciones tumefactas y dolorosas e índice entésico de MASES. Compromiso cutáneo se evaluó mediante PASI y ungües por PNSS. Se evaluó capacidad funcional por HAQ y BASFI, actividad de la enfermedad por DAS28, RAPID3 y BASDAI y calidad de vida por PsAQoL y DLQI. Se realizó determinación de entroscimentación (ERS) por método de Westergren y proteína C reactiva (PCR) dentro de los 5 días de la evaluación.

Se desarrolló un nuevo auto-cuestionario que evalúa el compromiso periférico a través de las preguntas del RAPID3, el compromiso axial por medio de las preguntas 2, 3 y 5 del BASDAI y la afectación cutánea mediante una escala visual análoga por el paciente. A su vez, se incluyó el valor de la ERS dividido por diez para llevarlo a una misma escala.

**Análisis estadístico:** Estudio observacional de corte transversal. Los datos categóricos fueron comparados por Test  $\chi^2$  o Test exacto de Fisher, los continuos por la prueba de T y ANOVA con prueba pos-hoc y se realizaron correlaciones Spearman. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 76 pacientes, 42 mujeres y 34 varones, con una mediana de edad de 50,5 años (RIC 39-62) y de evolución de APs de 10,1 años (RIC 3-15,5). 49 pacientes presentaron forma de evolución poliartricular, 21 oligoartricular, 5 espondilítica y trinitante. La media de BASDAI fue de 4,4, RAPID3 10,9, HAQ 0,81, BASFI 3,3 y DAS28 3,39.

No se observaron diferencias estadísticas entre los distintos índices y las formas de evolución.

El RAPID3 y el nuevo índice tuvieron muy buena correlación con el BASDAI y buena con el HAQ, BASFI, VAS de actividad y de dolor del paciente, no así con el recuento articular y el compromiso cutáneo. Asimismo, el CPDAI presentó muy buena correlación con el BASDAI, buena con el HAQ y BASFI, siendo mala con el recuento articular y DAS28. Tabla 1.

En la tabla 1. Correlaciones.

|                  | VAS ACT<br>paciente | VAS<br>DOL | TUM66 | DOL68 | DAS28 | HAQ   | BASDAI | BASFI | PASI  |
|------------------|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| RAPID3 (r)       | 0,765               | 0,717      | 0,163 | 0,411 | 0,428 | 0,665 | 0,811  | 0,689 | 0,231 |
| Nuevo índice (r) | 0,781               | 0,726      | 0,349 | 0,349 | 0,534 | 0,660 | 0,837  | 0,654 | 0,327 |
| CPDAI (r)        | 0,595               | 0,545      | 0,203 | 0,308 | 0,386 | 0,697 | 0,837  | 0,654 |       |

**Conclusión:** Los tres índices presentan una buena correlación con medidas auto-reportadas por parte de los pacientes. Por otro lado, la correlación de los tres índices con el compromiso periférico fue mala. No se observó una clara superioridad de ningún índice respecto de los demás.

109

### CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE ARTRITIS REACTIVA TEMPORANA EN ARGENTINA

A. Martínez Muñoz<sup>1</sup>\*, R. Chaparro Del Moral<sup>1</sup>, O. Rillo<sup>1</sup>, C. Airolidi<sup>1</sup>, S. Papisidero<sup>1</sup>, M. Guinsburg<sup>1</sup>, F. Colombres<sup>2</sup>, A. Berman<sup>3</sup>, F. Sommerfleck<sup>4</sup>, E. Schneeberger<sup>5</sup>, J. Maldonado Cocco<sup>6</sup>, A. Salas<sup>7</sup>, M. García<sup>8</sup>, E. Soriano<sup>9</sup>, E. Lancioni<sup>9</sup>, F. Romanini<sup>9</sup>, M. Oliver<sup>9</sup>, A. Alvaroles<sup>9</sup>, E. Miretti<sup>9</sup>, S. Pairs<sup>9</sup>, A. Ortiz<sup>9</sup>,<sup>1</sup> Hospital Torcu, Buenos Aires, Argentina<sup>2</sup> Centro Médico Privado De Reumatología Tucumán, San Miguel De Tucumán, Argentina<sup>3</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina<sup>4</sup> Fundación Reumatológica Argentina ?dr. Osvaldo García Morteo?, Buenos Aires, Argentina<sup>5</sup> Hospital San Martín La Plata, Ciudad De La Plata, Argentina<sup>6</sup> Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina<sup>7</sup> Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina<sup>8</sup> Hospital Privado De Córdoba, Ciudad De Córdoba, Argentina<sup>9</sup> Hospital Provincial Dr. José M. Quien, Ciudad De Santa Fé, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** Las espondiloartritis (Epa) a menudo se incluyen en el diagnóstico diferencial de la artritis temprana con o sin dolor de espalda baja. Esto es particularmente cierto para la artritis reactiva (ARe) que se inicia principalmente como una artritis aguda o subaguda asociada con una infección bacteriana gastrointestinal o urogenital. De acuerdo con diferentes registros, la ARe representa del 6% y el 47% de la Epa seronegativas. CONEART (Consorcio de Espondiloartritis Temprana) es un proyecto que involucra a ocho centros de reumatología en Argentina, en los que se incluyen pacientes con lumbalgia inflamatoria y / o espondiloartritis (criterios ASAS) comprendidas entre 3 meses a 3 años de aparición de los síntomas donde se les realiza seguimientos cada 6 meses. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, genéticas y radiológicas de una cohorte de pacientes con artritis reactiva temprana.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal de pacientes consecutivos con inicio reciente de ARe ( $\leq 3$  años de duración). Los pacientes fueron incluidos en el programa del Consorcio Argentino de Espondiloartritis Temprana (CONEART), un estudio prospectivo longitudinal de cohorte nacional, multicéntrico, en el que los criterios de ingreso fueron cumplir con los criterios de clasificación ASAS axial o periférica. Los pacientes con ARe fueron evaluados según criterios ASAS y Criterios de Calin. Se analizaron las primeras visitas.

**Estadística descriptiva:** se muestran como la media  $\pm$  DE o mediana (RIQ) para los datos continuos y en porcentajes o frecuencias absolutas para los datos categóricos.

**Resultados:** La cohorte CONEART está compuesta por 128 pacientes hasta la fecha de análisis de datos, 16 (12.5%) diagnosticados como ARe: 9 post-venéreas y 7 post-inferiores. Todos ellos cumplen con los criterios ASAS para Epa periférica y 15 Criterios de Calin para ARe (93%). Catorce (87%) eran hombres, la edad mediana de 32 (IQR: 20-46), mediana de duración de la enfermedad 16 (2-36) meses. La composición étnica de la cohorte fue de: 8 (47%) Mestizos, 6 de raza blanca, y 2 amerindios. Los agentes infecciosos como factores desencadenantes de Epa: 3 Ureaplasma urealyticum, 1 Chlamydia trachomatis, 1 Mycoplasma spp. 5 muestras de frotis negativos obtenidos de la uretra. Dos pacientes tenían serología positiva para el HIV y otros 2 pacientes tuvieron serología viral positiva para hepatitis B. Hallazgos clínicos: Ocho pacientes presentaron artritis (1 monoartritis, 3 oligoartritis, poliartitis 4). Cabe destacar que 5 pacientes tuvieron rigidez matinal  $\geq 1$  hora. Cuatro pacientes presentaron dolor inflamatorio de espalda, la media de entésis fue 1,25  $\pm$  2,44, NAI:

68: 2,75  $\pm$  4,86, NAD: 66: 2,31  $\pm$  14,9, daclitils: 5:16. Evaluación radiográfica: media de m-SASSS fue de 0,50  $\pm$  1, con una media de BASRI 0,79  $\pm$  1,19; sacroilitis (SI) de acuerdo con los criterios de Nueva York se encontraron en 4 pacientes, 2 con grado 1 y 2 con grado 2, 3 pacientes tenían signos de SI en RM. HLA-B27 se evaluó en 6 pacientes, y fue positiva en 4. Clinimetría: Schober (cm) 4,86  $\pm$  1,83; occipucio-pared (cm) 0,86  $\pm$  3,21, flexión lateral de la columna (cm) 19,3  $\pm$  4,1; rotación cervical (grados) 73,8  $\pm$  10; EVA de dolor (cm) 3,36  $\pm$  3,27, EVA dolor nocturno (cm) 2,65  $\pm$  3,33, EVA de la actividad global por el paciente (cm) 3,43  $\pm$  3,74, EVA de la actividad global por el médico (cm) 2,79  $\pm$  3,12, HAQ-DI 0,57  $\pm$  0,56, BASDAI 3,56  $\pm$  2,93, BASFI 3,02  $\pm$  2,72, Laboratorio: VSG (mm / h) 34,5  $\pm$  38, PCR (mg / dl) 4,79  $\pm$  8,85.

**Conclusión:** En nuestro conocimiento hay pocos estudios de Artritis Reactiva en nuestra población. La ARe tiene una prevalencia baja y la mayoría de los pacientes tienen enfermedad autolimitada. Esta es la primera descripción de una cohorte de seguimiento de ARe temprana. La evaluación y el seguimiento de cohortes de artritis temprana podrían mejorar la evaluación de las espondiloartritis.

110

### DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN SIMPLIFICADA DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD PARA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE - SASDAS- UTILIZANDO PCR, EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL.

N. Zamora<sup>1</sup>\*, E. Schneeberger<sup>1</sup>, M. Orozco<sup>1</sup>, L. Cayetti<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Para el control de la actividad de la Espondiloartritis axial (Esp axial) contamos con varias herramientas dentro de las que se destacan el BASDAI y ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). En el año 2011 se desarrolló una versión simplificada del ASDAS-ERS, aunque la Proteína C Reactiva (PCR) es considerada un reactante de fase aguda más específico.

**Objetivo:** Desarrollar una versión simplificada del índice de actividad de EA utilizando PCR (SASDAS-PCR).

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de Esp axial según criterios NY 84 y/o criterios ASAS 09. Se consignaron: datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones relacionadas con la enfermedad, comorbilidades y tratamientos recibidos. Se evaluó presencia de dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por Escala Visual Análoga (EVA), recuento de articulaciones tumefactas (44), índice de entesitis (MASES), capacidad funcional (BASFI), actividad de la enfermedad (BASDAI, ASDAS-PCR y ERS y SASDAS- ERS), calidad de vida (ASQoL), medidas de movilidad axial (BASMI) y daño radiológico (BASRI). Se obtuvieron muestras sanguíneas para determinar la ERS por método Westergren y PCR por turbidimetría en mg/dl. SASDAS-PCR consiste en la simple suma lineal de los cinco componentes del ASDAS: evaluación global del paciente (EVA 0-10), dolor en la columna (BASDAI pregunta N°2, 0-10), dolor e inflamación periférica (BASDAI pregunta N°3, 0-10), duración de la rigidez matinal (BASDAI pregunta N°6, 0-10) y PCR en mg/dl. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva. Las variables continuas fueron analizadas por T-test y ANOVA con pruebas post hoc y las categóricas por  $\chi^2$ . Se realizaron correlaciones por Spearman, análisis de regresión lineal, curvas ROC para determinar el área bajo la curva (ABC) y establecer los valores de corte. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes, 59 (70.2%) eran varones, con una edad mediana de 40 años (RIC 30-49) y una duración mediana de la enfermedad de 12 años (RIC 4-20). Los pacientes tuvieron una mediana de BASDAI de 4.7 (RIC 2.4-6.7), BASFI de 4 (RIC 1.4-6.6), ASQoL de 7 (RIC 3-11) y BASRI de 5 (RIC 2.5-8.5). Los valores de los reactantes de fase aguda fueron: ERS m 16 mm/h (RIC 8-27) y PCR m 0.45 mg/dl (RIC 0.1-0.64) El SASDAS-PCR presentó una excelente correlación con el ASDAS-PCR ( $r = 0.93$ ), con el ASDAS-ERS ( $r = 0.89$ ) y el SASDAS-ERS ( $r = 0.96$ ). También, se observó buena correlación del SASDAS-PCR con BASDAI ( $r = 0.88$ ), BASFI ( $r = 0.62$ ) y el ASQoL ( $r = 0.57$ ). Utilizando los valores de corte propuestos para el ASDAS-PCR, los valores correspondientes de corte para SASDAS-PCR fueron los siguientes: Inactivo de 0 a  $< 10.5$ , actividad moderada  $\geq 10.5$  a 19, alta  $> 19.36$  y muy alta  $> 36$  (ABC=0.96-100 con una sensibilidad de 87-100% y especificidad de 99-100%). La mediana de ASDAS-PCR fue de 2.16 (RIC 1.4-2.9) y la mediana de SASDAS-PCR de 19.34 (10.25-5) ambas comparables con alta actividad según los puntos de corte establecidos. En el análisis de regresión lineal el peso en las variables sobre el SASDAS-PCR fue en orden decreciente: BASDAI, PCR y evaluación global de la enfermedad.

**Conclusiones:** El SASDAS-PCR es un índice compuesto, válido y confiable para medir actividad de la enfermedad que incluye variables subjetivas y una variable objetiva como la PCR. Además tiene la ventaja de su simple cálculo.

111

### ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN REUMATÓLOGOS DE ARGENTINA

E. Buschiazzo<sup>1</sup>\*, E. Schneeberger<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina<sup>2</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN** – Las espondiloartritis (EspP) son un grupo de enfermedades heterogéneas que presentan características comunes. En la última década se ha logrado un gran avance en la optimización de los criterios de clasificación y el uso de los estudios complementarios en las EspP.

**OBJETIVO** – Evaluar el conocimiento sobre EspP axial en una muestra de médicos reumatólogos y/o clínicos socios de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

**Materiales y métodos** – Se envió una encuesta vía e-mail a toda la agenda de socios de la SAR. La encuesta constó en seis preguntas relacionadas al diagnóstico y la epidemiología de EspP axial. Estadística: Las variables continuas se expresan en mediana y rango intercuartil (RIC), las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se aplicó test de Chi2 o test exacto de Fisher para comparar variables categóricas y test de Mann-Whitney o test T para comparar variables continuas. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS** – La encuesta fue enviada a 664 socios activos de la SAR, de los cuales 94 (14.15%) respondieron a la misma. De los respondedores, 86 (91.5) eran reumatólogos, con una mediana de 7 años de especialidad (RIC:2.5-15), quienes tenían una mediana de 8 pacientes (RIC:4-15) en seguimiento. Solo 22 (23.4%) reconocieron todos los criterios de lumbalgia inflamatoria siendo el más identificado: "dolor que empeora con el reposo" en 85 (90.4%) de los médicos. Cuarenta y cuatro encuestados (46.8%) conocían las ramas principales de los antecedentes familiares y 21 (22.3%) a la polientesitis. Las herramientas más utilizadas en la práctica médica para el diagnóstico fueron: clínica 92 (97.9%), resonancia magnética 87 (92.6%), HLA-B27 70 (74.5%), radiografía 69 (73.4%), reactantes de fase aguda 32 (34%) y tomografía axial computada (TAC) 3 (3.2%). En cuanto a la solicitud de resonancia para el diagnóstico, si bien 88 de los respondedores (93.6%) solicitaban la región correctamente, es decir de sacroiliacas, solo 34 (36.2%) solicitaban las secuencias correctas T1 y STIR. Al consultar sobre la prevalencia de HLA-B27 en Argentina, 42 (44.7%) reconocieron la misma en 90.5%. La mediana de respuestas correctas fue 3, y solo 6 encuestados respondieron las 6 preguntas con opciones correctas, 12 respondieron 5 y 19 respondieron 4. Los médicos que contestaron un número  $\geq 4$  respuestas correctas (66.6%), tenían un promedio de pacientes en seguimiento (16.51 vs 10.64), aunque sin alcanzar significancia estadística ( $p = 0.07$ ).

**CONCLUSIÓN** – La tasa de respuesta a la encuesta fue baja. Más de la mitad de especialistas en nuestro país desconocen: los criterios de "lumbalgia inflamatoria" en su totalidad, los "criterios ASAS 2009", el "correcto uso de resonancia magnética" y la "prevalencia de HLAB27" en nuestro país.

## EVALUACIÓN DEL “IMPACTO” DE UNA CAMPAÑA PUBLICITARIA PARA LA DETECCIÓN DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PERSONAS CON DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO CRÓNICO

E. Schneeberger<sup>1</sup>\*, E. Buschiazzi<sup>2</sup>, L. Cayetti<sup>1</sup>, N. Zamora<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, M. Orozco<sup>1</sup>, M. Crespo Espindola<sup>1</sup>, G. Citera<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, , Argentina

<sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, , Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La detección temprana de pacientes con enfermedades reumáticas es útil para mejorar su calidad de vida y en muchas de ellas su pronóstico. Para lograr “detección temprana” se emplearon diferentes métodos como campañas publicitarias a la comunidad y/o entrenamiento a médicos clínicos y/o generalistas. Estos métodos insumen tiempo, esfuerzo y recursos económicos y en ocasiones es difícil valorar su impacto real.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de una campaña de detección temprana de Espondiloartritis (EsP) axial en pacientes con lumbalgia inflamatoria crónica.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio piloto que consistió en una campaña publicitaria de 4 semanas de duración a través de medios de comunicación: TV, internet y prensa, en Buenos Aires (BA) y Salta con el fin de concientizar a la población sobre la Espondilitis Anquilosante (EA) y convocando a aquellas personas que sufren de dolor lumbar inflamatorio crónico (DLIC) a contactarse vía e-mail o telefónicamente a través de un número 0800-MOVIETEVA (centro de llamadas 24 hrs. de lunes a domingo). A las personas interesadas se les realizó un primer monitoreo (1° filtro), a través de un cuestionario pre-establecido con el fin de determinar si podían ser incluidas al estudio. Los criterios de inclusión fueron: personas 18 años de edad con DLIC (≥ 3 meses), con edad de inicio <50 años y que no tuvieran diagnóstico previo de EA o EsP axial. Para definir lumbalgia inflamatoria se utilizaron los criterios ASAS 4/5 o 3 criterios ASAS + otra característica de dolor lumbar inflamatorio. Si la persona cumplía los criterios de inclusión, se le otorgaba un turno para ser evaluada en alguno de los dos centros de atención participantes (CABA, Salta). Cuando el paciente concurría a la consulta al turno pre-asignado, el reumatólogo realizaba una segunda evaluación para constatar si la derivación era correcta y si cumplía criterios de DLIC (2° filtro). A los pacientes incluidos, se les consignaba datos sociodemográficos y relacionados a la enfermedad y se les realizaba un examen físico orientado a EsP. A todos los pacientes se les solicitó un análisis de laboratorio y Rx de sacroilíacas (SI), las cuales fueron valoradas mediante criterios de NY para SI. Si el diagnóstico se consideraba aún indeterminado, el médico evaluador solicitaba: HLA-B27, otros radiografías y/o resonancia magnética (RM) de sacroilíacas en T1, STIR. El diagnóstico final se determinó según criterios NY 87 y/o ASAS para EsP axial 2009. Aquellos pacientes que presentaban algunos criterios sin llegar a cumplir los criterios de clasificación se consideraron EsP probable. Análisis estadístico: Descripción de datos. Test T, Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher.

**Resultados:** Se recibieron 440 llamadas, de las cuales sólo 226 (50.3%) fueron efectivas, el resto (equivocadas, cortadas, repetidas o se negaron a responder el cuestionario). De las 226 llamadas efectivas, a 158 personas (70%) se les dio turno para evaluación luego de pasar el primer filtro. Por otro lado, se recibieron 451 contactos por internet, 361 pasaron el primer filtro, pero solo 33 (7.3%) se contactaron para solicitar turno. Luego de excluir los turnos repetidos, del total de contactos efectivos (667: 226 por 0800 + 451 por internet), 157 personas (23.5%) obtuvieron turno, de los cuales solo 80 (50.9%) concurren a la consulta. Luego de ser evaluados por el reumatólogo solo 42 cumplieron criterios de lumbalgia inflamatoria crónica (2 ya tenían diagnóstico de EA). De los 40 pacientes ingresados, 9 cumplieron criterios de EsP axial. La detección de EsP axial en el total de la muestra fue de 1.3% (9/667), del 5.7% de los que pasaron el primer filtro (9/157) y del 22.5% de los que cumplían criterios de lumbalgia inflamatoria crónica (9/40). 51% de los contactos fueron de BA, 15% de CABA y 8.8% de Salta. En el 48.6% de los casos la fuente de información fue la TV. Las 9 personas con diagnósticos de EsP axial eran de BA. No encontramos ninguna asociación entre el diagnóstico de EsP y características demográficas y/o clínicas.

**Conclusión:** La TV fue la principal fuente de información, el centro de llamadas telefónicas fue más efectivo que el contacto por la web. La frecuencia de EsP en personas con lumbalgia inflamatoria crónica fue baja. La mayor frecuencia de detección en BA versus Salta puede obedecer a diferentes causas.

## DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL TEMPRANA EN UNA COHORTE PROSPECTIVA MULTICENTRICA ARGENTINA

F. Sommerfleck<sup>1</sup>\*, E. Schneeberger<sup>1</sup>, J. Maldonado Cocco<sup>1</sup>, F. Colombres<sup>2</sup>, A. Berman<sup>2</sup>, C. Airoldi<sup>3</sup>, O. Rillo<sup>4</sup>, R. Chaparro<sup>5</sup>, E. Miretti<sup>6</sup>, A. Alvarillos<sup>7</sup>, A. Ortiz<sup>8</sup>, S. Paira<sup>9</sup>, F. Romani<sup>10</sup>, M. Mamani<sup>11</sup>, A. Salas<sup>12</sup>, M. García<sup>13</sup>, E. Lancioni<sup>14</sup>, E. Soriano<sup>15</sup>,

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, , Argentina

<sup>2</sup> Centro Medico Privado De Reumatología, , Argentina

<sup>3</sup> Hospital Dr Tornu, , Argentina

<sup>4</sup> Hospital Privado De Cordoba, , Argentina

<sup>5</sup> Hospital Provincial Cullen, , Argentina

<sup>6</sup> Hospital Rivadavia, , Argentina

<sup>7</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina

<sup>8</sup> Hospital Italiano, , Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** Las Espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades diferentes que comparten algunas características comunes. Actualmente se las diferencia de manera general de acuerdo al compromiso clínico predominantemente axial o periférico. Estudios previos han comunicado que las mujeres tienen una enfermedad más leve, con menor sintomatología y menor daño radiológico que los varones. El objetivo de este estudio fue analizar las características generales y las diferencias entre varones y mujeres con EspA axial temprana de una cohorte multicéntrica argentina.

**Material y métodos:** Estudio de corte transversal en pacientes con EspA de reciente comienzo (≤ 3 años). Los pacientes integran el Consorcio Argentino de Espondiloartritis Temprana (CONEART), una cohorte prospectiva longitudinal multicéntrica. Los pacientes ingresados consecutivamente cumplieron con los Criterios de Clasificación de ASAS para EspA axial o periférica. La información recogida incluyó variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, genéticas e imagenológicas.

**Análisis Estadístico:** Los datos descriptivos se muestran como media ± DE o mediana (RIC), y como porcentajes o frecuencias para datos categóricos. Se usó prueba de T para comparar variables continuas y las variables categóricas por Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher. Se realizó análisis de regresión logística para evaluar variables asociadas con el género. Una p < 0.05 fue considerada significativa. **Resultados:** Se incluyeron un total de 128 pacientes que cumplieron criterios ASAS: 82 (64%) eran varones, con una edad media de 39 ± 13 años y un tiempo de evolución mediano de la EspA de 15 meses (RIC 9-26); 43.8% de los pacientes eran caucásicos, 36.7% mestizos y 19.5% amerindios. Entre los 128 pacientes 83 (63.8%) tenían compromiso axial y los mismos presentaban: 34 (26.8%) EspA Indiferenciada, 29 (22.7%) Espandilitis Anquilosante, 18 (14.0%) EspA asociada a Psoriasis, 1 (0.78%) con Enfermedad de Crohn y 1 (0.70%) con Artritis reactiva. Los 45 pacientes restantes con predominio de compromiso periférico (35.1%), la mayoría 29 (22.6%) tenían Artritis Psoriásica, y el resto, 15 (11.7%) Artritis Reactiva y 1 paciente (2.2%) Artritis Enteropática.

Entre los 83 pacientes con compromiso axial 51 (61.4%) eran varones. Las mujeres tuvieron significativamente peores índices funcionales que los varones: BASFI 4.6 ± 2.3 vs 3.4 ± 2.0, p=0.01, PSAQoL 12.4 ± 6.0 vs 7.8 ± 7.0, p=0.01, y dolor axial nocturno EVA 6.2 ± 4.0 ± 3.0, p=0.01. Sin embargo ASQoL no difirió entre ambos géneros. El índice MASES también fue significativamente mayor en mujeres (3.2 ± 3.0 vs 1.8 ± 2.0, p=0.01). No se hallaron diferencias en otros parámetros clínicos, de laboratorio o en índices radiológicos m-SASSS/BASRI. No se hallaron diferencias significativas en la positividad del HLA B27 entre ambos géneros. El análisis de regresión logística mostró que la única variable asociada con el género femenino fue dolor axial nocturno (OR 1.3 IC 95%: 1.03 – 1.65, p=0.01).

**Conclusión:** Las mujeres con EspA axial temprana tuvieron peor capacidad funcional, peor calidad de vida en los pacientes con EspA axial asociada a psoriasis, y mayor dolor nocturno axial. Estos resultados difieren de algunos conceptos sostenidos en el tiempo, se necesitará una muestra más numerosa de pacientes para confirmar nuestros hallazgos.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TEMPRANA

F. Colombres<sup>1</sup>\*, A. Berman<sup>1</sup>, H. Berman<sup>1</sup>, A. Spindler<sup>1</sup>, W. Spindler<sup>1</sup>, V. Bellomio<sup>1</sup>, J. Maldonado Cocco<sup>1</sup>, F. Sommerfleck<sup>1</sup>, E. Schneeberger<sup>1</sup>, A. Salas<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup>, A. Ortiz<sup>2</sup>, S. Paira<sup>3</sup>, E. Miretti<sup>4</sup>, A. Alvarillos<sup>5</sup>, C. Airoldi<sup>6</sup>, O. Rillo<sup>7</sup>, M. Oliver<sup>8</sup>, F. Romani<sup>9</sup>, E. Lancioni<sup>10</sup>, E. Soriano<sup>11</sup>,

<sup>1</sup> Centro Médico Privado De Reumatología, Capital, Argentina

<sup>2</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, , Argentina

<sup>3</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina

<sup>4</sup> Hospital Jose Maria Cullen, Sante Fe, Argentina

<sup>5</sup> Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>6</sup> Hospital Gral De Agudos Dr E. Tornú, Buenos Aires, Argentina

<sup>7</sup> Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina

<sup>8</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivos:** Describir características clínicas, genéticas, radiológicas y ecográficas de una cohorte de pacientes con Artritis Psoriásica temprana.

**Materiales y Métodos:** CONEART (consorcio de Espondiloartritis Temprana) es un proyecto Argentino que involucra 8 centros reumatológicos, en el cual pacientes con lumbalgia inflamatoria o diagnóstico de espondiloartritis (de 3 meses a 3 años de duración) son incluidos consecutivamente, y seguidos cada 6 meses. Se recolectaron variables sociales, demográficas, historia familiar, genéticas, clínicas, de laboratorio e imagenológicas. El diagnóstico de Artritis psoriásica fue realizado usando los criterios de clasificación CASPAR.

**Resultados:** Se incluyeron 132 pacientes con espondiloartritis temprana, de los cuales 47 (35.6%) tenían artritis psoriásica; sexo femenino 21.3%. Caucaicos 23 (49%), mestizos 18 (38%) y amerindios 9 (13%). El tiempo medio de duración de los síntomas articulares fue 16.4 meses (DS 10.05). En 45/47 pacientes la psoriasis precedió a la artritis psoriásica, uno tenía historia familiar de psoriasis y otro tenía artritis psoriásica sin psoriasis. Presentaron compromiso periférico 29 (62%), mixto 9 (19%) y axial 9 (19%). HLA-B27 se realizó en 32 pacientes, y fue positivo en solo 2, ambos con compromiso periférico. Un paciente con artritis periférica tuvo serología positiva para HIV. No hubo diferencias en tipo de compromiso articular por sexo y etnia. 21 pacientes tuvieron entesitis de acuerdo al score de Mases. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de entesitis por ecografía entre pacientes con o sin entesitis clínica.

La media de HAQ fue 0.66 (DS 0.67), BASDAI 4.66 (DS 2.73) y BASFI 3.21 (DS 2.79). Los pacientes con compromiso mixto (axial+periférico), tuvieron significativamente más dolor por EVA (p=0.03) y mayor HAQ (p=0.03) y BASFI (p=0.014) que pacientes con compromiso únicamente periférico.

**Conclusión:** la prevalencia de Artritis psoriásica temprana en nuestra cohorte de pacientes con espondiloartritis temprana fue de 35.6%. La frecuencia de HLA B 27 positivo fue más baja que reportes previos. El compromiso mixto estuvo asociado a mayor compromiso funcional.

## COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO Y ESCLERODERMIA G. Kondratuk<sup>1</sup>\*, Y. Amoruso<sup>1</sup>, C. Herrera Mora<sup>1</sup>, I. Brusco<sup>1</sup>, M. Galan<sup>1</sup>, A. Pringle<sup>1</sup>, V. Carveto<sup>1</sup>, R. Cuttica<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Hospital De Niños Pedro De Elizalde, Ciudad Autonoma De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCION** El compromiso pulmonar asociado a pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y esclerodermia (ES) es clínicamente evidente en un 40%, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. La Fibrosis Pulmonar es la forma de presentación más frecuente. Dado que el mayor parte de los pacientes son asintomáticos inicialmente, la detección precoz por realización sistemática de la tomografía computada de tórax de alta resolución (TACAR) y la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) serían la única forma de determinar precozmente la presencia de compromiso pulmonar. **OBJETIVO** Determinar la prevalencia de compromiso pulmonar en pacientes con EMTC y ES. Evaluar la respuesta al tratamiento instaurado a corto y largo plazo. **MATERIALES Y MÉTODOS** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de EMTC y ES que concurren a los Servicios de Reumatología y Neumología Pediátrica del Hospital de Niños Pedro de Elizalde entre Junio de 2008 y Junio de 2013. Se registraron datos clínicos, datos funcionales y de imágenes cuando éstos estuvieran presentes. **Criterios de Inclusión** Pacientes con diagnóstico de EMTC que cumplen con los criterios de Kasukawa y con diagnóstico de ES que cumplen con los criterios del Colegio Americano de Reumatología. **Criterios de Exclusión** Pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo que no corresponden a las mencionadas en este estudio. **RESULTADOS** Se revisaron un total de 21 historias clínicas, de las cuales se rescata 10 pacientes con EMTC, 5 con ES y se descartan 6 pacientes por no reunir criterios para las enfermedades mencionadas. Del total restante, 9 pacientes presentan compromiso pulmonar (6 con EMTC y 3 con ES), todas de sexo femenino. La edad media de inicio de enfermedad fue de 10 años y 7 meses. La edad de primera consulta fue de 11 años y 9 meses. La edad al diagnóstico fue de 11 años y 11 meses. El tiempo de seguimiento fue de 20.7 meses. La demora al diagnóstico fue de 17.6 meses. En cuanto a las manifestaciones iniciales, el 44% de las pacientes estaban sintomáticas respiratorias. En la siguiente tabla, se muestran los valores de función pulmonar y TACAR al inicio y luego de 6 meses de tratamiento con ciclofosfamida.

| Inicio | Posterior 6 Meses de Tratamiento |            |            |                |                      |           |            |
|--------|----------------------------------|------------|------------|----------------|----------------------|-----------|------------|
|        | Espirometría                     | DLCO       | TAC        | Ciclofosfamida | Espirometría         | DLCO      | TAC        |
| 1      | Normal                           | Patológica | Normal     | Si + Rituximab | Normal               | Normalizo | Patológica |
| 2      | Normal                           | Patológica | Patológica | Si             | Normal               | Empeoro   | Ausente    |
| 3      | Normal                           | Patológica | Patológica | Si             | Diagnóstico reciente |           |            |
| 4      | Patológico                       | Patológica | Patológica | Si             | Normal               | Normalizo | Ausente    |
| 5      | Normal                           | Normal     | Patológica | No             | Discontinuidad       |           |            |
| 6      | Normal                           | Normal     | Ausente    | No             | Normal               | Empeoro   | Patológica |
| 7      | Normal                           | Normal     | Patológica | Si + Rituximab | Normal               | Empeoro   | Normalizo  |
| 8      | Normal                           | Patológica | Normal     | Si             | Normal               | Mejoro    | Ausente    |

|     |   |        |            |        |    |        |           |         |
|-----|---|--------|------------|--------|----|--------|-----------|---------|
| 115 | 9 | Normal | Patológica | Normal | Si | Normal | Normalizo | Ausente |
|-----|---|--------|------------|--------|----|--------|-----------|---------|

**b**  
Al año del seguimiento, se rescata que en aquellas pacientes que recibieron rituximab (2/5), una mantuvo la DLCO estable (normal) y otra mejoró, aunque con valores todavía bajos. **Conclusión** Las pruebas de función pulmonar juegan un rol preponderante en la investigación de la disnea y la evaluación de las complicaciones pulmonares. La DLCO es un marcador temprano de enfermedad intersticial pulmonar comparada con la espirometría, por lo cual se debe realizar en forma semestral. La introducción de la TACAR incrementó significativamente la sensibilidad con respecto al diagnóstico radiográfico. Se considera el nuevo estándar de oro para valorar enfermedad intersticial incipiente. Debe ser solicitada anualmente para detectar variaciones en la extensión del compromiso a pesar de la alta exposición a radiación. En nuestra experiencia respecto al tratamiento con ciclofosfamida, encontramos una respuesta favorable en la DLCO en 3/6 pacientes, mientras que 1 empeoro y otras 2 se mantuvieron estables (patológicas).

**116 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

V. Ochoa Y Gomez [1], S. Cuadros<sup>1</sup>, E. Fonseca<sup>1</sup>, J. Milanese<sup>1</sup>, N. Cortese<sup>1</sup>, M. Abdala<sup>1</sup>, Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
[1] Presentador

**Introducción** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria con manifestaciones clínicas diversas, con una prevalencia en la edad pediátrica de 20-30%. La heterogeneidad en las manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico en pediatría, refleja la complejidad de la patogenia de la enfermedad y puede suponer un reto diagnóstico. Algunos pacientes pueden tardar años en desarrollar criterios suficientes para el diagnóstico.

**Objetivo** Describir las diferentes formas de inicio clínico en la infancia del lupus eritematoso sistémico para obtener un panorama más esclarecedor de sus manifestaciones y agresividad en los niños.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de pacientes pediátricos internados para estudio, cuyo diagnóstico final al año 2013 fue Lupus eritematoso sistémico (criterios ACR 2010). Los datos se obtuvieron retrospectivamente al ingreso hospitalario desde enero de 2008 hasta enero 2013. Análisis estadístico: análisis descriptivo y de dispersión.

**Resultados:** Se estudiaron 11 pacientes. La totalidad fueron caucásicos de sexo femenino con un promedio de edad de 12 años. De este análisis porcentual se obtuvo: el 100 % presentaron manifestaciones hematológicas, 90 % signos y síntomas constitucionales, 73% manifestaciones cutáneas, 64% músculo esqueléticas, 45 % manifestaciones renales, 45 % afectación del sistema monocítico macrofágico, del cual las adenopatías fueron las más prevalentes. El 36% presentaba compromiso hepático/gastrointestinal, 27% manifestación pulmonar y 9% afectaciones cardíacas y neurológicas. Dentro de hallazgos de laboratorio, 91% velocidad de eritrosedimentación acelerada, 64% Proteína C reactiva y 63% hipoalbuminemia.

**Conclusión:** La forma de presentación clínica de inicio en el lupus eritematoso sistémico es altamente variable y con afectaciones diferentes según la edad de comienzo. Al igual que la bibliografía consultada, nuestros pacientes presentaron en su mayoría síntomas constitucionales, dermatológicos, músculo esqueléticos y alteraciones hematológicas. Es importante remarcar que el número de pacientes de este estudio es escaso no pudiendo obtener datos concluyentes.

Dada la singularidad polimorfismo clínico y dificultad de diagnóstico de esta enfermedad, creemos necesario tener en cuenta su presentación en los diagnósticos diferenciales; no por su frecuencia, baja, sino por sus formas clínicas más severas.

**117 SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE BEHCET DE COMIENZO JUVENIL ¿ES NECESARIO CUMPLIR LOS CRITERIOS?**

Brtos [1], V. Múll<sup>1</sup>, C. De Cunto<sup>1</sup>, Hospital Italiano De Buenos Aires, Caba, Argentina  
[1] Presentador

**Introducción.** Los criterios de clasificación para la enfermedad de Behcet proponen la presencia de aftas orales recurrentes más 2 signos clínicos asociados. Recientemente se publicó el primer registro internacional de enfermedad de Behcet pediátrico, que incluyó 110 pacientes. El criterio de inclusión fue la sospecha clínica de la enfermedad con el requisito obligatorio de úlceras orales recurrentes y, al menos, sólo uno de los siguientes signos: úlceras genitales, eritema nodoso, foliculitis, lesiones acneliformes pustulosas, prueba de patergia positiva, uveítis, vasculitis retiniana, trombosis venosa/arterial o historia de historia familiar de la enfermedad.

**Objetivo.** Describir la serie de pacientes pediátricos seguidos en nuestra sección con sospecha de enfermedad de Behcet y mostrar el patrón clínico que presentaban.

**Materiales y Métodos.** Estudio retrospectivo, observacional de pacientes que consultaron por úlceras orales y genitales recurrentes. Se incluyeron 4 pacientes que cumplieron con dicho criterio.

**Resultados.** Los 4 pacientes fueron mujeres, el motivo de consulta fue úlceras orales y genitales recurrentes de más de 1 año de evolución. En la tabla se observan los datos clínicos relevantes.

| Características    | Paciente 1            | Paciente 2                | Paciente 3            | Paciente 4                     |
|--------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Edad inicio (años) | 13                    | 8                         | 13                    | 12                             |
| Seguimiento (años) | 6                     | 12                        | 3                     | 6                              |
| Úlceras orales     | +                     | +                         | +                     | +                              |
| Úlceras genitales  | +                     | +                         | +                     | +                              |
| Fiebre             | -                     | +                         | +                     | -                              |
| Piel               | lesiones acneliformes | -                         | lesiones acneliformes | Vitiligo, urticaria pigmentosa |
| Gastrointestinal   | diarrea               | diarrea con moco y sangre | diarrea               | -                              |
| Ocular             | -                     | -                         | -                     | -                              |
| Vascular           | Raynaud               | inhibidores coagulación   | -                     | -                              |
| Neurológico        | epilepsia             | -                         | -                     | -                              |
| HLA                | pendiente             | B51-, B27-                | B51+                  | B8+, B18+                      |

Se completaron estudios para descartar etiología infecciosa de las úlceras (herpes, HIV, etc.) que fueron negativos, anticuerpos: ANA 1/640 y 1/160 patrón moteado fino en las pacientes 2 y 4, respectivamente. En las pacientes con diarrea se descartó enf. inflamatoria intestinal. Ninguna tenía antecedentes familiares de la enfermedad, aunque consanguinidad en la paciente 1. Tres de las pacientes respondieron al tratamiento con colchicina y la paciente 1 requirió talidomida.

**Conclusión.** Nuestros pacientes no llegaron a cumplir los criterios clásicos de la enfermedad, no obstante, según el registro pediátrico, cumplirían los requisitos para Behcet pediátrico.

**118 COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

M. Lasagna [1], L. Gíngolati<sup>1</sup>, M. Lagrutta<sup>1</sup>, F. Consiglieri<sup>1</sup>, D. Bértola<sup>1</sup>, R. Parodi<sup>1</sup>, A. Greca<sup>1</sup>, Primera Cátedra De Clínica Médica, Unr, Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
[1] Presentador

**OBJETIVOS**

Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) pueden afectar el sistema nervioso central (SNC) y periférico, constituyendo frecuentemente un desafío diagnóstico. Los objetivos de nuestro trabajo fueron: describir las manifestaciones neurológicas mayores en pacientes con EAS internados en nuestro servicio y su evolución; analizar el índice de actividad de la EAS en el momento del evento neurológico; describir la utilidad de los métodos complementarios para su diagnóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de todos los pacientes con EAS y manifestaciones neurológicas mayores internados en el servicio de Clínica Médica de un Hospital de tercer nivel, entre enero 2011 y junio de 2013.

**RESULTADOS**

Se identificaron 15 episodios en 13 pacientes (2 recurrencias). Doce eran mujeres. La edad media fue 34.38 +/-12 años. En 6 pacientes (46%) el compromiso neurológico fue una de las manifestaciones iniciales de la EAS, y de éstos en 3 casos (23%) constituyó una de las claves para el diagnóstico de la misma. Cuatro (44%) de los 9 episodios de pacientes con diagnóstico previo de EAS coincidieron con abandonado la medicación o cumplimiento irregular.

Las EAS fueron: lupus eritematoso sistémico (LES) en 7 pacientes, vasculitis asociada a ANCA en 3 pacientes, 1 enfermedad de Behcet, 1 artritis reumatoide (AR) y 1 artritis idiopática juvenil (AIJ). Dos de las pacientes con LES presentaron otra EAS asociada (1 esclerodermia y 1 síndrome de Sjögren).

Las manifestaciones neurológicas fueron: 4 vasculitis de SNC (5 episodios), 3 polineuropatía, (una de ellas con convulsiones en el mismo episodio), 1 accidente cerebrovascular isquémico, 1 neuritis óptica (2 episodios), 1 mielitis transversa, 1 hipofisitis, 1 síndrome de hiperviscosidad por crioglobulinas y 1 neuropatía.

Los síntomas neurológicos fueron: 6 foco neurológico (disartria, hemiparesia, hipoestesia), 4 cefalea, 3 parestesias e hiperalgesia, 2 inestabilidad en la marcha, 2 convulsiones, 2 alteraciones visuales (fotofobia y disminución de agudeza visual), 1 paraparesia, movimientos involuntarios distónicos e hipoestesia, 1 bradiquimia, 1 DBT insípida. Los síntomas acompañantes fueron: manifestaciones sistémicas (artralgias 4, fiebre 4, fatiga 2, pérdida de peso 2, mialgias 1), manifestación mucocutáneas (purpura 1, úlceras orales 1, genitales 1 y granulomas nasales), alteraciones hematológicas (leucopenia 4, anemia 2), compromiso renal (proteinuria 1, falla renal, 1 hematuria 1) y compromiso pleuropulmonar (derrame pleural 2, nódulos cavitados 1, infiltrados 1, hemoptisis 1, e insuficiencia respiratoria 1).

En cuanto al laboratorio, 9 pacientes presentaron VES >25, 8 FAN positivo, 8 hipocomplementemia (todas las pacientes lúpicas y una paciente por poliangeítis microscópica), 3 antiDNA, 3 ANCA y 2 persistencia de anticuerpos antifosfolípidos en títulos moderados o altos.

Las pacientes lúpicas tuvieron un ECLAM promedio de 5 +/- 1.29, y en los pacientes con vasculitis asociada a ANCA la actividad promedio por Birmingham Vasculitis Activity Score - version 3 fue de 21.3 +/- 7.37 puntos. La paciente con enfermedad de Behcet presentaba úlceras activas, y las pacientes con AR y AIJ poliartritis y VES elevada.

Arribamos al diagnóstico de la afección neurológica mediante TC de cráneo en un caso de ACV, mediante RM en 9 episodios (6 de los cuales tenían TC normal). En 3 episodios el diagnóstico fue clínico. Los 3 casos con neuropatía periférica se diagnosticaron por electromiografía.

Se indicó tratamiento con corticoides en todos los casos. Nueve pacientes recibieron además ciclofosfamida, una micofenolato y una rituximab.

El seguimiento promedio fue de 11 meses. Siete pacientes (54%) resolvieron sin secuelas neurológicas. Cuatro pacientes (31%) presentan secuelas no discapacitantes. Dos pacientes (15%) con vasculitis asociada a ANCA activa fallecieron, y en ambos la causa de muerte no estuvo asociada al compromiso neurológico.

**CONCLUSIÓN**

Remarcamos la variedad en las formas de presentación de manifestaciones neurológicas en pacientes con EAS. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, presentándose frecuentemente como manifestación inicial de una EAS, o con mal cumplimiento, y en enfermedad autoinmune activa. Debe por lo tanto considerarse la posible asociación de síntomas neurológicos con las EAS en pacientes con antecedentes de las mismas, en particular si están activos o abandonaron la medicación, así como en aquellos casos sin causa clara, particularmente si presentan otras manifestaciones clínicas de enfermedad autoinmune sistémica. Destacamos además la superioridad diagnóstica de la resonancia magnética por sobre la tomografía computada ante la sospecha de vasculitis a nivel de sistema nervioso central, y la buena evolución neurológica de la mayoría de nuestros pacientes.

## ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO HERRAMIENTA DE MEDICIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

C. Diéguez<sup>[\*]</sup>, A. Caminar<sup>\*</sup>, G. Kluiwak<sup>\*</sup>, D. Rebiglión<sup>\*</sup>, N. Cortese<sup>\*</sup>, M. Abdalla<sup>\*</sup>,  
<sup>\*</sup>Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Objetivo:** La aterosclerosis ha sido reconocida como una importante causa de morbilidad y mortalidad en el lupus eritematoso sistémico. El objetivo de este estudio es determinar la población de pacientes con alto riesgo cardiovascular que no está clasificada en el Score de Framingham de riesgo cardiovascular a 10 años como tal, a través de la medición del índice tobillo-brazo.

**Materiales y Método:** Ensayo clínico, analítico, transversal. Participaron en el estudio 21 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico según criterios SLICC, mayores de 18 años, con SLEDAI < 5. Se excluyó a pacientes con historia previa de accidente cerebrovascular o enfermedad vascular periférica. Se recabó información sobre tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, hábito tabáquico, último valor de colesterol del año 2012, antecedente de diabetes e hipertensión arterial. Se estratificó a los pacientes con el score de Framingham de riesgo cardiovascular a 10 años: bajo un riesgo cardiovascular <10%, moderado 10 al 20% y alto >20%. Luego se calculó el índice tobillo brazo. Se categorizó: Índice tobillo brazo < 0.91 o igual 0.4: enfermedad arterial periférica grave; 0.41 a 0.9: leve a moderada; 0.91 a 1.30: normal; >1.30: no clasificable. Para determinar la relación entre riesgo cardiovascular y sus factores aplicamos un modelo logístico multinomial. La variable dependiente categórica fue el índice tobillo brazo, mientras que la variable independiente fueron los factores de riesgo cardiovascular clásicos y el tiempo de evolución desde el diagnóstico del lupus.

**Resultados:** Se estudiaron 21 pacientes mujeres. La media de edad fue de 42 años. La media de meses desde el diagnóstico del lupus fue 127 meses. Se clasificó a las pacientes en 3 grupos según los criterios de Framingham de riesgo cardiovascular a 10 años: bajo riesgo (A) 19 pacientes, moderado riesgo (B) 2 pacientes, alto riesgo (C) 0 paciente. Se tuvo un índice tobillo brazo leve/moderado en el 36.84% del grupo A y en el 50% del grupo B. No se detectó ningún índice tobillo brazo severo. Se analizó como la edad, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia y el tiempo desde el diagnóstico del lupus inciden sobre el índice tobillo brazo. En las pacientes que poseían un índice tobillo brazo leve/moderado la media de edad fue 51 años y en el grupo de índice tobillo brazo normal fue 40 años. En el grupo de índice tobillo brazo leve/moderado se encontró mayor porcentaje de pacientes con hipertensión arterial 57.14%, diabetes 28.57% y dislipemia 57.14%, comparado con el grupo de índice tobillo brazo normal donde se encontró un 42.85%, 7.14% y 28.57% respectivamente. El porcentaje de pacientes con hábito tabáquico fue igual en los dos grupos. El tiempo de evolución del lupus fue ligeramente mayor en los de índice tobillo brazo leve/moderado. Se ha analizado si es estadísticamente significativo incluir entre los factores que potencian el riesgo cardiovascular, el tiempo desde el diagnóstico del lupus. Para ello se estudió la significancia estadística del tiempo de evolución de esta enfermedad en los distintos niveles de riesgo cardiovascular determinados a través del índice tobillo brazo. Si bien, en base a la muestra no se encontraron resultados estadísticamente significativos, se observa que otros factores de riesgos que han sido comprobados como determinantes de riesgo cardiovascular tampoco resultaron estadísticamente significativos. Se infiere que posiblemente el limitado tamaño de muestra junto con la escasa variabilidad del índice, estén limitando el análisis.

**Conclusión:** En este estudio se detectó que existe un porcentaje considerable de pacientes con lupus con bajo o moderado riesgo cardiovascular calculado con el Score de Framingham, que poseen un índice tobillo brazo patológico. De esto se puede inferir que estas pacientes presentan una enfermedad arterial periférica confirmada y por ende mayor riesgo cardiovascular. Se vio que este grupo de era el que poseía mayor edad, y mayor cantidad de factores de riesgo cardiovasculares tradicionales. Sería en este grupo donde habría que poner énfasis en tratar de detectar enfermedad vascular temprana e indicar medidas de prevención higiénico dietéticas y farmacológicas.

## TIPOS DE TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN ÚNICO CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

F. Vergara<sup>[\*]</sup>, M. Gallardo<sup>\*</sup>, E. Bertiller<sup>\*</sup>, J. Zacarias Hereter<sup>\*</sup>, M. Bravo<sup>\*</sup>, E. Catay<sup>\*</sup>, M. Sabelli<sup>\*</sup>, S. Ruta<sup>\*</sup>, M. García<sup>\*</sup>, J. Rosa<sup>\*</sup>, L. Catoggio<sup>\*</sup>, E. Soriano<sup>\*</sup>,  
<sup>\*</sup>Hospital Italiano, Caba, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:** en los últimos años la introducción de nuevos agentes biológicos y el concepto del tratamiento por objetivos (Treat to Target) han revolucionado sustancialmente el enfoque terapéutico de los pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**Objetivo:** evaluar los tratamientos utilizados y el porcentaje de pacientes en remisión con cada uno de ellos, en pacientes con AR establecida, en un único centro en la ciudad de Buenos Aires.

**Pacientes y métodos:** estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, vistos entre enero y julio del año 2013. Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas electrónicas, evaluando las características demográficas, la actividad de la enfermedad medida por DAS28, el tratamiento que estaban recibiendo en esa visita, y la intención del reumatólogo tratante de cambiar el tratamiento. Se hizo un análisis descriptivo de las variables demográficas, y se consignó el porcentaje de pacientes en remisión (según DAS28 < 2.6), con su intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 163 (67%) pacientes de 242 revidados. Se excluyeron del análisis 79 pacientes que no contaban con la totalidad de los datos requeridos para el estudio. Las características demográficas y clínicas se exponen en la tabla 1.

**Tabla 1:** Características demográficas y clínicas de pacientes con AR establecida.

| Variable   | Total de pacientes (163) |
|--|--------------------------|
| Sexo femenino, n (%)   | 137 (84)                 |
| Edad, media (DS)   | 60 (13,8)                |
| Pacientes vistos por primera vez, n (%)  | 16 (10)                  |
| Años de evolución de la enfermedad, mediana (RIQ)  | 6 (2-11)                 |
| Factor reumatóide (+), n (%)   | 114/144 (79,2)           |
| Anti CCP (+), n (%)  | 104/122 (85,2)           |
| DAS28, media (DS)  | 3,4 (1,1)                |
| Remisión (DAS28 < 2,6), n (%)  | 53 (32,5)                |
| Baja actividad de la enfermedad (DAS28 < 3,2), n (%)   | 81 (49,7)                |
| Al momento de la visita, 76 pacientes (46 %) estaban recibiendo monoterapia con drogas modificadoras de la enfermedad (DMAR); 42 (26 %) combinación de DMAR, 31 (19%) combinación de agentes biológicos con DMAR, y 3 pacientes (2 %) monoterapia con agentes biológicos. Once pacientes (7 %) no estaban recibiendo DMAR ni agentes biológicos. |                          |

En el grupo de pacientes que recibían monoterapia, el DMAR más utilizado fue Metotrexato (MTX) en el 92 % de los casos.

La combinación de DMAR indicada con mayor frecuencia fue MTX + Lefunomida (LFN) en el 71 % de los casos, seguida por la combinación de MTX + hidroxicloroquina (HCQ) (14 %), MTX + HCQ + LFN (12%), y MTX + Sulfasalazina (2 %).

Cincuenta y tres pacientes (32.5 %) estaban en remisión y 81 (50 %) en baja actividad de la enfermedad.

Cuarenta por ciento de los pacientes en tratamiento con monoterapia de DMAR, 36% de los que estaban en tratamiento combinado de DMAR y agentes biológicos, y 23% de quienes recibían combinación de DMAR, se encontraban en remisión.

El reumatólogo tratante se planteó un cambio de tratamiento en el 32 % de los pacientes que no estaban en remisión y en el 37 % de los pacientes que estaban en baja actividad de la enfermedad. Las modificaciones propuestas fueron: aumento en la dosis de DMAR (32 %), cambio de DMAR (29%), agregado de otro DMAR (27%), o de un agente biológico (11 %).

**Conclusiones:** en un análisis de corte transversal de 163 pacientes con AR, un tercio de los mismos estaban en remisión por DAS28, y la mitad en baja actividad de la enfermedad. La monoterapia con MTX fue el tratamiento más utilizado, seguida de la combinación de dos DMAR, fundamentalmente MTX y LFN. El 21% de los pacientes estaban recibiendo agentes biológicos, en su mayoría, combinados con DMAR. En un bajo porcentaje de pacientes que no alcanzaron la remisión, el reumatólogo tratante consignó en la historia clínica la intención de cambiar el tratamiento.

## ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

R. Martínez<sup>[\*]</sup>, M. Yacuzzi<sup>\*</sup>, M. Machado Escobér<sup>\*</sup>, L. Gonzalez Lucero<sup>\*</sup>, A. Barbaglia<sup>\*</sup>, J. Rodríguez Skegro<sup>\*</sup>, V. Bellomio<sup>\*</sup>, M. Santana<sup>\*</sup>, E. Lucero<sup>\*</sup>,  
<sup>\*</sup>Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de aterosclerosis carotídea en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y evaluar su asociación con actividad de la enfermedad y tratamiento.

**Materiales y Método:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con AR (ACR EULAR 2010) de al menos 1 año de evolución en tratamiento estable con drogas modificadoras de la artritis reumatoidea (DMAR) y/o Agentes Biológicos (AB) en los 6 meses previos, controlados entre abril y agosto de 2013. Se excluyeron pacientes con síndrome de superposición y con antecedente de endarterectomía carotídea. Se determinaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, terapéuticas y comorbilidades para enfermedad cardiovascular. Se realizó ecodoppler carotídeo (Phillips transductor lineal multifrecuencia de 7,5 a 12 Mhz), evaluándose espesor íntima media (EIM) de arteria carótida común, carótida interna y bulto carotídeo; EIM combinado (EIMC, VN: < 0,8 mm), número de segmentos con placas y su ubicación. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias e intervalos de confianza, Test X<sup>2</sup> y exacto de Fisher, Test T y Mann Whitney y análisis de regresión.

**Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes, 34 mujeres (81%), edad media 54,4 ± 1,5 años, tiempo de evolución de AR 11,5 ± 1,15 años. El Factor Reumatóide fue positivo en 78,6%, presentaron erosiones 88.1% y nódulos reumatoides 21.4%. Hipertensión arterial (HTA) se presentó en 17 (40.5%), síndrome metabólico (SM) en 15 (35.7%) y diabetes tipo 2 (DBT tipo 2) en 2 pacientes (4.8%). Recibieron monoterapia con DMAR 24 pacientes (15 metotrexato, 5 lefunomida, 3 hidroxicloroquina y 1 sulfasalazina), terapia combinada DMAR 8 pacientes. Diez pacientes recibieron AB (8 con terapia combinada y 2 en monoterapia). Terapia con prednisona 22 pacientes, dosis media 2,9 ± 0,5 mg. La media de EIMC fue 0,7 ± 0,02 mm. La prevalencia de EIMC aumentado fue 22% (IC 95% 10,6-37). Presentaron al menos 1 segmento con placa carotídea 15 (35%) pacientes (IC 95% 21,5-52%). Los pacientes con SM presentaron mayor EIMC (0,76 mm vs 0,67 mm, p=0,031) y mayor número de segmentos con placa (0,9 vs 0,3, p=0,009). EIMC y número de segmentos con placas carotídeas no se asociaron a enfermedad erosiva ni nodular, terapia con AB (actual o previa) ni DMAR (p=NS). Los pacientes hipertensos y con DBT tipo 2 presentaron valores de EIMC significativamente mayores (p=0,005 y p=0,045). EIMC correlacionó con edad (r=0,43, p=0,004) pero no hubo correlación con tiempo de evolución de AR ni DAS28. En el análisis de regresión, la edad se asoció en forma independiente al número de segmentos con placas (p=0,007) e HTA al EIMC (p=0,05).

### CONCLUSIONES:

La prevalencia de EIMC aumentado en pacientes con AR fue 22%. Los pacientes con SM presentaron mayor EIMC y mayor número de segmentos con placa. La edad e HTA se asociaron a aterosclerosis subclínica. No hubo asociación entre actividad de la enfermedad, tratamiento y aterosclerosis carotídea.

## RELACION DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL ESTADO FUNCIONAL Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA, ARTRITIS REUMATOIDEA Y ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

M. Malpartida Vilosco<sup>[\*]</sup>, M. García Achucarro<sup>\*</sup>, D. Vera Alarcon<sup>\*</sup>, D. Alvarez<sup>\*</sup>, E. Kerzberg<sup>\*</sup>,  
<sup>\*</sup>Hospital Ramos Mejía, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

### Introducción.-

Las enfermedades reumatológicas como la artritis psoriásica, artritis reumatoidea y esclerosis sistémica progresiva son enfermedades inflamatorias crónicas, que de acuerdo a su actividad y estado funcional pueden afectar significativamente la calidad de vida, teniendo un impacto trascendental sobre sus características sociodemográficas.

**Objetivo.** Describir la relación de los factores sociodemográficos en relación al estado funcional y la actividad de la enfermedad entre grupos de pacientes con artritis psoriásica (APS), artritis reumatoidea (AR) y esclerosis sistémica progresiva (ESP).

### Materiales y métodos.-

Se incluyeron un total de 149 pacientes con AR: 50 APS; 49 ESP; 51 reclutados en el consultorio de Reumatología del Hospital J. M. Ramos Mejía durante los meses de Junio y Julio de 2013. Se recolectaron factores sociodemográficos como edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad. A cada paciente se le realizó la escala Graffar, esquema internacional, basado en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia vive.

Las familias con los estratos más bajos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar: GRAFFAR ALTO y mientras que las familias en pobreza relativa, extrema o crítica pertenecen a los estratos más elevados (III, IV y V): GRAFFAR BAJO.

La actividad de la enfermedad fue evaluada utilizando DAS 28 (Disease Activity Score) en los pacientes con AR y APS, en este último grupo se agregó BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). La discapacidad funcional fue evaluada por HAQ (Health Assessment Questionnaire) en los tres grupos de pacientes y el grado de estado funcional por BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Function Index) en pacientes con APS.

Así mismo en el grupo de ESP se utilizó como variable la forma de presentación de la enfermedad. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó test de Chi-cuadrado.

### Resultados.-

De los 49 pacientes de APS se encontró una edad media de 52,81± 13,27 años, 53,06% correspondía al sexo femenino, así mismo el 65,30 % (p=0,001) de los pacientes con APS correspondían a un Graffar bajo, este grupo presentaba un DAS 28 de 3,12±1,24 (p=0,05), HAQ de 0,61± 0,50 (p=0,1), BASDAI de 3,97± 4,2,14 (p=0,25) y un BASFI de 2,85± 2,27 (p=0,5), con un tiempo de evolución de la enfermedad de 10,37 +/- 7,28 años.

De los 50 pacientes con AR se encontró una edad media de 57,94± 13,5 años, 80% correspondía al sexo femenino, así mismo el 96% (p=0,001) de los pacientes con AR correspondían a Graffar bajo, este grupo presentaba un DAS 28 promedio de 3,46 +/-1,49 (p=0,5), HAQ de 0,75 +/- 0,70(p=0,25). Presentaron un tiempo de evolución de 9,92 +/- 6,26 años.

De los 50 pacientes con ESP se encontró una edad media de 57,1 años +/- 12,57, correspondían al sexo femenino 96%. El 51,02% (p=0,001) presentaban Graffar Bajo, con un HAQ 0,48 +/- 0,55 (p=0,0025). Del total de pacientes con Graffar bajo 17 (34,69%) tenían enfermedad limitada con un tiempo de evolución de la enfermedad en años de 8,36 +/- 9,27.

### Conclusiones.-

Encontramos un Graffar bajo que predominó en los 3 grupos de pacientes con AR, APS y ESP, observando que el menor grado de instrucción, el pertenecer a la clase obrera con menor fuente de ingresos y deficiencia en las condiciones de alojamiento se asoció con moderada actividad de la enfermedad y leve discapacidad laboral, a pesar del tiempo prolongado de la enfermedad. Por tanto los factores socioeconómicos tienen un impacto trascendental sobre la actividad de la enfermedad y no así sobre la capacidad funcional a largo plazo.

123

**PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN ARTRITIS TEMPRANA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA**P. Asbert<sup>1</sup>\*, C. Gobbi<sup>2</sup>, D. Alessio<sup>3</sup>, L. Maurelli Torres<sup>4</sup>, C. Funes Soaje<sup>2</sup>, G. Subils<sup>1</sup>, P. Alba<sup>1</sup>, G. Dotto<sup>1</sup>, M. Demarchi<sup>1</sup>, E. Albiro<sup>1</sup><sup>1</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina<sup>2</sup> Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina<sup>3</sup> Hospital Italiano De Córdoba, Córdoba, Argentina<sup>4</sup> Laboratorio Central Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** El aumento del riesgo cardiovascular está aumentado en pacientes con Artritis Reumatoidea establecida, inclusive tempranamente y puede ser expresión subclínica de la enfermedad. La morbilidad cardiovascular en artritis establecida es alta. Pocos estudios han evaluado el perfil lipídico en artritis temprana. (AT). **OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia y el tipo de alteración del perfil lipídico en pacientes con AT y su asociación entre la actividad de la enfermedad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron 31 pacientes con diagnóstico de AT y un grupo control apareados por sexo, edad y patología, que fueron asistidos de forma consecutiva desde enero de 2011 a mayo de 2013 en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba. Se recolectaron datos demográficos, Peso corporal, talla, IMC, y determinación de perfil lipídico. La actividad de enfermedad (AE) fue medida por DAS 28. **RESULTADOS:** El número de pacientes fue de 27, con una media de edad de 42.3 años y el nivel de Colesterol Total fue de 191.9, HDL 54, LDL 115.8, Triglicéridos 117.6 y el grupo control fue de 27 pacientes con una media de edad de 42.7 años, con nivel de Colesterol 198.7, HDL 56.9, LDL 122.6, Triglicéridos 99.6 (P=29, P=20; P=25, P=11) respectivamente. Los niveles de Colesterol fueron 196.3, LDL 115.8, HDL 62 y triglicéridos 95.17 (Baja AE) y de Colesterol 190, LDL 115, HDL 52 y triglicéridos 133 (Moderada y Alta AE) (P=0.41, P=1; P=0.5; P=0.18) **CONCLUSIONES:** El perfil lipídico fue normal y no se encontró asociado a la AE en pacientes con AT.

124

**VIRAJE TUBERCULÍNICO EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS AUTOINMUNES Y TERAPIA BIOLÓGICA**O. Corda<sup>1</sup>\*, M. Correa<sup>1</sup>, A. Granel<sup>2</sup>, A. Marcos<sup>3</sup>, C. Giraldo<sup>3</sup>, O. Rillo<sup>3</sup>, G. Citera<sup>1</sup>, H. P. Argente<sup>1</sup><sup>1</sup> Hospital San Roque De Gonnet, Argentina<sup>2</sup> Hospital General De Agudos Dr. Enrique Tornú, Argentina

[\*] Presentador

El bloqueo de los mediadores inflamatorios producido por las terapias biológicas se asocia a incremento de infecciones como la producida por *Mycobacterium Tuberculosis* (MT), por lo que se recomienda dentro de los métodos de screening intradermoreacción de derivado proteico purificado (PPD). Teniendo en cuenta la situación endémica de Tuberculosis en nuestro país y la inmunosupresión/anergia de los pacientes con artropatías autoinmunes, nos planteamos si es necesario detectar infección activa por MT luego de iniciado el tratamiento biológico. **Objetivos:** Evaluar la frecuencia de viraje de PPD y la asociación del viraje con infección activa por MT u otras variables. **Materiales y Métodos:** Viraje en inmunosuprimidos: variación > a 5 mm entre dos PPD realizadas con intervalo entre 2 meses a 2 años. Se incluyeron pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) y Espondiloartritis (EspA) en tratamiento con Anti-TNF, Tocilizumab y Abatacept que realizaron dos PPD, la primera negativa (<5mm) y la segunda entre 2 meses y hasta 22 meses posteriores. Se consignaron datos sociodemográficos, hacinamiento, antecedentes patológicos (desnutrición, tuberculosis (TBC) y sus contactos), tipo de enfermedad y tiempo de evolución, índices de actividad (RAPID3, BASDAI), de función (BASFI, HAQ-2) y de calidad de vida (RAQoL y PsAQoL) y tratamiento concomitante (corticoides (CT), drogas modificadoras de la enfermedad (DMAR) y terapia biológica). En caso de viraje se recomendó seguimiento por Neumología/Infectología. **Estadística descriptiva:** las variables categóricas se compararon con Chi<sup>2</sup>, las continuas con t-test o Mann-Whitney; análisis multivariado por regresión logística múltiple. **Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes, 78,8% eran mujeres, 98,8% de residencia urbana, 12,9% tenían criterios de hacinamiento; educación (m) 12 años; 8,2% tenía ingresos inferiores a la línea de pobreza. El 10,8% eran diabéticos (DBT), el 5,9% tuvo TBC con tratamiento completo y el 2,4% reportó contactos con TBC. El 74,1% tenía diagnóstico de AR, el 16,5% de APs, el 4,7% de AIJ y de EA. El 18,8% recibía más de 10mg/d de esteroides orales, el 91,8% usaba DMAR, siendo 84,7% Metotrexato y 21,2% Leflunomida. El 75,3% recibía Anti-TNF (31,8% Etanercept, 21,2% Adalimumab, 17,6% Infliximab, 3,5% Golimumab) y 1,2% Certolizumab), el 15,3% Tocilizumab y el 9,4% Abatacept. De los 85 pacientes, 8 viraron (9,4%). El viraje fue más frecuente en varones 27,8% vs 4,5% (p=0,009) y en aquellos con más tiempo de evolución de enfermedad <math>x226\pm109 vs x130\pm105 (p=0,017)</math>. Esta asociación se mantuvo en el análisis de regresión luego de ajustar para otras variables. Ninguno de los 8 pacientes desarrolló TBC activa; todos recibieron isoniazida (INH). **Conclusión:** el viraje de PPD se asocia a sexo masculino y más tiempo de enfermedad; no tuvo asociación con factores de riesgo de TBC (pobreza, hacinamiento, alcoholismo, DBT, desnutrición) ni con la enfermedad de base y/o su tratamiento.

125

**VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**K. Rhye<sup>1</sup>\*, C. Gobbi<sup>2</sup>, B. Busamila<sup>3</sup>, S. Marchegiani<sup>4</sup>, P. Atesana<sup>5</sup>, E. Albiro<sup>1</sup>, A. Finkelberg<sup>1</sup><sup>1</sup> Cátedra De Fisiología, Odontología, Unc, Córdoba, Argentina<sup>2</sup> Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina<sup>3</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina<sup>4</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La artritis reumatoidea es una enfermedad autoinmune que produce alteraciones articulares con manifestaciones dolorosas, por lo que el paciente es ampliamente medicado. Afecta principalmente articulaciones periféricas, en particular manos y pies. En este contexto, los primeros síntomas de patologías relacionadas con la articulación temporomandibular (A.T.M.) quedan enmascarados, razón por la cual el paciente retarda alteraciones cuando la mecánica está francamente afectada.

**Objetivos:** 1- Determinar el grado de compromiso de ATM en pacientes asintomáticos con artritis reumatoidea 2- Avanzar en una metodología que permita el diagnóstico precoz de patologías que afectan la A.T.M. en artritis reumatoidea, para disminuir los efectos deletéreos de las mismas.

**Materiales y Método:** Se analizaron 40 pacientes que concurren a dos Servicios de Reumatología, distribuidos en grupos experimentales, apareados por edad y sexo: Grupo 1 - (C) 20 pacientes controles sin AR; Grupo 2- 20 Pacientes con diagnóstico de AR por criterios 2010 EULAR / ACR Artritis Reumatoidea (A.R.). Se realizó un examen clínico de la cavidad bucal, con énfasis en la A.T.M. y ecografías power de alta resolución de ATM, ortopantomografías y condilografías bilaterales a boca abierta y boca cerrada.

**RESULTADOS:** Ningún paciente presentó dolor previo o espontáneo ni acúfenos mantenidos en el tiempo en ambos grupos. De los pacientes con AR, 18 (90%) presentaron derrame articular, de los cuales 3 (15%) mostraron distensión capsular. 12 (60%) revelaron degeneraciones de cabeza de cóndilo inferior. 10 (50%) manifestaron alterada la trayectoria condilar anterior en dinámica, y asimetría condilar. 2 pacientes del (10%) grupo control presentaron mínimo derrame articular

**Conclusión:** Un gran porcentaje de pacientes con AR presentan compromiso de ATM, a pesar de no referir síntomas. Estos métodos constituyen importantes marcadores orientativos e inocuos y deberían tenerse en cuenta para la prevención y el tratamiento de patologías que afectan la A.T.M. en artritis reumatoidea. Se debería considerar en la sumatoria articular en la decisión de modificar terapéuticas farmacológicas.

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea, A.T.M., diagnóstico por imágenes.

126

**PESQUISA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN HOSPITAL INTERZONAL.**M. Pera<sup>1</sup>\*, V. Arturi<sup>1</sup>, P. Sansinenea<sup>1</sup>, F. Giordano<sup>1</sup>, C. Costi<sup>1</sup>, C. Pena<sup>1</sup>, J. Marcos<sup>1</sup>, A. Salas<sup>1</sup>, D. Pereira<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup><sup>1</sup> Higa San Martín, La Plata, Argentina

[\*] Presentador

**Objetivo:** evaluar la pesquisa de osteoporosis (OP) en una cohorte retrospectiva de pacientes con artritis reumatoidea (AR) en un centro de referencia provincial y describir características clínicas, demográficas, serológicas e imagenológicas.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional y retrospectivo donde se analizaron las historias clínicas de pacientes con artritis reumatoidea tratados en el servicio de reumatología desde enero a julio del 2013. Se registraron los datos demográficos, clínicos, de laboratorio y densitométricos. Se consideró OP densitométrica a un T score < - 2.5 SD.

**Resultados:** Se analizaron las historias clínicas de 259 pacientes con AR. A 169/259 (65.2%) de los pacientes se le había realizado densitometría ósea y metabolismo fosforico. 74/169 (44%) pacientes tenían diagnóstico densitométrico de OP. 67 mujeres y 7 varones. En la siguiente tabla se detallan las características de los pacientes con y sin osteoporosis.

|                             | Con osteoporosis<br>(74/169) | Sin osteoporosis<br>(95/169) |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Femenino                    | 67/74                        | 91/95                        |
| Masculino                   | 7/74                         | 4/95                         |
| Edad promedio               | 64 +/- 12 años               | 61 +/- 13 años               |
| Evolución promedio de AR    | 14 años                      | 13 años                      |
| Tabaquismo                  | 3/74                         | 3/95                         |
| Menopausia                  | 62/74                        | 75/95                        |
| FR +                        | 27/34                        | 26/32                        |
| FR -                        | 7/34                         | 6/32                         |
| CCP +                       | 9/15                         | 8/32                         |
| CCP -                       | 5/15                         | 5/32                         |
| ERS promedio                | 25 +/- 17 mmh                | 24 +/- 20 mmh                |
| Compromiso Columna y cadera | 24/74                        | 50/95                        |
| Compromiso Columna          | 63/74                        | 63/95                        |
| Compromiso Cadera           | 34/74                        | 26/95                        |
| Fractura                    | 34                           | 34                           |
| Fractura osteoporótica      | 22/74(30%)                   | 9(9.5%)                      |

Los pacientes con osteoporosis eran en su mayoría mujeres posmenopáusicas, con promedio de edad de 64 +/- 12 años y promedio de evolución de la enfermedad de 14 años. En su mayoría presentaban osteoporosis de columna. La frecuencia de fracturas osteoporóticas fue mayor en pacientes con densitometría patológica (30 % vs 9.5 %). En las historias clínicas no se encontraron registros de antecedentes personales o familiares de OP, y en la mayoría de las mismas no estaba especificado el dato de tabaquismo.

**Conclusiones:** Un 44 % de los pacientes estudiados con densitometría presentaron valores de OP. Un tercio de ellos cursaron con fracturas por fragilidad. A pesar de la conocida morbilidad asociada a las fracturas osteoporóticas, no todos los pacientes fueron estudiados. Un bajo porcentaje de los pacientes en ambos grupos tenía registrado antecedentes de factores de riesgo conocidos como el tabaquismo.

## LITERACIDAD EN SALUD: DETERMINANTES Y ASOCIACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Orozco<sup>1</sup>\*, M. Marengo<sup>2</sup>, C. Waimann<sup>3</sup>, A. Marcos<sup>4</sup>, A. Granel<sup>5</sup>, S. Velez<sup>6</sup>, F. Zazzetti<sup>7</sup>, J. Barreira<sup>8</sup>, M. Kohan<sup>9</sup>, O. Rillo<sup>10</sup>, M. Collado<sup>11</sup>, G. Gomez<sup>12</sup>, R. Juárez<sup>13</sup>, M. Lencini<sup>14</sup>, A. Dorazio<sup>15</sup>, G. Rodriguez Gil<sup>16</sup>, M. Salcedo<sup>17</sup>, G. Citera<sup>18</sup>

<sup>1</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosocial, Argentina

<sup>2</sup> Hospital Dr. Hector Cura, Olavarría, Argentina

<sup>3</sup> Hospital San Roque De Gornet, La Plata, Argentina

<sup>4</sup> Hospital Británico, Caba, Argentina

<sup>5</sup> Hospital Dr. E. Tornu, Caba, Argentina

<sup>6</sup> Instituto De Investigaciones Medicas Alfredo Lanari, Caba, Argentina

<sup>7</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina

<sup>8</sup> Hospital Municipal De Bahía Blanca, Bahía Blanca, Argentina

<sup>9</sup> Instituto De Cardiología San Nicolas, San Nicolas, Argentina

[\*] Presentador

### Introducción

Literacidad en Salud es la capacidad de leer y comprender la información médica, la cual resulta necesaria para un desempeño adecuado del paciente en el ámbito de la salud. El objetivo de nuestro estudio fue estimar el nivel de Literacidad en Salud en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y evaluar su asociación con variables clínicas y sociodemográficas.

### Materiales y Métodos

Se diseñó un estudio de corte transversal multicéntrico, incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (criterios ACR1987/2010) de la consulta ambulatoria. Criterios de exclusión: disminución de la agudeza visual, alteración cognitiva, no habla hispana y analfabetos (debido a la imposibilidad de completar autoquestionarios). Se consignaron datos sociodemográficos, índice clínico de actividad de la enfermedad (CDAI, Clinical Disease Activity Index), capacidad funcional (HAQ-A, versión argentina Health Assessment Questionnaire). Literacidad en Salud fue evaluada mediante la versión argentina del Test Funcional de Literacidad en Salud en Adultos (STOFHLA, Short test of Functional Health Literacy in Adults). Este score presenta un rango de 0 a 36, dividiendo a los pacientes en nivel adecuado de literacidad (score  $\geq 23$ ) e inadecuada literacidad (score  $< 23$ ). El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva (frecuencias y distribución de Literacidad), análisis univariado y multivariado evaluando la asociación de Literacidad con variables sociodemográficas y clínicas. La asociación de Literacidad con actividad de la enfermedad fue valorada a través de modelos de regresión lineal múltiple utilizando CDAI como variable dependiente, ajustando por confundidores conocidos.

### Resultados

Se incluyeron 398 pacientes con una edad media de 53  $\pm$  12 años, 13  $\pm$  10 años de evolución de la enfermedad y 10  $\pm$  4 años de educación efectiva. 84% eran mujeres y 34% poseían al menos una comorbilidad. La media de CDAI y de HAQ-A fue de 13  $\pm$  11 y 1  $\pm$  0.75, respectivamente. El score medio de STOFHLA fue de 26  $\pm$  12, presentando un 76% de los pacientes un nivel de adecuación de literacidad. En el análisis univariado, poseer adecuada literacidad se asoció significativamente a ser más joven, menor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor nivel de ingresos y poseer una mayor cantidad de años de educación efectiva. Luego de ajustar por múltiples confundidores sólo poseer más años de educación efectiva permaneció asociado significativamente a una literacidad adecuada (OR=1.3; p<0.01). Al evaluar la relación de literacidad con actividad de la enfermedad, aquellos pacientes con literacidad inadecuada presentaron significativamente mayor CDAI, independiente de edad, sexo, tiempo de evolución de la AR, años de educación y participación previa/actual en protocolos de investigación o clínicas de artritis temprana (coef. b=-3.7,  $\beta_{-14}$ , R2=35, p<0.01).

### Conclusion:

Un 24% de los pacientes con AR presentaron literacidad inadecuada, asociándose la misma a una mayor actividad de la enfermedad. El número de años de educación efectiva fue la principal determinante de literacidad en salud en pacientes con AR.

## SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE FACTOR REUMATOIDEO Y ANTICUERPOS ANTI-VIMENTINA CITRULINADA MUTADA EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA

S. Santo<sup>1</sup>\*, A. Costantino<sup>2</sup>, I. Cadillo<sup>2</sup>, E. Musasno<sup>2</sup>, L. Onetti<sup>2</sup>, P. Ferrero<sup>2</sup>, S. Alonso<sup>2</sup>, C. Acosta<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La intervención terapéutica en etapas muy tempranas de la Artritis Reumatoidea (AR) tiene un impacto favorable en la evolución del paciente, sobretodo en el control del daño articular progresivo; es entonces, necesario contar con marcadores seguros que permitan diagnosticar la enfermedad oportunamente. La detección de Factor Reumatoideo fue la primera prueba serológica aplicada al diagnóstico de AR, la cual continúa siendo ampliamente utilizada con ese propósito. El Factor Reumatoideo puede arrojar resultados positivos en el contexto de infecciones crónicas, enfermedades malignas y otras patologías reumáticas, como también, en un cierto porcentaje de la población sana, particularmente en personas de edad avanzada. La búsqueda de marcadores séricos más confiables para el diagnóstico de AR ha llevado, en la década pasada, al desarrollo de diversos enzimmunoensayos para la detección de autoanticuerpos contra proteínas o péptidos citrulinados, como por ejemplo: flagrina, péptidos cíclicos, y vimentina, los cuales presentan resultados variables de sensibilidad y especificidad.

**Objetivos:** Evaluar la sensibilidad y la especificidad diagnóstica de los anticuerpos anti-vimentina citrulinada mutada y del Factor Reumatoideo y la concordancia entre ambas pruebas en AR.

**Material y Métodos:** Se incluyeron en el estudio 125 pacientes mayores de 16 años (110 mujeres y 15 hombres), admitidos en el servicio de Reumatología del Hospital Nacional de Clínicas, entre agosto de 2009 y noviembre de 2012. Del total de pacientes, 78 (62%) tuvieron diagnóstico de AR (según criterios de Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987/EULAR/ACR2010) y el restante 47 (38%), considerado grupo control, manifestó alguna de las siguientes patologías con compromiso osteoarticular, asociado o no a autoinmunidad: Artritis Infecciosa (4), Artritis Psoriática (1), Artritis Reactiva (2), Condrococalciosis (3), Espondilitis Anquilosante (3), Lupus Eritematoso Sistémico (10), Osteoartritis (19), Síndrome de Reiter (2) Síndrome Seco (1) y Síndrome de Sjögren (2). Además, se incluyeron 4 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea Temprana a la fecha de admisión. El Factor Reumatoideo se valoró por la técnica de aglutinación con partículas de látex. Se consideró positivo desde el título 1/20. Los anticuerpos anti-Vimentina Citrulinada Mutada se cuantificaron con un enzimmunoensayo comercial siguiendo las instrucciones del fabricante. Un valor igual o mayor a 20 U/ml se consideró positivo. Para el cálculo de sensibilidad, especificidad e índice de concordancia kappa se empleó el programa estadístico MedCalc v.10.2.0.0.

**Resultados:** El Factor Reumatoideo resultó positivo en 43 (65%) pacientes con AR y en 4 (9%) del grupo control. Cuarenta y cinco pacientes (58%) dentro del grupo con AR y 6 (13%) de los controles tuvieron anti-Vimentina Citrulinada Mutada positivos. La sensibilidad y la especificidad diagnóstica de Factor Reumatoideo fueron 55,1% (IC 95% = 43,4%-66,4%) y 91,5% (IC 95% = 79,6%-97,6%), respectivamente; mientras que para anti-Vimentina Citrulinada Mutada se obtuvo una sensibilidad de 57,7% (IC 95% = 46,0%-68,8%) y una especificidad de 87,2% (IC 95% = 74,2%-95,1%). El índice de concordancia kappa entre ambos marcadores resultó 0,53 (IC 95% = 0,36-0,684). De los 4 pacientes con Artritis Reumatoidea Temprana, 1 presentó ambos marcadores positivos, 1 FR positivo y AAPC negativo, 1 FR negativo y AAPC positivo y 1 ambos marcadores séricos negativos.

### Conclusión:

Los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos en nuestro estudio se encuentran dentro del rango reportado en la bibliografía, tanto para Factor Reumatoideo (sensibilidad: 54%-75%; especificidad: 70%-91%), como para anticuerpos anti-proteínas citrulinadas (sensibilidad: 48%- 82%; especificidad: 49%-98%). En el grupo de pacientes estudiado, los anticuerpos anti-Vimentina Citrulinada Mutada presentan sensibilidad y especificidad similares a las de Factor Reumatoideo. Teniendo en cuenta además, que el índice kappa hallado, no muestra buena concordancia entre Factor Reumatoideo y anti-Vimentina Citrulinada, se debería considerar la determinación de ambos marcadores, en vez de sustituir uno por otro para el diagnóstico de AR.

## VASCULARIZACIÓN DE LA MEMBRANA SINOVIAL, SEGUIMIENTO ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ANTI-TNF

E. Perez Araña<sup>1</sup>\*, O. Faez<sup>1</sup>, R. Damil<sup>1</sup>, A. Garcia Marín<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clínica Del Niño, Villa Mercedes, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La implicación de TNFs en la patogénesis de la Artritis Reumatoidea ha sido ampliamente demostrado. Uno de los mecanismos por el que los fármacos anti-TNFs pueden actuar en la AR es disminuyendo la angiogenesis, con la llegada de la ecografía y el DOPPLER Color, el reumatólogo tiene en sus manos una herramienta de gran utilidad.

**MÉTODOS.** Se incluyeron 13 mujeres con AR que recibían tratamiento anti TNF (12 etanercept y 1 adalimumab) La US fue realizada utilizando un transductor multifrecuencia 7-13 MHz Mindray. Se evaluaron los siguientes parámetros, erosiones (E), proliferación sinovial (PS) y derrame (DA). La vascularización fue valorada de acuerdo a una escala semicuantitativa número de vasos: 0 < 3, 1 < 3 < 2 < 6 < 10 y 3 > 10, los controles ecográficos se realizaron a la (1 día antes de iniciar el to), y 1 y 3 semanas después de comenzado el tratamiento. El análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y el test de Wilcoxon.

**Resultado.** En la US basal (U0) La presencia de E se observó en 23 articulaciones, la PS en 23 y DA solamente en 8, no se observaron cambios en la presencia de E y en la PS en los siguientes controles ecográficos. El DA se aprecia en 3 pacientes y en la semana 3, respecto a la vascularización se observaron cambios significativos entre la semana 0 y la 1 (p=0.003) y entre la 0 y 2 (p=0.009)

**Conclusiones.** En pacientes con AR tratados con terapia anti TNF a la ecografía con doppler color ha permitido observar una reducción significativa de la vascularización, sería de gran interés saber si estas observaciones preliminares persisten a lo largo del tratamiento o pueden predecir la respuesta clínica

## EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA LUEGO DE SUSPENSIÓN BRUSCA DE TERAPIA BIOLÓGICA. PRESENTACIÓN DE 11 CASOS

M. Molina<sup>1</sup>\*,

<sup>1</sup> Consultorios De Medicina Integral, Yerba Buena, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La evolución, la inhibición radiológica y el pronóstico de pacientes con artritis reumatoidea (AR) ha mejorado notablemente desde la introducción de diferentes terapias biológicas. Pero no hay claros datos sobre la evolución de estos pacientes al suspender el agente biológico, el tiempo de duración en dichos tratamientos, ni el momento de disminuir la dosis o suspender el mismo. El análisis post-hoc del estudio BeSt demostró que en 102 pacientes con AR la suspensión de infliximab (IFX) fue exitosa en 52% y que durante un 1 año de suspendido no presentaron progresión radiológica. Al cabo de 17 meses, recayeron el 48%, de los cuales, el 84% alcanzaron nuevamente baja actividad al reintroducir IFX. **Objetivo:** Describir la evolución de pacientes con AR luego de suspender bruscamente y sin indicación médica la terapia biológica. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 11 pacientes con AR (criterios ACR 1982) que recibieron terapia biológica, sola o combinada con drogas modificadoras de AR (DMAR) que suspendieron intempestivamente el agente biológico por falta de provisión por parte de la obra social. Se determinó sexo, edad y edad al diagnóstico, tiempo de evolución de AR, duración de terapia biológica al momento de la suspensión y tiempo de suspendido el biológico a la reactivación. Se evaluaron reacciones de fase aguda y DAS28 al inicio, durante y posterior a la suspensión del agente biológico. Se determinó reactivación de la enfermedad por DAS28 e impresión global del médico y del paciente mediante escala visual análoga. Se determinó presencia de factor reumatoideo (FR) y anti-CCP. Se evaluó conducta frente a la reactivación: continuar con DMAR previo, introducción de DMAR, cambio de DMAR o combinación. Se determinó conducta legal del paciente ante la suspensión del agente biológico. Para el análisis estadístico se incluyó análisis de frecuencias, medias y test de chi<sup>2</sup>. **Resultados:** El total de los pacientes fueron mujeres, con una edad media: 59.0  $\pm$  11.9 años, edad media al diagnóstico: 46.4  $\pm$  12.4 años y tiempo medio de evolución de AR: 12.5  $\pm$  7 años. Del total de pacientes, el 36.4% recibieron monoterapia biológica y el 90.1% recibieron DMAR previas. El tiempo medio de duración en tratamiento biológico fue de 23.8  $\pm$  10.0 meses. Diez pacientes recibieron terapia biológica por reactivación de la enfermedad con DAS28 medio: 5.4  $\pm$  1.0; un paciente recibió agente biológico por intolerancia a metotrexato (MTX). Solo 4 pacientes recibieron algún agente biológico previo al suspendido. Todos los pacientes mejoraron actividad de la enfermedad (DAS28 medio: 3.1  $\pm$  0.4) durante terapia biológica. Fue similar el porcentaje (54.5% vs. 45.5%) de pacientes que reactivaron o no al suspender el agente biológico. El tiempo medio de suspensión del biológico a la reactivación fue de 9.0  $\pm$  6.4 meses con un DAS28 medio de 6.2  $\pm$  0.5, VSG: 33.8  $\pm$  14.3 mm/1h y PCR: 10.6  $\pm$  11.5 mg/dl. Cinco pacientes recibieron adalimumab, 3 etanercept, 2 abatacept y 1 rituximab. Dos de 3 pacientes en etanercept y 1/5 en adalimumab reactivaron la enfermedad, respectivamente. Hubo completa concordancia entre la valoración global de reactivación médico/paciente. El 63.6% eran FR (+), 4 pacientes seronegativos y uno seropositivo presentaron anti-CCP (+). En el 54.5% el médico agregó un DMAR como conducta ante la suspensión. Solo 1 paciente realizó una denuncia en el INADI por suspensión del tratamiento sin indicación médica contra su obra social sin respuesta favorable. **Discusión:** Este sería el primer reporte presentado en la Argentina sobre la evolución de pacientes con AR al suspender bruscamente la terapia biológica. Se observó que aproximadamente la mitad de los pacientes no reactivaron la enfermedad y el resto reactivó al cabo de 9 meses de suspendido el agente biológico. Si bien el número de pacientes es bajo, cabe destacar, que la mayoría de los pacientes en adalimumab no reactivaron su enfermedad. **Conclusiones:** 1-Aproximadamente la mitad de los pacientes con AR y suspensión brusca del tratamiento biológico no reactivaron su enfermedad. 2-La principal conducta médica adoptada ante la reactivación o no de la enfermedad al suspender el biológico fue agregar un DMAR. 3-Este trabajo remarcaría la necesidad de establecer tiempo de duración de tratamientos biológicos de pacientes que están en remisión a fin de evitar la suspensión brusca de todos estos agentes por parte de los proveedores de salud.

131

**ENFERMEADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A ANGIOGRAFIA CORONARIA**E. Miretti<sup>1</sup>\*, M. Haya Salinas<sup>1</sup>, V. Quino<sup>2</sup>, M. Barroso<sup>3</sup>, F. Caero<sup>4</sup>, A. Alvarellos<sup>5</sup>, L. Lema<sup>6</sup>, V. Saurit<sup>7</sup>,<sup>1</sup> Hospital Privado De Córdoba, Córdoba, Argentina<sup>2</sup> Instituto Modelo De Cardiología, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

Cada vez hay mayor evidencia de que la aterosclerosis (ATE) no puede ser explicada solo por los factores de riesgo cardiovascular (CV) tradicionales, y que la inflamación debería ser considerada una causa adicional. Las enfermedades autoinmunes (EA) se caracterizan por inflamación sistémica y muchos estudios reportaron que la ATE ocurre mas frecuentemente, a ritmo mas acelerado y menor edad en paciente con EA. Solo unos pocos describieron la prevalencia de EA en un paciente con síndrome coronario agudo (SCA) sometidos a angiografía coronaria (AC).

**Objetivos:** Investigar la frecuencia de EA en pacientes estudiados por SCA. 2-Comparar pacientes con y sin EA en cuanto a diferencia demográfica, factores de riesgo CV y extensión del compromiso vascular.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes > 18 años sometidos a AC por SCA del 01/01/07 al 01/01/12 en 2 centros de referencia de Córdoba. Es un estudio retrospectivo observacional y analítico. El SCA fue definido como: Angina inestable (AI), infarto no Q e infarto con onda Q. Se definió como estenosis significativa: 70% de coronaria descendente anterior, circunfleja o coronaria derecha de 50% de tronco o coronaria izquierda (TICI). **Entefermedades** coronarias de múltiple vaso (EMV) ≥ 70% de estenosis en ≥ 2 vasos. Se calculó n (DS) para las variables continuas. Se comparó pacientes con y sin EA por test T. Se calcularon frecuencias para las variables categóricas y los 2 grupos fueron comparados por X<sup>2</sup> o test de Fisher según lo que correspondiera. Lo análisis estadístico fueron realizados con SPSS. Se consideró significativa una P ≤ 0,05.

**Resultados:** N Total: 954 pacientes; 23 (2.4%) tenían EA. 10 pacientes tenían Artritis Reumatoidea (AR)(43.5%) con una duración promedio de la enfermedad de 10.10 años, e Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (13%) con una duración de 14.67 años; otras 10 EA fueron: Enfermedad de Sjögren (2 pacientes), Polimiositis (2 pacientes), Polimialgia Reumática (2 pacientes), Artritis psoriásica (1 paciente), Púrpura de Henoch Schönlein (1), Arteritis Temporal (1) y Hepatitis Autoinmune (1).

En tabla 1: características demográficas, de tratamiento y estudio anioarográfico de los dos grupos (con y sin EA): predominancia femenina (p 0.009) y una menor prevalencia de dislipidemia (p 0.035) en pacientes con EA. Aunque sin significancia estadística, se vio una tendencia a tener menor edad en pacientes con EA.

**Conclusión:** Se vio una baja frecuencia de pacientes con EA en pacientes con SCA sometida a AC. Estos eran predominantemente mujeres y tenían menos dislipidemia que aquellas sin EA. La AR y LES fueron las EA mas prevalente s, ambas con una duración prolongada. No se vieron diferencias en cuanto al grado de afectación vascular o el tratamiento de revascularización.

| Variables   | Con EA n:23  | Sin EA n:931 | p            |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Edad m(SD)  | 58,98(10,77) | 60,53(11,51) | 0,60         |
| Edad mujeres m(SD)                                  | 58,92(9,69)  | 63,11(12,27) | 0,24         |
| Edad hombre m(SD)                                   | 59,04(12,38) | 59,62(12,33) | 0,58         |
| Sexo femenino n(%)                                  | 12(52,2)     | 244(26,2)    | <b>0,009</b> |
| AI n(%)   | 12(52,2)     | 479(51,5)    |              |
| Infarto no Q n(%)                                   | 6(26,1)      | 232(24,9)    | 0,99         |
| Infarto Q (%)                                       | 5(21,7)      | 219(24,4)    |              |
| Hipertensión n(%)                                   | 18(78,3)     | 684(73,5)    | 0,81         |
| Antecedentes familiares CV n(%)                     | 7(30,4)      | 349(37,5)    | 0,76         |
| Tabaquismo actual n(%)                              | 5(21,7)      | 234(25,1)    |              |
| Ex tabaquismo n(%)                                  | 6(26,1)      | 335(36)      | 0,42         |
| Dislipidemia n(%)                                   | 8(34,8)      | 533(57,3)    | <b>0,035</b> |
| Diabetes n(%)                                       | 4(17,4)      | 224(24,1)    | 0,62         |
| Historia de trombosis arterial n(%)                 | 2(8,7)       | 180(19,4)    | 0,45         |
| Historia de trombosis venosa n(%)                   | 1(4,3)       | 15(1,6)      |              |
| Lesión 1 vaso en AC n(%)                            | 5(21,7)      | 311(33,4)    |              |
| Lesión 2 vasos en AC n(%)                           | 4(17,4)      | 258(27,7)    | 0,41         |
| Lesión 3 vasos en AC n(%)                           | 6(26,1)      | 167(17,9)    |              |
| EMV n(%)  | 10(43,5)     | 425(45,6)    | 0,23         |
| Lesión TCI n(%)                                     | 1(4,3)       | 52(5,6)      |              |
| Angioplastia transluminal percutánea coronaria n(%) | 13(56,5)     | 610(65,5)    | 0,84         |
| Bypass coronario n(%)                               | 2(8,7)       | 74(7,8)      |              |

Tabla 1. Comparación pacientes con y sin EA.

132

**ENCUESTA ARGENTINA DE MONOTERAPIA BIOLÓGICA**A. Arturi<sup>1</sup>, A. Catalán Pellet<sup>2</sup>, L. Najun Dubois<sup>3</sup>, L. Re<sup>4</sup>, J. Solé<sup>5</sup>, E. Mysler<sup>6</sup>\*, J. S. Magri<sup>7</sup>, R. Salinas<sup>8</sup>, A. Orden<sup>9</sup>, J. Perez Rincon<sup>10</sup>, J. Carro<sup>11</sup>, C. Arenal<sup>12</sup>, A. Elmont<sup>13</sup>, J. Chenez<sup>14</sup>, D. Pereyra<sup>15</sup>, S. Tolosa<sup>16</sup>, A. Marcos<sup>17</sup>, N. Lima<sup>18</sup>, G. Nasswetter<sup>19</sup>, G. Citera<sup>20</sup>, O. Messina<sup>21</sup>, P. Mannucci<sup>22</sup>, F. Montoya<sup>23</sup>, M. Espindola Echazu<sup>24</sup>, A. Quinteros<sup>25</sup>, A. Borgia<sup>26</sup>, A. Babin<sup>27</sup>, C. Wiederhold<sup>28</sup>, A. Alvarellos<sup>29</sup>, D. Sir<sup>30</sup>, J. Velasco<sup>31</sup>, M. Lazaro<sup>32</sup>, G. Casado<sup>33</sup>,<sup>1</sup> Hospital Italiano De La Plata, Argentina<sup>2</sup> Hospital Rivadavia, Argentina<sup>3</sup> Productos Roche Saqui, Argentina<sup>4</sup> Oms, Argentina<sup>5</sup> Hospital Aeronautico, Argentina<sup>6</sup> Consultorio Privado, Argentina<sup>7</sup> Centro Del Hgado, Argentina<sup>8</sup> Ima, Argentina<sup>9</sup> Cernic Saavedra, Argentina<sup>10</sup> Hospital Gutierrez, Argentina<sup>11</sup> Hospital San Juan Bautista, Argentina<sup>12</sup> Centro Platense De Reumatología, Argentina<sup>13</sup> Hospital De Clinicas, Argentina<sup>14</sup> Irep, Argentina<sup>15</sup> Hospital Argentin, Argentina<sup>16</sup> Hospital Ramos Mejia, Argentina<sup>17</sup> Consultorio, Argentina<sup>18</sup> Centro Integral De Reumatología, Argentina<sup>19</sup> Hospital Italiano De Cordoba, Argentina<sup>20</sup> Clinica Anzu, Argentina<sup>21</sup> Hospital Privado, Argentina<sup>22</sup> Instituto Caici, Argentina<sup>23</sup> Instituto Médico Cer, Argentina<sup>24</sup> Hospital De San Isidro, Argentina<sup>25</sup> Hospital Militar Central, Argentina

[\*] Presentador

**Escenario:** En aquellos pacientes con Artritis Reumatoidea donde un agente biológico es indicado, el estándar de tratamiento continúa siendo la terapia combinada. Sin embargo, en ciertos escenarios (intolerancia a DMARD, no adherencia) la monoterapia biológica emerge como una opción terapéutica.

**Objetivos:** Evaluar la proporción de pacientes con AR en que se encuentran siendo tratados con monoterapia biológica en Argentina y analizar las razones de este abordaje terapéutico.

**Métodos:** Análisis de tipo corte transversal de los datos obtenidos de revisión de historias clínicas de pacientes con AR bajo tratamiento con agentes biológicos. Las proporciones de pacientes, razones de utilización de monoterapia biológica, la satisfacción de los médicos tratantes con este abordaje y las principales causas de discontinuación de DMARDs fueron evaluadas.

**Resultados:** 1148 pacientes distribuidos en 32 centros de todo el país fueron evaluados. Las características demográficas principales fueron: edad 54 ± 13 años, 81% sexo femenino, promedio de años de duración de la enfermedad 12 ± 9 años. La proporción de pacientes que se encontraban recibiendo monoterapia biológica representó el 21.4% (IC95%-19-23) de la muestra (246/1148 pacientes).

| Razones   | n=246 | % (IC95%)  |
|---|-------|------------|
| Evento Adverso a DMARDs (toxicidad, intolerancia)                                   | 111   | 45 (38-51) |
| Discontinuación de DMARDs (decisión del paciente)                                   | 86    | 35 (30-42) |
| No adherencia (decisión del paciente)   | 32    | 13 (8-16)  |
| Respuesta inadecuada a DMARDs (respuesta insuficiente atribuible a DMARDs clásicos) | 17    | 7 (4-11)   |

Uno de cada 4.5 pacientes fue tratado con monoterapia biológica, dato que es consistente con la frecuencia observada en registros internacionales<sup>1,2</sup>. Eventos Adversos a DMARDs y discontinuación por buena evolución representan el 80% de las razones de selección de monoterapia biológica. Una proporción importante de pacientes (13%) estaba siendo tratado con MB por no adherencia al DMARD. MTX representó el DMARD concomitante en el 69% de los casos de los pacientes bajo terapia combinada (dosis media de MTX 15 mg/semana). La discontinuación del MTX fue explicada en el 80% de los casos por hepatotoxicidad e intolerancia gástrica. La satisfacción de la respuesta a la monoterapia biológica por parte de los médicos tratantes fue del 92%. La monoterapia biológica fue más frecuente en aquellos pacientes tratados con un primer agente biológico

132

b

versus aquellos con un segundo agente biológico (65% vs 35%). Un estudio piloto que involucró 888 pacientes distribuidos en 18 centros durante el 2011 mostró resultados similares.

**Conclusiones:**

Una proporción significativa de pacientes con AR han sido tratados en monoterapia biológica. La monoterapia biológica parecería ser una opción terapéutica aceptable en nuestro país, tanto de terapia biológica de inicio como por buena evolución. Este abordaje terapéutico refleja los datos observados en registros internacionales.

**Referencias:** 1. Soliman MM, et al. Ann Rheum Dis2011; 70:583-589.

2. Lee SJ, et al. J Rheumatol 2009; 36:1161-7

133

a

**EFFECTOS ADVERSOS AL METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**N. Benzaquen<sup>1</sup>\*, F. Caero<sup>1</sup>, V. Saurit<sup>1</sup>, A. Alvarellos<sup>1</sup>, M. Colazo<sup>1</sup>, M. Haya Salinas<sup>1</sup>, A. Bertoli<sup>1</sup>, L. Encinas<sup>1</sup>,<sup>1</sup> Hospital Privado, Córdoba, Argentina<sup>2</sup> Clinica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción**

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune, multifactorial. El metotrexato (MTX) es un agente modificador de primera línea para el tratamiento de la enfermedad, con excelente eficacia a largo plazo. Una de las principales causas de abandono del tratamiento son las reacciones adversas, siendo lo más frecuente la intolerancia gastrointestinal, con una prevalencia entre el 20- 65%.

**Objetivos**

- Establecer la frecuencia de reacciones adversas (RAM) a MTX en pacientes con AR.
- Evaluar el intervalo comprendido entre el inicio de la medicación y la RAM y la frecuencia de pacientes que debieron suspender el MTX.
- Evaluar el número de pacientes que continúan tomando MTX aun cuando han presentado RAM.
- Determinar las características de la enfermedad y del paciente asociados a la presencia de RAM.

**Materiales y Métodos**

Estudio observacional, retrospectivo y analítico.

Se evaluaron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) mayores de 18 años, que hubieran recibido MTX en algún momento de la evolución de su enfermedad y que hayan consultado al servicio de reumatología desde julio 2011 a julio de 2013.

Variables: edad, sexo, tiempo de seguimiento y tiempo de utilización del MTX. Fecha de indicación del MTX. Tipo de reacciones adversas a MTX. Causas y fecha de suspensión de MTX. Dosis y forma de administración a MTX. Toma concomitante de otros DMARDs, Biológicos, corticoides y ácido fólico.

**Resultados:**

Se evaluaron 198 pacientes, de los cuales 83,8% (166/198) eran de sexo femenino. La edad promedio fue 58,01 +/- 12,5 años. El tiempo de evolución desde el diagnóstico fue 126,6 meses (RIQ:70,3- 184,7).

La dosis promedio de MTX utilizado fue 14,8 +/- 3,9 mg (7,5- 25 mg) La mediana del tiempo de uso fue 95,4 meses (RIQ: 54,6- 157). La vía de administración fue oral en un 90,9% (180/198).

Tomaban concomitante mente corticoides 58,58% (116/198), leflunomida 4,5% (9/198), hidroxicloroquina 2,52% (5/198), biológicos 27,7% (55/198), ácido fólico 92,4% (183/198).

El 43,4% (86/198) de los pacientes presentaron síntomas o signos atribuidos a MTX. De los cuales el 61,6% (53/86) fueron RAM gastrointestinales (pidez, náuseas, dolor abdominal, dispepsia, hiporexia, diarrea), 19,76% (17/86) compromiso cutáneo mucoso (úlceras orales y alopecia), 3,4% (3/89) manifestaciones neurológicas (mareos y vértigo), 4,65% (4/86) hepatotoxicidad, 1,16% (1/86) fiebre, 1,16% (1/86) compromiso respiratorio, 1,16% (1/86) compromiso hematológico.

La mediana del tipo transcurrido entre la RAM y el inicio de la toma de MTX fue de 1 mes (RIQ 1-3).

El tratamiento con MTX se suspendió en 12,79% (11/86) por RAM (7 gastrointestinales, 2 elevación de enzimas hepáticas, 1 enfermedad pulmonar severa, 1 leucopenia). El 87,2% (75/86) continuaron tomando MTX a pesar de presentar RAM.

**Características demográficas, tiempo de evolución, tratamiento concomitante en los pacientes con y sin toxicidad por metotrexato. Análisis Univariable.**

|                              | Toxicidad si       | Toxicidad no     | p      |
|------------------------------|--------------------|------------------|--------|
| Edad m +/-DS                 | 58,7 +/- 12        | 57,4 +/- 12,9    | 0,49   |
| Meses de evolución M (RIQ)   | 108,7 (64,7-178,6) | 136 /74,4-185,3) | 0,4    |
| MTX dosis m +/- DS           | 14,7 +/- 3,9       | 14,5 +/- 3,9     | 0,71   |
| Corticoides n(%)             | 50 (58,8)          | 66 (62,3)        | 0,62   |
| Leflunomida n(%)             | 4 (4,7)            | 5 (4,5)          | 1      |
| Hidroxicloroquina n(%)       | 1 (0,9)            | 4 (4,7)          | 0,3    |
| Biológicos n(%)              | 28 (32,6)          | 27(24,1)         | 0,18   |
| Acido Fólico n(%)            | 81 (94,2)          | 102 (91,1)       | 0,41   |
| Ac. Fólico n(%) antes de MTX | 48 (55,8)*         | 82 (73,2)*       | 0,007* |
| Ac fólico n (%) el mismo día | 14(16,3)           | 19(17)           | 0,007  |

**133**  
**b**

|  |                 |                   |       |
|--|-----------------|-------------------|-------|
| de MTX                                   |                 |                   |       |
| A. Fólculo n (%) el día después de MTX   | 5 (5,8)         | 4 (3,6)           | NS    |
| Ac. Fólculo n (%) antes y después de MTX | 19 (22,1)*      | 7 (6,3)*          | 0,007 |
| Tiempo de uso MTX M (RIC)                | 87,3 (53-150,1) | 98,7 (56,3-160,3) | 0,5   |
| Vía oral MTX n(%)                        | 73 (89)         | 107 (97,3)        | 0,02  |

**Conclusión:**

En esta población hay una elevada frecuencia de RAM a MTX, de las cuales la más común, es el compromiso gastrointestinal. La mayoría de reacciones adversas se presentaron en el primer mes de tratamiento. Un alto porcentaje de pacientes continúa tomando el metotrexato a pesar de presentar algún tipo de RAM. Se observa una relación inversa entre la presencia de toxicidad con la administración de ácido fólico el día previo al MTX y con la frecuencia de uso de MTX por vía oral.

**134**

**DESARROLLO DE TBC EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA SIN CRITERIO DE PROFILAXIS CON ISONIAZIDA.**

M. Della Maggiore<sup>[\*]</sup>, M. Moron<sup>[\*]</sup>, G. Herrera<sup>[\*]</sup>, M. Verando<sup>[\*]</sup>, E. De Simone<sup>[\*]</sup>, V. Vincent<sup>[\*]</sup>,  
<sup>[\*]</sup> Hospital Churrucuc-visca, Caba, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Objetivo:** Describir el desarrollo de tbc activa en la población de pacientes con AR que reciben droga biológicas, tratados en este servicio.  
**Materiales y métodos:** Se realizó revisión de 205 HC de pacientes con AR que utilizaron agentes biológicos desde el año 2000 hasta 2012. Todos los pacientes fueron estudiados acorde a guías locales para detección de TB latente. Los agentes biológicos utilizados fueron etanercept, adalimumab, tocilizumab, rituximab, abatacept e infliximab. De los pacientes analizados 4 desarrollaron TBC activa (sin signos de TB latente en screening). Dos pacientes recibían adalimumab. Ambos desarrollaron TBC pulmonar, y además uno de ellos, tuberculosis probaterianal. Los dos restantes recibían etanercept. Una paciente presentó derrame pleural con biopsia positiva para TBC y el otro TBC pulmonar. Todos los pacientes respondieron en forma satisfactoria al tratamiento con cuatro drogas.  
**Conclusión:** Considerando que los pacientes que desarrollaron TB activa no cumplían criterios para uso de Isoniazida, nos planteamos si las recomendaciones actuales de screening de TBC, son suficientes para nuestra población con alta incidencia de esta enfermedad. Asimismo creemos necesario la implementación de otros estudios complementarios de mayor rentabilidad para la detección de TBC latente.

**135**

**CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD.**

P. Finucci Guri<sup>[\*]</sup>, A. Ortiz<sup>[\*]</sup>, S. Roverano<sup>[\*]</sup>, S. Paíra<sup>[\*]</sup>,  
<sup>[\*]</sup> Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:** El fenómeno de Raynaud (FR) es un espasmo paroxístico de los pequeños vasos desencadenado por el frío y el estrés. Puede ser primario o ser un trastorno secundario a otras enfermedades, por ejemplo del tejido conectivo. **Objetivo:** Describir diferencias demográficas, clínicas, de evolución, serológicas y capilarescópicas entre pacientes con FR 1° y 2°. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de corte transversal mediante revisión de historias clínicas y registro de capilarescopias desde el año 1987 al 2013 en la Sección de Reumatología del Hospital Cullen de Santa Fe. **Criterios de inclusión:** pacientes con Fenómeno de Raynaud bifásicos o trifásicos. Se los clasificó en primario según definición de Le Roy y Medsger (pero permitiéndose la inclusión de pacientes con capilarescopias patológicas) y 2° a enfermedades del tejido conectivo. **Criterios de exclusión:** Pacientes con acrocianosis, palidez periférica, trastornos vasomotores secundarios a drogas o fenómenos por traumatismos vibratorios. Se evaluaron los pacientes con FR 1° comparando las variables respecto a los pacientes con FR 2° y con aquellos que viraron de FR 1° a 2°, en relación: edad al momento del inicio del fenómeno de Raynaud, sexo, tiempo de evolución desde el comienzo del FR hasta la última consulta, tiempo de seguimiento, manifestaciones en piel anticuerpos y capilarescopias. Fueron distinguidos los FR bifásicos de los trifásicos. los sitios de afección y la estación estival de comienzo. Se tuvo en cuenta aquellos pacientes que pasaron de FR 1° a 2° y el tiempo en que lo hicieron. **Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes con FR, de los cuales 36 eran primarios y 76 secundarios. Seis pacientes que inicialmente fueron considerados como FR 1° evolucionaron a FR 2° en una mediana de 126 meses. Encontramos predominio de FR 2° a Esclerosis sistémica y Lupus y bajo número de progresión a ETC en FR 1°. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con FR 1° al compararlos con aquellos con FR 2° y los que desarrollaron alguna ETC en el tiempo, en lo que respecta a variables demográficas, clínicas, de evolución, serológicas y capilarescópicas. Las capilarescopias fueron patológicas en la mayoría de los pacientes siendo el patrón ESP/DM el más frecuente.

**136**

**DESCRIPCIÓN DE EFECTIVIDAD Y TOXICIDAD DE LA TERAPIA COMBINADA METOTREXATE -LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA.**

J. Prestin<sup>[\*]</sup>, M. Laffont<sup>[\*]</sup>, D. Alvarez<sup>[\*]</sup>, E. Kerzberg<sup>[\*]</sup>,  
<sup>[\*]</sup> Hospital Ramos Mejía, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:** Con frecuencia los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) presentan una falla de la respuesta a MTX como monoterapia por lo que requieren adicionar un segundo DMARS a su tratamiento. En nuestra clínica de AR frecuentemente este segundo DMARS es la leflunomida (LFN), debido al menor tiempo de latencia en inicio de respuesta y un menor número de comprimidos, lo que facilita la dosificación diaria en un paciente que de por sí realiza un tratamiento que incluye en la mayoría de los casos múltiples fármacos que para muchos resultan tediosos y en muchos casos llevan a olvidos e incluso abandono de tratamiento.  
**Objetivo:** Evaluar efectividad y seguridad del tratamiento MTX-LFN en pacientes con AR.  
**Materiales y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR según los criterios de clasificación ACR 1987 en seguimiento activo en el servicio desde el año 2003 al 2013 que además cumplieron los siguientes criterios de inclusión: -Edad de 18-80 años. -Actividad de la AR moderada/severa al momento de adicionar LFN (DAS 28>3,2). -En tratamiento con MTX (dosis > a 15 mg). -Se aceptaron aquellos que estaban recibiendo glucocorticoides (dosis < o = a 10 mg de prednisona o equivalentes) y/o AINES. **Criterios de exclusión:** - Edad < de 18 años o > de 80. -Comorbilidades como HBV, HCV, HIV, ICC, TBC, hepatitis autoinmune, úlceras pépticas, alcoholismo, litiasis vesicular, creatinina > a 1,5. -Estar recibiendo otro DMARS (distinto de MTX) o terapia biológica.  
**Se analizaron las consultas a tiempo 0 (al momento del inicio del esquema MTX-LFN)-6-12 -18 meses evaluándose en cada una de estas visitas:** - Actividad de la enfermedad mediante DAS 28 considerándose: remisión < 2,6, baja actividad 2,6-3,2, moderada actividad 3,2-5,1, severa > 5,1 y eventos adversos: hepatotoxicidad, citotoxicidad, intolerancia digestiva y otras causas.  
**Resultados:** Cumplieron con los criterios 31 pacientes (90,3% mujeres y 9,7% hombres), con una edad promedio de 53 años y 13 años de evolución promedio de la AR. Cuando se analizaron los factores de mal pronóstico de AR el 93,6% presentaron FR+, todos actividad articular elevada y persistente con compromiso de las articulaciones de las manos. 61,3% presentó compromiso de por lo menos 2 articulaciones grandes. 58,1% inicio tratamiento luego de los 3 meses del inicio de la enfermedad. 58,1% presentó erosiones tempranamente. De los 31 pacientes el 58,1% presentó manifestaciones extrararticulares (13 SICCA, 3 nódulos reumatoides, 1 fibrosis pulmonar). El 54,8 % presentó un nivel socioeconómico bajo, evaluado por escala de Graffar, y 42,9 % presentó a demás del FR otros anticuerpos asociados.  
**En tiempo 0:** 83,9 % de los pacientes tomaba AINES y el 58,1% tomaba corticoides.  
48,4% presentaba moderada actividad por DAS 28, 51,6 actividad severa.  
6 meses: 16,1% discontinuaron el doble esquema, 36,5% entraron en remisión, 12,9% presentó baja actividad, el 19,4% moderada y el 16,1% severa.  
12 meses: 48,4 % discontinuaron el doble esquema, 16,1% se mantuvo en remisión, 12,9% baja actividad, 16,1% moderada, 6,5% severa.  
18 meses: 61,3% discontinuaron el doble esquema, 9,7% se mantuvo en remisión, 0% baja actividad, 25,8% moderada, 3,2 severa.  
De los pacientes que discontinuaron MTX-LFN (19 pacientes): 52,6% roto el esquema por falta de respuesta, 21% suspendió LFN por efecto adverso ( 3 pacientes presentaron hepatotoxicidad y 1 paciente intolerancia digestiva), 10,5% suspendió por remisión sostenida y 15,8% suspendió por otras causas.  
**Conclusión:** A pesar de la buena respuesta que se evidenció con el tratamiento combinado MTX-LFN a los 6 meses, no fue efectiva para mantener la remisión en el tiempo evidenciándose a los 18 meses que solo el 9,7 % de los pacientes se mantuvieron en remisión (3 pacientes). Solo 4 pacientes debieron suspender leflunomida por eventos adversos, 1 presentó intolerancia digestiva y 3 presentaron hepatotoxicidad. Ninguno presentó eventos adversos que requirieran internación.

**137 CONOCIMIENTO DEL EFECTO BOOSTER Y QUANTIFERON EN MEDICOS PRESCRIPTORES DE MEDICACION BIOLÓGICA.**

M. Valerio<sup>1</sup>, A. Garcia Ciccarelli<sup>1</sup>, E. Civit<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Dr. Carmen, Godoy Cruz, Argentina  
 [?] Presentador

**Introducción:** La prueba de tuberculina demuestra la reactividad dada por la inmunidad celular específica mediada por linfocitos T, principal sistema defensivo contra el *Mycobacterium tuberculosis*. Consiste en la inyección intradérmica en la cara ventral del antebrazo de un conjunto de proteínas comunes a la bacteria, al bacilo de la vacuna de la BCG y algunas micobacterias ambientales. Es positiva cuando la induración media a las 48-72 horas es mayor de 5 mm de diámetro o superior a 15 mm si existió vacunación previa. En pacientes inmunodeprimidos se acepta como positiva ante cualquier grado de induración de la misma. Existen falsos negativos en edades extremas, inmunodeficiencias, fase prealérgica (período ventana), TBC miliar o afectación de serosas, anergia cutánea, proceso febril intercurrente, vacunación con virus vivos y error en la interpretación o realización de la prueba. Los falsos positivos son: vacunación previa por TBC, infección por micobacterias ambientales y errores en la interpretación o realización de la prueba. En mayores de 55 años o en aquellos inmunocomprometidos vacunados, en donde existe una menor reactividad a la tuberculina, dando pruebas negativas, dudosas o indefinidas, se utiliza el Efecto Booster. En estos casos debe repetirse la prueba de la PPD a los 7 o 10 días. La primera reacción estimula la inmunidad y sirve de recuerdo para posicionar la segunda. Debido a las limitaciones de la prueba de tuberculina se desarrollaron nuevas técnicas como el Quantiferon que consiste en la detección y cuantificación en suero de IF gamma sintetizado por LT de memoria activada tras ser expuestos al antígeno de *M. tuberculosis*. Los métodos empleados se basan en el ELISA y ELISPOT. Son más específicos que la PPD ya que el antígeno empleado es el propio *Mycobacterium tuberculosis* y no presenta reactividad cruzada con otras micobacterias. Su principal limitación es cuando hay algún tipo de inmunodeficiencia celular (HIV). Si bien este método no se encuentra disponible en nuestro medio por el momento, se espera que en un lapso corto de tiempo sea accesible en nuestro país. Debido a que los pacientes que reciben biológicos son susceptibles para infección por tuberculosis por comportarse como inmunocomprometidos fundamentalmente usuarios de anti TNF, consideramos que se deben conocer estas técnicas y pedirlos en casos probables de tuberculosis latente en este grupo de pacientes, así como en individuos asociados a cuidados de la salud. **Objetivo:** Evaluar si los médicos prescriptores de medicamentos biológicos conocen y solicitan los métodos de diagnóstico para tuberculosis latente, alternativas a la prueba de tuberculina y con más especificidad que la misma. **Hipótesis:** Los médicos prescriptores de terapias biológicas conocen y aplican todos los métodos de screening para TBC latente, dada la posible activación de la misma por el uso de estas drogas. **Materiales y métodos:** Se recolectaron datos de edad, tiempo de recibido y especialidad de profesionales médicos prescriptores y no prescriptores de agentes biológicos. Se realizaron encuestas sobre conocimiento de efecto Booster y Quantiferon y su uso en la práctica diaria. **Resultados:** Se encuestaron 88 profesionales de los cuales 40(45,45%) prescribían biológicos y 48(54,55%) no. Hombres 40% y 60% mujeres. La media de edad fue de 36,5 con una edad máxima de 66 y mínima de 24 años. El promedio de tiempo de ejercicio de la profesión fue de 11 años con un máximo de 38 y un mínimo de 1 año. En el grupo de los prescriptores se vio una media de edad de 38,3 años y un ejercicio de la profesión de 13 años comparado con los no prescriptores que tuvieron una edad de edad de 35 años con un tiempo de recibido de 9,14 años. De profesionales que utilizaron medicación biológica el 45% concierne el efecto Booster y solo el 5% lo solicitaba. El Quantiferon fue conocido en el 47,5 % de los casos. En este grupo el 75% fueron usuarios de anti TNF y de estos concierne el efecto Booster el 50% sin embargo ninguno lo indicaba en la práctica diaria. El Quantiferon fue conocido por el 53,33% de los usuarios de anti TNF. De los no prescriptores de estos medicamentos el 20% conocía que era el efecto Booster y el 6,25% que correspondía a infectólogos y neumólogos lo indicaban en la práctica diaria. En este grupo solo el 10,41% conocía que era el Quantiferon. **Conclusión:** Si bien los profesionales prescriptores de estos medicamentos tuvieron más conocimiento de estas pruebas que los no prescriptores, hubo un porcentaje de los mismos que no estaban familiarizados con ellas. Consideramos que debería enfatizarse el conocimiento de las mismas dadas las limitantes que presenta la prueba de la tuberculina y la relevancia que toma la tuberculosis en este grupo de pacientes.

**138 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPORTAMIENTO DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA**

C. Arana [?], M. Alonso<sup>1</sup>, C. Correa<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina  
 [?] Presentador

**Objetivo:** Describir las características clínicas y comportamiento de artritis de reciente comienzo, considerando para ello un periodo de 6 meses en la Unidad de Reumatología de nuestro Hospital. **Materiales y Método:** Fueron vistas las historias clínicas de 30 pacientes con artritis de reciente comienzo, seguidos durante un periodo de 6 meses en una Unidad de Reumatología. Se analizaron las características demográficas, clínicas, de laboratorio en un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. **Resultados:** Se analizaron en el estudio 30 historias clínicas. La forma de presentación fue poliarticular en (36,6%) oligoarticular (26,6%) y monoarticular (36,6%). Un diagnóstico de enfermedad definida lo observamos en (76,6 %). De los cuales: (39,1%) correspondieron a Artritis Reumatoidea, (21,7%) Antrropatia Cristalina no úrica; (8,6%) Artritis úrica, (8,6%) Seronegativa; (4,3%) Osteoartritis erosiva) y (17,3%) otras. **Conclusiones:** De la observación por un periodo de 6 meses, (23,3 %) se mantuvieron como artritis indiferenciada. Se encontró un diagnóstico definitivo en 76,6 % Si bien el número es chico se vio un mayor número de artritis cristalica que en otros estudios.

Conflicto de Interés: Aumentar número de paciente y tener en cuenta a la Artritis Cristalina en el diagnóstico de artritis de reciente comienzo.

**139 COMPORTAMIENTO DEL INTERVALO QT CORREGIDO EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA**

P. Asbert [?], C. Gobbi<sup>1</sup>, D. Alessio<sup>1</sup>, L. Maurrelli Torres<sup>1</sup>, C. Funes Soaje<sup>1</sup>, G. Subils<sup>1</sup>, P. Alba<sup>1</sup>, E. Albiero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina  
<sup>2</sup>Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina  
<sup>3</sup>Hospital Italiano De Córdoba, Córdoba, Argentina  
 [?] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La dispersión del intervalo QT ha sido descrita en pacientes con AR y puede ser un marcador útil de morbi-mortalidad cardiovascular. **OBJETIVOS:** Conocer el comportamiento del intervalo QT corregido (iQTc) en pacientes con AT y evaluar la asociación con actividad de la enfermedad (AE). **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal que incluyó pacientes mayores de 16 años, con diagnóstico de artritis temprana (AT), atendidos en la Unidad de Reumatología del hospital Córdoba, desde enero de 2010 a junio de 2013. El grupo control se apareó por edad, sexo y antecedentes patológicos. Los criterios de exclusión fueron evidencias de IAM, arritmia, K<sup>+</sup>, ingestas de fármacos que afecten el QT. Se recolectaron datos demográficos y se realizó ECG con técnica estándar. El intervalo QT fue medido desde el comienzo del complejo QRS hasta el final de la onda T... Para obtener el valor del iQTc, se utilizó la fórmula de Bazett. **RESULTADOS:** El número de pacientes fue de 27, 85,2 % de sexo femenino y con edad media de 42,3 años y DAS 28 promedio de 5,09. El grupo control incluyó 27 individuos con una edad media de 42,7. El intervalo QT fue de 0,374 mms y el QTc de 0,406 en AT y el QT fue de 0,398 mms y el QTc de 0,399mms en el grupo control (p=0,42, P=0,25). El QT y el QTc fueron de 0,38 y 0,41 (Baja AE), 0,35 y 0,39 (Moderada AE); 0,37 y 0,41 (Alta AE) (P=0,23, P=0,36 respectivamente) **CONCLUSIÓN:** El intervalo QT no demostró alteraciones ni se relacionó con actividad de la enfermedad en AT

**140 ALTERACION DE GLUCEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO PROSPECTIVO, CORTE TRANSVERSAL**

L. Galvan [?], J. Moreno<sup>1</sup>, R. Pardo Hidalgo<sup>1</sup>, S. Rueda<sup>1</sup>, G. Castel Del Cid<sup>2</sup>, A. Curti<sup>3</sup>, I. Petkovic<sup>3</sup>,  
<sup>1</sup>Cer Centro De Especialidades Reumáticas San Juan, Argentina  
<sup>2</sup>Hospital Lagomaggiore, Argentina  
<sup>3</sup>Sanatorio Petkovic, Argentina  
 [?] Presentador

**ALTERACION DE GLUCEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**  
 Estudio prospectivo, Corte Transversal  
 La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad de prevalencia alrededor del 1% en la población mundial. Los pacientes que la padecen presentan un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular independiente de los factores de riesgo tradicionales comparable con la Diabetes (DBT). Distintos estudios han demostrado aumento de la incidencia de DBT 15 a 10% en pacientes con AR con respecto a la población general de 4 a 8%. El recuso terapéutico de los corticoides es tan amplio como necesario en el manejo de las enfermedades reumáticas pudiendo contribuir al aumento de esta incidencia en los pacientes con AR. **Nuestro objetivo** es determinar los efectos de los corticoides sobre la glucemia en ayunas y post carga en pacientes con AR, como así también diferencias en índices antropométricos. **Materiales y métodos**  
 Se evaluaron 62 pacientes ambulatorios mayores de 18 años de 3 centros de la Región de Cuyo, con diagnóstico de AR enrolados en 2 grupos: el primero con una dosis estable de corticoides prednisona de 5 a 10mg/día por vía oral, y un segundo grupo de pacientes con AR sin corticoides en los últimos 6 meses. Los pacientes fueron evaluados con recuento de 28 articulaciones tumefactas y dolorosas, control de Presión Arterial (PA) según estándares de cuidado, medición del perímetro de cintura y muestra de sangre para las siguientes determinaciones: glucemia basal, PCR, colesterol total y triglicéridos. También se evaluó la glucemia a los 120 minutos post carga de 75 gramos de glucosa. Se calcularon riesgo de diabetes tipo2 con el test de FinRisk autoadministrado. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado, aprobado por el comité de ética de cada centro.

**Análisis estadístico**  
 Se analizaron las variables categóricas mediante Chi2 y las variables continuas mediante Test de Student. En caso de no seguir una distribución normal se utilizó Test de Fisher o U de Mann-Whitney respectivamente. Para las correlaciones se utilizó Pearson.El nivel de sensibilidad de: p0,05.

**Resultados** Se incluyeron 62 pacientes, edad media 50,9±9,2 años, 79% mujeres. El 77,4%, de los pacientes están con corticoides actualmente (UC). La evolución de la AR fue de 4,8 (IC 95% 3,6 -5,9) años, siendo de 5,1 años en UC vs 3,8 años en NUC (p: NS). El DAS 28 fue de 3,9 en UC vs 3,1 en NUC (p: NS).No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el peso 76,7 vs 72,6 Kg, perímetro de cintura 91,1 vs 91,4 cm, el IMC 30,8 vs 33 Kg/m<sup>2</sup>, TAS 125,5 vs 123,5 mmHg, TAD 78,7 vs 74,7 mmHg, colesterol total 184 vs 187,2 mg/dl y triglicéridos 130,5 vs 108,5 mg/dl en UC vs NUC.

Los valores de glucemias medias en ayunas 78,6 vs 81,6 mg/dl y a los 120 minutos 93,9 vs 96,9 mg/dl tampoco fueron diferentes en ambos grupos.

Se encontró intolerancia a la glucosa en 4 pacientes, 8,3% del grupo UC y en 3 del grupo NUC, 21,4% (p: NS). El FinRisk media fue mayor en el grupo UC 6,2 vs 4,9 en NUC, sin alcanzar significación estadística. Presentando un 35,5% de pacientes con puntajes de riesgo de diabetes en UC vs 28,6% en NUC (p: NS). La glucemia en ayunas (r: 319, p: 0,011) y a los 120 minutos (r: 530, p: <0,001) se correlacionó con el FinRisk. En los pacientes con FinRisk elevado el 23,8% presentó alguna alteración de la glucemia vs el 4,9% en FinRisk bajo (p: 0,039).

**Discusión**  
 Nuestro estudio de corte transversal ha demostrado que no existen diferencias significativas en las 2 determinaciones de glucemia entre los pacientes que reciben corticoides(UC) versus los que no reciben corticoides(NUC). Sin embargo cabe destacar que los pacientes que presentan un FinRisk elevado tenían asociados algún tipo de intolerancia a la glucosa. Los pacientes con AR tienen aumento de la incidencia de eventos cardiovasculares independiente de los factores de riesgo tradicionales, se deben potenciar el uso de los Test autoadministrados como el FinRisk para realizar investigar precozmente el Riesgo de Diabetes2 y tomar conductas terapéuticas apropiadas.

## HIPOCOMPLEMENTEMIA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL GRUPO GESSAR.

M. Gausa<sup>1</sup>, A. Secco<sup>2</sup>, M. Olive<sup>3</sup>\*, D. Puent<sup>4</sup>, S. Papisidero<sup>4</sup>, A. Catalan Pellet<sup>4</sup>, F. Caeiro<sup>2</sup>, O. Rillo<sup>2</sup>, F. Zazzetti<sup>4</sup>, J. Barreira<sup>4</sup>, S. Velez<sup>4</sup>, L. Ercinas<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Hosp. Rivadavia, Buenos Aires, Argentina  
<sup>2</sup>Hospital Toru, Buenos Aires, Argentina  
<sup>3</sup>Hosp. Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina  
<sup>4</sup>Hosp. Británico, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

**Objetivos:** 1-Determinar si los pacientes con Síndrome de Sjögren primario e hipocomplementemia (descenso de C3 y/o C4) al diagnóstico, presentan mayor frecuencia de manifestaciones clínicas (al menos una de las siguientes: tumefacción parotídea, artritis, Raynaud, púrpura, compromiso del parénquima pulmonar, compromiso renal, neuropatía y linfoma) comparado con los pacientes con complemento normal. 2- Evaluar diferencias entre ambos grupos para cada manifestación clínica en particular, alteraciones de laboratorio y tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjögren Primario según criterios americano europeos 2002, de la base de datos GESSAR (grupo de estudio de Síndrome de Sjögren Argentino), que contaban con dosaje de complemento al diagnóstico (C3, C4 por nefelometría o inmunoturbidimetría). Se excluyeron los pacientes con dosaje positivo para crioglobulinas. Se calculó una frecuencia esperada de 30% de pacientes con manifestaciones sistémicas en el grupo con complemento normal y de 60% en el grupo con hipocomplementemia, con una relación 3:1 entre grupos (poder 90%). Para el análisis de las variables continuas se utilizó t test o Mann Whitney, las variables categóricas se analizaron por Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondía. Se realizó análisis multivariado de regresión logística, tomando a las manifestaciones clínicas como variable dependiente y ajustado por anticuerpos: FAN, anti Ro, anti La, Factor Reumatoides.

**Resultados:** se incluyeron 183 pacientes tomados en forma aleatoria de los 234 pacientes que tenían dosaje de complemento; 137 con complemento normal y 46 con hipocomplementemia (descenso de C3 y C4 n: 22, descenso sólo de C3 n: 4, descenso sólo de C4: n: 20). El 97.25% eran de sexo femenino, con una mediana de edad actual de 53.5 años (RiQ: 43-63) y mediana de tiempo de seguimiento de 3 años (1-5). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo (p: 0.6), edad (p: 0.7) y tiempo de seguimiento (p:0.08) entre ambos grupos. Se encontró un porcentaje significativamente mayor de pacientes con manifestaciones clínicas en el grupo con hipocomplementemia, comparado con el de complemento normal (71.74% versus 48.18%, p<0.01). Al ajustar por anticuerpos FAN, anti Ro, anti La y Factor Reumatoides esta asociación se mantuvo, sin observarse efecto confundidor, ni asociación estadísticamente significativa de ninguno de dichos anticuerpos (OR: 2.73, IC 95%: 1.32-5.63; p< 0.01). En cuanto a cada manifestación, se encontró asociación estadísticamente significativa con artritis (44.18 vs 20.15%, p< 0.01), púrpura (24.32 versus 5.3%, p< 0.01), compromiso del parénquima pulmonar (21.74 vs 6.57%; p<0.01), neuropatía (22.22 vs 9.09%; p: 0.03), linfoma (11.76 vs 0%; p: 0.02). Con respecto al laboratorio se observaron las siguientes diferencias significativas: anemia de trastornos crónicos (35.14 vs 11.28; p<0.01), leucopenia en dos o más oportunidades (36.36 vs 12.69, p<0.01), hipergamaglobulinemia (79.49 vs 50.47, p< 0.01). No se hallaron diferencias significativas en relación a tumefacción parotídea, ni compromiso renal entre ambos grupos. También se encontraron diferencias significativas en cuanto al tratamiento recibido con corticoides (57.14 vs 29.09, p<0.01) y al tratamiento con inmunosupresores (40.0 vs 20.35; p: 0.02).

**Conclusión:** En este estudio multicéntrico, en concordancia con investigaciones previas, identificamos una mayor frecuencia de manifestaciones clínicas y de laboratorio en los pacientes con hipocomplementemia al diagnóstico, encontrando una diferencia significativa respecto a los pacientes con valores de complemento normal. Consideramos que estos hallazgos deben ser tenidos en cuenta, para realizar un seguimiento más estricto de este grupo de pacientes.

## FRECUENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTI ALFA FODRINA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

S. Velez<sup>1</sup>\*, A. Schiel<sup>2</sup>, F. Zazzetti<sup>3</sup>, M. Landá<sup>4</sup>, A. Gomez<sup>2</sup>, J. Romero<sup>1</sup>, M. Damico<sup>1</sup>, M. Lara<sup>1</sup>, M. Rivero<sup>1</sup>, M. Khoury<sup>1</sup>, D. Duartes Moe<sup>1</sup>, H. Laborda<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio De Reumatología, Hospital Británico De Buenos Aires, Caba, Argentina  
<sup>2</sup>Laboratorio Central, Sección Autoinmunidad, Hospital Británico De Buenos Aires, Caba, Argentina  
<sup>3</sup>Departamento De Docencia E Investigación, Sección Estadística, Hospital Británico De Buenos Aires, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) se caracteriza por la infiltración linfoplasmocitaria de las glándulas de secreción exocrinas, originando una distorsión de las mismas con sequedad de las mucosas infiltradas. En el SSp, la sobreexpresión permanente de los linfocitos B produce una gran variedad de autoanticuerpos, algunos con significado clínico incierto y otros como el anti Ro/SS-A y el anti La/SS-B de mayor importancia clínica, incluidos dentro de los criterios de clasificación. La presencia de los anticuerpos anti alfa fodrina (α-FA), en especial de clase Ig A, estarían vinculados al SSp y a la seronegatividad para otros autoanticuerpos. Los objetivos fueron determinar la frecuencia de los α-FA en una serie de pacientes con SSp y describir las manifestaciones clínicas según la seropositividad para estos autoanticuerpos.

**Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 40 pacientes que cumplieron criterios americano-europeos de SSp. Se excluyeron aquellos pacientes con SSp que se encuentran en tratamiento con Rituximab o anti-IFN. Se tomó una muestra aleatoria de 23 controles sanos de similar edad y género, sin enfermedad del tejido conectivo asociada, con AAN, anti Ro/SS-A y anti La/SS-B negativos, del banco de sangre de la institución. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio y se tomaron muestras de suero para la detección de los α-FA. La biopsia de glándula salival menor se consideró positiva según la escala de Chishalm y Mason. Los α-FA (Ig A e Ig G) se determinaron utilizando un inmunoensayo ELISA (Orgentec-Alemania). Para comparar grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y pruebas de chi cuadrado o de Fisher para variables categóricas, según correspondía. Se consideró significativa una p<0.05.

**Resultados:** Se analizaron 40 pacientes con SSp, 95% (n=38) de género femenino, edad al diagnóstico 57.5 años (rango=30-85) para el grupo seropositivo para α-FA y 62 años (rango=19-77) para los seronegativos; el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 meses (rango=2-234) y 37.5 meses (rango=3-246) respectivamente. El 55% (22/40) de los pacientes con SSp fueron seropositivos para α-FA con una sensibilidad del 100% (IC del 40% - 70%) y una especificidad del 56% (IC del 40% - 70%); el 45% (18/40) fueron seronegativos para dicho anticuerpo; los 23 controles fueron seronegativos (p<0.0001). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el género, la edad y duración de la enfermedad entre ambos grupos. La positividad de los α-FA en los pacientes con SSp se asoció significativamente con los niveles bajos de C4 (p = 0.01), hipergamaglobulinemia policlonal (p = 0.03) y mayor negatividad en las biopsias de glándula salival menor (p = 0.04). Un paciente presentó cirrosis biliar primaria concomitante.

**Comentarios:** La frecuencia de seropositividad de los α-FA en pacientes con SSp fue del 55%, significativamente diferente a los controles sanos. El grupo con SSp seropositivo presentó significativamente mayor frecuencia de hipergamaglobulinemia policlonal e hipocomplementemia que el grupo seronegativo. No hubo diferencias entre los grupos con respecto a otros hallazgos clínicos o serológicos. Debido a la considerable frecuencia de los anticuerpos anti alfa fodrina hallada en nuestra población, y su correlación con los marcadores serológicos de mal pronóstico, su detección puede ser una herramienta muy útil y sensible en aquellos pacientes con SSp seronegativos para anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B. Una cohorte con un mayor número de pacientes debe ser evaluada para validar estas observaciones.

## CORRELACIÓN ENTRE CAPILAROSCOPIA Y TERMOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON RAYNAUD

M. Scotini<sup>1</sup>\*, B. Vasta<sup>2</sup>, D. Hart<sup>3</sup>, J. Shipley<sup>2</sup>, S. Brown<sup>4</sup>, E. Korendowich<sup>2</sup>, N. Mchugh<sup>1</sup>, J. Pauling<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Sección Reumatología, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina  
<sup>2</sup>Royal National Hospital For Rheumatic Diseases, United Kingdom  
 [\*] Presentador

**Objetivos:** tanto la capilaroscopia como la termografía permitan una evaluación objetiva de las anomalías microvasculares digitales en pacientes con fenómeno de Raynaud. Nuestro objetivo fue correlacionar estos dos métodos en un grupo de pacientes en estudio por síntomas de Raynaud.

**Métodos:** se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes en estudio por síntomas de Raynaud evaluados entre Agosto de 2010 y Noviembre de 2012 a quienes se les había realizado el mismo día capilaroscopia y termografía. Lo primero que se analizó fueron las imágenes termográficas (sin conocimiento del diagnóstico del paciente ni de la capilaroscopia) y se calculó la Diferencia Dorso Distal (DDD) de temperatura a 23°C, que se obtiene restando la temperatura del dorso de la mano de la de la punta de los dedos. Un DDD negativo es sugestivo de distorsión microvascular y un DDD menor a -1°C ha sido reportado previamente como clínicamente relevante. Luego se evaluaron las capilaroscopias y fueron categorizadas en normales, con cambios no específicos y con patrón esclerodermiforme (SD). Finalmente se analizaron las historias clínicas para obtener los diagnósticos finales de los pacientes.

**Resultados:** se incluyeron 141 pacientes. Los hallazgos capilaroscópicos, termográficos y clínicos se muestran en la tabla 1. Las anomalías en la capilaroscopia se asociaron con un menor DDD indicando mayor distorsión microvascular (p=0.017). No se encontraron diferencias significativas en los valores termográficos entre los pacientes con cambios no específicos en la capilaroscopia y aquellos con patrón SD (probablemente debido al bajo número de pacientes con patrón SD incluidos). Todos los pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) tuvieron anomalías en la capilaroscopia, la mayoría con patrón SD (54.5%, n=61/11). Los pacientes con Raynaud Primario (RP) tuvieron significativamente menos anomalías capilaroscópicas que aquellos con ES (p<0.0001), el 32.6% (n=15/46) presentaron cambios inespecíficos y ninguno patrón SD. Los pacientes con fibromialgia tuvieron mayoritariamente una capilaroscopia normal y sólo un 16.7% presentaron cambios inespecíficos (n=3/18).

**Conclusión:** la presencia de anomalías capilaroscópicas se asocia con evidencia termográfica de mayor distorsión microvascular digital en pacientes en estudio por fenómeno de Raynaud. Los pacientes con fibromialgia presentaron en su mayoría capilaroscopia normal y valores termográficos normales.

|  | Capilaroscopia Normal (n=83) | Cambios no específicos en capilaroscopia (n=48) | Patrón SD capilaroscópico (n=10) |
|--|------------------------------|---|----------------------------------|
| DDD promedio de todos los dedos, °C, mediana (IQR) | +0.15 (4,16)                 | -1.98 (4,21)                                    | -2.09 (3,71)                     |
| p vs. capilaroscopia normal (Mann Whitney U)       | 0.42(2)                      | 0.017   | 0.099                            |
| Pacientes con DDD promedio < -1 °C, n (%)          | 35 (42.2)                    | 25 (52.1)                                       | 7 (70)                           |
| Diagnóstico clínico                                |                              |   |                                  |
| - Raynaud Primario                                 | 31                           | 15  | 0                                |
| - Esclerosis Sistémica                             | 0                            | 5   | 6                                |
| - Fibromialgia                                     | 15                           | 3   | 0                                |
| - Otras enfermedades reumatológicas                | 37                           | 25  | 4                                |

## MANEJO DEL SISTEMA REPRODUCTIVO POR REUMATOLOGOS EN ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

C. Catoggio<sup>1</sup>\*, C. Reimundes<sup>1</sup>, M. Antoniol<sup>1</sup>, C. Perandones<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Cenic, Argentina  
 [\*] Presentador

### Introducción

En las últimas décadas, producto de la investigación médica, cambiaron algunos paradigmas del manejo reproductivo en los pacientes (pts) con Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC).

Motiva el presente trabajo analizar el perfil de manejo del sistema reproductivo en pts con ETC por médicos reumatólogos o en formación, socios de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

### Materiales y Métodos:

Se realizó una encuesta anónima y voluntaria, a través de una página web, a los socios de la SAR, con un cuestionario de 10 preguntas respecto al manejo de situaciones médicas asociadas al sistema reproductivo en pacientes con ETC.

### Resultados:

Se recibieron en total 130 encuestas. La media de edad de los médicos encuestados (ME) es de 46.4 ± 11.5 años, con media de años de ejercicio de la profesión de 20.5 ± 12.4 años. El 38% de los ME son socios titulares, el 62% adherentes, y ejercen su actividad en un hospital público el 54.5%.

El 38% de los ME evalúa más de 60 pts con ETC por mes, y solo el 4.6% menos de 10. El 58% de los ME tienen en cuenta aspectos reproductivos para la elección de los tratamientos, independientemente de la severidad de las manifestaciones clínicas. Si bien el 87.7% sugiere el uso de métodos anticonceptivos con el uso de drogas teratogénicas, solo el 41.5% controla periódicamente su utilización. El 43.8% de los ME contraindica el uso de anticonceptivos orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Ningún ME contraindica el embarazo en LES, pero el 96.2% lo planifica de acuerdo al momento adecuado de la enfermedad.

En cuanto a las pacientes embarazadas con ETC, el 98.5% de los médicos continúa el tratamiento con hidrocortisona, el 83% con corticoides, y el 59.2% con azatioprina. Ningún ME continúa el tratamiento con ciclofosfamida o metotrexato, pero el 0.8% continúa con metotrexato en caso de gestación.

### Conclusión:

El 58% de los ME jerarquiza factores reproductivos para la elección terapéutica aun en situaciones graves.

El 88 % aconseja anticoncepción ante drogas teratogénicas, pero solo 41% controla la adherencia.

El 56% utiliza anticonceptivos orales en pts con LES.

Nadie contraindica el embarazo en LES, pero la mayoría elige el momento apropiado.

El 98% continúa con hidrocortisona durante el embarazo y el 83% con esteroides.

## Los niveles de IL-1 $\beta$ se asocian con anticuerpos anti-Ro/SSA y con prolongación del intervalo QT corregido en pacientes con enfermedad del tejido conectivo.

C. Pisoni<sup>[1]\*</sup>, S. Reina<sup>[2]</sup>, C. Carrizo<sup>[1]</sup>, D. Arakaki<sup>[1]</sup>, A. Eimon<sup>[1]</sup>, E. Borda<sup>[2]</sup>,  
<sup>[1]</sup>Centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas (ceomic), Argentina,  
<sup>[2]</sup>Consejo Nacional De Investigaciones Científicas Y Técnicas (conicet) Buenos Aires, Argentina.,  
 Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** los niveles de IL-1 $\beta$  se encuentran elevados en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y con síndrome de Sjogren primario (SS). La IL-1 $\beta$  tiene efectos inotrópicos y cronotrópicos negativos en el corazón humano, causados probablemente por cambios en la homeostasis y manejo del calcio. Por otro lado, la prolongación del intervalo QT corregido (QTc) se describió asociado a la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA en pacientes adultos con enfermedad del tejido conectivo (ETC). El objetivo del trabajo fue evaluar la presencia de IL-1 $\beta$  en sujetos con ETC y su relación con la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA y con prolongación del intervalo QTc.

**Pacientes y métodos:** Se les realizó a 73 pacientes con ETC, electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y extracción de sangre para la medición de anticuerpos anti-Ro/SSA, electrólitos e IL-1 $\beta$ . Los anticuerpos anti-Ro/SSA se midieron por ELISA y Doble difusión, la medición de IL-1 $\beta$  se realizó por ELISA. Se consideró QTc prolongado  $\geq$  440 msec.

**Resultados:** 56 pacientes fueron anti-Ro/SSA positivos y 17 anti-Ro/SSA negativos. Los diagnósticos de los pacientes fueron los siguientes: LES 30 (41.1%), SS 21 (28.7%), artritis reumatoidea 4 (5.48%), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 12 (16.4%), enfermedad mixta del tejido conectivo 1 (1.37%), esclerodermia 3 (4.11%), miostitis 2 (2.74%).

Los niveles de IL-1 $\beta$  en pacientes con anti-Ro/SSA positivo fueron significativamente mayores que los anti-Ro/SSA negativo mediana: 7.29 (rango: 0.17-17.3 pg/ml) vs mediana: 1.67 (rango 0.55-4.12 pg/ml) p 0.001. Los valores medios de QTc obtenidos en ambos grupos fueron similares: (417.7 $\pm$ 23.1 versus 414.7 $\pm$ 21.2, p 0.63). Once pacientes presentaron QTc prolongado, los niveles de IL-1 $\beta$  en los 11 pacientes con QTc prolongado fueron: mediana 8.7 (rango: 2.69- 15.1 pg/ml) versus mediana: 5.0 (rango: 0.17-17.3 pg/ml) en aquellos con QTc normal p = 0.006.

**Conclusión:** Los niveles de IL 1  $\beta$  se encuentran elevados en pacientes con ETC anti-Ro/SSA positivos y en aquellos con QTc prolongado.

## FRECUENCIA DE COMPROMISO DE LAS ARTERIAS CUBITAL Y RADIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: INFORME PRELIMINAR.

M. Lara<sup>[\*]</sup>, G. Palacios<sup>[\*]</sup>, R. Romero<sup>[\*]</sup>, I. Carrillo<sup>[\*]</sup>, C. Girardo<sup>[\*]</sup>, M. Rivero<sup>[\*]</sup>, H. Laborde<sup>[\*]</sup>, A. Schief<sup>[\*]</sup>, M. Khoury<sup>[\*]</sup>, G. Citera<sup>[\*]</sup>, O. Rillo<sup>[\*]</sup>, D. Saez<sup>[\*]</sup>, J. Barreira<sup>[\*]</sup>  
<sup>[\*]</sup> Hospital Británico, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Hospital Tornu, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** el daño endotelial ha sido reconocido como el pilar central de la patogénesis de la esclerosis sistémica (ES), sugiriéndose como uno de los eventos iniciales. Existen escasos reportes acerca de la prevalencia de compromiso de las grandes vasos en miembros superiores (MMS) y menos aún de su relación con la presencia de úlceras digitales.

**Objetivo:** describir la frecuencia del compromiso de las arterias cubital y radial en pacientes con ES, y evaluar si existe relación entre éste y el desarrollo de úlceras digitales.

**Materiales y Métodos:** se incluyeron 38 pacientes con diagnóstico de ES, según la clasificación del Colegio Americano de Reumatología. Se clasificaron en dos grupos según el antecedente y/o presencia de úlceras digitales, entendiendo como antecedente positivo cuando constara la existencia de las mismas en la historia clínica y aquellos que no presentaron ninguno de los anteriores. Se registraron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. A todos se les realizó una ecografía doppler de las arterias cubital y radial de ambos miembros superiores. Para efectuar el diagnóstico de estenosis se calculó el ratio entre la velocidad sistólica máxima en los sitios de estrechamiento de la luz arterial y/o donde se visualizó aliasing sobre la velocidad a 1-1.5 cm previos. El estudio fue realizado por un único operador. Se compararon ambos grupos. Los resultados se informaron como media  $\pm$  desvío estándar para variables numéricas y como porcentajes para las categorías. Los intervalos de confianza se calcularon para el 95%. Para comparar diferencias entre dos grupos se utilizó prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para las categorías.

**Resultados:** se analizaron 38 pacientes con ES. El 47% (n=18) presentó estenosis por ecodoppler arterial en al menos 1 de las 4 arterias evaluadas. La edad promedio fue de 49.86  $\pm$  13 años, predominó el sexo femenino 89% (n=34), un 44% (n=17) tenían ED difusa. La edad media al diagnóstico fue 42.59  $\pm$  11 años. En cuanto a las comorbilidades 10% (n=4) presentó HTA, obesidad 7.8% (n=3), tabaquismo actual o previo 31% (n=12) y diabetes 13% (n=5). Como tratamiento vasodilatador recibían 68% (n=26) bloqueantes cálcicos, 15% (n=6) inibidores de la 5-fofosfodiesterasa, entre otros. El 31% (n=12) de los pacientes recibían bajas dosis de corticoides sistémicos y 15% (n=6) antiagregantes. El 81% (n=31) tenía AAN positivos y un 28% (n=10) anti-Sjogren positivo. Los pacientes con úlceras fueron más jóvenes al momento del diagnóstico (p=0.02), presentaron fenómeno de Raynaud a edades más tempranas (p=0.04), y score de Rodnan superior a los pacientes sin úlceras (p=0.04). Al evaluar la frecuencia de las comorbilidades en los dos grupos, no hubo diferencias significativas, tabla 1. Aproximadamente el 50% de los pacientes de ambos grupos presentaron estenosis de al menos 1 de las 4 arterias evaluadas. La arteria cubital resultó más frecuentemente comprometida que la radial, pero no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, tabla 2.

**Conclusiones:** los resultados de este informe preliminar muestran una alta frecuencia de estenosis arterial de MMS en pacientes con ES. Coincidiendo con los reportes previos, el compromiso cubital prevaleció sobre el radial. Sin embargo, no observamos diferencias significativas al comparar pacientes con y sin antecedentes de úlceras digitales. Para intentar definir si existe o no asociación entre el compromiso de las grandes arterias de MMS y la presencia de úlceras digitales, será necesario aumentar la cantidad de pacientes e incluir un grupo control.

Tabla 1. Características generales de cada grupo

|  | Grupo con úlceras n=20 (%) | Grupo sin úlceras n=18 (%) | Valor de p |
|--|----------------------------|----------------------------|------------|
| Edad al diagnóstico de ES (años $\pm$ DS)  | 38 $\pm$ 11.97             | 47 $\pm$ 8.83              | 0.02       |
| Sexo femenino                              | 17 (85)                    | 17 (94)                    | 0.6        |
| Edad de inicio del Raynaud (años $\pm$ DS) | 32 $\pm$ 12.15             | 45 $\pm$ 10.34             | 0.004      |
| Score de Rodnan ( $\pm$ DS)                | 14 $\pm$ 10                | 8 $\pm$ 7                  | 0.04       |
| HAZ ( $\pm$ DS)                            | 0.63 $\pm$ 0.7             | 0.59 $\pm$ 0.62            | 0.87       |
| IG3 mg/dl ( $\pm$ DS)                      | 103 $\pm$ 29               | 105 $\pm$ 24               | 0.83       |
| IG4 mg/dl ( $\pm$ DS)                      | 35 $\pm$ 34                | 19 $\pm$ 8                 | 0.1        |
| HTA  | 0                          | 3 (16)                     | 0.32       |
| Obesidad                                   | 2 (10)                     | 1 (5.5)                    | 1          |
| Tabaquismo                                 | 8 (40)                     | 4 (22)                     | 0.3        |
| Diabetes                                   | 3 (15)                     | 2 (11)                     | 1          |

Tabla 2. Frecuencia de estenosis de arterias de MMS

|   | Grupo con úlceras n=20 (%) | Grupo sin úlceras n=18 (%) | Valor de p |
|---|----------------------------|----------------------------|------------|
| Arteria Radial                            |                            |                            |            |
| Estenosis unilateral                      | 3 (15)                     | 3 (16)                     | nS         |
| Estenosis bilateral                       | 1 (5)                      | 0                          | nS         |
| Arteria Cubital                           |                            |                            |            |
| Estenosis unilateral                      | 8 (40)                     | 8 (44)                     | nS         |
| Estenosis bilateral                       | 7 (35)                     | 4 (22)                     | nS         |
| Estenosis de al menos 1 de las 4 arterias | 9 (45)                     | 9 (50)                     | nS         |

## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS CRITERIOS AMERICANO- EUROPEOS 2002 Y LOS CRITERIOS PRELIMINARES AMERICANOS 2012 PARA EL SÍNDROME DE SJOGRÉN PRIMARIO

M. Gama<sup>[\*]</sup>, A. Secco<sup>[\*]</sup>, M. Olivera<sup>[\*]</sup>, D. Puente<sup>[\*]</sup>, L. Carlevaris<sup>[\*]</sup>, G. Bannasar<sup>[\*]</sup>, S. Scarafía<sup>[\*]</sup>, J. Barreira<sup>[\*]</sup>, H. Laborde<sup>[\*]</sup>, F. Zazzetti<sup>[\*]</sup>, S. Velez<sup>[\*]</sup>, O. Rillo<sup>[\*]</sup>, S. Papisidero<sup>[\*]</sup>, L. Encinas<sup>[\*]</sup>, F. Caero<sup>[\*]</sup>, A. Catalan Pellet<sup>[\*]</sup>, M. Mamani<sup>[\*]</sup>,  
<sup>[\*]</sup>Hosp. Rivadavia, Buenos Aires, Argentina  
<sup>[\*]</sup>Hosp. Británico, Caba, Argentina  
<sup>[\*]</sup>Hospital Tornu, Buenos Aires, Argentina  
<sup>[\*]</sup>Hosp. Privado De Cordoba, Cordoba, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** la diversidad de criterios clasificatorios para Síndrome de Sjogren Primario (SSp) dificulta sacar conclusiones de los estudios clínicos, ya que los mismos incorporan pacientes que podrían tener diferentes características. En la actualidad, los más utilizados son los Americano-Europeos del 2002. Por otro lado, recientemente se propusieron nuevos criterios americanos 2012. Por este motivo nos propusimos como objetivo conocer el valor diagnóstico de los criterios clasificatorios para SSp, tanto los Americano-Europeos como los preliminares 2012.

**Materiales y métodos:** Se tomó como gold standard a la opinión de expertos de médicos reumatólogos de diferentes centros de referencia de Argentina, con más de 10 años de experiencia en el manejo de esta patología. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que según opinión de expertos tenían SS primario y un segundo grupo conformado por sujetos con síntomas sicca y pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad del tejido conectivo, sin SS secundario.

**Análisis de datos:** se describieron las características generales de la población. Se evaluó la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN), y la razón de verosimilitud positiva (RVP) de ambos criterios.

**Resultados:** se incluyeron 183 pacientes, 100 con diagnóstico de SSp según opinión de expertos y 83 con otra enfermedad reumática o con síntomas sicca (AR: 31, LES: 17, Esclerodermia: 3, Dermatomiositis: 2, RHUPUS: 2, Artritis Indiferenciada: 2, Artritis Psoriásica: 1, PTI: 1, sicca: 24), 93. 1% de sexo femenino, con una mediana de edad actual de 54 años (RIC: 45- 65).

**Criterios 2002:** S: 0.88 (0.81 – 0.94), E: 0.89 (0.82 – 0.96), RVP: 8.07 (4.33 – 15.03), VPP 0.96 (0.83 – 0.96), VPN 0.87 (0.80 – 0.94). Para cada dominio: Síntomas oculares S: 0.99 (0.97 – 1.01), E: 0.10 (0.03 – 0.16), RVP 1.1 (1.02 – 1.18), VPP 0.57 (0.50 – 0.64), VPN 0.89 (0.86 – 1.09); para síntomas orales: S: 1, E: 0.15 (0.07 – 0.23), RVP 1.17 (1.07 – 1.29), VPP 0.61 (0.53 – 0.68), VPN 1; para signos oculares: S: 0.88 (0.81 – 0.95), E: 0.62 (0.50 – 0.73), RVP 2.29 (1.67 – 3.14), VPP 0.76 (0.68 – 0.84), VPP 0.78 (0.67 – 0.90); para las pruebas de alteración de glándulas salivales: S: 0.94 (0.84 – 1.05), E: 0.73 (0.60 – 0.86), RVP 3.54 (2.15 – 5.82), VPP 0.59 (0.41 – 0.77), VPN 0.97 (0.91 – 1.03); para la inmunología: S: 0.76 (0.67 – 0.84), E: 0.82 (0.74 – 0.91), RVP 4.27 (2.72 – 6.96), VPP 0.84 (0.77 – 0.92), VPN 0.73 (0.64 – 0.82); biopsia: S: 0.92 (0.84 – 0.99), E: 0.95 (0.90 – 1.01), RVP 18.61 (6.16 – 56.25), VPP 0.95 (0.89 – 1.01), VPN 0.92 (0.85 – 0.99).

**Criterios 2012:** S: 0.92 (0.86 – 0.98), E: 0.96 (0.92 – 1), RVP: 23.67 (7.79 – 71.9), VPP: 0.96 (0.91 – 1), VPN 0.93 (0.87 – 0.98). Compromiso ocular objetivo: S: 0.76 (0.67 – 0.86), E: 0.65 (0.51 – 0.81), RVP 2.23 (1.41 – 3.53), VPP 0.81 (0.72 – 0.90), VPN 0.60 (0.45 – 0.74); para la inmunología: S: 0.81 (0.74 – 0.89), E: 0.74 (0.65 – 0.84), RVP 3.18 (2.15 – 4.69), VPP 0.80 (0.72 – 0.88), VPN 0.76 (0.67 – 0.86); para la biopsia: S: 0.82 (0.84 – 0.99), E: 0.95 (0.90 – 1.01), RVP 18.61 (6.16 – 56.25), VPP 0.95 (0.89 – 1.01), VPN 0.92 (0.85 – 0.99).

**Conclusión:** En la población estudiada, los criterios preliminares 2012 mostraron mejor desempeño que los criterios 2002.

## TABAQUISMO Y SU EFECTO SOBRE LA PIEL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

R. López Martínez<sup>[\*]</sup>, J. Pretini<sup>[\*]</sup>, D. Vara Alarcón<sup>[\*]</sup>, A. Villacreses Arteaga<sup>[\*]</sup>, V. Cosentino<sup>[\*]</sup>, S. Montoya<sup>[\*]</sup>, E. Kerzberg<sup>[\*]</sup>,  
<sup>[\*]</sup>Hospital José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

### Objetivo

Evaluar el efecto del tabaquismo sobre la extensión del compromiso cutáneo en pacientes con Esclerosis Sistémica.

### Pacientes y Métodos

Se encuestó sobre historia tabáquica a pacientes consecutivos con diagnóstico de Esclerosis Sistémica (ACR 1980) que acudieron a su evaluación clínica habitual durante julio y agosto de 2013. Para medir el grado de exposición tabáquica en el tiempo se usó el índice paquetes / año (cigarrillos fumados al día x número de años de consumo / 20). Por su parte el compromiso cutáneo fue evaluado de manera objetiva mediante la puntuación de Rodnan modificada (0-51).

Se utilizó estadística descriptiva, prueba T, correlación lineal y regresión múltiple. Se consideró significativa una p < 0,05.

### Resultados

Se incluyeron un total de 72 pacientes, todos del sexo femenino con una media de edad de 54,80 ( $\pm$ 13,37) años y un promedio de 7,11 ( $\pm$ 7,04) años de evolución de la enfermedad. El 70,84% (51) de los pacientes fueron variantes limitadas de la enfermedad y el 29,16% (21) formas difusas.

Del total de pacientes el 65,28% (47) nunca fumó y el 34,72% (25) tuvo exposición tabáquica actual o pasada con una media de paquetes / año de 16,6 ( $\pm$ 11,06). El 20,83% (15) fueron ex tabaquistas y el 13,88% (10) tabaquistas actuales.

Hubo diferencias significativas entre las puntuaciones de Rodnan de los pacientes expuestos al tabaco y las puntuaciones de los pacientes que nunca fumaron (5,92  $\pm$  4,48 vs 9,02  $\pm$  6,25; p 0,0314). Asimismo se encontró correlación lineal negativa significativa entre las puntuaciones de Rodnan de los pacientes expuestos y el consumo de tabaco expresado en paquetes / año (r = -0,4211; p 0,0361).

Un modelo de regresión múltiple demostró que el tabaquismo es un predictor significativo de la extensión de compromiso cutáneo, incluso ajustado por el tiempo de evolución de la enfermedad (R<sup>2</sup> 0,44; b -0,1643; p 0,0067).

### Conclusiones

El tabaquismo se encontró asociado a un compromiso cutáneo menos severo en pacientes con Esclerosis Sistémica. A mayor exposición tabáquica actual o pasada menor la extensión del compromiso cutáneo. Estudios previos confirmaron que existe asociación entre tabaquismo y atrofia cutánea lo cual podría explicar el efecto beneficioso sobre el engrosamiento de la piel en este grupo de pacientes.

**149** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

P. Sansinena<sup>[\*]</sup>, A. Salas<sup>†</sup>, A. Costi<sup>†</sup>, A. Testi<sup>†</sup>, V. Arturi<sup>†</sup>, C. Pena<sup>†</sup>, F. Giordano<sup>†</sup>, M. Pera<sup>†</sup>, J. Marcos<sup>†</sup>,  
<sup>†</sup>Hospital Interzonal General De Agudos Gral San Martín, La Plata, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Objetivo:** describir las características demográficas, clínicas y serológicas en pacientes con escleroderma asistidos en un Hospital Interzonal de agudos y las diferencias entre subgrupos cutáneos.  
**Materiales y métodos:** se analizaron retrospectivamente los datos de las historias clínicas de pacientes con escleroderma. Se utilizó la clasificación de LeRoy y Medsger (2001) de subgrupos cutáneos: pre-esclerodermia: ausencia de signos cutáneos, presencia de fenómeno de Raynaud; patrón capilaroscópico de esclerodermia y/o anticuerpos específicos; forma limitada: afectación cutánea distal a codos, rodillas y la cara; forma difusa: con afectación cutánea, tanto distal como proximal a codos y rodillas incluyendo el tronco y esclerodermia sin esclerodermia: fenómeno de Raynaud, anticuerpos de esclerodermia, pero sin compromiso cutáneo. El compromiso pulmonar intersticial (fibrosis y vidrio esmerilado) se valoró con tomografía computada de alta resolución y espirometría con DLCO. La hipertensión pulmonar se diagnosticó con ecocardiograma y se consideró significativa con valores  $\geq 40$  mmHg. Se recolectaron las características demográficas, clínicas, serológicas y se las comparó entre los subgrupos de clasificación. Para el análisis estadístico se utilizó Chi cuadrado o test de Fisher's. Se calcularon los odds ratios (OR) e intervalos de confianza 95%. Se consideró significativa una p < 0.05.  
**Resultados:** se incluyeron 101 pacientes: 84 mujeres (83.2%) y 17 varones (16.8%) que cumplieron criterios de clasificación: 63 (62.4%) forma limitada, 34 (33.7%) forma difusa, y 4% pre-esclerodermia estos últimos no fueron incluidos en el análisis; no se registraron pacientes con esclerodermia sin esclerodermia. La edad media al diagnóstico fue de 56±13 años. El tiempo medio de la evolución de la enfermedad fue de 1-30 años. Los hallazgos asociados en 97 pacientes fueron: compromiso pulmonar 44%, hipertensión pulmonar en 15.4%, compromiso gastrointestinal 80.4%, enfermedad por reflujo gastroesofágico 67%, dispepsia 22.6%, cardíaco 48.5%, fenómeno de Raynaud 98.6%, úlceras cutáneas 27.6%, anticuerpos antinucleares 87.6%, anti-SCL70 21.6%, anticentromero 37.1%. Dentro de las manifestaciones cardiológicas se halló insuficiencia diastólica en 14.4% de los pacientes, seguido de cardiopatía isquémica 12.4%, insuficiencia sistólica 6.2%, derrame pericárdico 5.2% y arritmias 2.1%. En cuanto a los patrones capilaroscópicos se realizó en 43 pacientes; 20 pacientes presentaron patrón activo (20.6%), 14 temprano (14.6%), y 9 tardos (9.3%).

|  | Forma limitada<br>N= 63 (62.4%) | Forma difusa<br>N= 34 (33.7%) | OR (IC 95%)       | p< 0.05         |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| Pulmonar (44%)                               | 20 (31%)                        | 23 (67%)                      | 3.6 (1.62-8.81)   | <b>0.005</b>    |
| Hipertensión pulmonar (11.3%)                | 4 (6%)                          | 7 (20.5%)                     | 3.30 (0.88-12.03) | 0.06            |
| Hipertensión pulmonar aislada (4%)           | 3 (4%)                          | 1 (2.9%)                      |                   |                 |
| Cardíaco (48.5%)                             | 29 (46%)                        | 18 (53%)                      | 1.31 (0.57-3.04)  | 0.51            |
| Gastrointestinal (80.4%)                     | 47 (74%)                        | 31 (91%)                      | 3.51 (0.94-13.06) | <b>0.04</b>     |
| Enfermedad por reflujo gastroesofágico (67%) | 40 (63%)                        | 25 (73.5%)                    | 1.59 (0.63-4)     | 0.31            |
| Raynaud (97%)                                | 61 (96%)                        | 33 (97%)                      | 1.08(0.08-12.38)  | 0.94            |
| Anticuerpos antinucleares (87.6%)            | 57 (90%)                        | 28 (82%)                      | 0.39(0.09-1.57)   | 0.17            |
| SCL70 (21.6%)                                | 13 (20%)                        | 8 (24%)                       | 0.75(0.27-2.02)   | <0.01           |
| Anticentromero (37.1%)                       | 34 (54%)                        | 2 (5.8%)                      | 0.05(0.01-0.25)   | <b>&lt;0.01</b> |
| Úlceras cutáneas (27.6%)                     | 15 (23%)                        | 12 (35%)                      | 1.74(0.70-4.34)   | 0.22            |
| Dispepsia (22%)                              | 15 (23%)                        | 7 (20.5%)                     | 0.82(0.30-2.28)   | 0.71            |

**Conclusiones:** En la población analizada de pacientes con esclerodermia el 83.2% fue de sexo femenino y la edad media al diagnóstico fue de 56 años. El 62.4% correspondió a la forma limitada de esclerodermia y el 34% a la forma difusa. La forma limitada se caracterizó por tener significativamente más compromiso gastrointestinal y anticuerpos anti centromero positivo que la forma difusa. Esta última presentó significativamente más enfermedad pulmonar así como anticuerpos anti SCL70 positivos. El compromiso cardíaco presente en el 48% de los pacientes con esclerodermia fue frecuente en ambos grupos sin alcanzar diferencia significativa.

**150** BIOPSIAS DE GLANDULA SALIVAL MENOR : NUESTRA EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

P. Pucci<sup>[\*]</sup>, C. Amtrano<sup>†</sup>, C. Asnal<sup>†</sup>, C. Crow<sup>†</sup>, G. Casas<sup>†</sup>, A. Nitsche<sup>†</sup>,  
<sup>†</sup>Servicio De Reumatología Hospital Alemán, Argentina  
<sup>†</sup>Servicio De Anatomía Patológica, Hospital Alemán, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**INTRODUCCION:** El Síndrome de Sjogren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica que produce diversos grados de infiltración linfoplasmocitaria en las glándulas de secreción exócrina, principalmente salivales menores y lagrimales, y como consecuencia de esto, síndrome sicca.La biopsia de glándulas salival menor (BGM) se considera positiva para el diagnóstico de SS cuando la histopatología informa un score de foco igual o mayor a 1 ( foco : infiltrado de células mononucleares mayor a 50 células en 4 mm2 de tejido glandular).**OBJETIVOS:** Comunicar y describir la experiencia de nuestro Servicio, sobre de las biopsias realizadas.**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron en forma retrospectiva las biopsias de glándula salival menor realizadas por nuestro Servicio, en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2012. Se evaluaron 100 biopsias. Se revisaron los datos consignados en la historia clínica electrónica, eventuales complicaciones surgidas del procedimiento de la biopsia, el resultado de anticuerpos específicos y el informe anatomopatológico.Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.

**RESULTADOS:** De las 100 biopsias analizadas; el 92 % de las muestras fueron de material suficiente (mayor a 4 mm2 de tejido); y el 8% de las biopsias resultaron en material insuficiente.Del 92% de las biopsias con material suficiente para su interpretación : 43% presentaron un score de foco mayor o igual a 1 ( positivas ); 18% evidenciaron alteraciones inespecíficas ( no diagnósticas ), y 31% fueron normales.

De los pacientes con biopsias positivas ( puntaje igual o mayor a 1 ) ; el 39.5% eran negativos para anticuerpos específicos ( Ro y La ).Solo un paciente presentó una complicación con el procedimiento, un hematoma en el sitio de la toma de muestra, relacionado con la técnica utilizada.**DISCUSION** La biopsia de glándula salival menor es un importante método de diagnóstico para la confirmación de SS. Se trata de una técnica sencilla con bajo porcentaje de complicaciones y que puede ser realizada en el consultorio externo con médicos reumatólogos especialmente entrenados para tal fin.Es importante para el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes negativos para FAN, RO y LA , en los cuales el síndrome sicca puede por ejemplo ser secundario a otras enfermedades como Linfoma y sarcoidosis.En la práctica clínica habitual de nuestro servicio, la biopsia no se le realiza a todos los pacientes con sospecha de SS; sino en aquellos que, mediante clínica y laboratorio no se ha podido confirmar el diagnóstico. En el 8% de pacientes en los que se obtuvo material insuficiente, sólo se repitió el procedimiento en 3 de los 8 pacientes.**CONCLUSIONES:** La BGM es un método de diagnóstico sencillo. Permite la confirmación diagnóstica en pacientes con cuadro clínico de SS, que presentan serología negativa, y que requieren diagnóstico diferencial.

**151** EVALUACIÓN DE LA PRESION PULMONAR INTRAESFUERZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

A. Tufare<sup>[\*]</sup>, G. Simmy<sup>†</sup>, G. Giacovi<sup>†</sup>, L. Lopez<sup>†</sup>, T. Groselli<sup>†</sup>, C. Iturrade<sup>†</sup>, H. Scherbarth<sup>†</sup>,  
<sup>†</sup>Servicio Cardiología H. I. G. A. Dr. Alende Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina  
<sup>†</sup>Unidad Reumatología H. I. G. A. Dr. Alende Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:** Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) producen diferentes complicaciones a nivel pulmonar, una de las más graves y de mayor causa de muerte es la hipertensión pulmonar (HTP). En condiciones normales, durante el ejercicio, el flujo sanguíneo a través de los pulmones puede incrementarse hasta siete veces su valor en reposo con mayor número de capilares abiertos y mayor diámetro de los vasos. Estos dos mecanismos disminuyen la resistencia vascular pulmonar (RVP), haciendo que la presión sistólica pulmonar (PSP) no se eleve en forma significativa durante el ejercicio. Los pacientes con ETC, sufren afectación estructural y funcional en los vasos de la circulación pulmonar con remodelación vascular y disfunción endotelial, provocando obstrucción mecánica al flujo y disminución de la respuesta vasodilatadora.

**Objetivo:** La hipótesis de este trabajo es que esta incapacidad de adaptación al aumento del volumen minuto inducido por el ejercicio, secundaria a cambios vasculares en el lecho pulmonar presente desde etapas tempranas de la enfermedad, determina un aumento significativo de la PSp con el esfuerzo, aún en ausencia de HTP en reposo. Por lo tanto, analizar la respuesta al ejercicio de la PSp, utilizando el Ecocardiograma Doppler con Ejercicio (EDE) en un grupo de pacientes con ETC, sin HTP basal comparado con un grupo control de individuos sanos.

**Materiales y Métodos:** el estudio fue diseñado para evaluar el comportamiento de la PSp con el ejercicio en pacientes con ETC, sin HTP basal comparándolo con un grupo control (C.) de individuos sanos. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de ETC, y con Ecocardiograma Doppler Color (EDC) basal normal y con capacidad para realizar esfuerzo físico. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con HTP basal, enfermedad cardíaca asociada, enfermedad pulmonar severa, hipertensión arterial al momento del estudio, imposibilidad de realizar esfuerzo físico y pacientes embarazadas. A todos los individuos se les realizó un EDC, en donde se midió la PSp basal, luego se le realizó el estrés físico a través de una Prueba Ergométrica Graduada (PEG) y finalmente se midió la PSp post esfuerzo inmediato. Los resultados fueron expresados como promedios  $\pm$  desvío standard y fueron comparados entre grupos con el test-t de Student y los resultados pre y post esfuerzo inmediato de cada grupo fueron analizados con el test-t pareado. Se consideraron significativas las diferencias con un valor de p < 0.05.

**Resultados:** Se incorporaron 31 individuos, ETC, n:16 -SSc:11, S.Superó 6, LES: 1-y C n: 15. Todos eran de sexo femenino no habiendo diferencias significativas en la edad por grupo (ETC: 51,1  $\pm$  11 y C: 50  $\pm$  9 años). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 4.8  $\pm$  3.7 años; 7 (38.9%) de los individuos del grupo ETC, se encontraban en CF 1 y 1 (61,1%) en CF 2. A pesar de registrarse todos los valores de PSp basal dentro de límites normales, el promedio de este valor en el grupo ETC, fue significativamente mayor que en el grupo Control (ETC: 30  $\pm$  4.8 y C: 24  $\pm$  3.4 mmHg, p < 0.0001). No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a los Mets [ETC.: 4.8  $\pm$  1.4 y C.: 5.9  $\pm$  1.9 ] y al doble producto desarrollados durante la prueba de esfuerzo (ETC.: 23513  $\pm$  5100 y C.: 24807  $\pm$  3882 p ns). Con respecto al comportamiento de la PSp durante el esfuerzo, el grupo ETC, evidenció valores de PSp intra-esfuerzo significativamente mayores que el grupo Control (ETC.: 45.3  $\pm$  9.2 y C.: 34  $\pm$  6.3 mmHg, p < 0.0001) siendo la diferencia entre el pre y el pos esfuerzo también significativamente mayor en el grupo ETC. (ETC.: 15.2  $\pm$  7.9 y C.: 9.9  $\pm$  6.4 p < 0.05).

**Conclusión:** Los pacientes con ETC, presentaron mayor incremento en los valores de PSp con el esfuerzo en comparación con el grupo control.

**152** PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON MIOPATIAS INFLAMATORIAS

V. Sandoval<sup>[\*]</sup>, A. Gervilla<sup>†</sup>, A. Abalos<sup>†</sup>, J. Casto<sup>†</sup>, C. Lascano<sup>†</sup>,  
<sup>†</sup>Hospital San Roque, San Salvador De Jujuy, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**INTRODUCCION:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por debilidad muscular proximal y evidencia de daño muscular mediado por mecanismo inmunológico.Las formas más frecuentes son la polimiositis y dermatomiositis. **OBJETIVO:** evaluar las manifestaciones clínicas de los pacientes con diagnóstico de polimiositis y dermatomiositis que concurren a la consulta en la Unidad de Enfermedades Reumáticas del Hospital San Roque en San Salvador de Jujuy en el periodo 2009-2013. **MATERIAL Y MÉTODOS:** se evaluaron 18 pacientes con diagnóstico de polimiositis y dermatomiositis registrando sus datos demográficos, manifestaciones clínicas y exámenes complementarios. **RESULTADOS:** de 18 pacientes estudiados, 13 tuvieron diagnóstico de Polimiositis y 5 Dermatomiositis, 13 mujeres y 5 hombres, la edad promedio 49 años. Identificamos 3 etnias: 9 mestizos, 6 amerindios y 3 blancos. Las manifestaciones clínicas valoradas: fueron fiebre y pérdida de peso 50%, astenia 88%, debilidad muscular 94%, artritis 66%, artralgias 44%, Gottron 27%, Heliótopo 11%, signo del chal 16%, fotosensibilidad 22%, compromiso pulmonar intersticial 22%, derrame pleural 11 %, disglusia 16%, Se observó otra enfermedad autoinmune asociada en 3 pacientes (Hashimoto, artritis reumatoidea y esclerodermia) y un paciente tuvo polimiositis paraneoplásica. **LABORATORIO:** elevación de CPK 94%, de PCR 55%, VSG 77%, FAN (+) 33%, ANTI JO (+) 16%. **ELECTROMIOGRAFIA:** 12 pacientes con patrón miopático. **IMAGENOLÓGIA:** presentaron 22 % TAC de tórax patológica. Tratamiento: todos los pacientes recibieron corticoides vía oral; requirieron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida el 22%, metotrexate 77%, azatioprina 50%, hidroxicloroquina 33%, micofenolato 11%, inmunosupresores combinados 44%. **CONCLUSIONES:** en nuestra serie casos observamos mayor frecuencia de polimiositis que dermatomiositis, en su mayoría mujeres mestizas con enfermedad severa, requiriendo tratamiento inmunosupresor combinado.

## EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA MEDIANTE EL TEST DE RORSCHACH

M. Pissani<sup>1</sup>\*, I. Meggiolaro<sup>1</sup>, N. Estrella<sup>1</sup>, F. Montoya<sup>1</sup>, E. Kurtz<sup>1</sup>  
 Hospital Ramos Mejía, Argentina  
 [\*] Presentador

### INTRODUCCIÓN:

La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es un trastorno crónico autoinmune multistémico caracterizado por engrosamiento y fibrosis de la piel con compromiso de órganos internos. Afecta con mayor frecuencia a mujeres entre 30 a 50 años y se asocia con un incremento de la morbimortalidad. La discapacidad física en ESP es bien conocida, pero el impacto psicológico de la enfermedad ha recibido poca atención.

El psicodiagnóstico de Rorschach, es el método de investigación más completo y complejo que evalúa la estructura de la personalidad en su totalidad, considerado la piedra angular en las investigaciones proyectivas. El mismo consta de 10 manchas de tinta que se administran de manera estandarizada.

### OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es determinar la estructura psicológica de la personalidad de pacientes con ESP, a fin de poder establecer algún rasgo típico o característico mediante la utilización del Test de Rorschach.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Se evalúan 20 pacientes consecutivos que concurren a la clínica de escleroderma del consultorio de reumatología del Hospital Ramos Mejía. Los mismos cumplen con los criterios de clasificación del colegio americano de reumatología (ACR)/ Leroy-Medsgor. Los pacientes son evaluados en forma conjunta por el servicio de reumatología y salud mental. Los datos que se recaban son: datos demográficos, de capacidad funcional y datos socioeconómicos.

La evaluación por el servicio de salud mental se realiza a través de la llamada entrevista diagnóstica siguiendo los lineamientos de Otto Kernberg donde se tienen en cuenta clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones a fin de arribar a un diagnóstico de estructura de la personalidad. Luego se los evalúa mediante test gráficos proyectivos que van de lo más estructurado a lo más desestructurado. Luego se les administra el Test de Rorschach. Finalmente se realiza una confrontación entre la entrevista diagnóstica y la totalidad de los tests administrados marcando las coincidencias y las divergencias que surgen durante entonces el diagnóstico final.

### RESULTADOS

La totalidad de las pacientes evaluadas fueron mujeres, edad promedio de 55,37 años. Se encontró ES difusa (ESD) en 5 pacientes y ES limitada (ESL) en 15 pacientes; edad promedio al diagnóstico 47,84; años de evolución de la enfermedad 19,42; HAQ promedio de 0,47 y el nivel socioeconómico evaluado mediante escala GRAFFAR fue 4 en un 80%.

De las 20 pacientes evaluadas, 18 presentaron personalidad Neurótica, una personalidad límite y una fue excluida por diagnóstico de psicosis.

El principal mecanismo de defensa que se encontró en estas pacientes es la formación reactiva. Se evidenció dicho fenómeno a través del uso de "diminutivos" en sus discursos y particularmente en el Test de Rorschach, aplicándolo a lo percibido. Estas personas reprimen su agresión tratando de mitigar sus efectos y el resultado de esto es un gran monto de agresión encubierta. La formación reactiva es una actitud o hábito de sentido opuesto a un deseo reprimido, y que se ha constituido como reacción contra éste.

En el caso de estas pacientes el odio y agresión sentido hacia sus objetos primarios fue cambiado por mostraciones afectivas de complicidad, comprensión y justificación.

Clínicamente las formaciones reactivas pueden constituir, en algunos casos, síntomas y en otros formar parte de los rasgos de carácter de la persona, estando más o menos integradas al conjunto de la personalidad.

No se encontraron mecanismos sublimatorios que permitieran mitigar la angustia, la ansiedad depresiva y/o la agresión vuelta sobre la propia persona. Todas mostraron dificultad en el contacto interpersonal y paralización en cuanto a la toma de decisiones. Además en todas se observó disociación afectiva debido a la represión extrema de sus afectos.

En cuanto a la angustia señal, ésta falta como defensa apareciendo fuertes inhibiciones con síntomas fóbicos, estados de mal humor, falta de proyectos y/o depresiones encubiertas.

En sus formas más extremas, la angustia se observó similar a la angustia traumática y/o catastrófica, similar a las observadas en las crisis de pánico psicóticas.

### CONCLUSIÓN:

Si bien en nuestra muestra de pacientes la neurosis fue encontrada como rasgo predominante de personalidad y la formación reactiva como el mecanismo de defensa más frecuente, consideramos que debido al número de los pacientes estudiados no se pueden sacar conclusiones para ser extrapoladas a todos los pacientes con escleroderma.

Asimismo, consideramos importante continuar este estudio ya que nos permitiría intervenir adecuadamente en forma terapéutica en estos pacientes a fin de mejorar la calidad de vida.

## ESTUDIO DE ARTRITIS PSORIASICA EN PROVINCIA DEL CHACO

M. Giménez<sup>1</sup>, M. Molinari<sup>1</sup>, J. Barberis<sup>1</sup>, C. Sa<sup>1</sup>\*, B. Panigua<sup>1</sup>, M. Fiad<sup>1</sup>, V. Escobar Solari<sup>1</sup>, S. De La Fuente<sup>1</sup>,  
 Centro Dermatológico "Dr Manuel M. Giménez", Argentina  
 [\*] Presentador

### Resumen

Objetivo: Establecer la prevalencia de artritis psoriasisica en pacientes con psoriasis cutánea que se atienden en nuestro servicio, observar variables individuales, determinar la importancia de la oncodistrofia como signo de artritis psoriasisica y establecer la forma clínica articular que predomina.  
 Comparar los hallazgos de nuestros pacientes con la bibliografía disponible.

Materiales y métodos: Se incluyeron 193 pacientes con diagnóstico clínico y/o histopatológico de psoriasis cutánea, con y sin afectación articular. Desde el 1 de junio del 2005 hasta el 31 de mayo del 2012, evaluados en la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco (Argentina).

Resultados: 193 pacientes caucásicos con psoriasis cutánea, 49 (25,3%) presentaron artritis psoriasisica.

La edad promedio de aquellos con compromiso articular fue de 52,1 años y en los pacientes sin artritis psoriasisica fue 48,1 (p < 0, 05).

34,6% de los casos de artritis psoriasisica se registró en mujeres y 22 (19,1%) hombres, sin artritis psoriasisica 144 (74,6%), de ellos 51 (65,4%) femeninos y 93 (80,9%) masculinos con una p=0,015.

De los 86 pacientes con enfermedad ungueal 34 tenían artropatía (69,4%) y 52 sin artropatía (36,1%) con un p=0,0003.

El compromiso cutáneo en el 88% fue la variedad en placas, el 8% en gotas y el 4% otras variedades.

La superficie cutánea evaluada por PASI tuvo un promedio de 12,3 con artritis psoriasisica y 10,6 sin artritis psoriasisica (no significativo).

Las formas clínicas articulares observadas fueron: poliarticular simétrica, 25 pacientes (51%), oligoarticular asimétrica, 22 pacientes (45%) y espondilitis, 2 pacientes (4%).

Conclusiones. Nuestro estudio evidenció una diferencia estadísticamente significativa de asociación entre la presencia de psoriasis ungueal y artritis psoriasisica con respecto al signo de alteraciones ungueales para contraer artritis psoriasisica y un predomnio en el sexo femenino.

La prevalencia de artritis psoriasisica entre los pacientes que consultan por lesiones cutáneas de psoriasis coincide con la bibliografía consultada.

Llamativamente predominó fue la poliarticular simétrica.

Con el objeto de producir extrapolaciones más exactas de las variables estudiadas, es necesaria una muestra más representativa de nuestra población.

## SINDROME DE PARRY ROMBERG Y SU RELACION CON ESCLERODERMIA LINEAL: REPORTE DE 9 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

L. Luciani<sup>1</sup>\*, J. Camba<sup>1</sup>, C. Uñali<sup>1</sup>, C. De La Vega<sup>1</sup>, L. Nicolai<sup>1</sup>, O. Mesasina<sup>1</sup>,  
 Hospital General De Agudos Dr Cosme Argerich, C. a. b. a. Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** el síndrome de Parry-Romberg (SPR), o hemifrotia facial progresiva (HFP), es una enfermedad poco frecuente, progresiva, autolimitada y de origen desconocido, que ocasiona principalmente atrofia facial unilateral, afectando piel, tejido celular subcutáneo, y en algunos casos músculo, cartilago y hueso adyacente. Provoca asimetría facial (con importante compromiso estético, psicológico y funcional) y manifestaciones como: alteraciones de la pigmentación, alteraciones dentarias, oculares, compromiso SNC y periférico, entre otros.

Suele iniciarse en la niñez, predominando en el sexo femenino. La progresión es rápida los primeros 2-10 años, estabilizándose luego. En cuanto al tratamiento, no existen estudios controlados; siendo la lipotransferencia la más utilizada para lograr una mejora estética. El diagnóstico diferencial entre el SPR y la escleroderma lineal en golpe de sable aun es controvertido, pero la mayoría coinciden que serían dos polos de una misma enfermedad.

Dado que el SPR es infrecuente en nuestra práctica diaria, decidimos reportar 9 casos y describir sus características clínicas y serológicas, para facilitar el reconocimiento de esta variante de escleroderma en nuestro medio.

**Presentación de los casos:** Se reunieron 9 pacientes con SPR a través de revisión de Historias clínicas de los servicios de Reumatología y Dermatología, y se evaluaron los siguientes datos: sexo, edad de inicio y al momento de la consulta, antecedentes familiares de SPR y de exposición laboral a tóxicos, localización del compromiso cutáneo y profundo, xerodermia, alopecia, trastornos de la pigmentación, dentarios, visuales, auditivos, disautonomía en manos, compromiso SNC y periférico; datos relevantes del laboratorio general e inmunológico, compromiso cerebral por RNM, resultado de la biopsia de piel, y tratamientos recibidos. Observamos predominio del sexo femenino 67 %, el rango de edad de inicio fue 4 a 45 años de edad (promedio=17); ninguno reconoció tener antecedentes familiares ni exposición a tóxicos. El compromiso facial cutáneo ocurrió en 67 %, extendiéndose en 3 de ellos a cuero cabelludo, en 4 pacientes a planos profundos, y uno a tronco (abdomen). De los pacientes que no tuvieron compromiso facial cutáneo, uno tuvo afectación de cuero cabelludo, tronco, miembro superior homolateral y miembros inferiores; y 2 tuvieron alteraciones faciales profundas, y uno de ellos también lesiones en tronco, y miembros homolateral. En cuanto a la lateralidad, no hubo dominancia. En cuanto a otras manifestaciones, se detectaron alopecia 44%; enoftalmos y uveítis 22%; migraña 22%; deterioro agudeza visual 11%; xerodermia 11%; hipopigmentación 11%; alteraciones dentales 11%; deterioro audición 11%. Respecto al laboratorio: FR positivo 12,5%, VSG elevada 29%, FAN positivo 75%, título promedio 1/320 (rango 1/40 a 1/1280), patrones 2 homogéneo, 2 moteado fino, 2 moteado sin caracterizar. Es importante destacar que ninguno tuvo anticuerpos anticentrómero ni Anti Scl 70, así como AL ni ACL. De las biopsias efectuadas, un 43% se informaron como morfea, 29% como escleroderma sin aclarar, 1 como HFP, y 1 fue inespecífica. Un 89% recibió algún tratamiento: corticoides vía oral 25%, corticoides tópicos 87,5%, PUVA 37,5%, metotrexato 62,5%, y lipotransferencia 50%.

**Discusión y revisión de la literatura:** En nuestra serie de pacientes pudimos apreciar, en concordancia con otros reportes, predominio del sexo femenino y el compromiso facial cutáneo unilateral. Si bien existen reportes de esta enfermedad en miembros de una misma familia, no ocurrió en nuestros casos. A diferencia de otros reportes en los cuales se describe una media de inicio de la enfermedad hacia los 10 años, en nuestras pacientes fue más tardía (17 años). En lo que respecta a las manifestaciones asociadas, predominó el compromiso ocular y neurológico, siendo la uveítis, el enoftalmos y la migraña las manifestaciones más frecuentes, a diferencia de lo que está descrito en la literatura donde predominan las convulsiones. Si bien no existen datos de laboratorio que confirmen el diagnóstico, esta descrito que hasta un 50% de los pacientes pueden presentar FAN positivo, situación que constatamos en un mayor porcentaje (75%), y no estuvo asociado a la presencia de anticuerpos Anticentrómero, Anti Scl70, o ACL. El 62% presentaron biopsias compatibles con escleroderma localizada. La HFP presenta atrofia epidérmica y escaso compromiso inflamatorio. Si bien el SPR es poco frecuente, es importante que como reumatólogos podamos reconocerlo para realizar un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario precoz, con el fin de mejorar la función, estética y calidad de vida del paciente.

## USO DE CANAKINUMAB EN UN PACIENTE CON DEFICIENCIA DE MEVALONATO KINASA

S. Weisbach<sup>1</sup>\*, A. Tolini<sup>1</sup>, A. Triguero<sup>1</sup>, G. Espada<sup>1</sup>,  
 Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina  
 Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Guaymallén, Argentina  
 [\*] Presentador

La deficiencia de mevalonato kinasa, es una enfermedad autoinflamatoria causada por mutaciones en el gen de la mevalonato kinasa (MKV). Los pacientes sufren de ataques recurrentes de inflamación (fiebre, linfadenopatías, síntomas gastrointestinales, y miosculoesqueléticos), cada 2-8 semanas comenzando en la infancia temprana. Estos, a menudo son precipitados por inmunizaciones, infecciones o stress emocional. Si bien, los episodios usualmente responden a cursos cortos de corticoides, la administración de bloqueantes de TNF y de IL-1 ha mostrado ser efectiva en reducir la frecuencia y severidad de los ataques en pacientes que requieren esteroides en forma continua. Objetivo: Describir el efecto terapéutico de canakinumab en un niño con deficiencia de MK. Caso clínico: Paciente varón de 6 años de edad, quien comenzó a los 2 meses con síndrome febril recurrente, asociado a vómitos, diarrea y marcada distensión abdominal, además de deterioro podoesquelético. Progresivamente desarrolló polideneopatías, esplenomegalia y artritis episódica. No presentó retraso madurativo ni síntomas neurológicos. Los episodios inflamatorios presentaban una duración de 7-10 días, con intervalos de recurrencia de 2 a 4 semanas. A los 2 años de vida, basado en las características del cuadro clínico y su recurrencia, se propuso el diagnóstico de Deficiencia de Mevalonato Kinasa, que se confirmó por un aumento en la excreción de ácido mevalónico en orina al inicio de las crisis (espectrometría) aumento del nivel sérico de Ig D 7mg/dl (VN 1-4,5) y por medio del análisis molecular, se hallaron 2 mutaciones en el gen MKV (Exón 8, c.803T>C (p.268I>T), y Exón 10, c.1129 G>A (p.377V>I). El tratamiento sistémico con metilprednisolona (1 mg/kg/día), no logró aliviar su sintomatología ni mejorar los parámetros de laboratorio. Ante la falta de control de la enfermedad y por el incremento en la frecuencia de los ataques, el paciente comenzó terapia biológica con Etanercept (16 mg/semana), mostrando un control parcial de los ataques, con persistencia de inflamación en los intervalos intercrisis. Debido a la falta de eficacia, inició tratamiento con Canakinumab 2 mg/kg/dosis cada 8 semanas, bajo el cual experimentó un control satisfactorio de la actividad de la enfermedad, sin embargo requirió un ajuste progresivo de la dosis y del intervalo de administración (4 mg/kg cada 6 semanas) para un óptimo control clínico y de laboratorio. Actualmente el niño es capaz de concurrir al colegio diariamente, con una dramática mejoría en la calidad de vida.

|  | Pre-Canakinumab | Post-Canakinumab |
|--|-----------------|------------------|
| Hemoglobina (gr/dl)                    | 8.7             | 9.4              |
| Leucocitos (/mm3)                      | 6390            | 7290             |
| Plaquetas (/mm3)                       | 322.000         |                  |
| ERS (mm/hs)                            | 50              | 3                |
| PCR                                    | 77.61 mg/L      | <6               |
| AIDAI (Score de actividad, rango 0-16) | 10              | 2                |
| CHAQ                                   | 0.50            | 0.12             |

Conclusión: No hay guías de tratamiento para el manejo de deficiencia de MK. El mayor objetivo del tratamiento debe incluir un control completo de la inflamación sistémica, la prevención de complicaciones secundarias (amiloidosis) y una marcada mejoría de la calidad de vida.

157

**GRANULOMA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS INTRACRANEAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

C. Gobbi<sup>[\*]</sup>, G. Dubersky<sup>1</sup>, P. Astesana<sup>2</sup>, M. Arnedo<sup>3</sup>, E. Albiero<sup>3</sup>,  
<sup>1</sup> Cátedra de Medicina II, Córdoba, Argentina  
<sup>2</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina  
<sup>3</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina  
 [\*] Presentador

El granuloma de células plasmáticas o pseudotumor inflamatorio es una rara entidad que suele localizarse preferentemente en vías respiratorias superiores, siendo su localización intracraneal rara, habiéndose reportado pocos casos en la literatura.

Objetivo: Describir un caso de granuloma de células plasmáticas y revisar la literatura  
 Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 37 años de edad, con antecedentes personales patológicos de tiroiditis posparto y adenoma folicular de tiroides, traumatismo en región frontal 12 años antes.

Consulta por convulsiones tónico clónicas generalizadas de comienzo reciente, examen físico normal, se detecta tumoración frontal meníngea que se reseca. La biopsia demuestra una lesión de 5 x 3 x 1 cm, lesión inflamatoria crónica granulomatosa, compuesta en su mayor parte por células plasmocitarias maduras, junto a numerosos linfocitos y la presencia focal de histiocitos espumosos, inmunohistoquímica: ac contra cadena kappa y lambda: positivo. Conclusión: granuloma de células plasmocitarias.

Se realiza RNM de columna total, TAC de abdomen y tórax normal, laboratorio con citológico completo, función renal, hepática, LDH, metabolismo fosforológico normal y HIV negativo. If orina: negativa, inmunofijación en suero: se observan bandas policlonales de Ig G, Ig A, Ig M y cadenas livianas kappa y lambda. Cuento: captación aumentada del radiotrazador a nivel fronto temporal derecho lo que puede estar relacionada con proceso quirúrgico a ese nivel.

Proteínoograma por electroforesis: PT: 8.70 gr % albúmina 4.81 gr % alfa 1 0.17 gr % alfa 2 0.82 gr % beta 1 0.57 gr % beta 2 0.27 gr % gamma 2.06 gr % rel a/g 1.24 hipergammaglobulinemia

Discusión: se conoce que el granuloma de células plasmáticas se origina en las meninges, silla turca, plexo coroideo, 4 ventrículo y región hipotalámica. Radiológicamente el diagnóstico diferencial incluye meningiomas y granulomas, histológicamente debe diferenciarse de plasmocitomas y meningiomas. El tratamiento incluye escisión de la lesión y en el caso de que no sea completa corticoides y radiación. Se requiere el seguimiento a largo plazo no solo para detectar recurrencias sino para entender la historia natural. La evolución a largo plazo es incierta.

158

**USO DE LA RESONANCIA MAGNETICA EN LA DETECCION PRECOZ DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

D. Saigado<sup>[\*]</sup>, S. Ale<sup>1</sup>, P. Alonso<sup>2</sup>, A. Rios<sup>3</sup>, M. Semelis<sup>4</sup>, E. Mondello<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup> Centro Médico Deragopyan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

Presentación clínica: Pacientes masculinos de 34 y 37 años respectivamente, con lumbalgia y rigidez matutina de varios meses de evolución. Refiere que el dolor y la rigidez mejoran con el paso de las horas y que además padece dolores articulares difusos. Los mismos concurren con el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante. Se le realiza RMN de columna completa.

Hallazgos Imagenológicos: En la RMN se observan áreas hiperintensas en secuencias T2 y STIR a nivel del sector anterior de los espacios intervertebrales, compatibles con edema óseo, a lo largo de toda la columna vertebral. Asimismo se detectan sindesmofitos a nivel del sector dorsal medio. A nivel de las articulaciones sacroilíacas se evidencian edema en su sector anterosuperior compatible con sacroileitis.

Discusión: La espondilitis anquilosante es una espondilopatia seronegativa frecuente. Suele diagnosticarse entre los 20 y los 40 años, principalmente en hombres. Generalmente comienzan con lumbalgia como primer síntoma y continúa con pérdida evolutiva de la movilidad a este nivel. Su diagnóstico precoz, se ha visto favorecido por el desarrollo de los métodos de diagnóstico por imágenes, ya sea por medio de la radiografía, tomografía computada o resonancia magnética. Las 2 primeras son útiles en la detección de sindesmofitos u osificaciones; mientras que la relevancia de la resonancia magnética radica en capacidad de detección de edema óseo en los bordes anteriores de las plataformas articulares, conocido como signo de Romanus. Dicho signo precede a la aparición de sindesmofitos, rasgo característico de esta entidad.

Conclusion: El objetivo de la presentación de este caso es resaltar la capacidad de la Resonancia Magnética anterior de los espacios intervertebrales, compatibles con edema óseo, a lo largo de toda la columna vertebral, compromiso, seguimiento y evaluación del abordaje terapéutico de la misma, de ser necesario.

159

**ESCLERITIS NECROTIZANTE BILATERAL REFRACTARIA A FÁRMACO MODIFICADOR DE ENFERMEDAD DE PRIMERA LÍNEA.**

C. Diegues<sup>[\*]</sup>, A. Caminó<sup>1</sup>, A. Urteaga<sup>1</sup>, J. Milanassi<sup>1</sup>, N. Cortese<sup>1</sup>, M. Abdala<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
 [\*] Presentador

Introducción: La escleritis es una afección severa y destructiva que puede llevar a la perforación ocular. La podemos dividir en anterior y posterior y dentro del primer grupo encontramos la difusa, nodular y esclerosante con o sin inflamación. Esta enfermedad puede ocurrir de forma aislada o asociada a distintas enfermedades autoinmunes; sobre todo la forma necrotizante.

Presentación del caso: Se presenta a una paciente de 26 años con diagnóstico 2 años previos a la consulta de escleritis necrotizante anterior izquierda que a los pocos meses afecta también ojo derecho. Al momento del diagnóstico se le realizaron 3 puños de 1 gramo de metilprednisolona y luego se continuó con prednisolona 1 mg/Kilogramo/día y azatioprina a dosis de 2.5 mg/Kilogramo/día. En los últimos meses, por mejoría sintomática, se disminuyó la prednisolona a 5 mg/días en días alternos con reactivación de la enfermedad en ojo derecho, observándose escleromalacia necrotizante con áreas de inflamación. Quince días previos a la consulta agrega intolerancia oral a la azatioprina por lo que la discontinúa. Refiere además de un mes de evolución, astenia, caída de cabello, dolor lumbar y en glúteos alternante y dolor en maxilar superior bilateral.

Al examen físico se observa escleromalacia y zonas de enrojecimiento escleral en ojo derecho. Dolor a la palpación en puntos sinusales maxilares de intensidad 10/10. Maniobra de Lewin para sacroilíacas positivas. Puntillado ungueal bilateral.

En laboratorio se constata látex AR 174.60 UII, FAN negativo, ANI ADN negativo, VES 11 mm/1° hora, ANCA C negativo, ANCA P negativo, ANI CCP 113 UI/ml, C3 111 mg/dl, C4 22 mg/dl, CH50 20 UCH50/ml.

Se obtiene tomografía axial computada de tórax y senos paranasales con contraste endovenoso sin alteraciones y resonancia magnética sacroilíaca con técnica STIR con leve edema óseo derecho. Se indica prednisolona 1 mg/Kilogramo/día y adalimumab 40 mg/Kilogramo subcutáneo quincenal.

Discusión: La escleritis necrotizante anterior con inflamación es la forma menos frecuente de escleritis, pero la más agresiva. Afecta sobre todo a mujeres y tiene alta asociación a enfermedades del tejido conectivo. Diversos estudios sobre series de pacientes demuestran que las enfermedades mayormente asociadas son la artritis reumatoidea, la policondritis recidivante, la enfermedad inflamatoria intestinal y las artropatías seronegativas. Dentro de las vasculitis la más frecuentemente reportada es la granulomatosis de Wegener. También se describe que la escleritis en muchos casos comienza años antes que la patología asociada. En cuanto al tratamiento de la escleritis necrotizante, se recomienda comenzar con inmunosupresores tales como metotrexato, azatioprina o ciclofosfamida según la severidad del cuadro. En los casos refractarios se recomienda rotar de inmunosupresor sin estar claro en la bibliografía cuál sería de primera elección ante el cambio. Pensamos que la paciente presentada puede ser más proclive a desarrollar en el futuro artritis reumatoidea, por ser ésta enfermedad la que presenta mayor asociación y por presentar anti CCP en 6 veces el título de corte. Creemos que se podría beneficiar con un medicamento biológico, siendo elegido el adalimumab por presentar buenos resultados en diversos casos reportados.

Motiva la presentación de este caso la baja frecuencia de esta enfermedad en su forma necrotizante inflamatoria, la dificultad de hallar en forma temprana a cuál patología se encuentra asociada y la elección de un tratamiento cuando las drogas modificadoras de enfermedad de primera línea no cumplen el objetivo terapéutico.

160

**SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS (DRESS) ASOCIADO A SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO.**

J. Giupponi<sup>[\*]</sup>, N. Rossi<sup>1</sup>, M. Colombari<sup>1</sup>, N. Zulli<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital De Niños Dr Orlando Alassia, Santa Fe, Argentina  
 [\*] Presentador

Introducción: El Síndrome Hemofagocítico (SHF) es un estado clínico patológico ocasionado por proliferación incontrolada de histiocitos con intensa actividad fagocítica y liberación persistente de citoquinas proinflamatorias. Puede ser primario, como consecuencia de defectos genéticos específicos en los LT citotóxicos o en las células natural killer (NK) o bien, secundario (reactivo) a malignidad, infecciones, enfermedades autoinmunes o drogas.

Respecto al síndrome DRESS (erupción cutánea por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos), es una reacción adversa, grave e idiosincrática que se produce luego de 3 semanas a 3 meses de introducida una droga (especialmente anticonvulsivantes). Consiste en compromiso mucocutáneo severo acompañado de fiebre, afectación sistémica (adenopatías y/o hepatitis y/o nefritis intersticial y/o neumonitis intersticial y/o carditis) y alteraciones hematológicas (hipereosinofilia > 1500/mm<sup>3</sup> o linfocitos atípicos). Se presenta el caso de un niño de 16 meses de edad, que luego de 4 semanas de iniciar Fenobarbital por episodio convulsivo muestra manifestaciones compatibles con síndrome DRESS desencadenando un SHF secundario. Caso clínico: Paciente masculino de 16 meses con convulsiones febriles tónico clónicas generalizadas en dos oportunidades, medicado con Fenobarbital (FNB). Luego de 4 semanas de iniciado el mismo comienza con fiebre, recibe Penicilina vía oral por faringitis. A las 48 hs de iniciado el síndrome febril agrega rash eritematopapular generalizado. Ingres a nuestro Hospital luego de 11 días de fiebre; se sospecha farmacodermia por lo que se suspende FNB. Persiste febril, de regular aspecto general con exantema generalizado eritematopapular fijo con áreas edematizadas a tensión, edema periorficial y hepatoesplenomegalia. Laboratorio de ingreso: leucocitosis (GB 15.800/mm<sup>3</sup>), hipereosinofilia (13% eosinófilos/recuento 2000/mm<sup>3</sup>), anemia (Hb 9.5 g/dl, Hto 28), plaquetas normales, VSG 31mm y PCR 20 mg/l con consumo de reactantes de fase aguda en 24 hs (VSG 5 – PCR 7.8), hiperriglicidemia (315 mg/dl), hipocolesterolemia (90 mg/dl), hipofibrinogenemia (1.36 gr/l), aumento de transaminasas (TGO 87 UII, TGP 57 UII) y de GST 133 UII, TP 10.5 seg KPTT 25 seg. Otros datos: hipoproteïnemia (4.5 gr/dl) e hipalbuminemia (2.4 gr/dl), hiponatremia (134 meq/l), LDH 867 u/l, ferritina 267 ng/ml e hipogammaglobulinemia (IgA 20 - IgG 383 - IgM 44). Ecodiagrama normal. Serologías virales negativas. Se realiza punción aspiración de médula ósea que muestra hemofagocitosis por células macrofágicas compatible con SHF. Se diagnostica DRESS por Fenobarbital con SHF secundario. Inicia puños de Metilprednisolona (30mg/kg x 3), luego Meprednisolona (2 mg/kg/d) y Ciclosporina A (4 mg/kg/d) con evolución favorable. Se descartó SHF primario (Servicio de Inmunología). Conclusión: Este caso muestra la complejidad diagnóstica del síndrome DRESS y la necesidad de incluirlo como diagnóstico diferencial en pacientes con exposición a fármacos (especialmente antiepilépticos aromáticos) debido a que se trata de una reacción grave y potencialmente fatal a modo de suspender inmediatamente la droga desencadenante y tratar adecuadamente.

Aporta además la asociación en la evolución de un SHF secundario, igualmente grave, con manifestaciones que se superponen a las del síndrome DRESS pero con hallazgos distintivos que sostienen el diagnóstico y el requerimiento de un tratamiento oportuno para modificar el curso.

## DERMATOMIOSITIS REFRACTARIA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE LENGUA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

J. Barrera

Hospital Británico De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática con manifestaciones cutáneas típicas. Existe una asociación demostrada entre esta enfermedad y malignidad, siendo el cáncer de lengua uno de los tumores asociados más infrecuentes. Comunicamos un caso de dermatomiositis refractaria posterior a cáncer de lengua. **Presentación del caso:** Varón de 55 años con diagnóstico en 2010 de carcinoma espinocelular bien diferenciado de lengua, tratado mediante glossectomía parcial y vaciamiento ganglionar cervical derecho. A los 6 meses presentó recidiva, realizándose glossectomía total, vaciamiento ganglionar cervical bilateral, resección del piso de la boca, reconstrucción con colgajo musculocutáneo de pectoral mayor izquierdo y radioterapia. En el año 2011 fue derivado a reumatología, constatándose periorquía inflamatoria de ambas manos, hipertrófica cuticular con eritema y dilatación capilar, pápulas y signo de Gottron, eritema facial, poiquilodermia en dorso y "signo del chal", mialgias y debilidad muscular de cinturas escapulares y pelvianas (fuerza muscular 3/5). El laboratorio evidenció elevación de enzimas musculares (CPK 11564 U/L y aldolasa 66 U/L), AAN por HEP-2 1/2500 patrón moteado, ENAs, Jo-1, Mi-2, PL-7, PL-12, PMS/Id-100, SRP, Ku (70/80), AMA-M2 y Rib-p negativos. El electromiograma informó compromiso miopático en músculos proximales con velocidad de conducción motora y sensitiva dentro de valores normales. Se inició tratamiento con mepredisona 1mg/kg/día oral. Debido a persistencia de la debilidad muscular, enzimas musculares elevadas y dificultad para disminuir la dosis de esteroides, luego de 1 año de tratamiento, comenzó con metotrexato 50 mg en infusión endovenosa días 0, 15, 30 y luego mensual. Mantuvo buena respuesta clínica y de laboratorio durante 6 meses, al cabo del cual presentó una nueva recaída con registros febriles sin foco infeccioso, eritema facial y en tronco, signo de Gottron, disminución de la fuerza muscular de ambas cinturas (2/5) y enzimas musculares elevadas (CPK 2518 U/L y aldolasa 21 U/L). Se ajustó la dosis de esteroides a 1mg/kg/día sin respuesta clínica. A los 30 días se agregó al tratamiento azatioprina 2mg/kg/día. Al presentar refractariedad al tratamiento de la dermatomiositis, se realizó tomografía axial computada de macizo craneofacial, cuello, tórax, abdomen y pelvis, y tomografía por emisión de positrones sin hallazgos compatibles de malignidad. Se decidió agregar tratamiento con gammaglobulina 1gr/kg/dosis de inducción y luego 0.5 gr/kg/mes por 6 meses como mantenimiento. A las 2 semanas de comenzada la inducción desarrolló trombosis venosa profunda de venas femorales común, superficial, poplitea y tronco lumbosacro izquierdas. Realizó anticoagulación oral por 3 meses que se suspendió luego de ecodoppler normal y se descartaron causas de trombfilia. A los dos meses de iniciado el tratamiento con gammaglobulina, normalizó las enzimas musculares y paulatinamente comenzó a mejorar la fuerza muscular. Actualmente completó 6 dosis de mantenimiento con gammaglobulina, continúa con azatioprina 100mg/día y mepredisona 16mg/día en descenso. Se suspendió metotrexato por pancitopenia. **Comentarios:** Aproximadamente el 50% de los casos de dermatomiositis asociada a tumores mejoran después del tratamiento de la neoplasia. La asociación de dermatomiositis con tumores de lengua es extremadamente infrecuente, habiendo 4 casos comunicados en la literatura en los últimos 30 años. Nuestro paciente, además de presentar un tipo infrecuente de tumor asociado a dermatomiositis y dado la refractariedad al tratamiento inmunosupresor, incluso después de hallarse libre de enfermedad tumoral, alcanzó remisión luego del tratamiento con gammaglobulina, como ha sido comunicado en una reciente revisión.

## SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN EN VASCULITIS POR CRIOGLOBULINAS

C. Pappalardo [\*], J. Vinicki, G. De Rosa, D. Dubinsky, G. Nasswetter,

Hospital De Clinicas, Capital Federal, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome pulmón-riñón (SPR) se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis (GN). Las vasculitis primarias asociadas a anticuerpos anticrioglobulina de neutrófilos (ANCA) y la enfermedad por anticuerpo antimitochondria basal glomerular (Ac-AMBG) son las etiologías más comunes. El compromiso pulmonar en vasculitis por crioglobulinas ocurre en menos del 5% de los pacientes. Pocos pacientes manifiestan HAD y la mortalidad asociada es muy alta (>80%).

Presentamos el caso de una paciente con HAD y GN secundario a vasculitis por crioglobulinas con buena respuesta al tratamiento inmunosupresor.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 56 años de edad con historia de linfoma de Hodgkin 25 años atrás que recibió tratamiento con radioterapia y quimioterapia con buena respuesta y sin recidivas posteriores, consulta por debilidad muscular y disminución de la sensibilidad en miembros inferiores de 5 meses de evolución asociado a lesiones ulceronécroticas. Al examen físico presentaba hipoestesia con distribución en bota, ambos pies caídos y úlceras con fondo necrótico y bordes infiltrados.

**Estudios complementarios:** electromiograma, mononeuritis múltiple con denervación en curso y trazado neuropático asociado; laboratorio: anemia ferropénica, leucocitosis, eritrosedimentación (VSG) elevada, hipogammaglobulinemia (0,43 g/L), sedimentación urinaria con hematuria dismórfica y cilindros hemáticos asociado a factor reumatoideo en títulos elevados, déficit selectivo de C4 y presencia de crioglobulinas. Se descartó presencia de HCV (ELISA, PCR).

La paciente evoluciona con diñesa súbita, insuficiencia respiratoria y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) asociado a descenso del hematócrito (HTO). Considerándose los hallazgos y la evolución clínica, se interpreta como síndrome pulmón-riñón secundario a vasculitis por crioglobulinas con mononeuritis múltiple. Se inicia terapia inmunosupresora con metilprednisolona 1 g/día durante 5 días, ciclofosfamida (CFM) 1 g y gammaglobulinas 400 mg/kg/día durante 5 días. La plasmateresis no se realizó debido a su evolución rápida y favorable con ascenso del HTO, normalización de la VSG y sedimentación urinaria. Además, luego de 7 días no requirió ARM.

El lavado bronco-alveolar informó la presencia de macrófagos cargados con hemosiderina. La biopsia renal es compatible con glomerulonefritis activa con patrón de lesión membranoproliferativa, presencia de depósitos en forma de fingerprints altamente sugestiva de lesiones vinculables a crioglobulinas y en piel, vasculitis leucocitocítica sin otro hallazgo significativo. Actualmente, la paciente se encuentra en rehabilitación motora con buena evolución y resolución completa de las lesiones en piel. Finalizó la inducción con CFM, continuando el mantenimiento con azatioprina 100 mg/día y descenso progresivo de los corticoides.

**DISCUSIÓN.** Ramos-Casals y col describe 209 pacientes con vasculitis por crioglobulinas y 29 de ellos con manifestaciones graves, siendo la insuficiencia renal secundaria a glomerulonefritis la forma más común. Diecinueve de los 29 pacientes fallecieron, con una mortalidad del 100% en aquellos con compromiso digestivo y pulmonar. Datos recientes sugieren que la glomerulonefritis por crioglobulinas afecta en forma significativa el pronóstico y la sobrevivencia. Ferrí y col describen que la falla renal por glomerulonefritis secundaria a crioglobulinas es la principal causa de muerte, con una sobrevivencia del 33% en 10 años de seguimiento. Aquellos pacientes con creatinina superior a 1.5 mg% o infección por HCV tendrían mayor riesgo de enfermedad renal terminal o muerte.

La edad superior a 65 años, falla renal, compromiso digestivo o pulmonar están asociados a mal pronóstico según Terrier y col (CroVas Score). En conclusión, es importante la identificación precoz de aquellos pacientes con factores de mal pronóstico y daño de órgano blanco para un abordaje terapéutico más agresivo que permita obtener resultados favorables.

## SÍNDROME ANTI-SINTETASA CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOMEDIASITIS

S. Catalán Pelle [\*], J. Vinicki, D. Dubinsky, G. Nasswetter,

Hospital De Clinicas, Capital Federal, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** La dermatomiositis (DM) está frecuentemente asociada a enfermedad pulmonar, incluyendo la neumonía aspirativa, hipoventilación secundaria a inflamación de los músculos respiratorios y enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Sin embargo, el neumomediastino (NM) espontáneo en DM es raro y su patogénesis no ha sido claramente definida, aunque se cree que podría atribuirse a la EPI. Según distintos autores, el NM espontáneo es un marcador de mal pronóstico, aunque el desentace fatal ocurrió en contexto de EPI en la mayoría de las series analizadas.

Presentamos el caso de un paciente con NM espontáneo al momento de comenzar con debilidad muscular asociado a manifestaciones cutáneas compatibles con DM.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 50 años de edad con historia de hipotiroidismo, diabetes, hipertensión arterial y ex tabaquismo (5 PY) consulta por fiebre intermitente, pérdida de peso, debilidad muscular generalizada, diñesa progresiva y eritema en cara y manos. Al examen físico presentaba eritema en heliotropo, fotosensibilidad, pápulas de Gottron y manos de mecánico en contexto de debilidad muscular de la musculatura flexora del cuello, cintura escapular y pelviana sin compromiso en la deglución. Además, tumoración supraclavicular bilateral con crepitación a la palpación e hipoventilación generalizada asociada a rales vetrico en ambas bases pulmonares.

El laboratorio informó FAN positivo moteado y nucleolar 1/160, anti-JO-1 positivo, leve aumento de enzimas musculares (CPK, GOT, LDH, Aldolasa) y reactivantes de fase aguda (eritrosedimentación y proteína C reactiva) elevados. Además, se realiza electromiograma que informa trazados miopáticos con ondas de fibrilación y radiografía de tórax compatible con infiltrados intersticiales con distribución bilateral y enfisema subcutáneo. Considerándose dicho hallazgo, se realizó TAC de tórax que evidenció compromiso intersticial pulmonar sin vidrio esmerilado, enfisema con disección de planos a nivel pericardico, mediastinal y músculos del cuello; además, un patrón restrictivo moderado y caída de la DLCO se confirmó mediante espirometría. Se descartó síndrome paraneoplásico.

Con diagnóstico de síndrome anti-sintetasa en paciente con DM, se inicia tratamiento con mepredisona 1 mg/kg/día y azatioprina 2 mg/kg/día. Evoluciona con desaparición del enfisema sin modificación del compromiso intersticial.

**DISCUSIÓN.** El NM espontáneo en DM es raro. Los factores de riesgo para esta complicación en pacientes con DM incluyen EPI, vasculopatía cutánea, enzimas musculares normales o levemente aumentadas, tratamiento con esteroides y pacientes jóvenes.

El desarrollo de NM espontáneo en DM es considerado secundario a la fuga de aire a través de las paredes de los alvéolos en pacientes con fibrosis pulmonar y bullas. Kono y col encontraron asociación significativa de NM espontáneo con vasculopatía cutánea y en 1 paciente se encontró necrosis bronquial, sugiriendo los autores su relación con vasculopatía y fuga de aire. Yoshida y col en su publicación de 21 pacientes con NM espontáneo y DM describen que esta complicación ocurrió durante la terapia con corticoides y todas las muertes estuvieron asociadas a EPI. Todos los casos mortales fueron por progresión de la EPI o infección y no debido al NM. Además, la EPI no es una condición necesaria para el desarrollo de NM espontáneo ya que existen casos sin compromiso de parénquima pulmonar.

En resumen, la presencia de enfisema en DM es una complicación rara y no debería considerarse un marcador de mal pronóstico. El grado de inmunosupresión necesario depende de la existencia o no de compromiso intersticial pulmonar; además, la localización y severidad del NM espontáneo podría requerir tratamiento con citotóxicos aparte del uso de corticosteroides.

## GIGANTOMASTIA GESTACIONAL EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: REPORTE DE UN CASO

C. Negrete Gonzalez [\*], J. Vinicki, D. Dubinsky, G. Nasswetter,

Hospital De Clinicas, Capital Federal, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** El aumento en el tamaño de las mamas durante la pubertad y el embarazo es un evento fisiológico. Sin embargo, el crecimiento excesivo por encima de 1,5 kg por mama define la gigantomastia, resultando una condición física y psicológicamente invalidante. Conforme la etiología, la gigantomastia puede estar asociada a la pubertad (juvenil), embarazo (gestacional), inducida por drogas (farmacológica) y sin causa asociada (idiopática). En todos estos casos, la gigantomastia puede presentarse en forma bilateral o unilateral, aunque esto último es menos frecuente.

Existe escasa bibliografía sobre gigantomastia y enfermedades autoinmunes, siendo las publicaciones únicamente reporte de casos. Presentamos el caso de una paciente con enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) que desarrolló gigantomastia durante el embarazo, requiriéndose la reducción quirúrgica como tratamiento.

**CASO CLÍNICO.** Una paciente de 27 años de edad con historia de artralgas de pequeñas y grandes articulaciones, cursando gesta de 30.4 semanas, consulta al Servicio de Ginecología por mastalgia de 6 meses de evolución. Al examen físico presentaba gigantomastia asociada a mamas supernumerarias en forma bilateral y artritis de pequeñas articulaciones.

El laboratorio mostró la presencia de anemia de los trastornos crónicos, factor reumatoideo negativo, FAN positivo 1/320 homogéneo y moteado, anti-Ro y La positivo, inhibidor lúpico positivo débil, anticuerpos anti-cardiolipinas y B2-glicoproteína-1 positivo en títulos elevados e hipocomplementemia. A pesar de no referir síntomas, se descartó síndrome sicca. Además, el análisis hormonal no reveló alteraciones en los niveles de estrógenos aunque sí una disminución de la hormona folículo estimulante (FSH) y prolactina. Como consecuencia de un aumento en la resistencia de la arteria umbilical con inversión de índice cerebro umbilical, líquido amniótico disminuido y retraso de crecimiento intrauterino en la ecografía y doppler obstétrico se realizó cesárea de urgencia sin complicaciones, interpretándose como insuficiencia placentaria secundario a síndrome anti-fosfolípido asociado a EITC (FAN, anticuerpos antifosfolípidos, complemento disminuido y artralgas).

Debido a la gigantomastia y con la posibilidad de la disminución glandular por interrupción del embarazo asociado al uso de cabergolina, se esperan 12 semanas sin éxito y se realiza mastectomía bilateral con erradicación de las glándulas accesorias. La histología mamaria muestra adenosis florida y esclerosante con hiperplasia usual sin otros hallazgos significativos, no habiéndose realizado inmunofluorescencia; además, se observa en tejido placentario cambios compatibles con hipoxia sin presencia de trombos. Actualmente, la paciente se encuentra en plan de cirugía estética mamaria.

**DISCUSIÓN.** La gigantomastia es una enfermedad rara y la fisiopatología es aún desconocida. Los cambios hormonales son considerados como el principal factor de riesgo asociado a la forma juvenil o gestacional. Este cambio podría ser la presencia de hipersensibilidad del tejido glandular a niveles circulantes normales de las hormonas (estradiol, progesterona, prolactina, etc.) o un exceso de hormonas en sangre periférica secundario a sobreproducción. Es polémico el uso de tamoxifeno, bromocriptina o cabergolina debido a resultados dispares.

La relación entre autoinmunidad y GMG es controvertida. Shoma y col publican una revisión bibliográfica desde 1920 a 2010, reuniendo 46 casos en total de los cuales autoinmunidad asociada había sólo en 3 pacientes (2 con miastenia gravis (MG) y 1 con LES). Touraine y col describen 8 pacientes con gigantomastia y enfermedad autoinmune (MG: 4, artritis reumatoidea: 2, troiditis de Hashimoto: 1, psoriasis: 1), aunque sólo un paciente tenía GMG.

El tratamiento de la gigantomastia puede ser un asunto complejo. El tratamiento no quirúrgico podría intentar en aquellos pacientes sin morbilidad asociada (discapacidad materna o compromiso fetal). En aquellos pacientes con enfermedad autoinmune asociada, como en nuestro caso, la inmunosupresión parece no favorecer la evolución. La cirugía es la piedra angular del tratamiento. La única cura para esta enfermedad es la mastectomía total. La mastectomía parcial o mamoplastía es una opción, aunque el riesgo de recurrencia existe.

165

**ESCLEREDEMA DE BUSCHKE: REPORTE DE UN CASO**

R. Martínez<sup>1</sup>\*, M. Machado Escobar<sup>1</sup>, S. Salazar<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Ángel C. Pistilli, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCION:** El esclerodema de Buschke (EB) es un síndrome esclerodermiforme, infrecuente, de causa desconocida, caracterizada por induración simétrica y difusa de la piel que afecta cuello, tórax, cara y extremidades.

**PRESENTACION DE CASO:** Paciente masculino, 62 años, antecedente de consumo de suplementos dietarios ricos en triptófano y exposición a pesticidas, consulta en nuestro servicio por induración progresiva y generalizada de la piel de más de un año de evolución. (score de Rodnan modificado 51/51) con distagia a sólidos, disnea grado III, pérdida de peso y astenia, sin telangiectasias ni fenómeno de Raynaud. El examen de laboratorio muestra: leucocitos 3.600/mm<sup>3</sup>, hematócrito 22%, VSG >120 mm/1<sup>hr</sup>, proteínas totales 12 g% con hipergamaglobulinemia de 6.33 g% y proteinuria de 2.68 g/24hrs. Anticuerpos Anti DNA, ANA, Anti Scl 70 y Anti Centrómero negativos, serología hepatitis B y C negativos y VIH negativo. Se solicita capilaroscopia: normal; seriada esofagogastroduodenal: disminución del peristaltismo esofágico y horizontalización del techo gástrico; ecografía abdominal: hígado heterogéneo con imagen ecogénica redondeada, esplenomegalia, ascitis y derrame pleural bilateral moderado; ecocardiograma: derrame pericárdico leve, dilatación de aurícula izquierda, insuficiencia mitral y tricuspídea moderada con presión sistólica de arteria pulmonar 68 mmHg. Se plantea diagnóstico presuntivo de Síndrome Esclerodermiforme asociado a: consumo de triptófano, exposición a pesticidas o paraneoplásico. Se realiza radiografía de cráneo con imágenes estereotípicas en sacabocado; punción aspiración de médula ósea (PAMO) con infiltrado plasmocítico mayor al 30%; corrida electroforética con hipergamaglobulinemia y banda monoclonal IGA, biopsia cutánea con hiperqueratosis leve, atrofia dérmica, esclerosis dérmica con depósitos mucinosos evidentes. Se diagnostica EB asociado a Mieloma Múltiple e inicia tratamiento específico.

**DISCUSION:** El EB es una rara enfermedad del tejido conectivo caracterizado por el depósito de fibras de colágeno edematosas y separadas unas de otras por depósitos de mucina y amonoglicanos en la dermis. Graff R. describió 3 tipos: el tipo 1 (clásico de Buschke) de presentación aguda, precedido por un cuadro febril asociado a infección estreptocócica del tracto respiratorio superior; el tipo 2 de curso lento y progresivo asociado a gammopatías monoclonales de significado incierto o Mieloma Múltiple; y el tipo 3 en obesos y diabéticos de larga evolución. Además de las manifestaciones cutáneas, puede presentar menos frecuentemente compromiso de glándulas salivales, digestivo, glándula hepática, ojos, sistema nervioso, médula ósea y serosas. Otras asociaciones poco frecuentes incluyen Artritis Reumatoidea, Síndrome de Sjögren, Dermatomiositis, Amiloidosis, carcinoma de la vesícula biliar, exposición a solventes orgánicos, consumo de triptófano, infección por VIH, etc. Se presenta en todas las razas con predominio en mujeres (2:1) con una prevalencia de 49% en adultos. El paciente descrito presentaba EB tipo 2 con manifestaciones extracutáneas (ascitis, derrame pleural y pericárdico y disminución del peristaltismo esofágico).

**CONCLUSION:** La importancia del diagnóstico de certeza radica en la posible remisión sintomática al tratar la causa del esclerodema. Esta patología es poco frecuente habiéndose descrito menos de 200 casos a nivel mundial, por lo que debe estar presente entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros esclerodermiformes.

166

**SÍNDROME RACAND: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

S. Roverano<sup>1</sup>\*, S. Paíra<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital J.M. Cullen, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:**

el acrónimo RACAND fue acuñado en el año 2000 por Sachsenberg-Studer y colaboradores.

Describe la presencia de fenómeno de Raynaud, anticuerpo anticentrómero (+) (ACA) y necrosis digital en ausencia de esclerodactilia y fibrosis de órganos.

**CASO:** mujer de 57 años con antecedente de fenómeno de Raynaud en manos y tabaquismo (15 cigarrillos/día).

Consulta por lesiones símil eritema pernio en índice derecho de 7 meses de evolución, que luego necrosó. Posteriormente necrosó abruptamente anular derecho e índice izquierdo. Venía tratada con pentoxifilina 800 mg/día; clozastazol 200 mg/día y naproxeno 1 gr/día. **Examen físico:** se constatan las necrosis y; pulso tibial posterior izq, pedio der y radial izq; TA: 120/70 ambos brazos.

No se halló esclerodermia proximal ni distal, es-clerodactilia, calcinosis, telangiectasias, mordeduras de ratón en pulpejos, signos de vasculitis, trastornos esofágicos, compromiso de mucosas ni artritis.

**Laboratorio:** FAN (HeP-2): 1/2.560; ACA: 1/10.240; hemograma, rctc, plaqueta-tas, VSG, función renal, proteinuria 24 hs, crioglobulinas, ANCA C y P; AC anti-Scl-70, Ro, La, Sm, RNP, DNAn, CEA, CA-125; B2GPI; anticoagulante lúpico y ACL (2 dosajes): (-) o normales

**Rx manos:** pérdida tejido celular SC y erosión 3ª falange dedo índice izq.

Se descartó mixoma auricular mediante ecocardiograma y tumores ginecológicos, gastroenterológicos y de pulmón por serología, citología e imágenes.

**Capilaroscopia:** capilares dilatados y elongados, algunos tortuosos, con escasas áreas de avascularidad, compatible con presencia de LES.

**Tratamiento:** esteroides 60 mg/día, pentoxifilina 1200 mg/día; AAS 81 mg/día; diltiazem 120 mg/día y ketanserina, presentando amputación espontánea los dedos ya necrosados, pero sin necrosis nuevas.

Durante el seguimiento (16 meses), la paciente no presentó signos clínicos ni de laboratorio de enfermedad del tejido conectivo, neoplasia, crioglobulinemia, sind. antiofostolípico, mixoma auricular ni diabetes.

18 meses luego de la 1ª consulta se recibe información del fallecimiento de la paciente, ignorándose la causa.

**CONCLUSIÓN:**

\* Los ACA se presentan en 35-96% de casos de esclerodermia limitada

\* Se asocian a la presencia de telangiectasias, úlcera e isquemia digital severa.

\* Son un factor de riesgo para la producción de severa necrosis digital con pérdida de uno o más dedos, especialmente en mujeres ancianas.

\* La identificación y tratamiento precoz de este síndrome prevendría el desarrollo de nuevas necrosis evitando la pérdida digital múltiple y mejorando el pronóstico de estas pacientes.

167

**VASCULITIS ANCA P INDUCIDA POR SÍFILIS**

M. Valerio<sup>1</sup>\*, J. Sanchez Alconer<sup>1</sup>, A. Garcia Ciccarelli<sup>1</sup>, S. Camuzzi<sup>1</sup>, E. Civi<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Del Carmen, Godoy Cruz, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN**

La Sífilis es una infección sistémica transmitida sexualmente causada por una bacteria (Treponema Pallidum) con una incidencia incrementada en los últimos años. Se puede presentar con múltiples manifestaciones clínicas dentro de las cuales encontramos la uveítis anterior (5-10%) y síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis membranosa por inmunocomplejos depositados en los capilares del glomerulo. Se conoce que ciertas infecciones pueden desencadenar la positividad de autoanticuerpos. Se ha descrito la asociación de ANCA inducido por hepatitis pero no se encuentran reportes en cuanto a la sífilis.

**CASO CLINICO**

Masculino, 69 años, casado en matrimonio igualitario.

Motivo de Consulta: Edemas generalizados y ojo rojo- doloroso.

Antecedente de enfermedad actual: Consulta en julio 2012 a médico de cabecera por edemas generalizados y fatiga.

Se diagnostica Síndrome Nefrótico. No se identifica causa. Posteriormente presenta disminución de la agudeza visual con ojo rojo y doloroso. Se diagnostica: UVEITIS ANTERIOR AGUDA. Es derivado a nuestro Servicio para diagnóstico y tratamiento.

Examen físico: REG. PIEL Y MUCOSAS: no se observan lesiones. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: edemas blancos en miembros inferiores con Godei +++++. CABEZA Y CUELLO: presenta ojo rojo y doloroso(uveítis anterior diagnosticada por oftalmología). No edema patetral. No adenomegalias palpables. Resto del examen físico sin particularidades Laboratorio: Analítica general: Hb 33,5, Hb 11,5 (N-H), GB 12.200 (NS 65%- NC 1%) resto de la fórmula conservada.

FAL 243 UI/L. Lipidograma normal. VSG 100 mm, PCR 16mg/l. Función renal : urea 0,63, creatinina 15,83 mg/l, clearance de creatinina 46 ml/min, proteinuria 24 hs 3,582 gr/l. FAN: negativo (se observo fluorescencia citoplasmática)

FR: negativo. Ac anti MBG: negativo. ANCA p: positivo 1/80. MPO: 28,1 U/ml. pAe: hipergamma policlonal difusa. HIV: negativo con p24 negativo. HEPATITIS B: Ag superficie: negativo. Ac anticore: reactivo anti HBs Ag: reactivo 168,0 mIU. HEPATITIS C: no reactivo. VDRL: 518 Dls. (En exámenes prenucliales). FTA-abs: positivo. Anatomía Patológica de biopsia renal: GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA ASOCIADA A VASCULITIS. Informe inmunohistopatológico: 8 glomerulos por corte. Depósitos de Ig G perietales granulares muy finos de intensidad 3+ . Depósitos de C3 en la misma localización.

Tratamiento: Es tratado con Penicilina Benzatínica 2.400.000 U 1 vez por semana por 3 meses con mejoría parcial de los síntomas sistémicos y oculares. VDRL luego del tratamiento 1/128. Se reevalúa tratamiento y se decide colocar Penicilina EV 3.000.000 c/ 4 hs por 10 días previa realización de Punción Lumbar descartando Neurosífilis. Luego de este tratamiento mejoran totalmente los síntomas y se negativizan los títulos de ANCA p y MPO.

**CONCLUSIONES**

Se comunica un caso de uveítis y vasculitis renal asociada a ANCA p, inducida por infección por Treponema Pallidum, con adecuada respuesta al tratamiento antibiótico, para sugerir considerar esta infección en la expresión de fenómenos autoinmunes, dado el aumento de la prevalencia de sífilis reportada en nuestro país y el mundo. La sífilis es una enfermedad curable que causa sustancial morbilidad y mortalidad sin tratamiento.

168

**SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO DEL GRUPO CRIOPROPATÍAS (CAPS): PRESENTACIÓN DE UNA PACIENTE TRATADA CON CANAKINUMAB**

C. Saucedo<sup>1</sup>\*, C. Varela<sup>1</sup>, C. De Cunto<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Hospital Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción.** El grupo de las criopropatías engloba 3 síndromes: la urticaria familiar pro frío, el síndrome de Muckle-Wells y el síndrome crónico infantil, neurológico, cutáneo y articular (CINCA), que tiene una frecuencia estimada de 1: 1 millón. Son enfermedades de herencia autosómica dominante, debidas, en su mayoría, a mutaciones genéticas espontáneas del gen NLRP3. En el CINCA, que es la forma más severa, los síntomas aparecen en la etapa neonatal, con fiebre recurrente, rash urticariano, hepatoesplenomegalia y fascias peculiares (abombamiento frontal e hipoplasia medifacial). Evolutivamente se van agregando compromiso del sistema nervioso central, oclusar, hipoacusia, retraso madurativo leve y compromiso articular característico, con sobrecrecimiento de cartilago articular, con deformidades y contracturas severas. Estos pacientes presentan activación persistente de mediadores de la inflamación que los predisponen a desarrollar amiloidosis. Las mutaciones de la criopirina llevan a la activación de caspasa 1 y a la secreción masiva de IL-1 beta, esto plantea la posibilidad de que estos pacientes se beneficien con el tratamiento con un antagonista de IL-1. **Objetivo.** Presentar una paciente con CINCA, con la mutación confirmada, en tratamiento con canakinumab. **Presentación del caso:** Paciente de 36 años de edad, con síndrome autoinflamatorio del grupo de las criopropatías (CINCA), que consulta en nuestro hospital a la edad de 12 años por presentar retraso de crecimiento, en busca de un tratamiento con hormona de crecimiento. Presentaba historia de episodios de fiebre prolongada y rash eritemato-papuloso de tipo urticariano desde el nacimiento. Además, presentaba fascias peculiares (abombamiento frontal y puente nasal hipoplásico), hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, hipoacusia, uveítis, edema de papila y retraso mental leve. En el laboratorio presentaba leucocitosis, anemia no hemolítica, eritrosedimentación elevada, autoanticuerpos negativos, función renal inicial normal y transaminasas discretamente elevadas. Fue tratada con corticoides y antiinflamatorios no esteroides con control parcial de los síntomas y con hormona de crecimiento durante un año. A los 25 años presentó un accidente cerebrovascular (hematoma subdural crónico reaguadido), según el informe de la institución donde se la evaluó. A partir de ese episodio quedó con convulsiones, que posteriormente se caracterizaron como pseudocrisis. Persistió con episodios febriles con rash, reactivantes de fase aguda elevados y apareció compromiso articular de tipo inflamatorio (rodillas, tobillos y codos). Se reevaluó en nuestra institución, ya en forma conjunta entre reumatología pediátrica y de adultos para implementar la transición. Las radiografías de rodillas y tobillos fueron normales. La ecografía con power Doppler mostró leve derrame articular bilateral, sinovitis de tobillo derecho, con áreas proliferativas y señal Doppler positiva, y tenosinovitis de los peroneos derechos, con señal Doppler positiva, y áreas de sinovitis de codo derecho con señal Doppler positiva. Se inició tratamiento con meprónisona a dosis bajas y metotrexato 15 mg/semana. A los 15 días se debió suspender el metotrexato por mielo toxicidad. Inició tratamiento con Canakinumab 150 mg cada 8 semanas (cumple 15 meses de tratamiento), se logró suspender el corticoide, mejoraron los síntomas articulares y los parámetros de inflamación. Actualmente continúa con función renal alterada, con sospecha de amiloidosis y en plan de biopsia renal. Se realizó estudio genético del NLRP3 que confirmó el diagnóstico de CINCA. **Conclusión.** Se presenta una paciente con una variante clínica de CINCA sin sobrecrecimiento cartilaginoso articular, que mostró descenso de los parámetros inflamatorios con canakinumab, pero que plantea la necesidad de tratamiento temprano en el curso de la enfermedad antes de que se produzca el compromiso neurológico y renal.

## 169 TROMBOSIS RECURRENTE Y NECROSIS CUTÁNEA ASOCIADA A MIELOMA MÚLTIPLE SIMULANDO UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO

V. Wernicke<sup>1</sup>\*, M. Quispe Villanueva<sup>1</sup>, M. Lojo<sup>1</sup>, M. Lazzarino<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Ricardo Rossi, La Plata, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** En la evaluación diagnóstica de cuadros tromboticos deberían descartarse trombofilias hereditarias y adquiridas, entre ellas el Síndrome antifosfolípido (SAF) y algunas neoplasias de órgano sólido y hematológicas.

Se presenta un caso de trombosis y necrosis cutánea recurrente como diagnóstico diferencial de SAF en un paciente con hallazgo incidental de Mieloma Múltiple. En la literatura están descriptos múltiples factores protrombóticos asociados a esta neoplasia.

**CASO CLÍNICO:** varón de 51 años, que en los últimos 5 años presentó: episodios de trombosis venosa profunda de ambos miembros inferiores, úlceras en tercio distal de piernas, nódulos subcutáneos dolorosos en pared abdominal y muslo izquierdo (púrpura; púrpura posttrombótica), necrosis distal de pene. Hábito tabaquico, alcoholismo crónico y previo consumo de cocaína y marihuana. Anticoagulado desde el primer evento con dicumarínicos. Dentro de los datos de laboratorio recopilados se encuentran: estudios de trombofilias hereditarias normales (Proteína S y C, antitrombina III, plasminógeno, a 2 antiplasmina), FAN, ANCA, Anti Sm, Ac. Anti B2 glicoproteína I Ig G e Ig M, crioglobulinas, VDRL e inhibidor lúpico negativos; homocisteinemia, C3 y C4 normal, aCL Ig G 11 GPL, Ig M 42 MPL (varios dosajes posteriores a títulos indeterminados o bajos).

Ingresó por servicio de guardia con tumefacción, dolor y cianosis de mano izquierda, con antecedente traumático leve. Examen físico: Pulsos periféricos presentes y simétricos. Lesión ulcerada secundaria a necrosis de la pared abdominal de tres meses de evolución.

Ante la imposibilidad de descartar vasculitis se agrega a la anticoagulación pulsos de corticoides y ciclofosfamida.

Evoluciona rápidamente a la necrosis digital requiriendo amputación de los dedos. La biopsia mostró extensa necrosis con vasos dilatados y trombosados.

Posteriormente se recibe proteinograma electroforético con hipergamaglobulinemia monoclonal IgG y cadenas K ligeras en orina de 24 horas. Biopsia de Médula ósea: hiperclonalidad a expensas de proliferación de células plasmáticas bien diferenciadas, distribuidas difusamente. Diagnóstico histológico: infiltración por mieloma múltiple maduro.

**DISCUSIÓN:** Entre los diagnósticos diferenciales se descartaron: - el SAF catastrófico debido a la estabilidad clínica del paciente. Luego del compromiso digital no presentó compromiso de órgano noble.

-El síndrome de hiperviscosidad por no presentar cuadro clínico y de laboratorio compatibles (confusión, cefalea, epistaxis, visión borrosa y dosaje de paraproteína IgG mayor de 30 gr/l).

-La necrosis cutánea por dicumarínicos, que se describe dentro de los primeros días de inicio de anticoagulación y asociado al déficit de proteína C y S.

-Calcifexil por biopsia cutánea no compatible y falta de compromiso renal.

-SAF: el cuadro clínico era compatible, hubo una sola determinación de aCL Ig G a título moderado y varias a título indeterminado y bajo.

En el Mieloma Múltiple existen varios factores que incrementan el riesgo de trombosis: la carga tumoral, los primeros 3 meses del diagnóstico, el tratamiento con quimioterapia más tallomida. Se suman factores procoagulantes adquiridos: el alto nivel de paraproteínas circulantes que inhiben la eficacia de la fibrinólisis y tienen un posible rol de autoanticuerpos con actividad de anticoagulante lúpico, el incremento del factor von Willebrand y factor VIII de la coagulación; resistencia adquirida a la Proteína C activada, entre otros.

En nuestro paciente se realizó el diagnóstico incidental de Mieloma Múltiple, que según la bibliografía publicada podría justificar los hallazgos clínicos.

## 170 VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE POLIANGEITIS MICROSCÓPICA. COMUNICACIÓN DE UN CASO INUSUAL CON EVOLUCIÓN FATAL

C. Campo<sup>1</sup>\*, M. Orive<sup>1</sup>, M. Lagrutta<sup>1</sup>, R. Parodi<sup>1</sup>, F. Consiglio<sup>1</sup>, A. Greca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Primera Cátedra De Clínica Médica. Umr. Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis leucocitoclásticas cutáneas suelen ser procesos autoinmunitarios secundarios a reacciones a fármacos o infecciones menores. Sin embargo en algunos casos pueden ser una manifestación de enfermedades sistémicas severas, como vasculitis asociadas a ANCA.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se presenta el caso de una mujer de 56 años con cuadro clínico de dos meses evolución de púrpura palpable a nivel de miembros inferiores y torso, interpretado inicialmente como vasculitis asociado a consumo de ibuprofeno, con resolución de las lesiones con la suspensión del fármaco. Semanas más tarde presenta cuadro similar asociado al consumo de ciprofloxacina. Se inicia estudio de causa inmunológica subyacente. Análisis y sedimento de orina seriado con regular cantidad de hemalias eumórficos y proteinuria de 0,10 gramos en 24 hs. FAN (+) moleado 1:320, hipocomplementemia persistente, ANCAp (+) 1:40, Anticardiolipinas IgM (-) e IgG (+) a títulos bajos. Crioglobulinas, FR, ENA y AntiADNn no reactivos. Biopsia cutánea: a) examen anatómo-patológico: vasculitis de vasos de la dermis con infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos; b) inmunofluorescencia: depósitos de IgM de intensidad moderada y de C3 de intensidad leve y en forma focal en capilares de la dermis. Serologías para HIV, VHC y VHB negativas. Inicia tratamiento con prednisona 20 mg/día.

A los pocos días presenta foco neurológico interpretado como accidente cerebrovascular isquémico, asociado a exacerbación de púrpura cutánea, inyección conjuntival, eritema y edema de párpados y poliartritis de pequeñas articulaciones. Se realiza angiografía de cráneo con identificación de lesión isquémica. Se indica aspirina, estatinas y por sospecha de vasculitis sistémica, se realiza pulso de corticoides. Tres días después presenta disnea y rales crepitantes bilaterales con detección en tomografía de tórax de alta resolución de imágenes compatibles con neumonitis. Inicia pulso de ciclofosfamida, continúa con prednisona 1 mg/kg/día y antibióticos. Cultivos bacteriológicos negativos. A los 10 días de la administración de ciclofosfamida presenta cuadro clínico de hemorragia alveolar difusa, asociado a franco empeoramiento de lesiones vasculíticas en piel, leucocitocitria y fiebre, con un índice de actividad de vasculitis de 27 según Birmingham Vasculitis Activity Score - version 3. Se indica plasmaféresis, segundo pulso de metilprednisona y antibióticos de amplio espectro. Hemocultivos, urocultivo y examen bacteriológico de lavado bronquioalveolar negativos. Por falta de respuesta y mala evolución con insuficiencia respiratoria aguda y shock, requiere asistencia respiratoria mecánica, vasopresores y se agrega inmunoglobulina endovenosa con buena respuesta inicial: mejoría radiográfica de tórax, gasometría, y no repite hemoptisis, con estabilización de hematocrito y disminución de dosis de inotrópicos. Una semana después presenta fiebre, infiltrados nuevos en la radiografía de tórax, hemoptisis y shock séptico. Se obtiene una Pseudomona en aspirado traqueal y dos hemocultivos. A pesar de tratamiento antibiótico específico, presenta mala evolución y fallece.

**DISCUSIÓN**

La manifestación clínica inicial de esta paciente fue una vasculitis cutánea de pequeño vaso, lo que en la práctica plantea el diagnóstico diferencial entre causas primarias o secundarias, siendo más frecuente las secundarias a drogas. En la evolución agrega manifestaciones sistémicas que llevan al diagnóstico de poliangeitis microscópica. Se establece diagnóstico de su enfermedad por la positividad de los ANCA, la afectación cutánea con vasculitis de pequeño vaso y la hemorragia alveolar. La biopsia cutánea es compatible, ya que muestra afectación de vasos de pequeño calibre, paucimmune, con ausencia de granulomas y depósito de IgA y crioglobulinas. Es de destacar en este caso la presencia de hipocomplementemia, hallazgo no habitual en esta patología, lo que pudiera deberse a la superposición con otra enfermedad autoinmune, como el lupus eritematoso sistémico, teniendo en cuenta también el FAN positivo, entre otras posibles hipótesis. Solo el 5% de las vasculitis cutáneas se deben a poliangeitis microscópica, por eso es importante tener un alto nivel de sospecha de esta entidad para realizar un diagnóstico y tratamiento temprano e intentar disminuir el riesgo de desarrollar lesiones y daño en órganos, que pueden incluso comprometer la vida. Este caso a pesar del diagnóstico oportuno e inicio del tratamiento inmunosupresor temprano, presentó una evolución tórpida, lo que pone en evidencia la agresividad de la enfermedad, la persistencia de actividad inmunológica pese al tratamiento inmunosupresor y el desarrollo de complicaciones infecciosas frecuentes de observar en pacientes hospitalizados, instrumentados e inmunosuprimidos.

## 171 CRIPTOCOCCOSIS MENINGEA EN UN PACIENTE CON NEUROBEHCET

N. Estrella<sup>1</sup>, V. Aquino<sup>1</sup>\*, D. Ajlla Barreiro<sup>1</sup>, D. González Faro<sup>1</sup>, E. Kersberg<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Ramos Mejía, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis multisistémica, crónica y recidivante, de origen desconocido, con una alta morbimortalidad.<sup>1</sup> Se presenta en la tercera década de la vida, con una ligera predilección por el género masculino 1,4:1.<sup>2</sup> Es más común en Asia y en los países de la cuenca del mediterráneo oriental (Ruta de la seda), aunque actualmente se puede presentar en todo el mundo debido a la migración.<sup>3</sup> Es una enfermedad de difícil diagnóstico por las numerosas y variadas manifestaciones, y porque no se dispone de pruebas de laboratorio específicas. Existe una predisposición genética que se ha demostrado por su asociación a genes HLA (HLA B5\*1B5, gen MICA) y no HLA (gen 1-ICAM, gen TNF, gen MEFV) y otros factores como participación de microorganismos como *Streptococcus*, *Mycobacterias*, virus y *E. Fyloxi*.<sup>4</sup> Además se encontraron niveles elevados de IL6, IL8 y BAFF en líquido cefalorraquídeo (LCR).<sup>5</sup> Se requiere de la presencia de úlceras orales recurrentes, más dos de los siguientes: úlceras genitales recurrentes, lesiones oculares típicas, lesiones cutáneas típicas o test de patergia positivo. La manifestación neurológica o neurobehçet (NB) es poco frecuente, oscila entre el 5 al 49% según las series, pero es una de las causas más graves de morbilidad a largo plazo, puede desarrollarse durante un intervalo de tiempo de hasta 10 años después de la aparición de la EB, solo un 6% precede a la EB. Se clasifica como parenquimatosa y no parenquimatosa, y a la vez en aguda y crónica progresiva.<sup>3,6,7</sup> En la mayoría de los casos de NB, se debe administrar como tratamiento de inducción pulsos de metilprednisona intravenosa, seguidos de corticoides orales. Los agentes inmunosupresores se deben utilizar en los casos de forma grave de NB como meningocelulitis, mielopatía y trombosis cerebrosa del sistema venoso. En las diferentes series los más utilizados fueron azatioprina y metotrexato. La Ciclofosfamida y los anti-TNF solo se informaron en casos esporádicos y de segunda elección.<sup>8</sup>

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, que es admitida por presentar cefalea y equivalentes febriles, con antecedente de reciente internación por cuadro de meningocelulitis a líquido claro, extendiéndose con buena evolución. A su ingreso se realiza angiogramía que evidencia hiperintensidad en T2 y flair a nivel de la protuberancia y mesencefalo, sin evidencia de malformaciones vasculares ni patología estenocclusiva, y LCR con 950 elementos, 65% de monocitocitos, proteínas 142 mg, glucosa 53, ácido láctico 3 mmol/L. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y ampicilina, al cuarto día del mismo presenta bradipsiquia, alteración de la agudeza visual con fondo de ojo normal. Evoluciona con aftas orales, foliculitis perioral y en tronco, con biopsia compatible con vasculitis, prueba de patergia positiva. Al interrogatorio dirigido refiere úlceras orales y genitales. Como estudios complementarios presenta, EEG y ecocardiograma normales; serologías virales y para micobacterias negativas; CD4 463 cel/mm3; VDRL no reactivo; FR, PCR, FAN, anti-DNA, anti ANCA-P, anti ANCA-C, anti endomiso, anti gliadina y anti transglutaminasa negativos; complemento conservado; eutiroidea; citologías para enfermedades linfoproliferativas negativas. Se recibe cultivo de LCR positivo para *Criptococo neoformans*, se inicia anfotericina sin mejoría del cuadro clínico. Al tercer día, bajo la sospecha de enfermedad de Behçet se realiza inducción con tres pulsos de metilprednisona y luego metprednisona 60 mg/día de mantenimiento con mejoría de cuadro neurológico. Dada la persistencia de las úlceras se agrega cicloclonina. Por buena evolución se dada de alta con seguimiento ambulatorio por especialidad.

**Discusión:** El NB es una enfermedad multifactorial, caracterizada por una variedad de formas de presentación y criterios clínicos no validados para su diagnóstico, el mismo que puede ser dificultoso como en nuestra paciente.<sup>9</sup> Luego de una revisión exhaustiva en diferentes series, se encontraron varios casos con meningitis como forma de presentación, pero fueron siempre de origen aséptico. Por tal motivo nos resultó interesante realizar la revisión en base a este inusual caso, para hacer hincapié en que detrás de un cuadro meningeo infeccioso puede subyacer una enfermedad crónica autoinmune, ya que un diagnóstico incorrecto lleva a una elevada mortalidad si el tratamiento no se instaura adecuadamente.

## 172 VASCULITIS CUTÁNEA NECROTIZANTE POR MYCOBACTERIUM LEPRAE: REPORTE DE UN CASO DE FENÓMENO DE LUCIO

I. Miranda<sup>1</sup>\*, P. Zabala<sup>1</sup>, R. María Gloria<sup>1</sup>, A. Romanello<sup>1</sup>, L. Anabal<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Central, Ciudad, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*. En Argentina el área endémica está integrada por las provincias del noreste, nordeste y centro del país: Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Buenos Aires y Capital Federal. Las manifestaciones de la lepra varían según el estado inmunológico del huésped. Durante la evolución crónica de la lepra pueden presentarse episodios agudos inflamatorios llamados lepra reacciones, expresión de una hiperreactividad inmunológica. Estos estados reaccionales dan manifestaciones clínicas de gran polimorfismo: lesiones cutáneas, neurales, oculares y viscerales, con o sin compromiso del estado general, que pueden conducir a severo daño o a la muerte. Pueden presentarse antes, durante o después de un tratamiento adecuado, en forma espontánea o por infecciones intercurrentes, estrés y anemia, entre otras. Se distinguen dos tipos de reacciones lepraicas. El Fenómeno de Lucio (FL), comprendido en las lepra reacciones de tipo II, es una reacción vasculonecrotica que ocurre solo en pacientes con forma difusa de lepra. Es una vasculitis necrotizante de los vasos de la dermis media y superficial mediada por complejos inmunes que se producen al destruirse el *Mycobacterium leprae* y liberarse gran cantidad de proteínas antigénicas, y se caracteriza por necrosis epidérmica asociada con sintomatología sistémica. CASO CLÍNICO: mujer de 75 años con antecedentes de HTA, síca, fenómeno de Raynaud, úlceras crónicas en miembros inferiores y neuropatía periférica sensitiva. La paciente era originaria de Mendoza, y visitaba regularmente a un familiar radicado en Jujuy. Consultó por la aparición de lesiones purpúricas en miembros superiores e inferiores, que evolucionaron a ampollas, necrosis y ulceración. Examen físico: infiltración difusa cutánea de la cara, face leonina, alopecia de la cola de las cejas, pabelón auricular con lesiones vasculíticas con infartos hemorrágicos, livedo reticularis en miembros inferiores, lesiones purpúricas, necróticas y úlceras con secreción purulenta en ambos miembros inferiores. Lesiones isquémicas en dedos de manos y pie que evolucionaron a la momificación. Hipostenia en calcetín. En el laboratorio: HTO 35%, leucocitos 9600/mm3 (sin linfopenia); ANA 1/40 moteado; Anti DNAs(-); Anti Ro, La, Sm (-); ANCA (-); CH50, C3 Y C4 normales; proteinograma normal. Ecodoppler de miembros inferiores: flujo pedio trifásico. Baciloscopia de pabelón auricular: (+) Bacilos Ácido Alcohólico Resistentes de Hensen. Biopsia de piel: dermis con disminución de las papilas, pequeños vasos sanguíneos capilares con engrosamiento hialino parietal, algunos con trombos intraluminales. Vasos arteriales con reducción de la luz y engrosamiento intimal con discreto infiltrado linfoplasmocitario perivascular. Se inició tratamiento con dapsona 100 mg/día; rifampicina 600 mg/día; clofazimina y prednisona 60 mg/día. La paciente desarrolló sepsis a punto de partida de infección de piel y falleció. **Discusión:** el fenómeno de Lucio es una lepra reacción muy infrecuente, de presentación aguda o subaguda, expresión de un fenómeno inmunológico que ocurre en pacientes con forma difusa de lepra, en ausencia de placas o nódulos y anemia inmunológica. Puede darse en individuos no diagnosticados aún, o en pacientes en tratamiento. Clínicamente se presenta como una púrpura hemorrágica ampollar de gran extensión. En la histopatología hay cambios vasculares críticos que llevan a la isquemia epidérmica. El tratamiento consiste en disminuir la carga bacilar o "exceso de antígenos" junto a corticoides sistémicos. Destacamos la importancia de diferenciar este cuadro de otras vasculitis cutáneas necrotizantes, debido a las implicancias terapéuticas y recordamos que este cuadro debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de vasculitis.

**SÍNDROME ANTISINTETASA AMIOPÁTICO**

M. Mayoraz<sup>1</sup> [\*], A. Riera<sup>1</sup>, P. Gonzalo<sup>1</sup>, V. Avalis<sup>1</sup>, M. Paulazzo<sup>1</sup>, S. Del Pazo<sup>1</sup>, J. Busaniche<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Servitorio Santa Fe, La Capital, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El Síndrome Antisintetasa es una entidad poco frecuente, incluida dentro de las Miopatías Inflamatorias Idiopáticas, que engloba un subgrupo clínico caracterizado por miositis, poliartritis, enfermedad pulmonar intersticial difusa, fiebre, fenómeno de Raynaud, "manos de mecánico" y anticuerpos antisintetasa.

Etiología y prevalencia desconocida, reportándose una incidencia de miopatías inflamatorias idiopáticas de 2-10 nuevos casos por millón de habitantes, correspondiendo un 20-30% de los mismos a Síndrome Antisintetasa. Predomina en mujeres (3:1).

El compromiso pulmonar marca el pronóstico del Síndrome Antisintetasa. La enfermedad pulmonar intersticial difusa se asocia a un 40% de mortalidad y puede presentarse antes de la aparición de manifestaciones dérmicas y musculares en la mitad de los casos, denominándose Síndrome Antisintetasa Amiopático.

**Presentación del caso:** Varón de 72 años, ex tabaquista de 10 paquetes/año, hipertenso. Ingresó por fiebre, escalofríos, algias generalizadas inespecíficas y tos húmeda de 24 horas de evolución. Refería una historia de artralgas interfalángicas proximales de ambas manos de tiempo indeterminado. Sus familiares habían notado cierta "agitación" al hablar, hecho no percibido por el paciente. Examen físico: febril (38.5°C), taquipneico, rales crepitantes bibasales a predominio derecho. Sat: 91% aire ambiente. Sopló Sístólico 3/6 polifocal. Dupuytren en mano derecha. Se interpretó como neumopatía infecciosa, indicándose Levofloxacina y corticoides endovenosos rotados luego a vía oral. Buena evolución.

Reingresa al mes por cuadro similar, fiebre, tos húmeda y marcado compromiso del estado general de 4 días de evolución, que coincidió con la suspensión de corticoides. Examen físico: acrocianosis, rales crepitantes de vértices a bases bilaterales. Sat 72% aire ambiente. Hemoglobina 11.2, leucocitosis con neutrofilia. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial. Tomografía Computada de tórax de Alta Resolución: Enfermedad centrolobulillar. Infiltrado intersticial reticular con vidrio esmerilado predominantemente subpleural. Panalización incipiente. Engrosamientos pleurales irregulares bilaterales a predominio derecho. Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, aurícula izquierda levemente dilatada, estenosis aórtica leve, insuficiencia tricúspide leve. Presión sistólica de la arteria pulmonar: 22 mmHg. Biopsia pulmonar y pleural: fibrosis pleural y parenquimatosa. Patrón UIP. Espirometría: patrón restrictivo leve. Capacidad de difusión del monóxido de carbono marcadamente disminuida. Prueba de la caminata: caída significativa de la saturación. Anti Jo-1 positivo. Se realiza diagnóstico de neumopatía intersticial sugestivo de Síndrome Antisintetasa, reiniciando corticoterapia y oxigenoterapia domiciliaria con buena respuesta clínica.

**Discusión:** por datos clínicos y pruebas imagenológicas y funcionales se diagnóstica neumopatía intersticial severa. Ante el hallazgo serológico de Anti Jo 1 (especificidad 97%) se presume una forma amiopática del Síndrome Antisintetasa. Se describen pocos casos en la literatura y en nuestro paciente la ausencia de compromiso muscular y dérmico dispuso la atención en este síndrome.

**ARTRITIS SEPTICA PNEUMOCOCCICA DE TOBILLO SECUNDARIA A NEUMONIA**

A. Caminer<sup>1</sup> [\*], G. Klutwak<sup>1</sup>, C. Dieguez<sup>1</sup>, D. Robiglio<sup>1</sup>, A. Urteaga<sup>1</sup>, M. Abdala<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCION:** Las artritis sépticas son procesos graves, inducidos por la colonización e infección de la cavidad articular por microorganismos que provocan semiología inflamatoria local, con restricción dolorosa de los movimientos activos y pasivos. En la mayoría de los casos, el germen alcanza la articulación por vía hematogénea, aunque también pueden acceder a través de infecciones contiguas o por inoculación directa. Las artritis infecciosas son producidas con mayor frecuencia por Staphylococcus y Streptococcus. Sin embargo, el Streptococcus pneumoniae, no es así. La tasa de incidencia de las artritis sépticas por pneumococo se ha estimado entre 3 y 6 %. Los retrasos en el diagnóstico y tratamiento comprometen la integridad anatómica y funcional de la articulación e incluso la vida del enfermo. Se presenta el caso de un paciente masculino con artritis séptica pneumococcica en tobillo derecho secundaria a neumonía aguda de la comunidad.

**PRESENTACION DEL CASO:** Paciente de sexo masculino de 31 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, que es ingresado por cuadro compatible con neumonía aguda de la comunidad asociado a tumefacción de tobillo derecho. Se instauró tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y claritromicina, previa toma de hemocultivos. Dentro de los estudios complementarios relevantes presentaba laboratorio con leucocitosis y aumento de los reactivos de fase aguda, tomografía axial computada de tórax: consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo que compromete lóbulo inferior hemitorax derecho, resonancia magnética nuclear de tobillo con gadolinio: colección líquida heterogénea que refuerza en forma periférica en tejidos blandos perimaleolares externos de 4,5 cm en sentido longitudinal y 3,5 cm transversal. Al 6º día de internación, debido a evolución no favorable del compromiso articular y los resultados arrojados por los estudios de imágenes, se decide realizar toilette quirúrgica de tobillo derecho, con envío de material obtenido, a cultivo. Posteriormente, se recibió rescate de Streptococcus pneumoniae en material de absceso y antígeno pneumococo positivo en orina. Por buena evolución del cuadro clínico, tanto respiratorio como articular, se decide alta sanatorial al 10º día de internación.

**DISCUSION:** La artritis séptica por pneumococo es una entidad poco frecuente. Menos de 1% en los adultos mayores de 50 años presenta al pneumococo como germen implicado. Se define por el aislamiento del microorganismo en el líquido sinovial, por hemocultivos positivos con líquido sinovial purulento, por Gram con cocos en cadena positivos en la articulación o estudios por imágenes que demuestren sacroileitis. Es la quinta causa de artritis infecciosa luego de Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes y Streptococcus agalactiae. Suelen coexistir factores crónicos predisponentes como la artritis reumatoide, alcoholismo, osteoartritis, prótesis articulares, enfermedad coronaria, uso crónico de corticoides, HIV, EPOC, neoplasias, vasculitis y enfermedades sistémicas autoinmunes, esplenectomía y mieloma múltiple. La fisiopatología de la artritis es debida a la diseminación por vía hematogénea. Aproximadamente el 10% de los adultos con artritis infecciosa, presenta el antecedente de infección respiratoria, siendo la rodilla, la articulación más frecuentemente afectada seguida de cadera, hombro, tobillo, codo y sacroilíacas, en ese orden. Si bien la neumonía es el foco primario de diseminación más frecuente, seguido de la meningitis, hasta en un 30% de los casos, no se haya ningún foco subyacente. El tratamiento se inicia de forma empírica hasta obtener resultados de cultivos. No se recomienda la terapia antibiótica intrarticular pero si la artrocentesis o toilette quirúrgica, eventualmente. Nuestro paciente no solo no tenía ningún factor de riesgo establecido, si no que además presentaba neumonía simultáneamente al diagnóstico de artritis, que fue asumida como el foco primario de la misma.

**CLAUDICACIÓN INTERMITENTE EN UNA MUJER JOVEN COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TROMBOANGEITIS OBLITERANTE**

G. Verme<sup>1</sup> [\*], M. Castillo Junco<sup>1</sup>, J. Vinicio<sup>1</sup>, A. Spinetto<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital De Clinicas, Capital Federal, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** La tromboangitis obliterante (TAO) es una enfermedad vascular no arterioesclerótica caracterizada por inflamación segmentaria y trombosis de arterias y venas de pequeño y mediano calibre de miembros superiores e inferiores. El tabaquismo es el principal factor de riesgo para su desarrollo. Es más frecuente en hombres jóvenes, sin embargo, el aumento del tabaquismo en la mujer habría incrementado su frecuencia.

Presentamos el caso de una paciente con claudicación intermitente de miembro inferior derecho (MID) asociado a úlcera necrótica en hallux como forma de presentación de TAO.

**CASO CLÍNICO.** Mujer de 39 años de edad con antecedente de tabaquismo (50 PY) e historia de claudicación intermitente en miembros inferiores (10 años de evolución) y trombosis arterial aguda infrapatelar derecha (recibió antiagregación y anticoagulación asociado a endarterectomía) 7 meses antes con re-oclusión 5 meses más tarde (habíendose descartado SAF o cualquier otra trombofilia asociada), ingresó a nuestro hospital por úlcera necrótica dolorosa en hallux derecho secundario a isquemia crítica. Al examen físico presentaba palidez de MID asociado a celulitis por úlcera necrótica en hallux; además, ausencia de pulsos en las 4 extremidades sin asimetría de presión arterial ni carotídea.

El laboratorio descartó la presencia de anemia, alteración de la función renal y marcadores inmunológicos (FAN, ANCA, CRIO) o virales (HIV, HBV, HCV) asociados. Se realizó angiografía que informó: arteria femoral superficial disminuida de calibre, daño de capa íntima probablemente secundario a trombectomía previa, obstrucción distal a arteria poplítea sin presencia de lechos distales e imágenes en tirabuzón o "sacacorchos" (arteriopatía periférica distal grado III), no se observó compromiso de aorta y principales ramas. Posteriormente, como tratamiento requirió morfina/fentanilo IV para el manejo del dolor y se utilizaron vasodilatadores (nifedipina, iloprost) sin respuesta, decidiéndose la utilización de prótesis endovascular (stent) sin éxito y progresión del cuadro clínico requiriéndose la amputación infrapatelar derecha sin complicaciones. Actualmente, la paciente está en plan de una prótesis ortopédica.

**DISCUSION.** El diagnóstico de la TAO se basa en los hallazgos clínicos e imágenes angiográficas compatibles (criterios de Shionoya-Olin). La presencia de vasos colaterales alrededor de las áreas de oclusión con aspecto de sacacorchos no son patognomónicos, aunque sí característicos de esta entidad.

El tratamiento principal es el abandono del hábito tabáquico. Estudios recientes han confirmado los beneficios del iloprost IV. Fliessinger y Schafer demostraron en estudios controlados la superioridad de los análogos sintéticos de la prostaciclina con respecto a la aspirina. Se cree que los antagonistas de la endotelina (bosentan) podrían ser una opción como agentes adyuvantes. La simpatectomía lumbar no ha demostrado beneficio adicional. Actualmente, se encuentran en revisión los resultados de terapias angiogénicas.

A pesar de los tratamientos farmacológicos instaurados, se debió realizar la amputación por la persistencia de la isquemia arterial y el dolor incoercible. Para obtener una evolución clínica favorable es necesaria una alta sospecha clínica de TAO que permita una detección temprana y así abandonar el hábito tabáquico en forma precoz. La respuesta farmacológica es variable y depende del tiempo de evolución y la severidad del cuadro clínico. La amputación es el último escalón en el tratamiento y únicamente se realizaría en casos progresivos con falta de respuesta a la terapia convencional descripta previamente.

**COMPROMISO NEUROLÓGICO EN ESCLEROMIXEDEMA**

C. Costa<sup>1</sup>, J. Cavallasca<sup>1</sup> [\*], J. Musuruaña<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital J. B. Illurasppe, Santa Fe, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCION**

El escleromixedema es un tipo de mucinosis que se caracteriza por la presencia de pápulas liquenoides e induración difusa de la piel. Frecuentemente se asocia a gammopatía monoclonal y trastornos sistémicos, siendo infrecuente el compromiso neurológico.

**CASO CLINICO**

Varón de 64 años, con artralgas, fenómeno de Raynaud, endurecimiento progresivo y alteraciones de la pigmentación de la piel de 2 años de evolución; ingresa por convulsión tónico clónica generalizada seguida de coma post-ictal, requiriendo ARM. TAC de cráneo: normal. Rx tórax: infiltrado pulmonar en base derecha. Se realiza punción lumbar: LCR: proteinorraquia. Tratado con antibióticos y aciclovir por sospecha de neumonía aspirativa y encefalitis herpética. Examen físico: hiperpigmentación, edema generalizado y acartonamiento de la piel, con lesiones hipocrómicas a nivel del escote y miembros inferiores. Fenómeno de Raynaud y esclerodactilia en ambas manos. Sin sinovitis. Inicia tratamiento con metilprednisolona 1 gr/ día por 3 días continuando con prednisona 40 mg/día. Laboratorio: Hb 10.3, función renal y hepatograma normales, Aldolasa: 9.6 U/L (VN h/7.6). Proteiograma por electroforesis: banda monoclonal. Proteinuria de Bence Jones: negativa. Perfil tiroideo normal. FAN (Hep2000), ENA, anti mitocondriales, anti músculo liso y ANCA negativos. Cultivo LCR y hemocultivos: negativos. El día 7 de internación en UTI, no registrando fiebre ni descompensación hemodinámica en su evolución, se retira el soporte ventilatorio mecánico y finaliza tratamiento antimicrobiano. RMN de encéfalo con gadolinio: normal. EEG: cambios compatibles con un descenso en el umbral de bioelectricidad generalizada. Inicia tratamiento con fentoina. Biopsia cutánea: proliferación de fibroblastos en dérmis, moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario perivascular. Músculo estriado normal. Con tinción alcian azul se detectan depósitos de mucina. Al mes del alta mejoría de lesiones cutáneas sin nuevos eventos neurológicos. A los 6 meses continua en remisión sin tratamiento alguno.

**COMENTARIO**

El síndrome dermato-neurológico, que consiste en fiebre, convulsiones y coma, generalmente precedido por un prodromo similar a la gripe, es una infrecuente y a veces fatal manifestación del escleromixedema.

**CONCLUSION**

En escleromixedema asociado a convulsiones considerar el síndrome dermato-neurológico para su tratamiento precoz. Debiendo realizarse también diagnóstico diferencial con enfermedades autoinmunes sistémicas.

177

## HIPERPLASIA NODULAR REGENERATIVA HEPÁTICA ASOCIADA A SÍNDROME DE FELTY

M. Bedoya<sup>1</sup> [\*], R. Gontero<sup>1</sup>, M. Olmedo<sup>1</sup>, F. Ceccato<sup>1</sup>, S. Paire<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Am. Cullen, Argentina  
[\*] Presentador

**Introducción:** La Hiperplasia nodular regenerativa hepática (HNR) es un trastorno raro, caracterizado por nódulos hepáticos secundarios a hiperplasia hepatocitaria con ausencia o escasa fibrosis, de etiología desconocida y acompañado de Hipertensión Portal. Las enfermedades reumáticas, son las enfermedades más frecuentes asociadas a HNR, presentándose Síndrome de Felty en el 20% de los casos reportados. El pronóstico generalmente es bueno a diferencia de la Hipertensión portal debida a cirrosis las cuales se pueden confundir fácilmente, por ello es fundamental la biopsia hepática

**Objetivo:** Describir Hiperplasia Nodular Regenerativa Hepática (HNR) en un paciente con AR asociada a Síndrome de Felty. **Caso:** Mujer de 51 años con AR de 15 años de evolución seropositiva, erosiva no nodular, con poca adherencia al tratamiento y controles médicos, que presento un cuadro caracterizado por pérdida de peso, ascitis, pancitopenia persistente y hepato-esplenomegalia masiva acompañada de Hipertensión portal. Una biopsia de medula ósea excluye procesos tumorales, amiloidosis e infecciones, al igual que la biopsia hepática que presenta Regeneración hepatocitaria, espacio porta conservados con nodularidad del parénquima y escasa fibrosis.

**Conclusión:** Si bien la frecuencia de HNR como causa de hipertensión portal en pacientes con AR es baja, el síndrome de Felty sigue siendo la condición más comúnmente asociada.

178

## COMPROMISO OSTEOARTICULAR EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDEA

D. Delno<sup>1</sup> [\*], G. Castro De Delno<sup>1</sup>, A. Schejman<sup>1</sup>, N. Cardozo<sup>1</sup>, A. Zamuz<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Dr. Raúl F. Larcaide, San Miguel, Argentina  
[\*] Presentador

### "COMPROMISO OSTEOARTICULAR EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDEA"

**Introducción:** Se presenta una paciente con diagnóstico de Esclerosis Tuberosa (ET) que con posterioridad desarrolla un cuadro de Artritis Reumatoidea (AR).

**Caso Clínico:** Paciente MV, 58 años, sexo femenino, que consultó en octubre de 2012 por artralgias, episodios de tumefacción en manos (muefecas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales) y tobillos, rigidez matinal mayor de una hora, presentando al examen físico lesiones tumorales, firmes, duro-elásticas, hiperqueratósicas de 1 a 2 cm de diámetro en región ungueal de ambas manos y pies. En interconsulta con el Servicio de Dermatología se establece el diagnóstico de ET definida: tumores de Könen, piel de zapa, angiofibromas, faciales para-nasales y máculas hipomelánicas.

Biopsia tumoral: hemangiomas con fenómenos de trombosis.

Rx de manos: imágenes de geodas de 1 a 3 mm., pseudoullísticas metacarpianas y falángicas Rx de cráneo: múltiples focos de osteoesclerosis en huesos parietales y frontal, engrosamiento en la tabla interna. Cambios óseos presentes en la ET.

Se recibe laboratorio de rutina con perfil inmunológico: eritro 73 mm, PCR: + fuerte, Látex + 2.560 UI/ml, Fan (-), anticuerpos anticitrulina IGG método Elisa CCP + fuerte> 250 UI.

RMN de mano derecha: Articulación radiocarpiana se visualizan pequeñas colecciones que rodean los huesos de la 1ª y 2ª hileras de carpo y áreas de edema óseo. Moderado aumento del líquido a nivel de la articulación radio-cubital (varianza cubital positiva). Múltiples imágenes geodicas en los huesos de la 1ª y 2ª hileras del carpo, imágenes geodicas interfalángicas tanto proximales como distales.

Diagnóstico de AR (Criterios del ACR - EULAR 2009). Se inició tratamiento con metotrexato 10 MG/semanal, AC Fólico 5 MG/semanal, prednisona 5 MG/día, Naproxeno 500 MG/2 x día, Omeprazol 20 MG/día.

Tratamiento quirúrgico para los tumores cutáneos.

**Conclusiones:** La ET también conocida como Epiloia o Enfermedad de Bourneville- Pringle es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante, multisistémica (manifestaciones cutáneas, neurológicas, cardíacas, renales y óseas) que puede presentarse al momento del nacimiento o en el transcurso de la vida.

El pronóstico está relacionado con la gravedad de las manifestaciones neurológicas, cardíacas y renales.

Se produce por mutaciones en los genes TSC1 y TSC2, que se encuentran en los cromosomas 9q34 y 16p13. En nuestra paciente, en asociación casual con AR, presentando lesiones óseas en manos compatible con ambas patologías.

179

## PRESENTACION INFRECUENTE DE HEMORRAGIA ALVEOLAR EN NEFROPATÍA POR IGA

E. Moreschi Aquino<sup>1</sup> [\*], U. Paris<sup>1</sup>, Z. Bedran<sup>1</sup>, D. Sartori<sup>1</sup>, K. Safulko<sup>1</sup>, E. Maldana Proch<sup>1</sup>, O. Sosa<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramon Madariaga, Posadas, Argentina  
[\*] Presentador

### Introducción:

La presencia de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis (GN) conforman el síndrome Pulmón-Riñón (SPR). Las etiologías más comunes son vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular (Ac AMBG) y lupus eritematoso sistémico (LES); menos frecuentes las vasculitis ANCA negativas y ocasionadas por drogas.

Tienen mal pronóstico y gran porcentaje con rápido deterioro clínico. Su mortalidad oscila entre 25% y 70%. El diagnóstico precoz y adecuado tratamiento mejoran la sobrevida.

### Caso clínico:

Masculino de 26 años de edad, consulta por disnea clase funcional III/IV, acompañada de hemoptisis, disminución del ritmo diurético y dolor abdominal. Varios episodios de diarrea y vómitos días previos a la internación. Al ingreso se constata anemia severa e insuficiencia renal decidiéndose terapia de reemplazo renal (TRR). Evolucionó con mal patrón respiratorio ingresando a terapia intensiva, siendo asumido como sobrecarga hídrica vs sepsis. Por mala respuesta a la terapia instaurada (TRR) más antibióticos y sin aislamientos de gérmenes se decide iniciar tres pulsos de metilprednisolona 500 mg/día. Lográndose mejoría respiratoria con extubación al cuarto día. Debido a persistir con insuficiencia renal y requerimiento de TRR con creat mayor a 6 se decide iniciar plasmaféresis, cinco sesiones más ciclofosfamida. Laboratorio: HTO 18%, HB 6gr/dl, leucocitos 12.000 mm<sup>3</sup>, plaquetas 218.000 mm<sup>3</sup>, urea 2,55 gr/dl, creatinina 21,4 mg/dl, acidosis metabólica, entrosedimentación (VSG) 130, proteína C reactiva (PCR): 9,5. Ecografía abdominal, ambos riñones alterados, ecogenicidad aumentada, espesor corticomedular disminuidos. Moderada cantidad de líquido libre intrabdominal, derrame pleural bilateral. TAC de tórax: infiltrado algodonoso bilateral. Se realiza punción biopsia renal (PBR). Se externa. No vuelve a controles. Serologías: Leptospirosis, Dengue, Fiebre amarilla y virus hepatotropos negativos. Anticuerpos antinucleares, ANCA y Ac AMBG negativos. Orina 24 hs: proteinuria 3,21 gr. Reingresa a los dos meses con HAD pasando a UTI, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Realiza nuevamente pulsos de metilprednisolona más gammaglobulinas. Fibrobronoscopia evidencia tapones mucosos, hemoptícticos. Lavado bronquioalveolar: intenso infiltrado inflamatorio, sangre hemolisada (leucocitos +++, macrófagos con pigmento pardo +). Informe PBR: Glomerulonefritis proliferativa endo y extracapilar con depósitos codominantes de IgA y C3 en etapa de esclerosis difusa avanzada. Se plantean como probables diagnósticos Hemorragia alveolar difusa asociada a Nefropatía por IgA vs Schonlein-Henoch del Adulto.

### Comentarios:

Se presentó el caso de este paciente con HAD y nefropatía por IgA debido a la infrecuente asociación de las mismas y al comportamiento agresivo de ésta entidad, a pesar de la terapia inmunosupresora instaurada en forma precoz

180

## INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES ASOCIADAS A NODULOS PULMONARES MÚLTIPLES

D. Sartori<sup>1</sup> [\*], K. Safulko<sup>1</sup>, Z. Bedran<sup>1</sup>, U. Paris<sup>1</sup>, E. Moreschi Aquino<sup>1</sup>, S. Azcona<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramon Madariaga, Posadas, Argentina  
[\*] Presentador

**INTRODUCCION:** La Poliangeítis Granulomatosa (Wegener), es una enfermedad sistémica caracterizada por compromiso vascular de pequeños y mediano calibre, histológicamente presenta inflamación necrosis y granulomas. Mayor afectación de vías aéreas superiores, pulmón y riñón.

Etiología desconocida, jugando en su patogenia un rol importante múltiples reacciones inmunológicas.

Prevalencia de 13 a 30 casos por millón de habitantes cada 5 años, con incidencia entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.

**CASO:** Mujer de 53 años sin antecedentes patológicos. Consulta por disnea de clase funcional I-II de dos meses de evolución, dolor de tipo pleurítico, equivalentes febriles, pérdida de peso, tos con expectoración hemoptoica, múltiples infecciones respiratorias a repetición sin mejoría sintomática con el tratamiento antibiótico.

**EXAMEN FISICO:** deformación del tabique nasal, hipoacusia, murmullo vesicular disminuido, sibilancias en campos medios e inferior y soplo tubario en hemitórax derecho, roncus disminuidos en ambos campos pulmonares.

**LABORATORIO:** Anemia de trastornos crónicos, reactantes de fase aguda persistentemente elevados, FAN, ANCA C y P negativos, esputo con BAAR negativo, citología intenso infiltrado inflamatorio a predominio leucocitario.

Lavado bronquio alveolar (BAL) desarrollo en cultivo de Moraxella catarralis, citología con grumo mucofibrinoso con leve infiltrado leucocitario y aislados macrófagos. Punción aspiración con aguja fina de pulmón: intenso infiltrado inflamatorio. Radiografía de tórax: Nódulo parahiliar izquierdo de bordes irregulares espiculados con centro de menor intensidad, otro nódulo en ápice ipsilateral. Condensación alveolar en lóbulos medio e inferior derecho. TC tórax:

Múltiples cavidades en ambos campos pulmonares. TC de senos paranasales: Engrosamiento mucoso de senos frontales, celidias etmoidales, seno esfenooidal y ambos senos maxilares. Disminución de la mineralización ósea a predominio de cornetes y celidias etmoidales. No se visualiza pared interna del seno maxilar izquierdo.

Fibrobronoscopia mas nuevo BAL. Bronquio fuente derecho calibre disminuido mucosa irregular sobrelevada de color negro pardusco y lesiones blanquecinas. Presenta Rinoscopia anterior con resultado de biopsia proceso granulomatoso crónico necrotizante compatible con enfermedad de Wegener.

**CONCLUSION**

Se asumió como Granulomatosis de Wegener, iniciando terapéutica con metilprednisolona y ciclofosfamida durante 4 meses con buena respuesta, cambios favorables en la clínica y en imágenes de control.

181

**ARTRITIS EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN. REPORTE DE DOS CASOS.**E. Moreuchi Aquino<sup>[\*]</sup>, L. Jakimczuk<sup>[\*]</sup>, C. Barros Martínez<sup>[\*]</sup>, U. Paris<sup>[\*]</sup>, O. Sosa<sup>[\*]</sup>, G. Benítez<sup>[\*]</sup>,  
Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramon Castagnola, Posadas, Argentina  
[\*] Presentador**Introducción:**

La lepra o enfermedad de Hansen (EH) es una infección granulomatosa causada por *Mycobacterium leprae*, que se manifiesta por trastornos cutáneos y neurológicos. El compromiso atromuscular es la tercera manifestación más común, siendo subdiagnosticada. Se puede manifestar en forma de antroptia de Charcot, artritis de manos y pies durante la reactivación de la lepra, poliartitis simétrica crónica imitando a la artritis reumatoidea (AR). Para el tratamiento de las manifestaciones articulares se utilizan corticoides además de la terapéutica específica para la lepra. En algunos casos severos asociados a reacciones leprosas se utilizan talidomida y anti TNF alfa.

**Casos:**

**Caso 1.** Femenino, 64 años. Presenta desde 3 años previos a la consulta, dolor y tumefacción de las articulaciones de ambas manos, rodillas y tobillos; eritema malar; úlcera oral. Es medicada con AINE y corticoides, consulta por persistir con sintomatología. Examen físico: signos de artritis con impotencia funcional en articulaciones de manos, rodillas y tobillos; eritema nodoso en extremidades inferiores, y macúlas eritematosas en tronco, caida de la cola de las cejas, disminución de la sensibilidad superficial en extremidades. Estudios complementarios: Radiografías normales. VSG 65 mm<sup>1</sup>/hora, PCR 6.8 mg/dl (Valor Normal (VN) < 0.9 mg/dl), C3: 158 mg/dl (VN 90-207 mg/dl), C4: 73.3 mg/dl (VN 17.4-52.2 mg/dl), FAN, anti-DNA y látex AR negativos. Biopsia de piel: Lepra lepromatosa.

**Caso 2.** Masculino, 29 años. Con antecedentes 2 años previos de disminución de la sensibilidad superficial en tercios distales de ambas extremidades inferiores, sin consultar previamente. Agrega lesiones maculares hipocromicas de diámetros variables distribuidas en tronco y extremidades, hipostesias y anestésicas; parestesias en ambas manos, con aparición de signos de artritis en articulaciones interfalángicas y rodillas; edema facial. Recibió de forma ambulatoria AINE y corticoides de depósito. Estudios complementarios: Sin erosiones en radiografías de manos, rodillas y pies. VSG 2 mm<sup>1</sup>/hora, C3: 127 mg/dl, C4: 25.2 mg/dl, PCR, FAN, anti-DNA y látex AR negativos. Biopsia de piel: Lepra tuberculoides.

**Comentarios:**

Se reportan dos casos de EH, en los cuales el motivo de consulta fueron las manifestaciones articulares, tratándose de clasificaciones histológicas distintas.

La artritis asociada a EH, se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial, sobretodo en áreas endémicas, en pacientes que presenten lesiones hipostesias en piel y compromiso articular sin marcadores positivos para enfermedades reumatológicas.

La respuesta al tratamiento para la lepra, mayor prevalencia en hombres, ausencia de nódulos o manifestaciones extra articulares e engrosamiento de nervios periféricos son las principales diferencias clínicas con la AR.

Ambos pacientes, iniciaron tratamiento específico para la EH, además de corticoides, con lo que se logró controlar la sintomatología articular.

182

**AMILOIDOSIS SECUNDARIA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**F. Jerković<sup>[\*]</sup>, D. Pina<sup>[\*]</sup>, S. Babini<sup>[\*]</sup>, M. Guagnini<sup>[\*]</sup>,  
Hospital Privado De Comunitario, Mar Del Plata, Argentina  
[\*] Presentador

**Introducción:** La amiloidosis secundaria es una complicación de las enfermedades inflamatorias crónicas, principalmente artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil y espondilitis anquilosante. Su asociación con el lupus eritematoso sistémico (LES) es rara. Han sido descritos menos de 20 casos en la literatura. El compromiso renal es la forma de afección más frecuente, seguido del gastrointestinal y cardíaco, siendo raras las manifestaciones osteoarticulares.

**Caso clínico:** Mujer de 29 años que consultó a los 17 años por dolor en rodillas, carpos y articulaciones interfalángicas proximales (PIF) y metacarpofalángicas (MCF) de 4 meses de evolución. Fue internada por presentar fiebre hética de hasta 39°C, rash eritematoso macular confluyente en brazos, piernas y dorso de tronco, sinovitis en carpos y rodillas con limitación funcional y esplenomegalia. Presentaba anemia, leucocitos normales con desviación a la izquierda, entorpecimiento de 88 mm<sup>1</sup>/hora, anticuerpos antinucleares (ANA), antimitocondriales, anti-célula parietal, anti músculo liso, anti-DNA, factor reumatoides y látex AR negativos, hipocomplementemia, proteinuria variable siempre menor a 1 g, lactato deshidrogenasa 2.468 (normal 240-480) y ferritina 26.134 ng/ml (normal 8-110), protienograma electroforético normal. Cultivos de sangre y orina y serologías virales negativas. Derrame pericárdico leve. Recibió meprednisona 1mg/kg/día con mejoría de los parámetros clínicos y de laboratorio. Agregó plaquetopenia y leucopenia con medullograma normal, anticuerpos anticardiolipinas IgM 15 (normal 5-15), inhibidores lúpicos positivos. Desarrollo cuadro de hepatitis con serologías virales negativas y laboratorio inmunológico nuevamente negativo, que cedió con aumento de corticoides. Tras el alta, comenzó hidrocortisona, azatioprina y descenso progresivo de corticoides. Presentó intermisiones por reactivación de la enfermedad al suspender la medicación por motivos económicos, caracterizadas fundamentalmente por fiebre e hipertrofia sinovial marcada, con poco dolor, en carpos, MCF, PIF, rodillas y tobillos, fenómeno de Raynaud y livedo reticularis en miembros inferiores. En 2004 agregó pinzamiento codo-humeral bilateral e imágenes compatibles con necrosis ósea avascular (NOA) en cadera derecha, pinzamiento femoro-tibial interno bilateral, genu valgo derecho, pinzamiento radio-cubito-humeral bilateral, rectificación de la lordosis cervical con pinzamiento interapofisario y luxación atlanto-axoidea de 5 mm. Se obtuvieron biopsias de hígado y duodeno normales. En 2007 se le realizó reemplazo de superficie de cadera izquierda y luego de cadera derecha. La biopsia de tejido óseo y articular no mostró hallazgos compatibles con enfermedad articular primaria. En 2008 agregó pinzamiento e imagen sugerente de NOA en articulación glenohumeral. En las sucesivas internaciones se reemplazó el laboratorio inmunológico hallando sólo hipocomplementemia y anticardiolipinas IgM hasta 50 U/ml. En 2012 cursó internación prolongada por neumonía severa con requerimiento de terapia intensiva (TI). Hacía 5 meses había suspendido la azatioprina por motivos económico-sociales. Se obtuvo tomografía que mostró derrame pleural bilateral, opacidades en patrón alveolar con áreas de broncograma aéreo y escaso derrame pericárdico. Los cultivos de sangre, lavado bronquioalveolar, micológico y bacilo ácido-alcohol resistentes fueron negativos. Realizó tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Por sospecha de reactivación de su enfermedad de base por la infección, recibió tratamiento primero con pulsos de metilprednisona y posteriormente con ciclofosfamida, la cual logró borrar la hipertrofia sinovial por primera vez y resolver las opacidades pulmonares. En este contexto, se halló ANA patrón nuclear 1/200. Una semana tras su egreso de TI, desarrolló sepsis severa que la llevó a su muerte. Se realizó autopsia completa que informó la presencia de depósitos de amiloide sensibles a la tinción de permanganato de potasio (amiloides AA) a predominio vascular en riñón, hígado, bazo, intestino, pulmón, corazón e hipófisis, sin signos de vasculitis. La causa inmediata de muerte fue bronconeumonía por *Candida albicans*.

**Discusión:** El cuadro clínico descrito cumple criterios de LES, si bien la enfermedad de Still fue el principal diagnóstico diferencial durante el transcurso de la enfermedad. La presencia de ANA positivos, no obstante en el contexto de la respuesta inflamatoria sistémica por la infección, avalan el primer diagnóstico. No hallamos signos clínicos de amiloidosis en la paciente. Nunca se objetivó la presencia de una proteinuria franca ni falla renal. Por otro lado, la amiloidosis secundaria no fue detectada en las biopsias previas. Presentamos el caso por tratarse de un LES con datos distintivos que desarrolló una amiloidosis sin expresión clínica evidente.

183

**SINDROME POLIMIALGICO ASOCIADO A NEOPLASIAS**C. Costa<sup>[\*]</sup>, J. Cavallasca<sup>[\*]</sup>, J. Mutsumami<sup>[\*]</sup>, I. Alejandro<sup>[\*]</sup>,  
Hospital J. B. Hurraspé, Santa Fe, Argentina  
[\*] Presentador**INTRODUCCION**

Los síntomas y signos de polimialgia reumática (PMR) son inespecíficos. Esta patología ha sido descrita esporádicamente como síndrome paraneoplásico asociado a tumores de distinta etimología. Presentamos dos casos: una paciente con leiomioma pelviano más cáncer de tiroides, y otra con carcinoma de lengua.

**CASO 1:** Mujer de 55 años consultó por dolor en región cervical, cintura escapular y pelviana de 3 meses de evolución con rigidez matinal > 1 hora, fatiga, hiporexia y pérdida de peso (7 kg en 8 semanas). La severidad de sus síntomas le impedía realizar sus actividades diarias. Al examen físico: rigidez y limitación de los movimientos en el cuello, cinturas escapular y pelvianas, con dificultad para incorporarse. Tiroides aumentada de tamaño, con un nódulo en lóbulo derecho y adenomegalias latero cervicales derechas. A nivel abdomino-pelviano: masa voluminosa de consistencia dura no adherida a planos superficiales. Laboratorio: Hto: 39% Hb: 13.7 gr/dl, GB: 5000, VES: 38, PCR: 2.07 mg/l. Enzimas musculares normales. PxÉ: hiper alfa dos. FAN (Hep-2), FR (Látex) y Anti Jo 1: negativos. TSH: 0.95 mU/L, T4L: 1.10 mg/dl, antiTG: 10 U/ml, antiTPO: 11.08 U/ml. Inicia tratamiento con prednisona a dosis baja. Ecografía y TAC de abdomen y pelvis: voluminosa masa heterogénea con componente sólido y quístico. Biopsia: leiomioma de 3 kg aproximadamente, ovarios sin proliferación neoplásica. Punción aspiración con aguja fina (PAAF) de tiroides: adenoma foliular III. Calcitonina pre-quirúrgica: 13.891 (<29 pmol/L). Se realiza tiroidectomía con vaciamiento ganglionar derecho. Anatomía patológica: ca medular de tiroides; calcitonina post-quirúrgica: 20 pmol/L. Luego de la tiroidectomía hubo remisión de sus síntomas musculoesqueléticos, con normalización de VES.

**CASO 2:** Mujer de 57 años, con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo, que consultó en enero de 2011 por lumbalgia y dolor en ambos hombros, con impotencia funcional y rigidez de la cintura pelviana y escapular, de dos meses de evolución. Al examen físico dolor a la movilidad activa de ambos hombros, con limitación en la abducción bilateral. Sin sinovitis. Laboratorio: VES: 60, PCR: (+++), FR (látex): (-), resto s/p. Inició con prednisona 12.5 mg/d con muy buena evolución. Al mes descenso de la VES a 37, PCR (++++), FAN, anti-DNA y FR (Látex) negativos. CPK: 26, LDH: 496 U/l, Aldolasa: 2.51 U/l. Al descender prednisona a 7.5 mg/d reactivación con dolor en ambos brazos y cintura escapular con VSG: 75, TSH: 2.51 (0.27-4.20), T4L: 1.31 mg/dl, PCR: 1.85 mg/dl, RMN y EMG de MS: normales. En diciembre de 2011 en un control odontológico le diagnosticaron leucoplasia de la mucosa oral. Biopsia: carcinoma de lengua. Se realiza tratamiento quirúrgico, sin requerir quimio ni radioterapia. Control a los 6 meses: asintomática, con VES: 17, continuó con 2,5 mg/d de prednisona hasta diciembre de 2012 en remisión.

**CONCLUSION**

Los síntomas polimialgicos pueden vincularse a tumores benignos o malignos simulando polimialgia reumática, por lo que es de vital importancia una evaluación clínica exhaustiva, en estos pacientes.

184

**¿LOS ANTICUERPOS ANTILISOSOMALES SON UN FACTOR PROTECTOR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?**F. Arvelo<sup>[\*]</sup>,  
Hospital Británico De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
[\*] Presentador

**Introducción:** La detección específica de diversos autoanticuerpos resulta útil en el diagnóstico y en el seguimiento de pacientes con enfermedades autoinmunes. Los anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos (AAN) están dirigidos contra componentes celulares autoinmunes. El patrón citoplasmático granular con puntos aislados (Primer Consenso Argentino 2008), también denominados anticuerpo antilisosomal, es infrecuente y su especificidad está pobremente caracterizada, sin evidencia de asociaciones clínicas. Se ha observado en pacientes con dolor musculoesquelético inespecífico, trastornos tiroideos y polimialgia reumática. Los anticuerpos antilisomales han sido asociados con síndrome de Sjögren primario, lupus eritematoso sistémico y hepatitis autoinmune. Comunicamos dos pacientes con lupus eritematoso sistémico y anticuerpos antilisomales. **Caso 1:** Mujer de 40 años sin antecedentes patológicos relevantes, que 5 años previos comenzó con alteración de su función renal, proteinuria en rango no nefrótico y biopsia renal compatible con nefropatía lúpica mesangial clase II OMS. Refería síntomas sicca de 1 año de evolución sin signos vinculables a enfermedades reumáticas sistémicas. El laboratorio mostró: AAN por HEP-2 1/160 patrón moteado fino, anti-Ro 121 U/ml, anti-La 58 U/ml, FR 67 U/ml, otros autoanticuerpos fueron negativos, C3 88 mg/dl, C4 19 mg/dl e hipergammaglobulinemia policlonal. El examen oftalmológico corroboró la presencia de ojo seco. La biopsia de glándula salival menor demostró extenso infiltrado linfoplasmocitario intersticial, score de 4 Chisholm-Masson. Con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren comenzó tratamiento con hidrocortisona 400 mg/día. Luego de 1 año de evolución continuó con síntomas de xerostomía y sicca marcada. En el laboratorio presentó estabilización de la función renal y proteinuria en rango normal. Evolucionó con persistentes artralgias inflamatorias con mayor incapacidad funcional y se agregó meprednisona 8 mg/día y metotrexato 15 mg/día. Desde hace 2 años se encuentra en remisión y presentó ANA 1/2560 patrón citoplasmático granular con puntos aislados, con OMS, artritis no erosiva, serositis pleural y AAN por HEP-2 1/640 patrón homogéneo. 2 años posteriores presentó trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, inhibidor lúpico positivo, anticardiolipinas y beta 2 glicoproteína-1 IgG e IgM en títulos altos. En su evolución presentó 6 episodios de anemia hemolítica que respondieron al tratamiento con esteroides. La determinación de anti-ADN y ENAs fueron negativas. Desde hace 2 años se encuentra en remisión. En el último control de laboratorio presentó AAN por HEP-2 1/640 patrón citoplasmático granular con puntos aislados. Actualmente está en tratamiento con hidrocortisona, vitamina D, calcio y acenocumamol.

**Comentarios:** La relevancia clínica de los AAN es diferente de acuerdo a las distintas enfermedades autoinmunes. El patrón antilisosomal es infrecuente, pero se ha observado en pacientes con lupus eritematoso sistémico sin una utilidad clínica definida. Nuestras pacientes presentaron cambios en los patrones de AAN cuando se hallaron en remisión. Estudios in vitro han demostrado un posible factor protector de los anticuerpos antilisomales como así también su inhibición por los corticoides. Si bien los AAN no caracterizan una enfermedad autoinmune en particular, el cambio a un patrón citoplasmático granular podría tener relación con una menor actividad de su enfermedad. Son necesarias más investigaciones para aclarar el mecanismo fisiopatológico de estos anticuerpos y su importancia clínica.

**HEMÓPTISIS, PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. REPORTE DE UN CASO.**

C. Barros Martínez<sup>[\*]</sup>, U. Paris<sup>1</sup>, Z. Bedrán<sup>1</sup>, O. Sosa<sup>1</sup>, E. Moreschi Aquino<sup>1</sup>, L. Jakimczuk<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga, Posadas, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:**

La enfermedad de Behçet es una vasculitis multisistémica crónica de origen desconocido, caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, uveítis, artritis y lesiones en piel, pudiendo afectar otros órganos. Es más frecuente en países del medioriente y Asia; se considera que factores ambientales y genéticos pueden estar involucrados en su etiología. El compromiso aneurismático de la arteria pulmonar es la manifestación más frecuente a nivel de este órgano, que asociado a trombosis se conoce como síndrome de Hughes-Stovin pudiendo ser una entidad aislada o formar parte del espectro de la enfermedad de Behçet. El tratamiento se basa en el uso de corticoesteroides e inmunosupresores. Puede ser necesaria la resolución quirúrgica de losaneurismas de la arteria pulmonar en ciertos casos.

**Caso:**

Masculino de 31 años de edad, con hemóptisis de tres meses de evolución, asociado a disnea progresiva, dolor pleu rítico, síndrome de impregnación y equivalentes febriles. Antecedentes de aftas orales recurrentes, lesiones eritemato sas en miembros inferiores.

Espuntos para BAAR y serologías negativas. Fibrobroncoscopia con BAL normal. Angiotomografía de tórax: aneurismastrombosados de art erias pulmonares (rama inferior derecha, ramas segmentarias del lóbulo medio, rama inferior izquierda).Eccardiografía ma Doppler: Trombosis múltiples en ventrículo derecho. Laboratorio: complemento, perfil autoinmune, dosaje de factores prtrombóticos dentro de valores normales. Fondo de ojo normal. Prueba de Patergia negativa. Angiografía: arterias pulmonares derechos con imágenes de aneurisma en su ramo medio e inferior, sin sangrado activo.

Inicia anticoagulación oral, tratamiento con corticoides a dosis inmunosupresoras más ciclofosfamida. Presenta aumento de losposícidios de hemoptisis, por lo que se decide realizar bilobectomía de lóbulo medio e inferior derecho como tratamiento definitivo de las aneurismas de la arteria pulmonar. Anatomía patológica: Múltiples aneurismas de arteria pulmonar con trombosis. Hemorragia pulmonar. Neumonitis ag uda y crónica inespecífica. Paquipleuritis.

**Conclusión:**

Considerando los antecedentes clínicos y reuniendo además criterios para Síndrome de Hughes-Stovin; se asumió el caso como enfermedad de Behçet. Se suspendió la anticoagulación debido a que no hay estudios controlados que demuestren su beneficio en las trombosis asociadas a esta entidad. Realizó seis pulsos de ciclofosfamida, continuó tratamiento con glucocorticoides y azatioprina con respuesta favorable.

**NECROSIS CUTÁNEA EXTENSA E INFARTOS CEREBRALES SILENTES ASOCIADO A INHIBIDOR LÚPICO**

N. Perez<sup>[\*]</sup>, M. Piovesán<sup>1</sup>, J. Vinnicki<sup>1</sup>, A. Devés<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital De Clínicas, Capital Federal, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**INTRODUCCIÓN.**

Diferentes manifestaciones dermatológicas han sido descritas en SAF. La livedo reticularis (LR) es la forma de presentación dermatológica más frecuente. La necrosis cutánea extensa ocurre sólo en el 2% de los casos. Se caracteriza por el desarrollo agudo de púrpura extensa dolorosa seguida de placas necróticas con un borde púrpúrico. La localización es generalmente en cabeza, extremidades y glúteos. La histología de la púrpura muestra trombosis de los vasos en la piel.

El deterioro cognitivo en el SAF se ha relacionado a la presencia de isquemia cerebral múltiple. La asociación entre eventos cerebrovasculares y LR fue designada como Síndrome de Sneddon (SnS). Las manifestaciones dermatológicas en pacientes con SnS y anticuerpos aFL positivo, incluyen necrosis cutánea circunscrita aunque el compromiso cutáneo extenso no ha sido reportado en la literatura.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 67 años de edad con historia de hipertensión arterial y embarazos múltiples sin complicaciones que ingresó a nuestro hospital por necrosis cutánea extensa de 1 mes de evolución. Al examen físico presentaba deterioro cognitivo, livedo racemosa generalizada y necrosis cutánea en cara, tronco, abdomen y extremidades.

Laboratorio: anemia de trastornos crónicos, leucopenia (2250/mL), linfopenia (850/mL) plaquetopenia (90.000/mL), KPTT prolongado (88 segundos), inhibidor lúpico positivo e hipocomplementemia asociado a FAN positivo 1/80 moteado. Anti-DNA, Sm, prueba de Coombs, ANCA, crioglobulinas y serologías virales (HIV y HCV) con resultado negativo. Biopsia de piel: presencia de microtrombos en dermis papilar y media sin evidencia de actividad inflamatoria y en la inmunofluorescencia trazas de depósitos vasculares de C3. Debido al deterioro cognitivo, se solicitó Resonancia Magnética Nuclear de encéfalo que evidenció múltiples lesiones vasculares isquémicas subcorticales.

Considerándose los hallazgos de los estudios complementarios y las manifestaciones clínicas, se inició anticoagulación con heparina BPM y acenocumarol asociado a corticoides (meprednisona). La paciente evolucionó con resolución completa del compromiso en piel, normalización de leucocitos y plaquetas y mejoría de la esfera cognitiva evaluada mediante Mini Mental Test.

**DISCUSIÓN.** En una cohorte de 1000 pacientes europeos con SAF, la necrosis cutánea extensa estuvo presente en el 2,1% del total. En el mismo estudio, la prevalencia de LR fue la manifestación dermatológica más frecuente y se encontró en el 24,1%, fue mayor en pacientes con SAF asociado a LES versus aquellos con SAF primario. La mayoría de los autores sugiere que 40-50% de los pacientes con SnS son positivos para los anticuerpos aFL. Existe una prevalencia significativa de LR en SAF con trombosis arterial. La LR parece ser un buen signo clínico para la identificación del subgrupo "arterial/arteriolar" en SAF, como podría ocurrir con el déficit cognitivo secundario a infartos cerebrales silentes presentes en pacientes con SnS.

Leucopenia/linfopenia, trombocitopenia, FAN positivo, presencia de inhibidor lúpico y complemento disminuido están presentes en nuestra paciente. A pesar de que no reúne criterios para diagnóstico de LES según ACR (1997), sí reúne criterios según SLICC (2012). En resumen, la LR estaría asociada a riesgo de trombosis arterial, siendo necesario evaluar la posibilidad del compromiso de SNC en pacientes con deterioro cognitivo. La necrosis cutánea extensa es una manifestación rara del SAF que requiere tratamiento inmediato para prevenir complicaciones y asegurar una evolución clínica favorable.

**LUPUS BULOSO GESTACIONAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN**

E. Sarabia Chávez<sup>[\*]</sup>, J. Vinnicki<sup>1</sup>, A. Devés<sup>1</sup>, G. Dubinsky<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital De Clínicas, Capital Federal, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**INTRODUCCIÓN.**

El LES buloso (LES-b) es una enfermedad ampollar subepidérmica que ocurre en menos del 5% de los pacientes con LES. Se caracteriza por la presencia de erupciones tipo pénfigo con vesículas y ampollas que pueden afectar cualquier área del cuerpo, incluyendo mucosas, con preferencia en cara, cuello, tronco y ratz de las extremidades. Además, el LES puede asociarse a enfermedad ampollar con casos de LES y pénfigo, dermatitis herpetiforme, penfigoide ampollar, epidermolísis bullosa adquirida y enfermedad bullosa lineal por IgA.

Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de LES 6 meses previo a desarrollar enfermedad ampollar asociado a compromiso renal al comienzo del embarazo.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 23 años de edad con diagnóstico de LES 6 meses previo a la consulta (rash malar, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, FAN positivo 1/2560 con patrón homogéneo, DNA positivo, Sm positivo e hipocomplementemia) en tratamiento con hidroxiquina 200 mg/día y meprednisona 8 mg/día, cursando gesta de 11 semanas, consulta por ampollas en piel y mucosas de 8 días de evolución. Al examen físico presenta ampollas de contenido seroso con distribución en cabeza, cuello, tronco y extremidades asociado a compromiso de mucosa oral y genital, de diferente tiempo de evolución y tendencia a confluir y comprometer la mayor parte de la superficie corporal.

El laboratorio mostró la presencia de anemia de los trastornos crónicos, linfopenia (1100 cel/mL), hematúria dismórfica con cilindros hemáticos asociado a proteinuria en rango nefrótico (5,05 g/24 horas) sin alteración de la función renal con anti-DNA positivo y complemento disminuido, anti-Ro y La positivo, anti-RNP positivo e inhibidor lúpico negativo. Se realizó biopsia de piel que informó ampolla subepidérmica e inmunofluorescencia con depósito lineal de IgG y focal granular de IgA.

Considerándose el compromiso cutáneo y renal, se inició tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día y azatioprina 2 mg/kg/día, observándose regresión de las alteraciones en el sedimento urinario y proteinuria aunque sin cambios en la enfermedad ampollar, por lo cual se decide comenzar con dapsona 100 mg/día. A partir de las 48 horas del inicio del tratamiento no se presentaron nuevas ampollas y en pocos días se observó la curación completa de las existentes. Durante la internación y el seguimiento, los controles obstétricos (doppler y ecografía fetal) fueron normales.

**DISCUSIÓN.** Estudios in vitro han demostrado que anticuerpos contra colágeno tipo VII tienen el potencial de activar el complemento y generar péptidos que precipitan la proteólisis mediada por neutrófilos provocando la separación en la unión dermo-epidérmica y la aparición de ampollas.

El diagnóstico de LES-b se basa en los siguientes cinco criterios: erupción vesiculobullosa, presencia de ampolla subepidérmica con predominio de neutrófilos en la biopsia, inmunofluorescencia directa que evidencia IgG en la zona de la membrana basal (depósitos lineal o granular con o sin IgA y/o IgM), evidencia de anticuerpos contra el colágeno tipo VII (mediante inmunofluorescencia indirecta) y buena respuesta al tratamiento con dapsona.

Es discutida la coexistencia de las ampollas con compromiso renal y actividad de la enfermedad. Malcangi y col describen asociación entre erupción bullosa y recaída clínica o serológica en 9 de 25 casos (26%), 4 de ellos con compromiso renal. El LES-b no suele responder al tratamiento sistémico con corticoesteroides. La dapsona (categoría C durante el embarazo) es el tratamiento de elección.

Como conclusión, el LES-b es una rara manifestación cutánea en estos pacientes. Debe considerarse la posibilidad de actividad sistémica y descartar daño de órgano blanco. Suele no responder a esteroides sistémicos o inmunosupresión y la dapsona es la medicación de primera elección.

**ANTICUERPOS ANTI-CENTRIOLO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

M. D'Amico<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Británico De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

**Introducción:**

Numerosos autoanticuerpos dirigidos contra componentes nucleares y citoplasmáticos han sido descritos en enfermedades autoinmunes, muchos de ellos sin un significado clínico y fisiopatológico definido. Los anticuerpos anticentriolo son infrecuentes y constituirían un importante componente de autoactividad en la esclerosis sistémica. Pueden hallarse en pacientes con fenómeno de Raynaud, esclerosis sistémica y artralgias inflamatorias. Comunicamos el caso de una paciente con artralgias inflamatorias y anticuerpos anticentriolo. **Presentación del caso:** mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos conocidos, que consultó por primera vez en el Servicio de Reumatología, por artralgias inflamatorias de 4 meses de evolución, de inicio en el puerperio, con compromiso de manos, carpos, codos, rodillas y tobillos, de curso aditivo, con xerostomía como única manifestación extraarticular, sin otros hallazgos relacionados con enfermedades reumáticas sistémicas. En el laboratorio presentó AAN por HEp-2 1/5120 patrón anticentriolo, anti-Ro 45 U/ml, anti-La 29 U/ml, ASMA 1/80, reactantes de fase aguda normales, factor reumatoide y anti-vimentina negativos, hepatograma normal, anti-RNP, Scl-70 y anti-DNA negativos, C3 110 mg/dl y C4 20 mg/dl, proteínograma y perfil tiroideo normales y serologías virales (VHB, VHC y HIV) negativas. Los test de ojo seco (Schirmer, BUT y rosa de Bengalia) fueron negativos. Recibió antiinflamatorios (ibuprofeno) y por exacerbación corticóide de depósito por única vez. Por persistencia de la sintomatología luego de 6 meses de evolución se agregó hidroxiquina 200mg/día y vitamina D 2400 UI/día, sin presentar nuevas recaídas. **Comentarios:** Los anticuerpos anticentriolo son un patrón infrecuente de AAN. Existen escasas comunicaciones y la mayoría de ellas vinculadas con esclerosis sistémica (tabla 1). Nuestra paciente luego de 2 años de comienzo de los síntomas, no reúne criterios clínicos de enfermedad reumática sistémica. El rol fisiopatológico no ha sido definido y son necesarias más investigaciones para aclarar su importancia. **Tabla 1:** Revisión de la literatura

| Año  | Autor             | Nº pacientes | Expresión clínica                       |
|------|-------------------|--------------|---|
| 1982 | Osborn, Ross      | 1            | Esclerodermia (ES)                      |
| 1983 | Moroi             | 2            | 1 ES y Sjögren / 1 Raynaud y artralgias |
| 1983 | Callarco, Guillam | 1            | ES                                      |
| 1983 | Tuffanelli        | 4            | 3 ES / 1 Raynaud                        |
| 1985 | Osborn, Ryerse    | 1            | ES y artralgias                         |
| 1991 | Rattner           | 2            | 1 Raynaud/ 1 hipertiroidismo            |
| 1994 | Sato, Fujimoto    | 1            | ES                                      |
| 2004 | Hayakawa, Sato    | 1            | ES                                      |

**189** PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA TIPO-1 NO PROGRESOR Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

V. Arturi<sup>1</sup>\*, M. Para<sup>1</sup>, P. Sarsánana<sup>1</sup>, G. De La Parra<sup>1</sup>, A. Esposto<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hija San Martín La Plata, La Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La coexistencia del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) es un evento infrecuente. Las manifestaciones del lupus siguen al síndrome de reconstitución inmune posterior al tratamiento antirretroviral en el 18% de los casos; por otro lado la progresión de la infección por VIH en paralelo a la remisión del lupus fue documentada en un 22%. Existen casos de pacientes infectados por el VIH-1 que presentan carga viral indetectable, con ARN de menos de 50 copias/ml, son los llamados "controladores elite", y otros con niveles de ARN en plasma entre 50-2000 copias/ml, llamados "víremicos controladores", ambas situaciones están relacionadas a factores del huésped, como el control mediado por linfocitos CD4 y el alelo protector HLA B57, y a su vez podrían tratarse de pacientes clínicamente no progresores a largo plazo. Se describe el caso de un paciente con diagnóstico de LES e infección por el VIH-1, no progresor. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 51 años de edad, caucásico, que consulta por primera vez al Servicio de Reumatología del Hospital de derivación de adultos a los 38 años de edad (año 2000). Presenta antecedente de diagnóstico de LES realizado en la infancia (12 años), con positividad, FAN+ y célula LE+; recibió como tratamiento inicial altas dosis de corticoides. En el año 2000 cursa internación por pericarditis lúpica, confirmado por ecocardiograma con buena respuesta a tratamiento médico. En el año 2011, luego de 10 años sin control, requiere internación por insuficiencia cardíaca y vasculitis leucocitoclástica. Durante la misma se diagnostica infección por VIH. No indicándose tratamiento antirretroviral por presentar carga viral indetectable. El estudio serológico de su pareja fue negativo. En Enero de 2013 se interna por presentar bicitopenia: hematocrito 11%, hemoglobina 3g/dl, leucocitos 2100/mm3 (neutrófilos 58%, Linfocitos 20%), plaquetas 230.000/mm3, ERS 120, esplenomegalia. El estudio de la médula ósea informa hiperplasia para la edad (90% celularidad hematopoyética/10% grasosa), con rasgos displásicos. Cultivos de médula ósea negativos para hongos y tuberculosis. Carga viral: 206 copias/ml, CD4 259 (32%). Se solicitó HLA B57\*38, A1-A2, DR13-DR13. Se realizan transfusiones sanguíneas, no iniciando tratamiento antirretroviral. En Marzo presenta pancitopenia con neutropenia febril asociada a infección severa de partes blandas (gangrena de Fournier). Cultivos positivos para *P. aeruginosa*, por lo cual se indica antibiología, amplio drenaje quirúrgico y posterior colocación de injerto cutáneo. Inicia tratamiento con gammaglobulina endovenosa 2mg/kg dosis total (peso 90kg) y factor estimulante de colonias granulocíticas. Al alta inicia tratamiento con ciclosporina 100mg/12hs, metprednisolona 4mg/día. Se reinternó por nuevo episodio de neutropenia febril, asociado a sepsis por *E.coli*. En la tomografía de tórax y abdomen se detectan adenomegalias mediastinales y esplenomegalia. Se toma nueva biopsia de médula ósea que informa hiperplasia para la edad (30% hematopoyesis/70% graso) con presencia de las tres series hematopoyéticas y rasgos mielodisplásicos. Carga viral 1350 copias/ml, CD4 301. Se decide iniciar tratamiento antirretroviral (emtricitabina/tenofovir y raltegravir) y se realiza segunda infusión de gammaglobulina endovenosa 2mg/kg dosis total asociada a factor estimulante de colonias granulocíticas. Por presentar recaídas al transcurrir los 21 días del tratamiento con inmunoglobulina, se inician gestiones para realizar tratamiento con terapia anti-CD20. **DISCUSIÓN:** Se destaca la rara coexistencia de ambas patologías con sus complejas interacciones patológicas, asociado a la superposición en sus manifestaciones clínicas lo cual dificulta el diagnóstico y conducta terapéutica, así como la importancia del screening serológico del VIH-1 en pacientes con enfermedades autoinmunes.

**190** MIELITIS TRANSVERSA COMO PRIMER MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS

M. Lasagna<sup>1</sup>\*, M. Lagruti<sup>1</sup>, R. Navarrete<sup>1</sup>, F. Consiglio<sup>1</sup>, D. Bértola<sup>1</sup>, A. Greca<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Primerá Cátedra De Clínica Médica. Univ. Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La mielitis transversa (MT) es una de las complicaciones neurológicas más graves que se producen en el curso del lupus eritematoso sistémico (LES), con una prevalencia del 1-2%. Puede presentarse como manifestación inicial y dentro de los primeros 5 años del diagnóstico. Presenta una mortalidad del 33%, la cual se reduce significativamente con diagnóstico temprano e inicio del tratamiento inmunosupresor con corticoides y ciclofosfamida. La asociación con Miastenia Gravis (MG) es infrecuente y representa un desafío diagnóstico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 33 años, con diagnóstico de Miastenia Gravis en la infancia (con títulos de Anti Cuerpo anti Receptor de Acetilcolina elevados y test de estimulación decrementada en electromiografía), en tratamiento con piridostigmina. Ingresó por parestesias, paraparesia, movimientos involuntarios distónicos de miembros superiores e hipostesia en miembros inferiores y hemiparálisis izquierda. Presentó alopecia y linfopenia. La tomografía de cráneo resultó normal y la resonancia magnética de cráneo y columna dorsal evidenció incremento de la señal a nivel de médula dorsal, heterogénea en T2, compatibles con mielitis transversa. El líquido cefalorraquídeo fue normal y los cultivos negativos. Laboratorio inmunológico: FAN+ 1/1280, P-ANCA+ 1/160, hipocomplementemia, anticardiolipinas IgG+ en títulos altos. Arribamos al diagnóstico de LES, con Índice de Actividad de Lupus Eritematoso Sistémico (SLEDAI) de 15 (actividad severa). Realizo tratamiento con pulsos de metilprednisolona y pulso de ciclofosfamida mensual con mejoría de la sintomatología neurológica y recuperación de la deambulación. Permanece estable a los 6 meses de seguimiento, y persisten anticuerpos anticardiolipinas IgG+ en títulos altos. Actualmente realizó 5 pulsos de ciclofosfamida (cumplimiento irregular), se encuentra en tratamiento con prednisona 10 mg/día, hidroxiquinolina y AAS. Se evaluó la posibilidad de comenzar tratamiento anticoagulante, decidiendo por el momento solo antiagregación.

**DISCUSIÓN:** La paciente cumple con los criterios clasificatorios de LES utilizando los criterios SLICC 2012 (Mielitis transversa, linfopenia, alopecia, FAN positivo, anticardiolipinas IgG+ en títulos altos e hipocomplementemia). Éstos incorporan una amplia gama de manifestaciones neuropsiquiátricas como criterio clínico de LES, entre ellas la mielitis, aumentando con los cambios propuestos la sensibilidad de un 83% (ACR) a un 97%. Las manifestaciones neuropsiquiátricas se presentan hasta en un 60% de pacientes con LES, siendo la cefalea la más frecuente. La MT tiene una incidencia de 1,34/100.000 habitantes/año. Si no es diagnosticada y tratada en forma temprana presenta una elevada morbimortalidad. Si bien la fisiopatología no se conoce ciertamente se sospecha la intervención y asociación de procesos inflamatorios e isquémico-trombóticos involucrados. Para el diagnóstico de dicha entidad, es fundamental obtener una resonancia magnética de alto campo. Se ha postulado que el tratamiento inmunosupresor agresivo temprano (dentro de las primeras horas de inicio del cuadro) es fundamental para una respuesta favorable. A pesar de esto, es más discutido el rol de la antiagregación - anticoagulación. Según las recomendaciones actuales de EULAR estaría indicada en aquellos pacientes con títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos de manera persistente y principalmente, en casos de mielopatía refractaria a tratamiento inmunosupresor.

La asociación de MG a otras enfermedades autoinmunes fluctúa entre 5 y 30%. Si bien la asociación con LES no es la más frecuente, según la literatura hay que sospecharla sobre todo en paciente mujeres jóvenes, con diagnóstico temprano y comienzo generalizado. En este caso la presentación inicial del LES con manifestaciones neurológicas en una paciente con antecedente de MG requirió un alto índice de sospecha, y la evolución clínica fue favorable. En conclusión, la asociación de LES y MG no es excepcional y por lo tanto plantea la necesidad de buscar un LES en pacientes miasténicos, sobre todo cuando se trata de mujeres con inicio precoz y generalizado de la patología. Establecer el diagnóstico de MT asociada a LES es fundamental ya que genera cambios importantes en cuanto al tratamiento inmunosupresor a realizar, que debe ser temprano.

**191** PSEUDOTUMOR ORBITARIO EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS

P. Maldonado<sup>1</sup>\*, M. Bertolaccini<sup>1</sup>, R. Martínez<sup>1</sup>, M. Yacuzzi<sup>1</sup>, V. Bellomi<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El pseudotumor orbitario es una entidad clínica de naturaleza inflamatoria que afecta a estructuras oculares específicas o en forma difusa. Predomina en la quinta década de la vida y puede presentarse en forma aguda o crónica. Clínicamente cursa con dolor, quinitis y alteraciones visuales con riesgo de secuelas invalidantes.

**Presentación de casos**

|                               | Caso 1   | Caso 2  | Caso 3   |
|-------------------------------|--|---|--|
| Sexo y Edad                   | masculino, 36 años   | masculino, 63 años                            | femenino, 38 años  |
| Tiempo de evolución de la GPA | 17 años  | 19 años                                       | 2 años   |
| Manifestaciones oculares      | Ambliopía y luego amaurosis en ojo derecho. Disminución de agudeza visual izquierda y exoftalmía bilateral | Exoftalmía y dolor en ojo izquierdo           | Exoftalmía, dolor ocular y epifora derechos.                         |
| Manifestaciones Extraoculares | Sinusitis, hemorragia pulmonar, nefropatía en HD   | -   | Hemorragia pulmonar, úlcera oral, oligoartritis y vasculitis cutánea |
| ANCA C                        | positivo   | negativo                                      | positivo   |
| Imagenología                  | Pseudotumor orbitario bilateral  | -   | Pseudotumor orbitario derecho  |
| Anatoma Patológica            | -  | Vasculitis compatible con GPA orbitaria       | -  |
| Tratamiento                   | MTPD 3g, CFM oral, MPD con mala respuesta. Inicia RTX  | CFM EV sin respuesta. RTX con buena respuesta | MPD y RTX con buena respuesta  |

GPA: granulomatosis con poliangeitis; MTPD: metilprednisolona; MPD: meprednisolona; CFM: ciclofosfamida; RTX: rituximab; HD: hemodialisis.  
**Discusión:** Las manifestaciones oculares en GPA se presentan en 8-16% inicialmente y durante la enfermedad en 28-58%. El pseudotumor es una infiltración orbitaria de tejido granulomatoso que se comporta como un proceso tumoral pudiendo desarrollar neuritis óptica, atrofia de nervio óptico y/o fenómenos trombóticos. Coincidiendo con estudios imagenológicos e histopatológicos.  
 RTX ha demostrado eficacia en recalcada de GPA (estudio RAVE) y sería también una opción en pacientes refractarios a la terapia convencional o con contraindicaciones a la misma. En esta serie de casos los 3 pacientes recibieron RTX, en 2 de ellos por refractariedad a CFM y en uno por antecedentes infecciosos que le impedirían recibir la misma.  
 El diagnóstico y tratamiento oportunos de pseudotumor podría evitar las consecuencias oculares irreversibles.

**192** MANIFESTACIONES OTOLÓGICAS EN ER-IGG4

J. Gallo<sup>1</sup>\*, A. Ortiz<sup>1</sup>, S. Páira<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El compromiso otológico en la ER-IgG4 se caracteriza por presentar hipoacusia mixta (neurosensorial) progresiva o fluctuante. Por lo tanto, la otitis media forma parte del compromiso de esta enfermedad y refleja que el epitelio respiratorio incluyendo mucosa del oído medio puede ser el objetivo de esta enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar el compromiso otológico como manifestación de la enfermedad sistémica relacionada a IgG4

**Caso 1:** Paciente de sexo femenino de 39 años de edad con diagnóstico de ER-IgG4, habiendo comprometido glándulas salivales y adenopatías, presento acufenos y vértigos. Audiometría: hipoacusia sensorineural bilateral de 60 decibeles de tonos agudos. **Caso 2:** Hombre de 35 años de edad con diagnóstico de ER-IgG4, habiendo presentado pancreatitis autoinmune. Se constata hipoacusia sensorineural bilateral de 30 decibeles de tonos agudos, asintomático. **Caso 3:** hombre de 75 años de edad con diagnóstico de ER-IgG4, presentando esclerouveítis, hipoacusia, vértigo, acufeno y pulsión derecha. Se constata hipoacusia sensorineural bilateral de 90 decibeles de tonos agudos, sintomático, con respuesta al tratamiento sintomático y en audiometría.

**Conclusión:** En los 3 casos que fue buscada la PASNA, fue encontrada. La ER-IgG4 podría ser incluida en el listado de causas inmunológica de hipoacusia sensorio neural.

## MUJER DE 63 AÑOS CON FIEBRE, NUDULOS PULMONARES-CUTANEOS Y PANCITOPENIA: ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS Y PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS, UN DESAFÍO

C. Campo [1], M. Lagrutta [2], F. Consiglio [3], D. Bértola [4], R. Parodi [5], A. Greca [6]

<sup>1</sup> Primera Cátedra de Clínica Médica, Univ. Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina  
[2] Presentador

### INTRODUCCIÓN

La conocida relación entre enfermedades autoinmunes y linfoproliferativas se evidencia en la dificultad para el diagnóstico diferencial, ya que la clínica, los hallazgos en los métodos diagnósticos y la respuesta al tratamiento pueden ser similares. El estudio histopatológico, no exento de dificultades, es mandatorio para obtener un diagnóstico concluyente.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años con episodios recurrentes de fiebre prolongada, astenia y disnea progresiva de 7 años de evolución. Las tomografías de tórax evidenciaban inicialmente infiltrados pulmonares intersticiales, agregado posteriormente nodulos pulmonares bilaterales y ganglios mediastinales levemente megálicos. La biopsia pulmonar concluye neumonitis intersticial linfocitaria, con granulomas gigantes celulares no necróticos, células multinucleadas y vasculitis de pequeños vasos (inmunohistoquímica negativa para linfoma). Acompaña al cuadro pancitopenia fluctuante con médula ósea regenerativa, citometría de flujo normal, y esplenomegalia moderada. Requiere múltiples esquemas de tratamiento con corticoides, rituximab, y etrombopag, que altera por intolerancia y respuesta parcial. Refiere historia previa de sinusitis crónica y disfonía.

Sets años más tarde presenta eritema nodoso y lesiones papulares eritematosas, cuyas biopsias informan granulomas necrotizantes y en empalizada, con células multinucleadas y vasculitis leucocitoclásticas. Agrega úlceras orales y una determinación de ANCAc (+) 1/40 (valores previos negativos). Se interpretó como granulomatosis con poliangeítis y pancitopenia autoimmune asociada. Inicio tratamiento con corticoides y micofenolato con mejoría clínica; resuelven las lesiones cutáneo-mucosas, mejora el estado general, la disnea y la pancitopenia. A los 40 días presenta neutropenia febril, y requiere cambiar tratamiento a inmunoglobulina endovenosa (IgEV) con buena respuesta.

Seis meses más tarde empeora clínicamente presentando fiebre, aumento de la velocidad de entrosedimentación a 150 mm/h, y pancitopenia con deterioro del estado general progresivo y marcado. No responde a pulso de metilprednisolona ni a las IgEV. La biopsia e inmunohistoquímica de médula ósea resultaron negativas, así como los cultivos. Se evidencia por tomografía franca mejoría de las lesiones pulmonares pero aumento de las adenopatías mediastinales y esplenomegalia masiva, por lo cual se biopsia un ganglionar que informa Linfoma de Hodgkin. Realiza quimioterapia con mejoría del estado general. Al año sigue en remisión completa con PET-TC negativo. DISCUSION

A lo largo de los años la paciente fue agregando manifestaciones clínicas de granulomatosis con poliangeítis: sinusitis y disfonía, lesiones pulmonares cada vez más características (inicialmente intersticiales, luego nodulares), eritema nodoso, úlceras orales y ANCAc positivos. La revisión de la biopsia pulmonar con características muy similares a la cutánea, con granulomas y vasculitis de pequeño vaso sostiene el diagnóstico, así como la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Con el empeoramiento del cuadro clínico, inicialmente se sospechó actividad de la enfermedad de base, versus síndrome hemofagocítico secundario, así como causas infecciosas en una paciente inmunocomprometida. Particularmente infección por micobacterias y micosis sistémicas. Sin embargo la progresión de las adenopatías y de la esplenomegalia orientó a la presencia de enfermedad linfoproliferativa.

Se conocía la relación entre autoinmunidad, inmunosupresión y el desarrollo de neoplasias. Los pacientes con granulomatosis con poliangeítis tienen un aumento del riesgo para desarrollar cáncer que es 2 veces mayor que en la población general, particularmente para leucemias y linfomas. Aún no se ha definido si tiene relación con el padecimiento autoinmune de base, o con la terapia inmunosupresora, entre ellas las drogas citotáticas.

Inversamente, aunque infrecuente, la vasculitis podría ser una manifestación paraneoplásica del linfoma. Sin embargo los años de evolución de la enfermedad autoinmune, y la resolución del compromiso pulmonar y mucocutáneo al momento de las manifestaciones clínicas que llevaron al diagnóstico de linfoma (empeoramiento de la esplenomegalia y de las adenopatías mediastinales) aleja a nuestro entender esta posibilidad.

El objetivo de la presentación de este caso es destacar las dificultades que se tuvieron para lograr un diagnóstico preciso en una paciente con dos enfermedades con marcado compromiso sistémico y con presentaciones clínicas solapadas. En estas circunstancias, el diagnóstico histopatológico es clave. Es por ello que deseamos enfatizar la importancia de las biopsias repetidas, así como la revisión de las mismas para poder arribar a un diagnóstico que nos permita decidir y realizar una terapéutica apropiada.

## MUJER CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y POLIADENOPATÍAS

M. Heinze [1], M. Benes [2], N. López [3], L. Ferreira Mufarregue [3], J. Roteta Rocamora [3], C. Lessa [4]

<sup>1</sup> Hospital Carlos G. Durand, Argentina  
[2] Presentador

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se caracteriza por afectación de múltiples órganos constituyendo el modelo de enfermedad autoinmune sistémica. La inmunopatogénesis del LES se asocia con pérdida de la autorregulación y activación celular dependiente de factores ambientales, hormonales e infecciosos. La activación de la sistema inmune por autoantígenos y la expansión de linfocitos B policlonales producen los autoanticuerpos característicos de la enfermedad. La presentación clínica y evolución del LES muestra una amplia variedad. Dentro de las manifestaciones clínicas generales se describen (95%): fatiga, artroalgias, fiebre y pérdida de peso. Las poliadenopatías se presentan generalmente de pequeño tamaño, durosélicas y poco dolorosas, con localización cervical, inguinal o axilar. Estas se presentan en hasta el 25% de los pacientes a lo largo de la evolución de la enfermedad y con una prevalencia del 5% al 7% como forma de debut. Estos síntomas pueden estar asociados a la forma de presentación de Linfomas, lo que lleva a plantearnos su diagnóstico diferencial ante estas manifestaciones clínicas.

**Objetivo:** Presentación de un caso de una paciente con adenopatías generalizadas.  
**Desarrollo:** Paciente de sexo femenino de 34 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que comienza con poliadenopatías, acompañadas de fiebre a predominio vespertino, sudoración nocturna, pérdida de peso de 8 kg y dolores óseos. Consulta a Clínica Médica en su ciudad de origen que deriva a Hematología. Se realiza Punción Aspiración con Aguja Fina de ganglio supraclavicular derecho que evidencia proliferación linfóide sospechosa de Enfermedad de Hodgkin, cuya inmunomarcación es compatible con hiperplasia linfóide. La biopsia de dicho ganglio presentó cultivos, baciloscopia y micológico negativos. Tomografía Axial Computada de Cuello, Tiroides y Tórax evidencia formaciones ganglionares en: espacio sublingual derecho, espacio submandibular izquierdo (diámetro 1,4 cm), preauriculares, cadenas latero cervicales, cervicales posteriores y espacio supraclavicular (diámetro 1,9 cm) y en regiones axilares (diámetro 2,8 cm).

Ingresó a Clínica Médica de nuestro hospital. Se realiza biopsia de ganglio cervical cuya Anatomía Patológica informa: desorganización de la arquitectura con presencia de cúmulos de histiocitos y escasos folículos primarios; CD20(+) en Linfocitos B, CD3 (+) en Linfocitos T, CD68(+) en histiocitos, CD30(-), CD15(-) compatible con adenitis reactiva. Técnica de PAS, Grocott y Ziehl Neelsen: (-). Cultivo bacteriano. Inmunofenotipo de tejido: no se observa evidencia fenotípica de compromiso compatible con síndrome linfoproliferativo en la muestra. Se interconsulta a nuestro servicio para valoración, evidenciándose al interrogatorio dirigido: caída de cabello, rash malar, fotosensibilidad, artritis y artralgias por lo cual se solicita laboratorio inmunológico que informa: ANA(+) 1/640 patrón Nuclear Homógeno + Citoplasmático Granular Fino Denso, aDNA por Elisa (+), aSm(+), aRn(+), aLA(-), aRNP(-), ac1(+)(+)(alto título), aRBSomal P(+), C1q<1,1 C3-4/0, C4<7,7, disminuidos. Se realiza sedimento urinario que informa: AAS trazas proteínas, leucocitos(-), nitratos(+), urobilinogeno(+), proteinuria ++, PH 7, sangre +++, densidad 1020, hematies 15-20 por campo, 30% dismórficos. Proteínuria: 5,52 g/24 hs. Se realiza biopsia renal con diagnóstico de: Nefritis Lúpica focal, Clase IV-G (A) índice de actividad 11/24. Se diagnostica Lupus Eritematoso Sistémico. Inicia tratamiento con 3 pulsos diarios de Metilprednisolona EV y de Ciclofosfamida 1 gr mensuales; continuando con Meprednisolona 1mg/kg/día VO, Aspirina 100 mg/día, Hidroxicloroquina 400 mg/día. La paciente presentó buena evolución clínica con resolución de las manifestaciones generales. Luego de un mes de tratamiento, se evidencia en el laboratorio inmunológico: aDNA de alta avidéz(+) y antinucleosoma(-) con complemento en ascenso, C3: 59 y C4: 12.

**Conclusión:** Las poliadenopatías generalizadas indolores, de evolución subaguda, acompañadas de síntomas constitucionales debe conducirse a planteamos diagnósticos diferenciales. Entre ellos, síndromes linfoproliferativos tanto como formas de debut de Lupus Eritematoso Sistémico, siendo necesaria la realización de distintos métodos complementarios para confirmarlos o descartarlos.

El Lupus se asocia a un aumento del riesgo de neoplasias, especialmente Linfoma No Hodgkin con un riesgo de 2 a 4 veces mayor que la población general. El seguimiento estrecho de los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico puede ayudarnos a detectar de forma temprana datos clínicos y de laboratorio indicios de enfermedad neoplásica.

## ARTRITIS EROSIVA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE HANSEN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. Rojas Tessari [1], M. Lencina [2], M. Crespo Espindola [3], G. Sabra [2], S. Moreno [2], M. Morales [2]

<sup>1</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina  
<sup>2</sup> Centro Dermatología, Salta, Argentina  
[2] Presentador

### INTRODUCCIÓN:

La Lepra es una enfermedad endémica en países subdesarrollados como India, Brasil y Argentina. La prevalencia en nuestro país es de 1,4/ 10.000 habitantes, reportándose el mayor número de casos en el noreste, gran Buenos Aires y Noroeste del mismo. Se reportó el caso de un paciente con poliartritis erosiva asociada a la infección por *Mycobacterium leprae*. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** paciente de 17 años procedente de Orán, trabajador rural. Antecedentes personales/familiares: negativos. Motivo de Consulta: dolor y deformidad en manos de 1 año de evolución. Examen físico: lesiones pseudofurunculares en lóbulo de orejas y en el dorso de las manos, algunas supurativas. Se constata hipo/anestesia y pérdida de cola de cejas. Sin adenopatías. Examen articular: poliartritis de pequeñas articulaciones incluyendo metacarpo-falánicas, PIF y DIF bilaterales y simétricas. Punto incompleto bilateral. Manifestaciones Extra Articulares: dacilitis, raynaud monofásico, pérdida de peso (5 kg en 1 año), fotosensibilidad, síndrome sicca. Laboratorio: VSG 12, PCR 6, complemento normal, FR positivo 20, FAN negativo, anti RO/La/ENA negativos, VHB, VHC y HIV negativos, resto sin particularidades. Rx de manos: pincinzamiento de PIF y DIF; erosiones marginales en 2° PIF bilateral. Rx de pies: erosiones en 1° IF de ambos pies. Rx de tórax normal. Pesquisa de Lepra: Hisopado nasal y de lóbulo de la oreja, según Escala de Ridley en lóbulo de oreja y moco nasal Bacilos 10-100/cpo +++, presencia de Gólobo, índice bacteriológico 4, índice morfológico con viabilidad de 100%. Biopsia: Enfermedad de Hansen variedad Lepromatosa. Coloración de Ziehl-Neelsen positiva. **DISCUSIÓN:** El compromiso articular en la lepra puede observarse en el 1- 70% de los pacientes con lepra, según distintas series. Las manifestaciones reumatológicas más frecuentes incluyen poliartritis simétricas, tenosinovitis de extensores de manos y pies, edema doloroso de manos con limitación de los movimientos y manifestaciones secundarias a neuropatía. Las mismas pueden deberse a la presencia de bacilos en el líquido sinovial o asociarse a brote reaccional mediado por inmunidad humoral o celular. El tratamiento de las manifestaciones articulares es conservador, ya que pueden resolverse íntegramente con medicación específica (dapsona, rifampicina y clofacimina). La enfermedad de Hansen debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con manifestaciones reumatológicas, cutáneas y neuropáticas, en especial en los procedentes de zonas endémicas. Se sugiere evaluación clínica multidisciplinaria para lograr manejo integral del mismo.

## DOS FORMAS DE PRESENTACION EN ENFERMEDAD DE TAKAYASU.

E. Morales Aquino [1], G. Benítez [1], D. Sartori [1], U. Paris [2], Z. Bedarré [2], C. Barros Martínez [2]

<sup>1</sup> Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramon Materiaza, Posadas, Argentina  
[2] Presentador

### Introducción:

La Arteritis de Takayasu es una enfermedad crónica inflamatoria, granulomatosa, de probable etiología autoinmune que afecta arterias de gran calibre especialmente la arteria Aorta y sus ramas. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y su evolución sin tratamiento resulta en complicaciones fatales.

### Caso clínico:

Masculino, 55 años, tabaquista, hipertenso, antecedente de miocardiopatía dilatada de etiología no filiada e historia de claudicación de miembros superiores, ingreso por insuficiencia cardíaca descompensada con posterior paro cardiovascular por fibrilación ventricular requiriendo cardioversor/ritmador implantable. Examen físico: taquicárdico, taquipnéico, diferencias de pulsos entre ambos miembros superiores, pulsos carotídeos disminuidos, edema de miembros inferiores. Laboratorio: Hematocrito 42%; Hemoglobina 14,2 g/dl; Glóbulos blancos 9500/mm3; Uremia 1,20 gr/l; Creatinemia 1,22 mg/dl, GOT 59 UI/l, GPT 100 UI/l; PCR positiva; VSG 50mm/hora. Cinecoronariografía: Oclusión de arteria circumflexa, oclusión de primer ramo diagonal. Aortograma: Oclusión de Arteria Subclavia izquierda, Carótida Primaria izquierda, Estenosis Renal izquierda, Estenosis Mesentérica inferior, Aneurisma de Aorta Abdominal. Fue dado de alta con Metotrexate 10mg por semana.

### Caso clínico 2:

Femenino de 29 años sin antecedentes, consulto por astenia, adinamia, pérdida de fuerza de miembro superior derecho, sudoración profusa, parestiasias en miembros superiores y signos de claudicación. Examen físico: Debilidad de miembros superiores a predominio derecho con una diferencia de presión arterial en miembros superiores. Laboratorio: Hematocrito 28%, hemoglobina: 8,7g/dl, glóbulos blancos: 9500/mm3, entrosedimentación: 130. HIV negativo. Angiotomografía de cuello: Engrosamiento leve de paredes del tronco braquiocefálico y de ambas arterias carótidas primitivas. TAC de tórax: engrosamiento de la pared del cayado aórtico y porción descendente de la aorta (infiltración de la pared vascular) TAC de abdomen: Engrosamiento de la pared aórtica por encima del nacimiento de las arterias renales, estenosis significativa de la arteria renal izquierda. Ecodoppler arterial de miembros superiores y vasos del cuello: Estenosis severa de arteria axilar izquierda. Recbio Metilprednisolona durante tres días y posteriormente Meprednisolona (1mg/Kg/día) y Metotrexate 15mg por semana.

### Comentario:

Se llegó al diagnóstico de Enfermedad de Takayasu por criterios de Ishikawa.

### Conclusión:

La Enfermedad de Takayasu presenta signos/síntomatología diversa. Si bien la forma de presentación más frecuente se evidencia en mujeres jóvenes con síntomas generales y de claudicación se han observado también formas asintomáticas o bien casos avanzados con fallo cardíaco y renal. El tratamiento consiste en evitar a progresión de la enfermedad por medio de inmunosupresores tratando las formas agudas con corticoides.

**197 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL COMO MANIFESTACION RELEVANTE DEL SINDROME ANTISINTETASA**

D. Yucra Bobarín<sup>1</sup>\*, D. Dubinsky<sup>1</sup>, F. Camargo Serrado<sup>1</sup>, A. Beron<sup>1</sup>, D. Monopoli<sup>1</sup>, Sanatorio Guernés, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCION**

El síndrome antisintetasa (SAS) es caracterizado por enfermedad muscular inflamatoria, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), fiebre, poliartrosis, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico, asociado a anticuerpos (Ac.) anti amino-acil IRNA sintetasa.

Presentamos un caso de SAS con signos predominantes de EPI, fiebre, artritis, manos de mecánico, con leve debilidad muscular.

**CASO CLINICO**

Varón de 34 años. Ex tabaquista de 12 pack/year. NAC.

Inicia 2 meses previos a su internación, con fiebre entre 38 y 40 grados intermitente, sin escalofríos, asociado a astenia, adinamia, pérdida de 10 kg de peso, tos seca, disnea de esfuerzo, sin respuesta a azitromicina. Al interrogatorio dirigido: poliartralgias y leve disminución de la fuerza al realizar tareas habituales.

Examen Físico: Taquicardia, taquipnea. Hiperpigmentación y descamación de pies en ambas manos. Tumefacción en articulaciones de muñecas, MCFs bilateral y rodillas. Debilidad muscular proximal 4/5 en miembros superiores. Hipoventilación y crepitantes tipo velcro bi basales

Laboratorio: Hto 29% Hb 9.2g/dl GB 16000/mm<sup>3</sup> (N 90%/L 7%) Plaquetas 579000/mm<sup>3</sup>, Urea 14mg/dl Cr 0.5mg/dl BT 0.8mg/dl FAL 197 UI TGP 287 UI TGO 364 UI LDH 1940 UI/CPK 11000 UI ESD 64mm/h PCR 89.2 mg/l. HIV, HBV, HCB negativos, FAN (-), Látex AR 22, Anti RO (+) Anti LA (+), Anti JO1 (-).

TAC de tórax: Derrame pleural laminar bilateral. Engrosamiento pleuro-intersticial en ambos ápices. Acentuación del intersticio pulmonar en ambas bases. Condensación con bronograma aéreo en LII y opacidades en vidrio esmerilado en ambos lóbulos inferiores. Ganglios mediastinales y axilares sin rango adenomegálico. Colección laminar en pericardio.

EFR: CVF 75%, VEF1 65%, Tiffenau 98%. Patrón restrictivo moderado.

Biopsia de músculo: Aisladas fibras necróticas con macrofagia y regeneración. Escaso infiltrado inflamatorio perivascular focal, predominio histiocítico tipo 1. Dx: Miopatía inflamatoria.

Inicia tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día y azatioprina 2 mg/kg/día, con buena evolución.

**DISCUSION**

En ausencia de debilidad muscular relevante, el SAS podría diagnosticarse como una enfermedad pulmonar intersticial idiopática. En los pacientes que previamente tienen marcada fuerza muscular, puede detectarse una disociación entre el grado de debilidad muscular, la magnitud de la elevación enzimática y los hallazgos en la biopsia. La solicitud de Ac. antisintetasa y enzimas musculares podrían ser considerados en el inicio y seguimiento de pacientes con EPI idiopática para el reconocimiento temprano de una enfermedad autoinmune subyacente.

En un estudio de 10 pacientes con EPI sin evidencia de miositis, se observó que los Ac. antisintetasa más frecuentes fueron el PL 12 y PL 7. La ausencia de Ac. anti JO1 no debe descartar el diagnóstico de SAS en el contexto de EPI y cambios musculares clínicos o de laboratorio.

**198 ENFERMEDAD PULMONAR ASOCIADA A RITUXIMAB**

L. Maurelli Torres<sup>1</sup>\*, D. Alessio<sup>1</sup>, J. Albiero<sup>1</sup>, C. Gobbi<sup>1</sup>, P. Alba<sup>1</sup>, E. Albiero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Unidad De Reumatología Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina  
<sup>2</sup> Cátedra De Medicina II, Córdoba, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** la enfermedad pulmonar inducida por rituximab es una rara entidad que se presenta con fiebre, tos y disnea en ausencia de infección. El diagnóstico clínico-patológico más común es la bronquiolitis obliterante con neumonía organizada seguida de la neumonitis intersticial, el distrés respiratorio agudo y la neumonitis por hipersensibilidad. Es esencial un diagnóstico precoz y el tratamiento con corticoides.

**Caso:** Varón de 34 años de edad oriundo de Rosario con diagnóstico de LES en abril 2012, presenta púrpura trombocitopénica en julio 2012 por lo cual le indican tratamiento en su ciudad natal con metilprednisona (pulsos dosis total 1,5 g) y rituximab (2 ciclos cada 15 días de 1g y 500 mg respectivamente). Ingresa a nuestra institución en agosto del 2012 con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria hipoxémica, secundaria a neumoopatía a estudiar. Se realiza tratamiento antibiótico empírico para neumonía aguda de la comunidad grave. Se realizan tomografía de alta resolución de tórax en parénquima pulmonar muestra proceso difuso bilateral simétrico con opacidades en vidrio esmerilado que afectan lóbulos superiores y campos medios tanto a nivel periférico como central. Laboratorio inmunológico negativo. Anticuerpos antifosfolípidos a títulos moderados. Cultivos negativos. Lavado bronquioalveolar: bacteriología: negativa. Citología 80% macrófagos y 20% monocucleares. Citometría de flujo de lavado bronquioalveolar: Linfocitos T CD3+ 77,6%; CD4+ 13,9%; CD8+ 53,5% relación CD4/CD8 0,2 (Valor Normal 1,4 a 1,8). Mala respuesta al tratamiento antibiótico.

Con diagnóstico probable de intersticiopatía asociada a fármacos se inicia tratamiento con metilprednisona 1500 mg dividido en 3 pulsos y luego azatioprina 2 mg/kg/día más meprednisona 40 mg por día. El paciente presenta buena evolución clínica y radiológica.

**Discusión:** Rituximab es una droga bien tolerada con una incidencia de reacciones adversas pulmonares serias de <0.03%. La media de comienzo de las manifestaciones respiratorias es de 3 meses con un pico de incidencia al cuarto ciclo y con una dosis acumulada de 1600 mg/m<sup>2</sup>. En nuestro caso el paciente presentó los síntomas 4 semanas luego de la 2 infusión de rituximab con una dosis acumulada de 1500 mg. Completa los criterios para la evaluación de enfermedad pulmonar causada por drogas, excepto por el test de reexposición al fármaco.

Se propone como fisiopatogenia de la enfermedad pulmonar asociada a Rituximab la activación de linfocitos T citotóxicos, la liberación de citoquinas y la activación del complemento. Como la principal citoquina involucrada es el factor de necrosis tumoral alfa, la terapia con rituximab puede ser probada en casos refractarios. A pesar de que la toxicidad por rituximab es rara, en los últimos años han aumentado el reporte de casos. Deben considerarse estas complicaciones ya que Rituximab se usa en un amplio espectro de enfermedades. Se recomienda monitoreo radiológico entre infusiones de Rituximab y comenzar con esteroides sistémicos en caso necesario.

**199 ESCLERODERMIA SISTÉMICA EN MENOR DE UN AÑO. ACTUALIZACIÓN A 8 AÑOS DE EDAD**

E. Castañ<sup>1</sup>\*, G. Rodríguez Gil<sup>1</sup>, C. Urquola<sup>1</sup>, M. Papucci<sup>2</sup>, M. Albisu<sup>2</sup>, P. Duca<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup> Iredim, Bahía Blanca, Argentina  
<sup>2</sup> Hospital Leonidas Lucreo, Bahía Blanca, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** Esclerodermia significa literalmente "piel dura". Constituye un conjunto de enfermedades cuyo denominador común es el endurecimiento de la piel.

La **esclerodermia sistémica** es una enfermedad del tejido conectivo, crónica, multisistémica, caracterizada por cambios en piel y órganos.

La incidencia en la población general es de 4,5 a 14 por millón, siendo en menores de 10 años el 2% con igual distribución por sexo.

Signos y síntomas de presentación: Piel tirante, fenómeno de Raynaud, contractura de los tejidos blandos, artralgias, debilidad muscular y dolor calcificaciones subcutáneas, distagia y disnea.

**Objetivo:** presentar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de esclerodermia sistémica a los nueve meses de vida y su evolución a los ocho años de edad.

**Desarrollo:**

Pamela fue traída a la consulta a los nueve meses por presentar rechazo de alimento, tos y mala progresión de peso. Fue una RN de término y con peso y talla en percentiles adecuados

A la consulta su peso estaba en percentilo 5-25, su talla en percentilo 75 y perímetro cefálico en el 50

Los datos clínicos: fascie inexpressiva, llanto agudo persistente, lesiones hipocrómicas en tronco e hiperocrómicas en tobillos, induración general con mayor compromiso en manos y pies con imposibilidad de extenderlos. Score de piel: 10. Marcada hipotonia y pérdida de masa muscular.

La deglución presentaba alteraciones con entrecimiento en todas las etapas con restos semisólidos y sólidos (video deglución)

El aspecto respiratorio mostraba leve taquipnea y roncus con Rx normal

La evaluación cardiológica con ecocardiograma fue normal.

El laboratorio mostró entrosedimentación y PCR normales, CPK normal, FAN positivo en título de 1/40 con patrón moteado, resto de anticuerpos negativos.

Se trató inicialmente con esteroides en dosis de 1mg/kg y metotrexate en dosis de 7,5mg/m<sup>2</sup> por semana.

Actualmente Pamela tiene ocho años, se encuentra escolarizada su peso y talla en percentilos 3 y 50 respectivamente. En cuanto a su maduración se evaluaron las 4 áreas para el cumplimiento de las pautas madurativas utilizando las "Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años" de Lejarraga y col. (social, motor fino, motor grueso y lenguaje), pasando todas las pruebas correspondientes para su edad.

Su score de piel está en 4 con mayor compromiso en manos y pies (realiza terapia de rehabilitación) hace 5 años sin medicación. Su examen cardiológico es normal, nunca presentó hipertensión pulmonar. Su evaluación de deglución es normal.

**Conclusiones:** Pamela presentó dificultad en el diagnóstico inicial por lo poco frecuente de la patología. Se inició tempranamente tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (Dmards) y terapia física. La contención de la familia y el trabajo en equipo hizo posible que sus limitaciones sean mínimas y hoy Pamela tenga una vida igual a cualquier niño de su edad.

**200 DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA: UN DESAFIO DIAGNOSTICO**

A. Gal<sup>1</sup>\*, V. Arturi<sup>1</sup>, F. Giordano<sup>1</sup>, P. Santinavea<sup>1</sup>, M. Piva<sup>1</sup>, M. Garcia<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> H.i.g.a. "gral San Martín", La Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción**

La dermatomiositis amiopática (DMA) se define por signos cutáneos clásicos de DM pero sin afectación muscular. Los Criterios de Euser y Sontheimer<sup>1</sup> (90) son los utilizados en la actualidad: cambios cutáneos patognomónicos de DM, hallazgos indicativos de DM en la biopsia cutánea, falta de evidencia clínica de debilidad motora en la musculatura proximal durante al menos 6 meses después de la afectación cutánea.

**Caso número uno: Febrero 2012:** Paciente femenina de 46 años consulta por rash cutáneo fotosensible (cara, escote, brazos y dorso de manos) y eritema en nudillos, párpados y periungueal, acompañada de prurito generalizado, de dos meses de evolución. Sin debilidad muscular. Laboratorio: enzimas musculares normales. ERS: 15, C3 normal FR 29, FAN 1/60 (moteado grueso), RO 22 (positivo), anti JO1: negativo. Inicia tratamiento con prednisona 15 mg/día- hidroxilcloroquina 400 mg/ día. Biopsia de piel: compatible con dermatomiositis. **Mayo 2012:** tumefacción y dolor en mama izquierda de comienzo súbito. Inicia tratamiento antibiótico ante diagnóstico presuntivo de mastitis. Se realiza interconsulta con ginecología. **Junio 2012:** acentuación del rash, lesiones costrosas en cuello, escote y mama izquierda, con sangrado local (lesiones necróticas). **Julio 2012:** Comienza con distagia. Estudio de videodeglución: patológica. Se aumenta dosis de corticoides a 40mg/día y se agrega metotrexato 20 mg/semana. **biopsia de mama izquierda:** Carcinoma inflamatorio de mama. TAC tórax, abdomen y pelvis: lesiones hepáticas, pulmonares y óseas. Inicia quimioterapia. Obito al año del diagnóstico.

**Caso número dos:** Paciente de 66 años de edad, comienza hace 6 años con eritema generalizado, pruriginoso, descamativo. Presenta 2 biopsias de piel: n° 1° 2006: micosis fungoide poiquilérmica. 2° 2006: Síndrome de Sezary. Tabaquista 20 cigarrillos día/ por 50 años. Examen físico: Eritrodermia generalizada, pruriginosa, descamativa. Distagia alta, raynaud, calcinosis digital. Laboratorio inmunológico: Fan 1/500 patrón nuclear. Anti Ro positivo, DNA, Anti LA, SM, RNP, Scl70, Jo1 negativos. Anticentromero positivo, enzimas musculares normales. ERS 86, PCR 24. Diagnósticos presuntivos: linfoma cutáneo vs. enfermedad autoinmune sistémica. Citometría de flujo: no se observan evidencias fenotípicas de compromiso linfoproliferativo crónico. TAC de alta resolución de tórax: distagia esofágica en toda su extensión, enfisema pulmonar. Videodeglución: Distagia orofaríngea leve. Biopsia de piel: Compatible con Dermatomiositis. Tratamiento: tóxico cutáneo, metotrexato 20mg/sem., meprednisona 10mg/día mg, nifedipina 10mg/8hs. Buena evolución clínica.

**Caso número tres:** Paciente masculino de 33 años. Motivo de ingreso junio 2011: Ulceras Cutáneas + SRG. Comienza en octubre 2010: gingivorragia, poliartralgias, úlceras orales, alopecia, eritema malar. Tratamiento: hidroxilcloroquina+ corticoides VO. Marzo 2011: Ulceras necróticas en manos, codos y glúteos y SRG (descenso de 20 kg). Biopsia de piel: vasculitis leucocitocitoclástica y oclusiva. Tratamiento: pulsos de metilprednisona EV: + 4 pulsos de ciclofosfamida 500 mg ev. cada 15 días. Estudios: enzimas musculares normales. FAN, DNA, SM, RO, LA, RNP, JO1, SCL70, anticentromero, ANCA negativos. Electromiograma (15/03/11): normal. Video deglución: etapa faríngea se evidencia rebatimiento epiglótico parcial por contacto con neoplasia faríngea. RMN de cabeza y cuello: formación expansiva parafaríngea derecha. Biopsia de hipofaringe (VEDA): anatomía patológica: granuloma inflamatorio incharacterístico. Con diagnóstico de dermatomiositis amiopática con proceso inflamatorio incharacterístico en hipofaringe, lesiones ulcerosas en profundidad y severo compromiso del estado general, que requirió nutrición enteral inicia en Junio 2011: tratamiento con Gammaglobulina + meprednisona 40 mg/d VO con buena evolución. Se repite Gammaglobulina ev. a los 21 días. Actualmente en tratamiento de mantenimiento con rituximab, en remisión.

**Conclusión:** La presentación de estos 3 casos clínicos demuestra la diversidad de lo que llamamos dermatomiositis amiopática, en el primer caso una paciente con DMA con lesiones cutáneas necróticas asociado a cáncer de mama. En el segundo caso una eritrodermia generalizada con diagnóstico previo de linfoma cutáneo y en el último caso un paciente con úlceras cutáneas asociado a síndrome de repercusión general y masa en hipofaringe que responde a tratamiento inmunosupresor. Se destaca la importancia de identificar subgrupos clínicos en dermatomiositis amiopática, por su importancia pronóstica y terapéutica.

**201****ESCLERODERMIA SISTEMICA Y CRISIS RENAL ESCLERODERMICA ASOCIADO A CARCINOMA DE MAMA**D. Yuca Bobarín<sup>[\*]</sup>, F. Camargo Serrudo<sup>1</sup>, A. Beron<sup>1</sup>, D. Monopoli<sup>1</sup>, C. Peralta<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Sanatorio Guemes, Argentina  
[\*] Presentador**INTRODUCCION**

Varios estudios han demostrado un aumento en la frecuencia de cáncer en pacientes con escleroderma sistémica (ES), especialmente de pulmón y de mama. Sin embargo, existen reportes aislados de pacientes con neoplasias asociado a ES presentándose con crisis renal esclerodérmica (CRE). La patogénesis de esta asociación es desconocida, algunos autores sugieren que podría considerarse un síndrome paraneoplásico ya que ambos pueden ocurrir en relación temporal.

**CASO CLINICO**

Mujer de 47 años, sin antecedentes. Inicia 1 mes previo a la internación con poliartalgias de pequeñas articulaciones, edema de manos, raynaud bilátero de rápida progresión. Inicia tratamiento con nifedipina 8 mg/día, metotrexate 15 mg/sem, hidroxilcloroquina 400 mg/día. Agrega progresivamente disnea, astenia, náuseas y vómitos.

Examen Físico: 200/100 microstomia, raynaud, esclerodactilia, acroscclerosis, frote tendinoso, nódulo en cuadrante superior externo de mama derecha de consistencia pétreo indolora, con la piel subyacente retraída y eritematosa, conglomerado adenomegálico en axila y hueso supraclavicular derechos. hipoventilación generalizada, crepitantes bibasales. Soplo sistólico 3/6 foco mitral. FO normal. Oliguria.

Laboratorio: Hto 27% VCM 97 Reticulocitos 9% Plaquetas 30.000/mm3 Urea 148 mg/dl Cr 3.6 mg/dl ESD 70 mm/h LDH 2375 mg/dl Orina: hemáties 20 isomórficos, leucocitos 12. Proteinuria 6.6 gr/24 hrs. clearance de Cr 12.8 ml/min. Prueba de Coombs directa (-). Frotis de sangre periférica con presencia de esquistosomas.

Latex AR 17.9 FAN 1/160 moteado. Anti DNA, Ro, La, Sm, RNP, Centrómero, Scl70 negativos. ANCA, anti membrana basal glomerular negativos. Inhibidor lúpico y anticardiolipinas negativos.

Inicia tratamiento con IECA, bloqueantes cálcicos y hemodilísis.

Biopsia renal: Glomérulos con aislados microtrombos con intensa congestión. Vasos: Arteria de mediano calibre, esclerosis subintimal con edema mucinoso e imagen tipo calafía de cebolla, arteria de pequeño calibre muestra necrosis fibrinoide y presencia de trombo fibrinoso. Dc: Microangiopatía trombótica con lesiones vinculables a CRE. Aterosclerosis leve a moderada, esclerosis intersticial y atrofia tubular en 15%.

Biopsia de nódulo mamario: Carcinoma ductal infiltrante. Receptor de estrógeno + 100%, progesterona + 60%, Her2 - Ki67 15%. Evolución con requerimiento de diálisis permanente, realiza quimioterapia con ciclofosfamida, adriamicina, paclitaxel.

**DISCUSION**

Presentamos un caso de CRE y cáncer de mama desarrollados en relación temporal. Muchas citoquinas y factores de crecimiento han sido implicados en la patogénesis de ES. Existe evidencia que sugiere que fibroblastos en ES y líneas celulares de cáncer de mama muestran marcada disminución de  $\alpha 1$ ,  $\beta 2$  integrinas y excesiva producción de colágeno. Si bien es especulativo el mecanismo de relación, la causa es desconocida.

Se sugiere realizar screening para neoplasias en pacientes que desarrollen CRE en estadio temprano de ES y en aquellos pacientes que desarrollen neoplasias en el contexto de una ES, vigilar estrictamente los parámetros sugestivos de compromiso cardíaco - renal agudo.

El uso precoz de esteroides, incluso a dosis bajas pudo haber contribuido al desarrollo de este cuadro severo.

**202****CRIPTOCOCOSIS MENINGEA EN LES: A PROPOSITO DE UN CASO**R. Acevedo<sup>[\*]</sup>, A. Fleitas<sup>1</sup>, M. Schmid<sup>1</sup>, C. Martín<sup>1</sup>, M. Gomez<sup>1</sup>, H. Sotelo<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Jividal, Corrientes, Argentina  
[\*] Presentador**Introducción:**

Las infecciones del sistema nervioso central representan el 3% de todas las infecciones en LES. La meningitis por criptococo neoformans es inusual en estos pacientes, quienes en la mayoría de los casos desarrollan esta infección oportunista como resultado de la terapia inmunosupresora.

**Caso Clínico:**

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad que presenta LES (criterios ACR 1997) de 1 año de evolución con compromiso cutáneo, articular, y renal tratada con prednisona 10 mg/día, ciclofosfamida 1g mensual, según esquema NIH), hidroxilcloroquina 300 mg/ día. Ingresa a clínica médica por presentar de 3 semanas de evolución, cefalea holocraneana, fiebre, rash malar, caída del cabello, artritis en pequeñas articulaciones, alucinaciones, excitación psicomotriz, sin signos meníngeos. A nivel laboratorio presentaba linfopenia (1250), anemia normocítica normocromica, VSG: 72 mm/h, PCR:39, función renal y hepática normal, c3 y C4 disminuido, Fan (hep2) 1/1250 patrón nuclear homogéneo, DNA (crithidia): 28 IU/ml. Estudios complementarios se realiza RNM de cerebro con angiografía normal, punción lumbar: glucorraquia 15%, proteinorraquia 69 mg%. Tinta china: negativa. Hemocultivos, urocultivo: negativos.

Se asume como probable actividad de enfermedad de base, se aumenta esteroides a 1mg/kg/día, 2 semanas después presenta exacerbación de cefaleas, fiebre persistente, se recibe cultivo de Líquido cefalorraquídeo : criptococo neoformans : 1 /2560 (aglutinación por partículas de latex), por lo que se inicia anfotericina (dosis acumulada 1.5 g) + fluconazol 400mg, cumpliendo 21 días tratamiento, evolucionando con compromiso respiratorio, distress respiratorio, hemorragia alveolar, fallo multiorgánico.

**Conclusión:**

La meningitis por criptococo debería ser considerada en todos los pacientes con LES que desarrollan manifestaciones SNC, particularmente en los pacientes tratados con drogas inmunosupresoras.

**203****HEMOCROMATOSIS: A PROPOSITO DE UN CASO**C. Battuena<sup>[\*]</sup>, D. Pomares<sup>1</sup>, M. Schmid<sup>1</sup>, H. Sotelo<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Jividal, Corrientes, Argentina  
[\*] Presentador**Introducción:**

La hemocromatosis es la lesión celular y fibrosis tisular que ocurren como consecuencia del depósito excesivo de hierro en células parenquimatosas. La sobrecarga férrica puede ocurrir como consecuencia de distintos mecanismos como un aumento en la absorción intestinal de hierro, la administración parenteral del metal o ambos procesos. En cuanto a su etiología puede ser: a) heredado: hemocromatosis primaria o idiopática. b) adquirido: hemocromatosis secundaria.

**Caso Clínico:**

Paciente de 42 años de edad etilenoista crónico, tabaquista 10 paquetes años, consulta en octubre del 2012 por dolor en hipocóndrio derecho de tipo punzante continuo intensidad 8/10 con propagación al resto del abdomen de 3 meses de evolución. Concomitantemente presentó ictericia mucocutánea, acolia, coluria, hiporexia con pérdida de peso de 5kg aproximadamente en un mes, sequedad e hiperpigmentación de piel, braquidactilia y hepatoesplenomegalia.

El laboratorio informó anemia, VSG, hepatograma, ferritina elevados. FAN y anticuerpos antimitocondriales (+). Ecografía abdominal evidenció hepatoesplenomegalia, vías biliares normales. VEDA con gastropatía aguda erosiva, divertículos de duodeno. TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informó hepatoesplenomegalia de bordes regulares y densidad homogénea, glándula pancreática de características habituales con tenue hiperdensidad de los planos grasos adyacentes a su porción cefálica. Ecocardiograma doppler dimensiones cardíaca dentro de los límites normales, FEY 53%, insuficiencia pulmonar leve. Fondo de ojo: depósito de hierro en conjuntiva de ambos ojos. Biopsia hepática: Cirrosis micro nodular en actividad y hallazgos compatibles con hemocromatosis. Estudio molecular de las mutaciones C282Y y H63D del gen de la HFE de la hemocromatosis hereditaria negativo.

**Conclusión:**

La presencia de Hemocromatosis deber ser tenida en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales, debido a la diversidad de sus síntomas.

Su detección en edades tempranas es fundamental porque permite realizar un tratamiento que evita la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.

**204****LUPUS NEONATAL Y DERRAME PERICÁRDICO**R. Puerta Franch<sup>[\*]</sup>, C. Pappalardo<sup>1</sup>, J. Vimech<sup>1</sup>, A. Spinetto<sup>1</sup>, D. Dubinsky<sup>1</sup>, G. Nasswetter<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital De Clinicas, Capital Federal, Argentina  
[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN.** El LES neonatal es una complicación infrecuente asociada al pasaje transplacentario de anticuerpos anti Ro y anti La maternos. Puede presentarse con manifestaciones cutáneas, cardíacas, hepáticas y hematológicas. La mayoría de estas alteraciones son transitorias. La complicación cardíaca más frecuente y grave es el bloqueo cardíaco congénito (BCC) desarrollándose en aproximadamente un 3%, el compromiso pericárdico es menos frecuente.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 30 años, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en contexto de FAN positivo, Ro positivo, rash malar, alopecia, SAF obstétrico con antecedentes de 2 muertes fatales, un aborto espontáneo y anticuerpos anticardiolipinas IgG/ M y  $\beta 2$ GPI IgG positivos. Se interna en la división Obstetricia cursando una gestación de 30 semanas, sin presentar signos ni síntomas de reactivación del LES.

Se realiza ecocardiograma fetal evidenciándose derrame pericárdico leve, sin alteraciones en el intervalo PR. Se interpreta el cuadro como probable LE neonatal motivo por el cual inicia tratamiento con dexametasona 4 mg/día. En la semana 31,5 se realiza ecocardiograma control donde se evidencia disminución del derrame pericárdico, con resolución del mismo a las 32,3 semanas.

**DISCUSIÓN.** El derrame pericárdico fetal como manifestación de Lupus Neonatal, es infrecuente y escasamente reportado en la literatura, presentándose el mismo como manifestación que acompaña a la miocarditis o al bloqueo que incluso puede preceder a este último. En nuestro caso, el derrame pericárdico, en el contexto de Ro+ confirmó el diagnóstico de LE neonatal resultando exitoso el tratamiento con dexametasona.

## 205 PSEUDOTUMOR CEREBRIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: REPORTE DE UN CASO

M. Bertolaccini<sup>1</sup>\*, M. Yacuzzi<sup>1</sup>, C. Goizueta<sup>1</sup>, S. Rodríguez<sup>1</sup>, E. Lucero<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Angel C. Padilla, Argentina  
[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** El Pseudotumor Cerebrís (PTC) es una infrecuente manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) neuropsiquiátrico, se caracteriza por hipertensión endocraneana en ausencia de lesión estructural que la justifique y se manifiesta por cefalea y alteraciones visuales. Existen a nivel mundial escasas publicaciones de este síndrome en pacientes con LES, siendo el primer caso reportado en nuestro país.  
**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 18 años de edad con antecedentes de poliartritis simétrica de 2 años de evolución en tratamiento con metotrexato. En abril de 2013 es hospitalizada por un cuadro constituido por: hipertensión arterial, edema generalizado, oliguria, rash malar, úlcera nasal y cefalea holocraneana persistente. Laboratorio con hematuria, proteinuria de rango nefrítico, ANA 1/2560 patrón moteado, anti-DNA 1/640, hipocomplementemia, Anti S2GP1 positivo. Se realiza diagnóstico de LES (SLIDA 16), se programa biopsia renal e inicia tratamiento con hidrocloroquina, furosemida y enalapril.  
En examen de fondo de ojo se constata edema de papila bilateral como signo indirecto de hipertensión endocraneana, se plantean diagnósticos diferenciales: vasculitis de SNC, tumor cerebral y trombosis del seno cavernoso. Se realizan: TAC cerebral normal, punción lumbar con presión de apertura de 30mm, líquido cefalorraquídeo (LCR) de características normales y Angio-Resonancia cerebral con dilatación del ventrículo derecho. Se diagnostica pseudotumor cerebrís e inicia tratamiento con meprednisón 40 mg/día y acetazolamida 250 mg, cada 6 horas, controles de fondo de ojo y estado ácido-base cada 48 hs, con mejoría progresiva. Al mes se constata normalización del fondo de ojo y resolución de la cefalea, por lo que se suspende acetazolamida, continuando con glucocorticoides.  
**DISCUSIÓN:** Nuestra paciente cumplió con los criterios modificados de Dandy para diagnóstico de PTC: cefalea, edema de papila bilateral, punción lumbar con elevada presión de apertura, LCR normal e imagenología sin evidencia de patología subyacente. En coincidencia con publicaciones previas, presentó un elevado índice de actividad del LES, respondiendo satisfactoriamente al tratamiento con glucocorticoides y diuréticos.  
A pesar de su baja frecuencia, el PTC debería ser incluido entre los diagnósticos diferenciales de manifestaciones neuropsiquiátricas, en pacientes con cefalea y LES.

## 206 PIODERMA GANGRENOSO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ARTRITIS REUMATOIDEA

V. Caputo<sup>1</sup>\*, H. Venarotti<sup>1</sup>, C. Romeo<sup>1</sup>, A. Smichowski<sup>1</sup>, G. Casado<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Militar Central, Argentina  
[\*] Presentador

El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica, ulcerativa y dolorosa de probable etiología autoinmune, el 50% de los casos se relaciona con una enfermedad sistémica, las más frecuentes son las enfermedades inflamatorias del intestino, la artritis reumatoidea/LES y las discrasias sanguíneas, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y la biopsia únicamente es una herramienta de apoyo que ayuda a descartar otros procesos. Existen cuatro variantes clínicas de pioderma: clásico o ulceroso, pustuloso, ampoloso y vegetante. Los tratamientos de elección son los corticoides y la ciclosporina A por VO, las formas leves pueden controlarse con corticoides o tacrolimus tópicos.

**Caso Clínico:** Presentamos una paciente de 75 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial moderada, controlada con 10 mg/d de enalapril, hipotiroidismo de larga data tratado con levotiroxina 88 mcg/día, sin otros antecedentes patológicos de importancia.  
Comenzó con lesiones tróficas en miembro inferior derecho, iniciando el cuadro con lesión ulcerada de pequeño tamaño en cara anterolateral externa de pierna homónima, progresando lentamente en 4 meses y con tratamiento local a lesión extensa, circunferencial que comprometió la totalidad del tercio inferior de dicho miembro. La biopsia de piel arrojó como resultado "pioderma gangrenoso".  
Se interconsultó al Servicio de Gastroenterología, los estudios endoscópicos y la serología solicitados descartaron enfermedad inflamatoria crónica del intestino y Hematología, informando este último sin neoplasia comprobable por estudios tomográficos, frotis de sangre periférica y biopsia de ganglio axilar.  
La paciente presentó desde su internación sinovitis crónica de tobillo izquierdo; se solicitó laboratorio inmunológico que arrojó como resultados anticuerpos anti CCP (+) y factor reumatoideo (+). Se realizó toilette quirúrgica de la lesión e inició tratamiento con me-prednisón 60 mg/d VO y citrato de calcio/vit D 400 UI agregándose luego MTX 15 mg/sem.  
**Discusión y Conclusiones:** Ante la confirmación de este infrecuente diagnóstico histológico, aún sin manifestaciones clínicas que orienten, aconsejamos la revisión exhaustiva y sistemática por las mencionadas especialidades con el objeto de ampliar con celeridad a un diagnóstico preciso para tratar la causa evitando estas lesiones crónicas de piel con la consiguiente morbilidad agregada que generalmente acarrea.

## 207 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE BEHÇET CON ADALIMUMAB: REPORTE DE CASO

M. Martire<sup>1</sup>\*, L. Marino<sup>1</sup>, M. Oliver<sup>1</sup>, F. Romanini<sup>1</sup>, M. Mamani<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Bernardino Rivadavia, Caba, Argentina  
[\*] Presentador

**Introducción** La enfermedad de Behçet, es una vasculitis sistémica, de curso crónico con compromiso mucocutáneo, ocular, gastrointestinal y del sistema nervioso central. El HLA-B51 es el factor genético más fuertemente asociado. Presenta mayor prevalencia en hombres, con una relación hombre-mujer de 7:1. La edad de presentación es entre los 20 y 40 años. El compromiso mucocutáneo es el más frecuente, observándose úlceras orales en el 98% de los pacientes. Son dolorosas y se ubican en faringe, lengua, mucosa labial y bucal, pudiendo llegar a medir más de 3 cm de diámetro. Las úlceras genitales ocurren en 60 % de los casos, localizándose en hombres principalmente en escroto y en las mujeres en vulva o vagina. En piel puede presentarse eritema nodoso y pseudofoliculitis. El tratamiento se basa en el control de la manifestación clínica y prevención del daño irreversible, utilizándose corticoides e inmunosupresores. Presentamos el caso de un paciente masculino con compromiso mucocutáneo y artralgias con buena respuesta a Adalimumab.

**Presentación del caso** Paciente de sexo masculino, de 47 años de edad, comenzó a los 15 años con cuadro de úlceras orales, dolorosas, asociado a artralgias en rodillas, hombros y tobillos, y eritema nodoso en ambos miembros inferiores. Se realizó biopsia de úlcera oral la cual arrojó resultados inespecíficos y un Test de Patergia positivo. Realizó durante 30 años tratamientos con colchicina, tratamientos tópicos con esteroides, anestésicos locales y sucralfato, sin mejoría clínica. A los 46 años inició metotrexato 15 mg semanal, con parcial mejoría de las artralgias. Concurrió a nuestro servicio para optimización de tratamiento. En el examen físico se constataron úlceras orales en mucosa de labio inferior y lengua de 6 a 10 mm de diámetro cubiertas por membrana amarillenta. Presentaba eritema nodoso en miembros inferiores. En el laboratorio no presentaba alteraciones en el hemograma, función renal ni función hepática. HLA B27 negativo, FAN, ANCA C, ANCA P negativos. Proteína C reactiva y HLA B51 positivos. Se realizó resonancia magnética de articulación sacroiliaca y columna lumbar en secuencias STIR y T1, videocolonoscopia, eco cardiograma y control oftalmológico los cuales no mostraron hallazgos patológicos. Se decidió continuar tratamiento con Metotrexato 20 mg por semana e iniciar Azatioprina 200 mg por día. Sin embargo, requirió tratamiento con corticoides por empeoramiento de las lesiones mucocutáneas. Por continuar sin respuesta al tratamiento se decidió iniciar Adalimumab 40 mg subcutáneo cada 15 días. Luego de 30 días de la primera aplicación el paciente presentó resolución completa de úlceras, eritema nodoso y artralgias. Actualmente se encuentra en el sexto mes de tratamiento, no presentó recaídas y logró suspender tratamiento con corticoides y Azatioprina. No presentó efectos adversos hasta la actualidad.

**Discusión** Las manifestaciones mucocutáneas son las más frecuentes en la enfermedad de Behçet, a pesar de ser lesiones que no comprometen la vida, por sus características y localización dificultan el habla y alimentación, alterando la calidad de vida de estos pacientes. Estudios previos han demostrado la eficacia del agente anti TNF en manifestaciones de enfermedad de Behçet como compromiso neurológico, ocular y gastrointestinal. En la actualidad disponemos de escasa bibliografía respecto a las manifestaciones mucocutáneas pero en varios reportes de casos se vio mejoría de las lesiones con el uso de Adalimumab, Etanercept e Infliximab. Este caso muestra la rápida respuesta a Adalimumab en un paciente con enfermedad de larga evolución. El paciente había sido refractario a tratamientos tópicos e inmunosupresores. A pesar de la falta de estudios que avalen su uso, el Adalimumab podría considerarse una buena alternativa para el tratamiento de manifestaciones mucocutáneas refractarias.

## 208 LINFOMA CARDIACO PRIMARIO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA

L. Navarez Ponca<sup>1</sup>\*, L. Belgoy<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Julio C. Ferrando, Resistencia, Argentina  
[\*] Presentador

Existe evidencia de un mayor riesgo de desarrollar Linfoma en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), más aún si presenta parámetros de actividad de la AR. El Linfoma cardíaco primario representa sólo el 1.3% de los tumores cardíacos primarios y el 0.5% de los linfomas extra nodales. Usualmente se presenta en pacientes inmunodeprimidos y el pronóstico sigue siendo sombrío debido a que en su mayoría permanecen asintomáticos durante mucho tiempo.

**Caso clínico:** varón de 58 años con diagnóstico de AR a los 47 años de edad, erosiva, seropositiva con compromiso de manos, pies y sin manifestaciones extra articulares a lo largo de su evolución. Presenta Látex 1/1280, AAN 160 moteado fino, hipergamaglobulinemia policlonal, VSG 90 mm, DAS 28 7.76, HAQ 0.75. Inicia tratamiento con Metotrexato 15 mg/semana, Hidroxicloroquina 400 mg/día y Meprednisón en dosis variable según el cuadro clínico (hasta 8 mg/día). Por persistir con criterios de actividad de la AR y presentar progresión radiológica luego del año de iniciado el esquema combinado, se adiciona Lefunomida 20 mg/día. A los 58 años consulta por síndrome anémico y signos de insuficiencia cardíaca. Ecodoppler cardíaco evidencia dos formaciones heterogéneas y móviles adheridas a la pared de aurícula derecha (AD) e izquierda (AI) y derrame pericárdico severo. En RNM cardíaca se detecta: formación de aspecto tumoral, pediculada, de amplia base endocárdica de 6,1 cm transverso y 6,8 cm vertical en aurícula derecha (AD) de 3,5 cm de diámetro vertical y 4 cm anteroposterior que obstruye durante el ciclo cardíaco la desembocadura de la vena cava inferior; otra masa similar en aurícula izquierda de base endocárdica de 6,1 cm de diámetro transverso y 6,8 cm vertical. Imágenes compatibles con trombos intracavitarios. Pericardioectasia de 1000 cc: examen citológico sin evidencia de aтипias; cultivos negativos. Se suspende tratamiento con Metotrexato y Lefunomida. Se realiza toracostomía. El estudio histopatológico e inmunomarcación de la masa: Linfoma No Hodgkin B Difuso (LDCBG). Médula ósea sin compromiso neoplásico. TAC de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos. Inicia tratamiento con 6 ciclos de R-CHOP 21 con remisión completa (18 meses) con PET-TC negativo. La AR evoluciona sin signos de actividad de la enfermedad, actualmente con DAS 28 < a 3, 2, HAQ 0,25 y en tratamiento con Hidroxicloroquina 400 mg/día.

**Discusión:** Es bien conocido que el riesgo de desarrollar síndromes Linfoproliferativos en pacientes con AR es hasta ocho veces mayor que la población sana, aun en ausencia de tratamiento inmunosupresor. La afectación es extra nodal en el 40%. El tipo más frecuente es LDCBG (35%), seguido del linfoma de Hodgkin (25%). Aproximadamente el 60% de los casos experimentan remisión con el tratamiento quimioterápico habitual, con supervivencias globales del 50% a los 5 años en casos de LDCBG. Presentamos el caso por la escasa frecuencia del Linfoma en pacientes con AR y escasos reportes en la literatura de la asociación con Linfoma Cardíaco Primario. La evolución fue favorable, con criterios de remisión hematológicos y con parámetros de baja actividad de la AR, probablemente debido al uso de altas dosis de esteroides y Rituximab como parte del esquema quimioterápico.

209

## VASCULITIS DE TAKAYASU. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LARGA EVOLUCIÓN CON PET-TC NEGATIVO.

M. Lagruti<sup>1</sup>\*, D. Bertola<sup>1</sup>, C. Siegrist<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Primera Cátedra De Clínica Médica, *Univ. Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina*

<sup>2</sup> Clínica Médica Y Laboratorio Inmunológico, Rosario, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** la arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva, que involucra preferentemente la aorta y sus ramas. Afecta particularmente a mujeres jóvenes. Si bien predomina en regiones asiáticas, recientemente se ha reconocido que América Latina es un área de incidencia relativamente alta.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** mujer de 33 años, con cuadro de 14 años de evolución de anemia leve acompañada de elevación persistente de VES (cerca de 100mm/h), PCR aumentada e hiperamaglobulinemia.

Hace 8 años, posterior a la aplicación de vacuna para VHB, presentó un episodio de fiebre, astenia y sudoración nocturna, que resolvió espontáneamente luego de 1 mes.

Desde hace 3 años se conoce hipertensión. Al momento de diagnóstico se encontró un soplo aórtico. No se encontraron en esa ocasión causas de HTA secundaria, y se controló el cuadro con atenolol.

En las 3 últimas semanas presentó cifras más elevadas de TA (160/110 mmHg) acompañadas de episodios de mareos autolimitados, sin sensación vertiginosa, alteraciones visuales ni cefaleas. No refiere claudicación intermitente en miembros inferiores, pero sí claudicación de brazo izquierdo. Se deriva en ese momento para consulta reumatológica.

Al examen físico presentó muy buen estado general, soplos nuevos en ambas carótidas, soplos a nivel de ambas arterias ilíacas, renales y aórtico. Pulso tibial posterior derecho estaba disminuido, y la diferencia de TA entre ambos brazos fue de 15 mmHg (mayor en el derecho). El índice tobillo-brazo derecho fue de 0,87.

El laboratorio mostró serologías virales negativas, hiperamaglobulinemia policlonal, ferritina: 60 ng/mL, PCR: 8 mg/L, v: VES: 97 mm/h.

Un eco-doppler de vasos de cuello evidenció moderado engrosamiento bilateral de arterias carótidas comunes (1,2 mm) y carótidas externas. Además informó aumento moderado-severo en el espesor íntima-media, con aumento de la resistencia al flujo en ambas carótidas primitivas. Una ecografía de arterias axilares mostró engrosamiento leve de capas intima-media bilateral.

La angiografía coronaria no invasiva evidenció un score de calcio de 0, engrosamiento parietal de la aorta torácica de 4 mm difuso con compromiso de los vasos supra-aórticos, compatible con arteritis. Un estudio de PET-TC arrojó resultados negativos.

La paciente reunió criterios clasificatorios para arteritis de Takayasu según ACR 1990 y criterios de Sharma. Comenzó tratamiento con prednisona 1 mg/Kg, metotrexato y antiagregación con aspirina. Respondió con descensos de VES (14 mm/h) y PCR (negativa) el primer mes de tratamiento.

**DISCUSIÓN:** presentamos el caso de una vasculitis de Takayasu con largo tiempo de evolución asintomática durante años antes de la aparición de las manifestaciones clínicas. Destacamos el valor de las técnicas actuales de imágenes que permiten detectar alteraciones de la pared vascular antes de que presenten estrechamientos significativos de la luz vascular, permitiendo diagnóstico no invasivo antes de que exista daño orgánico. La sensibilidad del PET-TC para detectar actividad vasculítica aún no está establecida, y estudios recientes ponen en duda los reportes iniciales que lo consideraban un método particularmente sensible.

Ante un caso de clara actividad clínica (soplos nuevos, claudicación en miembro superior, pulso poco disminuido, diferencia de TA entre ambos brazos) y analítica (VES cercana a 100), e imágenes de engrosamiento parietal de grandes vasos, parece lógico considerar la negatividad del PET-TC como falso negativo y tratar a la paciente, por presentar una enfermedad potencialmente severa.

La clara respuesta en el descenso de la VES al tratamiento inmunosupresor confirma a nuestro entender el origen inflamatorio de la elevación de dicho marcador.

210

## ESCLERODERMIA FORMA PANESCLEROTICA O INCAPACITANTE: PRESENTACION DE UN NUEVO CASO.

C. Battaglini<sup>1</sup>\*, N. Cavallero<sup>1</sup>, S. Sartori<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital De Niños Dr. O. Alessi, Argentina

[\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La Morfea Panesclerótica aunque pertenece a las formas localizadas de esclerodermia, es llamada también discapacitante. Se caracteriza por una rápida progresión a la fibrosis cutánea profunda, afectando tendones, fascias y músculos, produciendo contracturas en flexión y úlceras cutáneas.

No existe un tratamiento efectivo que modifique la evolución esta enfermedad, aunque la terapia física el tratamiento local y sistémico pueden mejorarla. Hasta el momento son pocos los casos registrados en la literatura.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de un paciente con esta rara afección.

**CASO CLINICO:** Varón de 6 años procedente de zona rural del norte santafesino (Calchaquí), de mal medio socioeconómico, sin antecedentes patológicos personales ni familiares. Consulta por manchas en piel y tumefacción dolorosa de manos y piernas de 4 meses de evolución. Al examen físico se constatan múltiples máculas de color blanco marfiliforme, rodeadas de un halo violáceo, alternadas con placas hipertróficas superpuestas y diseminadas en todo el cuerpo. Presentaba además esclerodactilia y acrocianosis. La piel era dura, inextensible, con mayor compromiso en miembros inferiores limitando la movilidad de los tobillos. Presentó hiperamaglobulinemia (IgG 2080 mg% - IgM 227 mg% - IgA 86 mg%). Anticuerpos antinucleo positivo y anticentromero-esclero70 negativos.

Biopsia de la piel: infiltrado inflamatorio linfocítico pervascular y entre los haces de colágeno. Los exámenes complementarios no revelaron compromiso sistémico. Se medicó con corticoides y metotrexato sumado a terapias locales, fono y kinesiología. En los meses posteriores, presentó internaciones por neumonía, aumento de transaminasas, varicela y celulitis. Las lesiones desmejoraron con mayor prurito, úlceras maleolares persistentes, disminución de masas musculares y contracturas en flexión de rodillas, tobillos y codos. Se cambió el tratamiento: con micofenolato mofetil, corticoides y sildenafil. Seis meses después, desapareció la acrocianosis y mejoraron las úlceras.

**CONCLUSIÓN:** Presentamos un nuevo caso de esta rara afección de un niño de 6 años, que debutó con una Panesclerodermia, que en su seguimiento presentó una rápida progresión, de difícil manejo y pobre pronóstico, con repercusión en su calidad de vida.

211

## CROWN DENS SYNDROME: UN DIAGNÓSTICO A TENER PRESENTE EN DOLOR CERVICAL. REPORTE DE DOS CASOS.

M. Battler<sup>1</sup>\*, J. Raggio<sup>1</sup>, G. Berbotto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Baigorria, Argentina

[\*] Presentador

La artropatía por cristales de pirofosfato de calcio (PPCa) es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el depósito y la liberación de cristales PPCa en las articulaciones.

En la mayoría de los casos se presenta de forma esporádica, aumentando su frecuencia con la edad.

Tiene un amplio espectro clínico pudiendo ser asintomática o presentarse en forma de artritis aguda o artropatía crónica. Existe un cuadro denominado Crown Dens Syndrome (CDS) el cual se caracteriza por la presencia de dolor cervical agudo secundario al depósito de PPCa en la articulación atlantoaxoidea, que puede ocasionar erosiones y cambios destructivos con el potencial riesgo de luxación. Habitualmente asociado a signos de inflamación sistémica, como fiebre, leucocitosis o aumento en los reactantes de fase aguda. El método diagnóstico de elección es la tomografía axial computada (TAC) de articulación atlantoaxoidea la cual evidencia la calcificación del ligamento transverso del atlas y depósitos circundantes al proceso odontoides asociado en ocasiones a erosiones y subluxación de esta articulación.

Se presentan dos casos de pacientes con este cuadro.

**Caso 1:** Paciente de sexo masculino, 62 años de edad, con antecedente de gota en tratamiento con allopurinol 300 mg/día, sin otra patología de jerarquía, que consulta por cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por oligoartritis aguda de carpo izquierdo y rodilla derecha acompañado de dolor cervical de intensidad 9/10 que imposibilita la rotación y flexo-extensión del cuello, acompañado de un resaca febril. Al interrogatorio niega síntomas visuales, genitourinarios o gastrointestinales. Niega antecedente de infecciones previas en las últimas semanas. Al laboratorio presenta GB 15000/mm<sup>3</sup>, uricemia 5,6 mg/dl, test de función hepática y renal conservados, entroseidimentación 56 mm/hora. Examen radiográfico de líquido sinovial compatible con depósitos de PPCa. Se realizan radiografías de rodillas y carpos que evidencian calcificación meniscal y del ligamento triangular respectivamente. Ante la sospecha de CDS se solicita TAC de articulación atlantoaxoidea que informa calcificación del ligamento transverso del atlas y depósitos en la circunferencia del proceso odontoides, confirmando el diagnóstico.

**Caso 2:** Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que se presenta con cuadro de dos meses de evolución caracterizado por episodios recurrentes de dolor cervical severo, no relacionado a causa traumática, que imposibilitaba los movimientos de rotación del cuello. Niega otros síntomas articulares acompañantes, síntomas visuales, cefalea o claudicación mandibular. Se solicita laboratorio que es normal con reactantes de fase aguda elevados. Rx de columna cervical: rectificación de la lordosis fisiológica. Se indica inicialmente terapia kinésica para relajación muscular y orfidalol 4 mg por la noche, sin resolución del cuadro. Por la persistencia de episodios intermitentes de dolor cervical se decide solicitar radiografías de carpos, rodillas y TAC de articulación atlantoaxoidea para estudio de enfermedad por pirofosfato de calcio. Los estudios muestran condrocálculos de rodillas sin alteraciones en los carpos, y la TAC informa calcificación del ligamento transverso del atlas, con depósitos calcícos alrededor del proceso odontoides y erosiones óseas.

Destacamos la importancia de tener presente el diagnóstico de una patología poco frecuente y subdiagnosticada como es el Crown Dens Syndrome en el contexto de dolor cervical que en ocasiones lleva a la realización de múltiples estudios invasivos y costosos por el planteo diagnóstico de patologías como meningitis, metastasis, arteritis de células gigantes y otras.

En relación al manejo del cuadro suele ser suficiente un curso corto de prednisona a dosis bajas asociado a AINEs. En casos recurrentes puede ser efectivo el uso prolongado de colchicina o hidroxicloroquina.

212

## BRAQUIDACTILIA TIPO A4

P. Finucci Curi<sup>1</sup>\*, V. Olmedo<sup>1</sup>, S. Paire<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina

[\*] Presentador

**Introducción:** La braquidactilia es un trastorno genético poco común que se caracteriza por dedos desproporcionadamente cortos.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 27 años que consulta por deformidad en manos. Refería tener dedos cortos desde su infancia, al igual que su madre. El examen físico reveló acortamiento del 2do y 5to dedos de ambas manos y disminución de la longitud 2do al 5to dedos de los pies en forma bilateral. El laboratorio, incluyendo FAN, FR y anti-PCO resultó normal. En la radiografía de manos se observó disminución del tamaño de las falanges medias del segundo y quinto dedos de manera bilateral, y la radiografía de pies evidenció ausencia de las falanges medias del 2do al 5to dedos en forma bilateral.

**Discusión:** La braquidactilia es un trastorno que forma parte de las disostosis, un grupo de malformaciones caracterizadas por alteraciones en el desarrollo óseo. Puede ocurrir como una malformación aislada o como parte de un síndrome de malformación complejo. Se ha identificado el gen responsable de la anomalía para la mayoría de las braquidactilias, siendo la herencia principalmente autosómica dominante con penetrancia y expresividad variables. Las diferentes formas de braquidactilia son de infrecuente aparición, a excepción de los tipos A3 y D. El tipo A4, es un subtipo sumamente raro que afecta las falanges medias de los dedos 2do y 5to dedos de ambas manos, pudiendo acompañarse de ausencia de falanges medias de los cuatro dedos laterales de ambos pies. Se produciría como consecuencia de mutaciones en el gen HOXD13. El diagnóstico es clínico, radiológico y antropométrico.

213

**ENFERMEDAD DE KAWASAKI RECURRENTE DE PRESENTACION TARDIA**

N. Faddi<sup>1\*</sup>  
<sup>1</sup>Hospital De Niños Sor María Ludovica La Plata, La Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica autoimitada, de origen desconocido, de presentación común en pediatría y una de las causas más frecuentes de enfermedad cardíaca adquirida. La recurrencia es un fenómeno raro aunque puede ocurrir, y se manifiesta como un nuevo episodio luego de al menos 3 meses de transcurrido el primero. Su incidencia en distintas poblaciones varía desde 0.8% en Estados Unidos a 3% en Japón, describiéndose mayor riesgo de compromiso cardíaco que en el primer episodio. Los casos recurrentes se presentan generalmente dentro de los dos años de evolución, y en niños menores de 3 años de edad, que desarrollaron compromiso cardíaco en el primer episodio.

**Objetivo:** Presentar un caso de recurrencia de Enfermedad de Kawasaki de presentación tardía en una niña de 5 años de edad. **Caso clínico:** En noviembre de 2009, se presenta a la consulta una niña de 16 meses de edad, con fiebre alta de 5 días de evolución, exantema morbiliforme, en tronco y raíz de cuatro miembros, e inyección conjuntival bilateral no purulenta de tres días de evolución. Al examinarla se constata labios agrietados y dematosos, lengua arañabuesada, y tumefacción en dorso de manos y pies. Se solicitan estudios de laboratorio hallándose ERS 61 mm, PCR 91 mg/l, y Plaquetas 222000/mm<sup>3</sup>. Se realizan serologías y cultivos descartándose enfermedades infecciosas. En el día del ingreso se solicita ecocardiograma constatándose leve derrame pericárdico con coronarias normales. Se realiza el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki y se indica tratamiento con AAS y gammaglobulina IV (GGIV), administrándose al 8to día de evolución, lográndose mejoría absoluta del cuadro en 72 hs. Se constata ecocardiograma normal al 9 no día de evolución y normalización del laboratorio a los 20 días. En su seguimiento se realizan controles clínicos y ecocardiográficos normales. En junio de 2013, a los 3.7 años posteriores al primer episodio y con 5 años de edad, presenta recurrencia de la enfermedad, con fiebre alta de 5 días de evolución, sumándose en los últimos 3 días, labios agrietados, rojo y edematizados, y exantema morbiliforme en tronco y miembros superiores. Al examen físico se constata además inyección conjuntival bilateral no purulenta, edemas de dorso de manos y pies, poliartralgias y artritis. En los laboratorios solicitados se observa: ERS 95 mm y Plaquetas 544.000/mm<sup>3</sup>. El ecocardiograma demuestra dilatación de arteria coronaria izquierda en su porción inicial. Se realiza diagnóstico de EK recurrente y se indica nuevamente AAS y GGIV a los 7 días de evolución; con excelente respuesta y normalización del ecocardiograma a los 22 días de evolución. Actualmente continúa asintomática y en seguimiento por los servicios de Reumatología y Cardiología.

**Discusión:** La Enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica, que afecta principalmente niños menores de 5 años, con potencial riesgo de enfermedad coronaria, requiriendo por ello de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. La recurrencia se describe con mayor frecuencia en pacientes menores de 3 años, y en los primeros dos años siguientes al primer episodio. Se ha comprobado también que en esta se observa mayor proporción de formación de aneurismas gigantes sobre todo en pacientes de sexo masculino. Se han estudiado diversos factores de riesgo para recurrir, tales como el sexo masculino, la utilización de gammaglobulina en el primer episodio y el valor de PCR, siendo el único demostrado la secuela cardiológica en el primer episodio.

En nuestro centro, de un registro de 117 pacientes con Enfermedad de Kawasaki, solamente presento recurrencia el caso descrito, representando el 0.8%. El mismo se presentó en una niña de 5 años de edad sin secuela cardiológica del primer episodio, luego de más 3.7 años de evolución de la enfermedad. Todas estas características marcan lo atípico y tardío de la presentación.

**Conclusiones:**

-Nuestro caso demuestra que la recurrencia de EK puede presentarse en forma tardía y en pacientes que no hayan presentado compromiso cardiovascular en el episodio inicial.  
 -Dado el mayor riesgo de presentar secuelas cardiológicas durante las recurrencias, se requiere de controles evolutivos realizados por especialistas a largo plazo.

214

**USO DE CANAKINUMAB EN UN PACIENTE CON NOMID (ENFERMEDAD INFLAMATORIA MULTISISTÉMICA DE INICIO NEONATAL)**

S. Meleón<sup>1\*</sup>, M. Alvarez<sup>2</sup>, G. Espada<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina  
 [\*] Presentador

La Enfermedad Inflamatoria Multisistémica de Inicio Neonatal (NOMID por sus siglas en inglés), representa el fenotipo clínico más severo en el espectro de los Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina (CAPS). El cuadro clínico caracteriza la extensión y severidad del compromiso inflamatorio órgano específico debido a la sobreproducción crónica de IL-1β. El rol pivote de IL-1β ha sido demostrado en varios estudios clínicos utilizando agentes bloqueantes de IL-1 que conducen a una rápida resolución de las manifestaciones inflamatorias de la enfermedad. Canakinumab es un anticuerpo monoclonal que se une con alta afinidad y especificidad a IL-1β, previniendo su interacción con los receptores IL-1. **Caso clínico:** Paciente varón, que a los 2 años de vida fue evaluado por primera vez en Reumatología debido a presentar episodios recurrentes de fiebre prolongada, asociados a rash urticariano fijo (tronco y miembros inferiores) y poliartritis crónica (compromiso bilateral de carpos, caderas, rodillas y tobillos). Además se observó severa hepatoesplenomegalia y linfadenopatías significativas, así como otros estigmas físicos: nariz en silla de montar y deformación de antebrazos en flexión con sobrecrecimiento óseo, reveladas en las radiografías como metáfisis ensanchadas. No se encontró compromiso de SNC, ocular o sordera neurosensorial. Los hallazgos remarcables en el laboratorio fueron anemia, leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, FAN negativo, dosaje de Ig (G, A, M) normal. Dado el inicio temprano del cuadro y su fenotipo típico, se consideró el diagnóstico de NOMID. Pocos días luego de su ingreso, el examen hematológico reveló un rápido descenso de esos parámetros, consumo de fibrinógeno y valores de ferritina > 40000mi, diagnosticándose un síndrome de activación macrofágica relacionado a Micoplasma Pneumoniae. Esta severa interacción respondió satisfactoriamente al tratamiento con dosis altas de corticoides (pulsos y oral), G-globulina y ciclosporina, sin embargo, no se observó mejoría de la poliartritis, rash o parámetros inflamatorios. Debido al diagnóstico de enfermedad autoinflamatoria y basado en su fisiopatología, se inició tratamiento con bloqueante IL-1: Canakinumab 2 mg/kg, SC, cada 8 semanas. Luego de la segunda semana de la aplicación, se alcanzó una rápida remisión de los síntomas inflamatorios (desaparición completa de fiebre y rash) y normalización de los parámetros de laboratorio, como también mejoría de la calidad de vida, la cual se sostiene a 18 meses de tratamiento. Durante el seguimiento, no se requirieron cambios en la dosis o esquema de administración de la terapia, mostrando buena tolerancia. AIDAR a la última consulta 0. Se efectuó análisis molecular del gen CIAS1, no hallándose mutaciones en los exones estudiados. **Discusión:** NOMID es la forma más severa de CAPS, CD3+/CD21+ en los primeros años de vida. La proteína mutada incrementa la posibilidad de ensamblaje del inflammasoma NLRP3, promoviendo la secreción de IL-1β. Los pacientes resultan refractarios a corticoides y gases inmunosupresores, pero muestran una respuesta dramática a diferentes antagonistas de IL-1. Las respuestas clínicas fueron acompañadas de supresión de los marcadores de inflamación (disminución de niveles de PCR y Amiloide-A sérico) luego de pocas dosis. En este paciente, canakinumab indujo una remisión rápida y sostenida de los síntomas. El reconocimiento precoz de esta enfermedad y su tratamiento específico son cruciales para prevenir daño y discapacidad a largo plazo.

215

**BOSENTAN Y EMBARAZO: LA IMPORTANCIA DE RECORDAR LA TERATOGENICIDAD Y LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS**

C. Amintani<sup>1\*</sup>, H. Scheiber<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Servicio De Reumatología, Hospital Aleman, Argentina  
<sup>2</sup>Unidad De Reumatología, E.A.I.H.G.A. Dr. Oscar Allende, Mar Del Plata, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** El bosentan es un antagonista dual de los receptores de endotelina, aprobado ya desde 2001 para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar grupo 1 y para las úlceras digitales en esclerodermia desde el año 2008. Su teratogenicidad hace que esté contraindicado durante el embarazo y los pacientes deben realizar contracepción estricta mediante método de doble barrera. **Objetivo:** Comunicar la evolución de dos pacientes que quedaron embarazadas bajo el tratamiento con bosentan. **Caso 1:** Mujer de 32 años de edad que consulta en 2010 por cuadro compatible con esclerodermia: Raynaud severo trífásico en manos y pies, esclerodactilia, microstomía, induración de la piel en frente, antebrazos y dorso de pies. DLCO: leve reducción. Ecocardiograma doppler color: normal. FAN: 1/160, anti-Scl70: 106. Capilaroscopia: SD pattern activo, TACAR tórax: alveolitis. Se medica con bloqueantes cálcicos, sildenafil e inicia pulsos mensuales de ciclofosfamida durante seis meses, luego bimensuales con buena evolución pulmonar. En el invierno de 2011 desarrolla una úlcera digital de Índice derecho de 48 horas de duración y de 2 mm de diámetro. Severo Raynaud trífásico en manos, con escasa tolerancia al aumento de sildenafil, por lo cual, inició bosentan. A la semana de iniciado, revierte el Raynaud y dentro del mes presenta curación completa de la úlcera. Mantiene tratamiento con bosentan. A pesar de estar informada de la teratogenicidad del bosentan, queda embarazada a los 35 años de edad inmediatamente de conocer su embarazo suspende bosentan. Durante la gestación no presentó complicaciones obstétricas y tuvo un parto a término. En mayo de 2013 nace su hijo varón, sano y sin problemas hasta la fecha que controla periódicamente. **Caso 2:** Mujer de 36 años de edad, tabaquista crónica, con diagnóstico de esclerodermia desde 2001, con cuadro de Raynaud severo trífásico en manos y pies, esclerodactilia, calcinosis en manos y codos, Capilaroscopia: SD pattern, Laboratorio: FAN: 1/320, DLCO: normal, TACAR tórax: normal, Ecocardiograma doppler: Normal. Consulta en 2010 por úlceras digitales con pérdida de la distalancia en varios dedos de ambas manos con poca tolerancia a 50 mg de sildenafil y sin respuesta a nifedipina, diltiazem, pentoxifilina y cilostazol. Se indica bosentan con rápida curación de las úlceras digitales pero con daño secular. Bajo tratamiento con bosentan y pese a estar informada de la teratogenicidad del mismo, queda embarazada y suspende bosentan de forma inmediata. Realiza estudio genético (con una confiabilidad del 99.95% según pautas internacionales) que determina que el feto es cromosómicamente normal. Seguimiento ecográfico para morfología fetal detallada (en especial rastreando displasias esqueléticas) sin alteraciones. La paciente está actualmente cursando 32 semanas de gestación. **Discusión:** El bosentan ha cambiado drásticamente la sobrevida en pacientes con hipertensión arterial pulmonar y ha mejorado la calidad de vida y capacidad funcional de pacientes con úlceras digitales en esclerodermia. Desde el punto de vista de las interacciones medicamentosas, el bosentan interactúa con los anticonceptivos orales (ACO) disminuyendo su eficacia, por lo que, una paciente con ACO puede quedar embarazada. De esta manera, a nuestras pacientes a quienes se les indica bosentan se les informa adecuadamente que deben utilizar como mínimo un método de doble barrera todos los días del mes, no solo los días fértiles. Esto resultó particularmente importante en nuestras pacientes, pero así incumplido, ya que no hubo prevención o el cuidado necesario, quedando ambas embarazadas durante los primeros 7 días del ciclo. Afortunadamente, la primer paciente llevó un embarazo normal a término con un recién nacido normal y en perfecto estado de salud posterior y en la segunda paciente el estudio genético fue normal y la gesta transcurre sin problemas. **Conclusiones:** Es de máxima importancia informar adecuadamente a nuestros pacientes y reafirmar estos cuidados en cada visita. A sí como, la responsabilidad extrema de nuestras pacientes sobre la contracepción adecuada.

216

**LINFOMA PRIMARIO DE TIMO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

S. Batta<sup>1\*</sup>, J. Raglio<sup>2</sup>, G. Berra<sup>3</sup>, M. Funes<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Bagorio, Argentina  
<sup>2</sup>Sanatorio Británico, Rosario, Argentina  
 [\*] Presentador

El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune que se caracteriza principalmente por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, resultando en hipofunción de las mismas con sequedad de mucosas. Se encuentra bien establecida su asociación con el desarrollo de trastornos linfoproliferativos, con una incidencia aproximada que va del 1 al 10%. Los más frecuentes son los linfomas tipo MALT, localizados preferentemente en parótida, estómago y pulmón. Sin embargo, en menor frecuencia se ha descrito la afección del timo. A continuación describimos el caso de un paciente de 56 años de edad, sexo masculino con diagnóstico de Síndrome de Sjögren en 2007. En el año 2010 presenta un aumento de la velocidad de eritrosedimentación asociado a un incremento de gammaglobulinas con componente monoclonal Ig lambda por lo que se le realiza una punción de médula ósea que informa menos de 10% de plasmocitos. Se solicita TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis que no evidencia lesiones. Se decide control evolutivo. Al año se constata en el protineograma un doble componente clonal IgG lambda e IgA kappa, por lo que se realizan nuevas tomografías, y se evidencia una masa ocupante de espacio en mediastino anterior de 75 mm de diámetro. Inicialmente nodulos confluentes, con centros hipodensos, quísticos. Se realiza toracoscopia a cielo abierto para toma de muestra. La anatomía patológica informa población de linfocitos B que producen complejos linfopiteliales, con clonoplasma claro y de tipo monoclonote. Se realiza citometría de flujo que informa un componente de población de linfocitos B clonales CD20+/CD19+/CD22+/CD23-/CD25-/CD38+/CD5-/CD79 actioplasma+/con expresión de lambda en un 8%. La inmunohistoquímica detecta: CITOQUERATINA+/CD3+/CD20+/BCL6+/BCL2+/K67 20%. Con estos hallazgos se realiza el diagnóstico de LINFOMA MARGINAL EXTRANODAL (TÍMICO) (MALT). Se decide iniciar tratamiento con Rituximab+ Ciclofosfamida+ Vincristina+ Meprednisona (RCVP) por seis ciclos. Se reevalúa al tercer ciclo con tomografía de tórax la cual evidencia una disminución de la masa en más del 50%; por lo que se completa el tratamiento. Finalizado el sexto ciclo se realiza PET TC que resulta negativo, no observándose masa residual, acompañado de disminución de la eritrosedimentación y desaparición de uno de los componentes clonales (IgA). Actualmente se encuentra en terapia de mantenimiento con Rituximab trimestral hasta completar 2 años de tratamiento. El linfoma primario de timo es una patología de baja frecuencia, que representa sólo el 2% del total de los linfomas MALT, asociado habitualmente a enfermedades autoinmunes. Se presenta el caso con el interés de tener presente la afección de timo como alternativa diagnóstica en los pacientes con un alto riesgo de desarrollar una enfermedad linfoproliferativa.

**PORFIRIA CUTÁNEA TARDA: PRESENTACIÓN COMO SÍNDROME ESCLERODERMIFORME**

M. D'Amico<sup>[\*]</sup>, A. Gómez<sup>1</sup>, D. Duartes Noe<sup>1</sup>, J. Barreira<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Británico De Buenos Aires, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** La esclerosis sistémica se caracteriza por fibrosis tisular, autoinmunidad y vasculopatía. Su etiología es desconocida. Se cree intervendrían factores genéticos, autoinmunes y ambientales, el diagnóstico es clínico principalmente con la presencia de induración de la piel inicialmente con una distribución difusa o localizada. Diversas entidades pueden presentar induración cutánea y constituir síndromes esclerodermiformes o también llamados escleroderma like, dentro de los que se incluyen desórdenes como la dermatopatía fibrosante netrogénica, fascitis eosinofílica, escleromixedema, escleroderma de Buschke, amiloidosis, la reacción crónica injerto contra huésped y afecciones secundarias a fármacos o tóxicos. La porfiria cutánea tarda (PCT) es una enfermedad metabólica de expresión netamente cutánea caracterizada por fotosensibilidad, fragilidad cutánea, hiperpigmentación e hipertricosis. En un 15-18 % puede cursar con cambios esclerodermiformes. Comunicamos un paciente con diagnóstico inicial de escleroderma el cual planteó diagnóstico diferencial con PCT.  
**Caso clínico:** Paciente de género masculino de 77 años con antecedentes de hipertensión y epilepsia, por lo que recibía candesartán y lamotrigina que consultó con diagnóstico de escleroderma y una úlcera en cuero cabelludo luego de un traumatismo menor de un año de evolución. Presentaba engrosamiento cutáneo con pérdida de faneras y lesiones hiper e hipopigmentadas a nivel de extremidades, cabeza y cuello, telangiectasias en cara e hipertricosis malar y microstomia. A nivel de cuero cabelludo alopecia cicatricial y lesión ulcerada asociada a calcinosis. Sin historia de Raynaud ni otras manifestaciones de compromiso visceral. Los autoanticuerpos FAN, ENAs y anti-Scl 70 fueron negativos y la caplirosocopia normal. Se realizó interconsulta con el servicio de dermatología y biopsia de la lesión, evidenciando depósitos de colágeno en la dermis con ausencia de infiltrado inflamatorio compatibles con escleroderma. Se hallaron valores elevados de porfirinas en sangre y orina, dosaje de porfirinas urinarias en 24 hs 1650 ug/ml(N. 20-250) y el índice de porfirinas plasmáticas de 3,47 (N. <1,3). La cromatografía de porfirinas urinarias arrojó aumento de URO-COPRO porfirinas con una relación 3/1, confirmando el diagnóstico de PCT. Comenzó tratamiento con hidroxycloloquina 200 mg trisemanal con mejoría de la lesión, sin necesidad de fletotomías.  
**Comentarios:** en nuestro paciente la localización de las lesiones cutáneas en zonas fotoexpuestas, la ausencia de compromiso definido de la piel en los miembros superiores, la presencia de hipertricosis malar, el desarrollo de una úlcera cutánea en una región no habitual, la ausencia de Raynaud y de síntomas sistémicos, con negatividad de los autoanticuerpos, llevó a considerar otros diagnósticos. La anatomía patológica resultó ser un confusor por los hallazgos compatibles con Esclerosis sistémica, la ausencia de manifestaciones clínicas características y la presencia de hipertricosis malar, lesiones cutáneas en zonas foto expuestas permitieron considerar el diagnóstico de PCT como síndrome esclerodermiforme. La PCT es la más frecuente de las porfirias, siendo infrecuente su presentación con cambios esclerodermiformes. La acumulación de uroporfirinas en la piel es la responsable de la estimulación de fibroblastos para la síntesis de colágeno, la cual es independiente de la exposición solar. En individuos susceptibles la exposición a determinados agentes (alcohol, estrógenos, compuestos polihalogenados e infecciones virales) determina el grado de expresión clínica. Por ser una porfiria hepática puede causar disfunción hepática y se debe descartar su asociación con VHC, HIV y hemocromatosis. En ausencia de manifestaciones clínicas compatibles con escleroderma sistémica la determinación de porfirinas confirmó el diagnóstico.

**HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA DIFUSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ESCLERODERMIA**

F. Zabala<sup>[\*]</sup>, M. Valdemoros<sup>1</sup>, M. Busajm<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Central, Ciudad, Argentina  
 [\*] Presentador

**INTRODUCCIÓN:** La hiperpigmentación de la piel es uno de los principales signos clínicos de la esclerosis sistémica, especialmente en los casos graves. Alrededor del 30% de los pacientes presentan alguna anomalía del color de la piel. Se han descrito distintos patrones de pigmentación: hiperpigmentación difusa, reticular, local en áreas de esclerosis localizada y despigmentación con hiperpigmentación focal.  
 La patogénesis de esta pigmentación de la piel no ha sido dilucidada, aunque se ha demostrado correlación entre hiperpigmentación difusa y niveles de endotelina 1 derivada de queratinocitos.  
**CASO:** Mujer de 51 años con antecedentes de reemplazo valvular aórtico. Refería historia de hiperpigmentación cutánea difusa progresiva y prurito de 8 meses de evolución, en estudio por clínica médica y dermatología. Agregó posteriormente esclerosis cutánea generalizada. Además presentaba reflujo gastroesofágico, disfagia alta a sólidos, oligoantralgas, disnea de reposo, pérdida de peso de 30 kg. No refería Raynaud. En el examen físico se apreció melanoemía generalizada con hiperpigmentación de las cicatrices y surcos palmares. También presentaba áreas hiperpigmentadas con hiperpigmentación folicular y xeroderma. Induración cutánea (en miembros, tronco, abdomen y cara) y edema que limitaba los movimientos y retraía articulaciones, microstomia, esclerodactilia. Resto de examen físico sin hallazgos patológicos. Laboratorio: Hto33%, Hb:9,6g/dl, VCM:80fl, GB6700 plaquetas:650000, reactivos de fase aguda elevados, función renal conservada, enzimas hepáticas normales. ANA (+) moteado + nucleolar:antiScl70 (+) intenso, FR (-), Anti DNA (-) CH50 69 (VN 70-150), C4 18 (VN 20-40), C3:92 (VN 80-160) ANCA (-),Acl (-). Hormonas tiroideas, ACTH y cortisol normales.Caplirosocopia: Patrón esclerodermiforme.Biopsia piel: epidermis atrófica con aplaniamiento de las redes de las crestas, hiperpigmentación de la capa basal y delgada capa cornea, sin taponamiento queratocístico. Se identifican melanofagos dispersos a nivel de la dermis papilar. La dermis reticular muestra bandas colágenas gruesas, homogéneas, hipocelulares, aumentadas en número. Vinculada a escleroderma.Espirometría: incapacidad ventilatoria restrictiva de grado muy severo, Difusión de monóxido de carbono: difusión absoluta disminuida en grado moderado (9,28 ml/min/mmq, 53 % del predicho), DLCO/VA aumentada y VA disminuido.TAC de tórax de alta resolución: tractos fibroticos aislados, dilatación esofágicacoarctogramía. FE: 55%, hipoquinesia con disquinesia septal anterior. PSP:30mmHgSe inició tratamiento con Prednisona 20 mg/día y micofenolato mofetil 2 gramos/día.Discusión: Se presenta una paciente en la que la hiperpigmentación difusa ("simil addison") precedió a los cambios típicos de esclerodermia y se asoció luego a rápida evolución de la esclerosis cutánea. Se destaca la necesidad de incorporar la esclerodermia entre los diagnósticos diferenciales de patologías que se presentan con melanoemía de rápida evolución y la descripta asociación entre melanoemía difusa y severidad de la enfermedad.

**VASCULITIS RETINIANA EN UN ADOLESCENTE COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

G. Herrera<sup>[\*]</sup>, M. Della Maggiona<sup>1</sup>, M. Verando<sup>1</sup>, M. Moran<sup>1</sup>, E. De Simone<sup>1</sup>, A. Cucchiara<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Servicios De Reumatología Y Oftalmología Hospital Chiruma - Visca, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** Aproximadamente un tercio de los pacientes con lupus eritematoso sistémico pueden presentar compromiso ocular, entre los más frecuentes se encuentra la madarosis, la queratoconjuntivitis sicca o uveítiva, siendo menos frecuente las escleritis, vasculitis retiniana y neuropatía óptica.

Presentamos el caso de una paciente de 13 años que debuta con retinopatía lúpica. La niña es derivada de un hospital de Bariloche dado que debuta 15 días previos con un cuadro de fiebre y convulsiones, se interpreta como una encefalitis que requiere internación en unidad de terapia intensiva. Las correlaciones clínicas y de laboratorio son compatibles con diagnóstico de LES. Se estudia anticuerpos antifosfolípidos.

Al examen oftalmológico presenta en el Fondo de Ojo: enanamiento vascular (perifébriles), hemorragias, exudados centrales y periféricos en ambos ojos, cambio de coloración macular en ojo izquierdo.

En la evaluación oftalmológica de la semana siguiente, se evidencia una Agudeza Visual sin corrección en ojo derecho de cuenta dedos a 30 cm y ojo izquierdo cuenta dedos a 10 cm, que no mejora con gotas. En el Fondo de Ojo presenta hemorragias y exudados en cuatro cuadrantes, estrella macular con importante isquemia en polo posterior.

La paciente se trata con pulsos de metilprednisolona y luego continua con corticoides orales y se administra triamcinolona subtenoneana, logrando en la actualidad una Agudeza Visual sin corrección de cuenta dedos a 3 m ambos ojos.

**Conclusión:** La retinopatía lúpica es una afección oftalmológica de rara presentación y en ocasiones puede ser muy grave. Destacamos la importancia de realizar el examen oftalmológico de todos los pacientes con LES en especial de aquellos que tengan compromiso del sistema nervioso central dado que un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado conducen a una disminución de las complicaciones oculares. También es importante el estudio de anticuerpos antifosfolípidos por la frecuente asociación de LES y retinopatía lúpica.

**TROMBO INTRACAVITARIO RECURRENTE EN PACIENTE CON SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y EMBARAZO**

L. Navlez Ponca<sup>[\*]</sup>, L. Bellgoy<sup>1</sup>, A. García Plichta<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Julio C. Ferrando, Resistencia, Argentina  
 [\*] Presentador

**Introducción:** La trombosis intracardíaca es una rara manifestación del Síndrome Antifosfolípido (SAF) Primario y el diagnóstico definitivo se realiza con el estudio histopatológico ya que el cuadro clínico puede simular un Mixoma. El Mixoma es el tumor cardíaco primario benigno más frecuente, suele ser único y es raro su localización en las cavidades derechas. Puede permanecer sin diagnosticar durante mucho tiempo ya que puede ser asintomático. La asociación de ambas entidades es anecdótica. **Caso:** Mujer de 30 años, con antecedentes de tabaquismo y uso de anticonceptivos orales. En laboratorio prequirúrgico de tumoración ocular: plaquetopenia (78.000/mm3) y KPTT prolongado que no corrige con plasma normal. Presenta rash malar, Liveedo Reticularis, Raynaud y cirosis peribucal. Ecodoppler cardíaco 1/12013: masa en aurícula izquierda (AI), hiperecogénica y móvil, compatible con trombo, de 8,7 cm longitudinal y 3,5 cm de ancho; en aurícula derecha (AD) masa hiperecogénica muy móvil que ocupa casi todo el área de la AD y prolapsa hacia la válvula tricúspide en diástole y genera estenosis tricúspide severa. En el tracto de salida del ventrículo derecho (VD) imagen compatible con trombo. PSAP 45 mmHg. Inhibidor Lúpico (+) en 2 ocasiones con diferencia de 3 meses. VDRL, AAN, Anti-DNA, Anti-ENA, Anticardiolipinas M y G, Crioglobulinas, Coombs directa cuyos resultados son no reactivos. PCR 24 UI, VSIG: 35 mm, FTAb negativo. Inicia tratamiento con Hidroxicloroquina 400 mg/día y Acenocumarol en rango terapéutico. Se realiza trombectomía de AD, AI, VD. Biopsia masa AD: Mixoma con presencia de trombos. En el postoperatorio presenta TVP subtotal de femoral común y de ilíaca interna. Continúa tratamiento con Acenocumarol. Ecocardiograma doppler realizado al mes de la cirugía: imagen hiperecogénica de 1 cm de diámetro de escasa movilidad implantada en tracto de salida del VD, sin masas auriculares. A los 5 meses de la cirugía el Ecodoppler demuestra Insuficiencia tricúspide leve, PSAP estimada: 30 mmHg, sin imágenes compatibles con trombos u otras masas intracardíacas. La paciente se embaraza a los 9 meses de la cirugía por lo que comienza tratamiento con Enoxaparina. En control con Ecocardiograma doppler a las 13 semanas de gestación: a nivel del tracto de salida del VD imagen compatible con trombo. **Discusión:** El interés del presente caso radica en la coexistencia de Mixoma Auricular en una paciente con SAF Primario (Anticoagulante Lúpico persistentemente positivo, TVP y trombos en AI y VD). Esta asociación es probablemente casual y muy poco frecuente. Plantea un reto terapéutico ya que estas entidades trombóticas se conjugan en una paciente que presenta estados adquiridos de hipercoagulabilidad como son la gestación, el uso de anticonceptivos orales y tabaquismo, lo cual puede en parte, justificar la recurrencia del trombo. Es estable un alto riesgo de morbimortalidad materna y fetal.

221

## LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN LUPUS

C. Balot<sup>1</sup>\*, E. Guffrain<sup>2</sup>, M. Villanueva<sup>2</sup>, D. Nadur<sup>2</sup>, S. Barbero<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Naval, Capital Federal, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

**Introducción:** El compromiso del sistema nervioso central en un paciente con Lupus implica un desafío diagnóstico dada la amplia diversidad de etiologías a tener en cuenta. La leucoencefalopatía posterior reversible es un síndrome neurológico caracterizado por cefaleas, disminución del estado de alerta, alteraciones visuales y lesiones de sustancia blanca en el cerebro posterior (en general reversibles en el transcurso de unos días). Fue descrito por primera vez en 1996 por Hitchney en dos pacientes con Lupus. Puede estar asociado a varias condiciones incluyendo entre otras la encefalopatía hipertensiva, drogas inmunosupresoras, neoplasias, lupus. Dado que es una patología poco conocida, la sospecha diagnóstica temprana es de peculiar importancia para el tratamiento.

**Caso clínico:** se presenta una paciente de 27 años con antecedentes de lupus de 20 años de evolución, hipotiroidismo, vitiligo, con compromiso articular, de piel y renal que ingresó por convulsiones. Estaba en plan de tratamiento con ciclofosfamida por compromiso renal. Medicación de base: hidrocorticoquina 400 mg/día, vitamina D3 y prednisona 20 mg/día. Inició el cuadro 15 días previos a la internación con cefalea holocefálica 5/10 que no cedía con antiinflamatorios no esteroideos, visión borrosa y obnubilación. El día previo a la internación presentó un registro febril. Ingresó al hospital por convulsiones tónico-clónicas generalizadas de 5 minutos de duración. Durante la internación presentó otros 2 episodios de iguales características. Se suministró lorazepam, carga y mantenimiento de difenhidantina, con buena respuesta.

**Laboratorio:** Factor reumatoideo <20, entroseimentación 57; Anticuerpo antinuclear +1/2500, anticuerpo antihistona +, C3: 43, C4: 5, Anticuerpo anti-desoxirribonucleoproteína: 1/640, Anticuerpo anticardiolipina IgG e IgM (-), anticuerpo antiribonucleoproteína +, Serologías para HIV, Hepatitis B y C (-), VDRL (-), Proteína C Reactiva: 2693 mg/24hs.

**Líquido cefalorraquídeo:** Incoloro límpido, recuento celular de 0-1, glucorraquia 42. Proteínas 0,7mg/dl. Tinta china y antigénera para Criptococo (-), Bacilos ácido alcohol resistentes (-), Proteína C Reactiva para Citomegalovirus(-), Herpes virus tipo 1 y 2(+), Virus John Cunningham (-), arbovirus (-), Cultivos (-).

**Resonancia Magnética de cerebro:** Múltiples imágenes córtico-subcorticales difusas bilaterales a nivel supra e infratentorial, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y FLAIR sin realce post gadolinio. Se le realizó tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir para cubrir una probable etiología infecciosa. Se le realizaron tres pulsos de metilprednisolona de 1gramo. Al tercer día de los pulsos de corticoides presentó un cuadro de psicosis y alucinaciones visuales. Pese a considerar una probable psicosis por corticoides, decidimos continuar con 2 pulsos extra y luego 500mg de ciclofosfamida. Al sexto día de internación la paciente recuperó su estado neurológico habitual. El oncoceava día de internación se solicitó nueva Resonancia Magnética de Cerebro con remisión de las lesiones.

**Discusión:** La leucoencefalopatía posterior reversible es una patología poco reconocida que debería incluirse sistemáticamente en el diagnóstico diferencial de pacientes con Lupus con compromiso del Sistema Nervioso Central debido a su potencial reversibilidad con el tratamiento apropiado. El conocimiento de esta entidad es de vital importancia para la intervención terapéutica temprana y evitar posibles secuelas.

222

## LUPUS INDUCIDO POR ANTI-TNF ALFA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

M. Sattar<sup>1</sup>\*, J. Raggio<sup>1</sup>, G. Berbotto<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Bagorina, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

Los agentes anti-TNF  $\alpha$  son un grupo de fármacos ampliamente usados en el tratamiento de enfermedades crónicas inflamatorias, los cuales presentan entre sus efectos adversos el riesgo de desarrollar trastornos autoinmunes. El lupus constituye la segunda manifestación autoinmune en frecuencia. Se sabe que un alto porcentaje de los pacientes desarrollarán autoanticuerpos; sin embargo sólo el 0.5 - 1% evidenciará características clínicas constituyendo así el cuadro de lupus inducido por anti-TNF  $\alpha$  (ATIL). Se presentan dos casos:

**Caso 1:** Paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, con antecedente de psoriasis desde 2005 que realizó tratamientos tópicos y metotrexate, este último discontinuado por intolerancia oral. En el año 2010 se diagnostica artropatía psoriásica por lo que inicia tratamiento con leflunomida con mala respuesta clínica. Se decide iniciar tratamiento con etanercept que cumple durante 15 meses sin complicaciones. A partir de allí desarrolla un cuadro de poliartritis, rash malar, poliserositis, glomerulonefritis proliferativa difusa asociado a FAN (+) 1/5120, hipocomplementemia, anti Ro (+), anti La (+), anti ADN (+), anti Histonas (+) y aumento de reactantes de fase aguda. Se discontinúa el tratamiento con etanercept y se inicia prednisona 40 mg/día VO asociado a metilprednisolona 2 gr/día. Presenta buena evolución clínica con resolución del cuadro articular y seroso, y descenso progresivo de la proteinuria.

**Caso 2:** Mujer de 43 años de edad, con antecedente de artritis reumatoidea seropositiva, erosiva diagnosticada en 1998. Inicialmente tratada con AINEs. En el año 2003 inicia tratamiento con metotrexate con buena respuesta clínica hasta el año 2005 donde presenta actividad persistente a pesar de dosis máximas. Tras ingreso a un protocolo de investigación clínica con anti-TNF  $\alpha$  (certolizumab pegol) se logra remisión de la enfermedad. En el noveno mes de tratamiento el paciente desarrolla cuadro de fiebre y poliserositis acompañado de FAN (+) 1/5120, anti ADN (+) e hipocomplementemia. Se interpreta el cuadro como ATIL por lo cual se suspende el tratamiento con anti-TNF  $\alpha$ , no requiriendo otra terapia. Evolución favorablemente con resolución completa del cuadro. Continúa tratamiento combinado con metotrexate e hidrocorticoquina para su enfermedad de base. Si bien no existen criterios clasificatorios establecidos de ATIL, podría considerarse el diagnóstico ante la presencia de una relación temporal entre el cuadro clínico y la droga implicada, con al menos un criterio no serológico y un criterio serológico de LES (ACR). La principal medida en el manejo de este cuadro es la discontinuidad de la droga implicada; sin embargo en ocasiones es necesaria la terapia con corticoides e inmunosupresores.

Destacamos la diversidad clínica en la presentación de los cuadros de ATIL. Y si bien su frecuencia es baja, es importante un estricto control para su detección oportuna.

223

## ENFERMEDAD DE CASTLEMAN DE LOCALIZACION CERVICAL EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

E. Musasó<sup>1</sup>, L. Onetti<sup>1</sup>, I. Castiglioni<sup>1</sup>, M. Dionisio de Caballer<sup>1</sup>, C. Lastra<sup>1</sup>\*,  
<sup>1</sup>Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

**INTRODUCCION:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad sistémica que se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, serológicamente por presencia de autoanticuerpos y patológicamente por la inflamación de diversos órganos con depósitos inmunes. La Enfermedad de Castleman (EC) es un síndrome linfoproliferativo atípico, de etiología desconocida, de curso usualmente benigno, resultante de un crecimiento no regulado del tejido linfático, que se asocia con riesgo de linfoma maligno

**CASO CLINICO:** Paciente sexo femenino de 55 años con antecedentes patológicos : Hipotiroidismo, Chagas, Alergia medicamentosa y LES desde el 2011, bajo tratamiento con Levotiroxina, Prednisona, Vitamina D, Calcio y Azaotipina. En febrero del 2013 presenta debilidad en miembros inferiores, múltiples caídas desde propia altura, entroseimentación 125 mm, adenopatía cervical derecha palpable no dolorosa. Electromiograma MMII: Polineuropatía mixta a predominio axonal. Ecografía de glándula tiroidea: múltiples formaciones ganglionares en cadena yugular bilateral, hipocogénicas, Doppler: patrón vascular ramificado. PAAF: muestra no diagnóstica. Progresó clínicamente con sudoración profusa nocturna, fatiga, pérdida de peso no cuantificada. Disona de esfuerzo (CF II), adenopatías retroauricular-supraclavicular y axilar bilateral dolorosas, hiper gammaglobulinemia policlonal, anemia. Biopsia ganglionar axilar: compatible con Enfermedad de Castleman (forma multicéntrica, variante histológica plasmocelular).

**DISCUSION:** se presenta el siguiente caso por la mínima incidencia (2%) de EC variante multicéntrica en el contexto de una Enfermedad Autoinmune (LES). La misma afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos, con carácter agresivo o rápidamente fatal. Debe ser considerada como diagnóstico diferencial en todo caso clínico que tenga un importante compromiso general y presencia de linfadenopatías generalizadas.

224

## FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA (FOP)

C. Torre Walsh<sup>1</sup>\*, L. Scarsaletti<sup>1</sup>, M. Bastida<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Hospital Castro Rendon, Neuquén, Argentina  
<sup>2</sup>Presentador

La FOP es un raro desorden genético, caracterizado por osificación endocondral heterotópica progresiva. La prevalencia mundial es de 1/2.000.000. Los pacientes con FOP presentan al nacimiento malformación del primer dedo del pie (corto y en hallux valgus); en la primer década desarrollan tumefacción inflamatoria de las partes blandas, dolorosas, las cuales en su mayoría transforman la aponeurosis, fascia, ligamentos, tendones y músculo esquelético en hueso maduro heterotópico. Traumas menores como inmunizaciones IM, bloques mandibulares por odontología, fatiga muscular, caídas, hematomas o infecciones tipo influenza pueden desencadenar brotes, como también la pubertad. Los brotes son episódicos, la inmovilidad es acumulativa. Los pacientes presentan en forma temprana rigidez de cuello por fusión de las láminas vertebrales cervicales. Se observa además pulgares cortos, clivocitadía y osteocondromas a nivel de tibia proximal.

Están confinados a silla de ruedas en la 3ª década de vida y requieren asistencia en las actividades de la vida diaria.

La sospecha clínica temprana permite su pronto diagnóstico, y evitar así procedimientos que pudieran desencadenar brotes.

Se describen 3 pacientes no consanguíneos, oriundos de la provincia de Neuquén, cuya población es de 550.000 habitantes.

**Caso 1:** Niña de 14 años, consulta a los 2 años por tumefacción muscular bilateral en cara posterior del cuello, con impotencia funcional en la flexión, extensión y lateralización del mismo, sin otros antecedentes; en el contexto de intercurencia respiratoria, con medio viral positivo; al examen físico hallux valgus del 1er dedo de ambos pies. Un mes después reingresa por nuevas tumefacciones en región dorsal y lumbar, bilateral, asimétricas y contracturas en flexión de ambos miembros superiores; evolución con progresión de las tumefacciones a calcificación. En agosto 2012, un mes post menarca, presentó tumefacción, induración y dolor en muslo y rodilla izq, con flexión de la cadera homolateral, luego de correr una carrera, sin traumatismo. Recibió esteroides y pamidronato con mejoría parcial del cuadro.

**Caso 2:** varón de 15 años, con diagnóstico de Klippel-Feil, es derivado al Htal. por tumefacción de cuello de 1 mes de evolución, con ecografía con aumento del espesor del esternocleidomastoideo derecho con áreas de calcificaciones amorfas. Se indican esteroides a altas dosis x 1 semana, y recibe infusión de pamidronato x 3 días. Lo cual mejoró la movilidad del cuello pero no logra recuperación total. Se constata malformación de 1°dedo de ambos pies, miembro inferior dcho en extensión y áreas de calcificación en glúteos. Recibió un año previo testosterona IM en región glútea, por indicación de su endocrinóloga.

**Caso 3:** varón de 24 meses, derivado para evaluación, presenta malformación del 1°dedo de pies, historia de tumefacción a nivel de clavícula izquierda y preauricular derecha a los 4 meses; agrega en su evolución tumores a nivel del dorso. Presenta TAC con calcificaciones a nivel periescapular bilateral y del ligamento interespinoso a nivel D7 y D8-10.

**Conclusión:** La presencia de malformación en los primeros dedos de los pies al nacimiento, debe alertar sobre esta patología, sumado al desarrollo de episodios de tumefacción dolorosa de pies blandas ante traumas leves. El uso de corticoides a altas dosis por periodos breves e infusiones de bifosfonatos, se encuentran dentro de los tratamientos que podrían ayudar a disminuir la formación de las osificaciones.

La FOP es el desorden más catastrófico de osificación heterotópica en humanos. Si bien se carece de tratamiento específico, el diagnóstico temprano permite prevenir ciertos desencadenantes de brotes, con lo cual se podría disminuir la formación de hueso heterotópico y la consecuente inmovilidad.

225

### 3 FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA MISMA ENFERMEDAD. ER-IGG4

J. Gallo [1], A. Ortiz<sup>1</sup>, S. Paira<sup>1</sup>,  
Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina  
[1] Presentador

**Introducción:** La Enfermedad Relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una condición fibro-inflamatoria. Se caracteriza por: Tendencia a la formación de lesiones tumorales inflamatorias en múltiples sitios, infiltrados linfoplasmocitarios y fibrosis con células plasmáticas inmunomarcadas para IgG4 y frecuentemente, pero no siempre, aumento de IgG4 sérica. **Objetivo:** Presentación de 3 casos de diferente presentación clínica de enfermedad relacionada a IgG4. **Caso 1:** mujer de 39 años de edad que se presenta con un sème febril, poliadenopatías, aumento de glándulas salivales simulando Sme. Sjögren Laboratorio: Leve aumento de reactante de fase aguda, hipereosinofilia persistente, aumento de enzimas hepáticas, hipergamaglobulinemia policlonal - aumento, IgE<sup>1</sup>/Igm, IGG<sup>1</sup>/IGG1/IGG2, rango IgG4/IgG >50% Biop. De ganglio: abundante Eosinofilos, fibrosis periganglionar, aumento de la vascularidad Biop. de medula: abundantes precursores de eosinofilos. Biop. de glándula salival: sialoadenitis esclerosante. Inmunohistoquímica: IgG4 10 células por campo. Tratamiento Meprednisona 1 mg/kg/día, Metotrexate 10 mg/sem, Acido Fólico 1 mg día, Calcio y vitamina D. Resolución del cuadro. **Caso 2:** Hombre de 35 años de edad que consulta por Dolor en hipocóndrio derecho y descenso de peso. Sospecha de Ca de páncreas es sometido a cirugía de Whipple. Leve aumento de reactantes de fase aguda, linfopenia en 2 determinaciones, amilasa aumentada Ca 19.9 (aumentado), Radio IgG4/IgG > 183% IgG4 2022 mg/dl. Biopsia de páncreas: infiltrado linfoplasmocitarios, fibrosis periductal, febitis obliterante Inmunohistoquímica: IgG4 15 células por campo. Tratamiento quirúrgico y Meprednisona 1 mg/kg/día, Metotrexate 10 mg/sem, Acido Fólico 1 mg/día, Calcio y vitamina D. Buena respuesta terapéutica **Caso 3:** Hombre 75 años de edad que consulta por Ptosis bilateral con supuesto tumor coroido e hipocausia sensorineural y adenopatías mediastinales. Laboratorio: Aumento VSG Linfopenia, IgE aumentada, IgG4 :7620 rango IgG4/IgG 598. Biopsia: ganglio: hiperplasia folicular reactiva (tipo 2) Inmunohistoquímica: 30 cél IgG4 por campo. **Conclusión:** Tener en cuenta en el listado de diagnósticos diferenciales de enfermedades sistémicas y tumorales a la ER-IgG4. La clínica y los hallazgos típicos histológicos son determinantes para el diagnóstico. Ni los aumentos en la concentración sérica de IgG4 ni en los tejidos son suficientes para el mismo.

226

### DIFICULTADES PARA ARRIBAR A UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGGA. 2 CASOS

J. Gallo [1], A. Ortiz<sup>1</sup>, S. Paira<sup>1</sup>,  
Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina  
[1] Presentador

**Introducción:** Aunque la combinación de datos histopatológicos e inmunohistoquímicos pueden proveer evidencia contundente para el diagnóstico de enfermedad relacionada a IgG4. Una cuidadosa correlación con el escenario clínico y radiológico específico de un paciente en particular es necesario para arribar a un diagnóstico definitivo. Por lo tanto una conclusión histológica no puede ser definitiva, si no sugestiva del diagnóstico. En algunos casos que no logramos una conclusión, habiendo descartado otras entidades, debemos tener en cuenta éste diagnóstico, a pesar de no poder confirmarlo. **Objetivo:** Presentación de 3 casos con sospecha de enfermedad relacionada a IgG4 y dificultades para su diagnóstico definitivo. **Caso 1:** Mujer 38 años de edad, Tumor mamario izquierdo doloroso en cuadrante supero-externo. Punción biopsia: mastitis granulomatosa - Revisión biopsia: Unidades ductolobulillares envueltas en abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y eosinofílico, fibrosis. Inmunohistoquímica IgG4 6 por campo de 40 años de edad. **Caso 2:** Hombre de 40 años de edad Sme. febril, Tos y expectoración año 2011 TAC tórax derrame pericárdico y engrosamiento pleural. Glomerulonefritis esclerosante -Conjuntivitis-Uveítis unilateral - Hipocausia sensorineural, TAC cabeza y cuello: Pólipos etmoidal y velamiento seno paranasal derecho. TAC tórax: nódulos múltiples, biopsia nódulos tejido normal y antracosis. Tratado con pulsos metilprednisolona 1 gr por 3 y Ciclofosfamida 1 gr mensual ev con buena respuesta. 2013 reingresa febril, astenia y con pérdida de agudeza visual. Neuritis óptica. TAC pulmonar de control persisten nódulos pero menor tamaño. Responde a Meprednisona 1 mg/kg/día. Laboratorio: Linfopenia, VSG alta ANCA p + MPO +, Anti-DNA (citrinida): negativo, C3 C4 normales. **Conclusión:** el diagnóstico de ER-IgG4 es clínico-histológico e inmunomarcación en tejidos y su rango IgG4/IgG. Ciertas situaciones como: el órgano afectado, el grado de fibrosis, tratamiento previo con corticoides y la realización de punción biopsia con aguja pueden alterar en número de células en los tejidos y por lo tanto el diagnóstico.

227

### USO DE BOSENTAN EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA PORTADORES DE ÚLCERAS ISQUÉMICAS RECURRENTES Y REFRACTARIAS

M. Gonzalez [1], A. Ojeda<sup>1</sup>, K. Baumann<sup>1</sup>, A. Aquino<sup>1</sup>,  
Hospital De Clínicas, Asunción, Paraguay  
[1] Presentador

#### INTRODUCCIÓN:

El compromiso vascular en la Esclerodermia es una de sus principales manifestaciones y puede llevar a complicaciones como úlceras gangrenas o amputación de las extremidades. Bosentán por ser un fármaco antagonista de los receptores dela endotelina, es utilizado en la prevención de las úlceras digitales en la Esclerodermia.

**OBJETIVO:** Evaluar la eficacia del Bosentán en úlceras isquémicas recurrentes y refractarias en extremidades de pacientes portadores de Esclerodermia.

**PACIENTES Y MÉTODOS** Se realiza un estudio abierto y observacional en tres pacientes con el diagnóstico de Esclerodermia provenientes del consultorio externo del Departamento de Reumatología de la Universidad Nacional de Asunción. Todas ellas presentaban una o más úlceras activas en las extremidades que no habían respondido a tratamientos convencionales.

**Paciente P1:** 43 años, sexo femenino, con 21años de evolución de la enfermedad, forma de presentación difusa, capilarioscopia padrón SD, score cutáneo de Rodnan modificado 40 puntos, con 8 úlceras activas, 4 en pie derecho, 1 en codo derecho, 3 en pie izquierdo.

**Paciente P2:** 32 años, sexo femenino, con 12 años de evolución de la enfermedad, forma de presentación difusa, capilarioscopia padrón SD, score cutáneo de Rodnan modificado 13 puntos, con 4 úlceras activas, 2 en mano derecha, 2 en pie izquierdo.

**Paciente P3:** 60 años, sexo femenino, con 3 años de evolución de la enfermedad, forma de presentación overlap (ESP-PM), capilarioscopia megapilares, tortuosos, patrón SD, score cutáneo de Rodnan modificado 7 puntos, con 2 úlceras activas, 1 en mano derecha, 1 en codo derecho. Bosentán fue administrado en la dosis de 62.5 mg po cada 12 hs /día por 2semanas; 125 mg po cada 12 hs /día por 4 semanas , fueron evaluados los pacientes en el inicio del tratamiento, a las 2 semanas , luego a las 4 semanas, prolongando el tratamiento por 8 a 12 semanas.

#### Resultados:

Después del tratamiento con Bosentán presentaron todas las pacientes cicatrización, disminución del diámetro de las úlceras, sin aparición de nuevas lesiones ulcerosas.

#### Conclusión:

A pesar de ser resultados preliminares y con poco número de pacientes el tratamiento con Bosentán se mostró eficaz en la remisión, cicatrización y la no aparición de nuevas úlceras isquémicas vasculares, teniendo en cuenta la gravedad de esta manifestación en la Esclerodermia.

228

### OSTEOMALACIA ONCOGÉNICA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

F. Jorkovich [1], S. Babbini<sup>1</sup>, D. Monesi<sup>1</sup>, J. Zoppi<sup>1</sup>,  
Hospital Privado De Comunidad, Mar Del Plata, Argentina  
[1] Presentador

**Introducción:** La osteomalacia es una enfermedad del metabolismo óseo que se caracteriza por un defecto en la mineralización. Una causa rara, de la que existen descriptos alrededor de 300 casos, es la ocasionada por un tumor productor de una sustancia recientemente descrita, el factor de crecimiento fibroblástico 23, que disminuye la reabsorción tubular de fosfatos y altera la hidroxilación renal de la vitamina D, dando lugar a hipofosfatemia con hiperfosfatúria y niveles bajos de calcio. Las principales manifestaciones clínicas en el adulto son dolor óseo, debilidad muscular y fracturas múltiples.

**Caso clínico 1:** Varón de 44 años consultó en diciembre de 2000 por dolores óseos generalizados de 9 meses de evolución, a predominio en parrilla costal, hombro derecho, caderas y rodillas, con respuesta parcial a antiinflamatorios. Al examen presentaba movilidad articular y fuerza conservada, sin signos de sinovitis. Se realizaron radiografías hallando artrosis leve y fractura de arco costal 7° izquierdo. Laboratorio de rutina normal. Por persistencia de la sintomatología se indicó gammagrafía ósea que registró múltiples zonas de captación patológica en vértebras dorsales, región sacroiliaca derecha y arcos costales bilaterales compatibles con metástasis. Se realizó punción biopsia de 9° vértebra dorsal que fue negativa para células neoplásicas. Por sospecha de osteopatía metabólica se le solicitó fosfatasa alcalina ósea 114 UI/L, calcemia 9.1 mg/dl, calcitriol 85 mg/24hs, fosfatemia 1.9 mg/dl, fosfatúria 861mg/24hs, creatinina 0.9 mg/dl, creatinínuria 1452 mg/24hs, 25(OH)D3 42 pg/ml y 1,25(OH)2D3 <5 pg/ml, arribándose al diagnóstico de osteomalacia hipofosfatémica. Fue medicado con fosfatos, calcio y calcitriol con franca mejoría clínica y bioquímica. En 2001 se extirpó tumor en celular subcutáneo de pie derecho entre 2° y 3° dedo, cuya histología fue compatible con sinovitis nodular localizada, tras lo cual se pudo disminuir el aporte de fosfatos pero con reaparición de los dolores al intentar suspenderlos. En 2009 se notó recidiva de la tumoración. La resonancia mostró imagen compatible con sinovitis nodular. Se realizó nueva extréssis. La anatomía patológica fue compatible con tumor mesenquimático fosfatúrico, variante mixta de tejido conectivo. Actualmente el paciente está asintomático, con análisis de laboratorio normales, sin aporte de fosfatos, calcitriol en descenso y dieta láctea.

**Caso clínico 2:** Varón de 70 años consultó en noviembre de 2008 por dolor en piernas y rodillas, con claudicación en la marcha, de 1 año de evolución. Fue evaluado por neurología con diagnóstico de polineuropatía axonomielínica asimétrica de miembros inferiores. Recibió antiinflamatorios con escasa respuesta. Entre los estudios de rutina se halló fosfatasa alcalina (PAL) elevada (583 UI/L), lo que motivó la solicitud de radiografías de rodilla y columna lumbar con artrosis, resonancia magnética con múltiples fracturas lineales en columna y platillo tibial interno y gammagrafía que informó captación patológica en múltiples arcos costales y platillos ilíacos bilaterales compatibles con lesiones por estrés. Por sospecha de osteopatía metabólica se completó laboratorio con fosfatemia 1.51 mg/dl, fosfatúria 666mg/24hs, calcemia 9 mg/dl, calcitriol 151 mg/24hs, creatinina 0.9 mg/dl, vitamina D 32 ng/ml, PTH 36 pg/ml, reabsorción tubular de fosfatos de 65%, llegando al diagnóstico osteomalacia hipofosfatémica. Inició tratamiento con sales de fósforo, calcitriol y calcio con normalización de los parámetros y mejoría del dolor. En abril de 2010 se realizó tomografía por emisión de positrones con flúoro-deoxi-glucosa (FDG-PET/CT) que detectó una formación nodular hipermetabólica en partes blandas de antepié derecho de 2.26 cm. Se realizó su extréssis. La histología fue compatible con un tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Seis meses luego de la cirugía, mantenía un laboratorio normal sin aporte de fosfatos. Actualmente sólo recibe calcio y vitamina D. No ha presentado recidivas de su enfermedad.

**Discusión:** La osteomalacia oncogénica es una enfermedad con manifestaciones inespecíficas y progresivas y un diagnóstico frecuentemente tardío, lo que subraya la necesidad de analizar el metabolismo fosforocálcico ante la mínima sospecha de osteopatía metabólica. En ambos casos presentados, las causas genéticas fueron omitidas por la edad y ausencia de antecedentes familiares. Los tumores productores de osteomalacia son por lo general de origen mesenquimático y benignos, suelen ser de pequeño tamaño y difícil de localizar, pero su búsqueda sistemática está claramente justificada ya que su extirpación completa es curativa. Cuando los tumores no son hallados o son irresecables, el tratamiento sustitutivo con fosfatos y vitamina D consigue un control aceptable de la enfermedad.

**229 POLIARTERITIS NODOSA INDUCIDA POR ESTREPTOCOCCIA**

M. Cousseau<sup>[\*]</sup>, H. Scherbarth<sup>[\*]</sup>, N. Torres<sup>[\*]</sup>, R. Gonzalez<sup>[\*]</sup>  
<sup>[\*]</sup> Clínica Privada Hispano Argentina, Tres Arroyos, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Unidad Reumatología - Enfermedades Autoinmunes Higa Dr. Alende, Mar Del Plata, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

Introducción: la poliarteritis nodosa (PAN) es una entidad rara, de infrecuente presentación al reumatólogo práctico. Su prevalencia ha sido estimada en 31/1.000.000 adultos. Su cuadro típico comprende fiebre, sudores nocturnos, úlceras de piel o nódulos dolorosos, severos dolores musculares y articulares, curso prolongado (semanas o meses). Existe evidencia de asociación de agentes infecciosos con vasculitis. El rol causal del virus de hepatitis B en PAN y del virus de hepatitis C en crioglobulinemia mixta está claramente establecido. Existen reportes de PAN cutánea asociada a estreptococcia en niños.  
 Caso Clínico: Q.J.C. paciente varón, 36 años, con antecedente de fiebre reumática a los 5 años y cuadro de estreptococcia recurrente desde la infancia, caracterizado por amigdalitis a repetición, artritis y lesiones eritematosas y nodulares en piel, proflaxis con penicilina benzatínica entre los 8 y los 30 años de edad. Presenta desde hace 4 años y luego de nuevo episodio de amigdalitis, pitorralgias, dolor gemelar y edema de pierna izquierda, eritema marginado y nodulosis recurrente en miembros inferiores y tronco, epididimitis recurrente. Laboratorio: reactantes de fase aguda elevados, ASTO: valores reiteradamente elevados, CPK x2, Aldolasa y LDH normales; FAN, FR, c y p-ANCA, serologías para hepatitis B y C todos negativos. Electromiograma de miembros inferiores: compatible con patrón mioapático. Biopsia de piel: presencia en tejido celular subcutáneo de vaso de mediano calibre con necrosis fibrinóide de la pared, trombosis e infiltrado inflamatorio mixto con linfocitomorfonucleares y frecuentes eosinófilos. Biopsia de músculo: cuadro histopatológico conectivo a miopatia inflamatoria. Tratamientos: corticoterapia prolongada en bajas dosis, metotrexato y azatioprina resultaron ineficaces para detener la nodulosis y mialgias así como la proflaxis con bajas dosis de penicilina oral, mejora solo parcialmente el eritema. En marzo de 2013, nuevamente empeora el cuadro con gran extensión del eritema en miembros superiores, tronco y miembros inferiores, donde en miembro inferior izquierdo aparece ulceración y necrosis tipo vasculítico y concomitantemente sinusitis y nueva epididimitis; lo anterior ocurre intra tratamiento con azatioprina, metotrexato y prednisona a bajas dosis. Por los antecedentes de estreptococcia, títulos persistentemente elevados de ASTO, ausencia de ANCA, epididimitis, exantema y nodulosis, biopsia compatible, se asume el cuadro como una poliarteritis nodosa (PAN), forma benigna pero grave por su extensión, por lo que se decide corticoterapia oral prolongada y 6 pulsos de 1 gramo de ciclofosfamida IV con buena tolerancia y remisión de la nodulosis y eritema, desaparición de las mio-artralgias y no recurrencia de epididimitis.  
 Discusión: creemos que se trata de un caso de PAN, con buen pronóstico general, pero severa en cuanto a su extensión y muy probable tendencia a recurrencias. Su infrecuente presentación al reumatólogo, evolución muy prolongada del cuadro y vinculación a estreptococcia en grupo etario no habitual lo hacen interesante y objetivo de la presentación científica. A propósito del caso, se discute la enfermedad, su cuadro histopatológico y sus posibilidades terapéuticas y se plantean diagnósticos diferenciales con otras patologías.

**230 VASCULITIS LIVEDOIDE. TERAPIA ANTICOAGULANTE. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA**

L. Narvez Ponco<sup>[\*]</sup>, L. Belgoy<sup>[\*]</sup>, A. García Pichitá<sup>[\*]</sup>  
<sup>[\*]</sup> Hospital Julio C. Ferrando, Resistencia, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

Introducción: La Vasculitis Livedoide (VL) es una entidad poco frecuente, de etiopatogenia desconocida, caracterizada por ulceración crónica y dolorosa en los miembros inferiores, recidivante, que tiende a evolucionar en forma espontánea a lesiones atróficas. Se postula que existe una alteración idiopática oclusiva, no inflamatoria de los vasos sanguíneos de pequeño calibre con daño vascular hialinizante y segmentario. Su diagnóstico no es sencillo, ya que no hay exámenes de laboratorio específicos. La biopsia de las lesiones colabora en el diagnóstico, pero no posee hallazgos característicos. No existe consenso sobre cuál es el tratamiento específico, que incluye corticoides sistémicos, inmunosupresores, antiagregación plaquetaria y anticoagulación. Caso clínico: mujer de 26 años sin antecedentes patológicos que consulta por presentar desde los 9 años de edad úlceras dolorosas recidivantes en miembros inferiores a predominio de tobillos y dorso de pies que curan espontáneamente luego de 10 días, dando lugar a cicatrices atróficas, hiperpigmentadas y púrpura periférica. Sin mejoría clínica con ANES ni corticoides orales. Además presenta Raynaud, Livedo Reticularis y parestias en territorio cubital izquierdo. En el laboratorio: AAN, Anti-DNAse, Anti-Ro, Anti-La, ANCA-C/CP, Crioglobulinas, FR fueren negativos, niveles de Anticardiolipinas G y M, Antibeta 2 Glicoproteína I M y G, Complemento, Proteinograma Electroforético, VOS y PCR normales. Los valores de Proteína C, S, Homocisteína fueron normales. Sin mutación del Factor V de Leiden. Cultivos de las úlceras para gérmenes comunes, BAAR y Hongos negativos. Ecodoppler de MII normal. EMG de 4 miembros: neuropatía del cubital y mediano izquierdo. Se realiza biopsia de úlceras con hallazgos compatibles con Vasculitis Livedoide. Inicia tratamiento con Cilostazol 200 mg/d, Diltiazem 120 mg/d, Pregabalin 300 mg/d, Amilgrilina 50 mg/d, AAS 100 mg/d, Prednisona 1 mg/kg/d y Ciclofosfamida 1 gr/mes (6 meses). Presenta recidiva de las úlceras bajo tratamiento. Se inicia anticoagulación. Evoluciona favorablemente sin reaparición de úlceras; solo persisten cicatrices atróficas. Actualmente se encuentra asintomática y recibe tratamiento con Acenocumarol, Cilostazol 100 mg/d, sin inmunosupresores ni requerimiento de analgésicos.  
 Discusión: No existe un consenso acerca del tratamiento óptimo de la VL, probablemente debido a la baja prevalencia de la enfermedad. La tendencia descrita en la bibliografía es utilizar inmunosupresores y eventualmente considerar terapia con anticoagulantes y fibrinolíticos. Cada caso debe valorarse individualmente. En nuestro caso la terapia inmunosupresora no alteró el curso clínico, sin embargo la anticoagulación fue la única intervención que logró la remisión de las lesiones. Por ello el tratamiento anticoagulante debería ser considerado como una opción efectiva inicial en el manejo de la VL.

**231 LESION DESTRUCTIVA MEDIOFACIAL COMO FORMA DE PRESENTACION DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS**

C. Pendi<sup>[\*]</sup>, M. Pera<sup>[\*]</sup>, V. Arzu<sup>[\*]</sup>, A. Salas<sup>[\*]</sup>, C. Costi<sup>[\*]</sup>, M. García<sup>[\*]</sup>  
<sup>[\*]</sup> Higa San Martín, La Plata, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis es un desorden autoinmune caracterizado por inflamación granulomatosa y vasculitis de pequeños vasos asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) mayoritariamente dirigidos contra la Proteinasa 3 (PR3), con presentaciones clínicas heterogéneas.  
 Objetivo: describir un paciente con una lesión destructiva mediofacial como manifestación de granulomatosis con poliangeitis  
 Caso clínico: Varón de 18 años, originario de Colombia, consulta por cefalea severa y pérdida de peso de 20 kilos en los últimos 8 meses. En la evaluación otorrinolaringológica (ORL) presenta fistula en paladar con pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR).  
 Presenta nariz en silla de montar, proptosis de ojo izquierdo, tumefacción medio facial izquierda, edema de papila de ojo izquierdo, peripapilitis de ojo derecho. Visión del ojo izquierdo de 3/10. Diez meses previos presentó supuración purulenta de ojo izquierdo y otalgia. Realizan en su país de origen mastoidectomía radical izquierda. Biopsia: Tejido de granulación con focos de necrosis, hemorragias y presencia de histiocitos espumosos y epiteloides. Evolución con parálisis facial con compromiso de 5°, 6° y 7° pares craneales. En RMI encefalo y oídos c/contraste: Lesión transespacial con compromiso de oído medio e interno, extensión a cuello, espacio carotídeo, faringe, parótida izquierda, región malar, mitad izquierda del tentorio y por paquimeninge a lóbulos frontal, temporal y parietal izquierdos. Invasión del seno cavernoso izquierdo. Biopsia de duramadre: inflamación aguda y crónica inespecífica, tinción de Gram y Girocott negativas. Se descarta patología infecciosa y oncológica. ANCA C positivo con especificidad para PR3 por ELISA (ST UI). Laboratorio: se destaca la presencia de trombocitosis, ERS 30 mm/h, PCR 12 mg/L, sin evidencias de compromiso renal. Se descarta compromiso de otros órganos.  
 Se realiza terapia con pulsos de metilprednisolona de 500mg, durante 3 días, ciclofosfamida 15 mg/kg IV, plasmáferesis y anticoagulación oral. Evoluciona con mejoría de la cefalea, proptosis y tumefacción facial, pero con imposibilidad para lograr descenso de corticosteroides por recidiva de los síntomas, luego de 6 meses de ciclofosfamida mensual, iniciando solicitud de antiCD20.  
 Conclusión: Destacamos la presentación de la granulomatosis con poliangeitis de localización exclusivamente craneo-facial. La evolución agresiva con compromiso neurológico, óseo y de tejidos blandos con refractariedad al tratamiento convencional para vasculitis.

**232 HEMORRAGIA SUPRARENAL EN PACIENTE CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO**

J. Rivera<sup>[\*]</sup>, D. Scotti<sup>[\*]</sup>, M. Mayora<sup>[\*]</sup>, P. Gonzalo<sup>[\*]</sup>, J. Pailler<sup>[\*]</sup>, S. Campuzano<sup>[\*]</sup>  
<sup>[\*]</sup> Sanatorio Santa Fe, Santa Fe, Argentina  
<sup>[\*]</sup> Presentador

Introducción: El Síndrome Antifosfolípido es una trastorno autoinmune eminentemente trombotogénico, caracterizado por trombosis arterial y venosa, complicaciones obstétricas y presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Puede estar asociado a otras enfermedades inmunológicas (la más frecuente es el Lupus Eritematoso Sistémico), constituyendo el síndrome antitrombótico secundario, o presentarse como primario en el 50% de los pacientes.  
 La hemorragia suprarrenal es una complicación infrecuente (de la que solo existen reportes de casos aislados), atribuible al "infartamiento" glandular (infarto hemorrágico por trombosis de la vena central) que suele ir precedida por manifestaciones tromboticas en otros territorios. Clínicamente puede manifestarse con dolor, fiebre, síntomas abdominales; alteraciones neuropsíquicas, e insuficiencia suprarrenal de severidad variable, pudiendo cursar también de manera silente. Si bien el pronóstico de la hemorragia suprarrenal ha mejorado con los años, se requiere un alto nivel de sospecha dada la elevada mortalidad de esta patología en ausencia de tratamiento oportuno.

**Presentación del caso:** Mujer de 39 años con diagnóstico de síndrome antifosfolípido primario, bajo tratamiento anticoagulante crónico, y antecedente de endometriosis.  
 Consultó por cuadro de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor continuo, de intensidad 8/10 en hipocóndrio izquierdo irradiado a hombro homolateral y dorso, sin modificaciones con la respiración ni los movimientos. Refirió, además, dos vómitos alimenticios y un episodio diarreico autolimitado. Cinco días antes del ingreso y para una extracción dentaria había suspendido el acenocumarol durante 72 horas recibiendo, durante ese tiempo, enoxaparina profiláctica. Tres días previos a la admisión había tenido traumatismo leve en región dorsal.  
 Es de resaltar, como antecedentes en relación con sus patologías, una trombosis yugular derecha y embolia pulmonar 11 años atrás; un legrado por aborto y cuatro cirugías por endometriosis.  
 Al examen físico: síndrome del opeículo torácico bilateral a predominio derecho.  
 Tomografía de abdomen: hematoma adrenal izquierdo. Resto de exámenes complementarios sin hallazgos relevantes.  
 Se reemplazó el acenocumarol por heparina subcutánea profiláctica.  
 Durante la internación la paciente presentó cuadro similar contralateral, constatándose en nueva tomografía hematoma suprarrenal derecho.  
 Cortisol plasmático matutino descendido, por lo que se indicó reemplazo hormonal con hidrocortisona y se reinstauró el acenocumarol.  
 La paciente evolucionó favorablemente.

**Discusión:** Se presentó una mujer con historia de síndrome antifosfolípido primario cursando una hemorragia suprarrenal bilateral coincidente con la suspensión de la terapia anticoagulante, lo cual refleja el mecanismo patogénico aceptado de esta entidad consistente en un infarto hemorrágico por trombosis de la vena adrenal.  
 Coincidentemente con los casos publicados en la literatura, la paciente contaba con historia de reiterados eventos tromboticos previos.  
 La evolución favorable con adecuado tratamiento sustitutivo hormonal (además de niveles adecuados de anticoagulación) apoya la importancia de la detección de insuficiencia adrenal consecutiva, incluso con síntomas solapados, en pacientes con esta patología.

**ENTERITIS LÚPICA: DEBUT INUSUAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO(LES)**

G. Remondino<sup>1</sup>\*, P. Mannucci<sup>1</sup>, M. Padilla<sup>1</sup>, V. Gneman<sup>1</sup>, A. Bellusci<sup>1</sup>,  
Hospital Fernández, Caba, Argentina  
[\*] Presentador

Introducción: La enteritis lúpica es una causa poco frecuente de dolor abdominal en LES. Puede evolucionar con necrosis y perforación intestinal.

La ascitis lúpica se asocia generalmente a síndrome nefrótico, enteropatía perdedora de proteínas, pericarditis constrictiva o peritonitis lúpica crónica, y es muy rara su presentación como manifestación inicial de LES.

Caso: describimos una paciente de sexo femenino, de 16 años, que presenta dolor y distensión abdominal de 2 meses de evolución. En internación previa se diagnostica ascitis por lo que se realizan 2 laparoscopías exploratorias con drenaje de abundante líquido ascítico con características de exudado y cultivos negativos. Se constata FAN (+)/1/160 homogéneo y Ac. antiADN (+), C3 12.2 mg % y C4 no dosable. Inicia tratamiento con hidroxcloroquina 200 mg /día. Evoluciona con aumento del dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal y peristaltismo disminuido. Se interna en nuestro Hospital, donde evidencia abdomen distendido y doloroso, a predominio de hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, RHA y cataris negativas. Lab.: Hto 29.2%, HB 9.6g/dl, VCM 95, GB 21200/mm3, plaquetas 405000/mm3, VSG 27mm/h, PCR 0.6 mg/dl, Na 144 mEq/L, K 3.8mEq/L, hepatograma normal, amilasa 112 U/L, albúmina 3,1g/dl, glucemia 118, LDH 1271 U/L, CPK 236 U/L, ANA + 1/1280 Moteado fino, a DNA +, C3 23.6 mg/dl y C4 3.64 mg/dl; anti Ro/La positivos en alto título; anti Sm, anti RNP, anti fosfolípidos y ANCA's negativos. Se realiza ecografía abdominal que informa ectasia de pelvis renal bilateral, ascitis leve y asas intestinales aperistálticas y distendidas. TAC de abdomen que informa ascitis moderada severa, marcada distensión gástrica, edema parietal de intestino delgado y colon (especialmente colon descendente y recto), y AngioTAC de abdomen que informa: derrame pleural bilateral a predominio derecho, sin imágenes de defecto de relleno a nivel de aorta abdominal, tronco celiaco y sus ramas, arteria mesentérica superior e inferior. Hernia inguinal derecha con contenido de materia fecal. Se interpreta el cuadro como Enteritis Lúpica por lo que recibe pulsos de metilprednisolona (500 mg durante 3 días) + ciprofloxacina/metronidazol. Ante falta de respuesta clínica se indica ciclofosfamida EV (500 mg) + Gamaglobulinas EV. Evoluciona con mejoría del cuadro abdominal (catarsis y RHA +). Paracentesis guiada por ecografía que evidencia abundante líquido con características de trasudado, sin rescate microbiológico. Proteinuria 24 hs: 520mg y sedimento urinario con 15-20 GR dismórficos / campo. Punción biopsia renal: GNF lúpica mesangial clase II. Continúa con buena evolución. Al mes recibe 2º ciclo de CF y es dada de alta luego de 36 días de internación. Luego del 3º ciclo de CF (500mg), y recibiendo + meprednisona 30 mg /día, se evidencia buena evolución clínica con el siguiente lab.: Hto: 34%; Ac. antiDNA(-); C3: 65.7 y C4: 13.3 mg/dl. Conclusión: 1- Presentamos una paciente adolescente que desarrolla enteritis lúpica como primera manifestación de LES.  
2 - Los hallazgos en TAC y angioTAC fueron relevantes para el diagnóstico de Enteritis Lúpica.