

[posters]

# 41° Congreso Argentino de Reumatología

---

19 al 22 de noviembre de 2008

Hermitage Hotel  
Mar del Plata - Argentina

Organizado por  
**la Sociedad Argentina de Reumatología**

|               |                         |             |
|---------------|-------------------------|-------------|
| SECCION PANEL | JUEVES 20 DE NOVIEMBRE  | P1 A P53    |
| SECCION PANEL | VIERNES 21 DE NOVIEMBRE | P54 A P105  |
| SECCION PANEL | SABADO 22 DE NOVIEMBRE  | P106 A P139 |



SOCIEDAD ARGENTINA DE  
REUMATOLOGIA

01

**ESTUDIO MULTIVARIADO EN PACIENTES POSMENOPAUSICAS CON Y SIN FRACTURAS POR ACUMIAMIENTO VERTEBRAL.**

Morosan M., Menoyo I., Pezzotto S.M., Bocanera R. y Masoni A. Centro de Estudios del Climatorio (CEC) del Hospital Provincial del Centenario y Cátedra de Oca. Biológica de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR. 2000 Rosario, Santa Fe.

**OBJETIVOS:** Determinar el grado de acumiamiento de vértebras sanas en pacientes que han sufrido por lo menos una fractura vertebral (FvV). Comparar estas acumulaciones con los correspondientes a pacientes que no han sufrido ninguna fractura vertebral. **PACIENTES Y METODOS:** Se estudiaron 120 pacientes menopausicas ambulatorias, asintomáticas y sin tratamiento previo, concurrentes al CEC: anamnesis, examen físico, Rx de columna dorsal y DEXA de Cadera. Se efectuó morfometría radiológica para determinar la presencia de FvV. Estas son definidas como la reducción  $\geq$  al 20% de la altura anterior respecto a la posterior de cada cuerpo vertebral. Se midió el ángulo de Cobb y se calculó la sumatoria de los ángulos de acumiamiento vertebrales ( $\Sigma\Phi$ ) desde Dorsal 4 a 12. Los ángulos de acumiamiento correspondientes a vértebras fracturadas fueron excluidos y se calculó un promedio de la sumatoria de ángulos de acumiamiento de vértebras sanas ( $\Sigma\Phi$ :dsanas). Análisis estadísticos: Medias y DS. Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), t-Student, Regresión Multiple.

**RESULTADOS**

| VARIABLES ESTUDIADAS        | Pacientes con FvV (n: 35) | Pacientes sin FvV (n: 85) | Significado estadístico | Sig. est. ajust por edad |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| EDAD (años)                 | 74.9 ± 8.8                | 70.6 ± 10.2               | p < 0.01                | -----                    |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )    | 25.7 ± 3.9                | 27.0 ± 4.5                | ns                      | ns                       |
| DMO (g/cm <sup>3</sup> )    | 0.712 ± 0.10              | 0.740 ± 0.11              | ns                      | ns                       |
| Ang de Cobb (grados)        | 64.6 ± 13.3               | 44.9 ± 13.8               | p < 0.0001              | p < 0.001                |
| $\Sigma\Phi$ (grados)       | 52.7 ± 14.3               | 30.5 ± 12.0               | p < 0.0001              | p < 0.001                |
| $\Sigma\Phi$ sanas (grados) | 4.65 ± 1.6                | 3.39 ± 1.3                | p < 0.0001              | p < 0.001                |

Las pacientes con FvV presentaron con respecto a las sin FvV mayor porcentaje de Cifosis Clínica (80% vs. 39%, p < 0.0001), una tendencia mayor en historia de caídas previas (51% vs. 35%, ns) y antecedentes de fracturas previas (37% vs. 23%, ns). En el análisis multivariado se determinó como variable dependiente al  $\Sigma\Phi$  sanas, mientras que las independientes fueron: Edad, IMC, DMO, Cifosis Clínica, Antecedentes de fracturas y caídas previas. El  $\Sigma\Phi$  sanas se encontró asociado positivamente con: Edad (p < 0.05), presencia de Cifosis Clínica (p < 0.05), presencia de FvV (p < 0.002) y negativamente con DMO. (p < 0.007). Sólo se halló interacción entre presencia de Cifosis Clínica y presencia de FvV (p < 0.02). La ecuación de regresión obtenida del análisis multivariado fue:  $P \pm \Phi$  sanas = 3,12 + 0,03 (Edad) + 1,83 (Fv) - 3,06 (DMO) + 0,79 (Cifosis) - 1,40 (Cifosis x FvV). La ordenada al origen de pacientes fracturadas y con Cifosis es diferente y mayor a la de pacientes sin FvV y sin Cifosis.

**CONCLUSIONES:** El ángulo de Cobb y  $\Sigma\Phi$  de pacientes con FvV son mayores a los de las pacientes sin FvV, a pesar de no encontrarse diferencias significativas en sus DMO. Las vértebras sanas de pacientes con FvV tienen una deformidad por acumiamiento mayor que las de pacientes sin FvV lo que aumentaría su vulnerabilidad. Los resultados encontrados en este estudio sugieren la importancia de la indicación simultánea de DEXA y Rx de columna dorsal.

02

**EMBARAZO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. RESULTADOS Y CORRELACION CON LA ACTIVIDAD CLINICA DE LA ENFERMEDAD**

Abdala M., Monje L., Dimónaco R., Svetz M. J., Bearzotti M., Mascheroni C., Palatnik S. Facultad de Cs. Médicas, Servicio Reumatología, Servicio Nefrología, Servicio Obstetricia, Facultad de Cs. Bioquímicas y Farmacéuticas. UNR

**Objetivos**

Analizar retrospectivamente los resultados de los embarazos producidos en pacientes lúpicas con o sin nefropatía actual o pasado, asistidas en el Servicio de Nefrología y Reumatología del Hospital Provincial del Centenario de Rosario.

**Diseño y Métodos**

Estudiamos los resultados de los 25 embarazos producidos en 20 ptes con diagnóstico de LES y los correlacionamos con la actividad serológica lúpica y la presencia de nefropatía lúpica actual o pasada. De las 20 pacientes, 4 tuvieron nefropatía lúpica (Tipo IV). El resto no tuvo compromiso renal. Solo 5 de los 25 embarazos fueron programados.

**Resultados**

La edad promedio de las ptes fue de 25.68 ± 5.17 años al momento del embarazo y su edad al diagnóstico de LES era de 20.36 ± 6.22 años. En promedio, el tiempo entre el diagnóstico de LES y el embarazo fue de 5 años.

De los 25 embarazos, 20 cursaron con normotensión y todos tuvieron un curso exitoso. En 3 abortos en primer trimestre, un nacido vivo con cinco embarazos (en 3 ptes) cursaron con hipertensión, resultando prematurez extrema y uno exitoso. De estos 5 embarazos, 4 se produjeron en pacientes con nefropatía lúpica. El 98% (22 casos) fueron nacidos vivos. Dos fueron prematuros. Uno de 550 gr falleció a las 48 hs. El otro de 2150 gr tuvo un curso exitoso.

La actividad clínica, junto con la presencia de hipertensión y el descenso del complemento, fueron los determinantes del mal pronóstico de los embarazos. Las pacientes con resultados favorables mostraron perfil inmunológico normal o con leves alteraciones y se mantuvieron normales durante el embarazo y en el post parto.

**Conclusión**

Los embarazos en pacientes lúpicas tuvieron un curso favorable en un alto porcentaje de casos. Los resultados desfavorables se asociaron con actividad clínica y serológica de la enfermedad y con hipertensión arterial durante toda la gestación. La programación de los embarazos (escasas en nuestra población) podría proporcionar mejores resultados a los obtenidos.

03

**MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN HIPOTIROIDISMO PRIMARIO**

Moron M. I., Bohr A., Cornejo L., Gusiis S., Sequeira G., Kerzberg E. M., Gauna A. Servicio de Reumatología. División de Endocrinología. Hospital J. M. Ramos Mejía.

**Introducción:** El hipotiroidismo, trastorno endocrino común, se presenta con manifestaciones neurológicas, articulares y musculares que pueden fácilmente ser confundidas con manifestaciones de enfermedades reumatológicas. Ha sido asociado a diferentes enfermedades reumáticas (AR, Sjogren, Polimialgia, Gota, etc), por lo que es habitual recibir pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo que refieren síntomas reumáticos. Sin embargo, es posible que muchas manifestaciones reumáticas mejoren solamente con la terapia hormonal.

**Objetivo:** determinar si es necesaria la derivación temprana de todo paciente con diagnóstico reciente de hipotiroidismo y manifestaciones reumáticas.

**Materiales y métodos:** evaluación sistemática de pacientes con hipotiroidismo primario (TSH elevado con hormonas tiroideas bajas o normales) dentro de los 5 días o antes de iniciar el tratamiento hormonal (visita 1) y 3 meses después de iniciado el tratamiento con T4 (mes 3). Se analizaron en forma prospectiva variables clínicas, de laboratorio, serológicas, consumo de analgésicos y antiinflamatorios. Se utilizó test de Mc Nemar o test de Wilcoxon para datos apareados y se consideró significativa p < 0.05.

**Resultados:** 25 pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo primario completaron el seguimiento a los 3 meses. El grupo en estudio incluyó 21 mujeres y 4 hombres con una edad promedio de 48.4 años (rango: 18 a 74 años). No se observaron articulaciones inflamadas. El 16% refirió haber usado Paracetamol, durante el seguimiento, para el manejo del dolor (entre 500 y 1000 mg día) y ninguno requirió antiinflamatorios.

| Hallazgo                        | Visita 1 | Mes 3 | P     |
|---------------------------------|----------|-------|-------|
| Dolor articular                 | 76 %     | 60 %  | 0.003 |
| Síntomas de ojo y boca seca     | 56%      | 40%   | 0.1   |
| Dolor muscular                  | 56%      | 44%   | 0.4   |
| Fenómeno de Raynaud             | 44%      | 28%   | 0.4   |
| Debilidad muscular              | 36%      | 20%   | 0.2   |
| Rigidez matutina                | 28%      | 8%    | 0.07  |
| Fibromialgia                    | 20%      | 8%    | 0.4   |
| Tinnee/Phallen                  | 16%      | 8%    | 0.5   |
| HAC                             | 0.0      | 0.0   | 1.0   |
| Dolor articular (VAS) en mm     | 38       | 30    | 0.005 |
| Nro de articulaciones dolorosas | 4        | 2     | 0.2   |
| Dolor muscular en mm            | 28       | 26    | 0.5   |

**Conclusiones:** En esta población de hipotiroideos, las manifestaciones reumáticas fueron frecuentes, leves generaron poca discapacidad y se controlaron con bajas dosis de analgésicos. Con el tratamiento el dolor articular se redujo en forma significativa y los otros síntomas mostraron tendencia a disminuir a los 3 meses. Por lo tanto, la derivación de pacientes hipotiroideos al reumatólogo, puede limitarse a los casos que no mejoren con la terapia hormonal o analgésicos comunes.

04

**AFECCION VERTEBRAL EN ENFERMEDAD DE PAGET**

Larroude ms., Moggia ms, Man z. Centro TIEMPO, Buenos Aires, Argentina.

La enfermedad de Paget se caracteriza por una alteración en el remodelado óseo debido a un aumento en la actividad osteoblástica y osteoclástica.

La afectación de la columna se ha descrito en un 53% de los pacientes, correspondiendo a columna lumbar un 58%, columna torácica un 45% y columna cervical un 14%.

El diagnóstico diferencial incluye metastasis, osteosarcoma y linfoma de Hodgking. El compromiso de columna debe ser tratado por las complicaciones neurológicas que puede generar.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de la afectación vertebral en la enfermedad de Paget y la presencia de actividad a través de la medición de fosfatasa alcalina sérica en pacientes monostóticos.

**Materiales y métodos:**

Se estudiaron 63 pacientes con enfermedad de Paget, 29 hombres y 34 mujeres edad promedio 67 años (43-85).

La afectación vertebral fue diagnosticada por radiología simple de columna, centellografía ósea con tecnecio 99 y biopsia ósea.

**Resultados:**

| Pacientes Monostóticos | Hombres    | Mujeres    |
|------------------------|------------|------------|
| n= 17(27%)             | 7 (41%)    | 10 (59%)   |
| Edad promedio en años  | 71 (61-84) | 65 (59-74) |
| Compromiso vertebral   | 3 (17,6%)  | 5 (29,4%)  |

El 47% (8/17) de los pacientes presentó afectación vertebral

En 6 pacientes se sospechó el diagnóstico por hallazgo radiológico, en una paciente por hallazgo centellográfico que se indicó porque sus hermanas tenían diagnóstico de Paget y un paciente consultó por aumento de fosfatasa alcalina. Se confirmó el diagnóstico por biopsia ósea en 6 pacientes.

4 pacientes presentaban compromiso lumbar, 3 dorsal (2 dorsal baja y 1 dorsal alta), y 1 paciente cervical alta.

De los 3 pacientes masculinos con compromiso vertebral, 2 presentaban aumento de FAL, y en un paciente el valor era normal.

4 mujeres presentaban FAL dentro del rango normal y una aumento de la misma. Por lo tanto el 62,5% de los pacientes con afectación vertebral tenían FAL normal.

| Pacientes Polistóticos | Hombres    | Mujeres    |
|------------------------|------------|------------|
| n= 46 (73%)            | 26 (56,5%) | 20 (43,5%) |
| Edad promedio en años  | 67 (43-90) | 67 (55-85) |
| Compromiso vertebral   | 5 (10,8%)  | 12 (26%)   |

En los pacientes polistóticos el 36,8% (17/46) presentaron compromiso vertebral, 2 localizándose en columna dorsal, 11 en columna lumbar, y 4 en columna lumbar y dorsal.

**Conclusión:**

Detectamos un compromiso vertebral en el 47% de los pacientes monostóticos, y 36,8% de los polistóticos.

Ante la presencia de compromiso vertebral aunque la fosfatasa alcalina se encuentre dentro de valores normales es necesario establecer tratamiento para impedir las potenciales complicaciones neurológicas.

05

**CONTROL A LARGO PLAZO DE 72 PACIENTES (ptes) CON NEFROPATÍA LÚPICA (NL).**

**Autores:** **\*\*M. Abdala, L. Monje, \*C Mascheroni, \*\*S Palatnik, \*\*\*M. Bearzoti, \*\*\*\*M J Svetaz**  
**\*S de Nefrología, \*\*S Reumatología, \*\*\*S Inmunología**  
**Hospital Prov. del Centenario - Facultad de Ciencias Médicas - U.N.R. Rosario. Argentina.**

Estudiamos 72 ptes (65 mujeres) con NL con 81 biopsias renales (BR) desde 6/87 a 12/07. La X de edad fue 27.42 años (7 a 70) y el tiempo de control 49.38 meses (de 1.5 a 140 meses). La presentación clínica fue síndrome nefrótico (SNo) en 40, nefrítico (SNi) en 17 y anomalía urinaria en 15. Veintidós tuvieron insuficiencia renal (IR) (4 de rápida progresión). El 60 % se presentó con hipertensión arterial (HA).

Las formas histológicas fueron: tipo II 11, tipo III 4, tipo IV 48 y tipo V 9. Se rebiopsiaron 9, sólo 2 con cambio histológico (1 tipo II y 1 tipo III a tipo IV). 21 ptes tuvieron diagnóstico de LES al momento de la BR.

El tratamiento (tto) inicial se registró en 54 ptes (corticoides 7, NIH 47), analizados en conjunto 93% tuvo respuesta inicial (52% remisión total, 41% parcial), 4 fueron resistentes. 12 ptes presentaron exacerbación renal entre 1 y 14 años de la BR. En 4 la recaída se produjo durante el abandono de tto. 10 pudieron ser tratados, con remisión completa en 6 y parcial en 4. Requiritieron diálisis 4 ptes, 2 en forma transitoria. Murieron por sepsis 3 ptes antes de los 6 meses de tto.

La edad, el sexo, el tipo de presentación y la HA no incidieron en la tasa de respuesta total inicial. Ninguna variable de las estudiadas incidió en la presencia de recaídas renales, incluyendo tto incompleto

**Conclusiones:** La NL tipo IV fue la forma más frecuentemente encontrada en nuestra población (67%). La tasa de respuesta fue elevada (93%) y sostenida en el tiempo. Ninguna de las variables estudiadas incidió en la tasa de respuesta inicial ni en la presencia de recaídas renales. Solo dos ptes tuvieron requerimiento crónico de HD.

06

**ESTUDIO ALEATORIZADO DE ABATACEPT VERSUS INFLIXIMAB O PLACEBO: SEGURIDAD EN EL SUBGRUPO DE PACIENTES LATINOAMERICANOS DEL ESTUDIO ATTEST**

**Berman A,<sup>1</sup> Saldade C,<sup>2</sup> Leon G,<sup>3</sup> Keiserman M,<sup>4</sup> Tsai K,<sup>5</sup> Becker J, C,<sup>6</sup> Zingoni C,<sup>7</sup> Fanti L,<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina; <sup>2</sup>Centro de Investigación del Noroeste, Tijuana, México; <sup>3</sup>Servicio de Reumatología del Hospital de la Fuerza Aérea, Lima, Perú; <sup>4</sup>Provincial Catholic University, School of Medicine, Porto Alegre, Brasil; <sup>5</sup>Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, USA; <sup>6</sup>Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, USA; <sup>7</sup>Bristol-Myers Squibb, Buenos Aires, Argentina; <sup>8</sup>Bristol-Myers Squibb, San Pablo, Brasil.

**ANTECEDENTES:** En el estudio aleatorizado y a doble ciego ATTEST se estimó la eficacia y seguridad relativa de Abatacept (A) e Infliximab (I) versus Placebo (P) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y respuesta inadecuada a metotrexato (MTX). Los resultados completos del estudio, ya reportados (Ann Rheum Dis 2007), sugirieron similar eficacia superior de A vs P y de I vs P, con mejor perfil de seguridad y tolerancia de A vs I. La seguridad de los biológicos es un tema de interés en Latinoamérica (LA); como casi el 60% de los sujetos del estudio ATTEST era de LA, realizamos un análisis en el subgrupo de pacientes LA, enfocado en la seguridad.

**MÉTODOS:** Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con A (10 mg/kg), I (3 mg/kg), o P, en una proporción 3:3:2. En el día 198, todos los pacientes tratados con P comenzaron a recibir A. Todos los pacientes habían estado recibiendo  $\geq 15$  mg/semana de MTX por  $\geq 3$  meses, a todos se les retiró cualquier DMARD que no fuera MTX. Se permitió el uso oral de esteroides ( $\leq 10$  mg prednisona o equivalente) y de AINEs en todo el estudio. Se realizó un análisis del subgrupo de pacientes LA, enfocado en la seguridad.

**RESULTADOS:** De los 431 pacientes incluidos en el estudio, 255 (59.2%) eran de LA (Argentina, Brasil, México y Perú): 93 recibieron A, 96 I y 66 P. El 89.4% eran mujeres, y, en promedio, la edad era de  $48.2 \pm 12.1$  años; la duración de la AR, de  $8.4$  años  $\pm 7.6$  años; y el puntaje DAS28 inicial, de  $6.9 \pm 0.9$ . Completaron el tratamiento de 197 días el 96.8% (A), 91.7% (I) y 98.5% (P). Los abandonos por EAs fueron más frecuentes con I (7.3%) que con A (0%) o P (0%). Las infecciones prespecificadas fueron más frecuentes con I (11.5%) que con A (7.5%) o P (9.1%); mientras que la tasa total de infecciones fue similar en los 3 grupos. Se informaron dos casos de tuberculosis en el subgrupo LA, ambos en el grupo infliximab. Los EAs gastrointestinales, neurológicos y osteomusculares estuvieron similarmente distribuidos entre los grupos. Los resultados de eficacia en esta serie LA confirman los resultados globales (variación promedio de DAS28 en el Día 197, A vs P:  $-2.53$  vs  $-1.70$ ;  $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIÓN:** En la población LA del estudio, tanto A como I ofrecieron beneficio clínico a los pacientes con AR y respuesta inadecuada a MTX, el perfil de seguridad de abatacept sería relativamente más aceptable que el de infliximab de acuerdo con los resultados de este estudio.

07

**PERFIL DE SEGURIDAD DE ABATACEPT EN ESTUDIOS CLÍNICOS CONDUCTOS EN LATINOAMÉRICA (LA): DATOS DE 904 PACIENTES (PTS) CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)**

**Citera G<sup>1</sup>, Berman A<sup>2</sup>, Velasco J<sup>3</sup>, Litalien G<sup>4</sup>, Fanti L<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Instituto de Rehabilitación Psico-física, Bs As, Argentina; <sup>2</sup>Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán; <sup>3</sup>Instituto CER Buenos Aires, Argentina; <sup>4</sup>BMS Bristol-Myers Squibb, Wallingford, CT, USA; <sup>5</sup>Bristol-Myers Squibb, San Pablo, Brasil

**Introducción/Objetivos:** La seguridad de los agentes biológicos utilizados en el tratamiento de la AR es un tema de preocupación en LA, debido a la prevalencia en esta región de infecciones crónicas, especialmente la tuberculosis (TB). Por lo tanto, es importante obtener datos continuos de seguridad en pts LA tratados con abatacept.

**Materiales y métodos:** presentamos un subanálisis de un Resumen de Seguridad Integrado (ISS) de 7 estudios clínicos de abatacept en AR, con datos recolectados hasta Diciembre de 2006, de pacientes de LA que participaron en estos estudios.

**Resultados:** el ISS global incluyó 4134 pacientes e indicó que abatacept resultó seguro y bien tolerado a lo largo del tiempo, 90.4% de los pts experimentaron un evento adverso (EA), pero sólo 7.9% abandonó el estudio por un EA; además, no aumentó la tasa de incidencia (TI) de infecciones serias, y las TIs de neoplasias y eventos autoinmunes se mantuvieron estables en el tiempo. En total, 904 (22%) de los sujetos incluidos en el ISS provinieron de LA (Argentina, Brasil, México, Perú y Puerto Rico), representando un total de 2181.27 pts-años de seguimiento. En esta población, las pts femeninas fueron el 88.2%, y la mediana de edad era de 50 años (rango 21 a 87). Si bien el 92.2% de los pts tuvo al menos un EA, sólo 52 pts (5.9%) abandonó por un EA (infecciones N=8; neoplasias N=6). Las mayores TIs de EAs, por sistema de órganos, fueron infección (78.8%), gastrointestinal (46.3%), sistema nervioso (27.8%), tejido osteomuscular (24.0%), piel/partes blandas (16.2%) y trastornos vasculares (13.4%). Se diagnosticó un tumor en el 3.2% de los pts, en la mayoría de los casos, benigno. Se observaron 4 casos de TB en pts LA tratados con abatacept en estudios clínicos, ninguno de ellos fatal (2 casos de TB, 0.2%; TI=0.09; 1 caso de TB ósea, 0.1%; TI=0.05; 1 caso de TB pulmonar, 0.1%; TI=0.05). Tales casos pueden reflejar la mayor prevalencia basal de TB en esta región, ya que no hubo casos adicionales de TB en la población ISS global. Se registraron 17 fallecimientos, la mayoría de ellos por causas cardiovasculares.

**Conclusión:** en general, este análisis de subgrupo sugiere que abatacept es seguro y bien tolerado en esta población, lo cual es consistente con lo observado en la población total incluida en los estudios clínicos de este fármaco. Se debe investigar continuamente la TB, de acuerdo con las guías locales.

08

**EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UN GRUPO DE 100 PACIENTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CENTENARIO ROSARIO**

**Abdala M, Palatnik M, García Saucó M, Palatnik S**  
**Facultad de Ciencias Médicas U.N.R. – Hospital Provincial del Centenario Rosario Argentina.**

Presentamos un grupo de 100 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), quienes fueron tratados en nuestro servicio.

El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia y características de las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas de 100 pacientes con LES. El estudio se llevó a cabo con los pacientes que concurrían consecutivamente, desde el año 1991 a la fecha, al Hospital Provincial del Centenario, de la ciudad de Rosario, Argentina. Con los mismos se realizó un seguimiento longitudinal.

Todos los pacientes reunían 4 o más criterios de la ARA para la clasificación de LES revisados en 1982.

La mayoría de los pacientes son mujeres caucásicas (95%), entre 13 y 72 años de edad (media 34 años), la sintomatología del LES en estos pacientes apareció entre los 12 y 39 años (media 23 años). Las manifestaciones clínicas más frecuente fueron las articulares (artritis 83 %) y cutáneas (fotosensibilidad 52 % y rash malar 38 %), seguidas por los desordenes renales (42 %), neurológicos (17 %), hematológicos (21 %) y serositis (25 %)

Las alteraciones inmunológicas detectadas más frecuentemente en este grupo de pacientes fueron anticuerpos antinucleares (100 %) y anticuerpos anti-ADN nativo (41 %). Manifestaciones serológicas halladas menos frecuentemente fueron anti-Ro (35 %), anti-Sm (28 %), anti-RNP (23 %), Factor Reumatoides (22 %), anticuerpos anticardiolipinas Ig G (26 %), anticuerpos anticardiolipinas Ig M (23 %), anticoagulante lúpico (18).

Similares prevalencias han sido descriptas por otros autores americanos y europeos.

09

**EXPERIENCIA CON GAMMAGLOBULINA HUMANA (GGH) EN REUMATOLOGÍA**

**Penón G,** Pena C, Salas A, Ruta S, García MA, Marcos J, Aguirre Y, Gamonega C, Azzaro S, Arturi AS, Babini JC, Marcos JC.  
Servicios de Reumatología y de Hemoterapia del Hospital "General San Martín" de La Plata, Bs. As, Argentina.

**Introducción:** La utilización de GGH tiene indicaciones precisas como las inmunodeficiencias primarias o secundarias. Su indicación en enfermedades autoinmunes se limita a la Enfermedad de Kawasaki y en Dermatomiositis refractaria. En situaciones de riesgo de vida, su uso está justificado por su rápido comienzo de acción a distintos niveles del sistema inmunológico, no aumentando la probabilidad de sufrir infecciones.

**Objetivo:** Describir la experiencia con el uso de GGH en el Servicio de Reumatología del HIGA San Martín de La Plata, haciendo énfasis en sus indicaciones, resultados del tratamiento y complicaciones.

**Pacientes y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento con GGH.

**Resultados:** Se registraron 22 pacientes (17 mujeres, 5 varones), con una edad promedio de 42 años, 15/22 cumplían criterios de diagnóstico para LES. Las indicaciones en estos casos fueron: 2 anemia hemolítica, 7 nefropatía, 2 pancitopenia, 1 pseudoostrucción intestinal y 1 hemorragia pulmonar. Once de estos pacientes presentaban infecciones severas asociadas. 2/22 presentaron Vasculitis Sistémicas (1 Vasculitis de Churg-Strauss con compromiso pulmonar, miocárdico y cutáneo y una paciente con Granulomatosis de Wegener con síndrome riñón-pulmón e infección asociada), 4/22 Dermatomiositis (uno de ellos compromiso infectológico), una paciente con Enfermedad de Still quien presentaba fiebre, poliartritis persistente e infección concomitante. Todos los pacientes recibieron terapéutica inmunosupresora adecuada a cada patología en particular de primera o segunda línea sin respuesta.

La dosis utilizada fue 2g/Kg/dosis total, administrada en el transcurso de 5 días. El número de infusiones promedio fue de 2,3 infusiones/paciente (ente 1 y 10 ciclos). En ningún caso se realizó la medición del nivel de anticuerpos anti-IgA.

**Evolución:** Dos pacientes (9%) presentaron efectos adversos relacionados con la infusión de GGH. Uno presentó púrpura palpable y el otro paciente cefalea durante la infusión, desapareciendo espontáneamente después de 2 días.

En 4 casos (18%) se observó respuesta favorable, 8/22 (36,4%) respuesta parcial y 1/22 (4,5%) falta de respuesta. Nueve pacientes (41%) fallecieron a pesar del tratamiento.

**Conclusiones:** La indicación de terapia con GGH fue la refractariedad al tratamiento inmunosupresor y/o la presencia de complicaciones infecciosas. La severidad de los cuadros descritos se evidencia por la alta mortalidad del grupo total (41%). La respuesta clínica adecuada en 54,4% permitió ganar tiempo para el uso posterior de terapias convencionales.

10

**MANIFESTACIONES OCULARES MÁS FRECUENTES EN UN GRUPO DE 70 MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**Abdala M,** Colombero D, Vercesi A, Dieguez C, Palatnik S.  
Facultad de Ciencias Médicas UNR Hospital Provincial del Centenario, Rosario Argentina

**Introducción:** Las manifestaciones oculares en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) revisten gran importancia, puesto que pueden constituir los primeros signos clínicos de la enfermedad, o pueden manifestarse durante la actividad de la misma. A diferencia de otras enfermedades del tejido conectivo puede afectar a cualquier estructura ocular.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es estudiar las manifestaciones oculares en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Material y Métodos:** Se efectuaron estudios oftalmológicos en un grupo de 70 pacientes con diagnóstico de LES. Todos ellos reunieron 4 o más criterios de clasificación de la ARA 1982. Todos los casos pertenecieron al sexo femenino con una edad media: de 29 años (rango 15-55 años) y con un tiempo de evolución: media 7,3 años (rango 6 meses-17 años). El estudio oftalmológico se llevó a cabo de acuerdo a un protocolo donde se incluían los siguientes datos: Tensión ocular, fondo de ojo, perimetría computarizada, retinofluoresceinografía, Schirmer, Rosa de Bengala, BUT.

**Resultados:** De los 70 pacientes estudiados se encontró patología ocular en 34 de ellos. Los hallazgos consistieron en: Xerofalimia con o sin Síndrome de Sjögren: 17 pacientes (24,28%); Exudados algodonosos: 4 paciente (5,7%) en ausencia de hipertensión y/o diabetes; Edema de papila: 2 paciente (2,8%); Glaucoma: 3 paciente (4,2%); Cataratas: 4 pacientes (5,7%)

**Conclusión:** La manifestación más frecuente hallada fue la conjuntivitis sicca, la cual se presentó en el 24,28% de los pacientes estudiados, que al igual que las otras manifestaciones observadas, su prevalencia fue similar a la descrita por otros autores europeos.

11

**PSORIASIS: FACTORES DESENCADENANTES, ENFERMEDADES ASOCIADAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON O SIN ARTRITIS.**

**Cottet, H;** Montoya, F; Sifres, P; Gusi, S; Kerzberg, E; Kogan, N; Veira, R. *Consultorio de Reumatología y Dermatología del H.G.A. "José María Ramos Mejía" - CABA.*

**Introducción:**

La psoriasis es una enfermedad frecuente (2 a 3% de la población) que tiene diferentes presentaciones clínicas, incluida la forma artropatía. Existen, en nuestro medio, pocos estudios que relacionen la presencia de artritis con los factores desencadenantes, enfermedades asociadas y calidad de vida.

**Objetivo:** Evaluar los factores desencadenantes, calidad de vida y enfermedades asociadas en pacientes que presentan psoriasis con y sin artritis.

**Material y métodos:**

En nuestro trabajo analizamos una población de 107 pacientes con psoriasis, de los cuales 42% (45/107) presentó artritis. Se definió la psoriasis cutánea por la clínica, e histopatológica. Se definió artritis psoriásica según criterio de Caspar. Tipo de Artritis Psoriásica de acuerdo a Moll y Wright. Se evaluó de cada paciente: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad cutánea y articular, tipo de psoriasis clínica (vulgar, en gotas, eritrodérmica, pustulosa, artropática), grado de severidad (leve, moderada o severa), localización (vulgar, invertida, palmoplantar, cuero cabelludo y uñas), antecedentes familiares, factores desencadenantes (traumatismos, quemaduras, infecciones, medicamentos, factores emocionales, consumo de alcohol, de tabaco), enfermedades asociadas (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, sobrepeso, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, enfermedad tiroidea, otras), capacidad funcional (de acuerdo a HAQ), índice de calidad de vida (DLQI). Se compararon cada uno de los ítems enumerados para el grupo con psoriasis cutánea sin artropatía vs psoriasis cutánea con artropatía y se analizaron las posibles diferencias (Chi Cuadrado y test de Wilcoxon).

**Resultados:**

Del total de 107 pacientes con psoriasis, el 42% (45/107) tuvieron artritis psoriásica. Cuando se compararon todos los ítems clínicos enunciados entre ambos grupos con y sin artritis, solo hubo diferencias estadísticamente significativas respecto del tipo de psoriasis con compromiso moderado, presente en el 13% (6/45 pacientes) de los pacientes con artritis y en el 34% (21/62 pacientes) de los pacientes sin artritis (p<0,05). Cuando se compararon los factores desencadenantes, entre el grupo con artritis y sin artritis, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p>0,05). Cuando se compararon las enfermedades asociadas, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con artritis y el grupo sin artritis (p>0,05). Cuando se evaluó calidad de vida del paciente, entre el grupo con artritis y el grupo sin artritis, HAQ y DLQI; no se observó diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (p>0,05).

**Conclusiones:**

- 1) Del total de 107 pacientes con psoriasis, el 42% (45/107) tuvieron artritis psoriásica.
- 2) Se observó una mayor diferencia significativa y padecer tipo de psoriasis moderado, entre el grupo sin artritis (34%) respecto al grupo con artritis (13%).
- 3) Cuando se evaluaron los factores desencadenantes, enfermedades asociadas y la calidad de vida no se pudo apreciar una diferencia significativa entre el grupo con artritis y sin artritis.

12

**DESCENSO DE LA MEDICACION CONCOMITANTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON ABATACEPT**

**Strusberg I,** Bertoli AM, Baravalle M, Betelu Z, Igarzabal P, Morales L, Strusberg AM.  
Centro Reumatológico Strusberg, Córdoba.

**Introducción:** El abordaje terapéutico estándar de la artritis reumatoidea (AR) incluye antiinflamatorios esteroides (CTDs) y no esteroides (AINEs), drogas modificadoras del curso de la enfermedad-entre ellas metotrexato (MTX)- y actualmente, medicamentos biológicos. La polimedición es necesaria para lograr una mejor calidad de vida pero su uso a largo plazo conlleva comorbilidades. Nuestro objetivo es describir si pacientes que recibieron abatacept en el transcurso de 2 ensayos clínicos con fase de extensión abierta a largo plazo pudieron disminuir o suspender CTDs, AINEs y/o MTX.

**Material y métodos:** Se analizaron datos relacionados a la medicación concomitante (AINEs, CTDs y MTX) de 34 pacientes (27 mujeres, 7 hombres, edad media 51,9 años DS10,4) que participaron en 2 ensayos clínicos fase III de 3 (ATTEST) y 5 (AIM) años de duración, en los que recibieron abatacept endovenoso mensual a dosis de 500-750 mg. La dosis mínima inicial de MTX fue de 15 mg/sem. Durante el primer año de ambos ensayos no se permitía modificar dosis de medicación concomitante salvo por reacciones adversas, luego el manejo era a discreción del investigador. Se analizaron los datos de la última visita de cada sujeto. Se discriminó causa de descenso o suspensión de la medicación concomitante. Sólo se realizó un análisis descriptivo ya que el presente es un sub-estudio observacional de una parte (un solo centro) de la muestra total que fue seleccionada a priori para responder a hipótesis de eficacia y seguridad de abatacept.

**Resultados:** El tiempo de evolución de la AR a la primera dosis de abatacept fue de 8,7 años DS 4,8. La mediana de exposición a abatacept fue 39,5 meses (p<sup>25-75</sup> 28-62). Siete pacientes (20,6%) suspendieron y 14 (41,2%) disminuyeron la dosis de MTX debido a mejoría del cuadro de AR. Al finalizar los estudios, la dosis media semanal de MTX de quienes redujeron la misma fue 9,2 DS 1,9 mg. Once (32,4%) suspendieron los CTDs y 10 (29,4%) disminuyeron la dosis debido a mejoría de AR. La dosis media diaria equivalente de prednisona (mg) al inicio fue de 5,4 DS 2,25 y al finalizar 2,9 DS 2,3. Veinte sujetos (58,8%) redujeron o suspendieron el AINE debido a mejoría clínica.

**Conclusión:** Si bien los estudios AIM y ATTEST no fueron diseñados para analizar la influencia de abatacept en el manejo de la medicación concomitante, aproximadamente 60% de los participantes de este centro redujeron o suspendieron CTDs, AINEs y/o MTX debido a la mejoría clínica lograda. Este tipo de información debería ser un dato más a analizar en los ensayos clínicos debido al posible descenso en comorbilidades secundarias a la medicación concomitante y por el impacto positivo que esto produce en el manejo cotidiano del paciente.

13

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN HOMBRES

Cosatti, M., Scaglioni V., Rayzel de Carvalho G., Roleta Rocamora J., Juri MC, Fernandez Romero D.

Unidad Inmunología, Hospital Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune de etiología multifactorial con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, curso y pronóstico. La mayoría de los pacientes son mujeres en edad fértil, en relación 9/1 respecto al sexo masculino, si bien, dicha relación es menor en niños prepuberales y en postmenopausa.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas e inmunológicas de un subgrupo de pacientes hombres con lupus eritematoso sistémico y compararlos con nuestra población de mujeres con dicha enfermedad.

**Materiales y métodos:** Se realizó el análisis retrospectivo de 10 pacientes varones con diagnóstico de LES, seguidos en la Unidad de Inmunología del Hospital C.G. Durand desde 1999 al 2006, que cumplieran cuatro o más criterios de la ACR (1997) para la clasificación de LES y que presentaban una historia clínica completa. Se analizaron variables demográficas (sexo, raza, edad), laboratorio inmunológico (ANA, anti-DNA, ENA, ACLAS), actividad de la enfermedad al diagnóstico de LES (SLEDAI), manifestaciones clínicas de inicio, tratamientos recibidos y curso posterior.

**Resultados:** Las manifestaciones más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron: compromiso cutáneo en otras zonas que no fuera la cara (60%), compromiso renal (60%), LED (40%), fiebre (40%), alopecia (40%), fenómeno de Raynaud (40%).

Se calculó el SLEDAI al inicio, obteniéndose una media de 8 puntos (rango 19-1) durante la evolución de la enfermedad, el 30% desarrolló fotosensibilidad y rash malar y el 20% desarrolló artritis y compromiso renal.

El 80% de los pacientes presentaron compromiso renal en algún momento de la evolución de su enfermedad. Al 60% se les realizó PBR, la lesión más frecuente fue la glomerulonefritis proliferativa difusa (30%).

**Laboratorio inmunológico:** La totalidad de los pacientes tuvo un ANA positivo a lo largo de su enfermedad. Asimismo 9 pacientes tuvieron en algún momento de la enfermedad antiDNA +, 4 presentaron antiSm, 2 antiRNP y sólo un paciente presentó anti Ro/La.

**Diferencias de sexo:** como manifestación inicial los hombres presentaron una mayor incidencia de compromiso cutáneo (60%), y las mujeres artritis (62.8%). Durante la evolución, los hombres agregaron fotosensibilidad y rash malar (30%) y las mujeres artritis (70%).

**Conclusión:** De nuestra serie, a diferencia de lo observado en las pacientes mujeres seguidas en nuestro servicio, más de la mitad presentó al inicio manifestaciones cutáneas en zonas distintas a la cara.

Con respecto al compromiso renal, éste es llamativamente mayor que cuando se analiza el resultado teniendo en cuenta ambas poblaciones juntas, hombres y mujeres. (80% vs 46%). Analizando el laboratorio inmunológico, se observa una alta frecuencia de antiDNA, que podría estar relacionado a la alta incidencia de compromiso renal.

14

## PENFIGOIDE CICATRIZAL Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

Autores: Ponzone L., Rayzel de Carvalho, G.; Roleta Rocamora, J.; Chiganer, E.; Juri, M.C.; Fernández Romero D.

Unidad de Inmunología, Hospital "Carlos G. Durand" Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCION:** El penfigoide cicatrizal es una enfermedad autoinmune cicatrizante con predilección por el compromiso de mucosas. Existe una forma idiopática y otra inducida por drogas, en la cual existen diversos anticuerpos dirigidos contra los componentes de la conjuntiva ocular. Su incidencia es de 1-12.000 y la edad promedio es de 65 años, con marcado retardo en el diagnóstico. Habitualmente se presenta como una conjuntivitis crónica de larga evolución hasta el pleno desarrollo de los rasgos característicos de la patología, que conducen a ceguera bilateral. Produce compromiso ocular en 65-90%, cutáneo-mucoso en el 20% y de mucosa oral 70-90%. Para su diagnóstico se requiere de la clínica y de la anatomía patológica. El tratamiento consiste en la inmunodepresión prolongada para evitar la recaída. La cirugía se reserva para los casos que no responden al tratamiento.

**OBJETIVOS:** Analizar las características, evolución y respuesta al tratamiento de los pacientes con esta patología, en seguimiento en la Unidad de Inmunología del Hospital Durand.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó la revisión de 15 historias clínicas de pacientes derivados a la Unidad de Inmunología con diagnóstico de penfigoide cicatrizal. Se obtuvieron datos epidemiológicos, clínicos, características anatomo-patológicas, esquemas terapéuticos y respuesta a los mismos.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 15 pacientes con penfigoide cicatrizal con un rango de edad entre 26 y 82 años con una media de 55.8 años.

Las formas de presentación fueron: conjuntivitis (94.4%), sensación de cuerpo extraño (20%), úlcera de cornea (26.6%), blefaritis (6.6%), glaucoma (6.6%) y afección de mucosa oral (13.2%). Se obtuvo confirmación anatomo-patológica a través de biopsia en 14 pacientes (93.3%). El tiempo transcurrido entre el inicio de las manifestaciones y el diagnóstico fue de 2-37 años, con una media 11.9 años.

Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor tóxico. El 73,3% realizó tratamiento sistémico con glucocorticoides, metotrexato, dapsona, azatioprina, y/o ciclofosfamida, debiendo, en muchos casos, cambiar de droga por efectos adversos. El 26,7% de los pacientes no recibió tratamiento sistémico, aún así continuó el seguimiento en nuestra unidad. La respuesta al tratamiento fue evaluada con exámenes periódicos oftalmológicos e interrogatorio en la consulta. Diez pacientes (66.6%) permanecieron estables, 3 de ellos (19.8%) con signos de inflamación. Un paciente presentó recaída por abandono de tratamiento (6.6%).

**CONCLUSIONES:** La muestra evaluada presentó características epidemiológicas clínicas y evolutivas similares a las reportadas en la bibliografía internacional. Es importante destacar, que, en muchos casos, la respuesta al tratamiento y el grado de las secuelas están directamente relacionados al compromiso en el momento del diagnóstico, lo cual pone de manifiesto la necesidad de reducir el gran retraso diagnóstico para mejorar la calidad de vida de los pacientes y postergar la discapacidad visual.

15

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

## ESTUDIO CLÍNICO DE 202 PACIENTES

Autores: Scaglioni, V.; Cosatti, M.; Rayzel de Carvalho, G.; Roleta Rocamora, J.; Juri, M.C.; Paolini, M.V.

Unidad Inmunología, Hospital Carlos G. Durand

**Fundamento:** Los objetivos del presente estudio fueron analizar las características clínicas de un amplio grupo de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), describir las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio y durante la evolución de la enfermedad, su distribución según sexo y grupo étnico y el tipo de glomerulonefritis (GNF) diagnosticada por punción biopsia renal (PBR) en el subgrupo de pacientes con alteraciones de la función renal.

**Pacientes y Métodos:** Se estudiaron en forma retrospectiva un total de 202 pacientes con diagnóstico de LES, de acuerdo con los criterios del American College of Rheumatology, en la Unidad de Inmunología del Hospital Carlos G. Durand durante los años 1998-2008.

La muestra inicial fue de 262 pacientes, de los cuales se excluyeron 60 pacientes por haber abandonado seguimiento en esta unidad luego de realizado el diagnóstico.

**Resultados:** La serie estuvo constituida por 202 pacientes, 191 (95%) mujeres y 11 (5%) varones (relación mujeres/varones: 9/1).

La edad media de inicio de los síntomas atribuibles a LES fue de 30,9 (rango: 10-64 años). En 169 (84%) pacientes, las primeras manifestaciones aparecieron antes de los 50 años, mientras que en 13 (6%) aparecieron después de esa edad.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron artritis (61%), rash malar (34%), fotosensibilidad (29%), compromiso renal (26%) y alteraciones hematológicas (23%, 46 casos en total de los cuales 41 fueron linfopenias, 3 púrpuras trombocitopénicas autoinmunes y 2 anemias hemolíticas). La serositis estuvo presente al inicio de la enfermedad en un 11%, úlceras en un 9%, lupus discoides 7% y con menor frecuencia se observó compromiso neurológico en el 2%.

Durante la evolución de la enfermedad la mayoría de los pacientes desarrollaron artritis (68%), fue notorio el número de pacientes con alteraciones hematológicas (87%, 135 casos de los cuales 134 fueron linfopenias y 1 caso de anemia hemolítica), rash malar (47%), fotosensibilidad (45%), compromiso renal (46%). También fue muy frecuente la presencia de serositis (31%) y úlceras (21%). En menor frecuencia lupus discoides (8%) y compromiso neurológico (6%).

El total de pacientes con compromiso renal fue de 93 (46%), 87 mujeres y 6 hombres. Se realizaron 108 biopsias renales, resultados: tipo I: 0%, tipo II: 22%, tipo III: 8%, tipo IV: 78%, tipo V: 9%, tipo VI: 0%. 11 pacientes fueron re-biopsiados y 4 pacientes presentaron lesiones histológicas características de más de un tipo de GNF.

**Conclusiones:** La frecuencia de las principales manifestaciones clínicas al inicio y durante la evolución de la enfermedad en este grupo de pacientes es similar a la publicada en estudios europeos. El bajo porcentaje de afectación en varones, el predominio en la segunda y tercera década de vida y la mayor frecuencia de GNF tipo IV también es similar a lo descripto por otros autores. El presente trabajo intenta demostrar la importancia del seguimiento de los pacientes con diagnóstico de LES, para así poder detectar y tratar en forma temprana las complicaciones severas, como la GNF lúpica, que constituyen la causa más importante de morbilidad.

16

## PRESENCIA DE AUTOANTICUERPOS Y SU CORRELACION CLINICA CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE. ESTUDIO FAMILIAR DE TRES GENERACIONES (II)

Autores: Musuruana J., Toffi A., Puggi L., Svetaz A., Cavallasca J., Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes, Hospital José B. Iturraspe, Santa Fe. \*\*Inmunidad Celular, Fac. Cs. Bioq y Farm. UNR, Poja de Santa Fe.

**Introducción:** En el primer trabajo (año 2001) analizamos la presencia de autoanticuerpos en tres generaciones de una familia, diagnosticándose enfermedad autoinmune en todas ellas. En la tercera generación se identificaron dos individuos enfermos y siete sanos, de los cuales tres presentaban serología negativa y cuatro serología positiva.

**Objetivo:** Seguimiento clínico serológico de la familia, priorizando los siete integrantes sanos de la tercera generación.

**Métodos:** se analizaron muestras de sueros de once integrantes en dos ocasiones (año 2003 y 2007). Los anticuerpos incluidos fueron: antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI), anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) por IFI, ANCA anti-mieloperoxidasa (MPO) y antiproteína 3 (PR3) por enzimmunoensayo (EIA), anticardiolipinas (ACA) IgG e IgM por EIA y factor reumatoideo (FR) (Látex) por aglutinación.

**Resultados**  
Primera generación: abuela materna con artritis reumatoidea (AR) y serología positiva persistió con dicho diagnóstico sin cambio serológico hasta su fallecimiento en 2008.

Segunda generación: madre con AR más vasculitis cutánea y serología positiva, persiste con dichos diagnósticos y agrega ANCA (+) P, anti-MPO (+).

Tercera generación (nueve hijos):  
A- Hubo dos enfermos con vasculitis sistémica asociada a ANCA (VSAA), uno de sexo masculino fallecido en 1999 por insuficiencia respiratoria y renal, cuya muestra preservada presentó ANCA anti-MPO (+). El otro paciente de sexo femenino persiste con dicho diagnóstico, detectándose ANCA anti-MPO (+) y ACA IgM (+).

B- De los restantes siete hijos sanos en el 2001, que fueron agrupados en seronegativos (tres) y seropositivos (cuatro), observamos lo siguiente:

1. Seronegativos: sexo femenino; dos permanecieron sanos agregando ANCA IgG e IgM (+). Y la restante desarrolló enfermedad con compromiso pulmonar por TC de control en 2006 y positivizó ANA, ACA y FR.

2. Seropositivos: todos desarrollaron enfermedad:  
a- Sexo masculino desarrolló compromiso renal con glomerulonefritis proliferativa mesangial, se detectaron ANCA (+) P, ANCA anti-MPO (+) y ACA IgG e IGM (+).

b- Sexo femenino quien desarrolló enfermedad pulmonar persistiendo ANA y ACA.  
c- Sexo femenino quien desarrolló AR más compromiso pulmonar y de vías aéreas superiores; positivizó ANA, ANCA (IFI), anti-MPO, ACA y FR.

d- Sexo femenino desarrolló otitis recurrente y compromiso pulmonar, persistiendo sólo ANA. Cabe destacar que ningún integrante de la familia presentó ANCA anti-PR3.

**Conclusión:** Nuestros datos evidencian que el seguimiento serológico de autoanticuerpos permitió detectar precozmente enfermedades autoinmunes en el 70% de los integrantes sanos de esta familia. Eventuales estudios genéticos y/o moleculares serían de particular importancia.

17

### Cohorte de pacientes de Consultorio Externo de Artritis Temprana. Estudio Preliminar.

**Marcos J; Ruta SO; Salas AP; Pena C; Aguirre Y; Penedón GP; Granel AB; García MA; Vulcano AE; Furhman S; Rodríguez G; Babini JC; Arturi AS; Marcos JC.** Consultorio de Artritis Temprana, HIGA San Martín de La Plata.

#### Objetivo:

Determinar el diagnóstico de una cohorte de pacientes con artritis temprana indiferenciada, con el propósito de detectar de manera precoz Artritis Reumatoidea (AR).

#### Materiales y Métodos:

Criterios de Inclusión: (al menos 2).

- Inflamación de 2 o más articulaciones de menos de dos años de evolución;
- Dolor al examen físico en metacarpofalángicas, metatarsofalángicas y/o carpos;
- Rigidez matutina mayor a 30 minutos.

Bioquímica sanguínea, ERS, PCR, FR, Anti-CCP, ANA, TSH, VHB, VHC, Parvovirus B19, HIV, CMV fueron determinados. Rx de manos, pies y tórax fueron evaluadas por el método SENS. VAS, VGP, VGM, HAQ, RADAJ, Número de articulaciones dolorosas (NAD), Número de articulaciones tumefactas (NAT), DAS 28 fueron realizados.

En caso de compromiso axial: EVA, BASFI, BASMI, BASDAI, NAD, NAT, Número de entesitis y determinación de HLA B27.

#### Resultados:

50 pacientes consecutivos fueron evaluados por el Consultorio de Artritis Temprana desde Julio de 2007 hasta Junio de 2008. 42 fueron mujeres y 8 hombres. Edad promedio: 46,14 ± 14,83 (DS). Rango de edad: 16-70.

Tiempo promedio entre el inicio de los síntomas hasta la primera visita al Consultorio de Artritis Temprana en el Servicio de Reumatología: 6,94 meses ± 6,41 meses. Rango de meses: 1-23 meses.

#### Diagnóstico presuntivo en la primer visita.

26 AR, 15 Artritis Indiferenciada, 3 Espondiloartrópata, 1 LES, 1 RS3PE, 1 OA, 2 PMR,

1 Gota.

#### Diagnóstico Definitivo durante el seguimiento:

31 AR, 5 Artritis Indiferenciada, 4 Espondiloartrópata, 4 OA, 1 LES, 1 RS3PE, 1 PMR, 1 Paraneoplásica, 1 Gota, 1 Hipotiroidismo.

#### Conclusión

En nuestra cohorte de pacientes, 15 de ellos padecían artritis indiferenciada en la primer visita y durante el seguimiento, 5 de ellos fueron diagnosticados como AR. La importancia de este consultorio radica en el diagnóstico temprano, adecuada evaluación y tratamiento oportuno, que modifica el curso natural de la AR, evitando así el daño estructural y funcional.

18

### HALLAZGOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER SEVERA

**Muñoz S, Basta MC, Martínez L, Nardi N, Mysler E, Eirague A, Orden A, Allievi A**

Servicio de Clínica Médica. Autoinmunidad. Hospital General de Agudos Juan A Fernández.

Servicio de Reumatología. Hospital Aeronáutico Central. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Describir los hallazgos demográficos, clínicos, el tratamiento, las complicaciones y el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Wegener Grave.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las HC de los pacientes con diagnóstico de Wegener entre los años 1987 y 2008 en dos hospitales terciarios de la Ciudad de Buenos Aires. Todos los pacientes incluidos en el análisis cumplieron con los criterios de clasificación del ACR (1990). **Resultados:** 24 pacientes fueron analizados para este estudio. La media de edad al diagnóstico fue de 46,4 años (rango de 20 a 70 años). 45,8 % masculinos y 54,2 % femeninos. La media de seguimiento fue de 52,2 meses (4,35 años) con un rango de 0,12 a 144 meses. Veintitrés (95,8 %) pacientes tuvieron una forma clínica sistémica. **Clínica al momento del diagnóstico:** Sintomatología general: 10 pacientes (41,6 %). TRS (Senos/garganta/nariz): 3 pacientes (12,5 %). Sistema auditivo (otitis media): 2 pacientes (8,4 %). Ocular (escleritis 3/Pseudotumor) 1; 4 pacientes (16,6 %). Pulmón: 13 pacientes (54,1 %), 11 (45,8 %) hemorragias alveolares y 2 (8,3 %) nódulos pulmonares. Riñón (microhematuria/RA/Sme Nefrítico/Sme Nefrótico): 16 pacientes (66,6 %). Síndrome pulmonar: 9 pacientes (37,5 %). **Evolución de la enfermedad:** Sintomatología general: 21 pacientes (87,5 %). TRS: 9 pacientes (37,5 %). Sistema auditivo (otitis media/hipoacusia): 6 pacientes (25 %). Ocular (escleritis/Pseudotumor/hemorragia conjuntival/amaurosis): 6 pacientes (25 %). Pulmón (Nódulos pulmonares/Hemorragia alveolar/rotos): 17 pacientes (70,8 %). Riñón (microhematuria/RA/Sme Nefrítico/Sme Nefrótico): 21 pacientes (87,5 %). Se realizaron 12 biopsias de riñón, 9 Glomerulonefritis proliferativas paucimunes, 2 Glomerulonefritis esclerosante a través de proliferativa extracapilar con semilunas y 1 Glomerulonefritis necrotizante focal leve. 22 (91,7 %) pacientes ANCA positivos, 20 (83,3 %) presentaron ANCA C, 2 (8,3 %) ANCA P, 1 paciente fue negativo tanto para C y P y 1 no lo tiene realizado. La correlación positividad del ANCA y recaída fue del 42,8 % (6 pacientes de 14 correlacionaron).

**Tratamiento de Inducción:** MP: 17 pacientes (70,8 %). CFM: 21 pacientes (87,5 %). MTX: 1 paciente (4,2 %). Gammaglobulina EV: 2 pacientes (8,4 %). Infliximab 2 paciente (8,4 %). Rituximab y Plasmaféresis: 1 paciente (4,2 %). Diálisis transitoria: 2 pacientes (8,4 %). **Respuesta al tratamiento de inducción:** Remisiones totales: 21 pacientes (87,5 %), completas: 16 pacientes (66,6 %) y parciales: 5 pacientes (20,8 %). NO respuestas: 3 pacientes (12,5 %). **Recaídas:** 10 de 22 pacientes (45,4 %) presentaron una recaída, mientras 4 (18,2 %) sufrieron más de una. **Sobrevida Renal:** de 21 pacientes con compromiso renal, 2 murieron, 3 evolucionaron a IRC no en diálisis, 4 en diálisis (Total 9: 42,8 %) y 12 (57,14 %) pacientes recuperaron la funcionalidad renal. **Hemorragias Alveolares:** 12 pacientes, 3 muertes (25 %) y 9 pacientes vivos (75 %). **Mortalidad:** Murieron 8 pacientes (33,3 %), siendo 2 (8,4 %) muertes debidas a la enfermedad (1 síndrome pulmo-renal, 1 hemorragia alveolar), 1 por complicación del tratamiento (sepsis), 2 (8,4 %) por ambas y 2 por causas cardiovasculares (por patología relacionada, DBT e HTA). Una muerte de causa desconocida.

**Conclusiones:** En nuestra serie se observó bajo compromiso del tracto respiratorio superior al inicio y elevada participación renal y pulmonar. La mortalidad en nuestra serie estuvo asociada con el compromiso pulmonar y renal. La sobrevivencia renal fue del 57,14 % y la mortalidad de los pacientes con hemorragia alveolar del 25 %.

19

### TRATAMIENTO CON ANTI-CD20 EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO REFRACTARIO: EXPERIENCIA EN 6 PACIENTES

**Muñoz S, Basta MC, Mannucci P, Martínez L, Nardi N, Mysler E, Allievi A.** Servicio de Clínica Médica. Autoinmunidad. Hospital General de Agudos Juan A Fernández.

**Objetivo:** presentar seis pacientes con lupus grave refractario a ciclofosfamida que fueron tratados con Rituximab.

**Materiales y Métodos:** se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de seis (6) pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) grave resistentes al tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida. Cada paciente recibió cuatro infusiones de 375 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal de rituximab semanal junto al tratamiento inmunosupresor habitual. Las siguientes infusiones de rituximab se programaron en dos administraciones de 1000 mg los días 0 y 15 según evolución de la enfermedad. Todas las pacientes cumplieron con los criterios de clasificación de lupus según el Colegio Americano de Reumatología.

**Resultados:** todos los pacientes fueron de sexo femenino. La media de edad fue de 24,7 años (rango 21-33). La duración media de la enfermedad fue de 12,2 años (rango de 8-21). Los tratamientos previos consistieron en meprednisona, ciclofosfamida, hidroxiquinona, azatioprina y micofenolato.

La indicación de rituximab se debió a: Nefritis Lúpica Proliferativa difusa-IV (2 pac.) Lupus Neuro-psiquiátrico (2 pac.), Nefritis Lúpica proliferativa difusa-IV + Lupus Neuro-psiquiátrico (1 pac.) y neuropatía vasculítica (1 pac.). Una paciente no pudo completar la segunda infusión del primer ciclo de rituximab por presentar una reacción adversa severa durante la misma. Cuatro (4) pacientes recibieron 2 ciclos de rituximab, mientras una (1) recibió 4 ciclos. La media de seguimiento fue de 12,7 meses (6-33 meses). Cuatro (4) pacientes recibieron concomitantemente corticoides y otro inmunosupresor (azatioprina o micofenolato), mientras dos (2) pacientes solo corticoides. Las cinco (5) pacientes mejoraron clínicamente a los seis meses del primer ciclo, continuando asintomáticas durante el segundo ciclo del anti-CD20. En una de ellas la proteinuria fue persistente durante 20 meses, negativizándose posteriormente hasta la actualidad. El SLEDAI promedio al inicio del primer ciclo fue de 11,4 (9-19), siendo de 2 (0-8) a los 6 meses. Este score se mantuvo posteriormente. Las citopenias mejoraron significativamente durante el tratamiento, al igual que los valores de complemento. En cinco pacientes disminuyeron los valores de gammaglobulinas, siendo tal descenso por debajo de 500 mg/ml IgG en tres de ellas.

Eventos adversos: Reacción anafiláctica mayor durante la infusión, sepsis severa por salmonella (1), infección de vía aérea superior (1) y dermatofías.

**Conclusiones:** la depicción de linfocitos B CD 20 + con rituximab resultó altamente eficaz en el tratamiento del lupus grave refractario a ciclofosfamida y otros tratamientos inmunosupresores. Tres de los 6 pacientes presentaron IgG inferior a 500 mg/ml.

20

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ DESCRIPCIÓN DE 271 PACIENTES.

**Nardi N, Martínez L, Mannucci P, Muñoz S, Basta C, Furattini C, Presas JL, Mysler E, Remondino G, Allievi A.**

Área de autoinmunidad. Servicio de clínica médica. Hospital Juan A. Fernandez. CABA

**Objetivos:** Describir las características clínicas y de laboratorio de nuestros pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de 271 pacientes con diagnósticos de LES, que seguidos en nuestro hospital desde el año 2001 hasta la fecha.

**Resultados:** doscientos cincuenta y tres pacientes eran mujeres 93,4% con una mediana de edad al diagnóstico de 24 años (rango 9-63). Las principales características clínicas fueron: rash malar 50,6%, Lupus discoide 10,7%, fotosensibilidad 49,8%, úlceras orales 30,6%, artritis 64,6%, serositis 38,7%, compromiso neurológico 21,4%, compromiso renal 59,8%, anemia hemolítica 12,9%, trombocitopenia 12,5%, fiebre 50,9%, Raynaud 31,4%, livedo reticularis 8,5%, alopecia 28,4% y SAF 14,4%. La mortalidad fue del 7%.

Las principales características inmunológicas encontradas fueron las siguientes: ANA 91,5%, anti dsDNA 62,4%, SSA Ro 21%, SSB La 9,2%, U1-snRNP 14,8% y Sm 16,2%. Las anticardiolipinas IgG se hallaron positivas en un 20,7%, IgM 14% y el A1 en el 19,8% de los casos.

Los requerimientos de medicación fueron: corticosteroides por vía oral 82,3%, bolus de metiprednisolona 12,5%, agentes antimaláricos 73,4%, azatioprina 26,6%, metotrexato 10,7% y ciclofosfamida 19,9% por vía oral y en bolus el 28%.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes presentaron una alta prevalencia de rash malar, fotosensibilidad, artritis y compromiso renal. El resultado surgido de comparar las características de nuestra cohorte con la del estudio EuroLupus, no arrojan diferencias significativas a nivel inmunológico ni a nivel clínico, aunque se observó una mayor tendencia de nuestros pacientes a presentar compromiso renal (59,8% vs 30%).

21

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES LÚPICOS DE COMIENZO EN LA INFANCIA. COMPARACIÓN ENTRE NUESTRA COHORTE Y LA COHORTE EUROLUPUS.**  
Nardi N., Martínez L., Manucci P., Muñoz S, Basta C, Furattini C, Mysler E., Pressas JL., Remondino G., Allievi A.

Área de autoinmunidad, Servicio de clínica médica, Hospital Juan A Fernandez, CABA

Objetivos: Describir las características clínicas y de laboratorio de nuestros pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) de comienzo en la infancia y su comparación con la cohorte Eurolupus.

Métodos: Han sido revisadas las historias clínicas de 44 pacientes con LES de comienzo en la infancia, asistidos en el Hospital Juan A. Fernandez de la CABA entre los años 1991 y 2007 y se compararon los resultados obtenidos con la cohorte Eurolupus.

Resultados: Cuarenta y tres pacientes fueron mujeres 98% con una mediana de edad al diagnóstico de 14 años (rango 9-16). Las principales características clínicas fueron: rash malar 52,3%, Lupus discoide 4,5%, fotosensibilidad 52,3%, úlceras orales 27,3%, artritis 72,7%, serositis 45,5%, neuropatía 79,5%, compromiso neuronal 36,4%, anemia hemolítica 11,3%, trombocitopenia 11,3%, fiebre 77,3%, Raynaud 31,2%, livedo reticularis 9,1% y trombosis 18,1%.

Las principales características inmunológicas encontradas fueron las siguientes: ANA 97,7%, anti dsDNA 77,3%, SSA Ro 18,1%, SSB La 9,1%, U1-snRNP 13,6% y Sm 11,4%.

Los requerimientos de medicación fueron: corticosteroides por vía oral 97,8%, bolus de metilprednisolona 77,2%, agentes antimaláricos 72,7%, azatioprina 47,7%, metotrexato 9,1% y ciclofosfamida 68,2%

Conclusiones: En comparación con la cohorte Eurolupus, nuestros pacientes presentaron con mayor frecuencia nefropatía, 79 vs 46%, linfadenopatías 21 vs 6% y con menor frecuencia rash malar 62 vs 79%, lesiones discoides 5 vs 12% y livedo reticularis 9 vs 20%. Las características inmunológicas fueron similares. En relación con los tratamientos, los pulsos de metilprednisolona y la ciclofosfamida fueron utilizados con más frecuencia en nuestra cohorte 77 vs 30% y 68 vs 25% respectivamente.

Las características principales son similares en ambas cohortes, parece ser que los factores raciales poseen un impacto mínimo, considerando que la mayoría de los pacientes eran caucásicos, así mismo el alto grado de compromiso renal y el mayor requerimiento de medicaciones, podría ser explicado por el hecho de ser un centro de referencia.

22

**EJERCICIO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA**

Dra. Murciano R<sup>1</sup>, Dra. Yochler A, Lic. Fernández A<sup>1</sup>, Lic. Felkar A, Dr. Risk M<sup>2</sup>, Dr. Derecho E<sup>3</sup>, Dr. Bouret D<sup>3</sup>, Dr. Hattersian M<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Dalmacio Velez Sarsfield, Buenos Aires Ortopedia y Traumatología  
<sup>2</sup>CONICET y Depto Computación, FCEyN, UBA

**Introducción:**

La Osteoartritis (OA) puede considerarse uno de los problemas de salud pública más importantes, especialmente en la población que envejece. Cuando se afectan los miembros inferiores en forma severa, la indicación quirúrgica prevalece. El ejercicio es importante para prevenir y/o manejar las limitaciones funcionales, mantener la calidad de vida y disminuir las posibles repercusiones psicoemocionales y sociales asociadas con la enfermedad articular. La bibliografía revisada corresponde en su mayoría a mujeres con OA de rodilla leve a moderada. Con respecto a OA severa, los resultados son de menor magnitud.

**Objetivo:** Comparar y estimar los efectos del ejercicio y fisioterapia no convencional, en pacientes con OA de rodilla sintomática moderada a severa.

**Material y métodos:** Fueron incluidos 126 pacientes mujeres de más de 58 años con OA de rodilla según criterios de la ACR y grado III o más de la clasificación Kellgren & Lawrence, de consultorios externos. Todos referían dolor mayor a 3 mjes de evolución. Se excluyeron pacientes con artritis, lesión ligamentaria y/o meniscal, enfermedades comórbidas, enfermedades de cadera con irradiación a rodilla, tratamiento intraarticular con hialurónico, o corticoides y drogas modificadoras de la enfermedad, en los últimos 6 meses. Los pacientes fueron randomizados en 4 grupos: actividad física (AF) supervisada, n= 34, consistente en ejercicios que desarrollen y fortalezcan las cualidades motoras; Fisioterapia (FT) n=33, aplicación de TENS; AF y FT (combinados) n=36; controles (CT) n= 21, con una duración de 8 semanas. Todos recibieron medidas de protección articular. Los 4 grupos fueron valorados a nivel basal y a las 8 semanas de la intervención. Se midieron: peso (Kg), IMC (kg/m<sup>2</sup>) (índice de masa corporal); índices de capacidad funcional: KOOS (knee Injury Osteoarthritis Outcome Score) y WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities OA Index) y un cuestionario de salud general y calidad de vida: SF 36 (Short Form- 36). La estadística utilizada fue ANOVA y post hoc prueba de student apareada pre y post con ajuste para comparaciones múltiples.

**Resultados:** La edad media fue de 68 años (9), peso 72(11), e IMC 30 (7). El peso y el IMC fueron equivalentes en los cuatro grupos. De los 126 pacientes, 2 abandonaron el tratamiento. Los pacientes con OA de rodilla que recibieron tratamiento con AF sola y AF combinada con FS tuvieron una mejoría estadísticamente significativa en los índices valorados KOOS, WOMAC Y SF-36 (p<0.001).

**Conclusiones:** La AF y la terapia combinada, durante 8 semanas, sugieren ser la mejor opción de tratamiento en la OA de rodilla, para disminuir el dolor, y mejorar la función. Si bien la combinación de AF y FS han logrado mejoría significativa, suponemos que la misma se debería a expensas siempre del ejercicio.

23

**ARTROPATÍA DE JACCOUD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**  
Diumenjo MS, Rivero MG, Busajm M, Brandi A, Ruggieri L. y Castel C.  
 Sección Inmunología- Reumatología, Hospital Central, Mendoza.

La afectación articular en LES es muy frecuente y su severidad puede ser variable. Una forma de presentación es la Artropatía de Jaccoud, compromiso articular deformante que se observa entre el 4 y 6% de los pacientes y que es debida a la alteración de cápsulas, ligamentos y tendones más que a una sinovitis crónica.

**Material y Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo con el fin de identificar características clínicas y marcadores de valor pronóstico para el desarrollo de Jaccoud. Criterios de inclusión Grupo Jaccoud (JC): a) pacientes con diagnóstico de LES (según criterios del ACR) con 5 o más de las siguientes manifestaciones: desviación cubital reducible de las metacarpofalángicas, hiperextensión de las interfalángicas proximales (cuello de cisne) e hiperextensión de la interfalángica del pulgar (pulgar en Z), hallux valgus, luxación metatarsfalángica, dedos en martillo, cabalgamiento de dedos y pie plano b) Rx de manos y/o pies con subluxaciones y sin erosiones.

El grupo control (C) estuvo constituido por pacientes con LES, con 10 o más años de evolución, sin deformaciones articulares, limitación de la movilidad, ni erosiones por Rx. En pacientes y controles se buscó información sobre órganos o sistemas afectados, laboratorio y tratamientos recibidos. Se identificó en cada paciente las características del compromiso articular (continuo, intermitente o intermitente pero activo por largo tiempo) como así también la relación entre actividad del LES y actividad articular.

**Resultados.** Se obtuvo información de 15 pacientes lúpicos con Jaccoud y de 28 lúpicos sin secuelas articulares. La relación mujer/varón fue de 6/1 en ambos grupos. La edad media fue de 47 y 49 años respectivamente, la edad media al diagnóstico 31 y 29 años y el tiempo de evolución del LES de 16 años y 21 años. El 80% de los JC debutaron con artritis vs 28% de los controles. Durante la evolución el 100% de los primeros presentó artritis vs el 35% de los segundos. No hubo diferencia significativa entre los grupos para pleuritis, afectación del parénquima pulmonar, Raynaud, hemopenias, manifestaciones cardiovasculares, cutáneas ni neuropsiquiátrica.

Por el contrario la nefropatía fue más frecuente entre los controles (p<0,02) y la presencia de S.Sicca entre los JC (p<0,02).

En el laboratorio los pacientes con JC presentaron en la evolución mayor frecuencia de FR positivo (p<0,01) y títulos más altos, como así también mayor frecuencia de positividad para PCR (p<0,01). La frecuencia de anticardiolipina no difirió entre grupos y la positividad para AntiDNA fue mayor entre los controles (p<0,02). La actividad articular en los pacientes con JC fue continua en el 50% e intermitente pero prolongada en 28% y no se asoció con actividad del LES en el 64%. El 92% de los controles presentó compromiso articular intermitente, asociado siempre a actividad del LES. Los pacientes con JC recibieron al diagnóstico menores dosis de corticoides (media de 34 mg vs 61mg, p<0,001), pero la dosis media en la evolución fue similar. En el 92 % de los pacientes con JC se tuvo que modificar el tratamiento por las manifestaciones articulares, de ellos 10 recibieron antimaláricos y 7 inmunosupresores.

24

**ESTUDIO PSICONEUROINMUNOLÓGICO Y HORMONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

Benahm M., Doglia L., Canella V., López S., Hofman J., Espósito M., Oliví J., Cavallero H. HIGA Eva Perón- Universidad de Morón San Martín Provincia de Buenos Aires Argentina

**Introducción y objetivo**

Desde la perspectiva de la psiconeuroendocrinología se ha puesto de manifiesto la estrecha relación de los sistemas nervioso, endocrino e inmune de los individuos frente a las patologías reumatológicas. En este trabajo se propone caracterizar las relaciones psiconeuroendocrinológicas en dichos pacientes.

**Desarrollo y metodología:**

Se incorporó en la investigación a 53 pacientes (52 mujeres) con lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoidea (AR), fibromialgia (FM) y esclerodermia (ESC). Las determinaciones hormonales y de interleuquina 6 (IL6) se midieron por método de quimioluminiscencia. La medición de proteína C reactiva (PCR) se hizo por nefelometría. Se realizaron test psicométricos para determinar ansiedad como rasgo de personalidad y como estado y también para detectar depresión. Se hicieron encuestas para estudiar posibles condicionamientos sociales.

**Resultados**

| Valores hormonales | general                                      | promedio LES | promedio AR | promedio Esc. | promedio fibrom. |
|--------------------|--|--------------|-------------|---------------|------------------|
|                    | T4 libre ng/dl                               | 1,064        | 0,97        | 1,16          | 0,98             |
| TSH mUI/ml         | 2,77   | 2,916        | 2,81        | 2,24          | 2,57             |
| ATA UI             | 22,51  | 7,98         | 41,03       | 4,15          | 4,87             |
| FSH mUI/ml         | 49,31  | 35,05        | 57,56       | 84,3          | 43,91            |
| LH mUI/ml          | 23,38  | 16,92        | 26,52       | 55,54         | 16,8             |
| PROL ng/dl         | 12,74  | 15,51        | 10,97       | 21,21         | 8,332            |
| E2 pg/ml           | Promedios acordes a la edad de los pacientes |              |             |               |                  |
| DHEA               | 40,5%<15                                     | 40%<15       | 53%<15      | 37            | 103              |
| CORTISOL ug/dl     | 14,06  | 14,23        | 14,45       | 11,2          |                  |
| PCR                | 66%pos                                       | 88%pos       | 1 pos       | negativas     | negativas        |
| factor reum        | negativas                                    | 71%          | negativas   | negativas     | negativas        |
| IL6                | 11,58  | 14,83        | 7           | <2            |                  |
| ans E %            | 77,02  | 75,5         | 78,47       | 71            | 78,1             |
| ansR %             | 85,27  | 84,87        | 84,89       | 77            | 92,5             |
| Depresion          | lev17,32                                     | lev 18,77    | lev 16,7    | min 7         | mod 24,3         |

**Conclusiones**

Podemos concluir que es conveniente en pacientes con enfermedades autoinmunes realizar estudios hormonales ya que es frecuente que también presenten alteraciones en alguno de los ejes. También es recomendable su atención y contención desde el punto de vista psicológico y a través de redes sociales.

25

**UTILIZACIÓN DE CONTRACEPTIVOS EN PACIENTES LÚPICAS**

Baz, Z., Morello, F., Sotti, S., Clínica Roca SA, General Roca, Río Negro

**OBJETIVO:** Analizar métodos contraceptivos (MCC) utilizados por pacientes (pac) lúpicas, en una cohorte de 24 mujeres entre 15 y 45 años, durante el transcurso del último año.**MATERIAL Y METODOS:** Se interrogó al 100% de las enfermas. Se analizó el SLEDAI actual, dividiendo la población en 3 grupos; < de 10, entre 10-45 y > de 45. Antec de SAF, medicación actual y medicación histórica consultando HC entre 1998-2008.**RESULTADOS:** 1) Utilizan DIU 4 pac Con SLEDAI < de 10; 3 pac, todas con Prednisona (Pred) + HC-Cloroquina (HClo). 2) Habían recibido Ciclofosfamida (Cyc) y 1 Azatioprina (Aza). Con SLEDAI > de 45: 1 pac con historia de SAF anticoagulada medicada con Micofenolato (MMF) y Pred, había recibido Cyc-Aza.

2) Utilizan ACO 4 pac. Con SLEDAI &lt; 10: 3 pac todas con Pred y HClo, de las cuales 1 había recibido Cyc y otra Aza. Con SLEDAI &gt; de 45: 1 pac medicada con MMF y había recibido Metotrexato (Mtx) Cyc y Aza.

3) Utilizan método mecánico 5 pac. Con SLEDAI &lt; de 10: 3 pac de las cuales 1 recibe Pred, otra Pred +HClo y la 3ra ningún fármaco. Una de ellas antec de SAF antiagregada, con historia de 5 abortos y 1 embarazo a término, había recibido Cyc. Con SLEDAI entre 10-45: 2 pac. Una medicada con Pred y Aza, había recibido Mtx. La otra con Cyc había recibido Aza.

4) Ligadura de Trompa 1 pac: Con SLEDAI &lt; de 10 en Hemodiálisis crónica, recibe HClo y había sido medicada con Cyc y MMF.

5) No utilizan ningún MCC 10 pac. Con SLEDAI &lt; de 10: 4 pac todas reciben Pred una asociada a HClo y otra a Aza. De ellas 3 recibieron en algún momento Cyc y la cuarta está en tor por HCV (+). Con SLEDAI entre 10-45: 4 pac de las cuales 2 reciben MMF, una Cyc y una Aza. Todas en algún momento de su enfermedad recibieron Cyc. Del total de pac que no utilizan MCC, 2 se encuentran embarazadas. Una de ellas con SLEDAI &lt; de 10 medicada con Hlo y Pred; antec de 1 parto prematuro fallecido: SAF (-). La otra con SLEDAI &lt; de 10 recibe solo Pred y en algún momento recibió Aza.

**DISCUSIÓN:** Del grupo de pac con ACO todas recibían 30 ug de estradiol. En el análisis de las historias clínicas no se comprobó relación entre brotes lúpicos y uso de ACO. En cuanto al grupo con DIU, el DIU-Levoorgestrol es el método utilizado por todas (es el mas seguro). No se constató en estas pac. asociación entre procesos feocitosos y DIU. El riesgo de infección es acentuado los primeros 20 días de colocado y debería ser removido en caso de utilizarse inmunosupresores.**CONCLUSIONES:** El porcentaje de pac que no utilizan MCC es del 42% de las cuales 2 están embarazadas en la actualidad. De las pacientes que utilizan MCC 2 (1 con ACO y otra con DIU) tienen SLEDAI > de 45 medicadas con inmunosupresores.

Se intenta llamar la atención de un importante aspecto de nuestras pac lúpicas que a veces se pasa por alto en el seguimiento; acentuado el problema por el hecho que las mismas a veces toman decisiones inconsultas que pudieran ser perjudiciales para ellas.

26

**NEFROPATIA LÚPICA. SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS. EFECTO DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON CICLOFOSFAMIDA Y MICOFENOLATO.**  
Guillén, C., Riera, N., Galassi, N., Sarano, J., Vasquez, V., Bracco, M., Marta, M., Manni, J. A., Inst. Inv. Medicas "Dr. A. Lanari" UBA Academia Nacional de Medicina.  
Buenos Aires Argentina

Las alteraciones linfocitarias son consideradas actualmente de crucial importancia en la patogenia y expresión clínica del LES. El propósito fue conocer algunas de las características fenotípicas de los linfocitos periféricos en el momento de la detección de la nefropatía lúpica (NL) y los cambios durante la inmunoterapia.

Se estudiaron mujeres con LES en actividad (n 8), edad media 31 (25-57), con 4 o mas criterios (ACR), SLEDAI 28,8 (16-28), proteinuria 5g/24hs (0.5 a 14) creatinina 1,20mg(0,78-1,93) V.N. &lt;1,40. C. 88 UH/50% V.N. 190-270, anti-ADN 589 U.I./ml V.N. &lt;100. La clasificaron histológica por biopsia (WHO) fue clase IV(n 6) II(1) y V(1). Antes de la ciclofosfamida (CF) recibieron metilprednisolona 500-1000mg i/v diarios x3, luego dosis estable de metilprednisolona 20-30mg v/o diaria. La CF se administró en bolos mensuales de 750-800mg. El micofenólico (MF) como micofenolato sodico via oral diaria de 1440mg.

Se utilizó citómetro Becton Dickinson Facscan. Se determinaron valores normales en controles sanos (n 73), en los pacientes las muestras se obtuvieron antes de la aplicación e la CF (inicio) al completar 6 meses = 4,8g de CF (6\*bolo) y a los 3 meses de la rotación a MF (3MF). Los datos se registraron en porcentaje y numero absoluto (nX) y la significación de las diferencias de los valores medios por test de Student. Los controles fueron: CD3 75,6% +/-7, CD4 59,7 +/-9, CD8 41 +/-8, CD4/25 17 +/-9, CD20 12 +/-4, CD20/27 36,7 +/-6, CD3/56 13 +/-6, CD16/56 93 +/-9.

Al inicio estaban disminuidos los CD4 30,6 +/-7,5 nx 375 P&lt;0.001; CD4/25 7,8 +/-4 P&lt;0.001; CD20/27 3 +/-1,2 P&lt;0.001; CD56 8 +/-1,2 P&lt;0.05; CD56/16 14,6 +/-17 P&lt;0.005. Expandidas CD20 16,3 +/-10 nx 90 P&lt;0.005.

Post CF, 6 bolo disminuidas CD20 4 +/-2 nx 33 P&lt;0.005. Expandidas CD3 81 +/-1,4 P&lt;0.005. Al tiempo de 3 MF nuevas disminución de CD4/25 4,5 +/-0.5 P&lt;0.02. Resto de los marcadores sin cambios.

Al detectarse la NL, con actividad y antes de la intervención con CF se observó marcada reducción de los subsets relacionados con actividad, regulación, citotoxicidad (NK y K).

El descenso de helpers CD4 es marcado al inicio, pero, no se intensifica con el esquema de inmunosupresión, se señala la selectividad de la CF para depleción de B-CD20.

La rotación a micofenólico no introdujo variables a las alteraciones inducidas por la ciclofosfamida.

27

**INCIDENCIA DE VASCULITIS SISTEMICAS PRIMARIAS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGIA DE UN HOSPITAL GENERAL**H. Figueredo, C. Gómez, E. Mussano, L. Onetti, S. Gamron y C.M. Onetti  
Servicio de Reumatología, Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC**INTRODUCCION:** El termino vasculitis define un proceso clinico-patológico caracterizado por inflamación de los vasos sanguíneos, que provoca como consecuencia oclusión y/o isquemia de los tejidos afectados.**OBJETIVO:** evaluar la frecuencia de presentación, características demográficas y generales de las vasculitis primarias en nuestra población.**MATERIAL Y METODOS:** se realizó una revisión descriptiva, retrospectiva de pacientes con diagnóstico de Panarteritis Nodosa (PAN), Granulomatosis de Wegener (GW), Síndrome de Churg Strauss (SCS), Arteritis de Takayasu (AT) y Arteritis de Células gigantes (ACG) en nuestro servicio durante los últimos 20 años, evaluándose características clinico-demográficas. Estos datos fueron volcados al utilitario SPSS versión 11.5 para su posterior análisis.**RESULTADOS:** 34 pacientes fueron incluidos en el estudio; 20 (58.8%) fueron GW, 9 (26.4%) PAN, 2 (5.8%) AT, 2 (5.8%) SCS, y 1 (2.9%) ACG. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 48.7 años (rango 16 a 80), 19 (55.8%) fueron mujeres y 15 (44.1%) hombres. Como manifestación general encontramos: fiebre/febrícula en 19 (55.8%) pacientes, artralgias en 13 (38.2%), astenia en 10 (29.4) y disminución de peso en 8 (23.5%). La VSG fue mayor a 40 mm 1<sup>ra</sup> en 19 pacientes (55.8%), 17 (50%) pacientes tuvieron algún dato inmunológico positivo, dentro de estos 14 fueron ANCA C en GW. En cuanto a anatomía patológica: 22 (64.7%) pacientes tenían biopsias compatibles con el diagnóstico, en 6 (17.6%) no fue concluyente para el diagnóstico y en 6 (17.6%) no se realizó por haberse completado los demás criterios. De los criterios de clasificación (ACR 1990 para PAN, GW, AT, ACG y SCS) 14 (41.1%) cumplían el mínimo necesario para obtener una alta sensibilidad y especificidad, y 18 (52.9%) los superaban. 2 (5.8%) no cumplían criterios de clasificación (1 PAN y 1 GW), aunque dada la alta sospecha clínica y buena respuesta al tratamiento se justificó el diagnóstico.**CONCLUSIONES:** en nuestro servicio, la GW es la vasculitis primaria más frecuente, seguida por la PAN. La AT, ACG y SCS son menos frecuentes, habiendo una leve predominancia en el sexo femenino (55.8%). La mayoría había presentado algún sintoma general (88.2%), siendo la fiebre/febrícula el más común (55.8%), la VSG estaba elevada en mas de la mitad de los pacientes. El laboratorio inmunológico fue positivo principalmente en las GW (70% con ANCA C +). La anatomía patológica aportó datos para el diagnóstico en el 64.7%. La gran mayoría de los pacientes (94.1%) reunía criterios de clasificación.

28

**ALTERACIONES ANALÍTICAS E INMUNOLÓGICAS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN (SS) PRIMARIO EN NUESTRO MEDIO.**

Kairuz, L., Palombo, M., Onetti, L., Mussano, E., Barberis, G., Onetti, C.M.

Hospital Nacional de Clínicas - Servicio de Reumatología - FCM - UNCórdoba

**Introducción:** El SS es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza principalmente por xerostomía y xerofalmia, aunque pueden aparecer otras manifestaciones clínicas en su evolución, y por infiltración linfoplasmocitaria de glándulas de secreción exocrina, siendo a veces extraglandular. En estadios tempranos presenta poca sintomatología, y las alteraciones analíticas, además de ser frecuentes, pueden ser la primera manifestación y constituyen un parámetro para conocer qué pacientes tienen mayores probabilidades de desarrollar manifestaciones extraglandulares.**Objetivo:** Establecer alteraciones analíticas e inmunológicas en el SS primario en nuestro medio de trabajo.**Metodología de análisis:** Estudio retrospectivo descriptivo a través de historias clínicas de los últimos 20 años del Servicio, de 16 pacientes que tenían SS primario, utilizando el sistema estadístico SPSS versión 11.5.**Resultados:** Predominó el sexo femenino 15:1 (93,75%), con mayor frecuencia de presentación entre los 51-60 años (31,25%), 31-40 años (18,75%) y 61-70 años (18,75%). El 62,5% presentaron manifestaciones extraglandulares, en su mayoría artritis y lesiones en piel. Análisis general: el 56% recuento leucocitario normal, el 44% restante leucopenia y ninguno leucocitosis. Hubo linfocitosis en el 13%, no se halló linfopenia; en un 25% aumentaron los neutrófilos en cayado, hubo neutrofilia en un 18,75% y neutropenia en el 50% de los casos; eosinofilia en un solo caso asociado a linfoma. La elevación de la VSG fue la alteración más frecuentemente hallada (93%), 40% con valores menores de 50 mm, 26% entre 51-100, y el 26% mayor de 100 mm. La segunda alteración en orden de frecuencia fue la anemia (68,75%), que fue ferropénica en el 55,5%; el porcentaje restante normocítica normocromica. Plaquetopenia en el 24% de los pacientes.

El 50% tuvo proteínas totales aumentadas, no se halló hipoproteinemia. Se encontró hipergammaglobulinemia en el 66,66% de los casos, seguida por la elevación de la fracción beta en el 44,44%. El 22,22% tuvo elevación de la fracción alfa2 y el 10% valores bajos; en la fracción alfa1 fue más frecuente la disminución (22%). Laboratorio inmunológico: el 85% tuvo FR positivo; el 81% ANA positivo con patrón moteado en todos los casos. Se encontró Ro positivo en el 84% y La positivo en el 71,42%. El C3 se halló disminuido en el 11% y elevado en el 33%. El C4 estuvo disminuido en el 22% y aumentado en el mismo porcentaje.

El tratamiento local se realizó en el 100% de los casos. Corticoides en dosis bajas (&lt;8mg/d) en el 18,75%; y en dosis elevadas en el 31,25%; fueron tratados con corticoides el 50% de los casos. El 12,5% (2) presentó linfoma asociado a MALT, a nivel parotídeo y gástrico.

La biopsia de glándulas salivales fue positiva para SS en el 100% de los casos.  
**Conclusión:** Las características halladas con respecto a sexo y grupo etario no difieren de las publicaciones. La alteración en la analítica general más frecuente fue la elevación de la VSG seguida por la anemia. En el laboratorio inmunológico fue más frecuente la positividad de ANA con patrón moteado y el FR, en la mitad de los casos a títulos altos. Se observó en nuestra casuística mayor frecuencia de leucopenia, neutropenia, elevación de la VSG e hipergammaglobulinemia policlonal que en publicaciones, pudiendo deberse a que el análisis se realizó sólo en pacientes con SS primario, aunque la muestra es numéricamente limitada.

29

## FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**IBÁÑEZ ZURLO L, RUIZ CASANOVA N, ACOSTA R, GROSSO G.**  
 Unidad de Reumatología del Servicio de Clínica Médica  
 Cátedra de Medicina II -UHM1 nº2  
 HOSPITAL SAN ROQUE CÓRDOBA

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un desorden crónico autoinmune, que afecta diversos órganos y sistemas, y que puede presentarse con manifestaciones clínicas muy diferentes. El diagnóstico considera estas manifestaciones y el laboratorio.

**Objetivos:**

- Determinar las manifestaciones clínicas de presentación de pacientes con LES vistos en el Hospital San Roque entre 1990 y 2008
- Comparar la ocurrencia de estas manifestaciones con las de la serie del Grupo Latinoamericano de Estudio Del Lupus (GLADEL)

**Métodos:** Estudio clínico retrospectivo. De un total de 197 pacientes con LES según criterios del ACR, se revisaron las historias clínicas de 132 pacientes. Se excluyeron los casos en los que no estaba la historia clínica del inicio de la enfermedad.

**Resultados:** De 132 pacientes, 117(88.6%) fueron mujeres y 15(11.4%), varones con una razón de 9/1. La media de edad fue de 33.05 años.

La presentación del LES incluyó artralgia/artritis en 108 casos (81.8%), fotosensibilidad en 68(51.5%), eritema malar en 61(46.2%), alopecia en 50(37.9%), fiebre en 46(34.8%), proteinuria/cilindruria en 37(28%), pérdida de peso en 36(27.3%), Raynaud y úlceras oronasales en 29(22%), leucopenia en 25(18.9%), mialgia/miositis en 22(16.7%), lesión disciada y trombopenia en 21(15.9%), pericarditis en 20(15.2%), infopenia y pleuritis en 19(14.4%), polidiodonpatía en 18(13.6%), hipertensión arterial en 15(11.4%), cefalea en 14(10.6%) y síndrome nefrótico en 11(8.3%). Otras manifestaciones aparecieron en menos de un 10% de los casos.

**Conclusión**

- Las manifestaciones iniciales del LES más frecuentes de nuestro grupo fueron artralgias/artritis, fotosensibilidad, eritema malar, alopecia y fiebre.
- Estos resultados son similares a los resultados de la serie de GLADEL.

30

**Entrenamiento intensivo de ultrasonografía en reumatología: reproducibilidad de los hallazgos ultrasonográficos en la evaluación del compromiso inflamatorio y erosiones óseas en pacientes con artritis reumatoidea**

**Ruta S<sup>1</sup>, Gutiérrez Rivero M<sup>2</sup>, Filippucci Emilio<sup>2</sup>, Marcos JC<sup>1</sup>, Grassi W<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Reumatología, Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, Argentina

<sup>2</sup> Catedra de Reumatología, Università Politecnica delle Marche, Jesi, Ancona, Italia

**Introducción:** durante los últimos años ha sido demostrada la utilidad de la ultrasonografía (US) en la detección del compromiso inflamatorio y de erosiones óseas (inclusive no detectadas por radiología convencional) en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**Objetivos:** evaluar la reproducibilidad de los hallazgos ultrasonográficos en la detección del compromiso inflamatorio y erosiones óseas en pacientes con AR entre dos operadores con distinto grado de experiencia en US.

**Métodos:** se evaluaron en total 20 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (según criterios del *American College of Rheumatology*) de más de un año de evolución. Las evaluaciones ultrasonográficas fueron llevadas a cabo por 2 operadores con distinto grado de experiencia en el campo de la US en reumatología, el primero (N° 1: MGR) con 5 años y el segundo (N° 2: SR) con un conocimiento basado en un programa de formación intensiva de un mes de duración. Se utilizó un equipo ecográfico My Lab 70 XVG (Esaote) provisto de una sonda lineal de 6 a 18 MHz de frecuencia. Los operadores conocían el diagnóstico de los pacientes pero no contaban con ninguna otra información acerca de la enfermedad (tiempo de evolución, nivel de actividad, reactantes de fase aguda, radiología) y realizaron la evaluación de cada paciente el mismo día. En cada paciente se evaluaron 18 cortes en búsqueda de inflamación articular (II MCF dorsal y palmar, III MCF dorsal y palmar, II IFP dorsal y palmar, muñeca dorsal y palmar y V MTF dorsal en forma bilateral), con un total de 360 cortes estudiados. La búsqueda de erosiones se llevó a cabo evaluando en cada paciente 24 cortes (II MCF dorsal, volar y lateral, III MCF dorsal y volar, II IFP dorsal y volar, cabeza del cubito dorsal, lateral y volar, V MTF dorsal y lateral en forma bilateral), con un total de 480 cortes evaluados. La inflamación articular se evaluó a través de los siguientes tres parámetros: derrame articular, proliferación sinovial y señal power Doppler, los cuales podían estar ausentes o presentes. Las erosiones óseas fueron estadiadas en 4 grados: 0 = ausencia, 1 = < 1 mm; 2 = 1-2 mm; 3 = 2-4 mm; 4 = > 4 mm.

**Resultados:** respecto a la reproducibilidad en la evaluación del compromiso inflamatorio, el grado de concordancia global para el derrame articular, la proliferación sinovial y la señal power Doppler fue del 98.8%, 99.7% y 99.1%, con un coeficiente K de 0.95, 0.98 y 0.99 respectivamente. El corte con mayor grado de compromiso inflamatorio fue la muñeca dorsal con 40% de derrame articular, 40% de proliferación sinovial y 32.5% de señal power Doppler respectivamente, seguido de la II MCF dorsal, III MCF dorsal y II IFP dorsal. En lo que respecta a las erosiones, la concordancia global para la detección de las mismas fue del 97.9%, con un coeficiente K de 0.93. El 87% de las erosiones fueron halladas a nivel de la II MCF, cabeza del cubito y V MTF, 38%, 28% y 21% respectivamente.

**Conclusiones:** el alto nivel de concordancia hallado demuestra, por un lado, la reproducibilidad de la US en la evaluación de pacientes con AR incluso entre operadores con distinta formación y experiencia en US y, por otro lado, la posibilidad de utilización de dicho método luego de un periodo de entrenamiento intensivo para la evaluación de dichos pacientes.

31

**Evaluación de Marcadores Salivales para el diagnóstico precoz del Síndrome de Sjögren**

**Busamia B, Mazzeo M, Linares J, Demarchi M, Gobbi C, Exeni I, Albiero E ; Finkelberg A**  
 Cátedra de Fisiología. Facultad de Odontología. UNC. Unidad de Reumatología. Hospital Córdoba. Cátedras de Medicina I y II. UNC

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica, autoinmune, caracterizada por la sequedad de mucosas, principalmente xerostomía y xeroftalmia, debida a la disminución o ausencia de secreciones glandulares. La hiposalivación obedece a múltiples factores, por lo que el diagnóstico definitivo del SS es controvertido. El diagnóstico precoz del SS, permitiría poner en marcha medidas preventivas que eviten el daño producido por efecto de la hiposalivación sobre la fisiología de los tejidos de la cavidad bucal.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es evaluar los cambios en flujo y composición salival, así como la presencia de anticuerpos (Ac) séricos y salivales que permitan un diagnóstico no invasivo del SS.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 73 personas, 86% mujeres, de la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba desde enero de 2005 a enero de 2007. Los pacientes fueron distribuidos en los siguientes grupos: 1- Síndrome de Sjögren primario (SSp), según criterios americanos y europeos; 2- SS secundario (SSs); 3- Boca Seca Ojo seco(BO) y Controles sanos (C). Se realizó la Evaluación clínica de la cavidad oral y la toma de muestras de sangre y saliva. Se determinaron flujo salival, Na, K, Cl, Ca y P en saliva y anticuerpos Ro y La en sangre y saliva. Se consideró diferencia estadísticamente significativa, un valor de p < 0.05 utilizando Test de Student.

**Resultados:** El flujo en SSp, SSs, y BO fue significativamente menor (p < 0.001) comparado con C. La composición salival de SS tanto primario como secundario mostró un incremento de componentes inorgánicos (Na, K, Cl, Ca, P), P < 0.05. En relación con Anticuerpos en suero fueron positivos en un 65% Ro y 50% La en S Sjögren primario, en el secundario el 25 % de los pacientes tenía anticuerpos positivos y BO solo el 10% y el 5% para Ro y La respectivamente. En saliva los pacientes con SSp y SSs tienen anticuerpos positivos, 50% Ro y 40% La, siendo negativos en BO y C.

**Conclusión:** El perfil de anticuerpos en saliva y suero, permiten un primer diagnóstico de las causas de la hiposalivación. El análisis de saliva en pacientes con SSp, SSs permitirá un diagnóstico presuntivo de manera inocua y eficaz, a través de la presencia de anticuerpos.

Este trabajo se realizó gracias a subsidios de SECyT (Cba) y Agencia Córdoba Ciencia, Argentina.

32

**TRATAMIENTO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA: METOTREXATO VS. ESTEROIDES**

**Nesa, L, Astesana, P, Alba, P, Gobbi, C, Cavillón, E, Exeni, I, Albiero, E**  
 Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, Cátedras de Medicina I y II del Hospital Córdoba, UNC

**Introducción:** La Polimialgia Reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que afecta a personas mayores de 50 años, caracterizada por entumecimiento doloroso de músculos proximales. Los esteroides en bajas dosis son el tratamiento estándar provocando mejoría sintomática y funcional importante, dicho tratamiento suele durar de 12 a 24 meses. Sin embargo a pesar de su eficacia suele haber recurrencias sintomáticas al reducir la dosis de esteroides, además de los efectos adversos relacionados con estos. El añadir Metotrexato (MTX) al tratamiento podría disminuir la dosis de Prednisona, mantener la remisión y reducir las recaídas o recurrencias.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en el tratamiento con MTX + prednisona vs Prednisona sola en los pacientes con PMR, en cuanto al requerimiento de corticoides, dosis acumulada y remisión.

**Materiales y métodos:** se evaluó retrospectivamente una serie de pacientes con diagnóstico de PMR, de la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, quienes habían recibido tratamiento solo con prednisona, o prednisona más MTX. Se revisaron de la historia clínica dosis de inicio y acumulativa de esteroides, inicio del tratamiento con MTX, tiempo de remisión, número de recaídas, y evolución o no a otra enfermedad. Para la evaluación estadística se utilizó el Test de Student, otorgándole significación estadística a una p < 0.05.

**Resultados:** se revisaron 25 historias clínicas. La edad promedio fue de 74 años, el 64% eran de sexo femenino con una relación F:M de 1,8:1. Todos los pacientes tenían Factor Reumatoideo negativo. El comienzo de enfermedad fue insidioso en 17 pacientes (68%) y abrupto en 8 pacientes (32%). De 25 pacientes 56 % estuvo tratado con Prednisona sola y el 44 % con Prednisona más MTX. La dosis de esteroides al inicio del tratamiento fue entre 8 y 30 mg por día (promedio de 13,8 mg / día), la dosis acumulada de esteroides en general fue de 2249,3 mg y en pacientes con Prednisona sola de 2124,2 mg, en el grupo de Prednisona y MTX de 1934 mg (pNS) y la dosis de MTX fue de 15 mg por semana que se inició en término medio de 4 meses después del diagnóstico. El tiempo del tratamiento de pacientes con Prednisona sola fue de 12,4 meses y de pacientes con Prednisona más MTX de 10,6 meses (pNS). Todos los pacientes llegaron a la remisión excepto 2, uno por pérdida de seguimiento y otro por desarrollar proceso Mieloproliferativo. El tiempo en llegar a la remisión en grupo de Prednisona sola fue de 3,6 meses y del grupo con Prednisona más MTX de 3,7 meses (pNS). Hubo 6 pacientes con recaída uno por abandono del tratamiento y 5 al disminuir dosis de esteroides de los cuales 3 se agregó MTX y a 2 se aumento dosis de corticoides el cual se disminuyó más lentamente, los 6 alcanzaron la remisión. Cambió el diagnóstico solo en 2 pacientes (8%), uno a Arteritis de Células Gigantes y otro a Proceso Mieloproliferativo.

**Conclusión:** No hubo diferencia significativa en la dosis acumulada de esteroides, tiempo de tratamiento ni tiempo en llegar a la remisión en grupos tratados con metotrexato y esteroides vs esteroides solos, sin embargo hubo una tendencia a agregar esta droga en los pacientes que sufrieron recaída. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes prospectivos para evaluar la utilidad del MTX en PMR.

33

#### ¿ EL ECOPOWER DE MANOS EN ARTRITIS TEMPRANA SIRVE COMO PREDICTOR DE ARTRITIS EROSIVA?

ASTESANA, P, ALBIERO, E, GOBBI, C, ALBA, P, MARCHEGIANI, S. Servicio de Reumatología y Diagnóstico por Imágenes del Sanatorio Allende. Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, Cátedras de Medicina I y II de la UNC. Córdoba, Argentina

**Introducción:** El número de articulaciones dolorosas e inflamadas, el factor reumatoideo, la citulina y la presencia de erosiones radiográficas se asocian al desarrollo de artritis persistente y erosiva, el rol del ultrasonido al respecto, no está claramente establecido.

**Objetivos:** 1- Determinar el valor predictivo del eco power en el desarrollo de artritis persistente; 2- Comparar los pacientes con Eco Power positivo persistente versus eco power negativo, para establecer si existen diferencias en el DAS 28, Factor reumatoideo, remisión, medicación recibida, progreso a Artritis reumatoidea (AR), según criterios ACR y progresión radiográfica.

**Material y Métodos:** Se evaluaron prospectivamente 34 pacientes con seguimiento a 3 años con diagnóstico de artritis temprana. Se les realizó eco power de manos al inicio de la enfermedad y a los 6 meses, DAS 28 a los 36 meses. Rx de manos y pies al inicio, 6 y 36 meses. Determinación de FR, PCR/VSG y se consignó medicación recibida.

Según el resultado de los Eco Power se los dividió en dos grupos A (Eco power positivo al inicio y positivo a los 6 meses, grupo B, eco power positivo o negativo al inicio y negativo a los 6 meses).

Se consideró eco Power positivo la presencia de hipervascularización. Eco power negativo derrame sin hipervascularización.

| Características            | Grupo A | Grupo B  |
|----------------------------|---------|----------|
| Edad                       | 37,5    | 34,9     |
| Sexo                       | 8 Fem   | 23 F, 3M |
| Criterios ACR              | 6       | 7        |
| Remisión                   | 5       | 17       |
| DAS 28 a los 3 años Severo | 1       | 1        |
| Moderado                   | 2       | 3        |
| Leve                       |         | 5        |
| Progresión radiol          | 1       | 21       |

Con respecto a la medicación recibida en el Grupo A 4 pacientes recibieron biológicos, 3 MTX + Leflumomide y 3 MTX + hidroxicloroquina. En el grupo B MTX 16 pacientes, MTX + leflunomide 5 p, e hidroxicloroquina solo 5 p.

**Conclusiones:** Los pacientes con eco power positivo persistente a los 6 meses del inicio del tratamiento tuvieron un perfil de enfermedad más severo, la intervención farmacológica precoz y agresiva evitó la progresión a formas de artritis más graves. El eco Power podría ser una herramienta útil en la evaluación del paciente con artritis temprana

34

#### EVALUACIÓN DE ECOGRAFÍAS DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN (SS)

Busamia B; Mazzeo M; Mangupli P; Gobbi C; Albiero E; Exeni J; Finkelberg A. 1-Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, U.N.C. 2-Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba; Cátedra de Medicina I y II UNC. 3- Centro de diagnóstico por Imágenes Diagn. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que se manifiesta a nivel sistémico, produce xerofalmia (ojo seco) y xerostomía (boca seca). En el SS las glándulas salivales se atrofian pierden la capacidad de producir y secretar saliva. La hiposalivación obedece a múltiples factores, por lo que el diagnóstico definitivo es controvertido.

**Objetivo:** Es evaluar cambios ecográficos en glándulas salivales parótida y submaxilar, que permitan un diagnóstico no invasivo del SS.

**Materiales y método:** 42 pacientes (p) son distribuidos en los siguientes grupos experimentales: 1- 9 p en Controles sanos (C); 2- Boca seca Ojo seco sin síndrome de Sjögren (BO), n 10; 3- Síndrome de Sjögren primario (SSp), n de 12; 4- SS secundario (SSs), n de 11. Se realizaron ecografías de alta resolución, real en los grupos experimentales con aparatos de última generación, Voluson 730 Expert, que posibilitan un diagnóstico ecográfico de alta resolución. Basado en grado en homogeneidad, tamaño de glándula y definición de bordes, se definieron los siguientes grados de compromiso:

**GRADO 0:** Glándula normal

**GRADO I:** Pequeñas áreas hipoeoicas, con bandas ecogénicas, tamaño de glándula discretamente aumentado. Borde mal definido.

**GRADO II:** Áreas hipoeoicas de 2 a 6 mm, con bandas ecogénicas múltiples, aumento de tamaño glandular y bordes no visibles.

**GRADO III:** Áreas hipoeoicas mayores de 6 mm, bandas ecogénicas y zonas calcificadas. Grado avanzado de distorsión glandular Compatible con SS.

El análisis estadístico se realizó mediante Test "T" de Student para datos independientes, estableciendo valor de  $p < 0.05$  para significación estadística.

**Resultados:**

Los pacientes con SSp y SSs tuvieron grados II y III, lo que comparado con BO fue estadísticamente significativo con un valor  $p < 0.05$  y con  $C < 0.001$ .

**Conclusión:** Si bien la ecografía de alta resolución, no es un método concluyente para el diagnóstico, podría ser un marcador orientativo e inocuo. Son necesarios más trabajos para confirmar la utilidad definitiva de la técnica.

35

#### EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA

Andrónico, m.(1), Grosso, g.(2), Ulla, m.(3), Ruiz Casanova, n.(2), Quiroga, h.(4), Simondi, n.(5), Sánchez Carpio, d.(6), Yorio, m.(1).

(1)III Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, FCM, UNC, (2)Unidad de Reumatología del Hospital San Roque, (3)CECOM, (4)Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital San Roque, (5)Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Italiano, (6)III Cátedra de Medicina I, FCM, UNC, CORDOBA, ARGENTINA

**Introducción:**

Dado el aumento del promedio de vida, hay un incremento perceptible de las fracturas de cadera, las cuales son el evento clínico de interés del paciente con osteoporosis. Sin su presencia la enfermedad pasaría inadvertida. Las fracturas relacionadas con osteoporosis aparecen en personas adultas y aumentan con la edad. Se considera que el 70% de las fracturas que se producen en personas mayores de 50 años, y que el 90% de todas las fracturas de cadera y vértebras en mujeres blancas se deben a osteoporosis. Conocer los aspectos epidemiológicos de esta enfermedad es el primer paso para el diseño de políticas sanitarias eficaces.

**Objetivos:**

Conocer los principales aspectos epidemiológicos de las fracturas osteoporóticas de cadera (FOC) en la ciudad de Córdoba, Argentina, entre 2006 y 2007 mediante el llenado de una ficha de registro confeccionada por la AAOM (Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral) que considera sus características epidemiológicas y factores asociados.

**Pacientes y métodos:**

Se estudian 187 personas con FOC en nuestra ciudad entre 2006 y 2007. De ellos, 135 fueron ingresados, y de estos, 96 se internaron quirúrgicamente. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, raza, ámbito, tipo de fractura (cervical, trocantérea), procedimiento quirúrgico (prótesis parcial, total, osteosíntesis), cómo se produjo la fractura (caída de su propia altura, otras), lugar (en su domicilio y fuera del mismo), tiempo total de internación, si tenía o no obra social y actividad (doméstica, jubilado, pensionado, ama de casa, otras)

**Resultados:**

Las fracturas de cadera en este grupo estudiado fueron más frecuente en mujeres que en varones, especialmente en las mayores de 75 años, siendo la más frecuente la fractura medial izquierda (48,96%), teniendo como origen la caída de su propia altura en 70% de los casos. Como factores asociados, el que más se ha asociado es la hipertensión arterial (54, 17%). En todos los casos (96) se descartan otras causas de fracturas diferentes de la osteoporosis. En un 61,46% el tipo de fractura fue trocantérea. Se realizó tratamiento quirúrgico en 89 pacientes (92,71%), con remplazo parcial en 71,86%. La estancia hospitalaria fue de 5 a 10 días en 46,88% y mayor a 10 días en 46,88%.

**Conclusiones:**

La fractura de cadera es una complicación importante de la osteoporosis en nuestro medio, con una distribución en sexo, edad y factores asociados similar a los descriptos en la literatura internacional.

36

#### NEFRITIS LUPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. ANÁLISIS DE 33 CASOS

Battagliotti C, Lopez D.

Servicio de Reumatología y nefrología

Hospital Público de niños Dr Orlando Alassia, Mendoza 4151 La Capital, Santa Fe.

Se ha descrito que el compromiso renal en el lupus pediátrico se presenta con mayor frecuencia y gravedad que en la edad adulta contribuyendo a la alta morbimortalidad.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia y severidad de la nefropatía en el LES pediátrico. Analizar diferentes variables clínicas entre los pacientes con y sin enfermedad renal.

**Métodos:** Se realiza un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes atendidos en forma consecutivas con lupus pediátrico desde enero de 1990 a mayo del 2008. La asociación entre variables fueron evaluadas por la prueba Chi cuadrado o exacta de Fisher con el programa Sofwar SPSS versión 16.0

**Resultados:** De los 38 pacientes con lupus se estudiaron 33 correspondiente a lupus eritematoso sistémico (LES). Sexo: 30 fem 3 masc. Edad media de inicio 12. años (r 4 a 16), tiempo medio de seguimiento 2,7 años (r 0 a 8)

El compromiso renal estuvo presente en 24 pacientes (73%). De los cuales 75% lo hicieron dentro del primer año de evolución de la enfermedad.

No se hallaron diferencias significativas entre las variables estudiadas (edad sexo cuadro clínico, criterios diagnósticos) entre los pacientes con o sin compromiso renal

Al momento de la biopsia renal el 68% tenían síndrome nefrítico nefrótico 9% nefrótico 14% sedimento patológico y 9% debutaron con insuficiencia renal aguda

La clasificación anatomopatológica de las biopsias renales según la World Health Organization (WHO) reveló que la clase IV fue el hallazgo más frecuente 13 (59%), 4 (18%) correspondieron a clase III, 3 (14%) clase II y 2 (9%) clase V.

Un 15% desarrollaron hipertensión arterial, todos tenían clase I V (15%). Se rebiopsiaron 7 pacientes los cambios fueron progresivos en 5 de clase II o III a IV, estable en 1 clase IV y regresivo en 1 clase IV a III.

La terapia con ciclofosfamida parenteral combinada con esteroides se usó para la clase IV alcanzando remisión en 9 (69%)

La azatioprina para clase III. Micofenolato y rituximab en un paciente sin respuesta.

2 desarrollaron insuficiencia renal crónica, uno de ellos trasplantado 2 tuvieron embarazo exitoso posterior al tratamiento con ciclofosfamida 5 pacientes fallecidos (15%).

4 durante el primer año de enfermedad durante el seguimiento, 3 en la edad adulta 1 paciente muere posterior a la realización de una biopsia renal

**Conclusión:** Los datos clínicos, hallazgos histopatológicos y los tratamientos de nuestro estudio no difieren de la mayoría de los autores.

El mejor conocimiento de la patogenia del LES determinará la revisión constante de nuevos esquemas terapéuticos para la inducción de la remisión y el mantenimiento de la actividad de la enfermedad bajo control, minimizando los efectos indeseables.

37

## ENFERMEDAD DE BEHCET: REPORTE DE 14 CASOS

**Autores:** Liendo, M.L.; Zazzetti, F.; López Meiller, M.J.; Berón A.; Dubinsky, D.; Nasswetter G. División de Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.

**INTRODUCCION:** La Enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de carácter sistémico que compromete fundamentalmente piel, vasos, tubo digestivo y sistema nervioso.

**OBJETIVOS:** Presentar 14 casos de adultos jóvenes que reunieron criterios para diagnóstico de EB, evaluando la forma de presentación, evolución y tratamiento.

**MÉTODOS:** se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EB en los últimos 10 años (1998 - 2008) del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Se realizó una distribución de frecuencias de los porcentajes de las variables estudiadas y se estimaron los intervalos de confianza del 95%. Para ello se empleó el paquete estadístico VCSTAT.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 14 pacientes, 10 de sexo masculino y 4 de sexo femenino, la edad media de inicio de la enfermedad fue de 24 años, con un rango entre 12 y 33 años. La mitad de los pacientes presentaron infecciones previas (faringitis, sinusitis e infección del tracto urinario). Las úlceras orales y genitales fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes observándose en 13 casos (92,8% IC95: 86-99) y siendo el síntoma de inicio en 9 de ellos (64,2% IC95: 35-87). Se observó compromiso cutáneo en 10 casos (71,4% IC95: 41-91); 7 eritema nodoso, 2 pseudofoliculitis y 1 ambas manifestaciones. El compromiso ocular apareció en 7 pacientes (50% IC95: 23-77); 4 de los cuales presentaron uveítis anterior y posterior (57,1% IC95: 18-90). Refirieron compromiso articular 7 pacientes (50% IC95: 23-77), artralgias y artritis, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada. El compromiso vascular se observó en 5 pacientes (35,7% IC95: 12-64) uno de ellos con compromiso de dos territorios; 4 (80%) tromboflebitis, 1 (20%) trombosis de la arteria central de la retina y 1 (20%) trombosis venosa profunda; habiéndose hallado en este último caso inhibidor lúpico positivo. Las manifestaciones del sistema nervioso se presentaron en 5 pacientes (35,7% IC95: 12-64), cefalea en 4 casos (80%) e hipertensión endocraneana en 1 (20%). En cuanto al tratamiento recibieron corticoides 10 pacientes (71,4% IC95: 41-91), colchicina 6 (42,8% IC95: 17-71), cinco (35,7% IC95: 12-64) de ellos requirieron terapia inmunosupresora con azatioprina y 3 (21,4% IC95: 4-50) tratamiento con agentes biológicos (infliximab y adalimumab) por respuesta inadecuada al tratamiento habitual.

**CONCLUSION:** Nuestra serie se caracterizó por presentar manifestaciones clínicas similares a las reportadas, con la particularidad de una edad de inicio de los síntomas más temprana y una evolución más agresiva, con requerimiento de agentes biológicos como tratamiento. La detección precoz de la EB y la instauración del tratamiento adecuado podrían mejorar el pronóstico de las formas más agresivas.

38

## EVALUACIÓN DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO REUMATÓLOGO POR INFLAMACIÓN ARTICULAR Y SU EVOLUCIÓN A ENTIDADES CLÍNICAS DEFINIDAS

**Moyano Garzón M E, Ruffin, A E, Villarreal, G, Onetti L; Mussano E, Onetti CM.** Servicio de Reumatología Hospital Nacional de Clínicas, UNC- Córdoba.

**Objetivo:** Describir la evolución hacia una entidad clínica definida, de los pacientes que consultan por primera vez al Servicio de Reumatología de un hospital general, por presentar inflamación articular sin diagnóstico.

**Material y método:** Estudio observacional con seguimiento prospectivo. Tiempo de recolección de la muestra: desde el 1º de septiembre de 2006 al 31 de agosto del 2007. Tiempo de seguimiento: 6 meses para cada paciente.

**Resultados:** De 252 pacientes que concurren por primera vez en el Servicio de Reumatología del HNC en este período, 39(15,4%) cumplieron con los criterios fijados en este trabajo. De esta población, a 4 pacientes no se pudo realizar seguimiento a 6 meses por no concurrir a la consulta en el tiempo establecido. De 35 pacientes analizados: 26 (74,3%) fueron mujeres y 9 (25,7%) varones, con una media etárea de  $43 \pm 15$  años, rango 16-66. El tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la consulta al especialista fue de  $52,89 \pm 41,53$  semanas, con un rango entre 6 a 144. Con respecto al número de articulaciones comprometidas la mayoría (85,7%) fue poliarticular, 5,7% oligoarticular y 8,6% monoarticular. Por su localización: 17,1% grandes articulaciones, 22,9% pequeñas articulaciones y 60% grandes y pequeñas articulaciones. A los seis meses de evolución el 65,7% cumplía con criterios de artritis reumatoidea (AR), el resto fue clasificado como: LES, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reactiva, artrosis inflamada, síndrome de superposición (AR, Esclerodermia y LES), gota. El FR fue positivo en 17 de 23 (74%) pacientes con AR, 1 de 2 pacientes con LES, en el único paciente con síndrome de superposición, y ninguno de los otros casos de artritis. La asociación entre FR y AR fue significativa, en relación a otros tipos de artritis, con un VPP de 0,89 y un VPN de 0,57. Al correlacionar el grupo etéreo con el diagnóstico, encontramos que la enfermedad más frecuente fue AR en todos los grupos. Antes de los 30 años de edad no se registraron enfermedades metabólicas ni degenerativas. En cuanto al tipo más frecuente de articulación comprometida: AR grandes y pequeñas en forma conjunta, igual que APs, en LES pequeñas, mientras que en EA sólo se registró compromiso de grandes articulaciones. El compromiso de grandes y pequeñas articulaciones en forma conjunta, también se asoció significativamente con AR.

**Discusión y conclusión:** La mayoría de los pts. que consultaron por primera vez a un reumatólogo por presentar inflamación articular, fueron mujeres jóvenes en edad productiva ( $43 \pm 15$  años), y el tiempo de demora medio fue de aproximadamente un año con un rango entre 8 y 144 semanas. La forma de presentación poliarticular fue la más frecuente, seguido de la monoarticular y oligoarticular. Los datos obtenidos coinciden con la literatura, siendo la AR la enfermedad articular inflamatoria más frecuente. En nuestro estudio, no se registró artritis indiferenciada. Es importante mencionar que el FR es un dato que ayuda a diferenciar a aquellos pacientes con AR de otras entidades, pero no sus excluye. Sin embargo, la AR es sólo una de todas las patologías inflamatorias nuevas que se ven en una consulta de artritis de inicio (un tercio, según algunos estudios) y no todas las poliartitis simétricas de pequeñas y grandes articulaciones, indistinguibles al principio de la AR, tienen una enfermedad persistente y con mal pronóstico.

39

## CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE EA PURA Y ESPONDILITIS PSORIÁTICA EN PACIENTES ARGENTINOS

**Pérez Alamino R, Maldonado Cocco J, Arturi P, Citera G, Lencina V, Berman A, Graf C, Nitsche A, Rillo O, Alvarellos A, Wong R, Paira S, Casado G, Scherbarth H, Barreira J.** Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires. Grupo RESPONDIA, Argentina.

El compromiso axial, característico de la Espondilitis Anquilosante (EA), puede también presentarse en pacientes con diagnóstico de Artritis Psoriática (APs). El objetivo del presente estudio fue describir las características diferenciales de pacientes con diagnóstico de EA pura comparados con los pacientes con APs y compromiso axial asociado, ingresados en el Registro Iberoamericano de Espondiloartropatías (ESPA) (RESPONDIA-Argentina).

**Pacientes y Métodos.** Se seleccionaron aquellos pacientes que cumplían criterios de Nueva York modificados, pertenecientes a la cohorte prospectiva, observacional y multicéntrica de ESPA en Argentina (RESPONDIA-Argentina), que acudieron a la consulta ambulatoria entre Junio y Diciembre del 2006. Los datos fueron extraídos online de la Base REGISPONSER. Se recolectaron datos de actividad de la enfermedad, status funcional, características clínicas y radiológicas, tratamiento y calidad de vida, mediante herramientas validadas.

**Análisis Estadístico.** Para la comparación de datos categóricos se utilizó el Test de Chi Cuadrado o Test Exacto de Fisher y para las variables continuas el Test de Student y Test de Mann Whitney. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 140 pacientes, 86 (61,4%) presentaban diagnóstico de EA y 54 (38,6%) EA Psoriática. El tiempo de evolución de la enfermedad fue comparable en ambos grupos (mediana 3 vs. 5,5 años, respectivamente). En pacientes con diagnóstico de EA predominó en forma significativa el sexo masculino 88% vs. 48,1% ( $p < 0,05$ ), el antecedente de lumbalgia 81,4% vs. 51,9% ( $p < 0,05$ ), la presencia de Síndrome Sacroilíaco 52,3% vs. 33,3% ( $p < 0,05$ ), el antecedente de historia familiar de ESPA 23,4% vs. 7,7% ( $p < 0,05$ ) y el compromiso moderado de caderas 20,9% vs. 2,1% ( $p < 0,05$ ). El BASRI fue significativamente mayor en los pacientes con EA pura, al igual que los scores de BASRI total y BASRI columna. Por otra parte, los pacientes con EA Psoriática presentaron significativamente mayor frecuencia de dacilítis 46,3% vs. 9,3% ( $p < 0,05$ ), tarisitis 37% vs. 20% ( $p < 0,05$ ) y uso previo de Metotrexato 59,3% vs. 27,1% ( $p < 0,05$ ). No existieron diferencias significativas en el BASDAI y BASFI, compromiso cervical e incapacidad laboral entre los dos grupos.

**Conclusión.** El análisis de los datos nos muestra que los pacientes con EA pura presentaron en forma significativa un compromiso más severo del esqueleto axial que los pacientes con EA Psoriática, con un tiempo de evolución de la enfermedad comparable.

40

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN ARGENTINA

**Buschiazzo E, Maldonado Cocco J, Arturi P, Citera G, Lencina V, Berman A, Graf C, Nitsche A, Rillo O, Alvarellos A, Wong R, Paira S, Casado G, Scherbarth H, Barreira J.** Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires. Grupo RESPONDIA, Argentina.

Las Espondiloartritis (EspA) incluyen un grupo de enfermedades que comparten hallazgos inmunogenéticos, clínicos y radiológicos, con particular compromiso del esqueleto axial y las entesis. El objetivo del presente estudio fue describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes con EspA argentinos que fueron incluidos en el Registro Iberoamericano de EspA (RESPONDIA-Argentina).

**Pacientes y Métodos.** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EspA según criterios de clasificación del Grupo Europeo de Estudio de Espondiloartropatías (ESSG), pertenecientes a la cohorte prospectiva, observacional y multicéntrica de ESPA en Argentina (RESPONDIA-Argentina), que acudieron a la consulta ambulatoria entre Junio y Diciembre de 2006. Los datos fueron extraídos online de la Base REGISPONSER. Se recolectaron datos socio-demográficos, de actividad de la enfermedad y estatus funcional, formas clínicas, tratamiento y calidad de vida, mediante herramientas validadas.

**Análisis Estadístico.** Se realizó estadística descriptiva. Para la comparación de datos categóricos se utilizó Test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher, y para las variables continuas el Test de Student y ANOVA. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 402 pacientes, 59% eran hombres, con una mediana de edad de 48,3 años (RIQ: 38,3-58) y tiempo mediano de evolución de los síntomas de 8 años (RIQ: 4-14). Predominaron la raza blanca y blanca-indígena, con respecto al resto de los grupos étnicos. El 88,7% pertenecían a la clase social media y media baja. Presentaron diagnóstico de: Espondilitis Anquilosante (EA) 86 pacientes (21,4%), Artritis Psoriática (APs) 242 (60,2%), Artritis Reactiva (ARe) 25 (6,2%), asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 10 (2,5%), EspA indiferenciada 33 (8,2%) y EA juvenil 6 (1,5%). El tiempo mediano de retraso al diagnóstico fue de 1 año (RIQ: 0-4,7), siendo mayor en EA y EA juvenil ( $\bar{m} = 3$  y 12, RIQ: 0-8,7 y 2,5-13,2 respectivamente). Presentaban antecedentes familiares el 16,8% de los pacientes. La mediana de BASFI fue de 2,6 (RIQ: 0,8-5,4), de BASDAI 3,8 (RIQ: 1,9-5,7) y de BASRI 5 (RIQ: 2-8). Los pacientes de clase baja presentaron significativamente peor componente físico del SF-12 en comparación a las clases alta y media-alta, peor BASFI que cualquier otra clase social y peor BASDAI comparado con la clase media-alta. El 18,3% no trabajaban, predominando aquellos con EA (25,9%). La incapacidad laboral permanente fue del 15,7% en EA, 16,7% en EA juvenil y 6,9% en APs.

**Conclusión.** Los datos recolectados en este estudio demuestran un predominio de pacientes con APs y EA. Es de destacar el largo tiempo de retraso al diagnóstico para EA y EA juvenil, quizás por su curso insidioso y oligosintomático. El patrón de distribución de clases sociales es similar al esperado en la población general de nuestro país, siendo peor el compromiso funcional y la actividad de la enfermedad en las clases sociales más bajas.

41

**PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

Kirmavr K, Quevedo S, Ardrí P, D'Orazio A, Bettoni G, Citera G, Maldonado Cocco JA  
Sección de Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica y Fundación Reumatológica Argentina, Buenos Aires

**Introducción:** Los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) presentan mayor morbi-mortalidad comparado con la población general, siendo la enfermedad cerebral y cardiovascular las causas más frecuentes. Existen estudios que muestran mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, de enfermedad cardiovascular (ECV) establecida y menor cumplimiento de tratamiento efectivo en estos pacientes. Además de los factores de riesgo tradicionales, se describen otros factores pro-aterogénicos relacionados a la enfermedad reumática, como el estado proinflamatorio sistémico crónico.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales y de ECV en pacientes con EA del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP) y determinar el perfil de riesgo cardiovascular a 10 años a través del score de Framingham/ATFIII.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EA según criterios de NY modificados de la consulta ambulatoria del IREP y como controles a personas de la población general apareados según edad y sexo. Se recolectaron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular tradicionales, ECV establecida, tratamiento actual, y características clínicas de la EA. Se solicitó laboratorio (perfil lipídico, ácido úrico, glucemia, ESR y PCR) y electrocardiograma. Se realizó evaluación clínica por un cardiólogo y en caso de sospecha de vasculopatía se realizó ecocardiograma o ecodoppler arterial. Para la estimación del riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular a 10 años se utilizó el score de Framingham según ATFIII.

**Análisis estadístico:** Las variables categóricas fueron comparadas por Chi cuadrado o test de Fisher y las continuas por test de Mann Whitney.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes con EA y 44 controles. La mediana de edad de los pacientes fue de 38.5 años (RQ: 21-78), el 86.4% eran varones, con una mediana de duración de la enfermedad de 10 años (RQ:34). No hubo diferencias entre los casos y controles en cuanto a factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (36.4% vs 27.3%), dislipemia (29.5% vs 20.5%), diabetes (9.1% vs 6.8%), tabaquismo (25% vs 38.6%), sedentarismo (63.6% vs 61.4%) y obesidad (22.7% vs 18.2%). El porcentaje de pacientes con factores de riesgo modificables sin tratamiento fue de 81% en el grupo EA y 72% en los controles (p>NS). El 13.6% de pacientes tenían ECV establecida comparada con 2.3% de los controles (p=0.11). No hubo diferencias significativas en el score de Framingham en ninguna de las tres categorías (<20%, 10-20% y >=10%).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes no hubo diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad cardiovascular comparada con la población general. El riesgo cardiovascular a 10 años según el score de Framingham fue similar, así como la prevalencia de los factores de riesgo tradicionales y el porcentaje de pacientes con tratamiento insuficiente.

42

**TRATAMIENTO DEL COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Collado MV, Di Boscio V, Lencina MV, Citera G, Maldonado Cocco JA, Sección Reumatología y Neumología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica y Fundación Reumatológica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) son un grupo de patologías sistémicas, que frecuentemente presentan compromiso pulmonar causante de alta morbi-mortalidad. Por ello, desde 2005, en nuestro Hospital, se promueve la atención integrada entre las especialidades de Reumatología y Neumología, de pacientes con síntomas de compromiso pulmonar o asintomáticos con riesgo aumentado de padecerlo. El objetivo del presente estudio fue describir características clínicas y evolutivas de pacientes con ETC que actualmente reciben tratamiento por compromiso pulmonar.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, serie de casos. Se incluyeron pacientes del Servicio de Reumatología, atendidos en forma conjunta con Neumología, que se encuentran actualmente bajo tratamiento por compromiso pulmonar de su enfermedad de base. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar. La recolección de datos se hizo en forma retrospectiva por revisión de historias clínicas. Se consignaron datos demográficos, clínicos, diagnóstico de enfermedad reumatológica y neumológica, estudios y pruebas diagnósticas complementarias y tratamiento instaurado.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes, 6 con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) de los cuales 4 presentaron como compromiso pulmonar, neumonía usual intersticial (UIP), 1 neumonitis intersticial inespecífica (NSIP) y 1 caso de nódulos pulmonares; 4 pacientes con Esclerodermia (ES) de los cuales 3 eran NSIP y 1 bronquiolitis obliterante (BOOP); 1 Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) con NSIP; 1 Granulomatosis de Wegener (GW) con hemorragia alveolar y 1 paciente con Polmiositosis (PM) y UIP. En cuanto a los métodos diagnósticos, se realizaron 5 diagnósticos por biopsia pulmonar, 3 de las cuales debieron ser revisadas con el consecuente cambio diagnóstico en 2 de ellas: tuberculosis (1º diagnóstico) por nódulos pulmonares reumatoideos y NSIP (1º diagnóstico) por BOOP. Los 8 diagnósticos restantes se realizaron por criterios clínico-tomográficos. En lo referente al tratamiento el paciente con BOOP recibió tratamiento corticoide por 4 meses, la hemorragia alveolar ciclofosfamida, los nódulos pulmonares reumatoideos no requirieron tratamiento y en cuanto a la enfermedad intersticial pulmonar, 5 de los 9 casos recibieron inducción con ciclofosfamida y glucocorticoides (las 4 AR con UIP no recibieron inducción), y 9/9 tratamiento de mantenimiento con azatioprina, glucocorticoides y N-acetil cisteína. Durante el seguimiento no se reportaron muertes ni efectos adversos serios y todos los pacientes presentaron mejoría clínica.

**Conclusiones:** Este trabajo destaca la importancia de la evaluación interdisciplinaria de los pacientes con ETC, dada la complejidad diagnóstica y las implicancias terapéuticas que dependen de la misma.

43

**VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN ARGENTINA DEL HAQ-II**

Waimann CA, Dal Pra FM, Marengo MF, Schneberger EE, Sanchez M, Gagliardi S, Citera G, Maldonado Cocco JA, Garay I, Chaparro G, Morel RG, Fils O, Saucedo M, Rosa JE, Ceballos F, Catoggio L, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Fundación Reumatológica Argentina, Hospital Tornu, San Nicolás, Hospital Italiano, Buenos Aires

**Introducción:** El HAQ-A (Health assessment Questionnaire - versión argentina) es un instrumento útil para documentar el estado clínico, la evolución y el pronóstico funcional de nuestros pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo presenta algunas limitaciones: requiere cálculo, el score puede aumentar con el uso de adaptaciones, tiene un efecto suelo del 15% y su extensión es de 2 páginas. Esto dio lugar a una versión más simple: el HAQ-II, el cual consta de 10 preguntas.

**Objetivos:** determinar la reproducibilidad y validez de una versión argentina del HAQ-II en pacientes con AR.

**Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (ACR '87) de 4 centros reumatológicos de Argentina. La versión original del HAQ-II fue traducida por 3 reumatólogos argentinos y re traducida al inglés por un individuo bilingüe no relacionado. La reproducibilidad del test fue evaluada en el 30% de los pacientes con un segundo cuestionario completado dentro de los 3 a 7 días de la primera visita. La validez constructiva fue evaluada comparando el HAQ-II con parámetros clásicos de actividad de la enfermedad, capacidad funcional y compromiso radiológico (medido por score de Sharp van der Heijde). Se evaluó también el tiempo y dificultad para realizarlo, así como la confiabilidad y correlación con HAQ-A.

**Análisis estadístico:** las correlaciones se evaluaron por Spearman. La confiabilidad, consistencia interna y redundancia por el test alpha de Cronbach. Las variables continuas se analizaron por t-test y las categóricas por chi cuadrado. Las variables asociadas al HAQ-II fueron evaluadas por regresión lineal.

**Resultados:** se incluyeron 97 pacientes de los cuales el 82% eran mujeres, 95% seropositivas para factor reumatoideo, 87% erosivas y 22% nodulares. La reproducibilidad del HAQ-II fue buena (r=0.94). En la correlación intratest se halló una única redundancia (entre la pregunta 8 y 9 (r=0.92)). El HAQ-II tuvo buena correlación con EVA (escala visual análoga) dolor, EVA actividad y articulaciones dolorosas; regular correlación con recuento de articulaciones inflamadas, menor nivel educativo y eritrosedimentación (ERS). No se observó correlación con daño radiológico. El alpha de Cronbach fue de 0.92. Esta nueva versión presentó una excelente correlación con HAQ-A (r=0.94), con un menor número de preguntas faltantes (HAQ-II=3 vs HAQ-A=12) y una mediana de demora en la realización de 54 segundos (vs 4 min en el HAQ-A). En la regresión lineal la principal variable asociada al HAQ-II fue el EVA de dolor (coef.  $\beta=0.536$ , p=0.001), seguida del daño radiológico (coef.  $\beta=0.192$ , p=0.029).

**Conclusión:** esta es la primera versión argentina del HAQ-II y resultó ser confiable, válida y reproducible en pacientes con AR, correlacionándose excelentemente con el HAQ-A. Su principal ventaja radica en la rapidez en su realización y un cálculo simple, facilitando así su implementación en la práctica diaria. El dolor fue la variable que más influyó en las variaciones del HAQ-II.

44

**CALIDAD DE ATENCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA: PRACTICA MEDICA COTIDIANA**

Autores: Quinteros A, Leal G, Vázquez D, Espindola E, M, Labastida G, Garay I.

La Artritis Reumatoidea, es una enfermedad de alta morbilidad con pérdida de la independencia y de la capacidad productiva con impacto socioeconómico. El diagnóstico precoz de la Artritis Reumatoidea, logra interrumpir el daño articular y prevenir la incapacidad laboral. El tratamiento óptimo de la enfermedad consiste en una combinación de fármacos, reposo, y educación del paciente y su familia. El costo de los agentes biológicos representa un factor de inaccesibilidad para los pacientes. Por otra parte existen normas de calidad que reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia esto explica el interés creciente por mejorar la calidad de las instalaciones, los equipos y los procedimientos. **Objetivo General:** Determinar la Calidad de Atención médica del paciente con Artritis Reumatoidea bajo control, desde el análisis de la historia clínica. **Objetivos Específicos:** Caracterizar epidemiológicamente a la población con Artritis Reumatoidea bajo control en la consulta cotidiana (tiempo, lugar, persona). Categorizar según Calidad de Atención al paciente con AR bajo control según normas de criterios, consensos nacionales e internacionales. Caracterizar epidemiológicamente, pacientes con AR en tratamiento con biológicos vs. Tratamiento DMARS. **Materiales y métodos** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se analizaron 634 historias de pacientes con los siguientes **resultados:** la relación mujer/hombre fue de 6/1. El grupo etéreo más frecuente fue entre 45 y 59 años con un 39% (239) de los pacientes, seguido del grupo entre 60 y 74 años con un 29% (176). La edad media fue de 53.36 años con un desvío estándar de 14.89 años y un IC 95% = (52-18 años, 54-54 años). El 5% (32) de los pacientes realizaron terapia ocupacional, el 63% (388) realizó fisioterapias. El tiempo medio de evolución de AR en los pacientes estudiados fue de 7.24 años con un desvío estándar de 7.93 años y un IC 95% = (6.59 años, 7.88 años). Se correlacionó tiempo de evolución de la AR (años) con la edad (años) con correlación lineal positiva, significativa. El coeficiente de correlación de Pearson (r) fue de 0.15. (p=0.0004). En los que recibieron tratamiento convencional, la edad mediana fue de 54 años y en los que fueron tratados con drogas biológicas, la edad mediana fue de 56 años. Se correlacionó tiempo de evolución de la AR (años) con la edad del grupo con drogas biológicas. No se encontró correlación lineal significativa. El grupo con tratamiento convencional, la prueba que se presentó con mayor frecuencia fue hemograma en el 93% (463) seguida de VSG con un 92% (458), y la menos frecuente fue Mantoux con un 3% (17). De los pacientes que recibieron drogas biológicas, todos presentaron hemograma, el 99% (116) VSG y la menos frecuente fue HIV con un 22% (26). **Conclusiones:** la mayor concentración de los pacientes que reciben tratamiento con DMARS tienen entre 20 y 40 años y mas de 5 años de evolución y el grupo de los que reciben drogas biológicas tienen entre 50 y 70 años. Si se analiza los tiempos de evolución y las edades de inicio se observa que el tratamiento con DB se utiliza tardíamente determinado por múltiples causas que se engloban por la ausencia de políticas de salud que protejan a esta población vulnerable. La detección del subregistro en el análisis, limita la valoración adecuada por lo que se considera oportunidades perdidas para población adulta joven. Propuesta las sociedades científicas, el especialista les compete este compromiso de gestión junto al paciente en el marco de la sociedad.

45

**ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**  
 Giacomone D, Mastri V, Nantifo G, González MB, Delgado Café A, Garay S.  
 Servicios de Reumatología, Gastroenterología y Laboratorio (Sala de Inmunoserología). Htal de Niños de La Plata, Bs. As.

La prevalencia de enfermedad celíaca (EC) sintomática es muy variable, dependiendo de las zonas geográficas estudiadas. La utilización de test serológicos como screening permite detectar EC silente en grupos de población normal y en ptes con enfermedades en las que esta se presenta asociada, por ej: diabetes, tiroiditis, Síndrome de Sjogren, Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). Se han descrito series evaluando asociación de EC y AIJ en ptes de Italia y Holanda, no encontrándose datos publicados de nuestra población.

El objetivo de nuestro estudio fue establecer la prevalencia de EC en un grupo de ptes con AIJ.

**Material y métodos:** se evaluaron 117 ptes que cumplieran criterios diagnósticos para AIJ asistidos en el Servicio de Reumatología del Hosp. de Niños de La Plata.

Se investigó la presencia de anticuerpos antiendomiso por IFI y transglutaminasa por ELISA, efectuándose biopsia duodenal a los niños con serología positiva.

**Resultados:** 43 ptes fueron varones y 74 mujeres, con una edad media de 9.5a (1a-18a). 28 tenían AIJ oligoarticular, 26 sistémica, 52 poliarticular sero negativa, 8 poliarticular sero positiva y 3 artritis mas entesitis. El tiempo de evolución de la enfermedad en el momento del estudio fue de 37m (2m-193m). 71 ptes recibían tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores.

Tres ptes (3.5%) tenían diagnóstico previo de EC, por lo que en ellos no se efectuó la búsqueda de atc.

De los 114 ptes restantes, 13 tenían antecedentes de síntomas GI (dolor abdominal recurrente, abdomen globoso, episodios de diarrea), retraso de crecimiento o bajo peso.

La determinación de atc fue positiva en 2/114 ptes: una niña de 6 a, con AIJ sist, que había presentado distensión abdominal y retraso de crecimiento, y un varón de 17 a, con AIJ oligoarticular, sin sintomatología extraarticular. En los dos la biopsia confirmó el diagnóstico de EC.

#### Conclusiones:

- 1- La prevalencia de EC en nuestra población de niños con AIJ fue del 4.27%, mayor que la esperada para la población general (0.6%).
- 2- Tres pts tenían diagnóstico previo de EC, y un cuarto presentó síntomas compatibles con el mismo.
- 3- El screening serológico permitió identificar un pte con EC silente

46

#### ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN UNA COMUNIDAD EDUCATIVA DE TUCUMÁN

Autores: Igal M, Q, Quinteros A, Valquez D, Espindola M, Fracchia L, Tamer G.  
 Centro Integral de Reumatología, Cátedra de salud Pública UNT. Tucumán.

**Introducción:** La mayoría de las patologías encontradas en la comunidad docente son de tipo crónica, y pueden ser traducidas como un deterioro lento y progresivo del estado de salud, como son las enfermedades reumáticas. La escasa literatura encontrada sobre el impacto de las enfermedades reumáticas en el sistema músculo esquelético de la población docente, como así también la alta frecuencia de consulta en nuestra práctica diaria, nos llevo a realizar una experiencia local, con la intención de desarrollar propuestas de prevención y manejo más integral para dicho grupo social. Además existe poca información de los factores de riesgo y su relación con la pérdida de los días laborales, que son diferentes de acuerdo a los sistemas públicos de salud.

**Objetivos:** Identificar la presencia de dolor osteoarticular y de enfermedad reumática en una comunidad educativa de Tucumán.  
 Evaluar la presencia de dolor osteoarticular con el ausentismo laboral.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron a 165 docentes de diferentes niveles educativos de la provincia de Tucumán (capital, interior) a quienes se le realizó una encuesta teniendo como modelo al instrumento internacional FONDECYT adaptado y modificado a las necesidades del trabajo. Este cuestionario incluyó datos personales: edad, sexo, estado civil e información referida al padecimiento o no de alguna enfermedad reumática o presencia de dolor en el último año. Se realizó encuesta con 15 preguntas sobre la enfermedad, dolor osteoarticular, limitación y si es causa de ausentismo laboral.

**Resultados:** De los 165 docentes encuestados, el 68% enseñaban en el nivel primario y el 32% en el secundario. El 82% de sexo femenino con un rango de edad de 20 a 39 años. El 32% trabaja en zonas rurales, el 31% en capital, periurbana 17%. Cumplen funciones en 1 escuela el 58% de los docentes, el 23% en 2 escuelas. De los encuestados el 8.3% padecen enfermedades reumáticas: 12 con artritis, 4 con artrosis y 2 con fibromialgia, el 37.5% dolor osteoarticular. Tienen diagnóstico de 1a 5 años de evolución el 50% y de mas de 5 años el 50%. Diagnóstico por clínico y/o traumatólogo el 40% y por reumatólogo el 60%. De las que padecen enfermedad reumática o dolor osteoarticular solo en el 9% su enfermedad fue motivo de inasistencia a su lugar de trabajo, con un promedio de ausencia de 1a 5 días.

**Comentarios:** Cabe destacar la presencia del compromiso osteoarticular en un 45% y que con nivel docente se registre automedicación y falta de atención médica especializada.

Es fundamental el rol de la educación por parte del especialista a la población general para la valoración adecuada de la salud del aparato locomotor.

47

#### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ADULTOS Y NIÑOS. MANIFESTACIONES DE INICIO Y ACTIVIDAD.

López Pérez MJ\*, Rama ME\*\*, Vidal D\*\*, Sironi JP\*, Apáz MT\*\*, Sánchez Freytes M\*  
 Clínica Universitaria Reina Fabiola\*, Hospital de Niños de Córdoba\*\*  
 Universidad Católica de Córdoba. Córdoba.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja de origen desconocido. La diversidad de los síntomas clínicos, serológicos e inmunológicos son el resultado de la activación de mecanismos inmunes, diferentes genes y vías de la inflamación que compromete los diferentes órganos y sistemas.

El LES en niños y adultos tienen características propias que deben ser reconocidas para permitir un enfoque racional en los distintos grupos.

**Objetivos:** Comparar las manifestaciones clínicas y la actividad al inicio de la enfermedad entre pacientes con LES del adulto y de la infancia.

**Pacientes y método:** Se analizaron en forma retrospectiva 44 pacientes con LES (criterios ACR, 1982) asistidos en los Servicios de Reumatología de los centros participantes, con inicio de la enfermedad desde julio de 2000 a julio de 2008.

22 pacientes eran  $\geq$  a 16 años (LES/A) y 22 eran <16 años (LES/J). Los datos analizados fueron: sexo, edad al diagnóstico, diagnóstico de derivación, manifestaciones clínicas iniciales, se aplicó el índice de actividad (SLEDAI) al momento del diagnóstico, considerando actividad severa SLEDAI  $\geq$  12.

Análisis estadístico: Test de chi<sup>2</sup> con corrección de Fisher para variables discretas, Test T de Student para variables continuas. Se consideró significativo un valor de p < de 0.05.

**Resultados:** De los 44 pacientes, 37 (84%) fueron mujeres (19 adultas y 18 niñas) y 7 (16%) varones (3 adultos y 4 niños). La edad media al inicio de los síntomas para el grupo LES/A fue de 31, 6 años (rango 16-57, DE: 10.32) y para LES/J fue de 12 años (rango 8-15, DE: 1.85). Diagnóstico de derivación: en el grupo LES/A 11 (50%) pacientes fueron derivados con los siguientes diagnósticos: 5 LES, 2 Artritis Reumatoidea, 1 Raynaud, 1 trombocitopenia, 1 eclampsia, 1 VDRL falsa positiva; en el grupo LES/J 16 (73%) fueron derivados con los diagnósticos de: 11 LES, 2 Artritis Idiopática Juvenil, 1 rash cutáneo, 1 púria persistente, 1 linfadenopatía. Al comparar las manifestaciones clínicas iniciales sólo se encontraron diferencias en: vasculitis: LES/A 7/22 (32%) vs LES/J 16/22 (73%) p 0.006, nefritis: LES/A: 4/22 (18%) vs LES/J 15/22 (68%) p 0.001, úlceras oronasales: LES/A 5/22 (23%) vs LES/J 16/22 (68%) p 0.002, fiebre: LES/A: 5/22 (23%) vs LES/J 16/22 (62%) p 0.001, leucopenia: LES/A 5/22 (23%) vs LES/J 13/22 (59%) p 0.014, trombocitopenia: LES/A 7/22 (32%) vs LES/J 8/22 (36%) p 0.02, Anti DNA: LES/A 13/22 (59%) vs LES/J 20/22 (91%) p 0.014. El índice de SLEDAI en LES/A media: 13.55 mientras que en LES/J media: 29. EL SLEDAI fue  $\geq$  12 en 10/22 (45%) de los pacientes en el grupo LES/A, y  $\geq$  12 en 21/22 (90.9%) de los pacientes del grupo LES/J, p 0.008.

**Conclusión:** La presentación clínica inicial de LES en nuestra población de estudio varía según la edad, en niños es más frecuente la presencia de nefritis, vasculitis, úlceras oronasales, leucopenia, trombocitopenia y la presencia de Ac anti DNA, y tiene presentación más severa que en adultos. Los resultados obtenidos son similares a lo descrito en la literatura aunque sería necesario mayor número de pacientes para poder extrapolarlos a la población general.

48

#### IMPACTO DEL LUGAR DE RESIDENCIA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LATINOAMÉRICA. EVALUACIÓN DE LA COHORTE GLADEL.

Pons-Estel GJ, Pons-Estel BA, Catoggio LJ, Garcia M, Scherbarth HR, Manni J, Gamron S, Berbotto G, Quagliotto N, Machado D, Battagliotti C, Abdala M, en representación del Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL) y Graciela S. Alarcón.

**Objetivo:** evaluar las variables asociadas con el lugar de residencia y el impacto de esta última sobre la evolución de la enfermedad en una cohorte con lupus eritematoso sistémico (LES) en Latinoamérica.

**Pacientes y Métodos:** la cohorte incluye 1480 pacientes con LES provenientes de 34 centros de 9 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Perú y Venezuela).

La información obtenida de los pacientes e historias clínicas fue incorporada en la base de datos ARTHROS 6.0. Se analizaron las características socio-demográficas según sexo, edad, etnia, nivel de educación, nivel socioeconómico, residencia (rural  $\leq$ 10.000 habitantes) y cobertura médica. Se evaluaron las características clínicas y de laboratorio de los 3 grupos étnicos mayoritarios (N:1426): Caucaicos (C) 603 (42.3%), Mestizos (M) 638 (44.7%) y Afro-Latinoamericanos (ALA) 185 (13.0%) al comienzo y durante el curso de la enfermedad, los índices de actividad (SLEDAI) y de daño (SLICC/ACR), así como los tratamientos y mortalidad. Las comparaciones según el lugar de residencia se realizaron utilizando test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher. Las variables con una p  $\leq$  0.10 fueron incluidas en un modelo multivariado (MV) de asociación por regresión logística con lugar de residencia como el evento de análisis. Se realizaron modelos adicionales para evaluar el impacto del lugar de residencia sobre la actividad de la enfermedad, compromiso renal (ACR), daño renal (SLICC/ACR) y mortalidad.

**Resultados:** se identificaron 122 pacientes (8.6%) con residencia rural y 1.304 con residencia urbana. Los pacientes con residencia rural presentaron las siguientes características: menor edad al diagnóstico (25.5 vs. 27.0 años, p=0.044), mestizos (p<0.001), menor nivel de educación (p=0.002), bajo nivel socioeconómico (p<0.001), ausencia de cobertura médica (p<0.001), mayor incidencia de compromiso renal (p=0.001), hipertensión arterial (p=0.035), tromboembolismo pulmonar (TEP) (p=0.023) y mayor actividad al diagnóstico de la enfermedad (media) (13 vs. 19, p=0.006). Los pacientes rurales fueron tratados más frecuentemente con metotrexate (p=0.011), pulsos de ciclofosfamida (p=0.039), hemodiálisis (p=0.011) y dosis bajas de corticoides (p=0.012). El modelo MV mostró las siguientes asociaciones con residencia rural: etnia mestizo (HR: 3.20, 95% CI: 1.89-5.40), cobertura médica (HR: 0.26, 95% CI: 0.16-0.42), mas de 12 años de educación formal (HR: 0.36, 95% CI: 0.15-0.85) y TEP (HR: 5.16, 95% CI: 1.57-18.94). En modelos MV alternativos la residencia rural se asoció con SLEDAI al diagnóstico  $\geq$  11 y mayor compromiso renal (ACR), sin embargo no se encontró asociación con daño renal (SLICC/ACR) o mortalidad.

**Conclusiones:** La residencia rural en pacientes con LES muestra asociación con etnia mestiza, bajo nivel socioeconómico y desarrollo de TEP. Nuestro análisis también sugiere que el hecho de residir en zona rural estaría asociado con el desarrollo de compromiso renal y mayores niveles de actividad al diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, el lugar de residencia parece no ejercer ningún impacto sobre el daño renal y la sobrevida de los pacientes con lupus.

49

**PATOLOGIA DEL INTERSTICIO PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

Brandi, A, Diunjenjo, M, Busajm, M, Castei del Cid, C, Rivero, MG. Servicio de Inmunología Hospital Central de Mendoza

**Introducción:** El compromiso del intersticio pulmonar es una asociación frecuente de las patologías autoinmunes que determina en este grupo de pacientes: deterioro de su calidad de vida, intercurencias infecciosas graves asociadas a la mayor inmunosupresión, mayores costos hospitalarios, agravamiento de su enfermedad autoinmune de base y en algunos casos la muerte.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de patología del intersticio pulmonar en pacientes con enfermedades autoinmunes, el momento de su diagnóstico en relación a la patología de base, su evolución y respuesta a la terapéutica.

**Pacientes y Métodos:** Se evaluó retrospectivamente historias clínicas de pacientes con diagnóstico de colagenopatías que concurren para su control desde enero de 2008 y hasta la fecha. Se encontraron 24 pacientes con compromiso del intersticio pulmonar: 4 con lupus eritematoso sistémico (LES), 2 con artritis reumatoide (AR), 7 con esclerodermia (SS), 2 con dermatopolimiositis (DM), 2 con síndrome antisintetasa, 4 con síndrome de Sjogren 1°, 2 síndromes de superposición y 1 enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

**Resultados:** En 16 pacientes coincidió el momento del diagnóstico de la patología autoinmune con la evidencia de compromiso del intersticio pulmonar. A 20 pacientes se le realizaron Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax de alta resolución, el 100% tiene imágenes anormales (62% vidrio esmerilado y 37% evidencia de fibrosis). El test de difusión de monóxido de carbono (DLCO) se realizó en 13 pacientes, dando alteración en 11 de ellos. Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor (Pulsos de ciclofosfamida en el 58% de casos, azatioprina en el 25%, ciclofosfamida oral en 4% y micofenolato mofetil en el 4%) asociados a corticoides vía oral.

**Conclusiones:** Es necesario realizar valoración de imágenes y función pulmonar en todos los pacientes con patologías autoinmunes al momento del diagnóstico y al menos anualmente en la evolución, dada la alta sensibilidad de estos métodos para detectar compromiso del intersticio pulmonar, como también objetivar la respuesta terapéutica de quienes presentan o no, y valorar su calidad de vida.

50

**FRECUENCIA RELATIVA DE IMÁGENES POCO FRECUENTES EN INMUNOFLUORESCENCIA SOBRE CÉLULAS HEP-2 EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS AUTOINMUNES**

Damarchi M, Gottero M, Racca A, Alba P, Albiero E. Área Inmunología, Servicio de Bioquímica, Hospital Córdoba. U de Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Córdoba

La identificación de anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) es una de las técnicas screening fundamentales para el diagnóstico de las enfermedades reumáticas. Los patrones homogéneos, moteado y nucleolar suelen prevalecer, existiendo otros menos frecuentes que se asocian a distintas patologías reumáticas.

**Objetivo:** evaluar retrospectivamente la frecuencia relativa de los patrones de IFI observados en el período enero 2007- marzo 2008 en el Área de Inmunología del Hospital Córdoba y su asociación con el diagnóstico.

**Materiales y métodos:** Detección de autoanticuerpos sobre células Hep-2 comerciales, utilizando antisuero anti Ig G humana marcada con ITCF diluida de acuerdo a título predeterminado en pacientes derivados por la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba.

Detección de autoanticuerpos (Sm, RNP, SS-A, SS-B, Sclero 70, Jo-1, CENp-B y ribosomal P) por medio de inmunoblotting comercial.

**Resultados:** Se realizaron 708 ANA de los cuales 164 fueron positivos. Los patrones encontrados y sus respectivas frecuencias relativas fueron: moteado 59.1% (n= 97), difuso 15.2% (n =25), nucleolar 8.5% (n= 14), anticentromero 4.1% (n=8), citoplasmático 6.1% (n= 10) y patrones poco frecuentes 6.1% (n= 10). Entre los poco frecuentes se observaron: Nuclear-dot (n= 3), Numa 1 y 2 (n=4), Golgi (n=2) e imagen citoplasmática compatible con Ribosomal-P (n= 1). De los pacientes que presentaron Nuclear-dot 1 cumplió criterios diagnósticos para miositis inflamatoria y 2 para Lupus Eritematoso Sistémico. De los pacientes con Numa: 3 de ellos cumplieron criterios diagnósticos de Lupus Eritematoso Sistémico y el restante no cumplió criterios para ninguna enfermedad autoinmune. Las imágenes del tipo Golgi correspondieron a un paciente con criterio diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y a un paciente con criterio diagnóstico de Síndrome de Sjogren primario. El paciente con imagen compatible con ribosomal-P cumplió criterio diagnóstico para Lupus Eritematoso Sistémico. La determinación de ENA por IFI fue negativa en los pacientes que presentaron en la IFI imágenes del tipo Nuclear-dot, Numa y Golgi, siendo sólo positiva en el paciente con imagen citoplasmática compatible con Ribosomal-P permitiendo su confirmación.

**Conclusiones:** La detección de ANA por IFI es considerada una prueba screening para el estudio de autoanticuerpos en pacientes con sospecha de patologías autoinmunes la cual debe estar acompañada por otro tipo de pruebas (ELISA, iB, IF sobre otras células y/o tejidos) para poder identificar y confirmar lo observado. Sin embargo, en ciertas ocasiones, se observan patrones para los cuales no existe en la actualidad pruebas confirmatorias. La IFI sobre células Hep-2 es una prueba de alto valor diagnóstico que requiere del observador un adecuado grado de entrenamiento.

51

**ARTRITIS SEPTICA POR STAFILOCOCOS MR DE LA COMUNIDAD.**

Aguil, G; Graña, M; Civit, E; Riveros, L; Videla, C; Gallo, M; Impagliazzo, R. Servicio C. Médica y Reumatología "Htal El Carmen" OSEP, Mendoza, Cátedra Medicina Interna FCMédicas U.N. Cuyo Mendoza

La artritis séptica es una emergencia reumatológica, que demanda drenaje articular y tratamiento empírico inmediato, por el riesgo de daño articular irreparable. Es una entidad clínica donde pese a los avances diagnósticos y al surgimiento de potentes antibióticos, no se ha modificado su impacto en morbilidad en los últimos 25 años.

**Objetivo:** Establecer en un estudio prospectivo, los gérmenes y las condiciones predisponentes más frecuentes, causantes de artritis séptica en nuestro servicio, a fin de establecer conductas terapéuticas apropiadas.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron 16 pacientes con artritis séptica internados en un Servicio de Clínica Médica, durante Enero del 2006- Agosto del 2008, con edad media de 62.8 años (48-81) Sexo: 10-6 varones-mujeres. La identificación de gérmenes y antibiograma se realizó con Vaytex GPI o GNI y GPS o GNS

**Resultados:**

**Factores Predisponentes:** Colagenopatías 12/16; Prótesis articulares: 1/16; Artrosis: 3/16; postinfiltración por corticoides: 3/16; Alcohollismo: 1/16; Diabetes: 2/16 Traumatismo previo: 2/16

**Tratamientos previos:** Corticoides sistémicos: 14/16; Leflunomida: 3/16;

**Metotrexate:** 5/16; Anti TNF: 1/16

**Síntomas más frecuentes:** Fiebre 13/16; Dolor: 14/16; Bacteriemia: 3/16

**Compromiso articular:** Rodilla: 9/16; Codo: 3/16; Cadera: 1/16; Muñeca: 1/16;

**Hombro:** 1/16; Poliartricular: 1/16. Cultivos articulares: 14 fueron (+); 2(-);

hemocultivos: 2(+)

**Gérmenes aislados:** Stafilococos 12/16; Stafilococos Aureus meticilino sensible 2/12; Stafilococos Penicilino-resistentes 2/12; Stafilococos Aureus meticilino resistentes 2/12; stafilococos coagulasa negativos M R 4/12; Stafilococo Haemoliticus R 1/4 y Stafilococos Simulans MR 1/4; Pasteurella Multocida 1/16. Un paciente había estado internado previamente, el resto fue AS de la comunidad.

**Evolución:** Evolución: 7/16 recibieron drenaje quirúrgico. 2 fallecieron: uno por neumonía intrahospitalaria y otro por sepsis.

**Conclusiones:**

Comunicamos la emergencia en nuestro medio de AS por cepas Stafilococos MR de la comunidad. Destacamos un caso de AS causada por Pasteurella multocida con antecedente de convivencia pero no de mordedura de animales. El aumento de incidencia de cepas de SAMR, Estreptococos del grupo B, y la casi desaparición de artritis gonocócica en algunos centros, obliga a evaluar los tratamientos empíricos iniciales, el uso criterioso de antibióticos y los cuidados del personal de salud, para controlar el aumento de la incidencia de Artritis Séptica causada por Stafilococos MR de la comunidad.

52

**ERITEMA NODOSO: ANALISIS DE 40 CASOS**

Dr. Oliva J. A., Dra. Araya A. I. Servicio Clínica Médica, Hospital Marcial Quiroga, San Juan. Medicina II, Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Cuyo San Juan.

El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal, que se caracteriza por nódulos subcutáneos no ulcerados, de color rojo violáceo, muy sensibles. Aparece predominantemente en miembros inferiores en región pretibial. Frecuentemente involucra en 3 a 6 semanas. Su patogenia no ha sido definitivamente aclarada, pero se lo considera una reacción de hipersensibilidad frente a determinados antígenos, microbianos o no. El EN es polietiológico y la lista de patologías asociadas (o desencadenantes) se ha ido enriqueciendo con el paso del tiempo.

**OBJETIVO:** Evaluar características, evolución y etiología (o asociación) del EN en un servicio de Clínica Médica.

**MATERIAL Y METODOS:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas con diagnóstico de EN desde enero/1999 a diciembre/2007. De los datos obtenidos se han valorado variables como: edad, sexo, etiología, clínica, brote dérmico y manifestaciones articulares. El diagnóstico de la enfermedad subyacente se realizó según criterios preestablecidos.

**RESULTADOS:** De los 40 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: **Etiología conocida:** 24 p. (60%). Estreptococcia 4 p. (10%), Tuberculosis 3 p. (7,5%), Fármacos 5 p. (12,5%), Colitis ulcerosa 3p. (7,5%), Crohn 2p. (5%), Behçet 2p. (5%), Artritis Reumatoidea 2p. (5%), Síndrome de Sjögren 1p. (2,5%), Orquiepididimitis 1p. (2,5%), Embarazo 1 p. (2,5%). **Etiología desconocida:** 16p. (40%). Sexo: 34 mujeres (85%), 6 varones (15%). Edad: 18 - 67 años (media, 42,5). Manifestaciones generales (fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, etc.) 25 p. (62,5%). Brote dérmico: 1 solo brote 29p. (72,5%). Recurrencia 11 p. (27,5%) de los cuales 9 p. (22,5%) fueron de etiología conocida. Manifestaciones articulares: 28 p. (70%). Artralgias 16 p. (40%), Oligoartritis 4 p. (10%), Poliartritis 1 p. (2,5%), Artralgias residuales (hasta 6 meses posterior al EN) 4 p. (10%). Periartritis por nódulos 3 p. (7,5%). Sin manifestaciones articulares 12 p. (30%).

**CONCLUSIONES:** 1) Destacamos la ausencia de sarcoidosis en nuestra serie como etiología de EN. 2) Claro predominio del sexo femenino. 3) Mayor recurrencia del brote dérmico en EN con etiología conocida. 4) Una manifestación poco tenida en cuenta del EN es la afección articular que tienen estos pacientes. 5) En distintas series revisadas no encontramos como etiología la Artritis Reumatoidea ni el Síndrome de Sjögren.

53

**Tratamiento con Mofetil Micofenolato e infecciones en pacientes con LES**

Servicio de Reumatología e Infectología HIGA General San Martín, La Plata, Argentina  
García MA, Esposito AS, Rausch G, Fhurman S, Testi A, Marcos J, Aguirre Y, Rodríguez G, Babini JC, Arturi AS, Marcos JC

**Introducción:** el Mofetil Micofenolato (MMF) ha sido aceptado como una droga de primera línea en el tratamiento de la nefropatía lúpica proliferativa y su uso se ha extendido a otras manifestaciones severas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El beneficio de su indicación, en lugar de la ciclofosfamida, se basa en el registro de menos efectos colaterales, en particular los relacionados a esterilidad e infecciones.

**Objetivo:** evaluar la frecuencia y las características de las complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus en tratamiento con MMF.

**Pacientes y métodos:** se registraron en forma prospectiva los pacientes con diagnóstico de LES que recibieron MMF. Se controlaron con una periodicidad no menor a dos meses y se les indicaron señales de alarma para infecciones. Se analizaron el tiempo y dosis promedio de tratamiento, la actividad de la enfermedad (SLEDAI) y el uso de otros tratamientos inmunosupresores. Evolución de las infecciones y suspensión de la medicación.

**Análisis estadístico:** se obtuvo el valor de la media y el desvío estándar de todas las variables descriptivas. Se compararon los parámetros que caracterizan a los pacientes con y sin infecciones. Se realizó el test de Student y Chi-cuadrado. Un valor de  $P < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se registraron 37 pacientes, 34 mujeres y 3 varones, con una media de edad de 33 años y de evolución del LES de 73 meses.

Quince de 37 pacientes (40.5%) presentaron 20 episodios infecciosos. La edad de los pacientes que cursaron una infección fue de  $27,25 \pm 7,9$  vs  $35,8 \pm 10$  años en los pacientes sin infecciones,  $p = 0,003$ . La dosis media de *me-prednisona*:  $10,5 \pm 10,8$  vs  $7,26 \pm 4,66$  mg/día ( $p = 0,03$ ) y el tiempo de tratamiento con MMF  $8,43 \pm 4,86$  vs  $14,68 \pm 11,9$  meses ( $p = 0,02$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto al tiempo de evolución del LES, valor de PCR, recuento de neutrófilos, el grado de actividad ni la dosis de MMF.

Los principales focos infecciosos fueron: pulmón en 7 casos, piel y partes blandas en 7, meningocelulitis en 2 e ITU en 2.

Los gérmenes aislados fueron: *S. aureus* 1, *E. coli* 3, *Klebsiella* spp 2, *Pseudomonas aeruginosa* 1, *Candida* spp 1, *Aspergillus* spp 1, TBC 1, Herpes zoster 4 (2 pluriemético), Herpes simplex 1, *Criptococo neoformans* 1, *S. pneumoniae* 1. Tres episodios cursaron con bacteriemia.

En la paciente con infección del SNC por *C. neoformans* se debió suspender el tratamiento con MMF. Tres pacientes fallecieron en el grupo que cursó infecciones, dos de ellos como complicación del evento infeccioso asociado a actividad severa de la enfermedad.

**Conclusiones:** el 40.5% de los pacientes con LES que recibieron tratamiento con MMF presentaron complicaciones infecciosas. Estas se asociaron a una menor edad de los pacientes, mayor dosis de corticosteroides y menor tiempo de tratamiento con MMF. Predominaron los gérmenes caracterizados como oportunistas y la evolución fue generalmente favorable pudiendo continuar los pacientes el tratamiento con MMF. Sin embargo hubo mortalidad asociada a las infecciones destacando el mal pronóstico de esta complicación.

54

**Terapia anti-CD 20 y consideraciones relacionadas a la infusión**

García MA, Luque Y, Pereira DA, Pendon G, Ruta S, Salas AP, Pena C, Marcos JC  
Servicio de Reumatología del HIGA San Martín, La Plata.

Rituximab es un anticuerpo quimérico monoclonal específico para el receptor CD 20 humano. Depleciona las células B por mecanismos mediados por complemento y por anticuerpos. Su uso ha sido aprobado para el tratamiento de la Artritis Reumatoidea (AR) refractaria a anti-TNF y se indica en otras enfermedades autoinmunes cuando no responden a la terapia convencional.

**Objetivo:** describir las indicaciones y resultados del tratamiento anti-CD20 así como los inconvenientes relacionados con la infusión.

**Pacientes y métodos:** Se analizó el diagnóstico y tratamientos previos. La actividad de la enfermedad al tiempo de la primer infusión y luego cada tres meses (DAS 28 para AR y SLEDAI para LES). Se descartó la presencia de hepatitis B e hipogammaglobulinemia. Se registraron los eventos adversos relacionados con la infusión de la droga.

**Resultados:** Se realizaron 20 tratamientos con Rituximab a 18 sujetos con un total de 57 infusiones.

Diez pacientes con AR refractaria a dos o tres anti-TNF.

Siete casos con LES, 6 de ellos con SAFL asociado. Las principales indicaciones fueron nefropatía, plaquetopenia, panciulitis, neuropatía y vasculitis.

Una paciente con DM/PM refractaria a MTX, AZA, Ciclofosfamida, Ciclosporina y MMF.

Los pacientes con diagnóstico de AR recibieron dos infusiones intravenosas de 1 gr. cada 15 días. Los pacientes con LES y la paciente con DM/PM recibieron  $375\text{mg}/\text{m}^2$  superficie corporal cada semana por 4 infusiones. Se les indicó premedicación con hidrocortisona, difenhidramina y paracetamol.

La respuesta no fue favorable en un caso de AR y fue parcial en uno de LES y nefropatía en insuficiencia renal. Dos pacientes con LES recibieron una segunda infusión. La paciente con DM/PM presentó buena evolución, cursando una reactivación leve cutánea a los 6 meses.

Seis pacientes cursaron reacciones adversas relacionadas a las infusiones.

Severas: 2/57 (3.5%) presentaron edema de glotis (1 paciente con AR no premedicada y 1 con LES a las 72 horas de la segunda infusión), que motivaron la suspensión del tratamiento.

Leves: en 4/57 (7%) infusiones. Aumento leve de la tensión arterial durante la infusión en dos casos; uno de ellos tuvo además escalofríos y desarrolló púrpura auto limitada en miembros inferiores a los 5 días de la segunda infusión. Los 2 casos restantes correspondieron a artralgas más cefalea y fiebre más artralgas respectivamente.

No se registraron citopenias, hipogammaglobulinemia ni infecciones.

**Resumen.** La respuesta fue óptima en el caso de DM/PM, en 8 de 10 pacientes con AR y 6 de 8 pacientes con LES. Se observó respuesta parcial en un caso de nefropatía lúpica en insuficiencia renal. El tratamiento cursó con reacciones adversas severas en el 3.5% de las infusiones, obligando a la suspensión del tratamiento.

55

**ANTICUERPOS CONTRA PEPTIDOS CICLICOS CITRULINADOS Y FACTORES DE RIESGO NO GENÉTICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA**

Aste, N.M., Beron, A., López Mellier, M.J., Pino, M., Nasswetter, G.  
División Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Factores de riesgo genéticos y ambientales han sido implicados en la etiología de la Artritis Reumatoidea (AR). Se ha postulado una asociación entre tabaquismo y los anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados de tercera generación (anti aCCP3), la severidad y el inicio de la enfermedad a edades más tempranas.

**OBJETIVOS:** 1-Estimar la prevalencia de los anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados de tercera generación en pacientes con AR temprana tabaquistas, ex tabaquistas y no tabaquistas. 2-Valorar la actividad de la enfermedad en pacientes con anticuerpos anti aCCP3 positivos tabaquistas y no tabaquistas. 3-Determinar si la presencia de otros factores de riesgo no genéticos (consumo de alcohol, nivel educacional y lugar de residencia) se asocian con la prevalencia del anticuerpo anti aCCP3 en AR temprana.

**MATERIALES Y METODOS:** Se incluyeron 70 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, entre Julio de 2004 y febrero de 2008. Tenían diagnóstico de AR (según los criterios de clasificación del American College of Rheumatology de 1987), de menos de 1 año de evolución. Su edad promedio fue de 47.5 años (rango 20-80). En el suero de todos los pacientes se determinaron los anti aCCP3 utilizando equipos ELISA QUANTA lite (INOVA) CCP3 (anti-IgG), se midió el "índice de actividad de la enfermedad" (DAS 28) y se recabó información sobre factores de riesgo no genéticos. Se realizó un estudio de comparación, prospectivo, observacional, transversal y exploratorio.

**RESULTADOS:** se obtuvieron anti aCCP3 positivos en 52 de 73 pacientes (74.3%). De ellos 17 (32.6%) pacientes tabaquistas, 29 (55.8%) no tabaquistas y 6 (11.5%) ex tabaquistas ( $p=0,370$ ). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la actividad de la enfermedad por DAS 28 y Ac a CCP3 ( $p=0,086$ ). No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre otros factores de riesgo no genéticos y anti aCCP3 positivo.

**CONCLUSIONES:** No se obtuvieron diferencias en la prevalencia del anti aCCP3 en pacientes con AR temprana tabaquistas versus ex tabaquistas y no tabaquistas. Si bien no alcanzó significación estadística se observó una asociación positiva entre actividad de la enfermedad y positividad de anticuerpos anti aCCP3. La presencia de factores de riesgo no genéticos (consumo de alcohol, nivel educacional y lugar de residencia) no se asoció con una mayor prevalencia del anti aCCP3 en AR temprana.

56

**MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO(ETC) EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE(HAI) EN PEDIATRÍA**

Mastri, MV; Besga, A; Fabi M; Gonzalez Villar, MT; Garay SM.  
Servicios de Reumatología y Gastroenterología. HIAEP<sup>®</sup> Sor María Ludovica La Plata<sup>®</sup> Buenos Aires.

La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria fibrosante progresiva del hígado de etiología desconocida, que en su evolución natural conduce a la cirrosis. Se caracteriza por elevación de aminotransferasas, hipergammaglobulinemia, y presencia en suero de autoanticuerpos no órgano e hígado específicos, que permiten su clasificación.

Se diferencian dos subtipos: HAI tipo I con anticuerpos antimusculo liso (ASMA) y/o antinucleares (FAN), y HAI tipo II con anticuerpos antimitocondriales (LKM).

Las manifestaciones clínicas son variables y su curso es fluctuante. La HAI debe considerarse una enfermedad pediátrica dado que el 40% de las HAI tipo I y el 80% de las HAI tipo II se diagnostican en la infancia, siendo el pico de máxima incidencia en la edad prepuberal.

La HAI puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes como tiroiditis, diabetes tipo 1, trombocitopenia, anemia hemolítica y colitis ulcerosa. Asimismo, ha sido comunicada la asociación a enfermedades del tejido conectivo (ETC) como Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, Esclerodermia localizada y Artritis Idiopática Juvenil.

**OBJETIVO:** Investigar manifestaciones clínicas y de laboratorio de ETC, definidas o probables, en pacientes con diagnóstico de HAI en edad pediátrica.

**MYM.** Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 20 pacientes con diagnóstico de HAI asistidos en las Unidades de Hepatología y Reumatología, desde el año 1995 hasta el mes de mayo de 2008.

**RESULTADOS:** De los 20 pacientes, 8 fueron varones (30%) y 14 mujeres (70%) con una edad promedio al diagnóstico de HAI de 9,6 a (Mn 1,4a-Mx 15,2a). El diagnóstico de HAI tipo I se realizó en 18/20 pts (90%), 5 varones (27.8%) y 13 mujeres (72.2%) con una edad promedio de 9,6 a (Mn 1,4a - Mx 15,2a) y el de HAI tipo II en 2/20 pts (10%), 1 varón y 1 mujer; la edad promedio HAI fue de 7,5 a (Mn 4,2a - Mx 10,9 a). El tiempo de seguimiento de los pts a la finalización del estudio fue en promedio de 41,4 meses.

8/20 pts (40%) con HAI definida presentaron en su evolución alguna manifestación de ETC; 6/18 pts con HAI tipo I (33.3%), 2 varones y 6 mujeres y los 2/2 pts con HAI tipo II (100%).

Las manifestaciones más frecuentes fueron: artralgas/artritis, vasculitis, AHA con Coombs positiva, úlceras orales, hipocomplementemia, leucopenia/linfopenia y FAN positivo. Los diagnósticos definidos de ETC fueron: LES, Vasculitis, Síme Sjögren y Síme de Superposición. En los restantes 4 pts el diagnóstico fue probable. En un paciente las manifestaciones de ETC fueron simultáneas con el diag de HAI, en 3/8 pts fueron previas (promedio 25m) y en 4/8 fueron posteriores (promedio 29m).

**CONCLUSIONES:** En 8 de 20 pacientes la HAI se asoció a ETC definida o probable. Tres de los 8 pts desarrollaron la HAI con posterioridad al diag de ETC.

Debe investigarse esta asociación en todos los pts con diag de HAI y de ETC.

57

**CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON AR EN 4 PROVINCIAS DEL NOA**  
**Autores:** Quinteros a, Aua d, Pizzolati r, Salvatierra g, Garvillla a, Vásquez d, Leal o, Espindola E. m., Garay l.**Lugar de realización:** Hospitales públicos y centros privados de Reumatología de Jujuy, Córdoba, Santiago del Estero y Tucumán.**Introducción:** La Artritis Reumatoidea afecta al 1 % de la población total y varía según regiones. Es de alta morbilidad y afecta en forma significativa la calidad de vida de los enfermos. En las 2 últimas décadas la terapia ha modificado en forma significativa sus paradigmas, y el ingreso de nuevas drogas DMARDs y especialmente los agentes biológicos. De una administración gradual se orientó hacia una mayor agresividad y celeridad con el fin de lograr desde la remisión a un estado de baja morbilidad. Los múltiples estudios, evidencias, logros concretos en reducir los índices de actividad y las remisiones. Lo importante es lograr en cada el diagnóstico temprano, equivalente a identificar la ventana terapéutica que permite el mejor control inmunológico de la artritis. las investigaciones epidemiológicas registran diferencias en el nivel de salud y FR: sexo, edad, raza y socioeconómico que influyen en la accesibilidad de los recursos necesarios.**El presente trabajo se plantea los siguientes Objetivos:** Analizar con criterio de Calidad de Atención Médica las HC de los pacientes con AR en la consulta cotidiana. Desde un enfoque epidemiológico, identificar las similitudes y diferencias de los registros entre las regiones**Materiales y Método:** Se evaluaron 1179 HC de pacientes con AR de 4 provincias: Jujuy: 266 (24%), Córdoba: 148 (13%), Sgo. del Estero: 111 (9%) y Tucumán: 634 (54%).**Resultados:** Respecto a la procedencia de los pacientes Jujuy (62% de Capital y 38% Interior) y Tucumán (61% de Capital y 39% Interior. En atención médica Tucumán y Córdoba el 100% pertenece al sector privado, en Jujuy el 76% al privado y el 24% al público y que en Sgo del Estero el 41% al privado y el 59% al público. El 85% del total son del sexo femenino (Córdoba: 89%, Jujuy: 80%, Santiago del Estero: 91%, y Tucumán: 85%) y 15% al masculino (Córdoba: 14%, Jujuy: 20%, Sgo. del Estero: 9%, y Tucumán: 15%). La edad promedio de 49 años para los pacientes de Santiago del Estero, de 53 años para los de Jujuy y Tucumán, y 59 años para los pacientes de Córdoba.

Respecto al tiempo de evolución de la AR de los pacientes, se encontró un promedio de 9 años para Jujuy, 11 años en los pacientes de Córdoba, 7 años en 107 pacientes de Santiago del Estero (en 4 de ellos no hay registros), 7 años para 601 de Tucumán (33 sin registros).

Están medicados con drogas biológicas, el 59% de los pacientes de Córdoba, el 19% de Tucumán, el 10% de Santiago del Estero y solamente un 3% de los de Jujuy. Se evidencian claras discrepancias en los registros en las diferentes variables analizadas para cada región, tales como edades promedio, género, tiempo de evolución y tipo de tratamiento.

**Propuesta:** las sociedades científicas deben plantear el abordaje de la importancia de las ER y las necesidades que las mismas requieren, desde la salud pública.

58

**VALIDACION DE LA VERSIÓN MODIFICADA DE UNA EVALUACION FUNCIONAL DE MANO EN AR.****De Cillis V,\*, Pérez Dávila A\*\*, Scheines E\*\*, (\*) Servicio Terapia Ocupacional (\*\*) Reumatología. Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca", Buenos Aires Argentina.****Introducción:** El SODA (Sequential Occupational Dexterity Assessment) es un método que permite la evaluación de la destreza bimanual en pacientes con AR utilizando para ello las actividades de la vida diaria (AVD), por ejemplo: abrocharse una blusa, lavarse y secarse manos, etc. Su traducción al español y validación fue realizada en Argentina, encontrándose buena correlación entre parámetros clínicos (DAS28) y funcionales (HAQ-A), en pacientes con AR. Para lograr una mejor adaptación a nuestras costumbres culturales y poder evaluar cada mano por separado, se realizaron modificaciones en el SODA original. El objetivo de este trabajo fue 1) Estudiar la correlación de este SODA modificado (SODA-A) con parámetros clínicos y funcionales 2) Determinar su capacidad para detectar cambios en la evolución de AR. **MATERIAL Y METODOS:** Fueron incluidos 40 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (ACR 1987), clase funcional II, III. El SODA-A se correlacionó con parámetros de actividad clínica y funcionales de la AR. Se utilizó el cálculo del Coeficiente de Correlación de Spearman. Para estudiar la sensibilidad a los cambios 20 pacientes fueron reevaluados a los 6 meses. Se realizó una comparación intragrupo mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor  $p \leq 0.05$ . **RESULTADOS:** Se obtuvieron correlaciones inversas significativas de grado bajo a moderado entre SODA-A y DAS ( $p=0.035$ ) y entre SODA-A y HAQ ( $p=0.001$ ) al inicio. A los 6 meses fueron reevaluados 20 pacientes; en 14/20 pacientes (70%), mejoró el DAS y el SODA-A mientras que 10/20 pacientes (50%) mejoró el HAQ. Sin embargo en las evaluaciones del SODA-A al inicio y a los 6 meses la diferencia no fue significativa ( $p=0.878$ ). **DISCUSION:** Se observó buena correlación entre el SODA-A y parámetros clínicos y funcionales. El tamaño de la muestra no permite obtener conclusiones definitivas acerca de la capacidad para detectar cambios en la evolución. Los valores de correlación obtenidos son similares al SODA original. Esta versión modificada, permite obtener un cálculo objetivo de la destreza en ambas manos por separado, lo cual es importante para la evaluación y planificación del tratamiento de la mano en AR.

59

**EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE ANTICUERPOS ANTI VIMENTINA MUTADA CITRULINADA Y ANTICUERPOS ANTI-CCP EN ARTRITIS TEMPRANA****Demarshi M, Gottero M, Alba P, Pedano V, Albiero E.**

Área Inmunología, Servicio de Bioquímica, Hospital Córdoba. U de Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Córdoba

La Artritis Temprana es definida como la artritis de reciente comienzo antes de los dos años de inicio de los síntomas y la muy temprana antes de los 3 meses. Es importante el uso de anticuerpos para realizar el diagnóstico.

**Objetivo:** evaluar la sensibilidad y especificidad diagnóstica de dos marcadores serológicos distintos (anticuerpos anti MCV y anticuerpos anti CCP) en pacientes con artritis temprana. **Pacientes y Métodos:** Se evaluaron prospectivamente 43 pacientes con diagnóstico de AT atendidos en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba durante 2007, los pacientes fueron divididos en dos grupos, Grupo 1: 24 pacientes con diagnóstico clínico de AT que no cumplen con los criterios de clasificación de ACR.Grupo 2: 19 pacientes con AT de inicio que cumplen con los criterios de clasificación de ACR. Comparados con un tercer grupo de 23 controles saludables. Los marcadores serológicos comparados fueron, Marcador 1: anticuerpos anti MCV por ELISA comercial (ORGENTEC), Marcador 2: anticuerpos anti CCP por ELISA comercial de tercera generación (CCP-3 INOVA). Fueron utilizados los valores de corte propuestos por los fabricantes **Análisis estadístico:** La sensibilidad y especificidad diagnóstica fueron calculadas para cada método y en cada grupo de pacientes por medio de curvas ROC. **Resultados:** En el Grupo 1, 13 (52%) y 6 (24%) de los pacientes fueron positivos para MCV y CCP respectivamente, mientras que en el grupo 2 los positivos fueron 15 (78,9%) y 13 (68,4%) para MCV y CCP respectivamente. En el grupo 3, un solo paciente (4,3%) fue positivo sólo para MCV. En el Grupo 1, la sensibilidad, especificidad, LR positivo y LR negativo fueron 52%, 96%, 11,9, 0,50 para el método 1 y 56%, 96%, 12,8 y 0,46 para el Método 2 ( $p=0,438$ ). En el grupo 2 la sensibilidad, especificidad, LR positivo y LR negativo fueron 89%, 91%, 10,2 y 0,12 para el Método 1 y 78%, 96%, 17,8 y 0,23 para el Método 2 ( $p < 0,05$ ) **Conclusiones:** los métodos estudiados tiene una sensibilidad y especificidad diagnóstica comparable en el diagnóstico inicial de AT. Sin embargo los pacientes con AT con criterios ACR al inicio, los anticuerpos antivimentina citrulinada mutada tienen mayor sensibilidad diagnóstica. El valor pronóstico de este marcador en la AT deberá ser estudiado en un futuro.

60

**COMPRESION DE ESCALAS: EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON AR****Ralli L, Viacava C.M., Lobeto G., Gonzalez Andrea V., Espósito M.S., Hofman J. H.I.G.A Eva Perón(Ex Prof.M.R. Castex) San Martín- Buenos Aires****Introducción:** En la actividad asistencial nos pareció advertir dificultades tanto con el uso de las escalas Analógica Visual (EVA) como con la Numérica (EVAN), ésta última considerada la más apropiada para analfabetos y con baja instrucción, así como similitudes en las intensidades para Dolor (D) y Evaluación Global de la Enfermedad (EVGE). **Objetivos:** 1) Describir la prevalencia de pac con dificultades en la interpretación de las esc. EVA y EVAN para D y EVGE. 2) Estimar si hay diferencia en la intensidad señalada por los esc. en las esc. de D y EVGE. 3) Establecer la relación entre estos hallazgos y el nivel de instrucción. **Materiales y Métodos:** población: pac. con AR (ACR 87) > 18 años atendidos entre el 15/06 y el 31/07/2008, que nunca hayan sido evaluados con escalas analógicas, que aceptaran participar y conocieran los números (exclusión de severo déficit visual y/o cognitivo). **Variables:** 1) sexo, edad, ocupación, 2) nivel de instrucción(N): N 1: analfabetos + 1ª incompleta, N 2: 1ª completa, N 3: 2ª incompleta, N 4: 2ª completa y N 5: terciaria, 3) Escalas: EVA, EVAN, mixta (ordinal y numérica discreta), cromática de grises (EAG), 4) Cuestionario tipo Likert ordinal de 4 categorías para evaluar comprensión: a) sin dificultad, b) algo de dificultad, c) mod. dificultad y d) mucha dificultad. Para el análisis comparativo se dividió arbitrariamente la muestra en 2 grupos según nivel de instrucción: Bajo (N1 y N2) vs. el resto, con estratificación posterior N1 Vs. N2. Para la evaluación de discrepancias entre las intensidades para D y EVGE se calculó por sustracción de escala a escala (EVA D- EVA EVGE, etc). Se consideró sin discrepancias diferencias  $\leq 30$  mm. **Análisis estadístico:** Cálculo de prevalencias, PR, odds ratio (IC 95%) y ji cuadrado;  $p \leq 0.05$ . **Resultados:** 25 mujeres y 5 hombres. Edad media: 50 (26-70), 73% amas de casa. Niveles de instrucción (NI): NI 1= 33% (sin escolaridad, 10% y 23% 1ª incomp.), NI 2= 40%, NI 3= 10%, NI 4= 17%, NI 5= 0%. Evaluación de Dolor: 37% dificultad para comprender EVA, 23% para EVAN y 13% para EAG. Para EVGE el 37% dificultad para EVA, 40% para EVAN y el 13% para EAG. Las intensidades para Dolor y EVGE fueron semejantes en todos los niveles de Instrucc. Dificultad para la comprensión de escalas en pac. de NI 1 Vs. Resto: EVA D PR 3.5 (IC 95% 1.33-9.19) OR 9.33 (IC 95% 1.73-50.13) p 0.01, EVAN PR 2.66 y OR 3.77. EAG dolor y EVA, EVAN y EAG de EVGE clínica y estadíst no significativas. Dificultad para la comprensión en pac. de NI 1 Vs NI 2. Evaluación de D: EVA PR=0.56 (IC 95% 0.9-7.3) OR=6.2 (IC 95% 0.95-38.7) p=0.08, EVAN PR=1.60 OR=2; clínicamente significativos y estadíst. no significativ. EAG clínica y estadíst. no significativ. Evaluación de EVGE: EVA PR=1.44 OR=2.1 EVAN PR=1.8 OR=3; clínicamente significativos y estadíst. no significativos. EAG: clínica y estadíst. no significativ. **Conclusiones:** los pacientes con bajo nivel de instrucción tuvieron 9 y 4 veces más dificultad, respectivamente, para comprender EVA y EVAN de Dolor que el resto, 6 y 2 veces más dificultades para comprenderlas que pac. con Primaria completa. No encontramos diferencias en las intensidades entre las esc. de Dolor y EVGE lo que sugiere que probablemente no discriminen ambos conceptos. Solo 13% tuvo dificultad con Esc. de Grises sin diferencias significativas entre niveles de educación. Pensamos que ésta última sería útil como método educativo en los pacientes con baja instrucción previo al uso de las escalas validadas.

61

**ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

**Zazzotti E<sup>1</sup>**, Rivero MA<sup>1</sup>, Durantes Noé DE<sup>1</sup>, Gallacher AE<sup>1</sup>, Schiel AE<sup>1</sup>, Laborde HA<sup>1</sup>, Barreira JC<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Reumatología y <sup>2</sup>Sección Laboratorio de Inmunoología del Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren (SS) es una epitelitis autoinmune crónica caracterizada por sobre-exposición de linfocitos T y B que afecta predominantemente las glándulas exocrinas. La prevalencia estimada es de 0,5-2%, ocupando el segundo lugar en frecuencia entre las enfermedades autoinmunes. Predomina en el sexo femenino en una razón 9:1 y aumenta con la edad, siendo más frecuente en la postmenopausa. Algunos pacientes experimentan sólo una forma localizada de la enfermedad debido al compromiso de glándulas salivales y lacrimales (síndrome sicca) mientras que, según las series, del 20 al 71% de los pacientes desarrollan manifestaciones extraglandulares sistémicas: vasculares, musculoesqueléticas, respiratorias, gastrointestinales, nefrourológicas y neuropsiquiátricas, entre otras. El objetivo fue evaluar las características clínico-serológicas y la frecuencia de manifestaciones sistémicas en pacientes con SS primario. **Materiales y métodos:** Se revisaron historias clínicas de pacientes con SS primario asistidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Británico de Buenos Aires, desde el año 2000 hasta el 2009. Se incluyeron aquellos pacientes que cumplan con los criterios de clasificación Europeo-Americanos. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, estudios complementarios y biopsias. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) para un valor de 95%. Se utilizó el test de Pearson en variables continuas y  $\chi^2$  para categóricas. **Resultados:** Se identificaron 50 pacientes con SS primario de los cuales 41 cumplían 4 o más criterios de clasificación, todos de sexo femenino. La edad media fue 57,85 ± 12,42 años (rango 26-79). El tiempo de evolución fue de 9,28 años (rango 0,08-24 años). Todos los pacientes presentaron síntomas sicca durante el curso de la enfermedad y 35 (65,36%), IC: 74,54 - 96,18) presentaron manifestaciones sistémicas. Las más frecuentes fueron artritis no erosiva 15 pacientes (30,59%), depresión 15 (30,59%), vasculitis cutánea 10 (24,39%), postruerpato 10 (24,39%) y menos frecuentemente fenómeno de Raynaud 8 (17,07%), deterioro cognitivo 4 (9,76%), enfermedad pulmonar intersticial 2 (4,88%), compromiso renal 2 (4,88%) y lesiones desmielinizantes tipo esclerosis múltiple o "EM-like" 1 (2,44%). Un paciente tuvo diagnóstico de cirrosis biliar primaria posterior al inicio del SS y otro de infección crónica por virus de hepatitis B. En cuanto a las manifestaciones serológicas, todos fueron negativos para virus C, 37 (90,24%) fueron positivos para anti-RoSS-A, 27 (65,85%) para anti-LaSS-B, 30 (73,17%) para anticuerpos antinucleares (ANA), 21 (51,21%) para factor reumatoideo (FR) y 18 (43,90%) presentaron títulos de ANA superiores a 1/640. En 24 pacientes (58,54%) se observó hipergamaglobulinemia, en 9 (21,95%) hipocomplementemia y en 4 (9,76%) crioglobulinemia. Al comparar las características serológicas de los pacientes con y sin manifestaciones sistémicas, los primeros presentaron títulos de ANA superiores a 1/640 ( $p = 0,026$ ) y si bien hubo una tendencia a observar más frecuentemente hipocomplementemia y crioglobulinemia, no se halló diferencia estadísticamente significativa. **Discusión:** La frecuencia de manifestaciones sistémicas halladas fue mayor a la reportada en las distintas series y se asociaron a altos títulos de ANA. Un mayor número de pacientes es necesario para aseverarlo. La respuesta inflamatoria local es el origen de mediadores solubles responsables de los síntomas y signos no exocrinos. Durante la progresión del compromiso focal a sistémico muchos órganos desarrollan lesiones caracterizadas por infiltración linfocítica. Generalmente el diagnóstico es tardío, ya que los síntomas secos y aún más los extraglandulares pueden ser subestimados tanto por los pacientes como por el médico.

62

**EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL RECIÉN NACIDO DE 27 PACIENTES CON LES**

Bresan EM, Quintero JE, García Carrasco M, Beron AM, Dubinsky D, Nasswetter G, División Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

**OBJETIVO:** Describir la evolución fetal y del recién nacido (RN) y su relación con el "Índice de Actividad del Lupus Eritematoso Sistémico" (SLEDAI) al inicio del embarazo. 2- Describir la relación entre las complicaciones obstétricas y el SLEDAI al inicio del embarazo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron 27 embarazos de pacientes que reúnan los criterios de clasificación para Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ACR (1982), entre Marzo de 2005 y Marzo de 2008.

Se evaluaron los siguientes datos:

- SLEDAI al momento del diagnóstico del embarazo. Se consideró sin actividad de la enfermedad cuando el puntaje fue 0, con actividad leve entre 1 y 4 puntos, moderada de 5 a 8 y severa más de 9 puntos.
- Complicaciones fetales y RN: aborto espontáneo (AE), pérdida fetal (PF), retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), edad gestacional promedio (EGx), recién nacido pretérmino (PT), muerte neonatal (MN), bajo peso al nacer (BPN) y bloqueo AV (BAV).
- Complicaciones obstétricas: hipertensión arterial gestacional (HTAG), preeclampsia, eclampsia y Hellp.

Se realizó una distribución de frecuencias de los porcentajes de las variables estudiadas y se estimaron los intervalos de confianza del 95% (VC95).

**RESULTADOS:** La edad materna promedio fue de 26,7 años (rango 16-35) y la edad gestacional promedio 33,8 semanas. Al inicio del embarazo con no presencia actividad de la enfermedad 9/27 pacientes (29,6% IC95 13,8-50,2), actividad leve 9/27 (33,3% IC95 16,5-54), moderada 4/27 (14,8% IC95 4,2-33,7) y severa 6/27 (22,2% IC95 8,6-42,3).

1-Las complicaciones fetales y del RN fueron según la actividad de la enfermedad:

| n(%)IC95%  | SLEDAI 0            | SLEDAI Leve          | SLEDAI Mod.        | SLEDAI Severo       |
|------------|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| AE         | 1/8(12,5)(0,3-52,7) | 0                    | 0                  | 0                   |
| PF         | 0                   | 0                    | 0                  | 2/6(33,3)(4,3-77,7) |
| RCIU       | 1/8(12,5)(0,3-52,7) | 2/9(22,2)(2,8-60)    | 1/4(25)(0,6-80,6)  | 4/6(66,7)(22-95,7)  |
| EGx (sem.) | 35                  | 35,9                 | 33,25              | 37                  |
| PT         | 3/8(37,5)(8,6-75,5) | 4/9(44,4)(13,7-78,8) | 3/4(75)(19,6-99,4) | 6/6(100)(84-100)    |
| MN         | 0                   | 0                    | 1/4(25)(0,6-80,6)  | 1/5(16,6)(0,4-64)   |
| BPN        | 3/8(37,5)(8,6-75,5) | 6/9(66,7)(30-92,5)   | 3/4(75)(19,6-99,4) | 5/6(83,3)(36-99,6)  |
| BAV        | 0                   | 0                    | 0                  | 0                   |

2-Complicaciones obstétricas:

| n(%)IC95%    | SLEDAI 0            | SLEDAI Leve       | SLEDAI Moderado   | SLEDAI Severo       |
|--------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| HTA          | 2/8(25)(3,2-66,1)   | 1/6(11)(0,3-48,2) | 1/4(25)(0,6-80,6) | 5/6(83,3)(36-99,6)  |
| Preeclampsia | 1/8(12,5)(0,3-52,7) | 0                 | 1/4(25)(0,6-80,6) | 2/6(33,3)(4,3-77,7) |
| Eclampsia    | 0                   | 0                 | 0                 | 1/6(16,6)(0,4-64)   |
| HELLP        | 0                   | 0                 | 0                 | 2/6(33,3)(4,3-77,7) |

**CONCLUSIONES:** Nuestros datos sugieren una relación directa entre mayor puntaje de SLEDAI al inicio del embarazo y menor edad gestacional, más complicaciones obstétricas, fetales y del RN. Resaltamos la importancia de la educación de las pacientes con LES con respecto a la planificación familiar.

63

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE 30 PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER (GW)**

**Autores:** Curti A.; Beron A.; Gut O.; Laborde H.; Dubinsky D.; Nasswetter G. División de Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.

**Introducción:** La GW es una vasculitis sistémica poco frecuente caracterizada por granulomas necrotizantes del árbol respiratorio superior, inferior y GN focal y segmentaria. Formas limitadas que afectan sólo una de estas áreas pueden pasar sin ser reconocidas por meses o años originando retrasos en el diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** Describir los síntomas iniciales, motivo de internación, manifestaciones clínico-serológicas, evolución y tratamiento de pacientes con diagnóstico de GW. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de 30 pacientes con GW asistidos en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital (marzo 2004-Julio 2008). Se analizaron criterios de clasificación (ACR 1990), manifestaciones clínicas/serológicas, motivo de internación, evolución y tratamiento. Los datos fueron volcados a una base de datos (Microsoft Excel 2007) y analizados empleando el paquete estadístico (VCstat 2.0). **Resultados:** 16 (53,3%) presentaron GW sistémico (10 mujeres) y 14 (46,7%) localizado (12 mujeres). La edad promedio fue 44,9 años (75-19). Promedio de evolución de la enfermedad 4,4 años (1-16). **Síntomas de inicio:** 11/30 (38,7%) hipocausia asociada siempre a otra manifestación (vértigo, fiebre, secreción nasal, acúfenos y epistaxis), 7/30 (23,3%) hemoptisis: en 4 asociada a fiebre, pérdida de peso y ojo rojo y en 3 fue la única manifestación; 6/30 (20%) disnea asociada a estenosis subglótica y 9 tenían además rinitis; 3/30 (10%) rinosinusitis; 2/30 (6,6%) púrpura asociada a artritis de M y 1/30 (3,3%) meningitis. **Motivos de internación:** 12/30 (40%) síndrome pulmón-riñón, 11/30 (36,7%) estenosis subglótica, 2/30 (6,6%) paquimeningitis, 1/30 (3,3%) GN sin compromiso pulmonar. No requirieron internación 5/30 (15,6%). **Criterios ACR:** 2/30 (6,7%) 4 criterios, 13/30 (43,3%) 3 criterios, 8/30 (26,7%) 2 criterios y 7/30 (23,3%) 1 criterio todos GW localizado; 4 estenosis subglótica ANCA+, 1 hipocausia autoinmune ANCA+ y 2 compromiso de VAS con vasculitis en la biopsia. En 5/24 (20,8%) biopsias realizadas se observaron granulomas necrotizantes. **Manifestaciones clínico-serológicas:** Costras en VAS 22/30 (73,3%), Otitis media 15/30 (50%), compromiso oftalmológico 13/30 (43,3%), hipocausia 11/30 (36,7%), hemoptisis 11/30 (36,7%), fiebre 7/30 (23,3%), compromiso del SNP 4/30 (13,3%), SNC 2/30 (6,7%) y 1/30 (3,3%) ambos, nariz en silla de montar y perforación del tabique 5/30 (15,6%), púrpura 4/30 (13,3%), ANCA+ en 8/16 (50%) GW sistémico y en 9/14 (64,2%) localizado, ANCA+ en 2/30 (6,6%) GW sistémico. **Evolución y tratamiento:** todos recibieron corticoterapia y/o ciclofosfamida; 3/30 (10%) no respondieron al tratamiento; 2 fallecieron (1 paquimeningitis y 1 vasculitis abdominal) y otro requirió plasmáferesis e Ig IV con buena respuesta. **Conclusiones:** Una mayor derivación de ORL explicaría la mayor frecuencia en esta serie de Wegener localizado, con respecto a otras comunicaciones. Este hallazgo apoya el concepto del subdiagnóstico de la forma limitada y reafirma la importancia del accionar interdisciplinario para la detección y el tratamiento efectivo. La presencia de 1 solo criterio de clasificación en 7/30 pacientes, jerarquiza a la sospecha clínica asociada a exámenes complementarios como pilar para instituir un tratamiento temprano luego de la exclusión sistemática de otras patologías.

64

**EVALUACIÓN DE PUNTOS DE CORTE DEL "ÍNDICE DE ACTIVIDAD SIMPLIFICADO" (IAS) A TRAVÉS DE OPINIÓN DE EXPERTOS**

**Castella L, Chaparro del Moral R, Rillo OL, Uña CR, Papisdiaro SB, Citera G, Schneberger E, Rosenfeld M, Gagliardi S, Maldonado-Cocco JA, Marengo MF, D'Orazio A, Correa M, Dal Pra F, Bernari A, Lucero E, Molina J, Suello R, Ripcedre AM, de la Vega MC, Fraccho C, Barreira JC, Rodríguez G, Marino PC, Babini S, Regidor MN, Tests AG, Moreno C, Granel A, Fuhrmann S, Rosa J, Zerbi H, Cusa MA, Rodríguez Gil G, Carrillo D. Grupo Ex-Alumnos "Dr. Osvaldo García Morteo".**

El IAS fue desarrollado en el año 2005 para valorar actividad en Artritis Reumatoidea (AR). Recientemente, con el objeto de categorizar la actividad de esta enfermedad, hemos establecido los puntos de corte del IAS, basándonos en los valores tradicionales del DAS28 (IAS de 5,5, 10 y 25 se corresponden con DAS28 de 2,6, 3,2 y 5,1, respectivamente). Consideramos de interés conocer si los mismos coinciden con la opinión de reumatólogos con experiencia en el seguimiento de pacientes con AR. **Objetivo:** categorizar la actividad de la AR de acuerdo a la opinión de especialistas en reumatología, y determinar puntos de corte del IAS para las distintas categorías de actividad. **Material y métodos:** 25 reumatólogos, con una mediana de tiempo de práctica en la especialidad de 11 (R1Q 6-20) años, evaluaron en forma independiente las categorías de actividad (remisión, baja, moderada y severa) de 80 casos de pacientes con AR. Los casos fueron obtenidos de una base de datos multicéntrica de 338 pacientes, ordenados según valores crecientes de DAS28, que se separaron en 4 grupos dependiendo del grado de actividad. Posteriormente se seleccionaron los 80 casos a través de la aplicación de porcentajes. Cada uno de ellos incluía: recuento articular (28), escala analógica visual del dolor, global de la enfermedad por el paciente y médico (0-10 cm), y entrosamiento. **Análisis estadístico:** se analizó la concordancia entre observadores mediante el Coeficiente de Kendall. Los puntos de corte se evaluaron a través de Curvas ROC. Se aplicó la Prueba de Kruskal-Wallis (PKW) para comparar los valores del IAS de acuerdo a las distintas categorías de actividad, y la Prueba de Mann-Whitney (PMW) para evaluar la asociación entre subgrupos. **Resultados:** debido a que la concordancia entre expertos fue baja (W=0,14; p<0,001), se realizó una reevaluación de 43 casos de difícil categorización por 8 expertos (se aceptó como mayoría un 75% para la categoría final). De acuerdo a los expertos, los porcentajes de casos para las distintas categorías de actividad de la enfermedad fueron: remisión 22,5%, baja 43,8%, moderada 16,3% y severa 17,5%. La comparación del IAS según los niveles de actividad por PKW y la comparación entre categorías de actividad por pares a través de PMW fueron estadísticamente significativas (p<0,001). Un IAS de 6 puntos diferenció remisión de baja actividad con una sensibilidad (S) y especificidad (E) de 94% (Área Bajo la Curva - AUC: 0,98; IC95%=0,95-1; p<0,001); un IAS de 16 diferenció actividad baja de moderada con una S de 92% y una E de 94% (AUC 0,98, IC95%=0,95-1; p<0,001), y un valor de IAS de 29 diferenció actividad moderada de severa con una S de 93% y una E de 85% (AUC 0,85, IC95%=0,85-1; p<0,001). **Conclusión:** Existe un bajo acuerdo inicial entre reumatólogos para categorizar la actividad de la AR, lo que sustenta la necesidad de utilizar índices para tal fin. Cabe destacar que los puntos de corte del IAS basados en el DAS28, así como los obtenidos por opinión de expertos, son similares para definir remisión, la cual representa en la actualidad, uno de los principales objetivos a alcanzar en pacientes con AR.

65

**IMPLICANCIAS DEL COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA Y SU AFECTACION EN LA CALIDAD DE VIDA**

**Kirmayer K<sup>1</sup>**, Hogrefe JF<sup>1</sup>, D'Orazio A<sup>1</sup>, Di Boscio V<sup>1</sup>, Molinari L<sup>2</sup>, Spina JC<sup>2</sup>, Quadrelli S<sup>2</sup>, Citera G<sup>1</sup>, Maldonado Cocco JA<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Rehabilitación Psicosocial y Fundación Reumatológica Argentina. <sup>2</sup>Instituto de Enfermedades Intersticiales del Hospital Británico, Buenos Aires.

Cerca del 40% de los pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) desarrollan compromiso pulmonar dentro de los primeros 4 años de inicio de los síntomas no-Raynaud, el cual es un importante determinante en la calidad de vida de esta población. **Objetivos:** Identificar complicaciones pulmonares, establecer su prevalencia y la posible asociación con calidad de vida y características de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES (según criterios ACR) de la consulta ambulatoria del IREP entre Marzo 2007 y Julio 2008. Se consignaron variables demográficas, socioeconómicas, manifestaciones extraarticulares, tratamientos recibidos, marcadores serológicos y compromiso cutáneo por score de Rodnan modificado. El compromiso pulmonar fue evaluado a través de espirometría, volúmenes pulmonares y difusión CO (DLCO), TAC de tórax de alta resolución (TACAR), test de caminata de 6 minutos, cuestionarios de disnea (BDI, Borg, MRC, clase funcional NYHA). Los cuestionarios de calidad de vida incluyeron SF-36 y StGeorge para enfermedad respiratoria crónica, y el status funcional evaluado a través de HAQ-DI. Los pacientes con Hipertensión Pulmonar y/o incapacidad de contestar un cuestionario sobre disnea o calidad de vida fueron excluidos. El compromiso pulmonar fue clasificado en 3 grupos: 1- intersticial: alteración TACAR o DLCO < 80% más TLC < 80%, 2- DLCO aislada (< 80%) y 3- pleural según TACAR.

**Análisis estadístico:** Las variables continuas fueron comparadas por test de Mann-Whitney y las categóricas por Chi Cuadrado o test exacto de Fisher

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes, el 93% eran mujeres, el 57% presentaban una forma limitada, la mediana de duración de la enfermedad fue de 90 meses (RIQ 43.5-195), edad al diagnóstico de 44 años (RIQ 39-56.5) y una mediana de score de Rodnan de 15.5 (RIQ 9-21). El 53% de los pacientes presentaron hallazgos no relevantes en TACAR, 20% Neumonía Intersticial Inespecífica (NI), y el 6,7% Neumonía Intersticial Usual (NIU). El 63% presentaron DLCO < 80% aislada y el 13% asociado a disminución de la TLC. Los pacientes con compromiso pulmonar presentaron menores valores en todos los dominios del SF-36 en comparación con aquellos sin compromiso pulmonar como también en StGeorge (732.7 vs 934) y HAQ-DI (0,625 vs 0,31) sin alcanzar significancia estadística. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a otras características de la enfermedad.

**Conclusión:** El compromiso pulmonar en nuestra población fue frecuente (>50%) y esto se asoció con una peor calidad de vida, aunque sin alcanzar diferencias significativas. Estudios con mayor número de pacientes podrían ser necesarios para confirmar estos datos.

66

**TERAPIAS BIOLÓGICAS : DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE HOSPITALARIA EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES**

Cappuccio A, Larroude M, Naftal L, Bovea G, Fenucci M, Scublinkin S

Servicio de Reumatología, Hospital Francés, Buenos Aires

**Objetivo:** Describir una cohorte de 89 pacientes que inician tratamiento con agentes biológicos entre septiembre de 2002 y julio de 2008 en diferentes patologías reumáticas

**Material y método:** se inicia el 5 de septiembre de 2002 el registro de pacientes que cumplen criterios para diferentes enfermedades reumáticas al empezar tratamiento con agentes biológicos considerándose en este estudio de corte transversal: 1) número de pacientes que ingresan a la cohorte por año 2) evolución de la cohorte: muerte, discontinuación, eventos adversos, pérdida de seguimiento, cambio del agente biológico 3) número de pacientes que integran la cohorte en el momento del corte

**Resultados:** Frecuencia Septiembre de 2002 2 pacientes (1 Artritis Reumatoidea AR, 1 Artritis Reumatoidea Juvenil ARJ en edad adulta) ; 2003 5 (4AR, 1 ARJ); 2004 7 (5 AR, 2 Artritis Psoriásicas APsor.); 2005 14 (10 AR, 1 ARJ, 2 A Psor, 1 enf de Behcet); 2006 -13 (8 AR, 1 ARJ, 3 A Psor, 1 Espondilitis Anquilosante EA); 2007 33 (21 AR, 11 A Psor, 1 Pioderma gangrenoso), de Enero a Julio de 2008: 15 (9 AR, 3 EA, 3 A Psor) llegando a 89 pacientes (58 AR, 4 ARJ, 21 A Psor, 4 EA, 1 Enf de Behcet, 1 pioderma gangrenoso) 2) Evolución de la cohorte : Muerte: 5 /89 : 5,5 % : 4AR y 1ARJ. En AR edad 61,7 años ( 58-69), tiempo de evolución 24, 2 años ( 20-32), duración de la terapia biológica 20 meses ( 3-38 meses) con Etanercept, una paciente cambió por Infliximab recibiéndolo un mes y otra paciente había recibido Infliximab seis meses previo a Etanercept. los cambios obedecieron a ineficacia. Causas de muerte 2 sepsis, 1 fallo multigranulo, 1 insuficiencia cardiaca ARJ 25 años, 12 años de evolución, falleció por toxicofeción alimentaria, recibió Etanercept por 36 meses.

Discontinuación: 8 /89 ( 9 %) AR 4 pacientes por efectos adversos: 1 pielonefritis recurrente, 1 foliculitis abscedada recurrente, 1 episcleritis bacteriana, 1 reacción severa en el sitio de aplicación. Todos recibían Etanercept. Una paciente con sinusitis y neutropenia cambió Etanercept por Adalimumab. 2 pacientes discontinuaron por tener a efectos adversos y otra paciente por ineficacia. 1 paciente con ARJ discontinuó por remisión completa luego de 3 años de tratamiento con Infliximab. Pérdida de seguimiento 2/89 (3,5 %) Cambio de agente biológico 11/89 (12,3 %) AR: ent 14/85 pacientes que recibían Etanercept como droga de inicio 2 cambiaron a Adalimumab. 1 por efecto adverso y otro por ineficacia, una paciente cambió de Etanercept a Infliximab por falta de droga en el mercado , pero luego volvió a Etanercept por ineficacia. 1/12 pacientes cambiaron de Adalimumab a Etanercept por ineficacia. 1 paciente cambio de Infliximab a Adalimumab por ineficacia. ARJ 2/4 pacientes cambiaron Etanercept uno a Infliximab por falta de droga en el mercado y otro a Adalimumab por ineficacia A Psor 3/21 pacientes que recibían Infliximab cambiaron a Etanercept por ineficacia. La paciente con 3): De los 89 pacientes iniciales 73 ( 82 %) continúan en tratamiento 45 AR ( 33 con Etanercept , 11 con Adalimumab) 1 ARJ con Etanercept, 21 A Psor con Etanercept, 1 pioderma gangrenoso con Etanercept, 1 enf de Behcet con Adalimumab, 4 EA ( 1 Adalimumab, 3 Etanercept.)

**Conclusión:** El 82 % de los pacientes continúan en terapia biológica (de los cuales 12,3 % cambiaron la droga inicial), 5,5 % fallecieron , 9 % discontinuaron. Se perdió el seguimiento del 3,5 % .

67

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS (OA)**

Zárate L<sup>1</sup>, Papasidero SB<sup>1</sup>, Chaparro del Moral R<sup>1</sup>, Uña CR<sup>1</sup>, Riljo OL<sup>1</sup>, Mansur G<sup>1</sup>, Pérez Dávila A<sup>2</sup>, Scheines E<sup>3</sup>, Agüero S<sup>4</sup>, Orellana Barrera S<sup>4</sup>, Guaraz GR<sup>4</sup>, Cavillon E<sup>4</sup>, Albazo E<sup>4</sup>, Exeni F<sup>4</sup>, Cusa MA<sup>4</sup>, Servicios de Reumatología Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú<sup>1</sup> y Htal. de Rehabilitación N. Rocca<sup>2</sup> (CABA), Centro de Rehabilitación Nivel II ampliado - Sanatorio Pasteur SA<sup>3</sup> y Htal. San Juan Bautista<sup>4</sup> (Catamarca), Htal Córdoba<sup>5</sup> y Sanatorio Parque (Córdoba)<sup>6</sup>, Htal. Central de San Isidro (Bá. As.)<sup>7</sup>. Trabajo multicéntrico: Grupo de Osteoartritis de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

La OA es la artropatía más frecuente, siendo el dolor su síntoma dominante. La percepción del mismo podría estar influenciada por la presencia de ansiedad (A) y/o depresión (D), las cuales han sido reportadas con mayor frecuencia en los pacientes con OA. **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de A y D en pacientes con OA de rodillas (R), manos (M) y/o caderas (C), y su relación con el dolor. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos, de ambos sexos, con OA de R, M y/o C (ACR '88-'91-'90), y un grupo control, sin diagnóstico de OA en las localizaciones a evaluar. Se excluyeron: artropatías inflamatorias, fibromialgia, enfermedades del tejido conectivo, metabólicas descompensadas, neurológicas, psiquiátricas, trastornos cognitivos, analfabetismo, y neoplasias. Se consignaron datos demográficos, tiempo de evolución, y tratamiento actual. El estado de A y D se determinó utilizando la versión en castellano de la escala 'Hospital Anxiety and Depression' (HAD), valores  $\leq 7$  se consideran normales,  $>11$  patológicos y los intermedios dudosos. El dolor y grado de severidad (paciente/médico) se valoró con escalas analógicas visuales (EVA: 0-10 cm). La función se evaluó mediante AUSCAN y WOMAC (LK3.1). **Análisis estadístico:** Descripción de variables. Se compararon los pacientes con valores  $\leq 7$  vs.  $>11$ , tanto para HAD-A como D (prueba de Mann-Whitney). Se aplicaron pruebas de Chi<sup>2</sup> o Exacta de Fisher para variables dicotómicas;  $p \leq 0,05$ : significativa. **Resultados:** Se evaluaron 144 pacientes, 83,3% mujeres, media de edad: 61±9 años, mediana (min-máx) de tiempo de evolución: 53 (1-720) meses; y 132 controles, 81% mujeres, media de edad: 54±9 años. Pacientes en tratamiento: 75% (analgésicos 30%, AINES 51% y SYSDADA 50%). Mediana (min-máx) de WOMAC 47 (2-81) y AUSCAN 25 (2-57). Un 50% tenían HAD A  $\leq 7$ , y un 20,1%  $>11$ . Un 58,3% presentaban HAD D  $\leq 7$  y un 11,8%  $>11$ . El HAD A fue mayor en mujeres (p= 0,012). HAD A y D fueron menores en pacientes con mayor nivel educativo. El HAD D fue elevado en pacientes con mayor tiempo de evolución y EVA dolor, no siendo significativa la diferencia en el caso de HAD A. Los valores de HAD A y D fueron mayores en el grupo OA con respecto al grupo control (p<0,05). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas.

|                      | HAD A    | Mediana | Min | Máx | p     | HAD D    | Mediana | Min | Máx | p     |
|----------------------|----------|---------|-----|-----|-------|----------|---------|-----|-----|-------|
| T. Evolución (meses) | $\leq 7$ | 48      | 3   | 720 | 0,21  | $\leq 7$ | 48      | 3   | 360 | 0,018 |
|                      | $>11$    | 60      | 12  | 432 |       | $>11$    | 64      | 12  | 432 |       |
| Educación (años)     | $\leq 7$ | 10      | 2   | 18  | 0,007 | $\leq 7$ | 10      | 1   | 18  | 0,008 |
|                      | $>11$    | 7       | 0   | 16  |       | $>11$    | 6       | 2   | 10  |       |
| EVA dolor (cm)       | $\leq 7$ | 5       | 0,2 | 10  | 0,17  | $\leq 7$ | 5       | 0,2 | 10  | 0,02  |
|                      | $>11$    | 5,4     | 0,6 | 10  |       | $>11$    | 5,7     | 4,0 | 10  |       |

**Conclusión:** En este estudio controlado, la frecuencia de A como D fue mayor en el grupo OA. El dolor parecería estar relacionado con D, pero no con A. Nuestros hallazgos nos alertan sobre la posible utilidad de un enfoque multidisciplinario, para detectar estos desórdenes y considerarlos dentro del manejo de pacientes con OA.

68

**VACUNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO (LES). EFECTOS ADVERSOS Y RELACION CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. ESTUDIO PRELIMINAR**

Zárate L, Chaparro del Moral R, Uña CR, Riljo OL. Servicio de Reumatología. Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú. Buenos Aires.

En el LES se encuentra comprometida la inmunidad celular y humoral por la alteración funcional de los linfocitos. Diversos agentes infecciosos se postularon como desencadenantes de enfermedades autoinmunes, y la inmunización podría tener un rol similar. Si bien en la mayoría de las series publicadas la inmunización en pacientes con LES resultó segura, existen reportes de reactivación lúpica hasta en un 35% de los casos, así como desarrollo de LES y mayor frecuencia de efectos adversos sistémicos (EAS) post-vacunación (8-20% en LES vs. 1% en población general). Vacunas como antineumocócica y antinfluenza están recomendadas en inmunodeprimidos. Los pacientes con LES deberían ser considerados dentro de esta categoría, tanto por su enfermedad de base como por el tratamiento recibido.

**Objetivos:** 1- Valorar la actividad basal del LES y luego de la vacunación contra virus Influenza y Neumococo. 2- Describir la frecuencia y severidad de efectos adversos (EA) post-vacunación.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de LES (ACR '82), con actividad, evaluada mediante el 'Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index' (SLEDAI), estable en los últimos 3 meses ( $\pm 2$  puntos), y se les indicó inmunización contra Neumococo (vacuna polisacárida 23 polivalente) y/o virus Influenza; se excluyeron aquellos que presentaron contraindicación para recibir las mismas, infecciones actuales y/o en los últimos 3 meses, neoplasias, inmunodepresión y embarazo. Se realizó SLEDAI basal y luego de ( $\pm 1$ ) semanas post vacunación, considerando mejoría o empeoramiento a una diferencia de 3 puntos con respecto al SLEDAI basal. Se estableció como actividad un puntaje  $\geq 5$ . Se registró la presencia de EA y la severidad de los mismos.

**Resultados:** Se inmunizaron 12 pacientes (11 mujeres). Recibieron vacuna antineumocócica 8 pacientes, antinfluenza 1, y ambas 3. El promedio de edad fue de 37 (DE 12) años, con una mediana de tiempo de evolución de 4,5 (min 2- máx 17) años. La media de tiempo de seguimiento post vacunación fue de 2 meses (DE 2). La media de SLEDAI basal fue 3 (DE 3,2), y de SLEDAI post-vacunación 2,7 (DE 2,8). Todos excepto uno, se encontraban bajo tratamiento con drogas de acción mediana, y 6 con esteroides, y el mismo se mantuvo estable durante el período de evaluación. Sólo 3/12 pacientes (25%) presentaron como único EAs un síndrome pseudogripal (fiebre, mialgias, rinorrea y cefalea), de los cuales 2 habían recibido antineumocócica y 1 antinfluenza, ninguno presentó EA locales. Con respecto a la actividad del LES, ninguno presentó reactivación, y sólo uno tuvo mejoría.

**Conclusión:** Si bien en este estudio preliminar la muestra es pequeña, en el 25 % de los casos observamos la presencia de EAs, aunque estos fueron leves. No se evidenció reactivación del LES post vacunación, por lo cual de acuerdo a nuestros hallazgos la vacunación contra el Neumococo y el virus Influenza serían seguras en esta población de pacientes.

69

**TABAQUISMO Y RESPUESTA TERAPEUTICA A BIFOSFONATOS EN OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA**

Gallo M. E., Conforti A., Saravi F.D., Páez M.A.  
Programa de Prevención y Tratamiento de la Osteoporosis. OSEP; Departamento Medicina Interna, Facultad Ciencias Médicas, UNCUYO y Escuela de Medicina Nuclear, Mendoza

El tabaquismo es un factor de riesgo para la osteoporosis (OP). Reduce la masa ósea y aumenta el riesgo de fractura de manera independiente de otros factores de riesgo como edad, sexo, masa corporal y menopausia. Además, el consumo de tabaco puede afectar la masa ósea indirectamente por sus efectos sobre otras variables, como menor masa corporal y nivel de estrógenos. Previamente informamos en las pacientes incorporadas a nuestro Programa una mayor prevalencia de OP en fumadoras (47%) que en no fumadoras (27%). Los bifosfonatos son fármacos de primera línea para el tratamiento de la OP posmenopáusica, pero se ignora si su eficacia se reduce en mujeres fumadoras.

**Objetivo:** Determinar si la respuesta al tratamiento con bifosfonatos es diferente en mujeres posmenopáusicas fumadoras y no fumadoras.

**Material y método:** Se realizó un estudio longitudinal en 74 mujeres posmenopáusicas, con edades entre 49 y 74 años. Fumadoras de 10 ó más cigarrillos por día por más de 5 años (n = 37) y mujeres no fumadoras, apareadas por edad y tiempo de menopausia. Todas fueron tratadas con bifosfonato semanal (70 mg de alendronato ó 35 mg de risedronato) y recibieron suplementos de calcio y vitamina D. Las pacientes fueron evaluadas con densitometría de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF), realizada por DXA (Lunar Prodigy) al inicio del tratamiento y al cabo de 12 a 15 meses de terapia. Se excluyeron las pacientes con artritis reumatoidea, con corticoides y con otras alteraciones del metabolismo fosfocálcico. El análisis se realizó con pruebas t de Student para datos apareados o no apareados, según correspondiese. Los datos se informan como media (SD).

**Resultados:** Debido al diseño apareado, no hubo diferencias entre grupos en edad ni tiempo de menopausia, pero las no fumadoras tuvieron mayor índice de masa corporal (kg/m<sup>2</sup>): 26.0 (3.1) vs 24.0 (2.8), p = 0.004. En las no fumadoras la DMO (g/cm<sup>2</sup>) aumentó en CL de 0.847 (0.070) a 0.882 (0.071), y el T score de -2.90 (0.56) a -2.56 (0.50); cambio de + 4.4 % (p < 0.0001). En CF, la DMO inicial fue 0.766 (0.094) y la final 0.772 (0.088) y los respectivos T scores -1.95 (0.68) y -1.91 (0.66); cambio de + 1.1 % (NS). En las fumadoras también aumentó la DMO de CL de 0.826 (0.107) a 0.858 (0.095) y el T score de -3.07 a -2.71; cambio de + 4.3 % (p < 0.0001). No hubo modificación en CF: DMO inicial 0.741 (0.088) y final 0.747 (0.079); T scores respectivos -2.14 y -2.12, cambio de + 1.1 % (NS). No hubo diferencia significativa entre fumadoras y no fumadoras en la magnitud de los cambios en CL ni en CF.

**Conclusiones:** No hubo diferencia en la respuesta al tratamiento de fumadoras y no fumadoras. En el intervalo estudiado, se observó en ambos grupos un aumento significativo de la DMO en CL, sin cambio en CF. Por lo tanto los bifosfonatos mantienen su eficacia terapéutica a pesar del consumo continuado de tabaco. Por esto, las pacientes con OP posmenopáusica que fuman deben ser alentadas a realizar el tratamiento con bifosfonatos.

70

**RASGOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Autores: Páez M, Lasagni V, Gallo M, Conforti A, Maneschi E  
Programa de Gestión Clínica de Enfermedades Crónicas, Obra Social de Empleados Públicos, Provincia de Mendoza.  
Departamento de Medicina Interna, FCM de la UNCUYO.

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad articular inflamatoria crónica, que afecta alrededor del 0,5 al 2 % de la población general.

En un número variable de pacientes el dolor y las deformaciones articulares, limitan las actividades de la vida diaria y el desempeño laboral, originando sensación de pérdida de autonomía, distorsiones de la imagen corporal y trastornos emocionales que influyen sobre sus relaciones personales, su inserción social y laboral.

**Objetivos:** Evaluar rasgos de personalidad e imagen corporal de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea y compararlos con pacientes que tienen osteoartritis.

**Material y métodos:** El estudio incluyó 69 pacientes que reunían criterios diagnósticos de Artritis Reumatoidea y 69 controles. Instrumentos de evaluación: 1-Encuestas autoadministradas que incluyeron datos de filiación, escolaridad, escala del dolor, interrupciones de tratamiento, número de médicos consultados y tipo de terapia.

2-Cuestionario de Beck para evaluar depresión, 3- Escala para evaluar niveles de ansiedad, 4- Test de la figura Humana para explorar rasgos de personalidad.

El grupo control fue conformado por pacientes con osteoartritis que concurrían a un programa para enfermedades crónicas.

Estudio estadístico: test de Student, Wilcoxon, Test de Chi2 y correlación lineal.

**Resultados:** De un total de 138 personas evaluadas, 59 pacientes con AR 85%, presentaron ansiedad vs. 33p, 47% de los controles. Dentro del grupo con AR 15 pacientes 21,7% presentaron trastorno depresivo vs. 6p, 8,6% del grupo control. La frecuencia de presentación de ansiedad y de trastorno depresivo fue significativamente mayor en los pacientes con AR, (OR 5,43, IC 95% 2,8-14), p= 0,0001 y OR 2,91; IC 95% 1,5- 8), p= 0,032, respectivamente. Al comparar los grados de ansiedad entre ambos grupos esta fue significativamente mayor en AR p= 0,0001, mostrando correlación significativa con niveles elevados de dolor y el número de médicos consultados, p= 0,01. En la exploración de rasgos de personalidad se observó: distorsiones de su imagen corporal; 82%, rasgos de dependencia y egocentrismo 54,5%. Impulsividad y agresión con dificultad para la canalización de los impulsos a través del lenguaje 48%. Inseguridad y debilidad por temor al futuro 79%.

**Conclusiones:** Los pacientes con (AR) presentan frecuentemente altos niveles de ansiedad y depresión asociados distorsiones de su imagen corporal que pueden pasar inadvertidas durante una consulta habitual.

Los grupos multidisciplinarios de educación terapéutica, podrían ser una herramienta útil para la detección y seguimiento de estas enfermedades comórbidas, con el objetivo de optimizar los tratamientos y la adherencia a los mismos.

71

**Validación del ECLAM (European Consensus Lupus Activity Measurement) al español y comparación con SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)**

Galván L<sup>1</sup>, Saurit V<sup>2</sup>, Peira S<sup>3</sup>, Alba P<sup>4</sup>, García M<sup>5</sup>, Catoggio L<sup>6</sup>, Caeiro F<sup>7</sup>, Laborde H<sup>1</sup>, Perandones C<sup>8</sup>, Pons Estel B<sup>9</sup>, Rillo O<sup>9</sup>, Moreno C<sup>10</sup>, Babini A<sup>7</sup>, Alvarellos A<sup>7</sup>, Spindler A<sup>11</sup>, Bellomio V<sup>12</sup>, Tate G<sup>12</sup>, Barreira J<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Hospital Británico de Buenos Aires, <sup>2</sup>Hospital Privado de Córdoba, <sup>3</sup>Hospital Cullen de Santa Fe, <sup>4</sup>Hospital Italiano de Córdoba, <sup>5</sup>Hospital de Clínicas de La Plata, <sup>6</sup>Hospital de Buenos Aires, CEMIC, <sup>7</sup>Sanatorio Parque Rosario, <sup>8</sup>Hospital Torno de Buenos Aires, <sup>9</sup>Hospital Rawson de San Juan, <sup>10</sup>Hospital Padilla de San Miguel de Tucumán, <sup>11</sup>OMI.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad auto-inmune de curso crónico, con multiplicidad de auto-anticuerpos con diversas implicancias. Su forma de presentación clínica es variable pero caracterizada por episodios de exacerbación y remisión. La valoración de la actividad de la enfermedad es una tarea habitual en la práctica clínica. Los instrumentos utilizados con esta finalidad son numerosos, entre los cuales, el índice de SLEDAI, es de aplicación corriente en nuestro medio, cuyo rango de valores posibles se encuentra entre 0 y 105 mientras que el índice de ECLAM en Europa tiene mayor aplicación, con valores posibles entre 0 y 10.

El objetivo fue validar al español el índice de ECLAM y evaluar su comportamiento en pacientes con LES para valorar la actividad de la enfermedad, comparándolo con el índice de SLEDAI.

Se realizó un estudio multicéntrico (participaron 12 centros de referencia, públicos y privados, de diferentes provincias de Argentina). Se incluyeron pacientes que cumplieran con criterios de clasificación del ACR 97 con un valor de SLEDAI basal de 6 o más. El ECLAM fue traducido del idioma original al español y retrotraducido del español al inglés por dos personas un nativo inglés y un no nativo en forma independiente evaluándose equivalencia idiomática. Utilizando el programa STATA Intercooled 10 y se aplicó el método estadístico de Pearson. Los resultados se expresan como porcentaje en las variables categóricas, media ± desvío estándar y rango en las variables cuantitativas. Se realizó correlación y regresión lineal entre valores de ECLAM y SLEDAI. Se consideró significativo a un valor de p < de 0,05. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon para el 95%. Se analizaron los datos de 110 pacientes con LES cuya edad promedio, al momento del estudio, fue de 32,9±10,35 (rango=13-61). El 89% fue de sexo femenino (n=98), el tiempo promedio de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de 4,7 años (rango=0,1-21). El promedio del resultado con ECLAM fue 4,83±1,79 (rango=2-9) y con SLEDAI, 12,79± 5,67 (rango=6-28). Considerando al valor de ECLAM variable independiente y el valor de SLEDAI como variable a predecir, el R<sup>2</sup> fue 0,31 (p < 0,0001), el beta fue de 1,84 (IC=1,32-2,35), el alfa fue de 3,89 (p=0,004).

Los resultados mostraron buena correlación entre los valores de ECLAM y SLEDAI, siendo de fácil aplicación. Los parámetros como fatiga (29%), VSG (65%), anemia no hemolítica (30%) y empeoramiento o resolución de hipocitemia (15%), compromiso renal (28%), compromiso pulmonar (2,74%) y compromiso cutáneo (10%), son indicadores de actividad capturados por el índice de ECLAM y no considerados en el SLEDAI.

72

**FRECUENCIA DE ACIDOSIS TUBULO RENAL (ATR), CONFIRMADO CON PRUEBA DE SOBRECARGA, EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOJGREN PRIMARIO (SSP) INFORME PRELIMINAR.**

Autores: García Salinas R<sup>1</sup>, Sercco A<sup>1</sup>, Uemura M<sup>1</sup>, Catalán Pellet A<sup>1</sup>, Malvar A<sup>2</sup>, Heguilen R<sup>3</sup>, <sup>1</sup>Servicio de Reumatología Htal. Rivadavia, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología Htal. Fernández, Gobierno de la CABA.

**Introducción:** La afección Renal en el SSP es una de las tantas manifestaciones extra glandulares, la misma es de presentación poco frecuente. Las series descriptas a esta e ntre 2 a 67 %. Dentro de la amplia gama de patologías que se pueden asociar con este síndrome a nivel renal la ATR tipo I (distal) es la más frecuente (8-30%). Desde otro punto de vista el SSP es la segunda causa de ATR tipo I.

**Objetivos:** Establecer la frecuencia de ATR en un población de pacientes con SSP del servicio de Reumatología del hospital Rivadavia a fin de en un segundo paso estudiar sus complicaciones.

**Material y métodos:** Se estudiaron 36 pacientes con diagnóstico de SSP según criterios europeos modificados en 2002, y se realizaron los siguientes procedimientos: toma de sangre para medición de pH, Bicarbonato, Dióxido de carbono, Sodio, Potasio y Cloro además muestra de orina para medir pH urinario. **Definimos ATR:** Acidosis metabólica hiperclorémica (valor normal del cloro: 98-106 mEq/l) normo o hipocalemia (5) con pH urinario mayor de 5.5. Aquellos pacientes con alteraciones en el bicarbonato menor a 22 mmol/l con pH en sangre normal se realizó prueba de sobrecarga con bicarbonato en dos oportunidades para su confirmación posterior.

**Diseño del estudio:** Prospectivo, observacional descriptivo con mediciones longitudinal.

**Análisis estadístico:** Para todas las variables se estableció la distribución de frecuencia y/o porcentaje en relación con el total de casos. Para aquellas medidas en escala ordinal o superior se computaron los siguientes: Número de casos, valor mínimo y valor máximo hallado, media aritmética y desvío estándar. Se estimaron los intervalos de confianza de 95% (error alfa menor a 0,05), para realizar las proyecciones a la población. (medicad: Vs 9.5 y VCC stad 2.0)

**Resultados:** De los 36p. Estudiados, 35p. Femenino (97,2%).

Dentro de los parámetros medidos las medias calculadas para pH: 7,364 (DS 0,0297), Bicarbonato: 25,67 (DS 2,973), Sodio: 141,13 (DS 23,75), Potasio: 3,68 (DS 0,344), Cloro: 99,4 (DS 3,85), pH urinario: 6,19 (DS 0,59).

El porcentaje de pacientes que presentó alteraciones significativas compatibles con ATR fue de 13,9% (IC95: 4,7-29,5) y realizándose luego la prueba de sobrecarga confirmatoria 5,6% (IC95 0,07-18) del total. El porcentaje hallado de positividad de la prueba de sobrecarga en los pacientes con alteraciones previas fue de 50%.

**Conclusiones:** Del siguiente estudio podemos realizar las proyecciones (preliminares) a la población, que en nuestra experiencia es: La presencia de ATR en pacientes con SSP es de 18% confirmada por prueba, así también el porcentaje de pacientes con alteraciones compatibles es de 29,5%. Estos resultados nos muestran que en pacientes con SSP es importante realizar la pesquisa de esta alteración a fin de predecir y tratar las complicaciones subyacentes que en algunos casos pueden poner en riesgo la vida.

73

**SEGURIDAD Y SENCILLEZ EN EL METODO DE LA BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL MENOR.**

Autores: *Santiago L., Seisdedos R., Verando M., De Iullis A., Mamani M., Catalán Pellet A., Servicio de Reumatología, Hospital B. Rivadavia.*

**Marco referencial:** El contexto invasivo de la biopsia de glándula salival menor (GSM) siempre ha sido una crítica constante en la literatura de referencia dadas las posibles complicaciones que pueden tener los pacientes sobre los cuales se realiza. El hallazgo de anticuerpos específicos y datos histopatológicos son indispensable por otro lado para llegar a la certeza en el diagnóstico. La biopsia de glándula salival menor, es técnicamente simple, necesitando entrenamiento dentro de un marco de referencia institucional para evitar inconvenientes. A pesar de esto no está incorporada en la práctica diaria entre los estudios solicitados para la evaluación del Síndrome de Sjogren por las posibles complicaciones que puedan acontecer.

**Objetivo:** Estimar el porcentaje de complicaciones mediadas e inmediatas.

**Diseño:** Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal.

**Población y muestra:** Pacientes derivados a este servicio para realización de biopsia de glándulas salivales entre Octubre de 2007 y Agosto 2008, con coagulograma dentro de los límites normales en el mes previo al procedimiento. Se excluyeron pacientes con signos de infección local y los que consumieron AINES la semana previa al estudio.

**Materiales y métodos:** Las biopsias se realizaron siguiendo la siguiente técnica convencional: Asepsia de cara interna de labio inferior con iodopovidona, anestesia local con lidocaína 2%, incisión horizontal entre 0.5 y 1 cm de largo, eversión del labio, extracción de acinos y realización de sutura. El paciente fue citado a la semana y al mes del procedimiento para control de la lesión. Se consideraron las siguientes variables:

Complicaciones inmediatas: accidentes con elementos cortopunzantes del personal, sangrado, lipotimia; Complicaciones mediadas: infección, dehiscencia de sutura, disestesia, anestesia, parestesias, cicatrización defectuosa, ausencia de caída espontánea del punto de sutura, en un lapso de 7 días. Covariables: diabetes, corticoterapia, hipertensión, uso de DMARDs. **Resultados:** En la población estudiada la frecuencia de complicaciones inmediatas fue de 13.16% (15/114) [IC95% 7.54 - 20.8%] (Sangrado 7.8%, lipotimia 3.5%, hematomas 2.6% no hubieron accidentes). El porcentaje de complicaciones mediadas fue de 12.3% (14/114) [IC95% 6.8 - 19.7%] (dolor 9.6%, rubor 2.6%, tumor 0.8%, secreción 0.8%, disestesia 2.6%, anestesia 0.8% parestesias 2.6%, cicatrización defectuosa 0.8%, ausencia de caída espontánea del punto de sutura 14.9%, no hubieron casos de infecciones, calor ni dehiscencia del punto de sutura). Al analizar las covariables no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos. Para complicaciones inmediatas: Hipertensión arterial p 0.8, Corticoterapia p 0.4, Uso de DMARDs p 0.18, Diabetes p 0.8. Para complicaciones mediadas: Hipertensión arterial p 0.7, Corticoterapia p 0.8, Uso de DMARDs p 0.9, Diabetes p 0.8.

**Conclusiones:** Realizar la biopsia de GSM, con la técnica antedicha presenta una prevalencia máxima de complicaciones inmediatas del 20.8% y de complicaciones mediadas del 19.7% (IC 95%). Cabe destacar la sencillez de la técnica y la seguridad tanto para el personal de salud, como para los pacientes ya que no se registraron complicaciones graves.

74

**ANALISIS ESTADISTICO DE LA PRACTICA CLINICA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE ARTRITIS REUMATOIDEA (AR).**

Autores: *Seisdedos R., Santiago L., Herscovich N., Catalán Pellet A., Secco A., Mónaco A., Servicio de Reumatología Hospital B. Rivadavia.*

**Introducción:** Un diagnóstico y tratamiento temprano de la AR mejoran el pronóstico de la enfermedad. Se diseñó una entrevista permitiéndolos conocer la aproximación inicial que tienen los pacientes con el sistema de salud. **Objetivos:** 1-Estimar el tiempo transcurrido entre el comienzo de las manifestaciones clínicas de la AR y el contacto con médico no especialista, con el reumatólogo y el inicio de DMARDs; y su relación con el status funcional. 2-Determinar los factores que motivaron la demora. 3- Evaluar si en los últimos años disminuyó la demora en consultar al reumatólogo y en recibir DMARDs.

**Materiales y métodos:** Pacientes (105) con AR, criterios ACR, ≥18 años, de nuestro servicio entre los meses de abril- agosto 2008. Se excluyeron los pacientes que no recordaban o no comprendían las preguntas y los que se negaron a contestar. Variables consideradas: sexo; edad; escolaridad; tiempo de evolución de la AR al responder el cuestionario, momento del contacto con el médico no especialista, momento del contacto con el reumatólogo e inicio de DMARDs; factores que determinaron la demora; status funcional (HAQ). **Covariable:** DAS 28. **Diseño y método estadístico:** Se realizó análisis descriptivo. Se utilizó Chi Cuadrado para el análisis de las variables categóricas y T test para las continuas.

**Resultados:** Se incluyeron 105 pacientes, 88.57% mujeres, con una edad media de 51.74 años (DS: 10.57), 79% primario completo, con una mediana de tiempo de evolución de la AR al momento de constatar de 8 años (1-48). La mediana de tiempo al- contacto con el médico no especialista fue de 1 mes (IC: 95%: 0-1; mín.: 0- máx.: 121.66); - al contacto con el reumatólogo fue de 7 meses (IC 95%: 3-12; mín.: 0- máx.: 1345.16); -al inicio de DMARDs fue de 12 meses (IC 95%: 6-22.16; mín.: 0- máx.: 220). De los 57 pacientes que demoraron (demora: > a 1 mes) en contactar al 1º médico 52.63% fue porque le restó importancia a los síntomas, 8.77% por dificultad en el acceso al sistema de salud, 8.77% por motivos personales/familiares, 3.51% por razones económicas y 26.31% por otros motivos no especificados. El tiempo de demora en contactar al 1º médico, al reumatólogo y en el inicio de DMARDs se asociaba con peor status funcional (n HAQ>1.25: 18. DAS 28 <= 3.2: 2, >=3.2 <=5.1: 10, >5.1: 6 / HAQ <= 1.25: 83, DAS 28 <=3.2: 41, >3.2 <=5.1: 36, >5.16; n total: 101) sólo hubo significación estadística en el inicio de DMARDs (p=0.02). Dividiendo a los pacientes en dos grupos: - A <= a 7 años, - B - > a 7 años de evolución de la enfermedad al momento de responder la encuesta, encontramos diferencias a favor del grupo A en cuanto al tiempo transcurrido hasta el contacto con el reumatólogo (p= 0.07) y hasta recibir DMARDs (p=0.001), siendo significativa este último. **Conclusiones:** 1-En los últimos años disminuyó el tiempo de demora de los pacientes en llegar al reumatólogo y en recibir DMARDs. 2-La mayoría de los pacientes tardó en consultar porque desestimó los síntomas, siendo de fundamental importancia promover la difusión de la enfermedad en la población en este caso. 3-Se corroboró en el análisis estadístico lo que se observa en la práctica clínica.

75

**FACTORES PREDISPONENTES Y/O AGRAVANTES DEL FENOMENO DE RAYNAUD EN 250 PACIENTES EVALUADOS EN CONSULTORIO DE CAPILAROSCOPIA (ESTUDIO PRELIMINAR).**

Autores: *Sormani de Fonseca M., Leticia, Romanini Félix E., Verando M., Santiago L., De Salvo R., Seisdedos R.*

**Introducción:** El Fenómeno de Raynaud (FR) es la respuesta vasoespástica al frío y a las emociones. La patogénesis no está totalmente aclarada, aunque los mecanismos de su desarrollo pueden presentarse solos o combinados. Es primario, funcional (idopático) o secundario con presencia de alteraciones morfológicas, a un número de subyacentes condiciones. Entre las causas desencadenantes de FR se encuentran: enfermedades autoinmunes, drogas (alfa bloqueantes, ergotamina, etc.), pero también tabaco, anticonceptivos, alteraciones endocrinas, traumas, síndrome de túnel carpiano (STC), prótesis mamarias de siliconas, deportes, exposición al frío por actividad laboral, terapia esclerosante para varices.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de posibles causas predisponentes y/o agravantes del FR.

**Materiales y Métodos:** Pacientes que concurren al consultorio de capilaroscopia de la Sección de Reumatología del Hospital Rivadavia derivados por presentar FR. La entrevista abarcó los siguientes ítems: tiempo de evolución del FR, ocupación, exposición a tóxicos, al frío, tabaquismo, compromiso tiroideo, STC, prótesis mamarias de silicona, terapia esclerosante para varices, medicación concomitante y deportes.

**Resultados:** Se realizaron 250 interrogatorios. La media de la edad fue de 41.9 años (DS 18.9), 94% mujeres (IC 90.1-96.5). La duración promedio del FR fue de 5.6 años (DS 7.5). De la población sometida a interrogatorio se encontró exposición laboral a: polvos en 30 pacientes (12% IC 8.4-16.8); tóxicos en 11 pacientes (4.4% IC 2.3-8) y frío en 6 (2.4% IC 0.9-5.2). Del resto de las variables analizadas se encontraron: 42 con hipotiroidismo (16.8% IC 12.5-22.1); 62 con STC (24.8% IC 19.7-30.7); 73 tabaquistas (29.2% IC 23.7-35.3); 36 utilizaban anticonceptivos (14.4% IC 10.4-19.5); 16 con prótesis mamarias de siliconas (6.4% IC 3.8-10.4); 22 con antecedentes de uso de esclerosantes para varices (8.8% IC 5.7-13.2). De los deportes que se han descrito como relacionados al FR se encontró con mayor frecuencia el vóley en 22 pacientes con edad promedio de 18.5 años (8.8% IC 5.7-13.2). De los pacientes con hipotiroidismo 19 tenían STC (45% IC 30.2-61.2). En esta muestra 10 (4%) pacientes utilizaban atenolol a pesar de su ya conocida asociación con el FR y 56 (22.4%) recibían medicación vasodilatadora.

**Conclusiones:** En el estudio del FR es tan importante la capilaroscopia para el hallazgo de alteraciones estructurales de la enf. autoinmune como un interrogatorio exhaustivo a fin de pesquisar factores agravantes o predisponentes que provoquen o alteren la reactividad vascular no relacionada. Estudio preliminar a un trabajo que se llevará a cabo con controles.

76

**LA ESTIMULACION DE RECEPTORES TOLL-LPS EN CELULAS DENDRITICAS NO PREVIENE EL EFECTO INHIBITORIO DE COMPLEJOS INMUNES SOBRE LA PRODUCCION DE IL-12 Y EXPRESION CD86, CD83 Y CD40 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

Autores: *Foucade M<sup>1,2</sup>, Laborde E<sup>1</sup>, Isturiz M<sup>1</sup>, Catalán Pellet AC<sup>1</sup>, E. Romanini; Vulcano M<sup>1</sup>, <sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hosp. Rivadavia y, Dep. de Biología CBC UBA. Lab. de Inmunol Acad. Nac. De Medicina.*

**Introducción:** El LES es una enfermedad autoinmune donde los inmunocomplejos juegan un papel fisiopatológico relevante (CI) circulantes, promoviendo estado inflamatorio y daño en múltiples órganos. Los receptores Toll son componentes de la respuesta inmune innata. Las células dendríticas (CD) juegan un rol importante como células profesionales presentadoras de antígenos, cruciales en la regulación de las respuestas inmunes innatas e iniciación de la adaptativa.

**Objetivo:** Se investigó la estimulación de receptores Toll en presencia de complejos inmunes (CI) sobre la producción de IL-12 y expresión de CD86, CD83 y CD40 en células dendríticas de pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico.

**Pacientes y métodos:** El diag. de LES por criterios del ACR. Pacientes con LES (n=10). Tratados con NSAIDs y voluntarios sanos control. Se purificaron Mo de sangre periférica, se cultivaron con GM-CSF e IL-4 con o sin CI durante 6 días. Citometría de flujo de CD40, CD86 y CD83. Test de ELISA IL-12 p75. Incubación con o sin LPS 200ng/ml. Test de Student Pared, p<0.05.

**Resultados:** % de Intensidad de Fluorescencia media (IFM). \*p<0.001, \*\*p=0.02, \*\*\*p=0.01

|                | CD86          | CD83    | CD40        |
|----------------|---------------|---------|-------------|
| CD             | 156.2±49.0    | 14±3.2  | 366.0±91    |
| CD plus LPS    | 505.3±102**   | 30±5.7* | 666.7±81**  |
| CD plus CI     | 347.5±56.8*** | 18±2.4* | 561.0±86*** |
| CD-CI plus LPS | 477.8±39.2    | 22±3.1  | 683.2±80    |

**Resultados:** Producción de IL-12 de CD en presencia o ausencia de CI con y sin LPS CD plus LPS vs CD p<0.001; CD-CI plus LPS vs CD-CI p<0.02. (% de inhibición 60.1±5.2%). **Conclusiones:** 1) La estimulación Toll con LPS no revierte la expresión de CD86-83 y CD40 de CD en presencia de CI. Dicha falta de expresión conlleva a un fenotipo alterado de maduración que se relaciona con la inhibición de la producción de IL-12.

2) La estimulación de receptores Toll y CD40 participan en la producción de IL-12, la presencia de complejos inmunes mediante su interacción con FcyR's alteran la producción de dicha citoquina.

3) La baja producción de IL-12 por parte de células dendríticas de pacientes con lupus podría explicar en parte el perfil inmunosupresor y la susceptibilidad a infecciones en dicha enfermedad.

77

**CORRESPONDENCIA FENOTÍPICA DE LA ACCION DE COMPLEJOS INMUNES SOBRE CELULAS DENDRITICAS DERIVADAS DE MONOCITOS DE PACIENTES CON LUPUS ERETEMATOSO SISTÉMICO Y DE VOLUNTARIOS SANOS.**

Forcade M<sup>2,3</sup>, Laborde E<sup>1</sup>, Isturiz M<sup>1</sup>, Catalan Pellet AC<sup>1</sup>, A. Secco, Volcano M<sup>4</sup>,  
<sup>1</sup> Servicio de Reumatología, Hosp. Rivadavia y, Dep. de Biología CBC UBA. Lab. de Inmunol Acad. Nac. De Medicina.

**Introducción:** El LES es una enfermedad autoinmune crónica inflamatoria, se manifiesta con elevados niveles de inmunocomplejos circulantes (CI), juegan un papel fisiopatológico relevante en el daño a diferentes tejidos y órganos.

**Objetivo:** Se estudio la expresión de marcadores CD1a, CD14, CD68 y MHC clase II mediante citometría de flujo expresión inmunohistoquímica de células dendríticas de pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico y voluntarios sanos.

**Pacientes y métodos:** El diag. de LES por criterios del ACR. Pacientes con LES (n=10); Tratados con NSAIDs y voluntarios sanos control. Se purificaron Mo de sangre periférica, se cultivaron con GM-CSF e IL-4 con o sin CI durante 6 días. Citometría de flujo de CD1a, CD14, CD68 y MHC clase II.

**Resultados Voluntarios sanos:** La expresión CD1a CD14 fue 16.5 \_ 7.6% y 53.4 \_ 9.2%, y 21.3 \_ 6.0% y 62.4 \_ 8.4% (mean ± SD; n=10) para complejos inmunes y agglG, respectivamente. Se observó una expresión diferencial de los marcadores en CD y CD plus inmunocomplejos, también reveló cambios morfológicos. La célula dendrítica convencional presenta abundantes profusiones y rugosidades citoplasmáticas mientras que las cultivadas en presencia de inmunocomplejos se presentan como células redondeadas con abundantes vacuolas y núcleo excéntrico con fuerte marcación CD68.

**Resultados Voluntarios LES: % de células positivas**

|         | CD1a  | CD14     | MHCII    | CD68     |
|---------|-------|----------|----------|----------|
| Control | 864.6 | 22.4±3.3 | 98.2±2.0 | 96.4±1.3 |
| LES     | 26.6  | 38.3     | 87.1     | 88.6     |

**Conclusiones:** 1) Los complejos inmunes alteran el fenotipo y la expresión de marcadores de diferenciación de células dendríticas observado en voluntarios sanos y pacientes LES. 2) Dicho modelo in vitro explicaría en parte el rol fisiopatológico de los complejos inmunes en enfermedades como el LES, Artritis reumatoide. 3) Dicho aporte podría sugerir nuevos caminos terapéuticos de acción sobre los receptores FCyR's.

78

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEVERIDAD Y POBRE PRONÓSTICO VISUAL DE UVEÍTIS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)**

Gluzman J, Cameto J, Sánchez Y, Couto C, Schlaen A, Tanieta A<sup>2</sup>, Gamio S<sup>1</sup>, Espada G<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup> Sección de Reumatología y <sup>2</sup> Oftalmología, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" (HNRG) <sup>2</sup> Servicio de Oftalmología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

La uveítis crónica (UC) es una seria complicación de la AIJ, que puede ocasionar ceguera. Su prevalencia varía en diferentes series entre el 10-34%, habitualmente compromete cámara anterior y es asintomática. Se ha descrito compromiso severo de la agudeza visual (AV) en el 38 % de los pts. **Objetivos:** 1) describir las características clínicas, curso y severidad de la uveítis en una cohorte de pts con AIJ 2) determinar predictores asociados a pobre pronóstico visual. **Material y métodos:** Se revisaron HC de pts con uveítis-AIJ (ILAR'01) seguidos en la Sección de Reumatología HNRG (96-'07) asistidos en Servicio de Oftalmología HNRG y Hospital Clínicas. Se realizó un protocolo ad hoc para evaluar comportamiento clínico y severidad de la uveítis. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio al inicio y a la última consulta. El curso clínico de la uveítis fue definido según recomendaciones del Grupo Internacional de estudio de uveítis (Blach-Michel'87), como: 1) episodio único, 2) episodios recurrentes - crónicos (duración > 4m) o - remitentes (< 4m). Se definió como uveítis de curso severo (uveítis severa) 2 o más episodios/año (duración > 1m a pesar del tto tóxico) con complicaciones o necesidad de tto inmunosupresor (Zulian'02). Evaluamos pronóstico a través de AV final (AVF) alcanzada, definiendo como pobre pronóstico a la AVF de ≤ 0.4 dc. **Análisis estadístico:** descriptivo, X<sup>2</sup>, T-test, análisis de regresión (SPSS 13.0). **Resultados:** Evaluamos 57pts que desarrollaron uveítis (90 ojos afectados), 27 (50%) presentaron compromiso bilateral inicial, 48 (84%) fueron mujeres. La edad x al dx de uveítis fue de 6.5 a (RIQ 3 a10) con un intervalo de tpo x entre el dx de AIJ y uveítis de 23.7 m. En 13 pts (22.8%) la uveítis fue la primera manifestación de la enfermedad. El subtipo de AIJ más frecuente fue oligoartricular persistente en 47 pts (82.4%). Se observó la presencia de títulos positivos para AAN en 40 pts (80%). La uveítis fue anterior en 41pts (80.4%), posterior en 3 y se observó panuveítis en 4. En relación al curso, presentaron único episodio 15 pts (27%), episodios recurrentes crónicos 17 pts (31%) y recurrentes remitentes 23 pts (42%). Observamos uveítis severa en 27 pts (48%) y pobre AV final en 16 pts (29.7%) y 19/90 ojos (21%). Se observó asociación entre el curso crónico recurrente, el desarrollo de uveítis severa y pobre AV final (p .018 y .015 respectivamente) Al evaluar pronóstico de la uveítis a través de AV alcanzada observamos un pobre pronóstico ocular asociado a mala AV al inicio (p.001) y a severidad de la uveítis (p.001) Mediante análisis de regresión, observamos que la pobre AV inicial fue el único predictor de pobre pronóstico visual (p.006,β.495). **Conclusiones:** En nuestra serie, la forma más frecuente de uveítis fue la anterior, de curso recurrente remitente, asociada a AIJ oligo persistente. El 50% de los pts (n: 27) presentó uveítis severa comprometedo 48 ojos. El curso crónico recurrente y la mala AV inicial se asociaron significativamente a pobre AVF. El único predictor observado como asociado a pobre pronóstico visual fue una mala AV inicial al dx de la uveítis.

79

**MENARCA Y ALTERACIONES MENSTRUALES EN PACIENTES CON LUPUS ERETEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ)**

Torre Walsh C, Alvarez M, Gryngarten M, Escobar ME, Espada G,  
 Sección Reumatología y División Endocrinología<sup>2</sup>, Htal de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez". Bs As.

La función gonadal de las ptes con LESJ puede alterarse por diversos factores; aquellos relacionados con la adolescencia (anovulación fisiológica, disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-ovario) y/o los relacionados con la enfermedad (actividad, auto inmunidad y uso de inmunosupresores). **Objetivo:** 1- Evaluar la edad de menarca de niñas argentinas con LES y sus alteraciones menstruales: tipo y frecuencia 2-analizar su asociación con actividad de la enf y/o tratamiento. **Material y métodos:** evaluación retrospectiva de HCl (2000-2008). Criterios de inclusión: ptes con LES (ACR'97), tiempo de seguimiento > 6 meses, que presentaron menarca o en su ausencia, que tuvieron una edad >14.9 años (igual a +2DS de la edad de menarca esperada en la población genl). Criterios de exclusión: Enf. comorbida clínica (no autoinmune) o quirúrgica que alteren la función gonadal y/o uso de anticonceptivos. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio al inicio de la enf. y terapéuticas. Se consideraron alteraciones menstruales (AM) relacionada con la cantidad (hipermenorrea) y con el ritmo (poli, oligomenorrea y amenorrea 2°). **Análisis estadístico:** descriptivo, X<sup>2</sup>, t test (SPSS 13.0). **Resultados:** ingresaron 39 de 73 ptes evaluadas. La edad x al Dx del LES fue de 14 a (r 8.8-17.8), con un tpo X de seguimiento de 46 m (r 8-94). Durante el curso de la enf. 4 ptes desarrollaron compromiso de SNC (10.2%) y 15 nefritis (38.4%). El BMI x y el SLEDAI x al Dx de la enf fue de 19.17 (r 14-26.3) y 9.8 (r 3-19) respectivamente. El Dx de LES fue previo a la menarca en 10 ptes (26%) y posterior en 29 ptes (74%). La edad X a la menarca de las ptes con Dx previo de LESJ fue de 13.8 a (r 12.5-16) vs 11.7 a (r 9-14) en las ptes con Dx de LES posterior a la menarca (p.001). Se observaron AM en 16 ptes (41%): 12 amenorrea 2° (75%), 4 oligomenorrea (25%), 3 hipermenorrea (19%) y 1 polimenorrea (6%). El tpo x de amenorrea 2° fue 12.5 meses (r 3-31). Dos ptes presentaron menarca retrasada (8%). Siete ptes (18%) tuvieron 9 gestas: 4 fueron RNT, 1 RNpreT, 3 abortos espontáneos y 1 pte discontinuó el seguimiento en el servicio. Observamos una mayor frecuencia de anemia hemolítica en las ptes con AM (5 ptes, 31%, vs 2 ptes, 9%). No se observó asociación con manifestaciones > como nefritis o comp. SNC. Al analizar los hallazgos de laboratorio, observamos una asociación significativa de AM con anemia al inicio de la enf. (Hb X de 9 vs 11, 6 mg/dl p. 001). Al evaluar tto, observamos una > foia de trast del ciclo con el uso CFM EV (p.05). La dosis acumulada de esteroides, fue > de en el grupo con AM (24 vs 17.2 gr). El SLICC X (a la última consulta) fue de 0.31 y se asoció con la presencia de AM (0.63 vs 0.09, p.01) y con el desarrollo de amenorrea 2° (0.75 vs 0.11, p.008). **Conclusión:** en nuestra serie, la edad X de menarca de las niñas con Dx de LES previo, fue > que en la población genl (X 12.5) y significativamente > que en las niñas con Dx de LES post menarca (p. 001). El 41% presentó AM, siendo la amenorrea 2° la más frecuente (12.5 meses de evolución) seguida por la oligomenorrea. Las AM se asociaron significativamente con anemia al inicio de la enf (p. 001) y con el uso CFM ev (p.05). Un > índice de daño se asoció con la presencia de alt del ciclo (p .01) y con el desarrollo de amenorrea 2° (p. 006). Estos resultados sugieren que las ptes lúpicas con AM presentaron una enf más activa y severa y en consecuencia requirieron un tto más agresivo.

1-Lejarraga, Ann human biology 1980

80

**RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA**

Autores: Parra M., López Meiller M.J., Got J, Da Rosa M., Dubinsky D., Nasswetter G.  
 División Reumatología y Nefrología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires.

**OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia del tratamiento con micofenolato sódico en nefritis lúpica luego de 6 ó más g. de ciclofosfamida y estimar la prevalencia de eventos adversos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** 19 pacientes consecutivos con criterios de clasificación ACR 1997 para LES con diagnóstico anatómopatológico de nefritis lúpica (clases III, IV/ISN/RPS 2003) entre junio 2005 y agosto 2008, que recibieron terapia de inducción con 6 pulsos ó más de 1g ciclofosfamida EV. Luego recibieron micofenolato sódico (720-1440 mg/día) por 12 meses. Se valoró remisión total (proteínauria <0.5g/24hs, sedimentación urinaria con <5 hematías por campo y/o ausencia de cilindros hematícos, urea y creatinina normales), remisión parcial (cuando sin cumplirse todos los criterios previos se produjo un descenso superior al 50% de las cifras de creatinina sérica o de la proteinuria respecto al valor basal, siempre que la proteinuria fuera < 3g/24hs), SLEDAI, cumplimiento, Ac. anti-DNA y eventos adversos al inicio y 12 meses de tratamiento. Se realizó una distribución de frecuencias y se calcularon bandas de confianza.

**RESULTADOS:** 17 mujeres y 2 varones, edad promedio: 36.8 años (20-52), duración de la enfermedad: 9.6 años (2- 29). Dos pacientes se eliminaron por incumplimiento del tratamiento. Del total, 10/17 (58.8%) recibieron 6 g de ciclofosfamida y 6 alcanzaron remisión parcial mientras que 7/17 (41.1%) recibieron mas de 7 g (12,28 g promedio) y 2 alcanzaron remisión parcial. El resto no respondió al tratamiento con ciclofosfamida (9 pacientes). **Resultados a 12 meses en la tabla.**

| (n % IC95%)            | Valoración (Post-Ciclofosfamida) | Valoración 12 meses (MF) |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Remisión completa      | 0                                | 3 (18.8) (3-43)          |
| Remisión parcial       | 8 (47.1) (23-72)                 | 11(68.8) (38-85)         |
| Falta de respuesta     | 9 (52.9) (27-77)                 | 2 (12.5) (1-36)          |
| SLEDAI (promedio / SD) | 16,1 (±5.55)                     | 5,37(±3,32)              |
| C3 bajo                | 6 (35,3) (14-61)                 | 1 (6.2) (0-30)           |
| C4 bajo                | 8 (47.1) (23-72)                 | 2 (12.5) (1-38)          |
| CH50 bajo              | 6 (35,3) (14-61)                 | 4 (25) (7-52)            |
| Ac anti DNA (positivo) | 13 (76.5) (50-93)                | 5 (31.2) (11-58)         |

Eventos adversos: diarrea 4 (23.5%), náuseas 3 (17.6%), faringitis 3 (17.6%), infección urinaria 3 (17.6%), malestar generat 2 (11.8%), meteorismo 2 (11.8%), proctorragia 2 (11.8%), tuberculosis 1 (5.9%), internación 2 (11.7%), 1 por deshidratación y 1 TBC miliar debiendo suspender el tratamiento a los 6 meses.

**CONCLUSIÓN:** El micofenolato sódico es un fármaco útil en el tratamiento de la nefritis lúpica y la actividad general de la enfermedad con buena tolerancia. Las infecciones graves fueron poco frecuentes en nuestra serie.

81

**PREVALENCIA DE HIPERTENSION PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA.**

Molinari L, Bosio M, Tabaj G, Di Boscio V, Villagómez R, Kirmayr K, Maldonado Cocco JC, Quadrelli S.

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari UBA – Hospital Británico de Buenos Aires – Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires.

Ciudad de Buenos Aires.

La hipertensión pulmonar (HTP) es una complicación grave en las pacientes con esclerodermia (SSc). El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia en una población no seleccionada de pacientes con SSc.

Se estudiaron 46 pacientes con SSc definidos por criterios del American College of Rheumatology. Todos los pacientes fueron evaluados con TC de tórax de alta resolución, volúmenes pulmonares, DLCO y ecocardiograma doppler.

Se detectaron 7 casos de HTP (15,2%). Las pacientes con HTP no fueron diferentes en términos de tiempo de evolución de la SSc. (12,40 ± 6,9 vs. 17,34 ± 18,305, p = 0,559), CVF en % del teórico (66,17 ± 21,85 vs. 79,1 ± 18,963, p = 0,136), TLC en % (73,33 ± 20,16 vs. 81,11 ± 16,01, p = 0,295) o DLCO en % (57,17 ± 15,35 vs. 65,70 ± 17,90, p = 0,255). La SaO2 basal fue menor (95,2 ± 2,9 vs. 97,4 ± 1,2, p = 0,04) y la caída de la SaO2 durante la caminata (7,3 ± 1,5 vs. 1,7 ± 3,3, p = 0,027) fue significativamente mayor en las pacientes con HTP. Todos los pacientes con HTP tuvieron DLCO menor del 75% del teórico (mediana 62,5, rango 42-69). La proporción de pacientes con TC de tórax anormal no fue diferente en ambos grupos (2/7 vs. 20/38, p = 0,4140).

La hipertensión pulmonar es una complicación grave y potencialmente tratable de la SSc. La frecuencia es suficiente como para justificar su detección sistemática ya que no hay variables que permitan predecir pacientes en mayor riesgo de padecer HTP.

82

**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS**

Catherine E. Crow C; Cecilia A. Asnal, Paula Pucci y Alejandro Nitsche Servicio de Reumatología. Hospital Alemán. Deutsches Hospital. Bs As. Argentina

**Introducción:** Los anticuerpos antifosfolípidicos pueden detectarse en individuos sanos y en pacientes con enfermedades de diversa etiología. Su presencia se relaciona con manifestaciones clínicas variables que son el resultado de situaciones de injuria endotelial, como eventos trombóticos tanto arteriales como venosos y complicaciones obstétricas. Sin embargo también se reconocen otras asociaciones como: fenómeno de Raynaud, livedo reticularis, migraña, necrosis óseas avasculares, plaquetopenia y úlceras cutáneas.  
**Objetivos:** Estudio retrospectivo de una población de pacientes con manifestaciones reumáticas y anticuerpos antifosfolípidicos presentes. Dentro del estudio de los anticuerpos antifosfolípidicos se incluyeron: anticoagulante lúpico(LAC) y anticardiolipinas (acl) IgG y M.  
**Material y métodos:** Se incluyeron 95 pacientes. Se evaluaron edad, sexo, diagnóstico de enfermedad reumática, tiempo de evolución de la misma, tipo de anticuerpo antifosfolípidico presente, motivo de la solicitud del mismo, relación temporal entre la enfermedad reumática y el evento clínico compatible con síndrome antifosfolípidico (SAF), alteraciones de laboratorio, tratamiento instituido y complicaciones. Se utilizó Java Statc para cálculos estadísticos.  
**Resultados:** De los 95 pacientes analizados, el 88,8% (n=40) fueron mujeres, edad promedio 43,4 años. Los diagnósticos reumatológicos en los 45 pacientes fueron: Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo en 20, artralgias inflamatorias en 4; LES en 4; LES-like en 4; Síndrome de Superposición en 3; Síndrome de Sjogren en 2; PMR en 2, CREST en 2; EASN en 2; Vasculitis en 1 y Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo en 1 paciente. La duración promedio de la enfermedad reumática fue de 44,10 meses. Los motivos de solicitud de los anticuerpos fueron: complicaciones obstétricas en 7; eventos trombo embólicos en 7; cefaleas en 7; criterios para LES en 6; Raynaud en 5; livedo en 5; úlceras cutáneas en 2; VDRL + falsa en 2 y necrosis ósea avascular en 4 pacientes. El LAC se halló en 30 de 45 pacientes; anticardiolipinas IgG/IgM (ACL) en 6; LAC + ACL en 4; LAC + VDRL + falsa en 3; VDRL + falsa en 1 y trombosis sin causa en 1 paciente. Como dato a destacar, 10 de 45 pacientes presentaron como coagulopatía asociada un déficit de factores VIII y IX ( von Willebrand adquirido). Adicionalmente hipovitaminosis D fue encontrada en 26/35 determinaciones. Veinticinco pacientes (55,5%) presentaron manifestaciones previas compatibles con el diagnóstico de SAF. Títulos de acl > a 100 en IgG e IgM se encontraron en sólo 6 pacientes : 4 de los cuales estaban asociados a LAC. Tratamientos : AAS en 39 pacientes y anticoagulación en 6.  
**Conclusiones:** En el grupo de pacientes analizados, la Enfermedad Indiferenciada del tejido Conectivo fue la más comúnmente asociada a la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos. Más de la mitad de la población presentó síntomas de SAF previo al diagnóstico de la enfermedad reumática de base . La determinación hallada con mayor frecuencia fue la positividad a LAC. 14 de 45 pacientes presentaron manifestaciones clásicas de SAF .La enfermedad de Von Willebrand adquirida se detectó en 10/45 pacientes.

83

**DIFERENCIAS DE PERFIL SEROLÓGICO EN PACIENTES (PTES) CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) DE COMIENZO JUVENIL Y EN LA EDAD ADULTA**

Autores: Eimón A, Alvarez A P, García M V, Retamal E, Fernandez L, Perandones C. Sección Reumatología Hospital José M. Penna. Laboratorio de Inmunología y Reumatología CEMIC. Buenos Aires

**Introducción:** Diversos autores han señalado que el LES puede tener expresiones distintas tanto clínicas como serológicas según la edad de comienzo. En el caso de los anticuerpos antinucleares, característicos del LES, los estudios caso control que muestran la frecuencia de los distintos anticuerpos en pacientes con LES de comienzo juvenil en relación a la de pacientes con comienzo en edad más tardía son escasos

**Objetivo:** Estudiar el patrón serológico de nuestros pacientes con LES de comienzo juvenil y compararlos con los de inicio en la adultez.

**Material y Métodos:** Se estudiaron los sueros de 27 pacientes con LES que iniciaron la enfermedad antes de los 16 años (Grupo I) y de 67 pacientes con LES de comienzo posterior a esa edad (GrupoII), que se encuentran actualmente (agosto 2008), en seguimiento por alguno de los autores.

Todos los pacientes tienen estudiados los siguientes anticuerpos : Factores antinucleares por inmunofluorescencia indirecta (IF) sobre tejidos y sobre células Hep 2. Anti Sm, nRNP, SSA, SSB y anti P por doble difusión en gel de agarosa. Anti SSA y anti P fueron también estudiados por ELISA. Anti DNA Nativo fue estudiado por IF sobre C.Luciliae. Los resultados se compararon por el test de chi cuadrado con corrección de Yates

**Resultados:** Uno de 27 ptes con LES juvenil y 4 de 67 ptes con LES del adulto son de sexo masculino. La media de seguimiento en el grupo I fue de 6,9 años (rango 1-38 años) y de 6,12 en el Grupo II (rango 1-38 años) El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 12,5 años en el primer grupo y de 7,5 años en el segundo. Los hallazgos serológicos se observan en la Tabla 1.

Tabla 1

| Anticuerpos     | Grupo I<br>N 27 (%) | Grupo II<br>N 67 (%) |        |
|-----------------|---------------------|----------------------|--------|
| Anti DNA Nativo | 21 (78)             | 48 (72)              | NS     |
| Anti Sm         | 3 (11)              | 16 (24)              | NS     |
| Anti nRNP       | 6 (22)              | 32 (48)              | p<0,04 |
| Anti SSA        | 7 (26)              | 35 (52)              | p<0,03 |
| Anti SSB        | 1 (4)               | 12 (18)              | NS     |
| Anti P          | 9 (33)              | 9 (13)               | p<0,05 |

**Comentarios:** -En los pacientes con LES del Grupo II, se halló con mayor frecuencia la presencia de anticuerpos anti nRNP y anti SSA con una diferencia estadísticamente significativa (p<0,04 y p<0,03 respectivamente)  
-Anticuerpos anti ANTI P se observó con mayor frecuencia en el grupo de LES juveniles, con una diferencia estadísticamente significativa de p<0,05

84

**POLIANGEITIS MICROSCÓPICA:**

**Características Clínicas y de Laboratorio de 14 pacientes**

Ceccato F1, Ortiz A1, Roverano S1, Yochler A2, Belini A2, Nitsche A3, Paira S1  
1 Sección Reumatología Hospital JM Cullen, Santa Fe  
2 Sección reumatología Policlínico Bancario  
3 Sección Reumatología Hospital Alemán

La Poliangeitis microscópica (PAM) es una vasculitis necrotizante sistémica que compromete pequeños vasos, pauci-immune asociada a ANCA, que se acompaña en muchos casos de glomerulonefritis rápidamente progresiva y a veces con hemorragia pulmonar. El cuadro clínico de presentación puede adoptar diversas formas, lo cual demora y complica el diagnóstico.

**Objetivo:** comunicar características clínicas y laboratorio de 14 pacientes con PAM.  
**Material y métodos:** revisión de historias clínicas de dos centros, de acuerdo a protocolo pre-establecido.

**Resultados:** se revisaron historias de 14 pacientes, 13 M y 1 V, con una edad media de inicio de la enfermedad de 58±10 años, mediana de tiempo de seguimiento 15,5 meses (rango 3-101) y mediana demora al diagnóstico 2 meses (rango 1-9)

| Manifestaciones           | n=14 |
|---------------------------|------|
| Síntomas constitucionales | 12   |
| Renales                   | 12   |
| Respiratorias             | 7    |
| Cardiovasculares          | 7    |
| Músculo esqueléticas      | 6    |
| Cutáneas                  | 6    |
| Neurológicas              | 4    |
| Auditivas                 | 3    |
| Oculares                  | 2    |
| Digestivas                | 2    |

| Laboratorio de inicio: |               |
|------------------------|---------------|
| Hb:                    | 9,2 ± 1       |
| VSG:                   | 100 ± 37 mm/h |
| ANCA P (+):            | 7/14          |
| ANCA C (+):            | 3/14          |
| Serología VHB:         | 11(-) y 3 ND  |
| VHC:                   | 10(-) y 3 ND  |

**Tratamiento:** todos los pacientes recibieron al inicio esteroides (8 EV y 6 VO) y 6/14 recibieron ciclofosfamida. Durante la evolución todos los pacientes continuaron con esteroides en esquema de descenso y solo 8 pacientes recibieron algún inmunosupresor (ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina, leflunomida). La mediana de tiempo de tratamiento fue 10 meses (rango 3-48).

Ocho pacientes alcanzaron remisión con el tratamiento inicial, el resto lo hizo durante la evolución. Siete pacientes presentaron al menos una recaída. Dos pacientes murieron por infecciones a los 3 y 15 meses de tratamiento (meningitis a Listeria y shock séptico). Seis pacientes presentaron recaídas.

**Conclusión:** en esta serie los síntomas constitucionales y renales fueron los más frecuentes en la presentación. Solo la mitad de los pacientes presentó ANCA (+). Las infecciones fueron las causas de muerte.

85

**PÉRDIDA AUDITIVA SENSORIO NEURAL ASINTOMÁTICA EN LES.**

Ortiz A(\*), Roverano S(1), Chiavari J (\*\*), Romero A(\*\*), Rico L(\*\*), Heredia C (\*\*), Ochoa E (\*\*), Di Marco E (\*\*), Rossi S (\*\*), García M (\*\*), Pereyra D (\*\*), Paire S (\*\*).  
 (\*)Sección Reumatología-Hospital Cullen-Santa Fe  
 (\*\*)Clínica Privada de Otorrinolaringología-Santa Fe  
 (\*\*\*)Servicio de Reumatología-Hospital San Martín La Plata. Bs As  
 (\*\*\*\*)Servicio de Otorrinolaringología de Hospital Gutiérrez de La Plata.

**Introducción:** La hipoacusia sensorio neural autoinmune es un raro desorden descrito por primera vez por Mc Cabe en 1979. Este desorden se describe en un 8% - 66% de los casos de LES.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de pérdida auditiva sensorio neural asintomática (PASNA) en nuestra población de pacientes con LES vs grupo control. Comparar las características clínicas, de laboratorio, tratamiento y actividad entre pacientes con LES que presenten PASNA o no.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de LES criterios ACR 1987. Se excluyeron pacientes con historia familiar o personal de anomalías auditivas y aquellos que recibieron drogas ototóxicas, enfermedades degenerativas o compromiso del SNC no causado por LES. Se estudió compromiso auditivo (Otoscoopia, Audiometría de tonos puros (125Hz a 8000Hz), Logo-Audiometría) en pacientes con LES y en un grupo control de la misma edad y sexo. Se buscaron los siguientes datos de las historias clínicas: examen físico, clínica, tratamiento y las siguientes determinaciones de laboratorio: FAN Hep 2, C3, C4, Anti-ADNn (Citrilidea Lucifera), Anti-Ro, Anti-La, Anti Sm, Anti-RNP (ELISA), Hemograma, Píquetas, anticardiolipinas IgG, IgM. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la presencia o no de PASNA (pérdida auditiva  $\geq 20$  db en cualquier frecuencia). Actividad se definió como Sledai  $\geq 1$ , inactividad o Remisión SLEDAI: 0. Método estadístico: Test de Chi cuadrado, exacto de Fisher o test t según correspondiera. Significancia estadística 5%.

**Resultados:** n 74 ptes se excluyeron 4 pacientes, se analizaron 70; 2 masculinos, edad promedio 37 (DS 12) años, tiempo de seguimiento promedio 94 meses. Los pacientes con LES tuvieron más PASNA que los controles en forma estadísticamente significativa ( $p < 0.0003$ ). Al comparar los pacientes lúpicos con PASNA (n 31) vs sin PASNA (39) en cuanto a las manifestaciones clínicas, se halló mayor compromiso cutáneo en ptes con PASNA ( $p = 0.049$ ); ninguna relación fue hallada con manifestaciones de laboratorio. A 18 ptes se le realizó 2 audiometrías en su evolución, 7 fueron PASNA en ambas, en el resto (11), 3 evolucionaron a PASNA y 8 continuaron siendo normales. No hubo diferencias en cuanto a actividad, tratamiento y tiempo de seguimiento.

**Conclusiones:** El 44% de los pacientes con LES tuvieron PASNA, en forma estadísticamente significativa. La pérdida auditiva predominó en tonos agudos, bilateral y simétrica. Los pacientes con PASNA tuvieron mayor compromiso cutáneo. No hubo asociación con actividad, antilupídicos ni anticuerpos antifosfolípidos.

86

**CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO TRANSVERSO DEL ATLAS EN CONDROCALCINOSIS**

Ortiz A, Ceccato F, Roverano S, Paire S  
 Sección Reumatología, Hospital Cullen Santa Fe

La calcificación del ligamento transversal del Atlas (CLTA) ha sido observada entre el 40-80% de los ptes, con condrocalcinosis. Solo 17 casos han sido descriptos con Sme de la corona (Ataques agudos de cervicalgia, rigidez, fiebre y un sme. inflamatorio simulando meningitis o PMR, junto a calcificación del ligamento transversal del Atlas). Este sme. crea dificultades diagnósticas con otras entidades como meningitis, PMR, AR, tumores cervicales, etc.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de calcificación del ligamento transversal del atlas en pacientes con enfermedad por depósitos de cristales.

**Materiales y métodos:** Se realizó Tomografía Computada de C1-C2 (frente y perfil), Rx manos y pelvis frente, rodillas frente y perfil, a todos los pacientes con condrocalcinosis (criterios de Mc Carty 1977), en forma consecutiva.

Se analizaron datos demográficos (edad, sexo), formas clínicas (lantánica, pseudo-gota, pseudo-AR, pseudo-OA y pseudo-neuróptica) en pacientes con CLTA y Sme de la corona comparándose con un Grupo control (Pacientes con fibromialgia, OA o gota sin diagnóstico de condrocalcinosis constatado por radiología y/o líquido sinovial).

**Método estadístico:** Test exacto de Fisher y  $\chi^2$

**Resultados:** 28 condrocalcinosis vs 15 controles. Edad promedio del grupo condrocalcinosis 71 años (DS  $\pm$  11 años), con una tendencia a ser mayores que el grupo control (66 años DS  $\pm$  7 años) pero sin significancia estadística ( $p = 0.14$ ). 20/28 pacientes presentaron calcificación del ligamento transversal del atlas vs ninguno de los 15 pacientes controles ( $p = 0.00001$ ). Se observaron 3 tipos de calcificaciones: 14 calcificaciones lineales, 3 calcificaciones en doble línea, 2 puntiformes y 1 paciente con puntiformes y lineal.

25 pacientes presentaron la forma clínica Pseudo OA, 2 lantánicas y 1 Pseudo AR. Síntomas compatibles con el sme de la corona se observaron en 9/20 con CLTA. Al comparar los pacientes con y sin CLTA, no hubo diferencias estadísticas con respecto a calcificaciones en las Rx de manos ( $p = 0.59$ ) o rodillas ( $p = 0.24$ ) o ambas ( $P = 0.21$ ) ni tampoco con respecto a los síntomas cervicales ( $p = 0.63$ ). **Conclusiones:** El 71% de los pacientes con condrocalcinosis presentaron calcificaciones alrededor de la apófisis odontoides, observándose 3 formas radiológicas diferentes; de las cuales 45% tuvo síndrome de la corona. No se encontró relación con respecto a las diferentes manifestaciones radiológicas.

87

**PREVALENCIA DE PSORIASIS SECUNDARIA A AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Gonzalez Lucero L., Spindler W., Bellomio V., Berman H., Sueldo R., Berman A., Lucero E., Spindler A.

Servicio-Posgrado de Reumatología, U.N.T. Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de psoriasis en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) tratados con Agentes Biológicos (AB) y sus características clínicas en una población de Tucumán.

**Materiales y métodos:** De un total de 1007 pacientes con AR, se incluyeron 284 con un seguimiento mínimo de por lo menos 3 visitas, evaluados entre 1 de Agosto de 2000 y 31 de Julio de 2008. Ciento cuarenta y ocho en tratamiento con AB y 136 pacientes en tratamiento con Drogas Modificadoras de AR (DMAR) seleccionados por muestreo aleatorio simple. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, edad al diagnóstico de AR, presencia de factor reumatoideo, tiempo de evolución de AR, DMAR, agentes biológicos, psoriasis posterior al tratamiento, edad al diagnóstico de psoriasis, duración del tratamiento con AB hasta la aparición de psoriasis, suspensión del AB, tiempo de seguimiento, evolución y tipo de psoriasis.

**Resultados:** De los 284 pacientes evaluados, 242 (85%) fueron de sexo femenino. La edad media fue de 56.4 años  $\pm$  13.4, la edad media al diagnóstico de AR fue de 42.3 años  $\pm$  16.7 con un tiempo de evolución de la enfermedad de 11.9 años  $\pm$  8.5; 241 (85%) fueron seropositivos para Factor Reumatoideo. Ciento treinta y seis (48%) fueron tratados con DMAR y 148 (52%) con AB. Al comparar ambos grupos, no hubo diferencias significativas entre edad media, edad media al diagnóstico de AR y Factor Reumatoideo. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10.8 años  $\pm$  9.2 vs 12.8 años  $\pm$  7.8 ( $p = 0.049$ ).

En el grupo DMAR, 127 (93%) recibieron Metotrexato, 71 (52%) Leflunomida, 32 (23.5%) Hidroxicloroquina, 26 (19.2%) terapia combinada, 6 (4.4%) Sulfasalazina y 2 (1.5%) Azatioprina. En el grupo AB, 77 (52%) recibieron Etanercept, 43 (29%) Adalimumab, 42 (28.4%) Infliximab, 32 (21.6%) Rituximab y 19 (12.8%) Abatacept. Cincuenta y dos pacientes (35%) cambiaron por más de un agente biológico. Cinco de 148 pacientes desarrollaron psoriasis en el grupo AB, luego de recibir el primer AB. La prevalencia fue 3.4% (IC 95% 1.1-7.7). Cuatro fueron mujeres, 2 en tratamiento con Etanercept, 2 con Abatacept y 1 con Adalimumab. La duración media del tratamiento hasta la aparición de psoriasis fue de 23.2 meses. El tipo de psoriasis fue guttata en 4 y pustular en 1. Un paciente tenía antecedentes familiares de psoriasis. Ninguno del grupo DMAR desarrolló psoriasis ( $p < 0.0001$ ). Dos pacientes suspendieron el AB con desaparición de la manifestación cutánea y 3 se mantuvieron con el tratamiento sin desaparición de los síntomas. No se encontró asociación entre el desarrollo de psoriasis y edad al diagnóstico, tiempo de evolución de AR y tiempo de tratamiento con AB ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de psoriasis en pacientes tratados con AB (Etanercept, Adalimumab y Abatacept) fue 3.4%. La mayoría de los casos se presentaron como psoriasis guttata.

88

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y SOCIODEMOCRÁTICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA EN AMERICA LATINA**

Sueldo R., Berman A., Bellomio V., Berman H., Spindler A., Lucero E., Maldonado Cocco J.A., Citera G., Graf C., Zunino A., Nitsche A., Ansal C., Rilko O., Chaparro R., Alvarez A., Albero J.A., Wong R., Gallo R., Paire S., Sandoval C., Casado G.C., Romero C.B., Scherbal H., Barreira J.C., Areco Brines E., Santana M., Grupo RESPONDIA.

**Objetivo:** Determinar características clínicas, serológicas y sociodemográficas en pacientes con artritis psoriásica (APs) de Latinoamérica (LA).

**Métodos:** Se incluyeron 395 pacientes con APs de 8 países de LA: Argentina (188), Brasil (139), Chile (21), México (17), Venezuela (15), Uruguay (9), Perú (4) y Costa Rica (2). Se determinaron factores sociodemográficos: edad, sexo, raza, nivel de educación, fuentes de ingreso, y clases sociales por escala de Graffar. Al inicio de la enfermedad se evaluaron: edad, duración de la enfermedad, manifestaciones clínicas y forma clínica de presentación; actividad de la enfermedad mediante número de articulaciones activas, escala visual análoga (EVA) global del paciente y BASDAI. Estado funcional y calidad de vida por BASFI, ASQoL y SF-12 (Versión 1.0). Análisis estadístico: Estadística descriptiva, Test  $\chi^2$ , Test Kruskal-Wallis, Método de Regresión Lineal, Coeficiente de Correlación de Spearman y Análisis Multifactorial.

**Resultados:** De los 395 pacientes, 203 (51.4%) fueron mujeres con edad media al inicio de la enfermedad de 52 años  $\pm$  13.8 y duración media de enfermedad de 5.4 años  $\pm$  6.4. Tiempo al diagnóstico 4 años  $\pm$  6.9. Pertenecía a raza blanca 251 pacientes (64.2%), blanca indígena 91 (23.3%) y clase media baja 95 (37.8 %). Presentaron incapacidad laboral 28 pacientes (7.1 %) siendo la artritis psoriásica la causa en 22 (78.5%). La forma de presentación más frecuente fue la mixta en 192 pacientes (50.7%), con presencia de artritis de miembros inferiores en 281 pacientes (71.1%), lumbalgia 165 (41.8%) y entesitis 107 (37.1 %). Presentaron dactilitis 124 pacientes (31.4 %) y afectación ungueal 220 (56.4%). La media de VSG fue de 25.6 mm/h  $\pm$  20.4 y PCR de 6.14 mg/L  $\pm$  10. El HLA B27 fue positivo en 24/98 pacientes (24.5%), predominando forma mixta (64%). No hubo correlación entre tiempo de evolución de APs y parámetros de actividad evaluados. Los pacientes con estudios universitarios presentaron menor EVA global del paciente (3.9  $\pm$  2.7 vs. 5.8  $\pm$  3.1,  $p = 0.0003$ ), menor ASQoL (2.9  $\pm$  3 vs. 8.6  $\pm$  5.5,  $p = 0.0001$ ) y mayor SF-12 componente físico (37.6  $\pm$  11.6 vs. 32.7  $\pm$  9.4,  $p = 0.0001$ ) que pacientes con nivel de estudio primario. Los pacientes de clase social baja presentaron EVA global del paciente más elevado (6.7  $\pm$  2.8 vs. 3.9  $\pm$  2.2,  $p = 0.0001$ ), mayor BASFI (6.5  $\pm$  2.4 vs. 1.8  $\pm$  2.13,  $p = 0.0001$ ), mayor ASQoL (13.3  $\pm$  3.5 vs. 3.2  $\pm$  4.5,  $p = 0.0001$ ), y menor SF-12 componente físico (31.2  $\pm$  3.6 vs. 40  $\pm$  6.6,  $p = 0.0018$ ) que los de clase social alta. El uso de agentes biológicos fue más frecuente en pacientes universitarios que en los de nivel primario (17% vs. 1%,  $p = 0.0002$ ) y menos frecuente en clase social baja con respecto a la clase alta (8% vs. 43%,  $p = 0.0016$ ) respectivamente.

**Conclusiones:** El nivel universitario en pacientes con APs de LA estuvo asociado con menor actividad de la enfermedad, mejor estado funcional, calidad de vida y mayor acceso al tratamiento con anti-TNF- $\alpha$ . Pacientes de clases sociales bajas tuvieron mayor compromiso de la enfermedad y menor acceso al tratamiento de la misma. Esto evidencia la influencia negativa de factores socioeconómicos en la evolución de APs de esta población de Latinoamérica.

89

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES LÚPICOS TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA**

Barbaglia A., Gandur V., Bellomio V., Lucero E., Berman H., Sueldo R., Berman A., Spindler A., Galagovsky D., Rodríguez S. Servicio-Posgrado de Reumatología, U.N.T. Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de daño ocular en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tratados con hidroxycoloroquina (HCQ) y persistencia del mismo.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron 107 pacientes con LES controlados entre agosto de 2007 y julio de 2008, 73 en tratamiento con HCQ con evaluaciones oftalmológicas basales y durante el tratamiento. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, edad al diagnóstico y tiempo de evolución de LES, edad al inicio de HCQ, dosis acumulada, tiempo de tratamiento y suspensión del mismo. El daño ocular fue evidenciado por alteración de la visión de los colores, perimetría computarizada con plan macular (PC) y fondo de ojo (alteración del brillo y reflejo macular); persistencia del daño y comorbilidades. Análisis estadístico: test T no pareado, test Mann Whitney y test Kruskal-Wallis.

**Resultados:** De los 73 pacientes tratados con HCQ, 66 (93%) fueron mujeres, edad media 35.9 años ± 12.6, edad media al diagnóstico 28.6 años ± 11.4, tiempo de evolución de LES 8.2 años ± 6.2, dosis acumulada de HCQ 370 g ± 252 y tiempo de administración 3.7 años ± 3.2. Todos los pacientes tenían examen oftalmológico basal normal. Dieciséis pacientes (22%) presentaron daño ocular: 9 (56%) alteraciones en el fondo de ojo (alteración del brillo en 3 y del reflejo macular en 6), 3 pacientes (18.7%) tuvieron alteración de la visión de los colores y 7 (43.7%) PC anormal. El tiempo entre el último control oftalmológico normal y la detección del daño tuvo una mediana de 13 meses (mínimo 5 máximo 96) El tiempo medio de tratamiento hasta la aparición del daño fue 11 meses ± 24.3. Todos los pacientes con daño suspendieron HCQ. El tiempo de control oftalmológico post daño fue 20.5 meses ± 19.7. Seis pacientes (37.5%) presentaron persistencia de la alteración ocular. El tiempo entre el último control oftalmológico normal y el daño fue similar entre los pacientes con daño reversible y persistente (mediana 14 meses con mínimo 6 y máximo 96; mediana 7.5 meses con máximo 14 y mínimo 5 respectivamente; p=NS). Edad de inicio de HCQ, sexo, tiempo de evolución del LES, dosis acumulada y tiempo de tratamiento no se asociaron con presencia de daño ocular (p= NS).

**Conclusiones:**

- La prevalencia de daño ocular en pacientes con LES tratados con HCQ fue 22%.
- Ningún paciente con daño ocular presentó manifestación clínica.

90

**ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDO CÍCLICO CITRULINADO (anti-CCP) EN OSTEOARTRITIS EROSIVA**

Berman H., Bellomio V., Guardia M., Sueldo R., Berman A., Spindler A., Lucero E.

Servicio - Postgrado de Reumatología, Universidad Nacional de Tucumán, Hospital Padilla, Tucumán

Los Anticuerpos (Ac) anti-CCP se han asociado a Artritis Reumatoidea de peor pronóstico clínico y radiológico. En menor frecuencia se ha observado en otras enfermedades del tejido conectivo. Dado que en Osteoartritis (OA) erosiva existe un daño radiológico severo, se plantea si la presencia de Ac anti-CCP estaría asociada a esta entidad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de anti-CCP en pacientes con OA erosiva, y su asociación con características clínicas y de laboratorio.

**Métodos:** Se evaluaron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de OA erosiva, OA clásica y controles sanos, en quienes se analizaron la presencia de anti-CCP y su título, cuyos puntos de corte fueron 6.25 UI (Tipo 2) y ≥ 20 (Tipo 3). El diagnóstico de OA erosiva se determinó por criterios ACR para OA clásica de mano, más la presencia de al menos una erosión en articulaciones IFPs o IFDs. El análisis incluyó edad, sexo, tiempo de evolución de OA, antecedentes familiares de OA, presencia de artritis y número de articulaciones (mono-oligo-poliartritis), rigidez matinal >1hr de duración, presencia de Factor Reumatoideo (Latex y Rose Ragan), reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y tratamientos utilizados (SYSADOA, DMAR y biológicos). Las radiografías de manos fueron observadas por dos evaluadores independientes. Análisis estadístico: test X<sup>2</sup>, test exacto de Fisher y test de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** De los 71 pacientes evaluados, 42 (59%) fueron OA erosiva, 22 (31%) OA clásica y 7 (9.8%) controles sanos. La edad media fue 62.1 años ± 8.1, 56.7 años ± 9.3 y 39.1 años ± 10.7, respectivamente. El tiempo de evolución fue 7 años ± 6.5 en OA erosiva y 4.3 años ± 4.1 en OA clásica (p NS). No hubo diferencias estadísticas en cuanto a sexo, presencia de FR, VSG y PCR entre los 3 grupos. En el grupo OA erosiva el 73.8% recibieron SYSADOA y DMAR 62% (Metotrexato 33.3%, Leflunomida 14.3% y Hidroxicloroquina 14.3%). La prevalencia de anti-CCP fue 19.1% (8/34) en OA erosiva, 27.3% (6/16) en OA clásica y 0% en controles sanos (p NS). El desarrollo de artritis fue similar en pacientes con anti-CCP negativos y positivos (p NS). Sin embargo se encontraron diferencias en el número de articulaciones comprometidas, presentando monoartritis sólo aquellos pacientes anti-CCP negativos (p = 0.022).

**Conclusiones:**

- En la población en estudio, la prevalencia de anti-CCP fue elevada en los grupos de OA erosiva y clásica, sin diferencias entre ambos.

91

**EVALUACIÓN DEL COMPROMISO ÓSEO EN ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL (ARJ) DURANTE EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. RESULTADOS PRELIMINARES.** Marcantonio MB, Cuccita F, Arias Cau C, Brunetto o 1 Sección Reumatología y 2 Sección Endocrinología, Hospital Elizalde, Buenos Aires.

**INTRODUCCION:** La masa ósea en niños depende de factores genéticos y ambientales. En enfermedades crónicas como ARJ, la malnutrición, la falta de actividad física, y de exposición solar, y el tratamiento prolongado con esteroides, lleva a la detención del crecimiento, pérdida de masa ósea y retraso del inicio de la pubertad. **OBJETIVO:** Evaluar el contenido mineral óseo y el déficit de Vitamina D al inicio y durante el primer año de tratamiento de la ARJ. Correlacionar el compromiso óseo con la actividad de la enfermedad, el tratamiento, y la capacidad funcional y discapacidad. **MATERIALES, METODOS Y RESULTADOS:** Se requirió consentimiento informado. Veintitrés pacientes con debut de ARJ fueron reclutados en forma consecutiva durante los tres primeros meses del estudio: 18 mujeres. Seis fueron de inicio pauciarticular (26%), 12 fueron poliarticulares (52, 1%) y 5 sistémicos (21, 7%). En Todos los pacientes se realizaron las siguientes evaluaciones: examen físico, laboratorio, densidad ósea con DEXA a nivel de columna lumbar (Hologic QDR 4500 L2-L4) y escatas de funcionalidad (CAP FUN) y discapacidad (CHAQ). La Media de la edad cronológica fue de 9.35 años (± SD 3.85). El promedio de la edad ósea fue 9.27 años (SD± 4.8). Paratohormona: media 30.0 pg./ml (SD± 20, 80), 25 OH Vitamina D: media 26, 1 Ng/ml (SD ± 4.77). No se observó diferencia en la radiología al inicio de la evaluación según Makitie y col. 2005. La densitometría ósea de la columna lumbar mostró una media Z score -0, 71 (SD± 1, 86), BMC fue 0, 77 (±0, 2). 2/23 pacientes (8.6 %) tuvieron deficiencia de Vitamina D al momento del diagnóstico (<20ng/ml) y 17/23 (73.9%) presentaron valores de insuficiencia (<30 Ng/ml). Fosfatasa alcalina : media 591, 1 UI/L (rango: 213- 980 UI/L). CHAQ media: 1.5 (SD: 0, 82), CAPPUN media: 1.3 (SD ± 0.43). Siete pacientes (30.4%) comenzaron tratamiento con esteroides. Todos los pacientes de inicio poliarticular y sistémico fueron tratados con metotrexate 15 mg/m2/semana. 3 pacientes (13%) presentaron tiroiditis autoinmune. **CONCLUSION:** 74% de nuestros pacientes presentaron insuficiencia de vitamina D antes de comenzar con el tratamiento para la Artritis. La deficiencia o la insuficiencia de Vitamina D podrían considerarse y tratarse desde el diagnóstico de la ARJ independientemente del tipo de medicación que se utilice. El 13 % de nuestros pacientes tuvieron tiroiditis autoinmune. Ambos factores, la vitamina D y la hormona tiroidea son inmunomoduladores y juegan un importante rol en el metabolismo óseo y en el contenido mineral óseo. Y deberían ser considerados en las estrategias terapéuticas.

92

**RE BIOPSIAS RENALES EN NEFRITIS LUPICA**

Retamozo MS, Alvarez MC, Pernesetti M, Sauni V, Massari P, Diller A, Basquiera A, Caeiro F, Alvarez A. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba.

**INTRODUCCION:** La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES. La incidencia es del 60% después de los 5 años del diagnóstico y las transformaciones de una clase histológica a otra son frecuentes al repetir la biopsia renal. Los signos de actividad y cronicidad tienen valor pronóstico en pacientes con NL.

**OBJETIVOS:** Correlacionar los hallazgos histológicos con la evolución de la enfermedad renal en pacientes con NL con más de una biopsia renal (Bx R).

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron 29 pacientes (ptes) con diagnóstico de LES según criterios de ACR 1997 con NL que tuvieron más de una Bx R. Se evaluaron los parámetros clínicos y de laboratorio con los hallazgos histológicos. Método estadístico: Descriptivo para variables cuantitativas, tablas de frecuencia para variables cualitativas. Se utilizó chi cuadrado y Test exacto de Fischer para comparar variables categóricas. Test no paramétricos para comparar variables continuas.

**RESULTADOS:** Se realizaron 70 Bx R en 29 ptes consecutivos con NL, 29 con 2 biopsias, 9 con 3 biopsias y 3 con 4 biopsias renales. En el 79.3% fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico del LES de 22.4 años (7-44). Mediana de seguimiento de 9,37 años (1-27).

Tabla1. Variables analizadas en la primera y segunda biopsia renal.

| Variable   | 1 Biopsia (n=29) | 2 Biopsia (n=29) |
|--|------------------|------------------|
| Edad al momento de la biopsia (años)               | 24.1             | 27               |
| SLEDAI al momento de la biopsia                    | 15               | 11               |
| SLEDAI extrarrenal                                 | 6.6              | 2.1              |
| Proteinuria (relación prot/creat)                  | 2.4              | 2.7              |
| Proteinuria (relación prot/creat) >0.5 <3. %       | 62               | 55.17            |
| Creatinina mg%                                     | 1.6              | 1.2              |
| Cl de Creatinina (Cockcroft-Gault) ml/ min.        | 76.6             | 65               |
| Indicación Bx R (proteinuria y sedimento activo) % | 82.69            | 72.44            |
| Ac Anti DNA %                                      | 69               | 6.9              |
| Hipocomplementemia %                               | 93               | 44.8             |
| Tipo histológico tipo IV (WHO) %                   | 65.5             | 49.2             |
| Histología: Actividad                              | 88.8%            | 76%              |
| Cronicidad   | 13.7%            | 79%              |
| Depósito C1q en mesangio, %                        | 34.48            | 58.62            |

El riesgo relativo para cronicidad en la 2da biopsia comparado con la 1ra biopsia fue de 2.77 (IC 95%: 1.68-5,0) con una diferencia significativa entre ambos grupos p<0.0001. El nivel de proteinuria de acuerdo a la presencia o no de actividad en la 1ra biopsia fue de 0.60 (IC95% 1.88-0.58) con p=0.05, mientras que la correlación entre la actividad histológica y proteinuria en la 2da biopsia fue de 0,17 (IC 95%: 0,27- 0,48). Por análisis de curva ROC un valor de proteinuria > 2g/dl tuvo una especificidad del 95% para predecir la presencia de C1q, sin embargo la sensibilidad fue del 40%. En las 1ras biopsias se observó SLEDAI extrarrenal y anti DNA, significativamente mayores que en las 2das biopsias. **CONCLUSIONES:** Las 2das Bx R se asociaron con mayor frecuencia de lesiones glomerulares crónicas e igual frecuencia de lesiones agudas. Los niveles de SLEDAI extrarrenal y Ac anti DNA fueron menores en las 2das biopsias. El nivel de proteinuria no se correlacionó con la actividad histológica en la 1ra y 2da biopsia. Los depósitos de C1q se asociaron significativamente con Proteinuria de > 2g/dL.

93

**FRECUENCIA DE ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES (ACG) EN PACIENTES CON AMAUROSIS**

Ceballos MF, Bedrán ZN, Rosa JF, Soriano ER, Catoggio LJ  
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología.

La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica que afecta a personas mayores de 50 años. Una de las complicaciones más temidas es la pérdida visual permanente, la cual está presente en el 7-14 % de los pacientes durante la evolución de la enfermedad. Los mejores predictores de ceguera irreversible son la amaurosis fugax y los accidentes cerebrovasculares.

**Objetivo:** establecer la frecuencia de ACG en pacientes ambulatorios que se presentan a la consulta con amaurosis.

**Método:** Identificación de casos: Se recuperaron de la base de datos de la historia clínica electrónica ambulatoria, todos los pacientes afiliados al sistema, mayores de 50 años con el problema amaurosis entre 1995 y 2005. Todas las historias clínicas encontradas fueron revisadas manualmente. Se establecieron las causas de amaurosis, la edad al momento de la presentación y las características de la ACG cuando estuvo presente. Se definió ACG por criterios de ACR 1990 (Colegio Americano de Reumatología). Se calculó la prevalencia de cada una de las causas de amaurosis con sus IC del 95%. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** se revisaron 199 historias clínicas. La edad media al momento de la amaurosis fue de 72.4 años (DS 8.48). Predominó el sexo femenino representando el 58.3 % (n = 116). El 69.6 % fueron amaurosis fugax (n = 139) con un mayor compromiso unilateral (74.3 % del total). En el 47.5 % (n = 94) de los pacientes no se pudo establecer la etiología de la amaurosis. Los pacientes restantes se agruparon en causas de origen vascular 28.8% (IC 95%: 20.7-33.5) (estenosis de vasos del cuello, AIT, trombosis de la vena central de la retina, migraña, ACG, SAF y ACV); ocular 23.7 % (IC 95%: 18-30.3) (catarata, glaucoma, desprendimiento de retina, maculopatía, leucocoria, retinopatías); y compromiso neurológico central 2 % (IC 95%: 0.6-5.1) (tumores, esclerosis múltiple). Como co-morbilidades el 78.3 % del total de los pacientes tuvo HTA y el 18.9% DBT. Sólo hubo 4 pacientes con ACG, representando un 2 % (IC 95%: 0.6-5.1) del total de las amaurosis (todas fueron arteriales). La edad promedio fue 75.5 años; 3 fueron mujeres (75 %). Como síntomas acompañantes 3 presentaron cefalea (todas mujeres), 2 claudicación mandibular (todas mujeres) y 2 con arterias temporales engrosadas. La eritrosedimentación promedio de los 4 pacientes al momento de la amaurosis fue de 42.75 en la primera hora (20-68) y la hemoglobina promedio 12.7 (11.2-14.3). La eritrosedimentación en las amaurosis de otras etiologías en general se mantuvo dentro de los rangos de normalidad (menor a 25 en la primera hora). Dos pacientes con ACG tuvieron HTA y 2 DBT, tres tuvieron confirmación histológica de la enfermedad por biopsia.

**Conclusión:** la ACG como causa de amaurosis en esta serie fue solo del 2%. Todas fueron amaurosis fugax y ninguno llegó a la ceguera. Predomina en mujeres y en general se acompaña de síntomas típicos de la enfermedad. La eritrosedimentación no fue demasiado elevada. En casi la mitad de los pacientes la amaurosis no tuvo un diagnóstico etiológico definido.

94

**FRAX EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Chiuzzi ME<sup>1</sup>, Somma F<sup>2</sup>, Redondo G<sup>1</sup>, Villa N<sup>1</sup>, de la Barrera M<sup>1</sup>, Rillo O<sup>1</sup>, Zárate L<sup>1</sup>, Riopedre M<sup>1</sup>, de la Vega MC<sup>1</sup>, Gentile MJ<sup>1</sup>, Mata D<sup>1</sup>, Russo A<sup>1</sup>, Messina OD<sup>1</sup>.  
S.de Reumatología, H. Dr. C. Argerich GGBA<sup>1</sup>; Hospital Municipal de Luján, BsAs<sup>2</sup>; S.de Reumatología, H. Dr. E. Tornó OCA<sup>1</sup>

**Introducción:** El Frax es una herramienta informática desarrollada recientemente por la OMS, que permite calcular a 10 años el riesgo absoluto de fractura de cadera (FC) y de osteoporosis mayor (OPM) (fractura clínica vertebral, antebrazo, cadera u hombro), tanto en hombres como en mujeres. Se basa en modelos individuales que combinan e integran factores de riesgo clínicos con o sin DMO de cuello femoral, que fueron desarrollados estudiando nueve cohortes de Europa, América del Norte, Asia y Australia y que han sido validados en once cohortes independientes con una distribución geográfica similar. Es una herramienta flexible para ser usada en atención primaria, aún en lugares donde no hay posibilidad de realizar DMO.

**Objetivo:** Describir los resultados de la aplicación del Frax a una muestra de pacientes con artritis reumatoidea (AR)

**Materiales y métodos:** Se aplicó el algoritmo Frax a mujeres con AR, entre 40 y 90 años, que incluye las siguientes variables: edad, peso, talla y variables dicotomizadas: fractura previa por fragilidad, historia parental de fractura de cadera, fumador actual, uso de glucocorticoides, osteoporosis secundaria, consumo de alcohol de 3 o más unidades por día y AR. A todas se les registró DMO de cuello de fémur (Tscore) por DEXA, de no más de un año de realizada. Se utilizó el programa Frax de España, epidemiológicamente el más cercano a nuestro país, ya que aún no ha sido validado aquí. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

**Resultados:** 205 pacientes con AR, edad media: 59.8a, mediana: 59a (rango 40-85); BMI: media 25.24, mediana 25.6 (rango 14.3-40.7); Tscore de cuello de fémur: media: -1.39, DE: 1.08, mediana: -1.40 (mín -4.12; máx +1.47); percentiles: 25: -2.02, y 75: -0.605. Uso de corticoides: 76.6% (157 pac), fractura previa: 16.6% (34 pac), fractura de cadera en los padres: 7.3% (15 pac), tabaco: 21.5% (44 pac), alcohol: 2% (4 pac), osteoporosis secundaria: 6.8% (14 pac). El riesgo de FC a 10 años tuvo una media de 3.81%; DE: 1.08%; mediana: 1.10%; (mín: 0.00%; máx: 57%) percentiles 25: 0.30%, 75: 4.05% y el riesgo de OPM a 10 años: media: 9.03%; DE: 9.3%; mediana: 5.70% (mín: 0.30%; máx: 62%); percentilo 25: 3.42%, 75: 11%. La mayoría (167pac) se ubicó entre 0% y 5% para riesgo de FC y ese grupo presentó un riesgo de OPM a 10 años que osciló entre 1.30% y 15% con una media de 5.1%, siendo la edad media levemente inferior al total de las pac (57,11a), BMI similares (media 26,55) y DMO algo superiores (media: -1,02).

**Conclusión:** La mayoría de las pacientes tuvo un riesgo de OPM a 10 años de 1.30% a 15% y de FC a 10 años entre 0% a 5%. Consideramos al Frax un algoritmo útil para la evaluación del riesgo de fractura, ya que incorpora factores de riesgo que son adecuados o parcialmente independientes de DMO, test específico pero poco sensible y que no es usualmente utilizado como única herramienta para detección de pacientes en riesgo de fracturas. Se está estudiando en varios países el umbral de intervención terapéutica y el umbral de evaluación (riesgo de fr para hacer DMO) En el caso de aplicar Frax a población con AR creemos que deberían considerarse otros variables que pudieran influir sobre OP como tiempo de evolución, dosis promedio de corticoides, uso de otros medicamentos, status funcional.

95

**CAMBIOS EN LOS REQUERIMIENTOS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN NIÑOS CON ALA LO LARGO DE 3 DÉCADAS**

Brusco M<sup>1</sup>, Pringe A<sup>1</sup>, Galán M<sup>1</sup>, Gómez Sosa MJ<sup>1</sup>, Arrese D<sup>1</sup>, Marcantoni M<sup>1</sup>, Cervetto V<sup>1</sup>, Quintana C<sup>1</sup>, González M<sup>1</sup>, Cuttica R<sup>1</sup>  
Hospital Pedro de Elizalde, Sección Reumatología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** En los últimos 30 años se ha modificado notablemente el manejo de los niños con ALJ, logrando mejorar su calidad de vida.

**Objetivo:** Evaluar la necesidad de procedimientos especiales como cirugías traumatológicas, oftalmológicas, tracción de partes blandas (TPB), artrocentesis e internaciones a lo largo de 30 años de experiencia en pacientes con diagnóstico de ALJ sistémica y poliarticular y correlacionarlo con la introducción de nuevas drogas para el tratamiento de la misma.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de ALJ sistémica y poliarticular con un seguimiento de al menos 5 años desde 1974 hasta la actualidad. Se tomaron datos demográficos y respecto al uso de esteroides sistémicos, MTX y otros DMARD's, biológicos, TPB, cirugías, artrocentesis terapéuticas, uso de muletas, silla de ruedas y collar cervical. Se constató Steimbroker a la última consulta, remisiones y muerte. Se revisaron 173 historias clínicas de pacientes que cumplieron criterios de inclusión de las cuales 122 (70.5%) correspondieron al sexo femenino y 51 (29.5%) al masculino. Cuarenta pacientes (23.1%) padecían ALJ poliarticular seropositiva, 62 (35.8%) ALJ poliarticular seronegativa y 71 (41%) ALJ sistémica.

Los pacientes fueron separados por decenios según la fecha de inicio de su enfermedad en tres grupos, y correspondieron 40 pacientes (23.1%) al decenio 1975-84, 60 (34.7%) al decenio 1985-94 y 73 (42.2%) al decenio 1995-2004.

**Resultados:** Se obtuvieron los siguientes resultados con significación estadística: la edad de inicio de enfermedad ha aumentado progresivamente a lo largo de los decenios (p 0.008; f 4.981), el tiempo de demora al diagnóstico disminuyó en forma progresiva (p 0.014; f 4.408). El número de pacientes con ALJ sistémica disminuyó progresivamente (p 0.044). El uso de MTX se ha incrementado (p menor 0.001). En el último decenio aparece el uso de medicación biológica. El uso de otros DMARD's predominó en el decenio 84-95 (p 0.005) del mismo modo que la utilización de muletas (p 0.001). La TPB presentó un descenso marcado en el tercer decenio. El Steimbroker a la última consulta fue significativamente peor en aquellos pacientes que iniciaron su enfermedad en el decenio 84-95 (p 0.001) y ha ido mejorando progresivamente desde entonces. La mortalidad fue de 2,9% correspondiendo a pacientes con ALJ sistémica.

**Conclusiones:** Los hallazgos de nuestras observaciones evidencian los cambios registrados en el manejo de los niños con enfermedades reumáticas a lo largo de los últimos 30 años. Los menores requerimientos de procedimientos especiales y la mejor capacidad funcional en el último decenio se correlacionan con el mayor uso de metotrexate y el advenimiento de los biológicos.

96

**VALORACION DE LOS NIVELES PLASMATICOS DE VITAMINA D Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.**

Aroca Briones E<sup>1</sup>, Rivero M A<sup>1</sup>, Earsman G<sup>1</sup>, Barreira J.C. Servicio de Reumatología Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad autoinmune crónica de compromiso multigénico que afecta principalmente a la mujer en edad fértil. La ausencia virtual a la exposición de la luz UV y la utilización de pantallas protectoras son recomendaciones en la práctica habitual. Recientemente se ha enfatizado sobre los efectos inmunomoduladores de la vitamina D en enfermedades autoinmunes, a través de su acción moduladora sobre el linfocito T y B, así como también sobre las células dendríticas facilitando su diferenciación y transformación en células maduras con bajo poder antigénico. Estas características convertirían a la vitamina D en un complemento esencial en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes. El objetivo fue evaluar las características clínicas y correlacionar los niveles plasmáticos de vitamina D con la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

**Población y Métodos:** Fueron incluidos 13 pacientes con LES mayores de 18 años, 12 mujeres premenopáusicas que cumplían los criterios ACR 1987. Cu al momento del estudio no presentaban enfermedad hepática activa y/o renal terminal. La media de edad al momento del estudio fue de 34.2 años (19-46), el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 85.1 meses (12-216). Se analizaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, dosis acumulada de corticosteroides, así como la utilización de inmunosupresores e inmunomoduladores. La actividad de la enfermedad se evaluó utilizando el índice de SLEDAI 2K dividiendo a la población en estudio con un score de 4 o más y los niveles plasmáticos de 25OH vitamina D fueron evaluados por método de RIA (incstar Co., MN, USA). Se consideraron tres situaciones en función del status de vitamina D, niveles óptimos los hallados por encima de 30 ng/ml, insuficientes por debajo de 9 ng/ml y deficientes entre 10-30 ng/ml. El análisis estadístico fue realizado utilizando el test de Spearman.

**Resultados:** La mediana de actividad valorada por SLEDAI fue 4 (0-23), el 30.7% (4/13) tuvieron un SLEDAI >4, el 69.2% (9/13) fue <4. La mediana de los niveles plasmáticos de 25(OH) vitamina D fue 15.9 ng/ml (6.4-34), el 76.9% (10/13) tuvieron valores de déficit, mientras que el 15.3% (2/13) presentaban valores de insuficiencia, solamente un paciente presentó valores óptimos de Vitamina D. Todos los pacientes con déficit de vitamina D presentaban un SLEDAI >4, solo en un paciente con niveles óptimos de vitamina D se halló un valor de (0) de SLEDAI. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos, entre la dosis promedio de esteroides, inmunosupresores, edad y tiempo de evolución de la enfermedad.

**Conclusiones:** En el número reducido de pacientes en nuestra población no se halló una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad, a pesar que se observó una tendencia a presentar valores más bajos de vitamina D en los pacientes que presentaban actividad de la enfermedad.

97

**SEGURIDAD Y EFICACIA DE RITUXIMAB ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICENTRICO INTERNACIONAL, EXPERIENCIA ARGENTINA.**

Aroca Briones E<sup>1</sup>, Strusberg I<sup>2</sup>, Paz S<sup>3</sup>, Lucero E<sup>4</sup>, Casado G<sup>5</sup>, Catalan Pellet A<sup>6</sup>, Pizzolatto R<sup>7</sup>, Babini A<sup>8</sup>, Solé J<sup>9</sup>, Barrera Jc<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Htal Británico de Bs As, <sup>2</sup>Centro Reumatológico Strusberg, Córdoba, <sup>3</sup>Centro Medico de Reumatología, Tucumán, <sup>4</sup>Centro de Investigaciones Reumatológicas, Tucumán, Atención Integral de Reumatología, Bs As, <sup>5</sup>Htal Rivadavia, Bs As, <sup>6</sup>Sanatorio Mayo, Córdoba, <sup>7</sup>Htal Italiano, Córdoba, <sup>8</sup>Roché S.A.Q e I, Arg.

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que potencialmente puede causar deformación articular, un amplio espectro de manifestaciones extraarticulares. Un adecuado control de la actividad de la enfermedad conduce a un deterioro estructural e incapacidad funcional. Drogas inductoras de remisión (DMARDs) administradas como mono drogas o combos en diferentes esquemas, así como los agentes biológicos anti TNF han contribuido a reducir la actividad de la enfermedad y/o inducir remisión. Es el objetivo del presente estudio evaluar la seguridad y eficacia de Rituximab en pacientes con AR activa que han fallado a otros tratamientos estándar previos (DMARDs y/o Anti TNF). **Población y métodos:** Se incluyeron 51 pacientes de los cuales 49 completaron el estudio. Media de edad 50.63 (DE:10.31) años, duración de la enfermedad 11.19 (DE: 7.19) años. Mediana de seguimiento de la población 11.7 meses (rango1.87-15.67). Estudio fase IIIb, multicéntrico, multicéntrico, no comparativo, en el que se evalúa la seguridad de un régimen de tratamiento con Rituximab 1000mg los días 1 y 15 más metotrexate 10 - 25 mg VO / semana. Los pacientes que obtuvieron una respuesta parcial en la evaluación de la semana 24 recibieron un segundo curso antes del año. Duración total del estudio 48 semanas y 72 semanas para los que se retiraron. Se evaluó la eficacia de la respuesta según la proporción de pacientes que alcanzaron al menos un 20, 50, o 70% de reducción en el número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones tumefactas y duración de la rigidez matinal a las 24 y 48 semanas. Se analizó la presencia de eventos adversos según el grado de severidad y su relación con la droga en estudio. **Resultados:** El 83%, 73.5% y 59.2% de los pacientes alcanzaron al menos un 20%, 50% y 70% de mejoría de los parámetros de eficacia respectivamente en la semana 24 y de 77.6%, 67.4% y 38.6% respectivamente en la semana 48. Veintitrés pacientes fueron retratados con una mediana de 8.87 (rango: 5 -11.9) y una media de 9.5 (DE: 1.32) meses hasta el retratamiento. Los eventos adversos (EA) relacionados con las infusiones fueron de grado leve I y II (21): náuseas (4), rash y prurito de fauces (3), hipotensión y disfonía (2) opresión y sequedad de garganta, disfonía, cefalea, poliartalgias, vómitos y edema palpebral en un caso. Solo un paciente requirió interrumpir transitoriamente la infusión, en el retratamiento el número de EA fue menor y de grados I, II. Los EA relacionados (no infusionales) I y II: infecciones (15), no se observó TBC, náuseas (2), Grado III-IV: Neumonitis (1). Se observaron 2 eventos adversos serios (EAS) no relacionados: quiste tubo-ovárico (1), aneurisma cerebral (1). **Conclusiones:** En esta población refractaria al tratamiento con DMARDs y/o anti TNF, la utilización de Rituximab contribuyó a mejorar el control de la actividad de la enfermedad y no se observaron EAS relacionados con la droga. El análisis del total de la población en estudio permitirá confirmar nuestros resultados.

98

**DETERMINACIÓN DEL VALOR NORMAL DE LA PRUEBA DE LA OBLEA PARA DETECCIÓN DE XEROSTOMIA**

Castaños Menescardi MS, Diaz Cuiza PE, Retamozo MS, Saurit V, Alvarezlos A, Cuestas E, Urbano L, Caero F. Servicio de Reumatología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Córdoba.

**INTRODUCCIÓN:** La xerostomía es un síntoma subjetivo que presentan los pacientes con disfunción de las glándulas salivales. Forma parte del síndrome sicca, caracterizado además por ojos secos (xerofthalmia). La xerostomía puede ser evaluada con distintos métodos, entre los que se incluyen sialografía, medición del flujo salival, centellografía salival y biopsia de glándula salival, que permiten reconocer causas funcionales o estructurales. La prueba de la oblea ha sido validada como método de evaluación en pacientes con xerostomía.

**OBJETIVOS:** Conocer el valor normal del tiempo de disolución de la oblea en personas sanas en nuestro medio. Conocer las variaciones según sexo y edad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes hombres y mujeres, entre 15 y 85 años de edad, sin enfermedades sistémicas crónicas ni síntomas de xerostomía o xerofthalmia, que no estuvieran recibiendo medicación en forma crónica que pudiera disminuir el flujo salival 48 horas previas al estudio, tales como glucocorticoides, antidepresivos, diuréticos, betabloqueantes, pilocarpina, hidroxiquinona, antihistamínicos o lágrimas artificiales. Los pacientes fueron evaluados en consultorios sin aire acondicionado ni calefacción, con una temperatura y humedad media de 25,4 °C (22-28) y 43,4% (31 a 50%) respectivamente. La oblea utilizada fue de harina, y sus dimensiones fueron: 3,4mm de diámetro, 1,0mm de ancho y con un peso de 0,285 gramos.

El tiempo de disolución fue medido desde el momento en que era colocada en la lengua (tiempo 0) hasta el tiempo en que la oblea era disuelta (tiempo 1). El investigador verificó durante cada minuto la presencia de la oblea al abrir la boca del paciente; a su vez éste informaba al investigador cuando la oblea estaba disuelta antes del tiempo de control. Método estadístico: Descriptivo para variables cuantitativas. Chi cuadrado para comparar variables categóricas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 100 pacientes, 89 mujeres y 11 hombres, con edad promedio de 55,66 años (entre 15 y 84 años). La edad promedio de las mujeres fue de 56 años y de los hombres fue 52,73. El tiempo promedio de disolución de la oblea fue de 1,78 minutos, ±1,14 (-0,51 a 4,07 minutos).

Se separaron por edad ambos sexos, en menores de 55 y mayores o igual a 55 años. El total de pacientes menores de 55 años fue 40 (35 mujeres y 5 hombres) y mayores o igual a 55 años fue de 60 (54 mujeres y 6 hombres). El tiempo promedio de disolución de la oblea en el 1er grupo fue de 1,29 ± 0,99, y de 2,09 ± 1,15 para el 2º grupo, con una diferencia estadísticamente significativa (p <0,001). No hubo diferencia significativa en cuanto al tiempo entre hombres y mujeres.

**CONCLUSIÓN:** el valor normal de corte para el tiempo de disolución de la oblea en pacientes adultos sanos fue de hasta 4,07 minutos, a partir del cual podemos considerar la presencia de xerostomía. El tiempo fue mayor en el grupo de pacientes de mayor edad.

99

**TEST DE LA OBLEA (TO): estudio para la detección de xerostomía en el síndrome seco.**

Retamozo MS, Diaz PE, Castaños MS, Saurit V, Cuestas E, Urbano L, Alvarezlos A, Caero F. Servicio de Reumatología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba (HP).

**INTRODUCCION:** El síndrome seco se caracteriza por síntomas asociados a la disminución de la función de las glándulas lagrimales y salivales. Los instrumentos para la identificación de xerostomía en individuos con síndrome seco incluyen: cuestionarios, test específicos y el test de la oblea.

**OBJETIVO:** evaluar el TO para la detección de xerostomía en pacientes (ptes) ambulatorios con síndrome seco.

**MATERIAL Y METODOS:** se incluyeron ptes con síndrome seco y con otras enfermedades (enf) autoinmunes diagnosticados en base a los criterios de clasificación aceptados, evaluados en el centro participante (HP) y emparejados con controles sanos según sexo y edad, mayores a 18 años a partir de mayo de 2008. Cada pte completó un cuestionario para síndrome seco validado (Consenso Europeo Americano 2002). El TO fue considerado positivo si el tiempo de disolución era ≥ a 4,07 minutos de acuerdo al estudio realizado en ptes sanos de nuestra población. Simultáneamente se les realizó test de Schirmer 1 (TS). Criterios de exclusión: enf sistémicas, ptes que estuvieran tomando antihistamínicos, antidepresivos, beta bloqueantes y diuréticos. Método estadístico: Descriptivo para variables cuantitativas, tablas de frecuencia para variables cualitativas. Se utilizó chi cuadrado y Test exacto de Fischer para comparar variables categóricas. Test no paramétricos para comparar variables continuas.

**RESULTADOS:** Hasta septiembre de 2008 se incluyeron 99 ptes consecutivos con síndrome seco, de los cuales el 88,9% fueron mujeres. La edad media fue de 55,27 años (17-84). El 22,2% tenían SS, 36% Artritis Reumatoidea (AR) 7,1% Lupus eritematoso sistémico (LES), 4% Esclerodermia (ES), Hipotiroidismo en el 34,3%. Virus de la hepatitis C (VHC) 2%, sarcoidosis 1% y vasculitis 1% y el 10,1% no presentaba enf autoinmunes. La mediana del tiempo de disolución de la oblea fue de 4 minutos (Q1Q3: 3-7). El TO fue positivo en el 48% de los ptes con síndrome seco.

Tabla 1. Evaluación del TO positivo en ptes con síndrome seco.

| Variable (media)               | > 4 minutos           |
|--------------------------------|-----------------------|
| Edad (años)                    | 60                    |
| Tiempo de disolución (minutos) | 6,4 (IC 95%: 5,7-6,4) |
| SS                             | 63,6%                 |
| AR                             | 55,6%                 |
| LES                            | 42,9%                 |
| Hipotiroidismo                 | 50%                   |

Al comparar el tiempo de disolución del TO en ptes con xerostomía con TO positivo vs ptes con xerostomía con TO negativo la diferencia fue estadísticamente significativa (p < 0,0001).

El 57,6% refería xerostomía y xerofthalmia. El 79,8% refería xerofthalmia, 65,7% xerostomía y tumefacción parotídea en el 17,2%. La xerostomía se asoció con un TO prolongado con un OR de 5,02 (IC 95%: 2,03-12,3), xerofthalmia OR de 2,85 (IC 95%: 1,1-6,9) y tumefacción parotídea OR de 4,9 (IC 95%: 1,3-18,3) (p<0,05). El valor predictivo positivo (VPP) del TO en los que tuvieron xerostomía fue del 85% (IC 95%: 75%-95%) con un valor predictivo negativo (VPN) de 63% (IC 95%: 39%-67%).

**CONCLUSIONES:** en más de la mitad de los ptes con enf. Autoinmunes con síndrome seco el TO fue positivo. El TO fue significativamente más prolongado en ptes con xerostomía, el porcentaje de éstos tuvo un TO por encima del punto de cohorte validado con un VPP del 85% con lo que el TO positivo identifica ptes con una elevada probabilidad de xerostomía.

100

**Cronobiología:** La estimulación de fotorreceptores de células mononucleares periféricas humanas (CMPH) libera una sustancia que activa el sistema nervioso autónomo.

\*\*M. Fourcade \*\*Ana Badoya , V. E. Nahmed. *Inst. Inv. Méd. Alfredo Lanari, Fac. de Med., U.B.A.*

\*\* Dto Biología, C. B. C., U.B.A. \* Dto. Ciencias Biológicas, F.C.E.N., U.B.A.

**Introducción:** En diversas especies de organismos vegetales, invertebrados y vertebrados se ha observado la existencia de fotorreceptores que transducen señales ambientales por vía extrasensorial. Recientemente se ha postulado que moléculas de naturaleza pigmentaria como la hemoglobina y la bilirrubina pueden actuar, en mamíferos, como transductores de señales luminicas equivalentes a la clorofila y los fitocromos de vegetales (Science, vol 279, 1998). En trabajos previos realizados en nuestro laboratorio, se observó que las células mononucleares periféricas humanas (CMPH) son capaces de percibir la luz, y que la fotorestimulación de estas células afecta tanto la síntesis de ADN como el metabolismo de indolaminas. Una hipótesis atractiva, resultaría que las CMPH que perciben la luz en zonas expuestas a nivel extrasensorial, como por ejemplo la piel, producirían sustancias que actúen sobre el sistema nervioso autónomo.

**Objetivo:** Se estudió el efecto de luz de diferentes longitudes onda sobre fotorreceptores de CMPH y la producción de serotonina y melatonina, y la expresión del gen de opsinas y su acción sobre la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

**Materiales y métodos:** Sobrenadantes de cultivos de CMPH, en presencia o ausencia de luz, se inyectaron, por vía endovenosa, en ratas Wistar conectadas a un polígrafo para el control de la frecuencia cardíaca (FC) y de la presión arterial media (PAM). Test de Student pareado p<0,05.

**Resultados:** Los controles tuvieron una FC de 240 ± 5 lat/min y una PAM de 90 ± 3 mmHg. Los sobrenadantes de las células fotorestimuladas (CF) en dosis de 200 µl y 400 µl aumentaron en forma significativa, y durante 5 minutos, la FC a 270 ± 6 y 285 ± 3 lat/min, y la PAM a 100 ± 2 y 105 ± 3 mmHg respectivamente (P<0,01). Los sobrenadantes de las células mantenidas en oscuridad (CO) disminuyeron significativamente la FC a 210 ± 5 y 195 ± 3 lat/min y la PAM a 80 ± 2 y a 60 ± 5 mmHg (P<0,01).

**Conclusiones:** 1) Las CMPH tienen un sistema de percepción de la luz. 2) La fotorestimulación de las CMPH produce un estímulo que se traduce en una excitación que libera una sustancia activadora del sistema nervioso autónomo. 3) La oscuridad produce un efecto que podría ser inhibitorio del sistema simpático o activador del sistema parasimpático. 4) Este mecanismo extrasensorial podría explicar la persistencia del ritmo circadiano durante la ceguera. 5) En este trabajo demostramos que los efectos luminicos sobre las CMPH de distintas especies provoca estímulos diferenciales sobre el sistema nervioso autónomo de acuerdo al ritmo circadiano de la especie.

101

**Etanercept Intra-articular en pacientes con Artritis Reumatoidea (estudio Piloto Abierto)**

Substantiales pruebas basadas en evidencias revelan la efectividad de la medicación anti-TNF-alfa en el control de la inflamación y la sinoviomatología en el proceso de la Artritis Reumatoidea, indicado en su tratamiento una vez que han fallado los DMARDs. Algunos casos de AR tratados con anti-TNF- $\alpha$ , si bien controlan el cuadro general, alguna (s) articulación(es) persiste(n) con signos inflamatorios/algicos incontrolables que obligan a medidas terapéuticas anexas con el fin de lograr dominar ese proceso local que escapa a los beneficios generales de la terapia biológica subcutánea, sea por no lograr los niveles locales requeridos para bloquear el TNF-alfa disparado a nivel local. En lugar de utilizar esteroides localmente, se decide la utilización de un anti-TNF-alfa como ETANERCEPT (ENBREL) en dosis de 25mg por aplicación en una primera dosis quincenal y luego mensual en un total de 6 aplicaciones como máximo (promedio 3) por persona. El etanercept afecta al fenómeno inflamatorio en el punto crucial de inhibición del TNF-alfa afectando a Ly T, Ly B y PMN así como el tráfico celular local desde la circulación sistémica al sitio de inflamación persistente. A nivel local, la respuesta inmune pareciera tener efectos opuestos: suprimiendo T helper (Th) 1-tipo, y aumentando Th2-tipo. El predominio de respuestas Th1 parece jugar un rol importante localmente en la articulación con AR. **Objetivos:** El presente estudio intenta descubrir la efectividad terapéutica de Etanercept en una indicación no habitual como es la intra-articular en pacientes con AR, bajo tratamiento anti-TNF-alfa con articulaciones que no responden a la terapia general dentro del contexto general de buena respuesta en otros sitios articulares del paciente.

**Materiales y Métodos:** 26 pts fueron incluidos, llenando Criterios del ACR: 20 con inflamación resistente en rodilla, 3 en muñeca, 2 en tobillos y 1 en codo. Todas eran mujeres. Todos los pacientes tenían una excelente respuesta en las otras articulaciones afectadas pero por alguna razón desconocida el bloqueante TNF-alfa no actuaba en algunas articulaciones originando sólo por esta articulación una mala calidad de vida. Se realizaron inyecciones Intraarticulares (25mg por cada aplicación) en los siguientes tiempos: basal, semana 2 y luego 1 por mes, hasta el 6to mes, realizando una técnica similar a la infiltración corriente, cuidando la asepsia previa local. Se midió la actividad de enfermedad con escalantes de fase aguda (VES, PCR, FR, Hemograma completo). Se midió también la circunferencia de la articulación afectada en cm (3 niveles superior, medio, y inferior), rango de movimiento de la articulación en cuestión, escala VAS para dolor, rigidez matinal, inflamación y dolor articular, status funcional articular por el WOMAC de OA validado para AR (3 variables de eficacia), Evaluación general global por el paciente y médico, necesidad de toma de analgésico/antiinflamatorios. Se realizó radiografía de la articulación y en algunos casos RMN. **RESULTADOS:** 24 pts obtuvieron una Buena respuesta general (p<0.05) sólo 2 casos no alcanzaron ningún cambio significativo en dolor, inflamación y otros parámetros. La respuesta fue evidente desde la primera inyección, tanto en inflamación/ dolor/ circunferencia en cm/ respuesta global paciente-médico/ y rango de movimiento. En la escala de dolor fue muy significativo el cambio (de 80mm basal a 25mm final, p<0.001) y disminuyó significativamente la toma de analgésico (anti-inflamatorio (p<0.001). La imagenología demostró disminución de la sinovitis, y del derrame articular. Salvo un caso con reactivación de dolor/inflamación, el resto de pacientes no demostró efectos indeseables ante la aplicación intra-articular. Creemos muy útil en casos similares a los nuestros la utilización de la vía intra-articular como un recurso valioso para control de articulaciones que escapan a la terapia sistémica. Deberán realizarse estudios controlados para confirmar estos alentadores resultados preliminares.

102

**Efectividad , tolerancia y seguridad de largo término (3 años)del Acido hialurónico intraarticular en OA de rodilla.-**

La artrosis de rodilla es la forma mas común de enfermedad articular y aqueja aproximadamente el 10% de hombres y 18% de mujeres sobre los 60 años. La viscosuplementación intenta corregir al menos, la elastoviscosidad perdida en OA en el líquido sinovial. Para ello estudiamos una población de 55 pts con OA de rodilla

**Tabla 1: datos demográficos- Dolor basal-tratamientos previos**

| Características(n:85)                                      | Media+DS o n(%)        | Efectos adversos: 2.8% |
|--|------------------------|------------------------|
| Edad(años)(rango)  | 60.1 + 13.9(32-93)     | Artralgia: 1 pts       |
| Sexo,n(%)  | H:35 M:50              | Dolor local: 1pt       |
| BMI (kg/m2)(rango)   | 24.9+/- 6.0(15.2-59.9) | Sinovitis: 0 pt        |
| Trat. Previos:debian haber sido tratados c/+ de 1 droga    |                        | Rash piel: 1 pt        |
| Analgésicos:40%, AINEs:72%, GC:25%,otros:15%,nada:10%      |                        | Artritis: 1 pt         |
| Dolor basal:ninguno: 2, leve:10%, moderado:52%;severo:36%. |                        |                        |

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, a tres años con 55 pts de ambos sexos tratados con ácido hialurónico intraarticular , a razón de 2 series por año de 5 inyecciones cada una, en forma semanal 3 y 2 mensuales, protocolo que se repitió durante los 3 años. La incidencia de efectos adversos fue de 2.8% de los pacientes

**Resultados** Se observó un cambio significativo en dolor al año, 2 años y levemente significativo a 3 años (p<0.0001) al compararse con los datos basales. La mayoría de la población presentaba dolor moderado a severo antes de las aplicaciones(88%) y sólo dolor leve o sin dolor luego de la terapia( 80%). La mejoría era reportada desde el primer mes de tratamiento y en 49% se repetía la serie anual aún sin malestar. La opinión global de pts y del médico respectivamente fue: muy buena:32/29%; buena:48/58%; leve: 16/12%; mala:4/11% **Conclusión:** El tratamiento de la osteoartritis de rodilla con ácido hialurónico es una opción valdeara par con afectación en especial temprana , conun interesante rango de efectividad terapéutica y perfil de seguridad.

103

**AR Bajo Tratamiento con Infliximab y Valores de BMD: (2 años de seguimiento)**

El TNF es una importante citocina que inhibe un paso central del proceso inflamatorio con un rol preceps en AR. Se lo ha implicado en los pathways que conducen a pérdida de hueso sea subcondral como generalizada. El IFX es un atic monoclonal quimérico contra el TNF- $\alpha$  que inhibe las consecuencias inflamatorias del mismo basado en su exceso y ademas es un comprobado y efectivo tratamiento para la AR. La AR es una enfermedad sistémica, crónica autoinmune inflamatoria. Afecta primariamente a articulaciones generando erosiones osseas y destrucción articular El descenso progresivo de la DMO resulta en osteoporosis generalizada y esta bien definido en AR debido a, la enfermedad en si (por la inflamación) por la reducida movilidad y por el uso de glucocorticoides como tratamiento. **Objetivos:** Estudiar el efecto del tratamiento con Infliximab sobre la densidad mineral ósea en columna lumbar y cadera izquierda en pacientes con AR. **Características de los pts:**Sexo: M/F% (14-28.-%-38(71%); Edad:32 a 75; Previos DMARDs 52 (72%). Terapia concomitante: Baja dosis esteroidea de 5. a 7,5mg. 12%(10%) DMARDs(MTX o LFN: 52 (70%)

**Pacientes y Metodos:** 52 pts con AR llenando los criterios de ACR con enfermedad activa a pesar del uso correcto de DMARDs por al menos 6 meses de periodo. Los pts recibieron IFX EV en dosis de 3mg/Kg peso, en forma basal, a 15 días, a los 45 días y luego cada 8 semanas. La BMD fue medida en columna lumbar y en cadera antes del tratamiento con IFX y al año, 2 años posteriores bajo tratamiento. Se utilizó para la DMO la DMO por absorciometría fotónica dual (DEXA). Las alteraciones en la BMD se estimaron basal, al año y 2 años de comenzado IFX. **Resultados:** Una mejoría en la DMO de 1,31% y 1,15% en CL y cadera izquierda respectivamente fue observada luego del primer año con IFX. Luego de 2años la DMO permaneció estable en ambos sitios con una tendencia a mejoría (1,42% en CL y 1,25% en cadera). La correlación de la DMO con la mejoría en VES PCR, DAS-28 y HAQ fue observada cronológicamente

|      | Cambio DMO LS % | Cambio DMO cadera |
|------|-----------------|-------------------|
| Año1 | +1.35           | +1.15             |
| Año2 | +1.42           | +1.26             |

**Discusión:** Los efectos del IFX en la DMO conducen a los siguientes resultados. Parece tener un efecto positivo sobre el metabolismo mineral mejorando al menos la pérdida permanente en BMD inhibe el deterioro de DMO A los 2 años de tratamiento con IFX resultan en una consistente concordancia con reportes demostrando no cambios o incrementos en DMO y teniendo un efecto benéfico sobre la metabolismo óseo especialmente en pts con AR tratados con IFX. **Conclusiones:** El uso de IFX en AR ejerce efectos benéficos en los signos y síntomas de la enfermedad y aparentemente inhibe los cambios decrecientes de la DMO. SE debe estudiar los efectos del tratamiento con mayor población y a largo termino para corroborar estos datos preliminares

104

**EXPERIENCIA CON ANTI TNF $\alpha$  EN LA PROVINCIA DE SAN JUAN**

Moreno JLC, Oliva JA, Pardo Hidalgo RA, Ruiz Sarmiento OA, Hospital de G. Rawson, Marcial Quiroga y Rizo Eparza- Centro de Rehabilitación CER San Juan y Centro Privado de Reumatología

**INTRODUCCION:**

Desde 1997, el advenimiento de anticuerpos monoclonales dirigidos contra el TNF $\alpha$  y bloqueantes del receptor soluble del mismo, cambiaron drásticamente el pronóstico de la artritis reumatoidea (AR). La respuesta observada en ensayos controlados puede ser diferente de la observada en la práctica clínica.

**OBJETIVO:** Analizar retrospectivamente la experiencia recogida, en la asistencia pública y privada, por un consorcio de reumatólogos de nuestra provincia en el uso de agentes biológicos anti TNF  $\alpha$ .

**MATERIAL Y METODOS:** Se analizó una base de datos conformada por 790 pacientes con diagnóstico de AR asistidos por cuatro reumatólogos de tres hospitales públicos y dos centros privados de la provincia. El periodo elegido para el análisis fue desde el 1 de agosto de 2002 al 30 de agosto de 2008.

**RESULTADOS:**

Se detectaron 115 pacientes (14.68%) que iniciaron tratamiento con antiTNF $\alpha$  de los cuales 92(80%) fueron mujeres. El promedio de edad fue 47,86 años (16-71). El 100% tenían erosiones por radiología y el 97% fueron seropositivos.

Al momento del inicio del tratamiento con el anti TNF $\alpha$  el promedio de evolución de la enfermedad fue de 13,95 años.

El 41.7% (48) recibieron etanercept, 31.3% (36) adalimumab y 26.9% (31) infliximab. La PPD se efectuó en 100% de los que recibieron infliximab, 83% de etanercept y 44 % de adalimumab. Al 100% se le realizó Rx. de tórax.

Como DMARD previo el 99,14% de los pacientes recibieron metotrexato (MTX) con una dosis promedio de 17,45 mg semanales y 66(57,4%) recibieron dos o más DMARS.

Del total de pacientes que iniciaron tratamiento permanecen actualmente 84 (73,7%). Ocho(6.9%) pacientes recibieron un segundo anti TNF $\alpha$ .

Cuatro(3,4) % tuvieron infecciones mayores y 3 (2,6%) menores que pueden ser atribuidas al uso del anti TNF.

Un paciente desarrolló insuficiencia cardíaca. Tres fallecieron: uno por infección y los restantes por causas no relacionadas al tratamiento.

**Conclusiones:** Los antiTNF $\alpha$  fueron seguros, con una tasa de infecciones baja y aceptable. El 10%(16) de pacientes discontinuaron por falta de provisión.

No se registró ningún caso de TBC. Se observó una tendencia, en los últimos años, de indicarlos más tempranamente.

105

**TRATAMIENTO DE LAGOTA EN SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA**  
(relación con normas de tratamiento)  
Dres: Arana C.H.; Alonso M.A.; Correa C.  
Unidad de Reumatología Hospital Interzonal Dr Alejandro Korn La Plata

**Objetivo.**

Asentar la concordancia del manejo de la enfermedad Gotosa crónica en nuestra población hospitalaria con las recomendaciones del año 2006 en el manejo de la Gota.

**Método.**

Un cuestionario escrito de antemano, fue enviado a tres médicos de medicina general para asentar pacientes mayores a 21 años con posible Gota. Los pacientes con posibilidad de padecerla fueron reunidos para evaluación clínica. Se verificó el diagnóstico. Se dieron indicaciones del manejo de la Gota, que incluan: -recomendaciones de cambio del estilo de vida, -uso de hipouricemiantes, -uricemia, -profilaxis de ataque agudo, y la no ingestión de diuréticos. Todo relacionado con las recomendaciones del año 2006.

**Resultados**

Fueron vistos en total 10266 pacientes de los cuales el 30% presentaba signosintomatología de posible enfermedad Gotosa. Ataque de Gota aguda reportaban 332 y en 254 se dieron indicaciones terapéuticas. Se confirmó el diagnóstico de gota en 123 pacientes. Las indicaciones de dieta se hicieron en 28%, disminuir el peso 32%, consumo de alcohol 43%. Se uso Allopurinol en 42%(de los cuales el 65% usaba dosis de 300 MG). La uricemia fue más baja en los pacientes tratados con Allopurinol que los que no lo tomaban. Y fue menor a 6 MG en los que tomaban. En paciente con Gota ocasionada por diuréticos (20 pacientes) el 50% lo suspendió

**Conclusión.**

El tratamiento de la Gota crónica no concuerda con las reglas de 2006. El cambio de estilo de vida es infrecuentemente indicado. El Allopurinol es usado por una minoría. Un persistente aumento de la uricemia fue visto en pacientes que no tomaban Allopurinol. En los que lo usaron se sugiere que dosis sup. a 300 MG son necesarias para mantener la uricemia en nivel de 6mg o menos

106

**ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEINAS ASOCIADA A LES**

Pena C., Salas A., Aguirre M.Y., Pendón G., García M.A., Babini J.C., Arturi A.S., Marcos J.C., Ruta S.  
Servicio de Reumatología del Hospital "General San Martín" de La Plata, Bs. As. Argentina.

**Introducción:** La enteropatía perdedora de proteínas se asocia a vasculitis mesentérica o intestinal, incremento de la permeabilidad de los capilares mediado por complemento o citoquinas así como a la presencia de linfangiectasias.

Se diagnostica por la presencia de un elevado clearance de alfa 1 antitripsina en materia fecal o albúmina sérica marcada con Tectico 99. La respuesta a inmunosupresores y la ausencia de otro diagnóstico alternativo sugieren que la enteropatía esta relacionada con la actividad de la enfermedad.

**Objetivo:** describir un caso de enteropatía perdedora de proteínas asociada a LES.

**Caso clínico:** paciente de sexo femenino de 17 años de edad, con reciente diagnóstico de LES (eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales, alopecia, FAN 1/640, aCL IgM 36 U/mL. En tratamiento con 40mg/día de me-prednisona e hidrocortolona 200 mg/día, fue admitida para estudio de síndrome ascítico edematoso.

Presentaba como antecedentes dolores abdominales recurrentes, episódicos, autolimitados asociados a diarrea de más de 3 años de evolución.

**Laboratorio:** Hto 36%, Hb11 g/dl. Recuento de Blancos 17300/mm3, plaquetas 67 000/mm3, ERS > 120 mm/h, PCR 7,6 mg/dl, creatinina 0,71mg/dl, colesterol 336mg/dl, LDH 600 U/L, proteínas totales 3,5 g/L, albúmina 0,87g/L, clearance de creatinina 86 ml/24hs, proteinuria negativa, C3 75mg/dl, C4 14 mg/dl. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal y TAC: ascitis, derrame pleural y pericárdico. Coprocultivo y Coproparasitológico: negativos. Anticuerpos para enfermedad celíaca negativos. Clearance de alfa 1 antitripsina 1040 ml/24hs (< 30 VN). Prueba de elastasa y esteatorrhea normales. VEDA: gastropatía erosiva. Colonoscopia: mucosa congestiva y edematosa con patrón vascular alterado compatible con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Biopsia de antro y cuerpo gástrico:** gastritis crónica moderada con marcado edema de lamina propia foveolar y tinción negativa para Helicobacter Pylori  
**Biopsia bulbo duodenal:** duodenitis crónica inespecífica con conservación de la relación criptovelocitaria y edema colónico. **Biopsia de colon y recto:** colitis crónica activa con edema colónico. **Ecodoppler de vasos espláncicos y AngioRNM de abdomen normales.**

**Ante el diagnóstico de Enteropatía perdedora de proteínas asociada a LES,** se inicia tratamiento con corticoides 1 mg/Kg/d, y ciclofosfamida iv 500 mg cada 15 días durante 3 meses. Presentó evolución favorable, con disminución del número de deposiciones, edemas, perfil bioquímico y clearance de alfa 1 antitripsina (26 ml/24 His mg). Continuó tratamiento de mantenimiento con azatioprina 2 mg/Kg/d, me-prednisona 8mg/d, hidrocortolona 6,5 mg/Kg/d, calcio, vitamina D y tratamiento antiagregante.

**Conclusión:** Se destaca la relevancia de la sospecha clínica de una manifestación infrecuente de la enfermedad como la enteropatía perdedora de proteínas, pero pasible de tratamiento inmunosupresor, teniendo presente que el diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías del tracto gastrointestinal, ausencia de pérdida de proteínas por orina, estados carenciales, o de enfermedad hepática.

107

**"CONDROCALCINOSIS Y ARTROPATIA DEGENERATIVA COMO MANIFESTACION REUMATOLÓGICA ASOCIADA A HEMOCROMATOSIS."**

Autores: \*Castro de Delrio, G., \*\* Cardozo, N., \*\*Eichenique, J., \* Delrio, D.

\*Servicio de Reumatología, \*\* Radiología, \*\*\* Clínica Médica.

Hospital Larcade U.D.H. San Miguel, Prov. de Bs. As.

**Introducción:** Se presentan dos pacientes con diagnóstico de Hemocromatosis, enfermedad genética (la forma de herencia es autosómica recesiva, con el gen responsable ligado al locus HLA-A en el brazo corto del Cromosoma 6) caracterizada por el aumento de la absorción intestinal de hierro que ocasiona el depósito anormal en los tejidos. Se presenta en el hombre con una frecuencia de 5 a 1 con respecto a la mujer, presentando manifestaciones hepáticas (que pueden llevar a la cirrosis), cardíacas (miocardiopatías, arritmias, insuficiencia cardíaca), endócrinas (hipogonadismo, diabetes), cutáneas (hiperpigmentación grisácea de la piel), reumatológicas (artropatía degenerativa, condrocalcinosis, osteoporosis).

**Caso Clínico 1º:** paciente sexo femenino, 65 años en estudio por Gastroenterología por hepatopatía crónica (Ecografía hepática: compatible con hepatomegalia predominio izquierdo, esteatosis hepática) con diagnóstico de Hemocromatosis. Laboratorio: Ferritina 1.650 ng/ml, saturación de transferrina de 70%, ferremia 300 mcg%, TGP 70, TGO 66, serología para hepatitis B y C (-), ASMA (-), AMA (-), Latex (-), Fan (-). Derivada a Reumatología por artralgias en manos y muñecas. Como antecedente refiere episodio de artritis en rodilla derecha hacen diez años, con diagnóstico de pseudogota por cristales de pirofosfato de calcio tratada con aine y colchicina.

Al ingreso se solicitan Rx. que presentan calcificación prominente del cartilago hialino en rodillas, sínfisis pubiana, ligamento triangular del carpo, coxofemorales y en ambos pies la 3ª cuña.

calcificación del tendón de Aquiles acompañado de artropatía degenerativa.

**Caso Clínico 2º:** paciente de 60 años, hepatopatía crónica, esteatosis hepática por PBH. Laboratorio: Ferritina 887.6 ng/ml, saturación de transferrina de 65%, TGO 55 U/L, TGP 77 U/L. Estudio genético: Test HFE Heterocigoto para la mutación (+) para H63D. En tratamiento actual con Flebotomía. Por presentar artralgias con predominio de manos y rodillas se le solicitan radiografías que evidencian osteoartritis en manos segunda y tercera metacarpofalángicas, pizamiento radiocarpiano.

Densitometría ósea por DXA: columna lumbar L2- L4 T-score: -3, Z-score: -2.7, cuello femoral izquierdo T-score: -2.5; Z-score: -1.5.

**Conclusiones:** La Hemocromatosis se asocia a la condrocalcinosis en un 15 a 30% de los casos.

Los depósitos de pirofosfato de calcio se localizan a nivel de rodillas, sínfisis pubiana, muñecas (ligamento triangular del carpo, discos intervertebrales) pudiendo provocar episodios de artritis aguda (seudogota). La condrocalcinosis que acompaña a la Hemocromatosis se caracteriza por un mayor compromiso de la sínfisis pubiana.

El hallazgo de condrocalcinosis o artropatía degenerativa a nivel de metacarpofalángica de 2º y 3º dedos debería plantear como diagnóstico diferencial Hemocromatosis ya que el tratamiento precoz de ella evita llegar a una etapa tardía de cirrosis hepática y eventual carcinoma hepático.

108

**PANICULITIS LOBULILLAR GENERALIZADA Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO**

**Introducción:** Las manifestaciones cutáneas frecuentes del Síndrome Antifosfolípidos incluyen: livedo reticularis e isquemia digital. El hallazgo de paniculitis, ocurre raramente en el curso de Lupus Eritematoso, y positividad para anticuerpos anticardiolipinas fue excepcionalmente reportada en presencia de estas lesiones.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 42 años de edad que consulta a nuestra unidad por presentar migraña, pérdida de 13 kilos de peso en 2 meses, fotosensibilidad, fenómeno de Raynaud en manos, nariz y orejas; este cuadro clínico, acompañado de úlceras recidivantes en miembros inferiores de 5 años de evolución, en tratamiento con Clostazol 100 mg/día con mala evolución. Al examen físico se constata: Tº: 36.2 C; FC: 68 por min; TA: 120/90; FR: 16 por min. Cardiovascular: R1 aumentado y desdoblado en foco mitral; soplo sistólico en foco aórtico; R2 presente; choque de la punta palpable. Pulsos poplíteos (+) bilateralmente; pulsos pedio y tibial posterior izquierdo disminuidos. Cutáneo: úlceras de variable diámetro (2 a 15 cm), localizadas en ambos miembros inferiores, con bordes netos ocre-purpúricos, fondo eritematoso - limpio y profundidad hasta fascia muscular en la mayor de ellas.

Se realizaron estudios complementarios: VSG: 52 mm/h; Hto: 41%; Hb: 13.8 mg/dl; GB: 7.930 mm3 (N 70% - L 25.8%) Plaquetas: 308.000 mm3; Glucemia: 75 mg/dl; Urea: 40 mg/dl; Creatinina: 0.94 mg/dl; hepatograma: normal; Orina: normal; IgG: 2.200 mg%; IgM: 299 mg%; IgA: 660 mg%; C3: 136; C4: 25; Crioglobulinas (-); FR (-); FAN (-); ANCA (Pr3-MP0) (-); Anticoagulante lúpico: (+); Anticardiolipinas: IgG (75ugpl), IgM (227 uppl); RoI La: (-). Serologías: virus de hepatitis (-), VDRL (-); HIV (-); EBV (-).

Ecografía Doppler de miembros inferiores: engrosamiento de la íntima en arterias femorales y poplíteas, bilateralmente. Signos de insuficiencia venosa superficial en ambos miembros inferiores. Imágenes de trombosos con recanalización en venas poplíteas, perforantes permeables. Se realiza diagnóstico de Síndrome Antifosfolípidos primario (SAFP).

Biopsia de Piel. Cortes histológicos que muestran tejido cutáneo revestido por epitelio pavimentoso queratinizado y epidermis con morfología conservada. A nivel de dermis papilar y reticular se observa, moderado infiltrado inflamatorio mononuclear a predominio perivasculares.

Abundante infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear que compromete el tejido adiposo con sepsos preservados. Diagnóstico: Pnevsculitis linfocitaria, Paniculitis lobulillar.

**Conclusiones:** reportamos un caso de paniculitis/ perivasculitis y Síndrome Antifosfolípidos. Pese a investigaciones realizadas para el hallazgo de Lupus Eritematoso u otras enfermedades sistémicas e infecciosas asociadas, nuestra paciente solo presentó evidencias de SAFP como único rasgo acompañante de paniculitis, no obstante el tiempo de evolución.

Es el segundo caso reportado de paniculitis y Síndrome Antifosfolípidos Primario (SAFP), dentro de nuestros conocimientos.

La paciente inició tratamiento con prednisona 25 mg/día y acenocumarol (RIN 2.5) con mejoría inicial de las lesiones cutáneas.

109

**HIPERINFECCIÓN FATAL POR STRONGYLOIDES EN DERMATOPOLIMIOSITIS – PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**AUTORES:** romano o, nógalo a. Unidad de Reumatología- Servicio de Dermatología-Hosp. De Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda.- Fac. de Medicina –U.N.T.- S.M. de Tucumán

**Introducción:** La Dermatopolimiositis son miopatías inflamatorias dentro de un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por debilidad muscular proximal e inflamación no suprativa del músculo esquelético, y consideradas como preneoplásicas. El *Strongyloides stercoralis*, es un parásito muy pequeño que vive en el interior de la mucosa del intestino delgado, principalmente en duodeno y yeyuno.

**Objetivo:** Presentar un caso de Dermatopolimiositis clásica, donde se descartó patología neoplásica, y ante la inmuno supresión esteroidea y de citotóxicos, el desenlace fue fatal por la hiperinfección del parásito.

**Materia y Método:** Paciente de sexo femenino, 44 años de edad, oriunda de Río Colorado, pueblo interior de Tucumán, ingresa a la sala el 28/12/2007, derivada por dermatóloga con diagnóstico de Dermatopolimiositis clásica: importante rash eritemato-violáceo localizado en cara, V del escote, tórax y miembros inferiores, con biopsia de piel, → discreta hiperqueratosis en la dermis, con infiltrado linfocitario leve, de 4 meses de evolución. Presentaba Heliotropo, signo de Gottron, prurito generalizado, pérdida de fuerza muscular en miembros superiores con conservación de las inferiores para la deambulacion. Se realiza PAP –normal; mamografía –normal – eco Abdo y ginec –normal. Rx de tórax normal, BAAR (-). Se solicitan enzimas musculares dando CPK 1800 U/L (VN: 10-70 U/L). Se comienza con Metil prednisona 40 mg/día, con excelente respuesta. Se da de alta hospitalaria por las fiestas de fin de año y el 05/01/08 reingresa con la misma sintomatología. Se solicita HIV (-) FAN (+) HOMOGÉNEO >1/200, DNA (-) C3: 204mg/dl (VN84 a 193 mg/dl) CPK :309 U/L. EMG de los 4 miembros donde informan: severo compromiso muscular con abundante potenciales de denervación y gran pérdida de unidades motoras. Se aumentan dosis de esteroides a 60 mg/día y se inicia azatioprina 50 mg/día, con escasa respuesta clínica. La paciente comienza con alteraciones respiratorias, → espirometría defecto respiratorio severo con compromiso de las pñas, vías aéreas, y tos con expectoración sanguinolenta, se manda a cultivar, y se obtiene el *Strongyloides Stercoralis*. Se deriva a un Hosp., con Unidad Respiratoria y a los 3 días la paciente fallece.

**Discusión:** El *Strongyloides Stercoralis* es un parásito del grupo de nematodos, ingresa al organismo por la piel y se reproducen en intestino. Hasta el 50% de las infecciones leves en personas inmunocompetentes pueden ser asintomáticos pero cuando hay déficit de la inmunidad mediada por células, más inmunosupresores se produce una hiper infección. Ésta hiper infección fue documentada en Tucumán en más de 70 pacientes con alteraciones pulmonares –Serv. De Neumología - pero no en enf. Autoinmunes.

**Conclusión:** Nuestro mensaje es PENSAR en PARASITOSIS en pacientes que provengan de zonas endémicas, y realizar en forma rutinaria una búsqueda de los mismos antes de iniciar el tratamiento con inmunosupresores.

110

**LUPUS DISCOIDE EN PARPADOS**

**Cosatti M, Ponzone L, Chiganer E, Roteta Rocamora J, Paolini MV, Fernandez Romero D.** Unidad Inmunología. Hospital Carlos G. Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

**Introducción:** El LED es la forma más frecuente de lupus cutáneo crónico, afecta al 20% de los pacientes con LES. Sin embargo, sólo el 5% de los pacientes con LED desarrollará LES. Predomina entre los 20 y 40 años, con una relación mujer-hombre de 2 a 1.

**Objetivo:** Dar a conocer una forma de presentación atípica de LED.

**Materiales y métodos:** Se realizó una revisión en la literatura de las características del LED y se evaluó la forma de presentación y posterior evolución clínica de una paciente con dicho diagnóstico, en seguimiento en la Unidad de Inmunología.

**Caso clínico:** Paciente de 46 años de edad, con reciente seguimiento en nuestra Unidad y diagnóstico de LED desde 1989.

Comenzó en la adolescencia con una lesión deprimida y con telangiectasias en región retroauricular izquierda, de extensión lenta hacia región preauricular ipsilateral, con edema bipalpebral y eritema en ambos ojos. Dichas lesiones progresaron a máculas hipocrómicas y eritema en bordes, con induración de la piel e imposibilidad de oclusión palpebral bilateral.

En el 2005 agregó al cuadro clínico síntomas sicca (xerofthalmos, xerofalmia y dispareunia) y fenómeno de Raynaud.

En el laboratorio inmunológico realizado durante el 2006 se informó ANA 1/160 (nuclear granular fino), el anti-DNA, anti-Ro/La, anti-Sm y anti-RNP fueron negativos.

La biopsia de piel realizada en el 2007 fue compatible con LED.

**Comentario:** El LED se caracteriza por placas con eritema, escama y atrofia que asientan con preferencia en sitios expuestos a la luz solar y en cuero cabelludo. Tienden a expandirse con inflamación hacia la periferia y cuando curan, dejan cicatrices centrales, atrofia, telangiectasias hiper o hipopigmentación y alopecia cicatricial en cuero cabelludo. Raramente afecta palmas y plantas donde suele tomar aspecto erosivo y doloroso.

El LED puede ser localizado si las lesiones afectan zonas de exposición solar: cabeza y cuello, o generalizado cuando afecta además otras áreas, y puede estar o no comprometida la extremidad cefálica. Este último puede asociarse a alteraciones hematológicas y/o serológicas, con mayor riesgo de evolución a lupus sistémico.

La banda lúpica se presenta en el 50 al 100% de los pacientes con LES que presentan piel lesionada.

La anatomía patológica de las lesiones revela hiperqueratosis, oclusión de folículos, cambios vasculares en la capa basal e infiltración de mononucleares en la unión dermo-epidérmica. El tratamiento habitual se basa en medidas de fotoprotección y fármacos inmunomoduladores como la hidroxycloquina.

El compromiso de párpados en infrecuente, pudiendo producir cicatrización, secuelas funcionales y deformaciones palpebrales cuando no es debidamente tratado.

**Conclusión:** Es importante el correcto diagnóstico de LED e instaurar el tratamiento, a fines de evitar el desarrollo de comorbilidades que afecten la vida de los pacientes.

111

**RECIDIVA DE VEGETACION VALVULAR MITRAL EN SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO.**  
Musurana J, Cavallasca J. Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital José B. Iturraspe. Santa Fe. Pcia de Santa Fe.

**Introducción:** Las vegetaciones y la endocarditis pseudo-infecciosa son manifestaciones cardíacas infrecuentes del síndrome antifosfolípido (SAF).

Presentamos el caso de una paciente con una masa valvular mitral con recidiva de la misma luego de su extirpación quirúrgica.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años que presentó en mayo del 2007 cuadro neurológico considerado como accidente isquémico transitorio (TIA). RMN de encéfalo: microisquemias subcorticales en ambos hemisferios cerebrales. Angiorresonancia normal. El ecocardiograma transefágico mostró una masa de 0.47cm., implantada en la cara auricular de la valva posterior mitral, compatible con "fibroelastoma papilar". Hemocultivos negativos. Se realizó cirugía cardíaca con resección de tumoración. Diagnóstico anatomopatológico: endocarditis sobre degeneración mioide valvular de ambas valvas de válvula mitral. La paciente fue anticoagulada en forma oral durante cuatro meses. Tres meses después de suspendida la anticoagulación, presenta otro TIA.

En el ecocardiograma transefágico de control se vuelve a observar una masa de 0.51cm similar a la anterior, implantada en la cara auricular de la valva anterior mitral, compatible con fibroelastoma papilar.

No tenía antecedentes gineco-obstétricos, ni de trombosis arterio-venosa; no obstante frente a la fuerte sospecha de SAF se solicitan anticuerpos anticardiolipinas (ACA) inhibidor lúpico (L). Laboratorio: FAN (Hep-2): (+), AC anti-DNA n (-), ACA: IgG: 184.03 UGPL/ml, IgM: 196.2 UGPL/ml, IL (+), C3: 113.3 mg% (vr: 84-193), C4: 19.3 mg% (vr: 20-40). Frente a la recidiva de vegetación mitral se decide por conducta quirúrgica expectante y reinicia anticoagulación oral. Laboratorio tres meses después: ACA IgG: 72.3 UGPL/ml, IgM: 98.5 UGPL/ml. Anti-B 2-GP 1 - IgG: 120 unidades (vr: > 20 positivo), IgM: 19 unidades.

Luego de cinco meses de anticoagulación, el ecocardiograma-transefágico mostró resolución completa de la vegetación mitral, evitándose de esta manera una segunda cirugía cardíaca.

**Conclusión:** Este caso evidencia que la suspensión precoz de la anticoagulación puede condicionar recidivas de la patología cardíaca, agregando morbi-mortalidad.

112

**SEPSIS A ESTAFILOCOCO VS LUPUS SISTEMICO UN PROBLEMA DIAGNOSTICO**

**AUTORES:** Yöchler A, Yöchler R, Sanchez C, Garrone M, Calvo P, Domínguez A, Collado A, Fernandez P. HZGA " Simplemente Evita" Gonzalez Catan, Gárraz Catan, Malvinos de Malvinos de Merlo

Paciente de 18 años que ingresa por fiebre, astenia, lesiones vasculíticas en miembros inferiores, en el contexto de maniobra abortiva un mes antes de su ingreso.

Al examen presenta lesiones vasculíticas en miembros inferiores, sopleo sistólico eyectivo en foco mitral, taquipnea, taquicardia y esplenomegalia.

Por laboratorio: Bcos 4500 Hto 18 plaq 177000 ESD 120 Coombs + Urea 55 Creat 1,38 RxTx ICT aumentado, aumento de trama intersticial. ECG sin patología.

Se interpreta el cuadro como endocarditis infecciosa y se inicia tratamiento antibiótico.

Eco 2 D: no vegetaciones ni derrame pericárdico. Eco abdominal: leve esplenomegalia.

Hemocultivos por cuatro, urocultivo y cultivo de esputo todos negativos, incluso Barr negativo.

A los once días de internación intercorre con insuficiencia cardíaca, caída del Hto a 14 %, acidosis metabólica, pasando a UTI. Evoluciona con fiebre y poliadenopatías cervicales, supraclaviculares y axilares, compromiso hemodinámico y acidosis metabólica. Se penúltima.

Eco 2D: Dm de cavidades aumentadas, motilidad parcialmente conservada, abombamiento de valva posterior mitral, moderado derrame pericárdico.

TAC Tx abdomen y pelvis: Múltiples imágenes ganglionares yuguloocrotóideas, cervicales supraclaviculares algunas con necrosis y degeneración quística central. Infiltrados intersticiales difusos bilaterales a predominio ambos lóbulos superiores e inferiores con engrosamiento cistura izquierda y tracto denso fibroso basal izquierdo. Bazo 130 mm y adenopatías retroperitoneales e inguinales.

Serología positiva para citomegalovirus. Hemocultivos positivos para estafilococo lugdunensis.

Eco Transefágico sin vegetaciones ( al mes de su ingreso), y después del cumplimiento antib.

Alto cateter días de tratamiento antibiótico: edema facial, dolor articular, abdominal y ascitis con deterioro de la función renal, oliguria y proteinuria de 0,86 gr en 24 hs. Cultivos negativos

Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa intracapilar difusa.

Colagenograma: ESD 67 PCR + Latex AR neg R Ragan Neg ASTO 250 C3 31 C4 8,4 (disminuidos) FAN 1/2560 moteado anti dna 1/160 Anca neg Aca neg Inhibidor lúpico neg

Serología hepatitis B y C neg. Eco abdominal : riñones con ecogenicidad aumentada y alteración corticomedular.

Con diagnóstico de lupus sistémico se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisona 1 gr día por tres días y luego meprednisona a 1 mg /kg/peso/día. Se inicia pulso de ciclofosfamida 1 gr ev en forma mensual por 6 meses con buena evolución.

Diagnóstico Sepsis a estafilococo lugdunensis, lupus sistémico y glomerulonefritis.

Comentario: El estafilococo lugdunensis es un estafilo coagulasa negativo y es excepcional como causal de shock tóxico dependiendo de la virulencia de la cepa, la presencia de enterotoxinas o de la predisposición del huésped. Las infecciones pueden ser el detonante de fenómenos pseudovasculíticos o ser el inicio de una enfermedad sistémica pero diferenciarlas en su debut se hace difícil provocando demoras en el diagnóstico y en el tratamiento.

113

**ESPONDILOARTROPATIA INDIFFERENCIADA: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y LA EVOLUCION DE SU RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE SACROILIACAS LUEGO DE TERAPIA ANTI TNF- $\alpha$**   
 Autores: Helling C., Blasi A R\*\*, Mysler E\*, Tate G\*  
 (\*Organización Médica de Investigación, \*\* Centro de Diagnóstico Dr. E. Rossi. Buenos Aires)

Varon de 38 años que consulta en Enero de 2007 por lumbalgia no de reposo. Antecedentes de coxalgia izquierda desde el año 2000, conjuntivitis aislada y fisura anal crónica. Al examen físico: dolor a la movilidad lumbar con Schober de 6 cm.  
 Laboratorio: rutina completa normal. VSG 6mm/H, PCR 0.2 mg/dl. FAN, HLA B27, VDRL, HIV, serología de hepatitis B y C, Ac antiendomisio y antitransglutaminasa negativos.  
 Radiografías: columna lumbar y sacroiliacas normales. Se le indican AINES y se solicita RMN que muestra: sacroileitis bilateral asimétrica sin erosiones óseas, columna lumbar normal. Entre los meses de febrero y agosto recibe diferentes AINES con escasa respuesta clínica. Se detecta microhematuria y presenta cultivo de hisopado uretral positivo para N. Gonorrhoeae que se negativiza luego de 5 días de quinolonas.  
 En Setiembre de 2007 presenta conjuntivitis unilateral que mejora con acetato de prednisolona tópico, se descarta Uveítis. Continúa con dolor lumbar y agrega clática a predominio izquierdo, con maniobras de Patrick y Favere positivas. Inicia Sulfasalazina a dosis creciente hasta 3 gr/ día que mantiene por 3 meses sin mejoría.  
 Continúa igual y en noviembre de 2007 se solicita una nueva RMN que evidencia: sacroiliacas con extenso edema que compromete la médula ósea bilateralmente a predominio izquierdo columna lumbar normal.  
 Se estudia colon e intestino delgado y solo se diagnostica rectitis inespecífica por biopsia. Se le practica reparación quirúrgica de la fisura anal, e infiltración de ambas sacroiliacas con esteroide de depósito que no resulta efectiva. Inicia meprednisolona 8 mg/día/oral, sin alivio de los síntomas.  
 En Febrero de 2008 comienza tratamiento con Etanercept 50 mg/ semana. Presenta: VAS de dolor 90mm, BASDAI 5.61, BASFI 4.40. Luego de 3 semanas manifiesta clara mejoría y comienza el descenso de esteroides, que suspende a las 6 semanas del inicio de la terapia anti TNF- $\alpha$ . Se constatan maniobras de Patrick y Favere negativas.  
 En agosto de 2008, luego de 24 semanas medicación biológica presenta VAS de dolor 2mm, BASDAI 2.37, BASFI 0.92, RMN de sacroiliacas: notable disminución del edema óseo bilateral. El paciente continúa igual tratamiento.  
 Comentario: los pacientes con espondiloartropatías mejoran rápidamente las manifestaciones clínicas y la funcionalidad del esqueleto axial con terapia anti TNF- $\alpha$ . Sin embargo y si bien el número de pacientes evaluados mediante RMN de sacroiliacas es limitado, estudios recientes fallaron en demostrar mejoría en el grado de inflamación luego de 24 semanas de tratamiento. Presentamos un paciente con notable mejoría en su RMN luego de recibir Etanercept. Dado que un porcentaje elevado de pacientes con Espondiloartropatía Indiferenciada evolucionan a Espondilitis Anquilosante la transición podría prevenirse deteniendo precozmente el proceso inflamatorio que se muestra en la RMN.

114

#### ABATACEPT: UNA OPCION TERAPEUTICA EN POLIMIOSITIS REFRACTARIA.

Musuruana J., Cavallasca J. Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital José B. Iturraspe. Santa Fe. Pcia de Santa Fe.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) son un grupo de enfermedades musculares, de etiología desconocida. Se incluyen dentro de este grupo la polimiositis (PM), dermatomiositis (DM) y miopatías por cuerpos de inclusión (MC). Los únicos fármacos que demostraron eficacia son los corticosteroides. Ningún tratamiento inmunosupresor mostró alto nivel de evidencia. Presentamos un caso de PM refractaria a la combinación de esteroides con múltiples drogas inmunosupresoras e incluso a un anti-TNF, que respondió con abatacept.

#### Caso Clínico

Mujer de 51 años que en mayo de 2004 comienza con debilidad muscular proximal de cintura pélvica y posteriormente escapular, disfagia, astenia, xerostomía, artralgias y disminución de peso. Al examen físico: impotencia muscular de dichas cinturas, dificultad para incorporarse de la posición de decúbito a sentada y de sentada a parada. Piel s/p. Examen neurológico normal. Laboratorio: VES: 37. PCR (-), GOT: 161U/L (10-30), GPT: 140 U/L (9-43), GGT: 12 U/L, LDH: 1907 U/L (230-460), CPK: 3906 U/L. Aldolasa: 18.80 U/L (vn: 3.1), FAN (-), anti-DNA (-), anti-ENA (-), anti Jo 1 (-), anti-Sm (-), anti-RNP (-), anti Ro/SSA: (-), anti La (SB): (-). Serología para hepatitis A, B y C negativa. TSH: 4.21 UI, T4L: 1 ug/dl. AC anti-peroxidasa (APPO) (-). Anti TGB: (-). EMG: compatible con miopatía inflamatoria. Rx de Tórax: normal. Biopsia muscular: compatible con miopatía inflamatoria. RMN muscular indicando edema en los músculos de ambos muslos a predominio del grupo posterior.  
 Se inicia tratamiento: con 60 mg de prednisona (1mg/kg/día), luego metotrexato (MTX) 10mg/semana, con lenta disminución de esteroides, respondiendo parcialmente hasta unos cinco meses cuando por actividad clínica y serológica (aldolasa 23.5) se aumenta MTX a 15mg/s, se le realizan pulsos de metilprednisolona. Ante la persistencia de actividad, se inicia con alta dosis de Ig EV (IgG) 90 grs., cinco en total, (de abril a septiembre 2005) con buena respuesta al inicio, pero luego con persistencia de enzimas musculares elevadas (CPK: 1034, Aldolasa: 21.4). A partir de diciembre 05 y frente a situaciones similares de escasa respuesta y evidencia de actividad, se utilizaron sucesivas drogas como el mofetil micofenolato (dosis 1500mg/día) durante tres meses; ciclosporina (3mg/kg/d, luego a 5mg/kg/d) durante cuatro meses; etanercept cuatro meses sin respuesta. Durante este periodo la paciente presenta empeoramiento clínico con imposibilidad para levantarse de la posición de acostada. Reinicia en noviembre 2006 esteroides en pulsos, MTX y se asocia azatioprina (150 mg/d), con escasa respuesta.  
 En abril de 2007 inicia con abatacept, dosis mensual de 750mg en infusión EV, continuando con MTX 15m/sem, azatioprina 100mg/día y prednisona 10mg/día. Con buena respuesta clínica y disminución de enzimas musculares con normalización de los niveles de aldolasa sérica.  
**Conclusión:** si bien son necesarios más estudios, frente a la refractariedad de la PM, el abatacept es una opción a considerar.

115

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MÉTODOS COMPLEMENTARIOS Y TRATAMIENTO EN PANARTERITIS NODOSA (PAN) EN UN HOSPITAL GENERAL.

Palumbo M., Kairuz I., Mussano E., Onetti L., Gamron S., Barberis G. y Onetti CM  
 Servicio de Reumatología. Hospital Nacional de Clínicas. FCM. U. N Córdoba

**Introducción:** La PAN es una vasculitis de vasos pequeños y medianos, en la cual es importante conocer su forma de presentación y métodos complementarios a utilizar para un diagnóstico correcto y un tratamiento óptimo.

**Objetivos:** evaluar las características clínicas, bioquímicas y de tratamiento en pacientes con PAN en un hospital general.

**Materiales y métodos:** trabajo descriptivo donde se incluyeron retrospectivamente 9 pacientes con diagnóstico de PAN en los últimos 18 años. La recolección de datos se realizó a través de una ficha confeccionada a tal fin. Se utilizó SPSS 11.5.

**Resultados:** la edad media de presentación fue de 51,8 años (rango 16-63 años), hubo predominio del género masculino (7 casos), el tiempo de evolución tuvo una media de 5,5 años (rango 1-15 años). De 6 ptes, 4 de ellos se asoció a virus de hepatitis B y 2 a síndrome antifosfolípido. Todos se presentaron como PAN generalizadas. Con respecto a la clínica, 6 presentaron síntomas generales y de éstos los más frecuentes fueron pérdida de peso y fiebre (5). **Compromiso neurológico:** estuvo presente en 7 ptes de los cuales 1 con compromiso de sistema nervioso central y 6 en forma de neuropatía periférica 3 de ellos con polineuropatía periférica, 2 sensitivas y 1 mixta y 3 con mononeuritis múltiple. **Compromiso renal:** 6 ptes tuvieron HTA y 3 insuficiencia renal. **Compromiso dermatológico:** presente en 8 ptes de los cuales todos se presentaron con púrpura palpable y 1 con livedo reticularis. **Compromiso digestivo:** 1 pte se presentó con dolor abdominal. **Compromiso cardíaco:** 1 pte con angina de pecho con cinecoronariografía normal. **Compromiso urológico:** 1 paciente (orquitis). **Compromiso oftalmológico:** ninguno. **Laboratorio:** anemia (6), leucocitosis (6) (1 con leucopenia), trombocitosis (5) (1 con trombocitopenia), hematuria (3), proteinuria (4), cilinduria ninguno, uremia (4), VSG aumentada (8), complementemia normal (8). **Laboratorio inmunológico:** ANCA C: negativos en 7 ptes solicitados, ANCA P: negativos en 6 ptes solicitados, Crioglobulinas: negativos en 5 ptes solicitados, FAN: positivos en 2 ptes, 1 con patrón moteado fino y otro patrón citoplasmático, HBSAg: negativos en 5 ptes solicitados excepto 1, y otros anticuerpos asociados fueron con IgG anticardiolipina y IgM anticardiolipina en 2 ptes. **Anterografía:** 1 pte, la cual fue compatible con PAN. **RNM:** 1 pte con lesiones isquémicas múltiples. **Anatomía patológica:** 8 ptes compatibles con PAN y 1 no concluyente. **Criterios del ACR 1990:** 8 presentaron 3 o más criterios y sólo 1 presentó 2 criterios (de los cuales uno era la biopsia). **Tratamiento:** todos recibieron corticoides (77,7% vía oral y 22,2% en pulso), 7 ciclofosfamida (57,1% vía oral y 42,8% en pulso) y 5 azatioprina.

**Conclusión:** en este trabajo se observó que no hubo diferencias significativas en el género y edad media con respecto a otros estudios. Hubo un franco predominio de presentación clínica dermatológica y neurológica. Baja incidencia de hepatitis B. La gran mayoría cumplió con los criterios del ACR 1990.

116

#### ARTROPATIA DE CHARCOT

IBÁÑEZ ZURLO L., RUIZ CASANOVA N., ACOSTA R., GROSSO G.  
 Unidad de Reumatología del Servicio de Clínica Médica  
 Hospital San Roque- Córdoba.

**Introducción:** La artropatía neuropática o artropatía de Charcot es una enfermedad articular destructiva progresiva que se asocia a la pérdida de la sensibilidad dolorosa, de la propioceptiva, o de ambas. Produce deformidades del pie, distribución anormal de la presión sobre la superficie plantar y úlceras que pueden llevar a la amputación.

En la actualidad, la diabetes mellitus es la causa más frecuente de artropatía neuropática. Su rango de prevalencia varía entre el 0,18% y el 13%.

**Objetivo:** Reportar un caso de Artropatía de Charcot aguda en un paciente diabético descompensado y destacar la importancia de los diagnósticos diferenciales.

**Caso Clínico:** Hombre de 55 años con APP de DBT tipo I de 2 años de diagnóstico insulino requeriente, con mal control metabólico, HTA, IRC 2ª nefropatía diabética, retinopatía proliferativa mínima, consulta en 06/2006, por tumefacción, aumento de temperatura en pie y tobillo derecho de 15 días de evolución con antecedente de esguince, que fue evaluado, con Rx normal, tratado con vendaje, frío local y analgésicos. 7 días posteriores al trauma nota deformidad progresiva del tarso.

**Ex Físico:** edema 2/3 inferiores de MMII derecho, Godet (+), aumento de temperatura con eritema 2/3 inf., pérdida de vello distal. Disminución sensibilidad superficial y profunda bilateral. Uñas hipertróficas. Pulsos periféricos presentes vivos. Abombamiento del tarso derecho. Afebril. **LAB:** VSG: 29mm GB: 8100 (fórmula conservada). Glucemia:71mg%, Urea:68mg% Creatinemia:1.90mg% HbA1c:10%.

**RX de pie derecho:** osteólisis en la base de 3º, 4º, 5º metatarsianos.

Al ingreso se instaura tratamiento antibiótico (clindamicina + ciprofloxacina) con diagnóstico presuntivo de celulitis, artritis vs pie de Charcot. (se suspende al 2º día). Reposo absoluto con el pie en alto, paracetamol 500 mg c/8hs, alendronato 70mg. Se indica bota de Walker y alendronato 70mg/sem.

Buena evolución del pie, diagnóstico al egreso de Artropatía de Charcot Grado I, con indicación de bota de Walker, y alendronato 70 mg/sem.

**Conclusión:** En un paciente diabético un edema unilaterales de pie con signos de flogosis puede ser la presentación de una Artropatía de Charcot.

117

**TUBERCULOSIS EN UNA POBLACION HOSPITALARIA CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO INCIDENCIA CARACTERISTICAS CLINICAS.**

V. Juárez M, E. Crespo, Heredia M.  
Hospital del Milagro Salta Servicio Reumatología.  
La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, la cual es un problema de salud importante en la provincia de Salta. La susceptibilidad a adquirir la infección depende del ambiente, el bacilo y el huésped. La TB es una enfermedad de notificación Obligatoria cuyo tratamiento son provistos y supervisados por un programa del Ministerio de Salud. El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con alteración de la inmunidad celular y humoral, además su tratamiento requiere el uso de medicación como corticoides e inmunosupresores, como consecuencia estos paciente tienen mas susceptibilidad a las enfermedades infecciosas las cuales son una causa importante de morbimortalidad. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con LES que durante un periodo de 7 años presentaron infección por TB. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de pacientes atendidos en Consultorio Externo de Reumatología y que se internaron con diagnóstico de LES en el Hospital Señor del Milagro de Salta desde enero del 2000 hasta diciembre del 2007 (ocho años de seguimiento). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en consultorio externo e internados, se incluyeron para el análisis los pacientes con criterios del Colegio Americano de Reumatología. Se registraron datos personales, clínicos de estudios complementarios, tratamientos recibidos. Los casos de TB fueron identificados de las historias clínicas y también de las notificaciones del Plan de Tuberculosis Provincial desde el año 2000 al 2007. **Resultados:** De un total de 152 pacientes con registros de LES 54 tenían por lo menos 4 criterios constados en las historias clínicas. De los 54 pacientes dos presentaron TBC en los 8 años de seguimiento. Caso 1: sexo masculino, del departamento de ANTA (este de Salta) 32 años, año de evolución de LES, estaba con actividad de su enfermedad al diagnosticarse TB y en tratamiento con dosis alta de corticoides presento una localización pulmonar con baciloscopia positiva. Caso 2: sexo femenino, 22 años departamento Rivadavia banda Sur (este de Salta) dos años de evolución de LES con enfermedad activa al momento del diagnóstico de TB, estaba en tratamiento con dosis intermedia de corticoides. La localización Pulmonar y el baciloscopia positiva se realizó con lavado bronco alveolar por no presentar expectoración. Ninguno de los dos casos presentaba compromiso renal al momento del diagnóstico de TB. La incidencia acumulada de TB para esta población fue de 0,037 en un periodo de 8 años. Comparado con la incidencia anual de TB en la población general en el año 2007 0,00087. (hubo dos casos que no se incluyeron en el análisis que recibieron tratamiento empírico para TB por compromiso pulmonar y obitaron con baciloscopia negativas). Ningun paciente recipo tratamiento profiláctico con isoniazida. **Conclusiones:** La TB es un importante problema de salud en la población, y es de particular importancia en los pacientes con LES que se encuentran en tratamiento cuya, la incidencia de esta infección es mayor que en la población general.

118

**GRANULOMATOSIS DE WEGENER COMO CAUSANTE DE DIABETES INSIPIDA: A PROPOSITO DE UN CASO**

Toulet VS; Carnero, R; Soria, ME; Ferreira, L  
Hospital San Antonio de Padua, Rio Cuarto, Córdoba.

La granulomatosis de Wegener es una patología poco frecuente de etiología desconocida, que afecta a ambos sexos por igual con una incidencia de edades entre 6 y 92 años. Se caracteriza por afección de tracto respiratorio alto y bajo y afección pulmonar. Es una vasculitis de pequeños vasos tipo necrosante que puede afectar todos los órganos de la economía. Entre las manifestaciones sistémicas las neurológicas se presentan en un 23 % de los pacientes y son del tipo de neuritis de pares craneales, mononeuritis múltiples y las formas mas raras son las vasculitis o granulomas del cerebro. La infiltración de la glándula hipófisis como productora de diabetes insipida esta descrita como causa de la misma pero en un bajo porcentaje.

**Caso Clínico:** paciente de 29 años de sexo femenino con antecedentes patológicos de DBT gestacional e hipotiroidismo se le diagnostica Granulomatosis de Wegener por presentar afección de senos paranasales, fiebre de 15 días de evolución y afección pulmonar como nódulos pulmonares múltiples con ANCA C (+) fuerte y ANCA P (-). Comienza con tratamiento con corticoides y metotrexate y durante el mismo desarrolla DBT por corticoides la cual es tratada con Insulina. Aproximadamente 8 meses después consulta por presentar cefalea y días después galactoresa, poliuria y polidipsia con controles de glucemia normales. Se solicita prolactina 61 (VN: 1-24), ACTH 15 (VN: hasta 60). Se realiza test de supresión hídrica el cual fue positivo para diabetes insipida. Se realiza TAC CEREBRAL y SILLA TURCA: que muestra cambios de densidad en tejido cerebral supra e infratentorial y silla turca imagen intrasellar en tallo pituitario que modifica post contraste compatible con microadenoma. Se solicita RNM CEREBRO: aumento de tamaño de hipófisis con imágenes quísticas en hipófisis anterior, ausencia de neurohipofisis. Leve contacto con quiasma óptico. Campimetría: OD: papila normal, mácula normal, disminución de la sensibilidad en zona temporal superior. OI: papila normal, mácula normal, disminución de la sensibilidad zona temporal superior. La paciente comienza con tratamiento con Desmopresina y Carbegolina con buena respuesta al tratamiento. **Conclusión:** presentamos este caso debido a la baja incidencia de Diabetes Insipida causada por Granulomatosis de Wegener.

Prueba de supresión hídrica:

| Hora      | Peso       | Diuresis     | Osm plasmática | Na  | Osm urinaria | Densidad urinaria |
|-----------|------------|--------------|----------------|-----|--------------|-------------------|
| 1-09hs    | 68,700     | 1400         | 311            | 144 | 45           | 1005              |
| 2-10hs    | 67,100     | 650          | 316            | 146 | 55           | 1000              |
| 3-11hs    | 66,100     | 650          | 324            | 148 | 62           | 1010              |
| 4-12hs    | 65,600     | 650          | 323            | 151 | 60           | 1012              |
| 5-13hs    | Administra | Desmopresina | SC 1cc         |     |              |                   |
| 6-13:30hs | 64,900     | 450          | 330            | 154 | 125          | 1015              |
| 7-14hs    | 64,300     | 15           | 338            | 151 | 630          | 1025              |

119

**NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMO) ASOCIADA A DESÓRDENES AUTOINMUNES: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Benegas M<sup>1</sup>, Ortiz M<sup>1</sup>, Rillo OL<sup>1</sup>, Páira S<sup>1</sup>, Mannucci P<sup>1</sup>, Allievi A<sup>1</sup>. Servicio de Reumatología del Hospital Dr. E. Tornú, Buenos Aires<sup>1</sup>. Sección Reumatología Hospital Cullen, Santa Fé<sup>2</sup>. Servicio de Clínica Médica Autoinmune Hospital Dr. J.A. Fernández, Buenos Aires<sup>3</sup>.

La NMO (Enfermedad de Devic) es una enfermedad desmielinizante caracterizada por presentar mielitis transversa y neuritis óptica. Además de su forma idiopática, se ha descrito su asociación a diversas condiciones, entre ellas enfermedades autoinmunes. Reportamos 2 casos de NMO, asociados uno de ellos a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y el restante a hipotiroidismo autoinmune (HA).

**Caso 1:** Paciente femenino de 23 años, con diagnóstico de LES a los 13 años de edad (úlceras orales, rash malar, Raynaud, vasculitis leucocitoclastica, FAN +++ moteado grueso, anti-ADNn, anti-Sm y anti-Ro +, C3/C4 bajos), que durante su evolución presentó paraparesia, ataxia y alteración de la sensibilidad. Fondo de ojo: normal. Exámenes complementarios: anticardiolipinas IgG, IgM y anticoagulante lúpico (-); análisis del LCR: bandas oligoclonales (-); RM de cerebro y columna lumbar: normales; RM de columna cervicodorsal: aumento del calibre medular difuso (T2) e imágenes hipointensas centrales (T1). Recibió 6 pulsos de metilprednisolona (MPL) y luego prednisona VO, con restitución ad integrum. Durante los siguientes 10 años presentó 4 recaídas similares, agregándose nuevamente paresia de miembro inferior izquierdo, y comenzando con disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo y retención urinaria. En todos los episodios recibió pulsos de MPL asociados a Ciclofosfamida o Azatioprina, a pesar de lo cual presentó restitución parcial del cuadro, quedando como secuelas paresia leve de miembro inferior izquierdo y ceguera izquierda. Se solicitó anti-NMO IgG1 (dirigido contra los canales de agua Acuaaporina 4), que fue positivo con título 1/500 (FI), estableciéndose el diagnóstico de NMO asociada a LES.

**Caso 2:** Mujer de 40 años, con historia de 1 aborto espontáneo, que consultó por episodio de hemiparesia derecha. TAC y angio-RM de encéfalo: normales. RM de cerebro y médula espinal: lesión en unión bulbo-medular y región anterior de médula, compatibles con mielomieloma. Presentó como secuelas paraparesia y nivel sensitivo en D4. Un año después, evolución con parestesias, trastornos esfinterianos y paresia braquial izquierda. Laboratorio: Hb 10,6 gr/dl, Hto 31,9%, GB 6.300/mm<sup>3</sup>, ERS 50 mm/1<sup>ra</sup>, panesultivo, VDRL y serologías (HIV, HTLV-1, hepatitis B/C) negativas. LCR: hiperproteorraquia, IgG elevada, VDRL y bandas oligoclonales (-). Se constató TSH 12,39 U/ml y anticuerpos antiperoxidasa (+). Potenciales evocados oculares: prolongación de la conducción a predominio izquierdo, sin síntomas acompañantes. RM de columna cervicodorsal: lesión hipertensiva (T2) desde C2 hasta D6. Recibió 5 pulsos de MPL, seguidos de prednisona VO a altas dosis, anticoagulación y levocetuxina. Laboratorio inmunológico: FAN (Hep-2) 1/620 moteado fino y anti-Ro (+); anticuerpos antiosfílipidos, anti-ADNn, anti-La, anti-Sm y anti-RNP (-). Complemento C3/C4: normal. Pruebas oftalmológicas descartaron "ojo seco". Ante la sospecha de NMO asociada a HA (Síndrome de Vernant), se realizó dosaje de anticuerpo anti-NMO IgG1, que fue positivo con título 1/500 (FI). La paciente evolucionó con mejoría clínica e imagenológica de las lesiones.

**Conclusiones:** la NMO idiopática o la asociada con otras entidades (como en los 2 casos mencionados), es infrecuente, con una prevalencia de 8,5/100 mil. En nuestro conocimiento, la NMO se asocia más frecuentemente con LES, siendo excepcional su coexistencia con HA. El advenimiento reciente de los anticuerpos anti IgG-NMO facilita el diagnóstico (especificidad: 91%). Su reconocimiento precoz, junto al tratamiento inmunosupresor adecuado, ha permitido mejorar el pronóstico de esta entidad.

120

**MIOPATÍA INFLAMATORIA EN UN PACIENTE CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA (APs) DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNFα**

Zarate L, Chaparro del Moral RE, Uña CR, Rillo OL.  
Servicio de Reumatología. Hal. Gral. de Agudós Dr. E. Tornú. Buenos Aires.

Los Anti-TNFα son ampliamente utilizados para el tratamiento de enfermedades reumáticas, entre ellas las APs. Con su empleo se ha comunicado el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Este es el caso de un paciente con APs, que presentó una miopatía inflamatoria durante el tratamiento con Adalimumab.

**Caso Clínico:** Paciente de 39 años, masculino, en tratamiento por eritrodermia psoriásica (PASI 72) con metotrexate (MTX) 25 mg/semana VO desde hace 1 año. Consulta por oligoartritis asimétrica y dactilitis. **Exámenes complementarios:** Hb 9,6 gr/dl, Hto 30,1%, G.B. 17000/mm<sup>3</sup>, Plq. 759000/mm<sup>3</sup>, urea 41 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, bilirrubina total (Bt) 0,36 mg/dl, TGO 21 U/l, TGP 32 U/l, FAL 288 U/l, FAN (Hep2) + 1/1280 homogéneo, FR (inmunoturbidimetría), anti ADNn, anti Ro, anti La, anti Sm y anti Jo1 negativos. **Radiografías:** Tórax: normal, columna lumbosacra frente: sindesmoftosis gruesas L4-L5; perfil: cuadratura vertebral; panorámica de pelvis: entesopatía en isquiones; manos: aumento difuso de partes blandas en 2° y 3° dedo derechos. Ante la falta de respuesta al tratamiento dermatológico y la presencia de hallazgos compatibles con compromiso axial, se inició tratamiento con adalimumab 40 mg cada 15 días SC, presentando mejoría a nivel cutáneo (PASI 6.2) y articular periférico. Luego de 7 meses de iniciado el tratamiento presenta elevación de transaminasas (TGO 89 U/l, TGP 64 U/l, FAL 186 U/l, Bt 0,70 mg/dl), y se suspende MTX. Al mes evoluciona con debilidad muscular simétrica, a predominio de cintura pelviana (Kendall 2). Laboratorio: VSG 55 mm/1<sup>ra</sup> h, TGO 347 U/l, TGP 178 U/l, CPK 4499 U/l. **Electromiograma de hemitrueno izquierdo:** ondas de fibrilación, potenciales de unidad motora de baja amplitud y corta duración; compromiso miogénico agudo con actividad denervatoria. **Biopsia de cuádriceps derecho:** necrosis, macrofagia, y regeneración neurofascicular; compatible con miopatía inflamatoria. Se interpreta como probable evento adverso secundario al adalimumab, por lo cual se discontinúa el tratamiento, iniciándose prednisona 1mg/kg/día VO. Luego de 3 meses evolución con discreta mejoría de la fuerza muscular (Kendall 3), y reactivación a nivel cutáneo (PASI 27.6). Laboratorio: CPK 100 U/l, LDH 647 U/l, Bt 0,8 mg/dl, TGP 45 U/l, TGO 31U/l, FAL 145 U/l, aldolasa 14 U/l. **Discusión:** Entre los Anti-TNFα, el adalimumab ha demostrado seguridad y eficacia en el tratamiento de APs. En una revisión reciente (Ramos-Casals M., 2007), algunas enfermedades autoinmunes, como ser vasculitis necrotizantes, lupus "like" y eritematoso sistémico *antecedentes intersticiales pulmonar, y mucho menos frecuentemente miopatías inflamatorias*, han sido comunicadas en pacientes con artritis reumatoidea tratados con infliximab y etanercept. En nuestro conocimiento sólo existe un caso reportado de miopatía inflamatoria asociada a adalimumab (en el contexto de un síndrome de superposición). En el caso que comunicamos, la miopatía podría deberse a una enfermedad preexistente asintomática, actuando el Anti-TNFα como un "factor desencadenante", o bien ser secundaria al tratamiento recibido. **Conclusión:** A pesar que el desarrollo de miopatía durante el tratamiento con adalimumab es un hecho infrecuente, el caso que comunicamos nos alerta a continuar la farmacovigilancia de los diversos y novedosos tratamientos empleados en nuestra especialidad.

121

ENFERMEDAD DE WEBER CHRISTIAN Y ARTRITIS REUMATOIDEA  
Lopez Cabanillas A, Homse, D.  
Equipo de Estudios de Reumatología Cipolletti, Río Negro

**INTRODUCCION**

Las Panniculitis son afecciones inflamatorias del Tejido subcutáneo que, afectando el septo o el lóbulo, permite clasificarlas y orientar la base diagnóstica. Es así, que imágenes de inflamación septal, se asimilan a Eritema Nudoso y las lobulares a W.Christian(WCh). Las colagenopatías pueden acompañarse de Panniculitis, las cuales se manifiestan como nódulos, perteneciendo así, al gran abanico diagnóstico de esta manifestación. **OBJETIVO:** referir y analizar un caso de Panniculitis Recurrente y Poliartitis Crónica. Actualizar la literatura referida al tema. **MATERIAL:** Caso Clínico de una paciente de 46 años que consulta en el 2006 por artritis de MCF y muñecas, dolor en hombro derecho. Además nódulos subcutáneos hiperpigmentados en zona pretibial y en miembros superiores. Radiología de manos normal. Nodulosis Subcutánea recurrente desde 1988 interpretados como E.Nudoso, con crisis inflamatorias periódicas que cedían con esteroides. Con el diagnóstico de ARTRITIS REUMATOIDEA con Factor reumatoide negativo, se instaura tratamiento con MTX. Antecedentes de hipotiroidismo en tratto. En ese momento se solicita Biopsia Piel y subcutáneo profundo, que informa: PANICULITIS LOBULAR CON HISTIOCITOS ESPUMOSOS compatible con Enf. de WEBER CHRISTIAN.

Los últimos dos años, la artritis se manifiesta con actividad inflamatoria más intensa, presenta un Factor Reumatoide 1/16 y Anticuerpos citrulinados francamente positivos, radiología de manos con erosiones en apófisis estiloides y osteopenia en banda. **RESULTADOS:** La paciente presentaba historia de nódulos subcutáneos, interpretados como eritema nudoso, posteriormente desarrolló un artropatía simétrica de MCF, seronegativa, compatible con artritis reumatoide (AR). Ante el estudio histopatológico de los Nódulos de Weber Christian, se planteó el diagnóstico diferencial de Osteoartritis de Weber Christian o AR. Dos años después, la paciente desarrolla serología y radiología, sugerentes de artritis reumatoide. No evidenciamos signos radiológicos que suelen verse en el W.Ch, como la hiperostosis cortical y la osteólisis. **DISCUSION:** La enfermedad de Weber Christian esta caracterizada por episodios breves de panniculitis citofágica histiocítica. Con nodulosis subcutánea y además síntomas músculo esqueléticos que consisten en ARTRITIS y PERIARTRITIS AGUDA o CRÓNICA, que afecta tobillos, rodillas, muñecas, manos, codos y hombros. Las radiologías de los huesos afectados pueden mostrar una osteólisis difusa, engrosamiento endosteal, e hiperostosis cortical. En el caso que presentamos, se nos plantea la disyuntiva de tratarse de una concomitancia de enfermedades o solo era expresión de una de ellas como el WCh. El diagnóstico histológico de las panniculitis, la importancia de realización de estudios por imágenes y la evolución del laboratorio, permitió considerar la presencia de las dos enfermedades.

**CONCLUSION:** Lo referido en este reporte, es que interpretamos una asociación de una enfermedad poco frecuente como el W.Ch con una entidad muy habitual en nuestra práctica, como lo es la AR reumatoide. Teniendo presente el diagnóstico, como lo es la Histología del nódulo y eso nos hace pensar en la importancia de no interpretar livianamente que cualquier Panniculitis podría ser un E.Nudoso, sino que existe una diversidad anatomopatológica, digna de considerarse. Por otra parte, la positividad del F.Reumatoide y del anticuerpo citrulinado, nos ayudan a avalar la existencia de la enfermedad Reumatoide concomitante.

122

MUCORMICOSIS CUTANEA NECROTIZANTE EN PACIENTE CON LUPUS Y SAF

Abadia F, Homse D., Equipo de Estudios en Reumatología. Cipolletti Rio Negro

**INTRODUCCION** Pocas entidades representan un desafío tan manifiesto, como las lesiones necrotizantes de piel en pacientes con colagenopatías, donde las causas van desde vasculitis a trombosis o infecciones. Cuando la causa son agentes microbianos, suele ser el resultado de asociación de aerobios y anaerobios, generando grave lesión tisular y toxicidad sistémica terapéutica. Cuando los gérmenes involucrados son hongos, como los zigomicetos, el cuadro clínico en inmunosuprimidos, es fulminante y difícil de diferenciar de las infecciones polibacterianas y de las colagenopatías, dado que macroscópicamente aparentan como lesiones de vasculitis o isquemia por trombosis del SAF. **OBJETIVO** reportar un paciente con Lupus y S.A.Fosfolípido en tratamiento inmunosupresor y anticoagulante con úlcera necrótica de miembro inferior, sin respuesta a tratamientos habituales de piel. Actualización de literatura referido al tema. **CASO CLINICO** Hombre de 40 años, con Lupus Eritematoso Sistémico, con Síndrome Antifosfolípido, Hipertensión Pulmonar y Glomerulopatía en tratamiento con corticoides, azatioprina, diltiazem, a. acetilsalicílico y acenocumarol. Consulta por lesión escoriativa en cara anterior de tibia, de 15 días de evolución posterior a trauma mínimo, que progresó a placa necrótica 2cm diámetro y celulitis perilesional. Se hacen curas planas y antibiocioterapia, sin respuesta terapéutica incrementándose la superficie afectada. Posteriormente requiere internación, toilette quirúrgica y ampliación del espectro antibiótico. La punción del área necrótica para cultivo, resulto negativo. La evolución fue desfavorable y ante sospecha de actividad Lúpica con vasculitis y/o trombosis por SAF se realizan pulsos de metilprednisolona, previo toma de biopsia. No hubo mejoría ni signos de granulación. Dos toiettes posteriores, tampoco favorecieron la evolución. El resultado de la Biopsia mostró fragmentos de tejido dermoepidérmico e hipodérmico que con extensa necrosis y hemorragia e hifas micóticas (Zigomicetos): Micormicosis cutánea sin vasculitis. Se optó por tratamiento quirúrgico con debridamiento y escisión radical ampliada, según revisión de experiencias referidas en la literatura específica. Evolución favorablemente a partir de este momento con reepitelización completa en dos meses. **DISCUSION** Los zigomicetos son hongos crecimiento rápido y en este caso llegó probablemente por contaminación percutánea, favorecido por la inmunosupresión. El diagnóstico, se basa en la histopatología. El fenómeno patológico en mucormicosis es la severa y extensa necrosis superficial, con progresiva excavación subcutánea, siendo la biopsia de gran utilidad para el diagnóstico (como lo fue en este caso), donde se habían sospechado otras etiologías como vasculitis, trombotosis, o infección bacteriana. La medida terapéutica definitiva fue la resolución quirúrgica de la úlcera. **CONCLUSION** en nuestro reporte, pudimos evidenciar que las lesiones necróticas dérmicas sospechosas de vasculitis o trombosis por SAF, en paciente Lúpicos, pueden tener otro origen como el caso referido. La mucormicosis cutánea necrotizante por zigomicetos requiere de Biopsia para su diagnóstico y el tratamiento quirúrgico amplio es una medida efectiva. El diagnóstico certero evita instituir tratamientos inapropiados, ante la sugestiva enfermedad subyacente.

123

**ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS Y LEPROA**

Ariel Faj<sup>1</sup>, Santoro PM<sup>1</sup>, Di Noto AL<sup>2</sup>, Villani ME<sup>2</sup>, Cambiasso SS<sup>3</sup>, Dzemkowski SA<sup>3</sup>

H.G.A Dr. Teodoro Alvarez (GCBA) Servicios de Reumatología<sup>1</sup>, Dermatología<sup>2</sup> y Laboratorio<sup>3</sup>

El hallazgo de anticuerpos antifosfolípidos en el contexto de lesiones ulcerosas crónicas de miembros inferiores suele conllevar el diagnóstico presuntivo de síndrome antifosfolípido(SAF).

**CASO CLÍNICO**

Una paciente de 45 años oriunda de Formosa, fue derivada a nuestro Servicio por Cirugía Vasculor Periférica, por úlceras dolorosas en tercio inferior de miembros inferiores de más de 3 meses de evolución, refractarias al tratamiento convencional (tópico y vía oral).

Al examen físico se corroboran úlceras crónicas en cara lateral externa de región tibial, que aparentan sobreinfección y muestran fondo fibrinoso. Además: "puffy hands", Raynaud, artalgias (a la flexión de metacarpofalángicas) y facies leonina.

No manifiesta abortos o embarazos patológicos (4 hijos sanos), rash, fotosensibilidad, alopecia de cuero cabelludo, livedo reticularis, xerostomía, xerofalmia.

En los estudios complementarios, los datos relevantes muestran:

Laboratorio: PCR 12, hemograma y tests de coagulación normales, anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM positivos a título alto en dos determinaciones, inhibidor lúpico presente, anticuerpos anti-beta2-glicoproteína 1 positivos a título alto, VDRL reactivo con FTABs negativo.

PPD 18 mm.

Rx de tórax, muñecas y manos, tobillos y pies sin anomalías.

Ecodoppler negativo para patología vascular trombotica.

El Servicio de Dermatología describe dermatosis generalizada de varios años de evolución compatibles con tubérculos (nódulos múltiples indurados en cara, pabellón auricular, tronco y miembros).

Biopsia de piel (miembros superiores): hanseniasis lepromatosa con abundantes BAAR. Biopsia de úlcera (miembros inferiores): úlcera crónica con abundantes BAAR relacionada con hanseniasis.

**DIAGNÓSTICO:** Leprosia. Se inició tratamiento de acuerdo con pautas de la OMS.

Las lesiones ulcerosas en estos pacientes son atribuibles a la lepra. La presencia de los anticuerpos antifosfolípidos es un epifenómeno y dado que no es una condición procoagulante, no requiere tratamiento.

124

**DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Malach V.; Beron A.M.; Gut O.; Laborde, H.; Nasswetter G.  
División de Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA.

**INTRODUCCIÓN:** En 1938 Lichtenstein y Jaffe acuñaron el término Displasia fibrosa para describir un trastorno que afecta fundamentalmente al hueso, pero que a veces se acompaña de anomalías extraesqueléticas. El cuadro se caracteriza por la presencia de tejido fibro-óseo en expansión en el interior de los huesos afectados. El hueso normal es reemplazado por hueso displásico penetrado por tejido fibroso. El hueso se ensancha y la cortical adyacente se adelgaza. Se desconoce la causa, siendo al parecer, una anomalía del mesénquima osteogénico durante el desarrollo. Su tratamiento es quirúrgico aunque presenta altas tasas de recidiva, por lo que su seguimiento debe ser continuado.

Se presenta el siguiente caso por la infrecuente presentación de dicha patología. **CASO CLINICO:** Paciente de 43 años de edad, sexo femenino, que consulta por exoftalmia izquierda y "sensación de oído tapado" de un año de evolución. **Antecedentes:** Histerectomía por miomatosis, cefalea crónica sin diagnóstico etiológico. **Examen físico:** exoftalmia izquierda indolora con edema bipalpebral, sin alteración de la visión ni la motilidad ocular. **Examen oftalmológico y ORL:** normal. **Laboratorio** (incluyendo marcadores de resorción ósea y perfil endocrinológico): normal. **TC de órbita:** Mínima exoftalmia izquierda con conservación del globo ocular. Esclerosis de la pared orbitaria izquierda que produce estenosis conal posterior y leve disminución del conducto óptico. La alteración ósea causa la exoftalmia. Engrosamiento de las tablas internas y externas del hueso frontal y esfenoidal izquierdo, sin imágenes osteolíticas. **Centellograma óseo:** Aumento anormal de la captación en la región periorbitaria y esfenoidal compatible con displasia fibrosa monostótica. **Se realiza el diagnóstico de DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA.**

**CONCLUSION:** La displasia fibrosa es una lesión ósea poco frecuente, que predomina en el sexo femenino, manifestándose generalmente en la segunda o tercera década de la vida. Existen tres formas de presentación: monostótica (70-80%), poliostótica (20-30%) y diseminada, en la que existen manifestaciones extraesqueléticas, conocido como síndrome de Mc Cune-Albright. Puede afectar los huesos craneofaciales y comprometer senos paranasales, órbita, base del cráneo y pares craneales. Si bien es un trastorno benigno, puede comportarse en forma agresiva por su crecimiento local, habiéndose descrito casos de malignización en el 0.5% de los pacientes. La displasia fibrosa constituye diagnóstico diferencial de lesiones óseas escleróticas. Se enfatiza la importancia de su seguimiento.

125

**SALPINGITIS CRÓNICA GRANULOMATOSA COMO MANIFESTACION DE SARCOIDOSIS: UNA PRESENTACION ATÍPICA.**

Fabi M. Mastro MV, Giacomone DA, Garay SM. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata, Buenos Aires.

**Introducción:** La Sarcoidosis es una enfermedad sistémica e inflamatoria de causa desconocida, caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes, en diferentes órganos o tejidos. Aunque su mayor prevalencia se observa entre los 20 y 40 años, el 3% de los casos se presenta en menores de 15 años. En la infancia puede manifestarse como artropatía y uveítis, siendo en ocasiones difícil de distinguir de la Artritis Crónica Juvenil. La infiltración granulomatosa puede afectar cualquier órgano como pulmones, piel, ojos, músculos, ganglios linfáticos, bazo, hígado, médula espinal y vías respiratorias.

**Objetivo:** comunicar un caso de salpingitis crónica granulomatosa en una paciente con Sarcoidosis.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, de 17 años de edad, con diagnóstico de Sarcoidosis desde los 5 años. Al inicio de su enfermedad presentó síndrome febril prolongado, uveítis anterior y posterior en ojo izquierdo, sinovitis de ambos tobillos y hepatomegalia dolorosa. El diagnóstico fue confirmado por biopsia hepática. En su evolución presentó también compromiso cutáneo, parotídeo, pulmonar y renal. Cumplió tratamiento con aines, corticoides a altas dosis, metotrexate e hidroxilcloroquina. Por persistir con actividad de su enfermedad se incorporó infliximab el cual fue reemplazado por etanercept por falta de respuesta. Luego de 29 meses de evolución clínica favorable, presentó nuevamente fiebre, artralgias y nódulos subcutáneos. Se solicitó ecografía abdominal de control hallándose quiste paraovario derecho que requirió cirugía, en la cual se realizó punción del mismo, exéresis de trompa de Falopio homolateral y visualización de múltiples nódulos peritoneales. La anatomía patológica de la trompa informó: Salpingitis crónica con granulomas no caseificantes en el espesor de su pared.

**Conclusión:** presentamos un paciente con una manifestación atípica de sarcoidosis, de la cual en nuestro conocimiento, no existe descripción previa en la literatura.

126

**ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN GRANULOMATOSIS DE WEGENER: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.**

Fuhrmann SJ, Fernández J, Rauch G, Pena C, Granel A, Babini JC, Arturi AS, Marcos JC. Servicio de Reumatología, HIGA San Martín, La Plata, Servicio de Reumatología, Htal. de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, (UBA) Bs. As, Argentina.

**Introducción:** La granulomatosis de Wegener (GW) es una enfermedad infrecuente caracterizada por vasculitis necrotizante granulomatosa del tracto respiratorio superior e inferior, glomerulonefritis y vasculitis de pequeños vasos. A nivel laringotraqueal produce lesiones ulcerosas subglóticas que conducen posteriormente a la estenosis la cual puede variar en su presentación entre un 20 a 80 %.

**Objetivo:** comunicar los casos de 3 pacientes que presentaron estenosis subglótica.

**Caso 1:** Paciente mujer de 67 años, comenzó en 1992 con otitis y descarga nasal de secreciones sanguinolentas recurrentes, fué medicada en varias ocasiones con antibióticos. Luego presentó losa seca y disnea progresiva llegando a clase funcional II-III. En la Tomografía de senos paranasales y biopsia informó seno maxilar izquierdo ocupado, e histopatología de vasculitis respectivamente. Broncoscopia : estenosis subglótica de 6mm de diámetro. ANCA C 1/80, VSG 49. Se seccionó la estenosis y realizaron dilataciones. Realizó tratamiento con metotrexato, corticoides a dosis altas, pulsos de ciclofosfamida, azatioprina y trimetoprima-sulfametoxazol. Evolución estable hasta la actualidad.

**Caso 2:** Mujer de 38 años antecedentes de sinusitis crónica y disnea de 10 años de evolución. Tomografía computada de senos paranasales: solución de continuidad sobre pared medial del seno maxilar izquierdo. Broncoscopia: estenosis subglótica que deja una luz de 6 mm. Realizó dilatación y resección con láser. Rx de tórax: imágenes nodulares en sectores basales y periféricas - que se constatan en la tomografía de tórax se interpretaron relacionadas con la enfermedad de base. ANCA C y P negativos. Fué tratada con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, metotrexato, trimetoprima-sulfametoxazol. Retrogradaron las imágenes pulmonares, y permaneció sin recaídas hasta la actualidad.

**Caso 3:** Paciente de sexo femenino de 27 años, que consulta en diciembre de 2006 con disnea clase funcional II-III, e hipoacusia de oído izquierdo, recibiendo tratamiento empírico con meprednisona 40 mg/d, con diagnóstico presuntivo de hipoacusia autoinmune, presentando respuesta parcial. A los 6 meses progresó la disnea y se diagnosticó por fibrolaringoscopia obstrucción subglótica severa, ANCA C 1/80, inició pulsos mensuales de ciclofosfamida, durante 8 meses, dilataciones mecánicas infiltración local con mitomicina C y corticoides. Por inadecuada respuesta se inicia pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. TAC de tórax presenta imágenes cavitadas de paredes irregulares y de gran periferia. Debido a refractariedad del tratamiento se indican 9 sesiones de recambio plasmático y 1 pulso de CFM.

**Comentario:** Se destaca la estenosis subglótica como complicación infrecuente de la GW pasible de tratamiento siendo importante su temprano reconocimiento.

127

**POLICONDRITIS RECIDIVANTE Y ENFERMEDADES ASOCIADAS.**

Viacava C., Raiti L., Meca S., Lopardi A., Lobeto G., Esposito M.S. Servicio de Reumatología y Clínica Médica -H.I.G.A. Eva Perón(Ex.Prof. M.R.Castex) S Martín-Buenos Aires

**INTRODUCCIÓN:** La policondritis recidivante ( PR ) es una enfermedad inflamatoria sistémica y episódica de etiología desconocida y base autoinmune, de baja prevalencia, que se caracteriza por lesiones inflamatorias recidivantes, potencialmente destructivas, que afecta a las estructuras cartilaginosas, el sistema cardiovascular y los órganos de los sentidos. Aunque es una afección que puede presentarse de forma aislada, se asocia con relativa frecuencia a patologías hematológicas, endocrinas y enfermedades autoinmunes.

**OBJETIVOS:** Describir una serie de casos con PR asociado a distintas patologías.

**Casos clínicos:**

- 1) Paciente de sexo masculino de 29 años de edad con antecedentes de LES. Se interna por afectación de serosas y sme nefrítico. La biopsia renal informa: glomerulonefritis proliferativa difusa. Se realiza tratamiento según esquema NIH. Durante el descenso gradual del corticoide presenta condritis auricular y nasal.
- 2) Paciente de sexo femenino de 16 años de edad sin antecedentes patológicos previos. Debuta con condritis bilobulillar y nasal, síndrome constitucional y lesiones papulonecroticas en escote y rostro compatibles con Lupus discoides. Evoluciona con el tiempo a LES y actualmente cursa con Esclerosis Sistémica asociada.
- 3) Paciente de sexo femenino de 61 años de edad con antecedentes de Hipotiroidismo. Se interna por IRA secundaria a AINES. Durante la misma, presenta hipoacusia, acúfenos, artritis seronegativa y condritis auricular bilateral. La biopsia renal informa: glomerulonefritis proliferativa difusa con depósitos de Ig A +.
- 4) Paciente de sexo femenino de 43 años de edad sin antecedentes patológicos previos. Debuta con condritis nasal, auricular unilateral e irritación conjuntival, agregando a las 72 hs. lesiones ampollares en rostro, miembros superiores e inferiores. Se realiza biopsia de piel compatible con penfigoide ampollar.
- 5) Paciente de sexo femenino de 49 años de edad con antecedentes de Hipotiroidismo y condritis nasal auto limitada recidivante. Se interna por sme febril, poliartalgias y condritis nasal y auricular, se descarta patología infecciosa y comienza con corticoterapia evolucionando favorablemente.

**DISCUSIÓN:** Todos nuestros pacientes reúnen criterios de Mitchet. et al para PR, siendo el más frecuente la condritis auricular y posteriormente la condritis nasal. Revisando los casos descriptos en la literatura, la PR puede presentarse antes o durante el desarrollo de los signos y síntomas de las enfermedades autoinmunes como el LES. La excelente respuesta a los corticoides fue coincidente en todos los casos descriptos.

La distribución según sexo respecta en predomnio a la mujer 4 a 1. Las edades son variadas, con mayor incidencia en la quinta década de la vida coincidiendo éstos datos con la literatura.

**CONCLUSIÓN:** La PR es una enfermedad poco frecuente y de baja prevalencia, a pesar de esto describimos una serie de casos asociados con diferentes Enf. Autoinmunes, destacándose su asociación con penfigoide ampollar, la cual no se describe en la bibliografía revisada a la fecha.

128

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES ) INDUCIDO POR ADALIMUMAB**

Cristina Amtrano <sup>(1)</sup>, Hugo Catalano <sup>(2)</sup>, Eduardo Scheines <sup>(2)</sup>, María C. Colacino <sup>(3)</sup> y Alejandro Nilsche <sup>(1)</sup> Servicio de Reumatología (1) y Servicio de Clínica Médica (2) Hospital Alemán, Deutsches Hospital y Consultorio Particular (3). Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Adalimumab es un anticuerpo monoclonal que actúa inhibiendo selectivamente la actividad del factor de necrosis tumoral (anti-TNF). Los fármacos anti TNF en general, han sido asociados con elevada frecuencia a la inducción de autoanticuerpos ( autoacs ), a pesar de lo cual sólo raramente se ha reportado el desarrollo LES inducido.

**Caso:** Mujer, 56 años de edad, consulta a nuestro servicio con manifestaciones clínicas de LES. Diagnóstico previo de AR erosiva, seropositiva y no nodular desde 1999 medicada con hidroxilcloroquina y luego metotrexate. Ante la falta de respuesta clínica y la progresión de las erosiones (manos y pies) inició adalimumab en noviembre 2006. Si bien la paciente presentaba valores previos + de FAN, eran a títulos muy bajos. En diciembre de 2007, al año de iniciado adalimumab desarrolla : fotosensibilidad , rash malar y slopecia en parches con características discoideas con un importante aumento de los títulos de FAN , positividad de anti DNAn y de anti Ro(SSa) . Se solicitó además determinación de ACPAP: 426 U. Biopsia de cuero cabelludo: Lupus Discoideo. Biopsia de glándula salival menor de labio inferior : puntaje de foco < 1 . Suspende en febrero de 2008 adalimumab mejorando la alopecia pero con persistencia hasta la fecha de las lesiones cicatrizales retroauriculares en cuero cabelludo, la fotosensibilidad y el rash malar con aumento sostenido y progresivo de los títulos de antiDNAn y anti Ro a pesar de transcurridos seis meses de la suspensión del fármaco.

Inicia Adalimumab nov 2006 y suspende febrero 2008

|          | 2000 | 2001 | 2006    | 12/2007  | 04/2008  | 08/2008  |
|----------|------|------|---------|----------|----------|----------|
| FAN      | (-)  | 1/20 | 1/40 mo | 1/160 ho | 1/640 ho | 1/640 ho |
| Anti DNA | (-)  | (-)  | (-)     | 1/20     |          | 1/160    |
| Anti RO  | (-)  | (-)  |         | 33       |          | 53       |

**Conclusión:** La paciente, bajo tratamiento con adalimumab, desarrolló manifestaciones clínicas indiscutibles para LES cumpliendo 5 criterios ACR: rash malar, fotosensibilidad, LE discoide , FAN + y DNA n +, que persistieron a pesar de la suspensión del fármaco antiTNF. La inducción de la producción de autoacs durante la terapia anti TNF es frecuente ,aunque las reales implicancias clínicas son desconocidas. En nuestra opinión, previo a la indicación de fármacos anti TNF se debería jerarquizar clinicamente la positividad de los autoacs para redefinir o no su indicación o eventualmente realizar un seguimiento de los títulos de los mismos durante el tratamiento, así como también un control clínico periódico dirigido a la búsqueda del desarrollo de manifestaciones sistémicas de LES.

129

**ARTERITIS DE TAKAYASU (ATAK): PRESENTACION DE 4 CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA**

**Paula Pucci** (1), **Marcela Fortunato** (2) y **Alejandro Nitsche** (1). Servicio de Nefrología (2) y de Reumatología (1). Hospital Alemán, Deutsches Hospital, Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La ATAK es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, idiopática, que afecta principalmente a las arterias de gran calibre, pudiendo producir estenosis, obstrucción o aneurisma de los vasos comprometidos. Su incidencia es de dos o tres casos por millón de habitantes por año en pacientes menores de 40 años. Presentamos cuatro pacientes con diagnóstico de ATAK con diferentes formas de presentación, y un seguimiento de 4 a 21 años.

**Caso 1. Forma de presentación: Claudicación de miembros superiores con VSG elevada.**

Mujer de 56 años de edad, que consulta en 2004 por claudicación de músculos de cintura escapular, VSG de 113 mm 1er hora y un diagnóstico presuntivo de PMR pero con respuesta parcial a corticosteroides. Examen físico: ausencia de pulsos en MSD, soplo en subclavia izq., TA irregistrable en brazo derecho. Ecodoppler arterial de vasos de cuello, miembros superiores e inferiores compatible con arteritis de grandes vasos. Inicia 60 mg de prednisona, 15 mg semanales de MTX y aspirina. A 4 años de seguimiento buena evolución, sin claudicación muscular, medicada sólo con MTX.

**Caso 2. Forma de presentación: HTA desde los 10 años de edad.**

Mujer de 26 años, que a los 10 años de edad (1992) ingresa por HTA severa. Se realizó diagnóstico de ATAK por panangiografía. Fue tratada con corticosteroides y ciclofosfamida pero requirió en su seguimiento múltiples cataratas por reestenosis. Desarrolla posteriormente IRA con biopsia de glomerulonefritis extracapilar y vasculitis paucimune sin respuesta a tratamiento requiriendo de hemodiálisis crónica. A los 23 años de edad presentó hemorragia alveolar difusa ANCA-c (+), interpretándose como una Superposición Vasculitis en una paciente con ATAK previa. Buena respuesta a ciclofosfamida y corticosteroides. Una nueva panangiografía muestra múltiples estenosis, secuenciales, de su ATAK. Se realiza trasplante renal con buena evolución.

**Caso 3. Forma de presentación: mareos con diferencia de TA en miembros superiores.**

Mujer de 43 años de edad consulta en 2004 por mareos. En el examen físico se constata: diferencia de presión arterial y pulsos en miembros superiores, HTA, soplo carotídeo derecho. Ecodoppler de vasos de cuello y 4 miembros compatible con arteritis. Se niega a iniciar tratamiento con corticosteroides y reaparece en 2008 por severa claudicación intermitente de miembros inferiores con pulsos pedios y popliteos ausentes. Angiografía: lesiones compatibles con arteritis en subclavia izquierda, renal derecha, mesentérica sup., aorta abdominal infrarrenal e ilíacas primitivas. Se indica cirugía de revascularización y tratamiento con ciclofosfamida y prednisona.

**Caso 4. Forma de presentación: Crisis Hipertensiva y Hemiparesia con VSG normal**

Mujer de 32 años de edad que ingresa en 1987 con crisis hipertensiva y hemiparesia derecha con soplo en flanco derecho. Angiografía: estenosis de la arteria renal. Inicia corticosteroides y MTX y se indica cirugía de revascularización. Biopsia arterial renal: ATAK. A partir de 1990 reiteradas consultas por claudicación de miembros inferiores. Angiografía: múltiples estenosis en ambos miembros que requirieron por pase aortobifemoral con reestenosis en 1993 y 94. Desde 1995 sólo medicada sólo con MTX, habiéndose adaptado a la claudicación en la marcha.

**CONCLUSIONES:** Se presentan 4 pacientes con ATAK que evolucionan con progresión de la enfermedad a lo largo de los años, con tratamientos farmacológicos y cirugías de revascularización y reintervenciones. Los datos de estas pacientes son concordantes con la literatura revisada, pero se resalta la sobrevida a largo plazo de los pacientes presentados.

130

**RESPUESTA A RITUXIMAB DE UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA REFRACTARIA Y MIASTENIA GRAVIS**

**AUTORES:** **Curti A.**, López Meiller M.J. García Carrasco M., Nasswetter G. División Reumatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires.

**INTRODUCCIÓN:** La asociación entre artritis reumatoidea (AR) y miastenia gravis (MG) ha sido descrita ocasionalmente, y principalmente como complicación al tratamiento con D penicilamina.

**OBJETIVO:** Describir una paciente con AR refractaria al tratamiento convencional y MG que reactivó su MG concomitantemente con el empleo de un agente anti factor de necrosis tumoral alfa (anti TNF alfa) y que presentó una franca mejoría de ambas patologías luego del tratamiento con rituximab.

**CASO CLÍNICO:** En 1989 una mujer de 26 años consultó por presentar poliartritis simétrica y rigidez matinal asociada a debilidad muscular proximal. Se realizó diagnóstico de AR (poliartritis simétrica, latex positivo y erosiones en Rx de manos) y recibió tratamiento con sales de oro por 6 años, luego con metotrexato hasta 22,5 mg semanales, sulfasalazina 1,5 mg día y corticoides a dosis variables, con respuesta parcial. En marzo del año 2004 inició tratamiento con infliximab (3mg/kg dosis por 7 meses). Coincidentemente con el inicio de terapia anti TNF alfa su cuadro de debilidad muscular proximal empeoró. En noviembre del 2004 fue internada por presentar diplopía intermitente, disfagia alta y debilidad severa a predominio proximal. Con examen neurológico compatible, electromiograma con patrón miogénico y anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos se diagnosticó miastenia gravis. Inició tratamiento con piridostigmina con buena respuesta clínica.

Retrospectivamente e interrogando a la paciente sobre el inicio de su cuadro clínico, los síntomas de MG estaban presentes al comienzo de su enfermedad y probablemente mejoraron parcialmente con los corticoides y metotrexato que recibió para el tratamiento de su AR. En octubre 2007 recibió rituximab que se administró en forma endovenosa a una dosis de 1gr en los días 1 y 15 junto con metotrexato. La respuesta fue evaluada a través del DAS 28 (6.16 previo al tratamiento y 3.78 posterior) y HAQ modificado (0.87 - 0.37) con un intervalo de 3 semanas. La mejoría de ambas patologías persistió por 7 meses y al año de iniciado el tratamiento se observó: DAS28: 6,15.

**CONCLUSIÓN:** La peculiaridad de este caso reside en la infrecuente asociación entre ambas enfermedades, AR y MG, así como también en la franca disminución de la actividad de la AR y mejoría de la fuerza muscular luego de un único ciclo de rituximab concomitantemente con metotrexato.

131

**Síndrome Antifosfolípido por antiβ<sub>2</sub>GPI precede al diagnóstico de mesotelioma.**

**Galván L.**, Earsman G, Laborde H, Barreira JC.

Servicio de Reumatología. Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una entidad caracterizada por trombosis venosas y arteriales, abortos recurrentes; anticuerpos anticardiolipinas (ACL), Antiβ<sub>2</sub>GPI e inhibidor lipico (AL). Puede ocurrir como una entidad primaria (SAF primario) o asociado a otras enfermedades. Es bien conocido el desarrollo de trombosis en pacientes con neoplasias, hallándose vinculado a factores como la fibrina y el factor tisular, que producen activación plaquetaria, así como también a la presencia de hiperviscosidad ocasionada por el aumento de citoquinas inflamatorias (TNF e IL-1). El SAF ha sido comunicado asociado a neoplasias sólidas y hematológicas en presencia de autoanticuerpos Acl, AL, y en menor frecuencia con Antiβ<sub>2</sub>GPI.

El objetivo es comunicar un paciente con diagnóstico de SAF por Antiβ<sub>2</sub>GPI, asociado a mesotelioma y realizar una revisión de la literatura utilizando para este propósito asistentes de búsqueda computarizado: Medline, PubMed (Palabras Claves: SAF, Neoplasias, Trombosis venosas, Trombosis Arteriales)

Paciente de 63 años de edad con antecedentes de bocio nodular, múltiples intervenciones por carcinoma basocelular, ex tabaquista de 30 paquetes/años. En enero 2007 comienza con acrocianosis en mano izquierda y derrame pleural derecho, caracterizado como exudado, citocológico negativo. El laboratorio mostró anticuerpos antiβ<sub>2</sub>GPI IgM 32(0-10) e IgG 33 (0-20). ACL por IgM e IgG y AL negativos, FAN, FR negativos, complemento sérico y orina normales. Inició anticoagulación con acenocumarol. Posteriormente por presentar derrame pleural recurrente requirió varias internaciones. Se realizó decorticación y la biopsia de pleura fue negativa para atipia en dos ocasiones. Con RIN 3.5 presentó trombosis de subclavia derecha. Evolucionó con compromiso del estado general y pérdida de peso (16 Kg en 4 meses). Los marcadores tumorales fueron negativos, TAC de tórax, abdomen y pelvis descartó la presencia de tumores. En mayo 2008 se reinterna por recidiva del derrame pleural y trombosis de vena yugular interna y subclavia derechas, una nueva biopsia de pleura evidenció mesotelioma epitelioide.

**Comentarios:** Han sido comunicados en la literatura pacientes con SAF primario que luego de 4 años desarrollaron una enfermedad maligna. En nuestro conocimiento es el segundo paciente comunicado con SAF asociado a mesotelioma y el primero con anticuerpos contra el β<sub>2</sub>GPI de clase Ig M e Ig G exclusivamente, con la negatividad de otros anticuerpos característicos. En la revisión de la literatura han sido comunicados pacientes con neoplasias y SAF (SAF paraneoplásico) hallándose sólo en 3, anticuerpos contra el β<sub>2</sub>GPI, de los cuales uno tenía un tumor sólido de localización renal. En los tumores sólidos la sola presencia de anticuerpos Acl, AL y no sus títulos han sido relacionados con complicaciones trombóticas más frecuentemente que en las neoplasias hematológicas. En nuestro paciente el desarrollo del SAF y la neoplasia pueden ser consideradas simultáneas aunque el diagnóstico de la localización tumoral fue realizado 16 meses después del inicio de los síntomas. Se destaca la necesidad de investigar una causa secundaria en un paciente con SAF anticoagulado en rango óptimo con recurrencia de trombosis, asociado a empeoramiento del cuadro clínico.

132

**TUBERCULOSIS (TBC) ARTICULAR DE LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE, ASOCIADA A HIPERFLUJO VASCULAR COMO CONSECUENCIA DE DISTRÓFIA SIMPÁTICO REFLEJA-SUDECK (DSR).**

**Autores:** **García Salinas R.** De Iulius A, Borlenghi C, Torre S. Servicio de Reumatología del Hospital B. Rivadavia

**Introducción:** La TBC osteoarticular es la responsable del 10 % de los casos de presentación extrapulmonar. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son aquellas que soportan peso, columna, caderas y rodillas en ese orden; son las responsables del 90% de los casos. El diagnóstico de certeza se realiza con el cultivo del líquido sinovial/tejido sinovial o la anatomía patológica. Su fisiopatología corresponde a la reactivación de focos con diseminación hematogena.

**Objetivo:** Presentar un caso de localización atípica de TBC articular en relación con distrofia simpática refleja en la zona comprometida.

**Caso clínico:** Paciente de 57 años de edad con antecedentes de TBC pulmonar a los 13 años de edad que recibió tratamiento completo, consulta por presentar tumefacción en mano derecha, cambio de coloración y fenómenos vasomotores asociados con aumento de la sudoración en esa mano, secundaria a un traumatismo 14 días atrás. Se realizó Rx donde se apreciaba osteopenia parcheada y por sospecha de DSR se solicita Cintellograma óseo en tres tiempo lo que confirma el diagnóstico. Se realiza tratamiento con bisfosfonatos y corticoides a bajas dosis debido al dolor y la inflamación con buena respuesta y remisión completa de los síntomas. En el transcurso de 4 meses consulta a servicio de emergencia por tumefacción articular con fistulización de articulación radiocarpiana, en la Rx se observó destrucción de la misma y los cultivos para gérmenes comenes arrojaron valores negativos, pero se inicia tratamiento antibiótico (ATB) por sospecha de artritis séptica. Debido a la persistencia del cuadro sin respuesta a la terapia con ATB se toma nueva muestra con cultivos y biopsia los cuales confirmaron el diagnóstico de TBC articular por presencia de BAAR y granulomas caseificantes en la anatomía patológica de la región de la articulación radiocarpiana.

**Discusión:** El caso presentado nos ejemplifica la fisiopatología de la TBC articular afectando aquellas articulaciones con mayor flujo sanguíneo, la cronología de los acontecimientos nos ilustran al localización atípica de la infección articular. Una vez más recalcamos la importancia fundamental del correcto estudio de las monoartritis, teniendo siempre presente al Bacilo de Koch entre los gérmenes causales en nuestra región.

133

**SILDENAFIL ORAL EN EL FENÓMENO DE RAYNAUD PEDIÁTRICO**

Cervetto V., Cutticia R.  
Hospital Pedro de Elizalde, Sección de Reumatología, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Comunicar la eficacia clínica del Sildenafil en un paciente pediátrico con Fenómeno de Raynaud (FR) refractario.

**Caso Clínico:** Paciente de 17 años que inicia su enfermedad a los 14 años con FR severo con pérdida de sustancia en pulpejo de los dedos, capilaroscopia con SD pattern, cambios esclerodermiformes en facie, tronco y miembros superiores e inferiores a nivel distal. Se define el diagnóstico de Esclerodermia Sistémica difusa, iniciando tratamiento con Metotrexate semanal y Cistozolast 50mg/día debiendo aumentar la dosis hasta 100mg/día por falta de respuesta. Durante el primer año de su enfermedad presenta compromiso pulmonar restrictivo con alteración de la DLCO creciente y reflujo gastroesofágico Grado I con posterior presentación de entelamiento del tránsito, por lo que se medica con ciclofosfamida primero en pulsos y luego vía oral, y meprednisona en altas dosis. El paciente cursa durante sus siguientes 2 años de evolución con FR persistentemente severo con pérdida de sustancia y ulceraciones profundas en pulpejo de los dedos de ambas manos y pies, calcinosis, infecciones sobreagregadas, con imágenes de resorción ósea en varias falanges de ambas manos. Presenta EAVdolor 90mm y EAVmedico de 75mm, con afectación importante en la calidad de vida y capacidad funcional. Persiste refractario a vasodilatadores como Amlodipina, Nifedipina llegando a 30mg/día asociada a Pulsos de esteroides y ATB. Se decide iniciar con Sildenafil oral a 50 mg/día asociada a Nifedipina a 30mg/día presentando buena respuesta. A los 5 meses de tratamiento el paciente presentaba resolución de de lesiones ulceradas con persistencia de calcinosis residual en 2º y 3º dedo mano derecha, disminuyendo los eventos de FR, EAVdolor 10mm EAVmedico 30mm, mejorando su calidad de vida y capacidad funcional. No presentó efectos adversos serios a la medicación. Del resto de su compromiso sistémico permanece estable.

**Conclusión:** El Sildenafil oral evidenció buena respuesta en un paciente pediátrico con FR severo, siendo seguro hasta el momento.

134

**INFECCIÓN POR STRONGILOIDES STERCOLARIS SIMULANDO UNA ETC. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Schmidt M, Ceccato F, Ortiz A, Roverano S, Paira S. - Sección Reumatología- Hospital J.M. Cullen- Santa Fe

**Introducción:** diversas publicaciones informan la ocurrencia de infecciones producidas por micro-organismos como imitadoras de síndromes reumatológicos. Se describen la presencia de hongos, mycobacterias y parásitos productores de daclititis, miositis, vasculitis, tenosinovitis, glomerulonefritis, cuadros símil AR seronegativa, etc.

**Objetivo:** presentar el caso de una paciente inmunocompetente, que ingresa con síntomas símil vasculitis/ LES originados por la presencia de un Strongiloides stercoralis.

**Caso:** mujer de 27 años, ama de casa, oriunda de Tostado. Ingresa a internación por ictericia, fiebre, dolor en flanco derecho (antec. caída de bicicleta), anemia (Hb: 3,9 gr/dl), prolongación de los tiempos de coagulación, derrame pleural derecho, dilatación vesícula biliar, aumento del diámetro del cólecodo, anulación funcional riñón derecho, ¿uropionefrosis? **Antecedentes personales:** anemia desde la niñez, infec. urinarias recurrentes, hematomas fáciles, gingivorragia, tbc pulmonar 2 meses antes (tratada con cuadruple esquema), 4 embarazos, con bebés de término. Se realiza nefrectomía derecha un día luego del ingreso por uropionefrosis.

**Diagnósticos diferenciales:** PAN primaria, tbc sistémica, LES, vasculitis de Churg-Strauss, LES + SAP.

**Laboratorio:** eosinofilia 25% y proteinuria 24 hs > 500 mg en 3 ocasiones; aumento de TGO, TGP, LDH, bilirrubina total, directa y FAL. Dimero D y PDF: (+); colinesterasa: 2203 (3200-8000), VDRL, HIV, VHB, VHC, PPD, hemocultivos, urocultivo y parasitológico seriado (2): todos (-), C3 y C4 normales, FAN (HeP-2), DNAN (Citrinidia) y ANCAc: (-), ANCAp: (+) 1/320, AC antimitocondrial: (+) 1/20, IgE: > 4.000 (VN h/ 150)

Fco. qco. líquido ascítico: normal Cultivo: (-); arteriografía art. renales y mesentéricas: ecocardi doppler, eco doppler venas suprahepáticas, tac pulmón, tac senos paranasales: normales. Biopsia gástrica: gastropatía erosiva; Histología riñón, uréter, hígado: infiltrado eosinófilo Histología duodeno y antro pilórico: duodenitis eosinofílica por strongiloides stercoralis

**Tratamiento:** tiabendazol. **Evolución:** revierte anemia, eosinofilia y proteinuria 24 hs. Normaliza TGO, TGP, FAL, colinesterasa y bilirrubina. Último control en julio 2007: sin evidencia de parasitosis ni clínica o laboratorio de alguna ETC.

**Conclusión:** los pacientes infectados con strongiloides pueden ser asintomáticos o desarrollar síntomas imitando cuadros reumatológicos (PAN, LES, DM). La literatura se limita a presentar casos o pequeñas series, haciendo difícil arribar a conclusiones en relación a la fisiopatología o a la posibilidad de realizar algoritmos. Jerarquizar las manifestaciones reumatológicas atípicas, para detectar infecciones parasitarias en áreas endémicas tanto en pacientes inmunocomprometidos como en los inmunocompetentes.

135

**INFECCIÓN POR HISTOPLASMA CAPSULATUM EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

Ceccato F, Ortiz A, Zunino A, Roverano S, Paira S.  
Sección Reumatología. Hospital JM Cullen, Santa Fe.

**Introducción:**

Las enfermedades reumáticas, especialmente AR, tienen mayor riesgo de infección comparado con la población general. Las infecciones pueden ser precipitadas por la severidad de la enfermedad, el grado de invalidez, la presencia de co-morbilidades y el uso de tratamientos inmunosupresores. El Histoplasma Capsulatum es un hongo dimórfico intracelular de distribución endémica; la infección en pacientes inmunocompetentes puede ser asintomática o con manifestaciones leves. En algunas situaciones de inmunodepresión, puede ocurrir infección diseminada.

**Objetivo:** Describir cinco casos de histoplasmosis en pacientes con enfermedades reumáticas.

**Caso 1:** mujer de 62 años con Dermatomiositis (Bohan y Peter 1975) de dos años de evolución que se interna por fiebre y lesiones en piel, tipo placas dolorosas y eritematosas del brazo y muslo derecho. En ese momento estaba tratada con 18 mg/día de prednisona y 100 mg/día de cloroquina. La biopsia de piel mostró paniculitis mixta con numerosas esporas de histoplasma dentro del citoplasma de macrófagos. **Diagnóstico:** paniculitis por Histoplasma Capsulatum en Dermatomiositis. **Caso 2:** Mujer de 43 años con AR de 15 años de evolución, seropositiva, nodular y erosiva; tratada con combinación de DMAR, que ingresa por fiebre de 15 días de evolución. **Examen físico:** fiebre, perforación de septum nasal y hepatomegalia. Biopsia y cultivo de la lesión: Histoplasma Capsulatum. La paciente falleció y se interpretó como histoplasmosis sistémica subaguda. **Caso 3:** paciente de 47 años de edad, con diagnóstico de LES (ACR 1982), de 10 años de evolución, tratada con HCQ y esteroides. En julio 2005 (LES inactivo) desarrolla una lesión ulcerada de tabique nasal que progresa a perforación del mismo y úlcera del paladar duro simultánea. Las mismas evolucionaron produciendo una fístula nasopalatina. Biopsia de tabique nasal: Histoplasma C. Se realiza diagnóstico de histoplasmosis localizada aguda. **Caso 4:** mujer, 56 años con AR de 11 años de evolución, que finalizó tratamiento biológico hace un año; tratada actualmente con Metotrexato 10 mg/sem, Prednisona 5 mg/día y Leflunomida 20 mg/día. Consulta por fiebre y lesiones en piel, se realiza biopsia que mostró Histoplasma C. **Caso 5:** mujer 49 años con AR de 11 años de evolución seropositiva, erosiva con S. Sjögren 2º en tto con metotrexato 20 mg/sem, Leflunomida 30 mg/día, Prednisona 7.5 mg/día. Consulta por lesión ulcerosa en borde de lengua, dolorosa. Biopsia y cultivo: Histoplasmosis.

**Conclusiones:** Las ETC y la histoplasmosis comparten varias características clínicas, entre ellas las lesiones muco-cutáneas y la paniculitis, manifestaciones poco frecuentes de histoplasmosis, que pueden ser diagnosticadas como una ETC o un brote de la misma. El diagnóstico de histoplasmosis depende del reconocimiento de las diferentes manifestaciones clínicas, acompañado por el conocimiento de la exactitud y limitaciones de las pruebas usadas para el diagnóstico de infecciones fúngicas. Las infecciones endémicas deben buscarse sistemáticamente en pacientes con ETC, aún en aquellos que no reciben tratamientos biológicos.

136

**EXOSTOSIS MULTIPLE HEREDITARIA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

Ortiz A, Ceccato F, Roverano S, Paira S  
Sección Reumatología. Hospital Cullen, Santa Fe

Es una enfermedad autosómica dominante que se caracteriza por exostosis originada cerca del lado diafisario de la línea fisal. Usualmente se trata de pacientes jóvenes que desarrollan masas o bultos cerca del extremo de los huesos tubulares largos de distribución simétrica.

**Caso 1:** Mujer de 53 años de talla baja que consulta por osteoporosis  
**Ex. Físico:** Deformidad de ambos antebrazos y déficits en la extensión de codos. Tumoraciones en el extremo distal de femur (ambas rodillas) sin signos inflamatorios

Rx rodillas: Exostosis en metafisis proximales con expansión metafisaria y deformidad adyacente a la base de la exostosis. Osteocondroma

Rx Pelvis: Exostosis en cuello femoral, isquion y región proximal de fémur.

Rx columna dorsal: Escoliosis.

Rx antebrazo: Arqueado del radio, dislocación de su cabeza y acortamiento de región distal del cúbito

**Caso 2:** Varón de 16 años de edad. Consulta por baja estatura y bultos alrededor de rodillas, piernas y brazos.

**E/F:** Bultos en región distal de muslos, piernas y brazos, desviación cubital carpo derecho

Rx rodillas: Exostosis en metafisis proximales con expansión metafisaria y deformidad adyacente a la base de la exostosis

Rx antebrazo: Arqueado del radio, dislocación de su cabeza y acortamiento de región distal del cúbito

**Discusión:** diagnósticos diferenciales: Displásias mesomélicas (tipo Rheinhardt) Encondromatosis (Enf. De Olliers). A pesar de su baja frecuencia puede ser diagnosticada precozmente al observar imágenes típicas radiológicas en caderas, rodillas y muñecas. Tener en cuenta este diagnóstico ya que el 2% puede sufrir transformación a condrosarcoma

137

**Caliciflaxis en un paciente con lupus eritematoso sistémico y función renal normal**

Allaga L., Barreira J C  
Servicio de Reumatología del Hospital Británico de Buenos Aires

La caliciflaxis es una enfermedad caracterizada por presentar áreas de necrosis isquémica junto a la calcificación de la capa media de las arterias de mediano y pequeño calibre. Además existe proliferación y fibrosis de la íntima y con menos frecuencia trombosis. La insuficiencia renal crónica, el hiperparatiroidismo y una dieta con alto contenido de fósforo, actúan como agentes sensibilizantes aumentando el producto Ca/P, con ello la precipitación de cristales en los tejidos. La mayoría de los casos han sido descritos en pacientes con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis o con diálisis peritoneal y menos frecuentemente en pacientes sin tratamiento sustitutivo. En nuestro conocimiento, la caliciflaxis no ha sido documentada en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sin alteración de la función renal. El objetivo fue comunicar un paciente con LES y función renal normal, que desarrolló caliciflaxis. **Caso clínico:** mujer de 34 años con diagnóstico de LES realizado cuatro meses antes de su internación, caracterizado por presentar en forma sucesiva leuco-infopenia, poliartritis, pericarditis, glomerulonefritis mesangial y enfermedad pulmonar intersticial con buena respuesta terapéutica inicial. Fue internada en nuestro hospital por presentar extensas lesiones cutáneas necróticas coalescentes en ambos muslos y región sacra, asociadas a síndrome febril y compromiso del estado general. Las mismas habían comenzado aproximadamente 3 meses antes en forma de placas rojo-violáceas dolorosas luego de una exposición solar intensa. Al momento de la admisión se encontró en regular estado general, normotensa, con hipotonía de glúteos y muslos y marcada hipotrofia muscular. Además se evidenció poliartritis simétrica de carpos y metacarpofalángicas. El resto del examen por aparatos y sistemas fue normal. El laboratorio mostró anemia de enfermedades crónicas, reactantes de fase aguda aumentados, hipalbuminemia, calcio corregido 11,1 mg/dL y PTH normal. Los ANA fueron positivos 1/2560 moteado con Sm y RNP positivos y anticardiolipinas, inhibidor lúpico, ANCA's, y DNA negativos, sin consumo del complemento. De los cultivos de piel y partes blandas se aislaron múltiples gérmenes (*P. aeruginosa*, *C. tropicalis*, *Fusarium spp.*), recibió tratamiento antibiótico y debridamiento quirúrgico cada 48 hs. En el examen histopatológico de piel y músculo se halló necrosis muscular extensa sin infiltrados inflamatorios y vasculitis leucocitoclastica con áreas de caliciflaxis. Recibió pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida endovenosa. La evolución inicialmente fue favorable, con mejoría sensible de las lesiones necróticas y del estado general. Por intercurencia de insuficiencia respiratoria tipo 1 asociada a infiltrados alveolointersticiales bilaterales de probable etiología infecciosa, recibió diferentes esquemas antibióticos sin una adecuada respuesta. Falleció debido a sepsis y fallo multiorgánico. **Comentarios:** la caliciflaxis es una rara condición que en general se asocia con insuficiencia renal terminal. Se caracteriza por la aparición de placas cutáneas necróticas muy dolorosas y formación de escaras extensas. La distribución proximal de las lesiones se ha relacionado con peor pronóstico y las infecciones locales y sistémicas son la causa principal de morbi-mortalidad. En general la sobrevida es de aproximadamente 6 meses luego de las manifestaciones cutáneas severas. La caliciflaxis debería ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de lesiones dérmicas ulceronecroticas extensas en pacientes con LES y aún sin compromiso renal.

138

**NEUROBORRELIOSIS VERSUS NEUROBEHCET**

Romero C., Caputo V., Casado G., Ayala C., Venarotti H.  
Servicio de Reumatología, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCION:** La enfermedad de Lyme, causada por *Borrelia burgdorferi* se caracteriza por un cuadro multisistémico con afectación dermatológica, cardíaca, articular y neurológica. Las manifestaciones clínicas de la Neuroborreliosis no son específicas y muchas enfermedades pueden cursar con cuadros neurológicos similares.

**CASO CLINICO:** Presentamos un paciente de 32 años de edad, sexo masculino, admitido al Servicio de Clínica Médica presentando fiebre vespertina y cefalea de 5 meses de evolución. En sus antecedentes personales se mencionaban: faringoamigdalitis a repetición, permanencia en Kosovo en misión de Paz hasta 2 meses antes del comienzo del cuadro y una internación reciente por un proceso inflamatorio meníngeo de probable origen viral. Al ingreso refería cefalea pulsátil intensa y presentaba discreto deterioro del estado general, aftas en mucosa yugal en coincidencia con los picos febriles y edema de papila en el fondo de ojos. El laboratorio inicial mostraba elevación de reactantes de fase aguda con VDRL, Huddleson, FAN, FR, ANCA C y P, PPD negativas y Radiología de Tórax, ECG, TC y RNM de cerebro normales. En la TC de peñascos se observaba mastoiditis izquierda, iniciando tratamiento con Ceftriaxona. El paciente evolucionó rápidamente presentando letargo, disartria, paresia braquial derecha y arreflexia generalizada con hipertemia de 40°. En la RNM cerebral se observó engrosamiento difuso de meninges (paquimeningitis) y en el LCR hipoglicorraquia con cultivos negativos. Se detectaron anticuerpos positivos contra *Borrelia burgdorferi* y posteriormente se determinó PCR positiva para *Borrelia* en Biopsia de Meninges y duramadre, diagnosticándose Neuroborreliosis. El cuadro clínico mejoró inicialmente, remitiendo la cefalea y la fiebre; pero al suspender los Esteroides estos síntomas reaparecieron junto con aftas orales, agregándose artritis de rodillas. Es dado de alta para completar tratamiento antibiótico; pero a los pocos días reingresó con edema en esclavina, adenopatías laterocervicales, supraclaviculares y fiebre. Se constató por Radioblogografía oclusión de la vena cava superior, subclavia izquierda y tronco braquiocefálico derecho y por Angio TC y angioRNM: trombosis del seno longitudinal superior, transversos y laterales, aneurismas de arterias pulmonares, infartos renales y afección del león terminal. Con este cuadro se presumió enfermedad de Behcet, comenzando anticoagulación y tratamiento con Esteroides en dosis inmunosupresoras. El paciente evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra en remisión luego de 19 meses de seguimiento, no presentando nuevos eventos vasculares, ni repitiendo fiebre o cefalea.

**CONCLUSIONES:**

Reportamos un caso de Enfermedad de Lyme, enfermedad rara en Argentina y la aún más infrecuente asociación con Behcet.

139

**SORDERA NEUROSENSORIAL COMO PRESENTACIÓN DE ARTERITIS TEMPORAL**

Díaz PE, Castaños MS, Retamozo MS, Busso R., Saunt V., Alvarellos A., Castro F.  
Servicio de Reumatología del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba

**Introducción:** La arteritis de células gigantes es una vasculitis multisistémica de grandes y medianos vasos, con predisposición por las arterias craneales, que afecta a personas mayores. Se puede presentar con distintos síntomas, como ser cefalea, claudicación mandibular, ceguera y fiebre. La asociación con sordera sensorineural es rara, la cual puede ocurrir en forma previa o concurrente a la arteritis temporal. El mecanismo no está claro. Se habla de una mejoría de la audición con el tratamiento con glucocorticoides sistémicos del 30% a las 24-48 horas de iniciados.

**Objetivo:** Describir un caso de arteritis de la arteria temporal asociada con sordera.

**Material y método:** Paciente de sexo femenino de 81 años de edad, admitida en el hospital por supuración de oído izquierdo y fiebre. Diagnosticada de otitis serosa realizándose colocación de tubo transtimpánico mes previo a la internación. Luego del procedimiento comienza con fiebre vespertina de 38.5 acompañada de secreción mucopurulenta por oído izquierdo e hipoacusia de oído derecho. Se realiza tratamiento con antibióticos (ATBs) orales sin respuesta, por lo cual es internada con sospecha de mastoiditis iniciando tratamiento con ATBs parenterales. Durante la internación comienza con sordera bilateral profunda, Weber lateralizado a la derecha, disfagia, xerofthalmia y xerostomía, se realiza audiometría y logaudiometría con anacusia de oído izquierdo y sordera neurosensorial severa a profunda derecha. Radiografía de Tórax normal. TAC de cráneo con escaso desarrollo de celdillas mastoideas de peñascos, que evocan secuela de osteomastoiditis crónica. Ecocardiograma transesofágico sin evidencia de vegetaciones. Centellograma oso con captación anormal en mastoides izquierda. Test de Schirmer 1 (Derecho 6 mm/ izquierdo 7mm). BUT (D: 5 seg/ I: 6 seg). Se mantuvo febril, con leucocitosis de 25.000 GB/mm<sup>3</sup> con PCR mayor a 20, VSG de 95 mm la primera hora y pancultivos negativos. Recibe varios esquemas de ATBs sin respuesta. A los 12 días de internación comienza con dificultad para la masticación, mialgias generalizadas sin amaurosis ni cefalea. Con sospecha de arteritis de la temporal se suspenden ATBs, se inicia tratamiento con esteroides (meprednisona 40 mg/día VO) se realiza biopsia de arteria temporal derecha. A las 48 horas de iniciado el tratamiento presento recuperación de la audición bilateral a niveles previos, remisión del estado febril y disminución de leucocitosis.

**Informe de anatomía patológica:** arteritis aguda y crónica severa, transmural, con necrosis fibrinoide focal y ruptura extensa de lámina elástica interna, con diagnóstico de arteritis de arteria temporal. VSG posterior al alta: 15 mm la primera hora; audiometría control: mejoría significativa de sordera neurosensorial con recuperación bilateral a predominio de oído derecho, persistiendo hipoacusia leve en oído izquierdo.

**Conclusión:** La sordera es una manifestación inicial poco frecuente y sospechada en pacientes con arteritis de la temporal y puede ser a su vez el sintoma inicial de la misma. Presentamos este caso clínico cuya manifestación inicial y predominante fue la sordera neurosensorial, la cual presentó notable mejoría con el inicio del tratamiento esteroideo.