

[orales]

40° Congreso Argentino de Reumatología
11° Congreso de Reumatología del Conosur

70° Aniversario

13 al 15 de septiembre de 2007

Sheraton Hotel
Buenos Aires - Argentina

SECCION ORAL	JUEVES 13 DE SEPTIEMBRE	O1 A O6
SECCION ORAL	VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE	O7 A O12
SECCION ORAL	SABADO 15 DE SEPTIEMBRE	O13 A O16



SOCIEDAD ARGENTINA DE
REUMATOLOGIA

01

ABATACEPT MEJORA LOS PARÁMETROS DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA A LO LARGO DEL TIEMPO: APLICABILIDAD DE RESULTADOS PARA PACIENTES LATINO AMERICANOS.

Maldonado Cocco JA¹, Zingoni MC², Fanti ML³, L' Italien GJ⁴.

¹Instituto de Rehabilitación Psico-física, Bs As, Argentina; ²Bristol-Myers Squibb, Bs As, Argentina; ³Bristol-Myers Squibb, San Pablo, Brasil; ⁴L' Italien GJ, Bristol-Myers Squibb, Wallingford, CT, USA.

Objetivos: Examinar la capacidad de Abatacept en ofrecer una respuesta clínica de magnitud importante y mejorar el estado de la enfermedad a lo largo del tiempo obtenida en el estudio AIM, enfatizando en la alta participación de pacientes argentinos y latinoamericanos.

Métodos: el estudio AIM fue un ensayo randomizado, multicéntrico, multinacional, a doble ciego y controlado con placebo, de 12 meses de duración. Los pacientes recibieron una dosis fija de ABA o PBO en los días 1, 15 y 29, y cada cuatro semanas de allí en adelante, además de terapia de base con MTX.

Se evaluó la mejoría a lo largo del tiempo con un análisis post-hoc de la proporción de pacientes con respuesta ACR20 a los 6 meses que desarrollaron respuestas ACR50 o 70 al año. Se realizó un análisis similar para calcular la proporción de pacientes con bajo puntaje de actividad de la enfermedad (LDAS) a los 6 meses que se hallaban en remisión al año.

Utilizamos métodos estadísticos descriptivos para analizar las características iniciales de dos cohortes diferentes, una que incluía a todos los pacientes del estudio AIM y otra que sólo incluía a los pacientes latinoamericanos (resaltando la participación de pacientes argentinos).

Resultados: En total se randomizaron 433 pacientes a ABA y 219 a PBO. De estos, 547 completaron el período a doble ciego. Se excluyeron del análisis de eficacia a 9 pacientes del grupo ABA y 5 del grupo PBO, debido a falta de adherencia.

El 15% (n = 98) de estos pacientes pertenecía a centros argentinos, 65,3% (64 pacientes) del grupo ABA y 34,7% (34 pacientes) del grupo PBO. Latinoamérica contribuyó con 266 pacientes (65% del grupo ABA y 35% del grupo PBO), representando el 41% de la población total.

Al año, una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con ABA logró ACR20, 50 o 70, LDAS y remisión, comparado con los pacientes tratados con PBO. De los pacientes que lograron ACR20 a 6 meses (pero no ACR50 o 70), la proporción de pacientes tratados con ABA vs PBO que logró ACR50 fue aproximadamente 3 veces mayor (42,9% vs 14,3%) y la proporción que desarrolló ACR70 fue aproximadamente 10 veces mayor (21% vs 2,0%). Al año, la proporción de pacientes que logró LDAS fue de 42,5 vs 9,9% para ABA vs PBO (p<0,001); y el porcentaje de pacientes que logró remisión fue de 23,8% vs 1,9% para ABA vs PBO (p<0,001). De los pacientes que lograron LDAS (pero sin remisión) a los 6 meses, el 35,6% vs 0% logró remisión según DAS28 al año en los grupos ABA vs PBO, respectivamente.

El creciente grado de respuesta no se debió al agregado de terapia DMARD concomitante (además del MTX) a lo largo de los meses 6-12.

La distribución de las características de los pacientes en los grupos Abatacept y placebo fue similar a la del grupo total en ambos subgrupos de pacientes (latinoamericanos y argentinos).

Conclusión: ABA ofrece una respuesta clínica de magnitud creciente y mejoría del estado de la enfermedad a lo largo del tiempo en pacientes con AR active y respuesta inadecuada a MTX.

Como hecho inusual presentamos los resultados de un estudio con una alta representación de pacientes latinoamericanos y argentinos (41% de la población total). La consistencia de los parámetros demográficos y las características de los pacientes entre estas poblaciones y la población total del estudio confirma que los resultados de eficacia y seguridad son aplicables a las poblaciones latinoamericana y argentina.

02

INFLUENCIA DE LA TERAPIA ANTI-TNF α EN LA REACTIVACION DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EXPERIMENTAL

Pérez A, D'Orazio A, Rosemffet MG, Nocito AL, Revelli S, Bottoso O, Citera G, Maldonado Cocco JA. Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Fundación Reumatológica Argentina, Buenos Aires e Instituto Nacional de Parasitología, Universidad de Rosario, Argentina.

La seguridad a largo plazo de los agentes biológicos no ha sido establecida en los pacientes con infecciones parasitarias crónicas como la tripanosomiasis. Nuestro grupo decidió comenzar un proyecto en enfermedad de Chagas que consiste en determinar la prevalencia de serología positiva para esta enfermedad en pacientes con Artritis Reumatoidea (4,2%), evaluar su potencial reactivación en pacientes seropositivos en tratamiento con anti-TNF con como objetivo de este estudio evaluar la influencia a corto plazo de la terapia biológica con anti-TNF sobre el curso de la infección chagásica crónica en un modelo experimental en ratas. **Materia y Métodos:** Se incluyeron 24 ratas, de las cuales 12 se infectaron con 1.10⁶ tripanosomas de la cepa Tulahuén. Luego de 90 días post-infección (fase crónica), 6 de ellas comenzaron tratamiento con infliximab (3 mg/kg/semana durante cuatro semanas consecutivas). Como grupos controles quedaron conformados 3 grupos: 1) infectadas sin tratamiento, 2) no infectadas e inoculadas con solución fisiológica y 3) no infectadas y tratadas con anti-TNF. Pre y post tratamiento se obtuvieron muestras de sangre y suero. La parasitemia se controló mediante métodos directos (examen directo de sangre fresca) e indirectos (xenodiagnóstico e inoculación en animales sensibles). Se analizaron anticuerpos específicos (anti SAPA) mediante ELISA como marcador de la etapa aguda de la infección y mediadores del óxido nítrico (NO) y TNF (pg/ml) mediante el método de Griess y ELISA, respectivamente. Post-tratamiento se analizó el compromiso miocárdico por anatomía patológica. **Análisis Estadístico:** Las comparaciones se realizaron por medio de pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney). **Resultados:** Se incluyeron 24 ratas (6 en cada grupo). Luego del tratamiento con infliximab no se observó reactivación parasitológica tanto por métodos directos como indirectos. Los anticuerpos anti-SAPA estuvieron más elevados en el grupo infectado y tratado con anti-TNF α con respecto al infectado y no tratado (p<0,05). No se observaron diferencias en los niveles de metabolitos del NO y TNF α entre el grupo tratado y el resto. Interesantemente, el tratamiento con anti-TNF α disminuyó significativamente el daño miocárdico en las ratas infectadas (p<0,02). **Conclusión:** El tratamiento con anti-TNF α durante un corto plazo no produce reactivación parasitológica evidente y confirma el rol del TNF α en la miocarditis chagásica crónica. Sin embargo el aumento de los anticuerpos anti-SAPA plantea la posibilidad de reactivación a largo plazo.

03

ÍNDICE DE AUSCAN Y SU CORRELACIÓN CON VALORACIONES OBJETIVAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR).

Uña CR¹, Alsina G², Chaparro del Moral RE¹, Papasidero SB¹, Rillo OL¹, Dal Pra F², Lencina MV², D'Orazio A², Gagliardi S², Maldonado Cocco JA¹. Servicio de Reumatología Htal. Dr. E.Tornó¹, Servicios de T. Ocupacional² y Reumatología³ Inst. Rehab. Psicosfísica, Bs. As.

Las articulaciones de las manos se hallan usualmente afectadas en los pacientes con AR, provocando un importante deterioro funcional. Existen diferentes instrumentos tanto objetivos como subjetivos que cuantifican dicha afección. El Índice de AUSCAN fue desarrollado por N. Bellamy para evaluar la función de la mano en pacientes con Osteoartritis. Recientemente ha sido comparado en AR con otros cuestionarios -MHQ y SODA- (Massey-Westropp N, 2004).

Objetivo: Evaluar la correlación del índice de AUSCAN con pruebas funcionales objetivas, daño clínico-radiológico, discapacidad y actividad en pacientes con AR. **Materia y métodos:**

Se evaluaron pacientes consecutivos con AR (ACR87), >18 años, con sinovitis en manos (anterior y/o actual), previa firma de consentimiento informado. Se excluyeron alteraciones de la función de la mano por otras patologías diferentes a la AR y condiciones que impedirían completar las evaluaciones. Se consignó: tiempo de evolución, rigidez matinal (RM), n° de articulaciones dolorosas y tumefactas (28), escala analógica visual (EVA 0-100mm) de dolor y actividad (paciente), VSG, Sharp-van der Heijde (S-vdH) -manos-, DAS 28, HAQ-A, deformidad clínica en miembros superiores (RAAD) e Índice de AUSCAN (LK 3.0). La medición de la fuerza de puño y pinzas (Jamar), el Test de Moberg Picking up (MPU) y el Test de Jepsen (TJ) fueron efectuados por la misma Terapeuta Ocupacional, evaluando ambas manos (dominante -MD- y no dominante -MnD-). Se efectuó un análisis descriptivo de las variables, y se calculó el Coeficiente de Correlación de Spearman (rs), considerando significativo un valor de p \leq 0,05.

Resultados: 56 pacientes (92,9% mujeres). Edad media (años): 50,5 (DE 10,7). Mediana (RIC) de tiempo de evolución (meses): 92 (52-185). Media de RM (minutos): 20 (DE 36) y de VSG (mm/h): 33 (DE 20). Mediana (RIC) de: DAS28 4.1 (3,3-4,9), HAQ-A 0,87 (0,37-1,47), RAAD 5 (2-10), S-vdH manos: 85 (46-117). Mediana (RIC) de AUSCAN: total 24 (11-35); dominio dolor 5 (2-10); dominio rigidez 1 (0-2) y dominio AVD 16 (8-24). AUSCAN total se correlacionó significativamente con DAS28 (rs 0,46); HAQ-A (rs 0,77); MPU MD (rs 0,36) y MnD (rs 0,35); y con TJ total (rs 0,38) y los ítems: tarjetas MD (rs 0,31) y MnD (rs 0,38); objetos pequeños MD (rs 0,38) y MnD (rs 0,49); fichas MD (rs 0,39) y MnD (rs 0,46); alimentación MD (rs 0,37) y MnD (rs 0,46); letas vacías MD (rs 0,47) y MnD (rs 0,54); letas llenas MD (rs 0,57) y MnD (rs 0,64).

Como era esperable, se correlacionó inversamente con fuerza de puño MD (rs -0,35), de tripepe MD (rs -0,31); y de pinza lateral distal MD (rs -0,35) y MnD (rs -0,26). En cuanto al dominio de dolor, tuvo correlación significativa con DAS28, HAQ-A, MPU ambas manos (AM) y TJ AM (excepto escritura). El dominio de rigidez correlacionó con DAS28, HAQ-A y TJ

objetos comunes MD; y el dominio de AVD con DAS28, HAQ-A, MPU AM, TJ AM todos los ítems (excepto escritura), y también correlacionó inversamente con las mediciones de fuerza.

No hubo correlación entre AUSCAN total y RAAD (rs 0,07, p=0,63), ni con S-vdH (rs 0,01, p=0,93). **Conclusión:** El AUSCAN correlacionó significativamente con actividad, discapacidad, fuerza y pruebas funcionales de la mano. No correlacionó con deformidad clínica ni daño radiológico. Consideramos que el AUSCAN podría ser una herramienta adicional para la valoración específica de la mano en pacientes con AR. Estudios prospectivos permitirán conocer su aplicación como parte del seguimiento de esta patología.

04

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

RESULTADOS DEL ESTUDIO QUEST-RA

Agüero S., Naranjo A., Descalzo M., Retamozo S., Orellana Barrera S., Lascano C., Alba P., Guaraz G., Toloza S. (QUEST-RA Argentina-España), Sokka T. (QUEST-RA Finlandia) y Pincus T. (QUEST-RA Estados Unidos).

Introducción.

La Artritis Reumatoidea (AR) está asociada con un incremento en la mortalidad predominantemente debido a arteriosclerosis acelerada en arterias coronarias y cerebrales; fenómeno que puede ocurrir tanto en AR establecidas como de inicio reciente. Los eventos cardiovasculares (CV) ocurren aproximadamente una década más temprano que en la población general, sugiriendo que la AR, al igual que la diabetes mellitus, es un factor de riesgo independiente para cardiopatía isquémica prematura.

Objetivo.

Analizar la prevalencia de eventos CV en pacientes con AR y su asociación con factores de riesgo tradicionales, características clínicas de la enfermedad, con el uso de drogas modificadoras de la AR (DMARDs) y agentes biológicos en una cohorte multinacional de pacientes no seleccionados de consultorios externos en 48 sitios de 15 países.

Materia y Métodos.

Cien o más pacientes consecutivos con AR (criterios ACR 87) fueron incluidos en cada centro QUEST-RA desde Enero 2005 a Octubre 2006 en los que se completó una evaluación clínica por un reumatólogo y una versión expandida del cuestionario de evaluación del estado de salud completada por el paciente. Se registraron: comorbilidades, características clínicas de la AR, exposición a DMARDs y agentes biológicos, factores de riesgo tradicionales (tabaquismo, inactividad físico, HTA, BMI, hiperlipidemia, diabetes mellitus). Los eventos CV incluidos fueron: IAM, angina, enfermedad coronaria, bypass aortocoronario y ACV. *Hazard ratios* (HR) ajustados y no ajustados (IC 95%) para eventos CV se calcularon mediante modelos de regresión (Cox proporcional hazard).

Resultados.

Hasta Octubre de 2006 QUEST-RA incluyó 4363 pacientes con una edad promedio de 57 años, 78% mujeres y > 90% Caucásicos. La prevalencia de eventos cardiovasculares durante el curso de vida de los pacientes incluidos en QUEST-RA fue de 3,2% para IAM, 1,9% para ACV, 9,3% para cualquier evento CV. La prevalencia de los factores de riesgo relacionados con eventos CV fue: 32% HTA, 14% hiperlipidemia, 8% diabetes, 43% tabaquismo, 73% inactividad física y 18% obesidad. Los factores de riesgo tradicionales con la excepción de obesidad e inactividad física se asociaron significativamente con eventos CV. La edad y sexo masculino se asociaron con cualquier evento CV y la presencia de enfermedad extraarticular con IAM. La exposición prolongada a MTX (HR 0,85; IC95% 0,81-0,89), leflunomida (HR 0,59; IC95% 0,43-0,79), sulfasalazina (HR 0,92; IC95% 0,87-0,98), glucocorticoides (HR 0,95; IC 95% 0,92-0,98) y agentes biológicos (HR 0,42 IC 95%: 0,21-0,81; p<0,05) redujeron el riesgo de eventos CV, los análisis fueron ajustados para factores de riesgo tradicionales y países.

Conclusión

En pacientes con AR el uso prolongado de MTX, sulfasalazina, leflunomida, glucocorticoides, y agentes biológicos reduce el riesgo de morbilidad CV mientras que los factores de riesgo tradicionales y la enfermedad extraarticular se asocian con la ocurrencia de IAM.

05

Micosis profundas en pacientes con Lupus eritematoso sistémico.
García MA, Esposto AS, Rodríguez GN, Testi A, de la Parra G, Salas A, Pendon G, Ruta S, Babini JC, Arturi AS.
Servicios de Reumatología e Infectología del HIGA San Martín de La Plata. mercedesgarcia9@hotmail.com

Objetivo: dado el elevado riesgo de infecciones oportunistas en los pacientes inmunocomprometidos y la dificultad que suele presentarse para el diagnóstico de esta complicación, se analizaron los pacientes con LES que presentan infecciones por micosis profundas (MP) o sistémicas con el objetivo de establecer sus eventuales características distintivas y evolutivas.

Pacientes y métodos: dentro de un grupo de 264 pacientes con LES y complicaciones infecciosas se estudian prospectivamente aquellos que cursan MP (Grupo I) evaluando parámetros microbiológicos, órganos comprometidos, manifestaciones clínicas, actividad del LES medida por SLEDAI y la mortalidad.

Se comparan con pacientes con LES sin registro de infecciones (Grupo II).

Análisis estadístico: test de chi-cuadrado y test de T.

Resultados: 22/264 (8.3%) pacientes con LES que cursan cuadros infecciosos presentan MP. Los gérmenes y focos comprometidos son:

Candida spp: candidemias: 7, candiduria: 11, médula ósea: 1;

P. jirovecii: pulmón: 1.

Criptococo neoformans: hemocultivo: 1; LCR: 2;

Aspergillus spp: pulmón: 1, pulmón, hemocultivo más piel y partes blandas: 1.

Histoplasma capsulatum: intestino: 1; hemocultivo, médula ósea más piel y partes blandas: 1.

Alternaria spp: hemocultivo: 1.

Comparados los pacientes del Grupo I vs los pacientes del Grupo II se observó:

LES activo: 20/22 (91%) vs 75/101 (74%), Or 2.78, p 0.24, IC: 0.59-26.

Evolución del LES <1 año: 6/22 (27.3%) vs 19/101 (19%), Or 1.62, p=0.38, IC: 0.45-5.1.

Meprednisona \geq 15mg/día: 16/22 (73%) vs 14/101 (14%), Or: 16.5, p<0.001, IC: 4.9-59.

Neftropatía activa: 16/22 (73%) vs 36/101 (36%), p=0.005, IC: 1.47-14.8.

Neurolupus: 8/22 (36.4%) vs 23/101 (23%), Or: 9.22, p<0.001, IC: 3.06-29.4.

Hipocomplementemia: 15/22 (68%) vs 23/101 (23%), Or: 18.6, p<0.001, IC: 3.76-117.

Ciclofosfamida en pulsos IV: 9/22 (41%) vs 10/101 (10%), Or: 6.3, p=0.001, IC: 1.8-20.8.

Dialisis: 5/22 (23%) vs 4/101 (4%), Or: 7.13, p=0.009, IC: 1.35-38.9.

Obito: 10/22 (45.5%) vs 3/101 (3%), Or: 39.2, p<0.001, IC: 8-237.

Conclusión: En el 8.3% de pacientes con LES e infecciones se diagnosticaron micosis profundas y evolucionaron con alta mortalidad. Estos pacientes presentaron significativamente con mayor frecuencia compromiso renal activo, neurolupus, hipocomplementemia, neutropenia, terapia con meprednisona o equivalente en dosis iguales o mayores a 15mg por día, terapia con ciclofosfamida en pulsos intravenosos y hemodialisis crónica.

Cuando se sospecha una complicación infecciosa en los pacientes con LES y, en particular, cuando presentan las características descriptas deben ser estudiados exhaustivamente incluyendo métodos invasivos, cultivos y tinciones adecuadas para hongos.

06

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA
EJ Velozo, ER Soriano, MF Ceballos, JE Rosa, M Schpielberg, LJ Catoggio
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica y Departamento de Información Hospitalaria, Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Existe muy poca información acerca de la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes con Artritis Psoriásica (APs) siendo sin embargo este tema muy importante hoy en Artritis Reumatoidea.

Objetivos: Estimar la incidencia de ECV (Infarto de miocardio, accidente cerebro vascular y muertes de causa cardiovascular) en una cohorte de pacientes con APs y compararla con la incidencia de ECV en un grupo control.

Materiales y métodos: Cincuenta y cuatro pacientes con APs (criterios CASPAR) afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano fueron seguidos desde el momento del diagnóstico por un total de 187,8 pacientes / años. La detección de ECV se realizó revisando manualmente las historias clínicas electrónicas y la base de datos del sistema administrativo del hospital. Aquellos pacientes que tenían ECV previos al diagnóstico de APs fueron excluidos. El grupo control estuvo formado por 108 personas apareadas (2/1) por edad, sexo y tiempo de afiliación al plan. Se comparó la prevalencia de factores de riesgo clásicos entre ambos grupos con test de chi cuadrado, y se calculó la densidad de incidencia de ECV y el IRR (incidente rate ratio) con su intervalo de confianza del 95% entre ambos.

Resultados: La edad media al diagnóstico de APs fue de 54 años (DE: 16); 57% eran hombres. No hubo diferencias entre los casos y controles en cuanto a factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo (16,5% vs 22,9%, p 0,09), hipertensión arterial (45% vs 53%, p 0,08), diabetes (10% vs 13%, p 0,19) e hipercolesterolemia (colesterol total >200 mg/dl: 72% vs 70%, p 0,41). Hubieron 6 ECV entre los pacientes con APs (densidad de incidencia de 3,19/100 pacientes / años y 9 ECV entre los controles (densidad de incidencia de 2,2/100 pacientes / años), con un IRR de 1,42 (IC 95%: 0,42-4,4).

Conclusión: Los ECV fueron más frecuentes entre los pacientes con APs aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto podría deberse al tamaño reducido de la muestra. Según nuestro conocimiento este es el primer informe de un estudio poblacional sobre la incidencia de ECV en APs en Latinoamérica.

07

IMPACTO DE LA YERBA MATE EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE COLUMNA LUMBAR Y CUELLO FEMORAL EN MUJERES POSMENOPAUSICAS

Conforti A., Gallo M. E., Saravi F.

Programa de Prevención y Tratamiento de la Osteoporosis, Subdirección de Atención Primaria y Promoción de la Salud, OSEP, Departamento de Medicina Interna, Área Reumatología, UNCuyo, Mendoza, Argentina

Introducción: Varios estudios han evaluado el impacto sobre la DMO y el consumo de infusiones con xantinas estimulantes, como café y té. El *Ilex paraguayensis* o yerba mate es una infusión muy popular en Argentina y otros países sudamericanos, cuya influencia sobre la DMO no ha recibido igual atención.

Objetivos: Evaluar el impacto del consumo de mate en la densidad mineral ósea (DMO) de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) de mujeres posmenopáusicas y su interrelación con el índice de masa corporal (IMC) y consumo de calcio.

Material y métodos: se evaluó una cohorte de 194 mujeres posmenopáusicas: 97 bebedoras de 1 L o más de mate diario durante 31.7 \pm 13.3 años (edad 60.1 \pm 8.0 años, tiempo de amenorrea 13.3 \pm 8.9 años), y 97 no bebedoras de mate apareadas por edad y tiempo de amenorrea (edad 60.3 \pm 7.8 años, tiempo de amenorrea 13.3 \pm 8.6 años). Se excluyeron pacientes tratadas con bifosfonatos por más de 6 meses, corticoides, fumadoras, bebedoras de más de 3 tazas/día de café y con patologías que afectan el metabolismo fosfocálcico. La DMO se midió con DXA (Lunar Prodigy). Se aplicó la prueba t de Student para datos no apareados, prueba de Mann-Whitney, prueba exacta de Fisher y regresión múltiple.

Resultados: El IMC y el consumo de calcio fue similar en ambos grupos. La DMO en g/cm² fue mayor en bebedoras (CL 0.960 \pm 0.152 vs 0.886 \pm 0.145, p = 0.0006; CF 0.815 \pm 0.107 vs 0.764 \pm 0.103, p = 0.0001), al igual que el score T (CL -1.91 \pm 1.22 vs 2.56 \pm 1.17, p = 0.0002; CF -1.61 \pm 0.78 vs -1.85 \pm 0.91, p = 0.05).

En el análisis de regresión múltiple empleando como variables independientes IMC, consumo de calcio y consumo de mate: para CL, es significativa la influencia de consumo de mate (p = 0.0004). Para IMC, se aproximó (p=0,0981). Se halló un coeficiente de correlación r = 0.348 (p < 0.0001) para CL y mate. Para CF fue significativa la influencia del mate (p = 0.0016) y el IMC (p = 0.0023). EL r = 0.391 (p < 0.0001). Para diagnóstico de osteoporosis de controles vs mate el odds ratio fue 3.145 (IC95 = 1.749-5.656).

Conclusiones: Las bebedoras de mate tuvieron significativamente menor frecuencia de osteoporosis (38%) comparadas con las no bebedoras (66%). El consumo de mate es el único factor que se correlaciona con la DMO tanto de CL como de CF en regresión múltiple. Los resultados sugieren un efecto beneficioso ("protector") de la yerba mate sobre la DMO de CL y CF, posiblemente debido al contenido de antioxidantes y nutrientes que favorecen el metabolismo fosfocálcico.

08

LOS COMPLEJOS INMUNES ACTÚAN PRINCIPALMENTE MEDIANTE EL RECEPTOR FcγR1 INHIBIENDO PROCESOS DE DIFERENCIACIÓN DE CÉLULAS DENDRÍTICAS DERIVADAS DE MONOCITOS DE PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTEMICO

Fourcade M,^{1,2} Laborde E,¹ Pucci P,¹ Herscovitch N,¹ Torres S,¹ Mamani M,¹ Mónaco A,¹

Verardo M,^{1,2} Isturiz M,¹ Catalan Pellet AC,¹ Vulcano M,¹

¹ Servicio de Reumatología, Hosp. Rivadavia y ² Laboratorio de Microbiol e Inmunol, Dep. de Patología, Fac. de Medicina, Dep. de Biología CBC UBA. Lab de Inmunol, Acad. Nac. De Medicina.

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune en la que se observa la presencia de complejos inmunes circulantes (CI) relacionados con inflamación y daño multiorgánico. Los CI (Atc/Atg), se unen a los Atc mediante su región Fc. Existen 3 tipos de receptores Fc de CI: FcγRI, RII y RIII y subtipos presentes en células mieloides. Las células dendríticas (DC) juegan un rol importante como células profesionales presentadoras de antígenos, cruciales en la regulación de las respuestas inmunes innatas e iniciación de lo adaptativo. Los monocitos (Mo) son precursores de DC in vitro e in vivo.

Objetivo: Se investigó los efectos de (CI), el tipo de FcγRs y la cinética, sobre la diferenciación de células dendríticas (DC) derivadas de monocitos de controles normales y pacientes con LES. Morfología CD y fenotipo.

Pacientes y métodos: LES (ACR) (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. CI se prepararon a partir de IgG de conejo anti-ova por cromatografía de afinidad. Prep por calor IgG agregada (agg-IgG). Citometría de Flujo: Atc monoclonales-FITC anti Fc, CD1a, MHCII, CD16, CD32, CD14. Inmunocitoquímica: Tinción y recuento HE, Atc Mo primario Anti CD1a, CD68, Atc biotinilado, streptavidin-HRP, revelado DAB. Diseño exp.: Preclínico-Clinico ensayos in vitro. Test de Student pareado CI 95% P<0.05. **Resultados:**

Cultivo celular control de CD plus CI: 41.7±9.3 y sin CI 61.0±7.0% mean±SD, n= 20, p<0.001, el recupero CD de pacientes con LES fue menor 25.7±3.2%. Fenotipo control DC sin CI: CD1a^{low} CD14^{low} y expresión MHCII, CD plus CI: CD1a^{high} CD14^{high} CD68^{high} MHCII.

Expresión CD1a y CD14: 16.5±7.6% y 5±5.2% vs 21.3±6.0% y 62.4±8.4% mean±SD n=10 para CI y agg-IgG, controles OVA o IgG conejo solo sin antígenos. Inmunocitoquímica DC y DC diferenciadas plus CI: DC diferenciada presenta abundantes protrusiones citoplasmáticas y rugosidades de membrana y CD1a^{high} CD dif plus CI. Células grandes y redondeadas, abundantes vacuolas, núcleo exocéntrico y pocas profusiones citoplasmáticas.

IC interactúan con 3 tipos FcγRI,II,III (CD64,32 y 16) en Mo: Ligamiento cruzado de FcγRI plus F(ab)₂ inhibe diferenciación CD evaluada por expresión CD1a 80% Inhibición p=0.001 respecto control. FcγRII inhibe diferenciación de CD evaluada por expre CD1a 45% Inhibición, p=0.02 respecto de control FcγRIII no alteró diferenciación de CD. Diferenciación de CD LES n=10 por Expr de CD1a, CD14, CD68, MCHII vs Control n=12: CD1a 9.95% vs 120% control MF; CD14 14.66% vs 15% control, CD68 452% vs 211% control; MCHII sin diferencias.

Conclusiones: 1) Las DC diferenciadas en presencia de CI de Pacientes con LES presentaron morfología alterada y fenotipo compatible con Macrófago, dicha alteración podría tener consecuencias clínicas en el rol que cumplen las DC en la vigilancia inmunológica. 2) FcγR1 interactúa principalmente con CI inhibiendo procesos de diferenciación de Mo a CD. Los pacientes con LES manifiestan CI circulantes y bajo recuento de CD, cultivo in Vitro Mo plus CI se observó el mismo fenómeno.

09

CIRUGIA PERCUTÁNEA DEL ANTEPIÉ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

López Pérez M.J., Mazzucchelli G.S., Sánchez Freytes M., Sánchez Pulgar J.A. Servicios de Reumatología y Traumatología. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba.

Introducción: Diferentes estudios muestran que el 89% de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) tienen afectado el antepié. En estos pacientes el dolor es permanente, tienen dificultad para calzarse, y con frecuencia coexisten hiperqueratosis plantares y dorsales, pudiendo desarrollar necrosis por presión de las superficies plantares.

Con la cirugía se busca, ante todo, suprimir el dolor y dar una forma correcta al pie, además de propiciar el mantenimiento biomecánico y funcional.

La indicación quirúrgica del antepié reumático está condicionada por situaciones locales, producidas por deformidades de los dedos y por luxaciones metatarsofalángicas irreversibles, acompañadas de severas desviaciones en valgo de los dedos menores. La mayoría de las veces el hallux está desviado en valgo, por encima o por debajo de los dedos vecinos, acompañado de una fuerte pronación.

La cirugía percutánea (M.I.S) es un procedimiento ambulatorio que se realiza con anestesia loco-regional, pudiendo el paciente caminar inmediatamente con escaso dolor y en pocos días retornar a sus actividades habituales.

Objetivo: Evaluar los resultados de la Cirugía Percutánea o técnica M.I.S, como alternativa válida, en la corrección quirúrgica del antepié, en pacientes con Artritis Reumatoidea.

Materiales y métodos: Mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR, según criterios de ACR, se incluyeron los pacientes operados de antepié con técnica percutánea, desde enero del 2005 hasta febrero del 2007. Se analizaron 17 pies operados de 13 pacientes, 9 derechos y 8 izquierdos, el 100% fueron mujeres. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo de evolución de AR, presencia de infecciones postquirúrgicas. Posteriormente, los pacientes fueron sometidos a un cuestionario postquirúrgico basado en la descripción realizada por Benton-Weil, en el que incorpora: pie operado, actividad diaria, deporte, escala visual análoga para valorar el dolor preoperatorio y postoperatorio, nuevas áreas de dolor, calzado antes de la cirugía, calzado actual, expectativas con el procedimiento. Todas las intervenciones fueron realizadas por el Servicio de Traumatología en la Clínica Universitaria Reina Fabiola por el mismo cirujano.

Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue 54,7 años (16-68). El tiempo de evolución de AR fue mayor a 10 años en el 69% (n=9), y hasta 10 años 46% (n=4).

Del total, 8 (62%) eran amas de casa, el resto realizaba otras actividades. En relación a práctica deportiva 5 no realizaban, 4 practicaban natación, 3 caminata y 1 Pilates. Según escala de dolor prequirúrgico la media fue de 8,76 y postquirúrgico de 1,06.

No hubo nuevas áreas de dolor en 11 pies mientras que en 6 sí. El tipo de calzado utilizado previo a la cirugía fueron zapatilla 65% y zapato cómodo 35% y posterior a la misma zapatilla 47% y zapato 53%. En 12 pacientes las expectativas estuvieron entre superadas y cumplidas, solo 1 paciente refirió como no cumplidas. Se objetivó 1 infección profunda y 2 superficiales. El 100% se sometería nuevamente a la cirugía y lo recomendarían.

Conclusión: En base a los resultados obtenidos la corrección quirúrgica del antepié reumático puede realizarse con cirugía percutánea, aceptando que éste es un procedimiento válido, con ventajas operatorias y postoperatorias superiores con respecto a técnicas tradicionales.

10

PREVALENCIA DE PPD POSITIVA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

Autores: Tamborena MN, Tate G, Mysler E, Debonis J, Schojerman A. Organización Médica de Investigación (OMI). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: estimar la prevalencia de ppp positiva en una cohorte de pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) y evaluar la influencia de los años de evolución de la enfermedad, la clase funcional, el uso de esteroides y DMARS sobre el resultado de la determinación. Conocer el porcentaje de pacientes anérgicos a la tuberculina.

Métodos: Fueron incluidos pacientes con diagnóstico de AR según criterios clasificatorios ACR1987 mediante un muestreo de casos consecutivos. La ppp se realizó mediante el método de Mantoux, aplicándose 0,1 ml de tuberculina 2UT por vía intradérmica. La lectura se llevó a cabo a las 72 hs. Se consideró positiva a la induración mayor o igual a 5mm. Se definió anergia a la induración de 0 mm. Se interrogó sobre el medio epidemiológico. A todos se les realizó una radiografía de tórax frente y perfil. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó Chi cuadrado; para las variables continuas test t-student o pruebas no paramétricas de acuerdo a su distribución. Se consideró significativa a p<0,05.

Resultados: Se reclutaron 105 pacientes. El 9% (n=9) de los pacientes fue de sexo masculino y el 91% (n=96) de sexo femenino. La media de la edad fue de 54 años (25-77). El tiempo medio de evolución de la AR al momento de la determinación fue de 10 años (1-29). El 19% (n=20) de los pacientes incluidos eran seronegativos, y el 81% (n=85) seropositivos. De los 105 pacientes evaluados el 77% (n=81) pertenecen a la clase funcional 2, el 16% (n=17) a clase funcional 3, y el 7% (n=7) a clase funcional 1.

El 40% (n=42) de los pacientes evaluados no tomaban esteroides al momento de la determinación mientras que el 60% (n=63) recibía en promedio 6 mg/d (2-16) meprednisona. La mediana de tiempo de tratamiento fue de 12 meses (1-120).

El 74% (n=77) recibía Metotrexato (MTX) con un promedio de dosis de 13 mg/semana (7,5-20), por un tiempo medio de 21 meses (mediana de 10, rango 1-144). El 13% (n=14) recibía leflunomida, y el 13% restante no se encontraba recibiendo DMARS. Todos los pacientes incluidos tuvieron una radiografía de tórax normal y no referían contacto epidemiológico de riesgo.

La prevalencia de ppp positiva fue del 12,4% (n=13). En el 87,6% (n=92) de los pacientes el resultado fue negativo y el 69,5% (n=73) presentó una respuesta anérgica.

EL valor medio de ppp fue de 2mm (0-30). Entre las 13 determinaciones positivas 9 mm fue el valor promedio (5-30). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con ppp positiva y negativa con respecto a: las características demográficas, seropositividad (p=0,933), clase funcional (p=0,303), ni en años de evolución de la enfermedad (p=0,58). De los pacientes con ppp negativa el 63% tomaba esteroides mientras que en el grupo ppp positiva el 39%, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,90). Tampoco hubo diferencias al tener en cuenta el tiempo de corticoterapia entre los que recibían por más o menos de 1 año (p=0,775). Hubo diferencias en el resultado entre los pacientes que recibían más o menos de 6 mg/d de meprednisona (p=0,047). El RR de la exposición a corticoides sobre el resultado de la ppp fue 0,694 (IC 0,25-1,92).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que recibían MTX y los que no (p=0,094). Entre los pacientes con resultado positivo la mediana de tiempo de tratamiento fue 13 m y entre los ppp negativo fue 9,5 m; sin embargo el RR fue 4,36 (IC 0,59-32). Todos los pacientes con leflunomida tuvieron ppp negativa (p=0,33); de los pacientes sin DMARS solo 1 presentó ppp de 9mm los restantes tuvieron resultados negativos (p=0,093).

Conclusión: el tratamiento con más de 6 mg/d de meprednisona (p=0,047) y la exposición a MTX (RR 4,26 IC 0,59-32) favorecieron la falta de respuesta a la tuberculina en nuestra cohorte. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas.

11

ANTICUERPOS ANTI-DNAc, ANTI-C1q Y ANTI-NUCLEOSOMA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y COMPROMISO RENAL.

Gargiulo A, Suarez L, Grimaudo S, Sarano J. Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Universidad de Buenos Aires.

La glomerulonefritis es una manifestación clínica que se presenta entre el 40 y 80 % de los pacientes con LES y determina el pronóstico de la enfermedad. Distintos autoanticuerpos se cree que juegan un rol importante en la inducción de la inflamación glomerular.

Nuestro objetivo fue determinar el valor clínico de los niveles de anti-DNAc, anti-C1q y anti-nucleosoma para identificar pacientes con mayor probabilidad de presentar compromiso renal en el LES.

Se estudiaron 47 pacientes con LES, 18 con nefritis confirmada por histología y 29 sin nefritis. Los anticuerpos anti-DNAc, anti-C1q y anti-nucleosoma se determinaron por test de ELISA comercial. Se utilizaron las curvas de características operador receptor (ROC) para determinar valores de corte adecuados y diferenciar ambos grupos (500, 160, 150 U/ml para anti-DNAc, anti-C1q y anti-nucleosoma respectivamente).

Para comparar variables continuas se utilizó el test de Mann-Whitney y para categóricas el test exacto de Fisher. Se calculó la razón de posibilidades (OR) con su intervalo de confianza del 95% (95%CI). El valor de p<0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Niveles de anti-DNAc fueron significativamente más altos en los pacientes con compromiso renal 293 U/ml, rango 26-3280 U/ml vs no renales 108 U/ml, rango 0-1015 U/ml (p=0,0339). Para anti-C1q 138 U/ml, rango 9-540 U/ml vs 10 U/ml, rango 0-277 U/ml (p=0,0001). Para anti-nucleosoma 164 U/ml, rango 48-299 U/ml vs 95 U/ml, rango 24-286 U/ml (p=0,0009).

Los anti-DNAc, anti-C1q y anti-nucleosoma se detectaron en 66,6%, 44,4% y 44,4% de los pacientes con compromiso renal y en 14,8%, 10,3% y 6,9% de los no renales; los OR fueron 6,93 (95%CI 1,5-31,5 p=0,0104), 10,8 (95%CI 1,9-59,8 p=0,0037), 11,5 (95%CI 2,7-48,8 p=0,0005) respectivamente.

En este estudio se muestra una asociación significativa entre la presencia y los niveles de anticuerpos anti-DNAc, anti-C1q y anti-nucleosoma con el compromiso renal en LES, y la ventaja de establecer valores de corte que optimicen la sensibilidad y especificidad de los ensayos utilizados para identificar pacientes con mayor probabilidad de presentar enfermedad renal.

12

EVALUACIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL DE MANOS MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA SIN EROSIONES RADIOGRÁFICAS

Aliaga L¹, Zazzetti F¹, Duarte Noé D E¹, Spina JC (h)², Laborde H¹, Barreira J C¹ Servicios de Reumatología¹ y Diagnóstico por Imágenes² del Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: la Artritis Reumatoidea (AR) se caracteriza por inflamación crónica de las articulaciones, que lleva a la destrucción del cartilago articular y del hueso. Aproximadamente el 75% de los pacientes con AR desarrolla erosiones articulares dentro de los dos primeros años de comienzo de los síntomas. La presencia de erosiones tempranas expresa enfermedad más agresiva y se asocia a un peor pronóstico.

Se ha demostrado que el daño erosivo puede observarse aún antes de los 6 meses de iniciada la enfermedad mediante resonancia magnética (RM), siendo esta técnica más sensible que la radiología convencional.

La evaluación por RM utilizando el score de "Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials" (OMERACT) Rheumatoid Arthritis Magnetic Resonance Imaging Score (RAMRIS)² permite realizar una valoración semicuantitativa del edema óseo, la sinovitis y las erosiones.

Objetivo: evaluar las características del daño estructural por RM en pacientes con AR temprana (menos de un año de evolución), que no presentaban erosiones en radiografías de manos.

Metodología: se seleccionaron los pacientes con AR según criterios ACR 1987, que presentaban score radiológico de Sharp J van der Heijde igual a 0 (cero) para erosiones. A éstos se les realizó RM de ambas manos. Se utilizó el score de Sharp J van der Heijde para evaluar el pinzamiento articular y el score de OMERACT-RAMRIS para cuantificar las lesiones articulares detectadas por RM. Se comparó el score final obtenido por ambos métodos.

Resultados: se incluyeron 7 pacientes (6 mujeres) con score radiológico de Sharp J van der Heijde igual a cero para erosiones. La edad media fue de 44 años (rango 25 - 71). El tiempo medio de evolución de la AR a la obtención de las imágenes fue de 3 meses (rango 1 - 5).

El score medio de pinzamiento radiológico fue de 56,8 (rango 36 - 83). El score medio OMERACT-RAMRIS fue de 27,4 (rango 4 - 55); todos los pacientes presentaron sinovitis y 5 (71,4 %) edema óseo. A pesar de no observarse erosiones en la radiografía, 5 pacientes (71,4 %) tenían erosiones en RM. La erosión representó el 27% del score total de RM.

Conclusión: El daño estructural de la AR ha sido medido tradicionalmente utilizando diferentes métodos radiológicos. En nuestra población con AR temprana la mayoría de los pacientes presentaron erosiones por RM y no por radiología convencional. La evidencia radiológica de erosiones precozmente predice una enfermedad más agresiva, su hallazgo temprano por resonancia no tiene aún definido este significado. Será necesario un mayor número de pacientes para certificar esta observación.

13

LA VÍA DE IL-17 ESTÁ ACTIVADA EN UN MODELO DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

Carrasco L, Carrión F, Lisboa F, Inostroza C, Rojo D, Míchea L, Figueroa F. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes y Facultad de Medicina/ICBM Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: Recientemente se ha puesto de relieve que la patología cardiovascular presenta un componente inflamatorio. Por otra parte, en las afecciones reumáticas con inflamación crónica se describe una prevalencia aumentada de enfermedad cardiovascular. Ello sugiere que en ambos casos la patogenia podría deberse a la acción de mediadores proinflamatorios compartidos. Es de interés por eso la descripción de una nueva vía efectora CD4+ (Th17) que se caracteriza por la producción de IL-17 en respuesta a TGF- β , IL-6 e IL-23. La IL-17 se encuentra aumentada en pacientes con enfermedades del tejido conectivo y se describe que es un potente inductor de la producción de las citoquinas, quemoquinas y metaloproteasas que son responsables de la respuesta inflamatoria.

Objetivo: Evaluar la participación del eje IL-17 en un modelo de enfermedad cardiovascular inducido por dieta rica en sal y activación del receptor de mineralocorticoides.

Métodos: Se indujo insuficiencia cardíaca hipertensiva en ratas Sprague-Dawley uninefrectomizadas, en respuesta a mineralocorticóide (Deoxicorticosterona, DOCA) y dieta salina (n=7). Como control se emplearon ratas tratadas con vehículo y cirugía ficticia (n=6). La presión arterial se midió con un mango de presión en la cola y los animales se sacrificaron a la cuarta semana. Se fijaron secciones cardíacas ecuatoriales que se incluyeron en parafina para examen por microscopía de luz. Las imágenes se digitalizaron y la hipertrofia cardíaca se evaluó según el área de sección transversal de cardiomiocitos. Se aisló el ARN del tejido cardíaco y mononucleares de sangre periférica (MSP) con Trizol, y se cuantificó comparando la intensidad de las bandas digitalizadas, con estándares analizados en paralelo. Se evaluó mRNA de 18S, IL-17, IL-23, IL-6 y TGF- β por PCR en tiempo real, con curvas estándar en cada experimento, para la cuantificación del producto. El mRNA de citoquinas se normalizó según el nivel respectivo de 18S. La significancia (valor de P < 0.05) de los resultados (media \pm error estándar) se evaluó con test de t de Student para muestras pareadas.

Resultados: Los animales tratados con mineralocorticóide presentaban hipertensión arterial a la semana 4 (165 \pm 4 mm Hg vs 136 \pm 2 mm Hg en los controles) (P=0.0005), e hipertrofia significativa de fibras cardíacas (286 \pm 29 μ m² vs 184 \pm 7 μ m² en controles) (P<0.0001). El mRNA de IL-17 (razón IL-17/18S) estaba marcadamente aumentado en los MSP (47.2 \pm 2.7 vs 1.20 \pm 0.2 en controles) (P=0.0026) y en el tejido cardíaco (1.4 \pm 0.4 vs 0.3 \pm 0.3) (P=0.0135) al comparar con los animales tratados con vehículo y cirugía ficticia. El mRNA de TGF- β e IL-23 también estaba incrementado en los MSP y en el tejido cardíaco aunque estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. No detectamos cambios del mRNA cardíaco para IL-6 mRNA y un incremento del nivel de mRNA (razón IL-6/18S) en los MSP tampoco alcanzó significancia.

Conclusión: Nuestros resultados identifican la presencia de IL-17 en un modelo de daño cardiovascular inducido por la activación del receptor de mineralocorticoides. La vía Th17 podría ser un mediador común del estado proinflamatorio que presentan las enfermedades del tejido conectivo y la patología cardiovascular. Actualmente estamos evaluando los efectos de la antagonización del receptor de mineralocorticóide sobre la vía Th17. **Fondecyt 1050265, 1050690 and 3060026**

14

INDICACION DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS DE LA CONSULTA AMBULATORIA

Arturi P, D'Orazio A, Citera G, Maldonado Cocco JA. Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosocial y Fundación Reumatológica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Numerosos estudios han demostrado la eficacia y seguridad de la Terapia Biológica (TB) para el tratamiento de las Enfermedades Reumáticas. En la práctica sin embargo debido a su elevado costo, un porcentaje reducido de pacientes recibe este tratamiento. En general ese porcentaje es desconocido en la mayoría de los centros. **Objetivo:** Determinar la proporción de pacientes que presentan indicación de tratamiento con terapia biológica y comparar las características demográficas y clínicas de los pacientes con y sin indicación y entre aquellos que reciben o no dicho tratamiento. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria del IREP en el periodo del 1 al 30 de junio de 2007 con diagnóstico de AR (ACR '87) y EASN (criterios europeos). Se recolectaron datos demográficos, socioeconómicos, clínicos (n° de articulaciones dolorosas e inflamadas), laboratorio (ERS), índices de actividad de la enfermedad (BASDAI, DAS 28), capacidad funcional (BASFI; HAQ) y escala análoga visual global del paciente actual y al momento de la indicación. Se consignaron tratamientos actuales y previos y causas de discontinuación de los mismos. A partir de los datos recolectados, se evaluó si los pacientes presentaban indicación de tratamiento con agentes anti TNF, de acuerdo a guías de tratamiento (ASAS 2003 y SAR 2004) y/o opinión del evaluador. En pacientes con indicación y que no reciben actualmente se consignaron las causas de la misma. **Análisis Estadístico:** las variables continuas fueron comparadas por ANOVA con pruebas post hoc y Test de Student y las categorías por chi cuadrado o test de Fisher. Se realizó además análisis multivariado.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, 182 AR y 18 EASN. De los pacientes con EASN solo 2 recibían TB y dado su bajo número fueron excluidos del análisis posterior. De las AR, 85,2% eran mujeres con una edad mediana de 53 años (RIQ 46-61). La mediana de duración de la enfermedad fue de 10 años (RIQ 5.7-17). 55,5% tenía cobertura social (53,3% obra social y 2,2% prepaga) y 44,5% carecía de cobertura. De los 182 pacientes, 81 (44,5%) presentan indicación de terapia biológica por guías de tratamiento y 80 (44,5%) por opinión del evaluador. El 11% (20 pacientes) recibe actualmente tratamiento anti TNF (17 Etanercept, 2 Adalimumab y 1 Infliximab). El 16,5% de los pacientes que tenían indicación y no recibían tratamiento se encontraban en trámite y el 17% no tenía indicación por parte del profesional. En el análisis univariado se observó una asociación significativa entre los pacientes que reciben tratamiento biológico con mayor edad, cobertura social, certificado de discapacidad, DAS 28 y HAQ. En el análisis de regresión logística la presencia de mayor HAQ (OR: 3,1 IC1-3,7,4, p=0,008) y DAS 28 (OR: 3,7 IC: 1,3-10,5, p=0,01) fueron las variables con mayor fuerza de asociación. Los 3 grupos que no recibían biológicos ya sea por no tener indicación, por falta de indicación del médico o porque se encontraba en trámite, difirieron significativamente en la actividad de la enfermedad (DAS 28: 1,5, 2,5 y 3,2, respectivamente) (p=0,001). **Conclusiones:** De nuestros pacientes, el 44% tiene indicación de terapia biológica, pero solo el 11% la reciben, las 2 principales causas son la falta de indicación por el médico y que se encuentra tramitando el mismo. El principal predictor de indicación de terapia biológica es la presencia de mayor actividad de la enfermedad. En los pacientes con actividad leve existe discrepancia entre la indicación del médico y las recomendaciones de las guías de tratamiento.

15

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIODEMÓGRAFICOS EN ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD, ESTADO FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

Molina MJ, Berman A, Sueldo R, Spindler A, Lucero E, Berman H, Bellomio V, Nitsche A, Asnal C, Maldonado Cocco J, Citera G, Paira S, Sandoval C, Wong R, Gallo R, Rillo O, Chaparro R, Alvarez A, Albiero JA, Graf C, Zunino A, Casado CG, Romeo CB, Barreira JC, Arca Briones E.

Servicio-Postgrado Reumatología, Hospital Padilla, Tucumán; Hospital Alemán, Buenos Aires; IREP, Buenos Aires; Hospital JM Cullen, Santa Fé; Sanatorio Plaza, Rosario; Hospital Tornú, Buenos Aires; Hospital Privado de Córdoba, Córdoba; Centro Médico Mitre, Paraná; Hospital Militar Central, Buenos Aires; Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. (Grupo de Estudio Espondiloartritis - SAR)

Objetivo: Determinar la influencia de factores sociodemográficos en las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, estado funcional y calidad de vida de pacientes con artritis psoriasica (APs).

Métodos: Se incluyeron 148 pacientes con APs reclutados de varios centros de reumatología de Argentina. Se determinaron factores sociodemográficos: edad, sexo, raza, nivel de educación, fuentes de ingreso personal, escala de Graffar y clases sociales. Al inicio de la enfermedad se evaluaron las siguientes variables: edad al inicio, duración de la enfermedad, manifestaciones clínicas y forma clínica de presentación. La actividad de la enfermedad fue evaluada mediante número de articulaciones activas, escala visual análoga (EVA) global del paciente y BASDAI. El estado funcional y la calidad de vida de los pacientes se determinó por medio de BASFI, ASQoL y SF-12 (versión 1.0). Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó test de Chi-cuadrado, test exacto de Fisher y test de Kruskal-Wallis.

Resultados: De los 148 pacientes, 58,8% fueron mujeres con una edad media al inicio de la enfermedad de 53,2 \pm 13,6 años y una duración media de enfermedad de 9,3 \pm 8,9 años. La edad al inicio, el sexo, la raza y la escala de Graffar no estuvieron asociados con manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, estado funcional y calidad de vida. Los pacientes de clase social baja presentaron EVA global del paciente más elevado (5,3 \pm 3,0 vs. 4,3 \pm 2,5, p=0,0003), mayor BASDAI (4,3 \pm 2,8 vs. 4,0 \pm 2,3, p=0,02), mayor BASFI (4,0 \pm 3,3 vs. 3,0 \pm 2,8, p=0,0003) y mayor ASQoL (7,9 \pm 5,9 vs. 5,4 \pm 4,6, p=0,0001) y menor SF-12 componente físico (33,4 \pm 9,6 vs. 36,0 \pm 10,8, p=0,0015) que aquellos de clase social alta. Por otro lado, pacientes con estudios universitarios presentaron menor número de articulaciones inflamadas (1,3 \pm 1,9 vs. 4,3 \pm 6,1, p=0,02), menor EVA global del paciente (3,0 \pm 2,5 vs. 5,4 \pm 2,9, p=0,0011), menor BASDAI (3,1 \pm 2,0 vs. 4,6 \pm 2,6, p=0,03), menor BASFI (1,0 \pm 1,2 vs. 4,3 \pm 3,2, p=0,0001), menor ASQoL (2,5 \pm 3,3 vs. 7,9 \pm 5,7, p=0,0001) y mayor SF-12 componente físico (36,4 \pm 14,5 vs. 33,0 \pm 10,4, p=0,0083) que pacientes con nivel de estudios primarios.

Conclusiones: Pacientes con APs de clases sociales bajas tuvieron mayor severidad de enfermedad. El nivel universitario de los pacientes estuvo asociado con menor actividad de la enfermedad, mejor estado funcional y mejor calidad de vida. Estos hallazgos evidencian el impacto de ciertos factores socioeconómicos en la evolución de pacientes con APs.

16

PÉRDIDA AUDITIVA SENSORIO NEURAL ASINTOMÁTICA EN LES

Ortiz A, Roverano S, Heredia M(*) Ricco L (*), Chiavarini J (*), Paira S

Sección Reumatología-Hospital Cullen-Santa Fe

(*)Clínica Privada de Otorrinolaringología

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. Comparar las características clínicas, de laboratorio, tratamiento y actividad entre pacientes con LES que presenten o no PASNA.

Material y Método: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES criterios ACR 1982. 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) Se evaluó examen físico, clínica, tratamiento y las siguientes determinaciones de laboratorio: FAN Hep 2, C 3, C 4, Anti-ADNc (critihide Lucilae), Anti-Ro, Anti-La, Anti SM, Anti -RNP, Hemograma, Plaquetas, anticogulante Lúpico, Anticardiolipinas IgG, IgM. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la presencia o no de PASNA. 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: 52 ptes, se excluyeron 4 ptes, se analizaron 48, 1 masculino, edad promedio 34 años, tiempo de seguimiento promedio 52 meses. 13 ptes sin PASNA, 3 tenían hipoacusia conductiva. 32 ptes. con PASNA bilateral y simétrica de los cuales 20 a tonos agudos, 1 a medios, 11 a todos los tonos. 5 ptes. hipoacusia mixta. Al comparar las manifestaciones clínicas, solo se halló una tendencia a mayor compromiso renal en ptes sin PASNA (p<0,084). Con respecto a las manifestaciones de laboratorio se halló que los ptes. con PASNA tenían más anti-Ro en forma estadísticamente significativa (p<0,014), ninguna relación con anticuerpos antifosfolípidos. A 10 ptes se le realizó 2 audiometrías en su evolución, 5 fueron PASNA en ambas, en el resto, 3 evolucionaron a PASNA y 2 continuaron siendo normales. No se encontraron diferencias en cuanto al tratamiento, actividad, y tiempo de seguimiento. Los ptes. con PASNA tuvieron mayor edad (0,009).

Conclusión: El 66% de los pacientes con LES tuvieron PASNA. La pérdida auditiva predominó en tonos agudos, bilateral y simétrica. Los pacientes con PASNA tuvieron una tendencia a menor compromiso renal, mayor edad y se asociaron a anti-Ro en forma significativa. No hubo asociación con actividad, antipalúdicos ni anticuerpos antifosfolípidos. **POSTER**

[posters]

40° Congreso Argentino de Reumatología
11° Congreso de Reumatología del Conosur

70° Aniversario

13 al 15 de septiembre de 2007

Sheraton Hotel
Buenos Aires - Argentina

SECCION PANEL	JUEVES 13 DE SEPTIEMBRE	P1 A P61
SECCION PANEL	VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE	P62 A P109
SECCION PANEL	SABADO 15 DE SEPTIEMBRE	P110 A P159



SOCIEDAD ARGENTINA DE
REUMATOLOGIA

01

"REPORTE DE UN CASO DE DISPLASIA FIBROSA (DF) POLIÓSTÓTICA COMO EXPRESIÓN DE LESIÓN ÓSEA SEUDOTUMORAL"

Autores: Castro de Delrio G.; Delrio D.

Servicio de Reumatología, Hospital Municipal Dr. R. F. Larcade de San Miguel, Prov. Bs. As.
Introducción: La D.F. es un desorden óseo benigno congénito no hereditario. Se produce cuando las células de la médula ósea son afectadas por mutaciones de los genes codificados en la α subunidad del factor estimulador de la G α proteína (GSo).

Se la clasifica dentro de las lesiones pseudotumorales caracterizadas histológicamente por la presencia de tejido conectivo con una disposición arremolinada y en el que se encuentran trabéculas de hueso inmaduro no laminar. La forma poliostótica es de baja prevalencia con respecto a la monostótica en una relación 1 en 5.

Caso Clínico: Paciente de 50 años, sexo masculino, refiere que por sufrir dolor intenso en tibia izquierda a los 15 años de edad, se le realiza biopsia con diagnóstico de "Osteitis", sufriendo a los 30 días fractura patológica en el sitio de punción. Se agrega al cuadro coxalgia izquierda severa que lo obliga a abandonar la práctica deportiva. Las RX evidenciaban deformidad del hueso ilíaco y fémur y los dosajes de laboratorio demostraban aumentos persistentes de fosfatasa alcalina e hidroxiprolina urinaria. Con diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Paget recibe tratamientos discontinuos con Calcitonina IM y nasal. En piel presentó máculas hiperpigmentadas amarronadas en la región dorsal y tumoraciones palpables en parrilla costal y cadera izquierda de crecimiento lento. En el año 2005 se le realiza TAC abdominopélvica que informa lesiones líticas expansivas en cuerpo y apófisis transversa de D12, costillas 11 y 12, vértebras L1 y L3 izquierdas, L5, sacro, hemipelvis y cadera ipsilateral. Se le practica biopsia de costilla y punción biopsia de pelvis con diagnóstico de DF. Las Rx simples, en forma retrospectiva demuestran imágenes características de la enfermedad de aspecto quístico, insuflativo, algunas con patrón Rx de vidrio esmerilado.**Conclusiones:** La DF poliostótica se localiza preferentemente en el tercio superior del fémur, tibia, pelvis, costillas, hueso maxilar y cráneo. La forma monostótica suele permanecer asintomática. El diagnóstico es radiológico y la biopsia se plantea ante la duda diagnóstica. El síntoma de inicio suele ser dolor con aparición de fractura patológica en la niñez o adolescencia, trastornos del crecimiento por alteración de las curvaturas de la tibia y fémur. Posteriormente aparecen tumores por insuflación de huesos planos. Puede asociarse a máculas amarronadas y de borde irregular (en la mujer cuando se asocian a menopausia precoz constituye el Síndrome de Albright), asociación con disfunciones endocrinas: Acromegalia, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo y Síndrome de Cushing. Existe la posibilidad de transformación sarcomatosa a predominio del fémur. El tratamiento quirúrgico consiste en el curetaje del contenido pastoso y el injerto óseo en las lesiones extensas o con riesgo de fractura. El tratamiento médico está destinado a calmar el dolor, prevenir las fracturas patológicas y el control de los marcadores de resorción ósea con la utilización de bifosfonatos como el pamidronato endovenoso en ciclos, calcio y vitamina D.

02

LESIONES ÓSEAS EN MUJER JOVEN. REPORTE DE UN CASO DE TBC OSTEOLÍTICA.

Marcos J.; Marcos JC; Correa M; Farina H. Sanatorio IPENSA, La Plata, Argentina.

Paciente femenino de 35 años, casada, ama de casa, oriunda de Chascomús (Prov. Bs.As., Argentina) zona urbana, que consulta por lumbalgia persistente, intensa, continua, de tres meses de evolución, acompañada de repercusión general, hiporexia y adelgazamiento de 6 Kg. en los últimos sesenta días. Refiere cuadro compatible con "eritema nodoso" seis meses previos a la consulta, el cual fue evaluado por un facultativo indicándole corticoides con remisión de las manifestaciones cutáneas. A la consulta trae estudios radiológicos que evidencian lesiones osteolíticas en sacro y ambos huesos ilíacos. Se interna con diagnóstico presuntivo de Mieloma Múltiple o Secundarismo.

Examen físico: paciente en regular estado general, leve palidez cutaneomucosa. Adenopatías laterocervicales izquierdas en número de cuatro, pétreas, indolores, móviles, de 2 a 4 cm diámetro. Dolor a la percusión de cuerpos vertebrales lumbares. Resto del examen normal. Se realiza estudio de laboratorio, siendo datos positivos: FAL 340 U/L (90-280), Calciuria de 24 hs 328 mg (30-230), Hb 10.8, ERS 50mm.**Centellograma óseo corporal total con cámara gamma-trazador 99mTc-M D P.:** múltiples focos de hiperactividad patológica a nivel de columna vertebral, arco costal derecho, ambos huesos proximales principalmente el izquierdo, asimetría entre ambas articulaciones sacroilíacas, ¿secundarismo óseo?**TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso:** sin alteraciones en tórax, múltiples lesiones líticas que comprometen última vértebra torácica, vértebras lumbares y ambos huesos ilíacos.Se lleva a cabo **mamografía** con prolongación axilar bilateral, **ecografía mamaria** y **evaluación otorinolaringológica** el fin de descartar secundarismo, siendo todas normales.Se decide realizar **biopsia ósea** de lesión lítica coxal enviándose muestra a patología y cultivo, **informándose granuloma tuberculoso.** Evolución favorable y sin intercurencias con tuberculostáticos.**Resumen:** Se presenta el caso de una paciente de 35 años, sin antecedentes relevantes, con lesiones osteolíticas difusas y repercusión general acompañadas de adenopatías pétreas laterocervicales, con diagnóstico presuntivo de Mieloma Múltiple o secundarismo. Se realiza diagnóstico de adenitis tuberculosa por linfadenectomía y posteriormente por biopsia ósea se confirma dicha enfermedad descartándose otras entidades, evolucionando favorablemente con el tratamiento tuberculostático.**Diagnóstico final:** Tuberculostasis ósea y ganglionar.

03

DISTROFIA MUSCULAR DE CINTURAS ESCAPULAR Y PELVICA POR DEFICIT DE DISFERLINA.

Paula Pozo, Carola Martínez, Andrea Pinto, Carlos Fuentealba, Liana Schlesinger, Francisco Ballesteros, Daniel Pacheco

Departamento de Reumatología e Inmunología, Campus Centro, Universidad de Chile Hospital Clínico San Borja Arriarán(HCSBA)

El diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias puede ser difícil ya que el cuadro clínico e histopatológico ocasionalmente se confunde con el que aparece en las miopatías no inflamatorias.

Objetivo: Describir un caso de distrofia muscular por déficit de disferlina como diagnóstico diferencial de polimiositis.**Caso clínico:** Mujer de 23 años, estudiante, soltera, quien presenta desde hace 5 años debilidad muscular proximal, simétrica, de extremidades superiores e inferiores, progresiva e indolora. Consultó por primera vez en 2004, destacando CK total aumentada (2631U/l), GOT(44 U/l) y GPT(112 U/l), resto laboratorio normal. La electro miografía (EMG) fue compatible con miopatía inflamatoria. Biopsia muscular concluyó miopatía crónica necrotizante sin elementos de escleritis. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina, con persistencia de alza enzimas musculares. Se asoció ciclosporina sin respuesta favorable.

Derivada a reumatología HCSBA, se efectuó nueva EMG que mostró nuevamente compromiso muscular inflamatorio en territorio proximal y distal. ANA(-) ENA(-) TSH normal. Nueva biopsia muscular en octubre 2005 (ML, ME, inmunohistoquímica) mostró fibras con atrofia, hipertrofia, necrosis, signos regenerativos e infiltración linfocitaria perivasculare y endomisial. ME sin cuerpos de inclusión. Examen de isquemia muscular midiendo lactato y amonio en reposo y ejercicio fue normal.

Se trató con metotrexato y prednisona durante 10 meses sin mejoría clínica, luego se reemplazó metotrexato por ciclofosfamida, manteniéndose en iguales condiciones, por lo que se trató con Rituximab sin respuesta favorable. Se reanalizó caso clínicamente y completó estudio inmunohistoquímico de la 2ª biopsia, el cual descartó miopatía metabólica, pero el estudio con anticuerpos monoclonales para disferlina mostró reacción negativa, concordante con **distrofia muscular de cinturas escapular y pélvica con déficit de disferlina.**

Durante este año una hermana de la paciente de 27 años presenta debilidad muscular, migrañas y elevación de CK encontrándose igual alteración en la biopsia de músculo.

Conclusión. La distrofia muscular por déficit de disferlina es una entidad de descripción relativamente reciente, determinada genéticamente pero con variada expresión fenotípica. Puede presentarse en la edad adulta con clínica e histología similares a polimiositis por lo que debe descartarse con el análisis inmunohistoquímico correspondiente en la biopsia muscular.

04

NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LES

Rayzel de Carvalho G., Roteta Rocamora J., Chigauer E., Mardini C., Paolini M.V., Prada M.E. Unidad Inmunología, Hospital Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El lupus neuropsiquiátrico es una manifestación extremadamente diversa y heterogénea que comprende distintos síndromes clínicos. Su prevalencia varía entre el 19% y el 95% de acuerdo con las diferentes series reportadas en la bibliografía; esta gran variación puede ser el resultado de múltiples factores que incluyen cuestiones epidemiológicas y discrepancias en los métodos de estudio. La neuropatía periférica representa una rara afección dentro del lupus neuropsiquiátrico con un rango de prevalencia del 3-35%.**Objetivo:** Analizar la presencia de neuropatía periférica en pacientes con LES, ya sea como manifestación inicial o durante el transcurso de la enfermedad, correlacionando su presencia a resultados de laboratorio, manifestaciones clínicas y tratamiento.**Materiales y métodos:** Se realizó el análisis retrospectivo de una cohorte de 207 pacientes con diagnóstico de LES, que cumplan cuatro o más criterios de la ACR (1997) para la clasificación de LES, seguidos en la Unidad de Inmunología del Hospital C.G.Durand desde 1991 al 2007. Se seleccionaron aquellos que presentaron clínica y/o electromiograma compatibles con neuropatía periférica, habiéndose descartado causas infecciosas y medicamentosas. Se analizaron variables demográficas (sexo, raza, edad), laboratorio inmunológico (FAN, anti-DNA, ENA, ACLAS y Crioglobulinas), actividad de la enfermedad al diagnóstico de LES (SLEDAI), manifestaciones clínicas y tratamientos recibidos.**Resultados:** De la cohorte de 207 pacientes con LES, 4 presentaron clínica y electromiograma compatibles con neuropatía periférica y fueron seleccionados para el análisis. Los 4 pacientes eran de sexo femenino, caucásicas, con una edad entre 14 y 56 años (media de 39.5 años), con compromiso hematológico (linfopenia, anemia), compromiso renal (2 pacientes carecían de estudios anatomopatológicos y 2 tenían biopsia renal que evidenciaba glomerulonefritis membranosa tipo V OMS). 3 pacientes tuvieron manifestaciones articulares (artritis) y sólo 1 mucocutánea. Sólo 1 de las pacientes presentó síntomas Sicca. Con respecto al laboratorio inmunológico: FAN y anti-DNA fueron positivos en alto título en el 100%; anti-SSA positivo en el 75%; anti-SSB, anti-Sm, RNP, ACLAS (IgG e IgM) y Crioglobulinas negativos en todas las pacientes; Hipocomplementemia en el 50%.

El score SLEDAI al diagnóstico fue entre 2 y 24 con una media de 14.25 puntos. Todas las pacientes recibieron glucocorticoides en altas dosis.

Conclusión: En la cohorte estudiada encontramos una prevalencia de neuropatía periférica de 1.95 %, valor menor al de los reportes publicados recientemente. Esto podría estar subestimado por la falta de búsqueda sistemática. Es remarkable que tres pacientes tuvieron anti-SSA positivo sin clínica de Síndrome de Sjögren. Todas las pacientes tuvieron compromiso renal.

Sólo se encontraron en la bibliografía aislados reportes de casos de neuropatía periférica en LES. Son necesarios estudios que reúnan una mayor cantidad de pacientes para evaluar relaciones entre la clínica, laboratorio y tratamiento con esta entidad.

05

**ERITEMA GYRATUM REPENS LIKE:
PRESENTACIÓN CUTÁNEA ATÍPICA EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO**

Chiganer E., Fernández Romero D., Juri M.C., Maldini C., Rayzel de Carvalho G., Roteta Rocamora J.
Unidad de Inmunología, Hospital Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Argentina

Introducción: el eritema gyratum repens es una dermatosis infrecuente que se presenta como un síndrome paraneoplásico específico. Consiste en una lesión eritematosa serpigiosa con una delgada capa de escamas alrededor del borde, que avanza a través de la piel, cambiando su dirección, un centímetro por día. Compromete toda la piel, respetando palmas y plantas, siendo el prurito un síntoma habitual.

Esta entidad ha sido asociada a otras patologías como la tuberculosis pulmonar, la dermatosis por IgA linear, el pénfigo vulgar y bulloso, y el síndrome hipereosinofílico.

Existen escasos reportes en la literatura de asociación de esta entidad con el lupus eritematoso sistémico (*eritema gyratum repens like*)

Objetivo: presentar un caso de Lupus eritematoso sistémico con lesiones cutáneas atípicas como formas de inicio

Caso clínico: hombre de 55 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica trombótica, que consultó por lesiones en piel de reciente aparición maculo-eritematosas, de aspecto anular, confluentes, acompañadas de vesículas, no pruriginosas, distribuidas en manos, antebrazos y dorso del tronco. Las lesiones del dorso resolvieron espontáneamente mientras que en manos y antebrazos evolucionaron en forma de maculas hipercrómicas de aspecto espiralado, de trayecto serpigioso, con límites bien definidos. Al interrogatorio se evidenció rash malar, fotosensibilidad y artritis migratoria.

Intercorrió con trombosis venosa profunda por lo que se decidió su internación. Por el hallazgo de lesiones en piel compatible con *eritema gyratum repens*, mas la pérdida de peso de 10 kg en el último año y eritrosedimentación elevada, se realizaron estudios para descartar patología oncológica, resultando los mismos negativos, evidenciándose derrame pleural bilateral por tomografía y leucopenia mas linfopenia en el laboratorio general.

Ante la sospecha de patología autoinmune, se realizó laboratorio inmunológico: FAN 1/640 nuclear granular fino, antiDNA: 699(+), C3:36mg%, C4:<10mg%, ACLAS: IgG: 34, IgM: 21, B2GP1: IgG: 3, IgM: 15, Anti SM (-), Anti RNP (-), Anti SSA /B: (-) (-), VDRL (-), serologías virales negativas, arribándose al diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Se evaluó compromiso renal encontrándose proteinuria de 24 hs de 3.12 gr y albúmina de 1.68mg%, quedando pendiente punción biopsia renal.

Conclusión: el *eritema gyratum repens* es una dermatosis infrecuente que se asocia a procesos oncológicos en un 82 % de los casos, aunque existen reportes de asociación con otras patologías, algunas de ellas autoinmunes.

Presentamos este caso en donde estas lesiones no solo se vincularon con Lupus Eritematoso Sistémico, sino que además se presentaron como forma de inicio de la enfermedad.

06

**VASCULITIS CORONARIA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN
ENFERMEDAD DE WEGENER.**

Cavallasca J., Musuruana J., Berduc J., Vicario J. Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital José B. Iturraspe. Santa Fe. Pcia de Santa Fe.

Introducción: La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis necrotizante granulomatosa de pequeños vasos que se caracteriza por la afectación del tracto respiratorio superior e inferior y los riñones. Se describen formas limitadas sin glomerulonefritis. Aproximadamente el 10% de los pacientes presentan compromiso cardíaco con pericarditis, arritmias y vasculitis coronaria. Aquí presentamos un caso de GW con afectación de arterias coronarias con dilataciones aneurismáticas, condicionándole cardiopatía isquémica severa y deterioro de la función ventricular.

Caso Clínico: Paciente varón de 21 años que en Junio de 2004 comenzó con otitis media serosa, epistaxis recurrente con posterior deformidad del tabique nasal, compromiso ocular y los irritativa. Agregando luego compromiso cutáneo con nódulos eritemato-violáceos y síntomas constitucionales con disminución de peso. En septiembre de dicho año presentó un episodio de taquicardia ventricular con descompensación hemodinámica que requirió cardioversión eléctrica. En el ecocardiograma: se informó infarto anterior extenso, fracción de eyección 20 %. La **cinconariografía** informa aneurismas coronarios, oclusión de arteria descendente anterior y severo deterioro de la función sistólica y dilatación del VI. La angioresonancia renal fue normal.

Luego presentó compromiso neurológico con ACV isquémico con angioresonancia encefálica destacando infarto cortical subagudo en hemisferio derecho, sin aneurismas.

Fue medicado con altas dosis de prednisona y ciclofosfamida con mejoría clínica. A los dos años de tratamiento se le realiza una cineconariografía de tabique con desaparición de los aneurismas. En abril del 2006 presentó taquicardia ventricular sostenida, requiriendo la colocación de un cardioresfriador.

Al inicio la VES > 100 mm/1hr., que luego normalizó. Lab. inmunológico: FAN (IFI) (-), anti-ADN nativo (-), anticardiolipina (EIA) IgG positivo bajo (10-40UUGPL/ml), ANCA (IFI) y anti PR3 positivos. Actualmente continua con prednisona y ciclofosfamida oral pero con compromiso del estado general y síntomas digestivos.

Conclusión: La GW puede comprometer severamente a las arterias coronarias con dilataciones aneurismáticas, condicionando grave cardiopatía isquémica.

07

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA: PRESENTACION DE DOS CASOS.

Musuruana J., Cavallasca J., Leroux B. Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital José B. Iturraspe. Santa Fe. Pcia. de Santa Fe.

La dermatomiositis amiopática (DM sin miositis) está caracterizada por lesiones cutáneas específicas de dermatomiositis (DM) pero sin evidencia clínica o de laboratorio de miopatía.

Presentamos dos casos inusuales, en el primero su DM amiopática asociada a morfea o liquen escleroatrófico y el segundo a enfermedad intersticial pulmonar.

Caso Clínico 1: mujer de 60 años que inició con poliartralgias de pequeñas y grandes articulaciones, mialgias y afectación cutánea. Al examen físico sin sinovitis; fuerza muscular normal, signo de Gottron en manos y codos, edema de párpados asociado a "eritema heliotropo", cambios periungueales típicos como eritema y telangiectasias asociados a alteración de las cutículas. Además en tronco posterior se detectaron lesiones redondeadas fibrotróficas y pigmentadas, compatibles con morfea en pequeñas placas. Laboratorio: VES 30 mm/h. FAN: (+) 1/1.280, patrón H-M, anti DNA: (-), anti ENA (-), anti Jo1 (-). Enzimas musculares: LDH, CPK y aldolasa normales. La radiografía de tórax normal. Video-Capilaroscopia: patrón esclerodermiforme activo. Biopsias de piel: a) toma de mano, compatible con dermatomiositis. b) toma de tronco, morfea o liquen escleroatrófico. Inicia tratamiento con 20 mg de prednisona por día con excelente respuesta, al año mejoría cutánea sin haber presentado alteraciones musculares clínicas o de laboratorio durante el seguimiento que lleva 4 años hasta la actualidad. A los dos años se realiza una capilaroscopia de control que denota una mejoría significativa.

Caso Clínico 2: Mujer de 60 años que en noviembre de 2005 consultó por artralgias en manos y rodillas. En octubre del mismo año había presentado compromiso pulmonar cuyo diagnóstico fue una neumonía intersticial. Examen físico: sinovitis en carpó derecho, dolor a la palpación en MCF bilateral; leve Raynaud y signo de Gottron en MCF y ambos codos, subfebril con disminución de peso, siendo medicada con bajas dosis de esteroides.

Rx de tórax: radio densidad no homogénea en parches en hemitórax derecho. TAC de alta resolución: infiltrados en "vidrio esmerilado" en región subpleural del hemitórax derecho y lóbulo superior izquierdo. Sin derrame pleural ni adenomegalias. Enzimas musculares normales y autoanticuerpos negativos. En marzo 2006: Biopsia cutánea de lesiones de codo, antebrazo y nudillos compatible con DM; iniciando hidrocortisona 400mg/d., con buena evolución. Se realizaron estudios completos de aparato digestivo y ginecológico normales.

Conclusión: Consideramos importante recordar esta forma clínica de DM que si bien no es frecuente, cuando se presenta obliga al diagnóstico diferencial con otras entidades cutáneo-sistémicas.

08

NEFROPATIA POR Ig A EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL

Musuruana J., Cavallasca J.A., Bulos M., Marsili S. Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital José B. Iturraspe. Santa Fe. Pcia. de Santa Fe.

Introducción:

La glomerulonefritis por Ig A o enfermedad de Berger es una glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos que se caracteriza por la presencia de depósitos de Ig A a nivel glomerular. Es la forma de GMNF mas común en el mundo entero y puede ser primaria o acompañar a otras enfermedades como la artritis reumatoidea.

Presentamos un paciente con ARJ y diagnóstico histopatológico de nefropatía por Ig A.

Caso clínico:

Un paciente de sexo masculino de 17 años de edad con antecedentes de ARJ oligoartricular seronegativa desde los 13 años, presentó en junio de 2005 hematuria microscópica. Al inicio de su enfermedad había presentado un episodio de hematuria macroscópica de resolución espontánea, los estudios de funcionalismo renal realizados en ese momento, así como la ecografía y un urograma excretor fueron normales.

Su enfermedad articular se había caracterizado por oligoartritis asimétrica de pequeñas y grandes articulaciones, había recibido tratamiento esporádico con metotrexate e hidrocortisona con buena respuesta articular, aunque tenía secuelas en codo y muñeca izquierdas.

Se le realizó punción biopsia renal (PBR) en la cual se observó una glomerulopatía mesangial con depósitos de Ig A. En la inmunofluorescencia se encontraron depósitos granulares en forma difusa y generalizada de Ig A, C3 y fibrinógeno.

Conclusión:

El compromiso renal en los pacientes con ARJ es raro y suele ser secundario a la medicación utilizada (salicilatos, AINES, sales de oro, etc) o a la presencia de amiloidosis. En forma menos frecuente puede ser debido a glomerulonefritis mesangial o glomeruloesclerosis segmentaria focal; dicho compromiso renal se ha descrito en los tres subtipos clínicos de ARJ.

Si bien la nefropatía por Ig A ha sido reportada en pacientes adultos con artritis reumatoidea, en nuestro conocimiento, es la primera vez que dicha patología renal se describe en ARJ.

09

PAQUIMENINGITIS HIPERTROFICA ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDEA

Logio, M.; Lazzarino, M. Unidad de Reumatología, HIGA R. Rossi. La Plata. Buenos Aires. INTRODUCCION

La Paquimeningitis hipertrofica es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta la duramadre. Ha sido reportada como idiopática y asociada a Artritis Reumatoidea (AR) entre otras enfermedades autoinmunes, infecciosas y neoplásicas.

En los casos de asociación con AR se ha encontrado poca correlación entre sinovitis y los síntomas neurológicos. Puede ocurrir en cualquier momento de la evolución y se relaciona en la mayoría de los pocos casos reportados con títulos altos de Factor reumatoideo y presencia de manifestaciones extraarticulares.

OBJETIVO

Presentar un caso de Paquimeningitis Hipertrofica en un paciente con Artritis Reumatoidea que comenzó bruscamente con disminución de la agudeza visual.

CASO CLINICO

Varón de 61 años de edad, con AR (según criterios ACR) de 7 años de evolución, seropositiva (test de látex 533,4 UI/ml), con sinovitis leve de carpo derecho, sin manifestaciones extraarticulares. DAS 28 3v: 3,91. En tratamiento con Metotrexato 7,5 mg/sem, Ácido Fólico 5 mg/sem, Ibuprofeno 600 mg/día.

Comenzó a fines de 2006 con disminución de la agudeza visual del ojo derecho de rápida evolución. En enero de 2007 consulta al oftalmólogo por el agregado de disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo. Ante la falta de compromiso ocular evidente en el examen clínico se solicitan RMN con gadolinio que se realiza en marzo sin hallarse alteraciones. Al examen en abril: Pupila ojo derecho dilatada con disminución del reflejo oculomotor. Visión bultos nasal ojo derecho y en el izquierdo 8/10. Comienza con cefalea intensa y cervicalgia. Estudios complementarios abril: Electrooculograma metabólico de ambas retinas y electroretinograma: normales, RMN con contraste: engrosamiento de los tejidos blandos de la base de cráneo y de la duramadre adyacente, predominantemente cercano a esfenoides, sin alteración de la hipófisis, que refuerza con gadolinio. Campo visual: ojo derecho: defecto escotomatoso profundo con afectación en patrón hemianóptico altitudinal superior. Con compromiso central y ojo izquierdo: defecto escotomatoso hemianóptico temporal con menos compromiso del lado nasal. Consulta con neurocirugía: LCR: Células mononucleares de núcleos irregulares. Hematológico periférico: normal PPD (-), VDRL (-).

Con diagnóstico de Paquimeningitis Hipertrofica asociada a AR comienza con Metprednisona 1mg/kg/d con rápida desaparición de la cefalea, mejoría del campo visual del ojo izquierdo y de la visión de ambos.

COMENTARIOS

Es el primer reporte de Paquimeningitis Hipertrofica asociada a AR que sólo presenta pérdida visual mas cefalea sin otro compromiso neurológico asociado. En forma similar a los casos reportados, es un varón con títulos altos de Factor Reumatoideo, con poca actividad articular inflamatoria y sin antecedente de manifestaciones extraarticulares, que presentó mejoría con tratamiento inmunosupresor con corticoides.

La Paquimeningitis Hipertrofica debe ser sospechada ante la pérdida de agudeza visual no atribuible a patología oftalmológica, obligando a la realización de RMN de encéfalo, con contraste.

10

XANTOMA PLANO DIFUSO ASOCIADO A ARTRITIS E HIPOCOMPLEMENTEMIA

Casado G., Alzari, M., Romeo, C., Rabazzano G., Caputo V., Venarotti H. Servicio de Reumatología, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los xantomas son lesiones cutáneas que suelen aparecer como consecuencia de alteraciones de los lípidos o de las lipoproteínas. Cuando estas alteraciones analíticas no se aprecian, se denominan xantomatosis normolipémicas. En ellas se observa un aumento de la capacidad macrofágica del histiocito por las grasas y, por lo tanto, se incluyen dentro de las histiocitosis. El xantoma plano difuso es uno de los más representativos de este grupo. Su etiología es desconocida y se caracteriza por xantomas que se distribuyen en forma generalizada por la superficie cutánea, afectando excepcionalmente tendones y otros órganos. En ocasiones se acompañan de disproteinemia e hipocomplementemia y se lo ha asociado a diferentes procesos tales como tumores, vasculitis, patología articular, entre otros.

Caso Clínico: Paciente masculino de 55 años sin antecedentes personales ni familiares relevantes que comenzó dos años antes de la consulta con episodios reiterados de dolor y tumefacción de pequeñas y grandes articulaciones de forma asimétrica y migratoria. Dicha sintomatología mejoraba parcialmente con la administración de corticoides, hidroxilcloroquina y antiinflamatorios. Un mes antes presentó fiebre asociada a la aparición de una lesión cutánea eritematosa, indolora, en cara interna de muslo izquierdo. Durante la evolución sufrió artritis a repetición, particularmente en articulaciones interfalángicas proximales de ambas manos y rodillas, tumores subcutáneos en diferentes localizaciones (hemitórax posterior izquierdo, pectoral derecho, inguinal derecho), esplenomegalia y fiebre frecuente. Tuvo además episodios bruscos de síndrome vertiginoso con hipoacusia aguda unilateral. Se inició tratamiento con metotrexato con respuesta parcial. En el laboratorio se destacaba elevación de reactantes de fase aguda, hipergammaglobulinemia monoclonal de tipo IgG, C4 disminuido, perfil lipídico normal. En la biopsia cutánea se evidenciaron hallazgos morfológicos compatibles con paniculitis inespecífica lobulillar y septal con predominio de histiocitos y linfocitos T.

Conclusiones. Aproximadamente la mitad de los casos de xantoma plano difuso, al igual que otros xantomas, se presenta sin hiperlipemia. Se lo ha asociado a paraproteinemias, como expresión de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal benigna de tipo IgG tanto kappa como lambda. Ocasionalmente se relaciona con leucemia mielóide y linfática crónica, artritis reumatoide, diabetes, fibrosis pulmonar, y vasculitis leucocitoclástica cutánea. La patogenia de la hipocomplementemia hallada en algunos pacientes no ha sido completamente aclarada sugiriéndose como mecanismo el consumo de los factores de complemento por activación. El interés de este caso radica en la necesidad de investigar enfermedades subyacentes asociadas a esta patología de escasa prevalencia, que podrían requerir un tratamiento específico.

11

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN UN PACIENTE CON GLOMERULONEFRITIS LÚPICA.

Casas H, F Caputo F. Sección Inmunología. Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

La encefalopatía posterior reversible es un síndrome de disfunción endotelial de la circulación cerebral que ha sido descrito asociada, entre otras causas, al uso de agentes citotóxicos o inmunosupresores en el contexto de enfermedad autoinmune o neoplásica. La mitad de los pacientes tienen caída del filtrado glomerular y la mayoría hipertensión.

Caso: mujer de 52 años con diagnóstico de LES y proteinuria significativa. La biopsia renal mostró glomerulonefritis mesangial con cambio membranoso, con 15% de los glomerulos esclerosos. Debido a proteinuria de 6 gr/24 hs, creatinina de 1,6mg/dl y la esclerosis en la biopsia recibió ciclofosfamida en esquema N.I.H. En el 2do año desde la biopsia la creatinina aumentó en 9 meses de 1,6 a 3,2 mg/dl. Por ese motivo recibió 8 pulsos mensuales de ciclofosfamida más 1 gr de metilprednisona, reduciendo la creatinina a 2mg/dl. Al cabo de ese período presento gastroenteritis severa de 72 hs de evolución con elevación de la creatinina a 6,4mg y T.A. de 160/105. Durante esta intercurencia desarrolló trastorno visual, dos convulsiones tipo gran mal, con desorientación posterior y excitación psicomotriz. La T.A.C. de cerebro sugiería edema a predominio frontal y la R.N.M. mostró hiperintensidad bilateral en T2 en corteza y de sustancia blanca a predominio occipitoparietal y en núcleos de la base, sugerente de edema o vasculitis. El tratamiento consistió en suspensión de inmunosupresores, 10 mg de prednisona, hemodilísis diaria, antihipertensivos hasta normalización de la T.A. y difenilhidantoina.

Resultado: La paciente recuperó sensorio en 48 hs, a los 6 días se suspendió diálisis y se dio de alta. A los 15 días una nueva R.N.M. mostró encéfalo sin lesiones.

Conclusiones: La evolución favorable confirma el diagnóstico de (leuco)encefalopatía posterior reversible.

La combinación de insuficiencia renal, hipertensión e inmunosupresión es un evento común durante el seguimiento de pacientes con lupus y vasculitis sistémicas. Estas patologías cursan a menudo con lesiones cerebrales que obligan al diagnóstico diferencial entre la enfermedad de base y este síndrome iatrogénico e implican enfoques terapéuticos diametralmente opuestos.

12

PIODERMA GANGRENOSO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Larroude MS, Cappuccio AM, Bovea G, Naftal L. Hospital Francés, Buenos Aires, Argentina. mlarroude@gmail.com

Introducción El pioderma gangrenoso fue descrito en 1930 Es una condición cutánea ulcerativa de etiología incierta. Se ha asociado a artritis reumatoidea (AR) y poliartritis seronegativa en un 4 a 50%. El diagnóstico se realiza por exclusión

Existen 4 variantes clínicas: ulcerativa, pustular, bullosa y vegetativa. La forma ulcerosa se ha reportado en mujeres con AR severa.

Caso clínico Mujer de 58 años con AR de 20 años de evolución con compromiso poliarticular severo Recibió diversos tratamientos por su enfermedad: metotrexato, leflunomida, hidroxilcloroquina, sulfasalacina, corticoides Debido a la falta de respuesta comienza con etanercept 50 mg semanales. Dos meses después desarrolla lesiones ulceradas en piernas; se suspende la medicación y se realizan cultivos y biopsia de la lesión la cual muestra infiltración neutrofílica, hemorragia y necrosis, descartándose patología infecciosa.

Se comienza con pulsos de metilprednisolona 1 gramo, y metotrexato 15 mg semanales.

Las lesiones evolucionan rápidamente, sin respuesta Se indica pulso de 1 gramo de ciclofosfamida y debridamiento quirúrgico.

Debido a la progresión de las úlceras se comienza con infliximab 5mg/kg/peso, recibiendo solo una dosis ya que la paciente fallece por fallo multiorgánico

Conclusión Se han descrito en la actualidad algunos casos de pioderma gangrenoso con buena respuesta al tratamiento con inhibidores de factor de necrosis tumoral. Tal vez el diagnóstico y tratamiento temprano podrían mejorar el pronóstico

Uwe Wolina. Pioderma gangrenosum-a review. Orphanet Journal of rare Diseases 2007, 2: 19.

Anousheh Sayah, MD, and Joseph C. English Rheumatoid arthritis: A review of the cutaneous manifestations J Am Acad Dermatol volume 53, number 2, Aug 2005.

Infliximab for treatment of Pioderma Gangrenosum associated with clinically inactive Crohn's disease. A case report. Romanian Journal of Gastroenterology. Dec 2005 Vol 14 N°4, 401-403.

13

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO PRIMARIO Y ATROFIA DE FIBRAS MUSCULARES TIPO II

Pacheco G.; Scali J.J. Unidad de Reumatología. Hospital Carlos G Durand.

Objetivos: Descripción de un caso de miopatía proximal asociado al SAF primario.

Caso: Paciente de 52 años de edad, sexo femenino, que consulta por debilidad muscular progresiva y simétrica en cintura escapular / pelviana de tres semanas de evolución; acompañado de mialgias generalizadas moderado a severo. Concomitantemente refiere pérdida de la agudeza visual brusca de ojo derecho acompañado de intenso dolor a nivel supraclavicular y axilar izquierdo. Al examen físico evidenció: disminución marcada de agudeza visual en ojo derecho, dolor a la palpación en hueso supraclavicular y axilar izquierdo. Fuerza muscular (Kendall): cervical (3/5), escapular (1/5), pelviana (1/5).

Estudios de laboratorio clínico/ inmunológico: Eritrosedimentación (35 mm/h); Hto (38%); Glóbulos blancos (8.300 mm³); plaquetas (377.000 mm³); Calcio (10 mg/dl); Fosfato (3,5 mg/dl); glucemia (80 mg/dl); ácido úrico (4 mg/dl); CPK (54 mU/ml); aldolasa (4,5 U/l); LDH (305 mU/ml); GOT (18 mU/ml); GPT (16 mU/ml); TSH (3,5 mU); T4L (3 ng/dl); T3 (95 ng/dl); Homocisteína (15,3 umol/l); FAN (-); anti-DNA (-); FR (-); anti-RNP (-); anti-Scl-70 (-); VDRL (-); Anticardiolipinas: IgG (15 UG/L), IgM (14 UMPL), B2-GPI (15 +) en dos oportunidades, con 6 semanas de diferencia; anticoagulante lúpico (-); proteinograma electroforético (valor normal).

Estudios de coagulación: Quick (100%); Kptt (38 seg); Tiempo de coagulación (6seg); tiempo de sangría (1,3 seg); Proteína C (128%); proteína S (80%); fibrinógeno (290); resistencia a proteína C activada (> 2); Antitrombina III (2). Examen Oftalmológico: edema macular severo, trombosis de vena central en retina de ojo derecho. Angioresonancia de vasos del cuello: trombosis parcial en origen de arteria sub-claviana izquierda y vertebral homolateral.

Electromiograma: miopatía proximal sin actividad denervatoria actual. Biopsia de músculo estriado: atrofia selectiva de fibras musculares tipo II.

Se inició tratamiento con acenocumarol (RIN > 3), ácido fólico 5mg/día con mejoría de sus signos y síntomas. Dos meses más tarde (RIN 2,5), la paciente sufre recaída de su cuadro clínico, que mejoró con corrección de anticoagulación a niveles de (RIN 3).

Conclusiones: La polimiositis, entre diversas enfermedades, fue descrita en asociación al Síndrome Antifosfolípido; asimismo el infarto muscular causado por trombosis microangiopática como complicación del síndrome primario. Sin embargo, nuestra paciente evidenció atrofia de fibras estriadas en músculo esquelético; no observándose alteraciones compatibles con patología inflamatoria, denervatoria o metabólica. Más aún no se evidenció antecedentes de medicamentos/ drogas ingeridos por la paciente, ni enfermedad endocrínica o neoplásica asociada. Dentro de nuestro conocimiento, este es el primer caso reportado del Síndrome primario en asociación con atrofia de fibras musculares esqueléticas tipo II.

14

ARTRITIS MICÓTICA COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA VASCULITIS REUMATOIDEA

Autores: Malheiro O.B., Resende M.F.B., Pinto M.R.C., Ferreira G.A. Servicio de Reumatología del Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo: Describir un caso de vasculitis reumatoidea con complicaciones asociadas a la enfermedad y a su tratamiento. Relato del caso: W.J.M., sexo masculino, 51 años, ex-fumador, hipertenso, con diagnóstico de Artritis Reumatoidea hace ocho años, bien controlada, y osteoartritis secundaria en las rodillas. En uso regular de metotrexato 10mg/semana, indometacina 100mg/día y prednisona 5mg/día. En 19/03/2007 ha relatado dolor intenso, cianosis, palidez y parestesia de 3°, 4°, 5° dedos de la mano derecha, con cianosis reversible. Doppler vascular de la mano derecha, evidenció un sonido trifásico en el arco palmar, con ausencia de flujo digital en 3°, 4° y 5° dedos. Análisis de laboratorio: factor reumatoideo 36 U/ml, PCR 137mg/l, anticardiolipina (IgG e IgM) negativos, anticoagulante lúpico negativo, ANCA negativo, ecocardiograma sin anomalías. Inició el tratamiento con heparina, AAS 200mg/día, prednisona 1mg/Kg/día y pulsoterapia venosa con ciclofosfamida 0,75 g/m². Presentó respuesta clínica en una semana, con mejora de los síntomas, así como de la cianosis en dedos. Dos semanas después del inicio del tratamiento empezó artritis (4+/4+) en la rodilla izquierda. En la artrocentesis diagnóstica se evidenció 89.600 leucocitos/mm³, siendo 69.000 neutrófilos. Cultura del líquido sinovial: *Candida albicans* en dos muestras. Sometido a artrotomía con drenaje articular y tratamiento complementario con Fluconazol oral 450 mg/día, con duración programada de 6 meses. Buena evolución hasta el momento. Conclusión: la vasculitis reumatoidea presenta una incidencia de 2 a 32%, de acuerdo con las poblaciones estudiadas, con una tendencia a reducción en los últimos 15 años. Son factores de riesgo: sexo masculino, tabaquismo, Artritis Reumatoidea con muchos años de evolución y en actividad. La artritis séptica ocurre generalmente en pacientes con Artritis Reumatoidea con más de diez años de enfermedad, factor reumatoideo positivo y en uso de corticoide, siendo la mortalidad 23%.

15

ENDOCARDITIS VERRUGOSA NO BACTERIANA ASOCIADO A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Ceccato F, Roverano S, Paira S. Sección Reumatología, Hospital JM Cullen, Santa Fe

Introducción: El espectro clínico de Arteritis de Células Gigantes (ACG) abarca desde las manifestaciones clásicamente descritas, como cefalea, claudicación mandibular, alteraciones visuales y polimialgia reumática, hasta un creciente número de manifestaciones denominadas atípicas. Recientemente Kopterides P y col comunicaron un caso de endocarditis no bacteriana en un paciente con ACG y revisaron los hallazgos ecocardiográficos en estos pacientes.

Objetivo: presentar un caso de ACG asociada a endocarditis verrugosa no bacteriana.

Caso: mujer de 55 años que es derivada por fiebre de 3 semanas de evolución. Antecedentes: residente zona rural, 3 meses antes ingresó por aneurisma disecante de aorta. Interrogatorio: refiere fiebre, cefalea temporal izquierda y trastornos visuales (amaurosis fugaz- alucinaciones visuales "veo un círculo amarillo"). Examen físico: dolor y rigidez cintura pelviana, arteria temporal izquierda palpable y dolorosa, soplo sistólico y fiebre remitente. Resto: N. Laboratorio: GB: 5900 (69/0/0/24/7); Hcto: 39%; Hb: 9,6gr; Plag: 155.000; Urea: 0,5gr; VES: 108mm; Urocultivo (-); Hemocultivo(x 5) (-); Chagas (-) Toxopl: (1/16) Mononest: (-) VDRL (-) VHB (-) VHC (-) Rx tórax: normal; Ecocardiograma transtorácico: mala ventana, válvulas N. Se realiza biopsia arteria temporal. Estudio ocular: descartó neuritis óptica isquémica. Diagnóstico: ACG (ACR 1990), inicia 60 mg/día prednisona con buena respuesta, cinco días después del inicio tratamiento, afebril- no cefalea- no alteraciones visuales- no dolor y rigidez cintura pelviana- VES: ↓ 50mm. Se estudió compromiso de grandes vasos con TAC doble helicoidal y angio-resonancia magnética de vasos de tórax. Quince días mas tarde bacteriología informa hemocultivo (+) 3 muestras para Brucella Suis; 2 mercaptoetanol (+) 1/400. Se realiza Ecocardiograma transesofágico: mostró disección aorta crónica tipo B y una pequeña masa (0,44x0,65) en valva anterior de la mitral compatible con vegetación, función ventricular: N. Con diagnóstico presuntivo de endocarditis por brucella, comienza tratamiento ceftriaxona-gentamicina-rifampicina y continúa con esteroides. Veinte días después se realiza segundo Eco – transesofágico: vegetación en valva anterior de la mitral no ha sufrido modificaciones, lo cual descarta endocarditis infecciosa activa. Dada las características ecocardiográficas de la verruga y la evolución natural del compromiso valvular de la brucella, que no corresponden a los hallazgos de la paciente se descarta endocarditis infecciosa. Sigue ATB+esteroides. Siete meses después otro eco transesofágico informa: "la vegetación no ha sufrido modificaciones después del tratamiento, no infecciosa". Actualmente en remisión, sin recaídas, cumplió 2 años de tratamiento con esteroides y 8 meses de antibióticos (rifampicina-doxiciclina).

Conclusión: La endocarditis no bacteriana se asocia a otras enfermedades (neoplasias, LES, PAN, etc); puede ocasionar embolia pero no destrucción valvular ni disfunción cardíaca. Existen solo dos casos comunicados en la literatura de endocarditis no bacteriana asociada a ACG.

16

MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE INFECCIÓN POR HISTOPLASMA CAPSULATUM EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Ceccato F, Gongora V, Zunino A, Roverano S, Paira S. Sección Reumatología. Hospital JM Cullen, Santa Fe.

Introducción:

Las infecciones en enfermedades reumáticas pueden ser precipitadas por la severidad de la enfermedad, el grado de invalidez, la presencia de co-morbilidades y el uso de tratamientos inmunosupresores. Para algunos autores, las enfermedades reumáticas, especialmente AR, tienen mayor riesgo de infección comparado con la población general. Algunos fármacos modificadores de enfermedad, como metotrexato, ciclofosfamida, azatioprina, ciclosporina han sido particularmente relacionados con infecciones.

Objetivo: Describir tres casos de manifestaciones atípicas de histoplasmosis en pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC).

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 hueso popliteo del muslo derecho. En ese momento la paciente estaba tratada con 18 mg/día de prednisona, 100 mg/día de cloroquina. Se realiza biopsia de piel que mostró una 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; que ingresa por fiebre (38° C) de 15 días de evolución. La paciente había sido tratada con múltiples DMAR. **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 lupus eritematoso sistémico (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 fistula naso-palatina. La biopsia del tabique nasal: Histoplasma Capsulatum. Se realiza diagnóstico de histoplasmosis localizada aguda. **Conclusiones:** Las ETC y la histoplasmosis comparten varias características clínicas. Entre ellas las lesiones mucocutáneas y la paniculitis, manifestaciones poco frecuentes de histoplasmosis, las cuales pueden ser diagnosticadas como una ETC o un brote de la misma. Las infecciones endémicas deben buscarse sistemáticamente en pacientes con ETC, aún en aquellos que no reciben tratamientos biológicos.

17

SÍNDROME DE LA CORONA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ortiz, A, Tedesco F, Roverano S, Paira S

Sección Reumatología, Hospital Cullen, Santa Fe

Introducción: El Síndrome de la Corona (SC) es una entidad clínico-radiológica definida por calcificación radiológica del ligamento cruciforme alrededor del proceso odontoides y dolor cervico-occipital agudo, periódico, con o sin fiebre; rigidez de cuello y un sme inflamatorio. Descripto por primera vez por Bouvet y col en 1985, existen hasta la actualidad 17 casos publicados.

Objetivo: Presentación de un nuevo caso del Síndrome de la corona.

Caso: Hombre de 75 años de edad que refiere crisis de dificultad en el movimiento cervical y cervicalgia irradiada a región occipital que comienza en forma abrupta en Enero del 2007, de 1 mes de evolución. El dolor cede con Diclofenac y se acompaña de registros subfebriles (37.5°) e hiporexia con pérdida de peso.

Antecedentes: artrosis de rodillas severa, **Examen físico:** Disminución en la rotación cervical de forma activa y pasiva. Flexión y extensión s/p. El resto del examen osteoarticular S/P. Pulsos normales. Soplos (-). TA: 130/80 mmHg bilateral en miembros superiores. Laboratorio: G B 6300 (n60% L40%) Hb: 12.9 Hto: 38% VSG: 41 mm/1ªh.

Función renal y hepatograma normal. **Rx rodillas frente:** Calcificación de estructura fibrocartilaginosa intraarticular. Pinzamiento femoro-tibial interno. Rx manos: Calcificación de cápsula articular. **TAC C1-C2:** Calcificación del ligamento transverso del atlas.

Diagnóstico: Síndrome de la Corona.

Tratamiento: Paracetamol 1,5 grs / día Colchicina 1 mg / día. Prednisona 10 mg/ día por tres días

El paciente recupera la movilidad cervical y cede la cervicalgia a las 48 hs de comenzado el tratamiento, manteniéndose afebril y disminuyendo la VSG a la normalidad.

Conclusión: Este síndrome puede imitar otras patologías reumáticas tales como PMR/ACG, mielopatía compresiva, artrosis de columna cervical, Espondilitis Anquilosante. Gota. Artritis Reumatoidea. Así como metástasis, meningitis y tumores de columna cervical. La sospecha clínica, la demostración de condrocalcinosis en otras articulaciones, la calcificación del ligamento transverso en la TAC cervical y la buena respuesta a los AINES ayudan a identificarlo; ahorrando métodos diagnósticos invasivos y tratamientos agresivos.

18

PSEUDOOCCLUSIÓN INTESTINAL ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Góngora V, Roverano S, Paira S. Hospital J M Cullen, Santa Fé.

Vilchez, V. Godoy, P; Tedesco F. Hospital San Martín. Paraná.

Introducción: La pseudooclusión intestinal crónica (POIC) ha sido descrito dentro de las manifestaciones gastrointestinales del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El primer caso de POIC asociado a LES fue descrito por Cacoub y col en 1993. Desde entonces se han reportado aproximadamente 80 casos de POIC asociado a LES. Se presentan dos casos de LES asociado a POIC.

Caso 1: paciente sexo femenino, 24 años, diagnóstico de LES (criterios ACR) de 1 año de evolución. Presenta cuadro de discomfórt y distensión abdominal con tránsito intestinal conservado. Sin síntomas urinarios bajos ni compromiso de la vía urinaria. Rx abdomen: niveles hidroaéreos. Lab: Hb 10.1 Hto 29% GB 7800 Plq: 115.000 FAN (hep2) (+) 1/320 DNA (-) C3 60 C4 9. Proteinuria (-) Sed Urinario s/p. TAC s/p. Manometría esofágica normal. Dg presuntivo de POIC inicia tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida y proquínéticos con respuesta favorable.

Caso 2: Paciente sexo femenino 24 años diagnóstico de LES (criterios ACR) de 8 años de evolución. Sme Antifosfolípidos secundario. Ingresó por dolor y distensión abdominal, vómitos y diarrea. Sin síntomas urinarios bajos, sin compromiso de vía urinaria. Lab: Hb 14 Hto: 44 GB 23.300 Plq 158.000 FAN (hep2) (+) 1/80 DNA (-) C346 C4 2.4. Proteinuria 1gr. Rx abdomen: niveles hidroaéreos. TAC abdomen: líquido libre interstias. Con dg presuntivo de POIC inicia tto con metilprednisolona, ciclofosfamida y proquínéticos con respuesta favorable.

Conclusión: La POIC es un compromiso de la función propulsiva por lesión del músculo liso intestinal. Su etiología es desconocida. Se cree que se trataría de un proceso vasculítico a nivel de músculo liso intestinal o del sistema nervioso.

El cuadro clínico característico incluye dolor y distensión abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea. En el 41% de los casos puede ser la manifestación inicial del LES. El diagnóstico del cuadro es clínico, radiológico, manométrico e histológico.

19

SÍNDROME DE SUSAC. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Góngora V, Roverano S, Paira S. Hospital JM Cullen, Santa Fe.

Introducción: El Síndrome de Susac es una microangiopatía trombótica o vasospástica que compromete retina, cóclea y encéfalo (en forma simultánea o no), sin evidencias de compromiso sistémico. Compromete principalmente a mujeres jóvenes con una relación ♀3 - 1♂.

Caso: Paciente sexo femenino; 44 años; antecedentes: *Agosto 2002 paresia facioabduccional derecha, diplopía, disartria, alteración del sensorio. RNM de encéfalo: áreas focales secuenciales isquémicas, gliosis de tálamo óptico, núcleo lenticular, antemuro y capsula extrema izquierdos y cabeza de núcleo caudado derecho, lesión subaguda en hipotálamo y pedículo cerebral izquierdo. *Febrero del 2004. cefalea bitemporal, crisis de angustia, diplopía empeoramiento del foco motor derecho. RNM: imágenes secuenciales en núcleo caudado, tercio anterior de núcleo lenticular y pedículo cerebral derechos *Octubre 2005 fiebre, cefalea, nistagmus vertical, rigidez de nuca, paresia braquial derecha parálisis facial izquierda, LCR: proteinorraquia y cultivo negativo. RM encéfalo: lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, en ambos hemisferios cerebrales y sustancia gris cortical y blanca subcortical, algunas de las cuales realizan post gadolinio. Áreas secuenciales en núcleo caudado izquierdo y región paraventricular frontal derecha. Con diagnóstico presuntivo de vasculitis vs proceso desmielinizante inicia tratamiento con metilprednisolona 1gr/día por 3 días evolucionando favorablemente. Continúa con tratamiento con prednisona VO en dosis decreciente y anticoagulación. Anticuerpos: FAN (Hep2), DNAn (Crithididae), anticardiolipinas (ACL) IgG, IgM, IgA, β2gp 1 y anticoagulante lúpico (AL) negativos en repetidas determinaciones entre 2004-2005.

Última internación año 2006: diplopía, inestabilidad de la marcha de 48 horas de evolución, depresión del sensorio y rigidez de nuca. LCR: proteinorraquia, cultivo negativo. Diagnóstico presuntivo: meningitis aséptica (Neurología). Hipoacusia derecha de inicio reciente. Examen neurológico: lúcida, trastornos cognitivos e inestabilidad en la marcha, con aumento del área de sustentación. Lab: ACL (-) AL (-) FAN (hep2) (-) DNA (-) C3 y C4 N ANCA p y c (-) Ro y La (-). RNM Encéfalo: Lesión focal paraventricular frontal derecha, paraventricular, brazo posterior de capsula interna y subcortical parietal izquierdas isquemias múltiples secuenciales. Audiometría: hipoacusia sensorioneural, unilateral. Tto: Metilprednisolona 3 gr/día por 3 días. Luego prednisona 1mg/kg/día en dosis decreciente. Ciclofosfamida 1 gr/mes. Respuesta favorable.

Conclusión: El Síndrome de Susac es una microangiopatía que se presenta en el 97% de los casos en forma de tríada incompleta. La evolución es autolimitada antes de los 2 años de iniciados los síntomas. Se han evaluado tratamientos con glucocorticoides, inmunosupresores, anticoagulantes/antiagregantes y vasodilatadores cerebrales con respuesta variada.

20

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL GERONTE: DEBUT CON NECROSIS ISQUÉMICA DE AMBAS MANOS

Abdala, M.A.; Rodríguez G, Moschetta M.E., Villarreal N, Volpintesta R, López I. Servicio de Clínica Médica – Hospital Dr. Roque S. Peña – Secretaría de Salud Pública Rosario – Provincia de Santa Fe

Varón de 68 años, previamente sano, sin antecedentes de enfermedad conocida, soltero, sin actividad laboral, con residencia en la ciudad de Rosario. El paciente ingresa al servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, por presentar acrocianosis de ambas manos que comprometían hasta las metacarpofalángicas de los dos miembros sin variación importante con la exposición al frío ni al calor.

Evolución clínica: aumento brusco de cianosis y dolor digital, presentando en 48 hs necrosis distal de todos los dedos de las manos.

Laboratorio Factores antinucleares 1/5120, anticoagulante lúpico positivo, anticuerpos anticardiolipinas positivos

Se medica con prednisona, antiagregantes, anticoagulantes y Antibióticos.

Se considera el caso interesante por la severidad del debut clínico que lleva al diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico del geronte.

Generalmente el Lupus del anciano es de inicio insidioso y con predominio en la sintomatología general y constitucional lo que dificulta el diagnóstico.

21

ASOCIACION DE CMV Y ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Civit E, Redmond F, Quintero E, Salcedo I, Videla C.
Servicio de Clínica Médica. Hospital El Carmen. OSEP Mendoza. Cátedra Medicina Interna.
U.N.Cuyo. U.de Mendoza. Sección de Reumatología. Hospital El Carmen.

Introducción: La Enfermedad de Still del adulto es una poliartritis seronegativa, de causa desconocida, diagnóstico clínico, por exclusión, que puede estar asociado a proceso viral como desencadenante. Prevalencia de 1 caso cada 100.000. La ferritina sérica es un importante marcador biológico en el soporte diagnóstico, valoración y seguimiento de esta enfermedad.

Objetivo: Comunicar un caso de Enfermedad de Still del adulto, asociado a CMV.

Caso clínico: Varón de 56 años de edad que consultó por fiebre y oligoartritis migratriz. Con antecedentes de tabaquismo actual, HTA, DM 2 y ACV isquémico. El examen mostraba un paciente en regular estado general, lúcido, fiebre de 39°C, vespertina, rash evanescente no pruriginoso, asociado a accesos febriles; no adenopatías; Oligoartritis migratoria, con compromiso de grandes y pequeñas articulaciones, de 20 días de evolución sin respuesta a AINES y antibióticos.

Laboratorio: Hto: 32%, Hb: 11g/dl, leucocitos 19000/mm³ (leucocitosis con neutrofilia), VSG: 100 mm en la 1ª hora, PCR (+), función renal normal, FAL 169, GGT 217, LDH 484, PPD (-), VDRL (-), test de Huddleson (-), Rx de articulaciones con dolor: sin alteraciones, ecocardiograma transtorácico: no evidencia alteraciones estructurales ni vegetaciones, ecografía abdominal: normal, hemocultivos, urocultivo, cultivo de esputo e hisopado de fauces: (-), hemaglutinación para toxoplasmosis (-), serología para HIV: no reactiva, reacción de Paul Bunnell (-), pp65 para CMV (+) 39 células en 130000 leucocitos, IgG para CMV positiva. TAC abdomen, pelvis y tórax: no adenopatías, PAMO: médula ósea hiperplásica, ausencia de infiltraciones, FAN, anticuerpos anti-DNA, FR: negativa, anticuerpos ANCA c y ANCA p: (-), anticuerpo anti LKM, anticuerpo antimúsculo liso, anticuerpo antimitocondriales: (-), ferritina sérica: 4938.62 ng/dl.

Tratamiento: Se trató con Ganciclovir y prednisona 40 mg/día, con mejoría clínica, en la segunda semana se normaliza hemograma, VSG, hepatograma. Sobre la base del tiempo de evolución, los estudios complementarios para enfermedades infecciosas, neoplásicas y de tejido conectivo negativos y el cuadro clínico y el valor de la ferritina sérica se considero el diagnóstico de Enfermedad de Still del Adulto.

Conclusión: Se presenta el caso por su baja incidencia y coexistencia con infección por CMV. La infección por CMV ha sido descripta como desencadenante o inductor de activación de enfermedad de Still del adulto. Debe ser considerada en estos pacientes al iniciar el tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

22

GRANULOMATOSIS DE WEGENER Y TROMBOFILIA HEREDIARIA

Civit E, Grosso, H, Rivero, L, Aberastain, A, Año, A.
Servicio Clínica Médica Htal. "El Carmen" OSEP Mendoza. Cátedra Medicina Interna
U.N.Cuyo. Sección de Reumatología Htal "El Carmen" Mendoza

La G. De Wegener es un síndrome clínico patológico que afecta aparato respiratorio alto y bajo, riñones, ojos, articulaciones, piel y SNC. La Trombofilia es una tendencia patológica hereditaria a sufrir trombosis (estados protrombóticos). Se presenta un paciente con esta asociación, la cual no se ha reportado previamente en la literatura revisada.

Caso Clínico: Hombre de 26 años, diagnosticado de GW según criterios ACR 1990. **Laboratorio:** Fr: 1/80. PCR: (+) C3 y C4: Normal. ANCA C: 1/160 Ac. Anti MBG: (-) PR3 (+) intenso. Inició tratamiento con Esteroides y pulsos IV de Ciclofosfamida. Posterior al 4º Ciclo presenta púrpura en ambos miembros inferiores y trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo.

Eco Doppler: Trombosis total oclusiva de vena ilíaca externa, femoral común superficial y poplitea izquierda.

Biopsia de pulmón: Granulomas compatibles con GW.

Biopsia de piel: Vasculitis leucocitoclastica

Tratamiento: anticoagulación con acenocumarol durante seis meses, azatioprina 50 mg/día, meprednisona 40mg/día, TMP-SMX 160/800mg c/12hs.

Presenta un año después: hemóptisis, fiebre, artralgias y púrpuras en miembros inferiores con úlcera en pierna izquierda, sinusitis con perforación de tabique nasal y nuevo episodio de trombosis venosa.

Eco doppler: trombosis de vena safena interna derecha desde rodilla en prolongación distal y trombosis total de vena safena externa derecha

Laboratorio: HTO: 30%, creatinina: 0.69mg/dl, VSG: 90mm/h. Gases en sangre: pH: 7.51, pCO₂: 30, pO₂: 51, HCO₃: 23.7, sat. O₂: 90.4 %. TP: 80% y TTPK: 28", hematúria microscópica, clearance de creatinina: 189ml/min, proteinuria de 24 hs: 0.1g/l., baciloscopia negativa, ANCA-c positivo 1/20

Estudio trombofilia: Ac-anti β2 glicoproteína 1: negativo. Anticardiolipina IgG: 33U (VN <20U/ml). Tiempo quick: 100%. TTPK 28" (VN25-40"). Fibrinógeno 350 (VN180-350). Antitrombina III: 120% (VN80-120). Proteína C: 111% (VN70-140). Proteína S: 140% (VN65-140). Resistencia a la proteína C activada: 1.74 (VN mayor de 2). Homocisteína: 10.3 (VN3.4-13.8). cRwT(Test de Russel): 33" (normal)

Biología molecular: Mutación metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) homocigota. Protrombina 20210 mutación heterocigota. Factor V- Leyden: Mutación heterocigota.

Conclusión: se presenta el caso por la escasa frecuencia de ambas afecciones, por no haber encontrado en la literatura esta asociación y por el desafío terapéutico que plantea la anticoagulación, dado que la Granulomatosis de Wegener tiene riesgo de hemorragias masivas pero en la trombofilia con TVP el riesgo de recurrencia es acumulativo de 12% a los 5 años y de 16.5% a los 7 años, siendo más frecuente en hombres.

23

POLIARTRITIS NODOSA Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO

Autores: Civit E, Grosso, H, Rivero, L, Año, A, Videla, C.
Servicio Clínica Médica Htal. "El Carmen" OSEP Mendoza. Cátedra Medicina Interna
U.N.Cuyo. Sección de Reumatología Htal "El Carmen" Mendoza

La PAN fue descripta en 1866 por Kussmaul y Maier, es una vasculitis necrotizante que por la amplia distribución de lesiones arteriales, produce diversas manifestaciones clínicas. El sistema nervioso central suele afectarse en fase tardía de la evolución como consecuencia de vasculitis cerebral o hipertensión arterial.

Caso clínico: hombre de 57 años que ingresa por rigidez, paresia y mialgias a predominio proximal en miembros inferiores, astenia y pérdida de peso de 5 Kg.

Examen físico: livedo reticularis generalizada, ptequias en cara anterior de ambos miembros inferiores, edema escrotal bilateral doloroso, artralgias, mialgias y paraparesia leve proximal en miembros inferiores.

Laboratorio: Hto: 35,6% Hb: 11,5 mg/dl GB 10.800/mm³, Plaquetas: 420.000/mm³, VSG 80 mmr Frotis normal. Uremia 27 mg/dl. Creatinina 0,60 mg/dl. Orina: Normal. LDH 247 U/L. CPK total 1E U/L. Clearance de creatinina: 120,8 ml/min. Proteinuria de 24 horas: 0,26 g. Proteiograma por electroforesis: Albúmina: 2,6 g%, proteínas totales 5,2 g%. Discreto aumento de α1 y α2. HbsAg: Negativo, HCV: Negativo, HIV por Elisa: Negativo, FR + 128 U/ml, FAN + 1/40 patrón moteado. AntiADN negativo, C3 106,2 mg% (VN: 60-120), C4 22,8 mg%(VN: 20-50). AntiSM negativo, Anti RNP negativo. Anti-Ro positivo. Anti-La negativo. Anticardiolipina IgG 11,6 UGPL (VN: hasta 10); IgM 6,4 U MPL (hasta 10). ANCA C + 1/40, ANCA P -

Fondo de ojo: normal.

EMG: Patrón miogénico a predominio de músculos proximales de ambos miembros inferiores. Miopatía simétrica proximal de miembros inferiores.

Rx tórax: patrón reticular intersticial con aumento de los hilos a predominio derecho.

Ecografía testicular: ambos testículos disminuidos de tamaño y forma conservada, ecogenicidad disminuida y ecoestructura no homogénea. Hidrocele bilateral

Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclastica

Se diagnosticó poliartritis nodosa de acuerdo a criterios ACR 1990: Pérdida de peso >4 kg, livedo reticularis, dolor e inflamación testicular, mialgias, debilidad o inflamación muscular. (3 o más criterios sensibilidad 82,2% y especificidad de 86,6%).

Tratamiento: meprednisona 80 mg por día. Evolución favorablemente, presentando al 6º día de internación vértigo, cefalea, nistagmo y dismetría derecha. RMN de cerebro: múltiples lesiones puntiformes, hiperintensas, subcorticales e hiperintensidad periventricular sugestivo de vasculitis dicho hallazgo considerado como un factor de gravedad que aumenta la mortalidad. Se concluye que debe ser tratado con ciclofosfamida.

Conclusiones: Se presenta el caso por la evolución rápidamente progresiva (6 días) con compromiso de SNC por vasculitis cerebral. Queremos demostrar la utilidad del score de gravedad basado en 5 factores: Gastrointestinales, Sangrado, perforación, infección o pancreatitis, Insuficiencia renal, Creatinina >1.58mg/dl, Proteinuria >1gr/día, Afectación de SNC, Cardiopatía. Nuestro paciente presentó un SCORE 2.

24

TITULO: OSIFICACION HETEROTOPICA GENERALIZADA POST ACCIDENTE VASCULAR: REPORTE DE UN CASO.

Cisternas M, Vergara J, Contreras O, Stange L, Mönckberg G.

Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología, Traumatología y Radiología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

La osificación heterotópica (OH) es el depósito de hueso nuevo alrededor de una articulación. La formación local puede ser complicación de una cirugía ortopédica y quemaduras. La forma generalizada se ha reportado en casos de accidentes vasculares encefálicos o lesión medular espinal. Es una patología infrecuente, con incidencia entre 0,5 – 1,2 % post accidente vascular, siendo menos común la forma generalizada.

Reportamos el caso de una mujer de 33 años quien en Mayo de 2003 se hospitalizó por cuadro de hemiplejía izquierda de inicio brusco. La tomografía axial computarizada mostró una hemorragia frontoparietal derecha con invasión ventricular e hidrocefalia secundaria. En la angiografía se observó una malformación arteriovenosa parietal derecha. Se realizó drenaje ventricular y resección de la malformación. Evolucionó con una sepsis por Acinetobacter multiresistente. Estuvo en ventilación mecánica prolongada por siete semanas, requiriendo traqueostomía. Al estabilizarse se constató rigidez articular absoluta con aumento de volumen y signos inflamatorios de múltiples articulaciones. Se indicó indometacina. Sus exámenes mostraban: creatinina: 0,50; GGT: 492 U/L; GOT: 70 U/L; GPT: 186 U/L; Fosfatasa Alcalinas: 768. La familia solicitó traslado a Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica para continuar estudio y tratamiento.

Se constató OH de rodillas, hombros y codos. Se describe la evolución a largo plazo, el seguimiento y tratamiento con múltiples intervenciones quirúrgicas para liberar las articulaciones comprometidas.

Se enfatiza la importancia de prevenir la formación de OH, su reconocimiento precoz y tratamiento adecuado.

25

EMBRIOPATÍA POR METOTREXATO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

(2) **Barbero P.** Aguirre M (1) Catalán Pellet A. Amirano C.
(2) Línea Salud Fetal. S.de Información de Agentes Teratogénico. C. N. de Genética Médica. (1) S.de Reumatología. Hosp. Rivadavia. Bs.As.Argentina.

INTRODUCCION: la artritis reumatoidea es una de las colagenopatías más frecuentes, afectando predominantemente a mujeres en edad reproductiva. El tratamiento de estas pacientes requiere en muchos casos el uso de drogas con riesgo fetal (DMARD). Este grupo de medicamentos incluye agentes con potencial riesgo teratogénico motivo por el cual deben evitarse durante el embarazo.

OBJETIVO: Describir el caso de un recién nacido con defectos congénitos cuya madre presentó artritis reumatoidea y fue medicada inadvertidamente durante el primer trimestre de gestación con metotrexato.

RESULTADO: recién nacido que presentó al examen físico: plagiocefalia, fontanela anterior amplia, frente alta y puente nasal bajo, proptosis ocular, orejas bajas displásicas, paladar ojival, cuello corto, tórax estrecho, oligodactilia y pie bot. La madre recibió Metotrexato 7,5 mg semanal hasta la semana 10 de gestación. Los signos clínicos del niño coinciden con casos previamente reportados de embriopatía por metotrexato en otras patologías no AR.

DISCUSION: el presente caso muestra uno de los efectos adversos más graves asociados al uso de metotrexato.

Teniendo en cuenta que en nuestro país la mayoría de los embarazos no son planificados, la exposición inadvertida del embrión a un medicamento no resulta un evento infrecuente.

Consideramos que las pacientes en edad reproductiva tratadas con metotrexato u otro agente con riesgo teratogénico deben ser evaluadas por especialistas en ginecología y genética humana antes y durante el tratamiento a fin de garantizar el menor riesgo posible.

Este caso representa uno de los mejores exponentes hasta ahora presentados en nuestro medio de lesión por MTX en un RN expuesto.

26

SINDROME DE SJOGREN Y COMPROMISO RENAL GLOMERULAR.

García Salinas R. Verando M. Hercovich N. Catalán Pellet A.
S.de Reumatología. Hosp. Rivadavia. BS. AS. Argentina.

INTRODUCCION: El Síndrome de Sjögren (SS) o Epitelitis autoinmune, es una entidad caracterizada por alteraciones inmunológicas que comprometen las glándulas exocrinas y endocrinas, estas alteraciones se manifiestan clínicamente con complejo Sicca, sin embargo esta patología puede afectar a otros órganos de la economía, siendo el compromiso renal uno de ellos.

OBJETIVO: Paciente con diagnóstico de SSP según criterios Europeos y glomerulonefritis.

RESULTADOS: Paciente de sexo femenino de 59 años de edad con diagnóstico de SS primario de 6 años de evolución, FAN positivo a altos títulos, Ro y La positivos, con biopsia de glándula salival menor grado IV, que presentaba antecedente de lesiones purpúricas generalizadas, alteraciones en la función renal, hipergamaglobulinemia policlonal marcada, Crioglobulinas negativas, y ERS mayor a 100 mm/1^{er}h en múltiples determinaciones. Se descarto compromiso oncohematológico y se realizó biopsia renal que informaba: Glomerulonefritis Mesangioproliferativa.

DISCUSION: El compromiso Renal compromete a 10 – 60 % de pacientes con SS 1°, siendo la Nefritis tubulo-intersticial la más frecuente de estas alteraciones, la GNF es muy poco común (1-15%), se han descrito: Membranosa, membrano proliferativa y focal mesangioproliferativa. Se asocian en un 60 % a hipergamaglobulinemia mono o policlonal y presencia de crioglobulinas.

Es importante destacar este caso de manifestación extraglandular poco común en el SS 1°, que sin embargo nunca debemos dejar de tener en cuenta debido a la naturaleza sistémica de esta entidad.

27

GLOMERULOPATIA "LUPUS LIKE" EN VIH. REVISION, A PROPOSITO DE 1 CASO.

Rodríguez GR, Araujo GL, Siris JA, Iotti A
Secciones Reumatología y Nefrología Htal Pirovano y Anatomía Patológica Dres. Iotti, Bs As.

INTRODUCCION

Entre los tipos de nefropatía asociada a la infección por VIH, la forma *lupus like* si bien es poco frecuente, caracterizada por un patrón de inmunofluorescencia ("full house") indistinguible de aquella del LES pero, en gral, sin evidencias serológicas de LES. Escasas son las evidencias en la literatura sobre la respuesta favorable al HAART y/o a la inmunosupresión debido al diagnóstico tardío con altos índices de cronicidad. Se presenta 1 caso de insuficiencia renal aguda con VIH (+) desconocido y nefritis indistinguible de la clase IV de lupus con marcada actividad y sin cronicidad que respondió favorablemente al tratamiento antirretroviral.

Presentación del caso Mujer de 39 años que se interna por fiebre, edema palpebral y en MMII de 14 días, sedimento urinario patológico. Se trata con ATB como ITU complicada. **Laboratorio de ingreso:** Hto 26%, Bcos 4700, VSG130, urea 67, creat 1.2, proteínas totales 6.5, FAN 1/640 moteado (de otra institución que no se reiteró), orina con proteinuria +++, 25 a 30 GR/campo, escasos cilindros hialinos, granulocitos y leucocitos. Durante la internación desarrolla leucopenia 2700 (PMN42%, Linf32%) y plaquetopenia 103.000, VSG 61, CL de creatinina 44.56 ml/min, proteinuria 1,5 g/día, Prot totales 5.50, albúmina 1.94, y Glob 1.67policlonal, coagulograma N y lípidos N. Se interpreta como Sínd Nefrítico. En el curso se recibe C3 y C4 N, FR(-), FAN(-), Anti DNA (-), Anti ENA (-), serologías VIH ELISA (+) y WB (+), HAV (-), HBV(-), HVC(indeterminado), VDRL (-), Chagas(-), anticardiolipinas (-) y B2-GpI (+) y crioglobulinas (-). Se realiza biopsia renal compatible con glomerulonefritis lúpica membranoproliferativa difusa activa (Grado IV, OMS) con depósitos subendoteliales en "asa de alambre". Por IFI presencia de IgA, IgM, IgG, Ig total, C3, C1q. Índices de actividad 4/4 y de cronicidad 0/4. Se decide no administrar tratamiento inmunosupresor hasta obtener recuento de CD4 y carga viral pero por progresivo deterioro de la función renal (Clearance 28.33, proteinuria 4.18 gr/día) se indica IGIV 1gr/kg/única dosis y meprednisona 40 mg/d. Ante la ausencia de otras manifestaciones sugestivas de LES (salvo hematológicas) y considerando la posibilidad de atribución al HIV, se inicia el tratamiento antirretroviral con stavudina, efavirenz y lamivudina. El recuento de CD4: 50 cel/mm3. Se externa. La respuesta nefrológica inicial fue lenta al tratamiento antirretroviral pero a los 6 meses la función renal se normalizó y se retiró la prednisona y en 1 año no presentó sintomatología ni serología específica de LES no obstante se positivizó aquella para virus hepatitis C.

Conclusión A pesar de que la lesión glomerular más común asociada a la infección por VIH es la glomeruloesclerosis focal y segmentaria variante colapsante, se deben tener presentes las glomerulonefritis mediadas por inmunocomplejos, ya que la precocidad en el diagnóstico podría modificar el pronóstico de las mismas.

28

ARTRITIS REACTIVA, UVEITIS Y MAL DE POTT ASOCIADOS A TUBERCULOSIS (TBC)

Araujo GL, Rodríguez GR
Sección Reumatología Htal Dr. I Pirovano, Buenos Aires

INTRODUCCION

Entre el 1 y 5% de todos los casos de TBC y hasta el 20% de la TBC extrapulmonar corresponden a cuadros osteoarticulares siendo la espondilodiscitis la presentación más común. Con frecuencia cursa sin otros síntomas o signos de afectación pulmonar o sistémica. El compromiso cutáneo (nódulos), los abscesos fríos, la artritis reactiva y la uveítis son aun menos frecuentes. Se presenta un caso con estas manifestaciones extrapulmonares de TBC simulando una artropatía inflamatoria sero negativa.

Presentación del caso Varón de 23 años con artritis aguda de tarsos y tobillo Iza, dorsalgia, bajo peso corporal y ojo rojo 1 mes previo. A los 2 meses se adiciona poliartritis de PIF manos, rodilla izq, hombro D. y 2 colecciones líquidas supraaponeuróticas en región escapular Der. interconectadas con el hombro que se confirman por ecografía. **Laboratorio:** Hcto 33% Fe ↓ VSG 91, PCR 136, FAL leve ↑ Serología para VHA, VHB y VHC, HIV(-), FAN(-), Anti DNA FR(-) AMA(-) ASMA (-) APCA(-) C3C4 N, ANCA (-) Rx sacroileitis dudosa unilat., RX tórax N, Rx articular: ↑ partes blandas. PPD(-) **Ex ocular:** secuela de uveítis anterior bilat. Endoscopia digestiva alta y baja N. La artritis desaparece c/AINE y 1 mes de TTO con SSZ. Se interna a los 6 meses c/fiebre, desnutrición, neumopatía condensante base D, sin artritis pero con colecciones en región dorsal. **TAC tórax:** derrame pleural D, nódulo en L5: en contacto con la columna con erosión de vértebra D1-D2. **Liq pleural:** exudado BAAR (-) Pancultivos (-). Por sepsis se inicia TTO empírico para TBC con franca respuesta a las 72 hs. **Biopsia pleural:** granulomas gigantoocelulares con necrosis central, rodeados por inflamación linfocitocitaria. **Cultivo de pleura y nódulo** de partes blandas (-) para BAAR y hongos. **Conteolograma Osseo** ↑ captación en vD6 y hombros. **RMN c/grad. de Columna:** espondilodiscitis multisegmentaria C6, C7 y D1 y de D5 a D10. Múltiples abscesos perivertebrales en región paraespinal y central cervicodorsal. Absceso en músculo iliaco. Requiere drenaje por punción de los abscesos y uso de corset.

Conclusión Con el incremento actual de la desnutrición y el SIDA, en áreas endémicas para TBC como la nuestra, se deben tener presentes todas aquellas manifestaciones extrapulmonares. Si bien en hasta el 50% de los casos no se aisla el germen, la biopsia con cultivo del tejido afectado es necesaria para su confirmación ya que el tratamiento precoz específico mejora el pronóstico de su morbimortalidad. La RMN con gadolinio resultó un excelente método de diagnóstico por imágenes para caracterizar la extensión de los procesos osteoarticulares y de partes blandas.

29

OSTEOARTROPATÍAS EN TALASEMIA MINOR

Homsa, Daniel, Abadie, F. Consultorio de Reumatología Neuquén.
Lopez Cabanillas, A., Hospital de Gral. Roca, Río Negro.

INTRODUCCION.

Las Talasemias, son defectos hereditarios que, por mutaciones, se bloquea la síntesis de alguna de las cadenas de globina (alfa o beta) llevando a un consecuente déficit en el contenido de Hemoglobina del hematíe, manifestándose por anemias de distinto grado y alteraciones generales, dependiente de la severidad de ellas.

Sin embargo, en situaciones poco comprensibles, aparecen manifestaciones que escapan al cortejo sintomático de las anemias. Es así, que las **afecciones Reumáticas** suelen pasar desapercibidas y pueden ser interpretadas como entidades propias y no dependiente de ellas. Han sido descriptos diversos compromisos osteoarticulares, ubicando sus lugares de acción tanto en el hueso como en el cartilago. (Kelley) (1).

OBJETIVOS

Reportar dos casos clínicos con Talasemia Minor y afecciones Reumáticas, actualizando la literatura médica específica del tema.

MATERIAL Y METODOS

Historias clínicas de pacientes asistidas en nuestro centro y revisión de Literatura médica.

Caso1: Paciente LB, de 50 años consulta en 03/2004 por dolor de ambas manos y signos clínicos de Artritis Nodosa de dedos. Tres meses después: signos inflamatorios de manos carpos, sin antecedentes previos, ni traumatismos. En la radiología simple y en la TAC se observaron, **severos cambios destructivos y degenerativos de los huesos de ambos carpos.**

Caso2: Paciente GS, de 36 años, consulta en 07/ 2005 por Dolores osteoarticulares en zona lumbar, y coxalgia unilateral. En la radiología simple se observan cambios degenerativos en articulaciones sacroilíacas y en la Densitometría: **Osteoporosis establecida con Tscore de -2,9 en col. AP y -2,6 en cadera**, sin factores de riesgo, ni medicamentos osteopépticos y con ritmo menstrual normal. Actualmente, consulta por **signos de Artritis Nodosa en Manos.**

DISCUSION

La artritis de manos se presenta habitualmente, con localizaciones en IFD o en CMP del 1° dedo y NO como en nuestro primer caso, de la paciente LB, con severa inflamación de carpos y daño radiológico múltiple y severo. Su ubicación infrecuente, nos sugiere un origen secundario de esta Artritis

Asimismo, en la otra paciente, de 36 años, con osteoporosis establecida, con ritmo menstrual normal y sin factores de riesgo, obliga pensar en un origen secundario de su afección.

Messina, MCoco Y col(2) refieren mayor frecuencia de DMO de rango bajo en las Talasemias.

Górriz y De León(3) (A&Rheumat.83) describen distintos tipos de afecciones: desde artritis leves, hasta destructivas y también defectos de mineralización ósea, atribuyendo su patogenia a una **Médula Ósea expandida por Hiperplasia, desplazando al tejido óseo.**

CONCLUSION

Reportamos dos casos con reumatismo y Talasemia Minor 1: **Artritis erosiva destructiva de ambos carpos** y 2: **Osteoporosis Establecida en mujer joven menstruante**, sin factores de riesgo *la literatura específica, refuerza nuestra idea, de que los trastornos reumáticos descriptos, estarían vinculados a las Talasemias con distintos grados de severidad.

*la explicación patogénica más comentada, es la médula ósea expandida, reactiva a la anemia que por desplazamiento y rotura de trabéculas, generaría Osteoporosis, no hallándose una explicación satisfactoria, para las alteraciones cartilaginosas, que llevan a la Artritis.

30

ENFERMEDAD DE STILL DE EVOLUCIÓN FATAL

Acrich, F., Dubinsky, D., Narvaiz M., Montico B., del Río, P.
Sanatorio Guemes. Capital Federal.

La enfermedad de Still del adulto es una entidad inflamatoria de etiología incierta que evoluciona en forma autolimitada, intermitente o hacia la cronicidad, raramente se asocia a síndrome hemofagocítico reactivo y puede tener evolución fatal (1).

Caso clínico. Varón de 57 años con fiebre, poliartalgias, tos seca, odinofagia y rash evanescente de 15 días de evolución. Antecedentes personales. A los 30 y 40 años presentó episodios febriles de un mes de evolución con artralgias que resolvieron en forma espontánea sin diagnóstico. Litiasis vesicular, dislipidemia. Al ingreso lúcido, febril (39°C). Fauces eritematosas. Rash evanescente, asalmonado, maculopapular, a predominio en muslos y tronco. El resto del examen normal. **Evolución.** Persistió con fiebre vespertina los 40 días de internación sin foco aparente. Artritis en rodilla y tobillo derecho. Hemo y urocultivos reiteradamente negativos. Hormonas tiroideas normales. Ac. Antitiroglobulinas y antiperoxidasa negativos. Serologías virales negativas. VDRL HIV y Huddleson, negativos. ECG intraesofágico no demostró vegetaciones. TAC de tórax, abdomen y pelvis: esplenomegalia. Centellograma corporal con Galio 67 no evidenció foco séptico. Laboratorio: FAN y Anti DNA negativos. Latex AR 7.1UI/dL, C3 181mg/dL. Triglicéridos 615 mg/dL. Beta2 microglobulina 1.85mg/dL (0.8-2.2). Saturación transferrina 11%, ferritina >2000 ng/ml, ASTO 205UI/L. Bilirrubina total 4,1mg/dL, BD 3,7mg/dL. TGO586UI/L. TGP257UI/L. Fosfatasa alcalina 1773UI/L. Protrombina 38%. Durante internación agregó pancitopenia (leucocitos 1000/mm3, plaquetas 48000/mm3 y hemoglobina 7g/dL). También clínica de colecistitis aguda. Se realizó colecistectomía convencional y biopsia de hígado. Se sospechó síndrome hemofagocítico e inicia pulso de metilprednisolona. Se realiza biopsia de médula ósea. Evoluciona con compromiso hemodinámico y fallece. Biopsia de médula ósea con cambios dishematopoyéticos y alteraciones hemofagocíticas (histiocitos con hemates en su interior). Biopsia hepática: esteatosis, portitis mono y polimorfocuclear.

Conclusión. El Síndrome hemofagocítico reactivo ensombrece el pronóstico de la enfermedad de Still. La leucopenia y la trombocitopenia son hallazgos que deberían hacer sospechar su existencia. El tratamiento precoz permitiría un mejor pronóstico.

(1) Arlet JB, et al. Ann Rheum Dis 2006;65:1596-1601

31

PAQUIMENINGITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD DE WEGENER: REPORTE DE 4 CASOS.

Mönckeberg G, Cisternas M, Stange L, Gutiérrezz MA.

Departamento de Reumatología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Objetivo.

Descripción de 4 nuevos casos de paquimeningitis secundaria a granulomatosis de Wegener (GW). Revisión de la literatura.

Introducción.

El compromiso del sistema nervioso central (SNC) en la GW es poco frecuente y habitualmente es producto de vasculitis de pequeño vaso, efecto de masa por lesión granulomatosa o extensión de lesiones de estructuras vecinas. Menos frecuente aún es el compromiso de leptomeninges, que se manifiesta como paquimeningitis.

Casos Clínicos.**Paciente 1.**

Mujer de 74 años con cefalea y compromiso progresivo de pares craneanos inferiores, cuya Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cerebro mostró engrosamiento meníngeo de fosa posterior y media. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) fue mostró pleocitosis y proteinorraquia. Los anticuerpos anticoplasma de neutrófilos (ANCA) fueron negativos. La biopsia de duramadre fue compatible con GW.

Paciente 2.

Hombre de 61 años, hospitalizado por cefalea, compromiso de pares craneanos múltiples y RNM que mostró paquimeningitis. Anticuerpos antimieloperoxidasa positivos. Biopsia de leptomeninges compatible con GW.

Paciente 3.

Mujer de 54 años que consulta por cuadro de 5 días de cefalea, paresia derecha y afasia. La Tomografía Axial Computada (TAC) y RNM demuestran paquimeningitis. LCR inflamatorio y serología reumatológica negativa. Se realiza biopsia de leptomeninges que resulta compatible con GW.

Paciente 4.

Hombre de 67 años con sinusitis a repetición, cefalea, disminución de la agudeza visual y polineuropatía demostrada por electromiografía (EMG). RNM con paquimeningitis, p-ANCA positivo y biopsia de nervio sural compatible con GW.

Conclusión.

El compromiso meníngeo es una forma poco frecuente de afectación del SNC en la GW. La biopsia de duramadre es de gran utilidad en el diagnóstico, por la baja sensibilidad de los ANCA en las formas limitadas de la enfermedad.

32

LEUCENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN ENFERMEDADES REUMATICAS SISTEMICAS: REVISION DE 3 CASOS.

Mönckeberg G, Cisternas M, Stange L, Gutiérrezz MA.

Departamento de Reumatología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Objetivo.

Descripción de 3 casos de Leucoencefalopatía Posterior Reversible (LPR), en pacientes con patología reumatológica sistémica hospitalizados en nuestra institución. Revisión de la literatura.

Introducción.

Entidad clínica que se manifiesta por cefalea, confusión, convulsiones y alteraciones visuales. Se ha descrito en asociación con insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, enfermedades reumatológicas, drogas inmunosupresoras, síndrome hipertensivo del embarazo, púrpura trombocitopénica trombótica. Es central para el diagnóstico la Resonancia Nuclear Magnética de cerebro (RNM), que muestra hiperintensidad en T2 de predominio posterior y habitualmente transitoria.

Casos Clínicos.**Paciente 1**

Mujer de 16 años con nefritis lúpica en tratamiento con esteroides y ciclofosfamida (CFM). Presenta cuadro brusco de cefalea, convulsiones e hipertensión arterial (HTA). La RNM mostró hiperintensidad en territorio posterior. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) no mostró inflamación. Se recupera sin secuela con Micofenolato Mofetil (MMF).

Paciente 2

Mujer de 63 años con diagnóstico de Granulomatosis de Wegener (GW), que evoluciona con glomerulonefritis rápidamente progresiva requiriendo hemodiálisis, metilprednisolona (MPD) y CFM. Presenta súbitamente cefalea, convulsiones e HTA. La RNM mostró lesiones hiperintensas occipito-temporales. Se recuperó sin secuela neurológica y normalización de la función renal.

Paciente 3

Mujer de 14 años con nefropatía lúpica tipo IV en tratamiento con CFM y esteroides. Es ingresada por cuadro de cefalea, vómitos, HTA y convulsiones. Hiperintensidad frontal a la RNM. Evoluciona favorablemente.

Conclusión.

En nuestra serie postulamos que la aparición de LPR es resultado de múltiples factores: aumento de la presión arterial, aparición de insuficiencia renal, uso reciente de citotóxicos y además el daño vascular secundario propio de la patología de base.

El LPR es una entidad probablemente subreconocida, que debe ser considerada como una alternativa diagnóstica en pacientes con factores de riesgo, cuadro clínico compatible e imágenes sugerentes, para un oportuno diagnóstico y tratamiento.

33

PRESENTACIÓN INUSUAL DE OSTEOMA OSTEÓIDE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Acevedo J, Dantaz A, Spangenberg E., Ramagli A. GETIEP* Instituto Nacional de Reumatología Uruguayo. Cátedra de Reumatología, UDELAR**. Montevideo, Uruguay.

Adolescente de sexo masculino, 14 años, con antecedente de esguince de tobillo izquierdo en 2004. Luego de intervalo libre de 6 meses instala dolor en cuello de pie izquierdo, que evolucionó en 3 etapas. Inicialmente de moderada intensidad, permanente y estacionario, con beneficio parcial con AINES, acompañado de tumefacción y limitación a nivel de TT y subastragalina izquierdas, talalgia y cojera. En febrero 2006 agrega exacerbación brusca de su sufrimiento con hiperpatía, alodinia, eritrocianosis, diaforesis local, tumefacción global de pie y tercio inferior de pierna, sin respuesta del área a AINES, analgésicos mayores y Calcitonina, pero con remisión de los elementos fluxivos.

En octubre ingresa por dolor incontrolable a predominio nocturno, agregando tumefacción y calor local en cuello de pie con severa impotencia funcional e imposibilidad para la estación de pie.

No otras manifestaciones osteoarticulares ni extrarticulares. No fiebre ni repercusión general.

Examen: Facies de dolor. TT izquierda tumefacta a predominio perimaleolar externo, dolorosa a la palpación, con movilización dolorosa y limitada. Subastragalina dolorosa a la palpación.

Laboratorio normal.

Radiografía de TT y pie bilateral: esclerosis subcondral y geodas en la superficie anterior del astrágalo izquierdo, sin otras alteraciones.

Centellograma óseo normal.

RM de cuello de pie: área de edema en el hueso esponjoso del cuello del astrágalo y sector distal del cuerpo con imagen en badajo de campana.

Se realizó resección de osteoma osteoide guiada por TAC en junio de 2007 con remisión de los síntomas.

Esta es una forma de presentación inusual de un tumor benigno óseo como es el osteoma osteoide, debido a que tuvo diversas máscaras clínicas. Esto condujo, durante la evolución, al planteo de varios diagnósticos clínicos. En la primera etapa, la presentación oligoarticular con entesitis orientó a espondiloartrópata; luego un síndrome doloroso regional complejo seguido de oligoartritis. Desde el punto de vista imagenológico, el centellograma fue normal, la radiografía presentó alteraciones degenerativas y la resonancia fue decisiva. Todo esto produjo un gran retraso diagnóstico determinando repercusiones importantes en el niño: sufrimiento doloroso sostenido, discapacidad con repercusión social, lúdica y fracaso escolar.

*GETIEP: Grupo estudio y tratamiento integral de las enfermedades del pie
**UDELAR: Universidad de la República

34

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E INFECCIÓN POR VIRUS DE VIH : ASOCIACIÓN O FORMA DE PRESENTACIÓN?

Paula Pucci (1), Gabriela Gehmlich (2), Cecilia Ezcurra (3), y Alejandro Nitsche (1). Servicios de Reumatología (1), Emergencias (2) e Infectología (3). Hospital Alemán. BsAs. Argentina

Introducción: Pacientes con VIH pueden presentarse a la consulta con manifestaciones reumatológicas. Excepcionalmente han sido descriptos casos con diagnóstico inicial de LES, y en ellos se plantea si el LES es forma de presentación del VIH o bien se trata de una simple asociación. Presentamos una paciente con criterios para LES, en la que una complicación infecciosa orientó a la determinación del virus de VIH, cuyo resultado cambió la conducta médica.
Caso: Paciente de 34 años de edad, tabaquista, que consulta en julio de 2006 por caída de cabello, artralgias, cafales y neuralgia del trigémino. Como antecedente se destaca tos de 10 meses de evolución. Al examen físico presentaba: poliartritis a predominio de manos, rodillas y ambas temporomandibulares, livedo reticularis de miembros inferiores, Raynaud bifásico en manos y frote pericárdico. El laboratorio mostró: leucopenia (2600/mm³) y plaquetopenia (94.000/mm³) (ambas en más de dos oportunidades) con linfopenia (19,8%). Anticardiolipina IgG 35,1 (0-15), FAN 1/80 homogéneo con DNAn positivo. Anti-Sm, RNP, Ro, La, scl70 y centrómero todos negativos. VDRL no reactiva. KPPT 56 seg con Inhibidor de Interferencia positivo. Orina sin proteinuria. El Ecocardiograma fue normal y la Rx de tórax mostró sólo cisuritis. Se interpreta como LES e inicia tratamiento con Cloroquina, aspirina y 20 mg de m. prednisona. Rápida respuesta clínica con mejoría de la tos y remisión de la poliartritis. Al mes de iniciado el tratamiento consulta por muguet marcado en cavidad oral con disfgia, tos productiva, fiebre de 38 grados C y episodio de bacteriemia. La nueva Rx de tórax mostró un infiltrado pulmonar bilateral. TAC de tórax: predominio del infiltrado a nivel de ambos vértices. PPD negativa. Hemocultivos, directo de esputo y BAL negativos para gérmenes comunes y BAAR. Con resultados positivos para virus de VIH y determinación de carga viral y C₄ se decide iniciar tratamiento antiviral, 4 drogas para TBC y profilaxis para Pneumocitis jiroveci, mantenimiento AAS e OH cloroquina. Anatomía patológica de BAL y biopsia transbronquial: inflamación linfocitocitaria crónica inusual. A un año de seguimiento persiste la positividad para FAN y para anticoagulante lúpico, habiendo negativizado el DNAn.

Discusión: Una gran variedad de manifestaciones reumatológicas pueden presentarse durante el curso de la enfermedad en pacientes con VIH, incluso como forma de presentación de la misma. Así también, la infección por retrovirus está asociada a múltiples anomalías en la función de los linfocitos B, que generan diversos anticuerpos. En la revisión de la literatura acerca del tema son pocos los casos reportados de VIH y LES en forma concomitante. Es entonces difícil el diagnóstico diferencial entre LES como manifestación reumatológica dentro de la infección por VIH, o asociación de ambas patologías.

Conclusión: Aún hoy en esta paciente no podemos determinar si se trató el LES de una forma de presentación o de una simple asociación al VIH. Es de destacar la importancia de jerarquizar adecuadamente situaciones infecciosas y no atribuirles en forma apresurada a la reactivación de la enfermedad reumática. En nuestro caso la afectación pulmonar, la candidiasis oral y esofágica y el síndrome febril orientaron al pedido de laboratorio para virus VIH.

35

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Casalla L, Chaparro del Moral RE, Rilfo OL. Servicio de Reumatología. Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú. Buenos Aires.

La Granulomatosis Linfomatoide es una enfermedad linfoproliferativa angiocéntrica de baja prevalencia, descrita por Liebow y col. en 1972. Reportamos el caso de un paciente con Granulomatosis Linfomatoide con compromiso pulmonar y anticuerpos anti-PR3.

Caso Clínico: paciente masculino, 16 años, que ingresa al Servicio de Neumología de nuestro Hospital por síndrome febril prolongado de 2 años de evolución asociado a tos seca. Recibió tratamiento con diferentes esquemas antibióticos y tuberculostáticos, sin mejoría del cuadro clínico. Al ingreso se constata: adelgazamiento, fiebre, tos seca y rales crepitantes bibasales. Exámenes complementarios: Hto 34,2 %, Hb 11,7 g/dl, GB 12.100/mm³ (N75%; L19%), VSG 65 mm/h, ferritina 809 ng/ml, uro y hemocultivos negativos, serologías para Toxoplasma, Chagas, Aspergillus, Histoplasma, Coccidioides, EBV, HBV, HCV, HIV, VDRL y marcadores tumorales (αFP, CEA, CA19-9, HCG) negativos, PPD 2UT 0mm, EFR con patrón obstructivo moderado. TAC tórax con infiltrados y nódulos en base pulmonar derecha y en lóbulo superior izquierdo, compromiso intersticial peribroncovascular y broncograma aéreo. En la fibrobroncoscopia se hallaron exudados inflamatorios crónicos, sin células neoplásicas, con cultivos para BAAR y gérmenes comunes negativos. El paciente evolucionó desfavorablemente con hipoventilación, caída del Hto (30%), aumento de VSG (112 mm/h), microhematuria sin GR dismórficos y progresión de las imágenes radiológicas. FAN (Hep 2): (+) moteado fino 1/80, ANCA-C y ANCA-P (-), anti-MPO (-), anti-PR3 (+). Con diagnóstico presuntivo de Granulomatosis de Wegener, se realizó biopsia pulmonar y se inició tratamiento con Metilprednisolona EV 1gr/d x 3 días, continuando con Meprednisolona 1mg/kg/d VO; evolución con mejoría clínico-radiológica y descenso de la VSG, normalización del sedimento urinario y mejoría de los infiltrados radiológicos. La anatomía patológica pulmonar permitió el diagnóstico definitivo: infiltrado linfocitario nodular angiocéntrico, con linfocitos, células mononucleares gigantes (leve atipia citológica), fondo de histiocitos epitelioides y células plasmáticas, compatible con GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE GRADO II. El paciente continuó tratamiento con esteroides a altas dosis junto con pulsos de Ciclofosfamida EV (0,8g/m²), con mejoría de cuadro clínico-radiológico, produciéndose posteriormente una recaída que lo llevó al deceso, 8 meses luego del diagnóstico.

Discusión: La Granulomatosis Linfomatoide es una enfermedad multisistémica que afecta principalmente pulmones y con menor frecuencia piel, SNC y riñón. Posee características clínico-radiológicas que plantean el diagnóstico diferencial con las Vasculitis Sistémicas, entre ellas la Granulomatosis de Wegener. Esta última entidad cursa con ANCA-C + (80-90%), que usualmente se corresponde con especificidad PR3. Llamativamente nuestro paciente presentó anticuerpos anti-PR3 + con ANCA negativos, lo cual no contribuyó al diagnóstico final. Savige y col. (1994) describieron la positividad de ANCA por IFI y ELISA en trastornos linfoproliferativos y en un caso de Granulomatosis Linfomatoide.

Conclusiones: La Granulomatosis Linfomatoide puede simular una vasculitis sistémica, por lo que el diagnóstico debe confirmarse mediante estudio anatomopatológico. Requiere un manejo multidisciplinario y tratamiento inmunosupresor, si bien presenta pronóstico reservado y alta tasa de mortalidad.

36

SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Salinas LI, Chaparro del Moral RE, Uña CR, Rilfo OL. Servicio de Reumatología. Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú. Ciudad de Buenos Aires

Una de las complicaciones pleuropulmonares del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es el síndrome de pulmón encojido (Shrinking lung syndrome - SLS), cuya frecuencia oscila entre 18 y 27%. Como forma de inicio de la enfermedad es excepcional, en nuestro conocimiento existen no más de 10 pacientes reportados. En revisiones realizadas se lo ha relacionado con diferentes factores como positividad de anticuerpos anti-Ro/SSA y anticuerpos anticardiolipinas. La etiología es aún incierta, planteándose diferentes hipótesis tales como anticuerpos antifosfolípidos anti-surfactante, micropatía lúpica, neuropatía del nervio frénico mediada por anticuerpos o por vasculitis de la vasa nervorum. Comunicamos el caso de una paciente que presentó SLS como manifestación inicial de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, sexo femenino, que requirió internación por disnea progresiva de un mes de evolución (de CP IV al ingreso), agregándose posteriormente astenia, pérdida de peso, sudoración nocturna, mialgias y tos productiva. Al examen físico se constató: regular estado general, taquicardia, taquípnea, febrícula, alopecia difusa, disnea que empeoraba con el decúbito, hipoventilación y rales crepitantes bibasales. Exámenes complementarios: anemia de enfermedades crónicas, leucocitos 5000/mm³ (N 3750/mm³), L 750/mm³, ERS 75 mm/h, CPK 50 UI/l, LDH 427 UI/l, PO₂ 67mmHg, SatO₂ 87,6% (FIO₂ 0,21), proteínas totales 6,24 gr/dl, albúmina 3,3 g/dl, clearance de creatinina 144 ml/min, proteinuria 0,2 gr/24hs. El resultado de laboratorio inmunológico informó anti-dcDNA 1/1000 ; FAN (Hep 2) 1/1280 patrón homogéneo; ANCA C y ANCA P, anti-MPO, anti-PR3 (-); anti-Ro (+) y anti-La (+), complemento (C₃ y C₄) normal ; anticuerpos anticardiolipinas IgG (+) a títulos moderados, IgM, anticoagulante lúpico, B₂GPI IgG e IgM (-), urocultivo y hemocultivos (-), examen directo para BAAR en esputo (-), PPD 0 mm y serologías para HIV, HBV, HCV (-). Rx de tórax: radiopacidad basal de patrón alveolar, elevación diafragmática bilateral. En la TAC de tórax con cortes de alta resolución se observaron imágenes de aspecto consolidativo en base pulmonar izquierda y enfisema centrolobulillar. Se inició tratamiento antibiótico (Ceftriaxona y Claritromicina EV) sin mejoría del cuadro clínico. Espirometría de esfuerzo: patrón restrictivo severo, CVF 0,73 lt (20%), VEF₁ 0,72 lt (23%), VEF₁/CVF 81,6. Radioscopia: disminución de la motilidad de ambas cúpulas diafragmáticas. Debido a insuficiencia Respiratoria progresiva continuó seguimiento en Unidad de Cuidados Intensivos. Con diagnóstico de LES se inició tratamiento con Prednisona 1 mg/kg/d por vía oral, a las 48 horas evoluciona afebril, con mejoría del estado general, disnea y de los parámetros de función pulmonar.

CONCLUSIÓN: Uno de cada cuatro pacientes lúpicos puede presentar SLS durante su evolución, en cambio ha sido descrito esporádicamente como forma de inicio del LES. El SLS se caracteriza por disnea que aumenta con el decúbito, acompañado o no de otras manifestaciones de actividad lúpica, como ocurrió con nuestra paciente (disnea, elevación diafragmática, alopecia, serositis y linfopenia) obligando a realizar diversos diagnósticos diferenciales. En concordancia a lo descrito en la literatura, la evolución del caso descrito fue favorable con la instauración del tratamiento esteroideo.

37

PIODERMA GANGRENOSO PRIMARIO: UN DESAFÍO PARA LOS REUMATÓLOGOS
Autores: María Fernanda B. Resende, Luciano F. Coelho, Flávia P. S. T. Santos, Gilda A. Ferreira

Servicio de Reumatología del Hospital das Clínicas da UFMG. Minas Gerais.

El Pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofilica infiltración dérmica no infecciosa por neutrófilos, sin vascularización primaria. Enfermedades inflamatorias, infecciosas y neoplásicas pueden estar asociadas, pero en 25 o 50% de los casos no hay una causa sistémica. **Objetivo:** relatar dos casos de pioderma gangrenoso primario con manifestaciones articulares.

Caso 1: Joven de 16 años de edad en seguimiento ambulatorial irregular desde 2002. Cuadro inicial: oligoartritis asimétrica de miembros inferiores, fiebre, aumento de reactantes de fase aguda y eritema nudoso en miembros inferiores. Serologías y culturas negativas. Marzo de 2007: lesión ulcerada, muy dolorosa y de progresión rápida, en la cara lateral de la pierna derecha, con 7cm de diámetro, fondo necrótico y bordes elevados. Diagnóstico: Pioderma gangrenoso primario. Tratado con prednisona 1 mg/Kg/día con óptima evolución.

Caso 2: Paciente de sexo femenino, 22 años, internada en 01/02/2007 con varias úlceras en miembros inferiores, profundas, de bordes elevados, irregulares y fondo necrótico, con 1 mes de evolución. Historia de artritis asimétrica en miembros inferiores, fiebre, anemia, adelgazamiento, leucocitosis y aumento de los reactantes de fase aguda. Tomografía computada de abdomen: imágenes hipodensas en el bazo (quistes o abscesos). Nuevas imágenes, culturas, aspirado de la colección del bazo, serologías, mielograma y biopsia de la médula ósea fueron normales. Ausencia de señales clínicas de enfermedades autoinmunes o enfermedades inflamatorias intestinales. Mantuvo fiebre durante toda la hospitalización mismo con el uso de antibióticos. Iniciado tratamiento para pioderma gangrenoso primario, con prednisona y ciclosporina, con una evolución clínica satisfactoria.

Conclusión: El pioderma gangrenoso primario se presenta como un desafío en el diagnóstico diferencial de las molestias musculoesqueléticas. El amplio conocimiento del diagnóstico diferencial es una exigencia primordial dado que en diferentes situaciones el reumatólogo es el médico principal en la conducción y elección de los demás especialistas para clarificar el tratamiento del paciente.

38

SÍNDROME ANTISINTETASA, EXPERIENCIA TERAPÉUTICA CON MICOFENOLATO MOFETIL

López Pérez MJ, Sánchez Freytes M, Kevorkoff G Servicios de Reumatología y Neumología. Clínica Universitaria Reina Fabiola. UCC. Córdoba

El síndrome antisintetasa es un trastorno infrecuente, incluido entre las miopatías inflamatorias idiopáticas, que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antisintetasa, siendo el autoanticuerpo anti-Jo 1 el más frecuente. Las manifestaciones clínicas son polimiositis o dermatomiositis, enfermedad intersticial difusa pulmonar, poliartritis, fenómeno de Raynaud y "manos de mecánico". El pronóstico se encuentra en estrecha relación con la enfermedad pulmonar intersticial.

Objetivo: Presentar un caso de Síndrome Antisintetasa con estabilización clínica con Micofenolato Mofetil (MMF), debido a la baja frecuencia de dicha patología.

Caso clínico: Mujer de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos, que consulta por poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones, rigidez matutina y disnea progresiva grado III, sin tos ni expectoración, de 45 días de evolución. No refiere fiebre, pérdida de peso, alopecia, ni dermatopatía. **Examen físico:** taquipneica, hipoventilación y crepitantes secos en ambas bases pulmonares. Raynaud y vasculitis digitales subungueales, tumefacción de dedos de manos, manos de mecánico, artritis en articulaciones MCF bilateral y ambas muñecas. Masas musculares dolorosas a la palpación. Fuerza muscular conservada. **Laboratorio:** Leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas, hipoxemia severa (PO₂: 50 mmHg), VSG 10 mm/h, PCR (-), Hemocultivos (+), Espudo gérmenes comunes, BAAR y micológico (-), HIV (-), VHB (-), VHC (-), CMV (-), Micoplasma (-), Chlamydia (-), ANA (-), Anti DNA nativo (-), ANCA c (-), ANCA p (-), Anticentrómero (-), Latex para FR (-), C3, C4 y CH 50 normales. **Rx. tórax:** Infiltrado alveolointersticial bilateral basal.

TAC tórax: Infiltrado intersticial periférico con predominio en lóbulos inferiores con engrosamiento septal interlobar e interlobulillar arrojando, compatible con fibrosis. Se realiza tratamiento con Meprednisona 40 mg/día, Claritromicina y Ceftriaxona. Tras reducción progresiva de dosis de glucocorticoide, agrava disnea a grado IV, acompañado de debilidad y dolor en cintura escapular y piviana, constatándose CPK 713, LDH 831. **EMG:** patrón miopático no concluyente, disminución en la velocidad de conducción motora de los nervios explorados. **Espirometría:** Patrón restrictivo moderado.

Biopsia pulmonar: patrón lesional compatible con "neumonía intersticial usual". **Ac anti Jo 1 (+).** Se realiza el diagnóstico de miositis - Síndrome antisintetasa. **Tratamiento:** azatioprina 50 mg/día, meprednisona. Posteriormente agrava miopatía proximal con elevación de enzimas musculares CPK 6153, LDH 2163. Se suspende azatioprina por intolerancia. Se comienza con ciclofosfamida 100 mg/día y meprednisona 80 mg/día con mejoría clínica y de laboratorio. Luego de 5 meses presenta múltiples internaciones por exacerbación de compromiso respiratorio. Se instauran los siguientes esquemas terapéuticos: pulsos de metilprednisolona, Inmunoglobulina Gamma Humana Hiperinmune. No se emplea metotrexate por el riesgo de progresión de afección pulmonar. **Nueva espirometría:** Restricción severa. Disminución en la capacidad de difusión pulmonar, iniciándose terapia con Micofenolato Mofetil (MMF) 1,5 gr/día, Meprednisona 20 mg/día y oxigenoterapia domiciliaria. En la actualidad normalización de enzimas musculares, fuerza muscular conservada pero con hipoxemia que requiere oxigenoterapia permanente.

Conclusión: Mencionamos el Síndrome Antisintetasa con neumonía intersticial establecida y fibrosis, con escasa respuesta a múltiples inmunosupresores. En nuestra experiencia el uso MMF ha permitido estabilizar la función y perfusión pulmonar por más de 2 años sin nuevas exacerbaciones respiratorias. Al ser una patología poco frecuente no hay en la actualidad estudios de metanálisis, lo que implica un desafío terapéutico.

40

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN UN PACIENTE CON ARTERITIS TEMPORAL

Allega L, Earsman G, Duarte Noé D, Barreira JC.
 Servicio de Reumatología del Hospital Británico de Buenos Aires

La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis crónica y sistémica que afecta principalmente las arterias de mediano y gran calibre, con preferencia por la aorta y sus ramas extracraneales. Se caracteriza por manifestaciones neuro-oftálmicas, siendo la cefalea una de las más frecuentes. La amaurosis débil a isquemia del nervio óptico es una complicación bien reconocida. En raras ocasiones se han comunicado casos de accidentes cerebrovasculares, demencia y síndrome confusional agudo.

Es nuestro objetivo comunicar un paciente con ACG que desarrolló lesiones isquémicas múltiples en sistema nervioso central como expresión de vasculitis.

Caso clínico:

Paciente femenino de 70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con amlodipina, ingresa a nuestro Hospital por presentar un cuadro de inestabilidad en la marcha, exacerbación de cefalea previa y amaurosis izquierda.

Presentaba mialgias, debilidad en cintura escapular y pérdida de peso de seis kilogramos en seis meses. Dos semanas previas a su ingreso desarrolló escotomas en ojo izquierdo y claudicación mandibular.

Se encontraba en regular estado general, normotensa, afebril, con inestabilidad postural, disbasia y Romberg lateralizado a izquierda. Las arterias temporales estaban engrosadas, no dolorosas con pulsos derecho disminuido e izquierdo ausente.

En el laboratorio de ingreso se constató anemia de enfermedades crónicas, leucocitosis, VSG 83 mm/h y proteína C reactiva 16,3 mg/dL. Los autoanticuerpos ANCA c, ANCA p y anticardiolipinas fueron negativos.

La RM cerebral evidenció imágenes múltiples de isquemia en ambos hemisferios cerebelosos a predominio izquierdo y en el lóbulo occipital izquierdo, con difusión compatible con proceso subagudo. La angio RM de polígono demostró estrechez de las arterias cerebral posterior y cerebral media izquierdas y en menor proporción de la arteria cerebral media derecha. Se descartaron otras causas tromboembólicas. La biopsia de arteria temporal confirmó el diagnóstico de arteritis de células gigantes.

Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona, seguido de meprednisona oral en dosis de 1 mg/Kg/día. La paciente mejoró su cuadro cerebeloso y reactantes de fase aguda, persistiendo con amaurosis.

Conclusión: el compromiso del sistema nervioso central es una complicación infrecuente pero severa de la arteritis de temporal y puede presentarse como una micro o macroangiopatía cerebral. Es importante su reconocimiento temprano y debería ser incluida entre los diagnósticos diferenciales de los eventos isquémicos agudos en pacientes ancianos.

41

RITUXIMAB (ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI -CD20) EN LES REFRACTARIO A TRATAMIENTO: CASO CLÍNICO.

Herrera, G, Della Maggiore, M, De Simone, E.
 Servicio de Reumatología del Hospital Churrucá -Visca.

Las complicaciones graves en el lupus eritematoso sistémico son variables y pueden comprometer la vida del paciente. Es conocida la presencia de una activación anormal de linfocitos B con producción aumentada de autoanticuerpos que inducen a un desequilibrio de la respuesta inmune. Actualmente se utilizan drogas efectivas como los inmunosupresores, pero en ocasiones se presentan pacientes refractarios al tratamiento en los cuales es necesario aplicar nuevas estrategias para controlar la enfermedad. Nuestro trabajo reporta el caso de una joven con LES grave de difícil manejo tratada exitosamente con Rituximab.

Caso: Paciente de sexo femenino, de 21 años de edad con diagnóstico de LES, cuatro años de evolución que debuta con psicosis lúpica, poliartritis y peritonitis bacteriana espontánea con cultivo positivo para neumococo. Posteriormente desarrolla nefritis lúpica con síndrome nefrótico, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes metabólica. En el curso de la enfermedad recibe pulsos de metilprednisolona, metotrexate, hidroxiquinona y ciclofosfamida. Con FAN 1/640 (patrón moteado), anti DNA positivo, hipocomplementemia, anticardiolipinas positivo débil. Ingresó en mayo 2007 por dolor abdominal con vómitos alimentarios, insuficiencia renal crónica reaguadizada, artritis de carpos y tobillos, y cambios conductuales que se interpretan como neurolupus activo. Con hemocultivos y urocultivos negativos recibe 3 pulsos de metilprednisolona. Como datos positivos tiene: Hb: 19,9; GB 14.000; ERS 55; urea 1,24; creatinina 3,4; proteína C reactiva 6,44 (VN: 0,50); C3: 36; C4: 4; proteinuria 5,25gr/24hs. ECG: taquicardia sinusal, ecocardi: sin valvulopatías, buena función ventricular. RM - cerebro con difusión de gadolinio: imágenes hiperintensas a nivel parietal y frontal izquierdo compatible con vasculitis (imagen ausente en RM de 3 meses previos). RM abdomen y pelvis con gadolinio: arteria renal derecha con signos de 2 estenosis significativas y estenosis en origen del tronco celiaco de tipo corto de aproximadamente 60%. Líquido libre en cavidad abdominal. Engrosamiento de paredes de colon ascendente-descendente, dilatación de asas de delgado. Durante la internación evoluciona febril, caída brusca del hematocrito que requirió transfusión de 2 oportunidades, con mal estado general, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial, profunda y a la descompresión, RHA disminuidos. Todos los estudios de etiología infecciosa resultaron negativos. Dado el estado crítico de la paciente con fiebre persistente, artritis, úlceras orales, proteinuria masiva, serositis pleural y severos trastornos de conducta, se interpreta el cuadro como LES activo refractario a tratamiento. Se inicia Rituximab: 375 mg/m², cada 7 días, 4 semanas. La droga fue bien tolerada con buena respuesta clínica mejorando todos los parámetros del laboratorio, hemoglobina 13; GB: 6900; ERS 20 y normalización del complemento, a partir de segunda dosis del Rituximab. Actualmente la paciente se encuentra asintomática en tratamiento con prednisona 20 mg día, MTX 10 mg semana e hidroxiquinona 200 mg día.

Conclusión: Debido a la temprana edad de nuestra paciente portadora de un lupus grave de muy difícil manejo, con mala respuesta a diferentes inmunosupresores, creemos fue tratada exitosamente con Rituximab. Actualmente existen algunos reportes de casos clínicos y estudios sobre la utilización de anticuerpos monoclonales anti CD-20 en LES, en general con buena respuesta clínica y perfil de seguridad, pero aun faltan trabajos clínicos randomizados controlados a largo plazo. Destacamos que en nuestra paciente resultó una droga efectiva y no presentó reacciones adversas, por lo que consideramos una alternativa terapéutica en LES refractarios a los inmunosupresores habituales.

42

HISTOPLASMOVIS CUTÁNEA DISEMINADA Y VASCULITIS: IMPACTO INFECCIOSO – OPORTUNISTA EN PACIENTE CON POLIMIOSITIS.Herrera, G., Cowan, P., Carabajal, G., De Simone, E.
Servicios de Reumatología y Anatomía Patológica del Hospital Churrúa –Visca.

La histoplasmosis es una micosis producida por el histoplasma capsulatum, el contagio es por vía inhalatoria. Existe una forma primaria aguda con síntomas leves e inespecíficos y una forma diseminada progresiva, que puede cursar con lesiones cutáneas mucosas polimorfas, úlceras orofaríngeas profundas e indoloras. Nuestro trabajo reporta el caso de un paciente con diagnóstico de polimiositis que presentó como complicación fatal junto con esta micosis una vasculitis.

CASO: Paciente de 64 años, sexo masculino, con antecedentes de polimiositis de 12 años de evolución, derivado del Hospital Muñiz por presentar áreas de paniculitis en miembro superior izquierdo con lesión necrótica en el mismo, paniculitis en región escrotal con prolongación a zona perineal y fluctuante en región perianal, venia con resultados de hemocultivos para gérmenes comunes y hongos negativos, biopsia de piel con baciloscoopia, cultivos para hongos, micobacterias, directo y cultivos negativos. Se constata al ingreso hto: 30,5 %, Hb: 8,9, GB: 6940, TGO: 38, TGP: 31, LDH: 394, CPK: 135, aldolasa: 13,5, ERS: 71, proteína C reactiva: 7,12 (Vn: menor 0,50), VDRL y HIV no reactivos, FAN y Anti-DNA negativos. No impresionaba polimiositis activa, y se destaca la corticoterapia prolongada en el curso de la enfermedad, con dosis variables de prednisona (20-30 mg/día en los últimos meses), y methotrexate 10 mg, semanales. Se realizó Rx-tórax y ecocardiograma no patológicos, exámen tomográfico de tórax, abdomen y pelvis dentro de parámetros normales, descartándose neoplasias. Ecografía partes blandas: testículos de tamaño y forma conservados, hidrocèle derecho compatible con edema de tejido celular subcutáneo, aspecto celulítico. El paciente evoluciona desfavorablemente con úlceras orofaríngeas, placas eritematosas induradas en cara interna de muslo derecho, pene y escroto, las mismas coalescen, se ulceran con fondo de fibrina y base necrótica, progresando hasta el púbis. Se repite biopsia incisional profunda de una placa eritematosa del hombro izq., informándose una dermohipodermis necrotizante con elementos morfológicos compatibles con histoplasma capsulatum y vasculitis de arteriolas de mediano calibre. Se inicia Anfotericina B, sin buena respuesta al tratamiento, evoluciona con compromiso del sensorio, aislándose en LCR histoplasma capsulatum, y en fondo de ojo derecho lesión perivascular blanquecina con hiperpigmentación compatible con esta micosis. Se nota a itracanazole, pero el paciente empeora su estado clínico con falla multiorgánica y óbito.

Conclusión: El compromiso cutáneo en la histoplasmosis diseminada es poco frecuente y existen escasos reportes de vasculitis asociada con esta infección. Creemos que el uso prolongado de corticoides en este paciente, dada su patología de base, facilitó el desarrollo de esta complicación con un curso fatal, por lo cual enfatizamos la importancia del estudio con biopsia incisional profunda en área no necrótica que permita un diagnóstico precoz para un tratamiento adecuado de inicio.

43

RESPUESTA A RITUXIMAB EN ASCITIS LUPICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL.Ceballos MF, Velozo EJ, Rosa JE, 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.

Introducción: Una de las manifestaciones clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la serositis, pudiendo ocurrir en alrededor del 40% de los pacientes y generalmente asociada a otras manifestaciones clínicas de actividad. La manifestación mesotelial más común es el derrame pleural (30-60%), seguido de derrame pericardio (30-40 %) y mucho menos frecuente la ascitis (1%). Dichas manifestaciones generalmente responden a dosis altas de esteroides sin requerir otro tipo de tratamiento. Presentamos un caso de ascitis severa, recidivante, refractaria al tratamiento convencional y que finalmente respondió a Rituximab.

Caso: Hombre de 28 años de edad procedente de la Rioja con diagnóstico de LES de un año de evolución que debutó con poliartritis, alopecia, rash, fiebre, aftas orales, pérdida de peso, síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis (GN) clase IV por punción biopsia renal (PBR). Laboratorio: FAN positivo (+) 1/1280 Homógeno, Anti-ADN +, Anti-Sm +, Anti-Cardiolipinas IgG 20, Inhibidor lúcido + e hipocomplementemia. Recibió dosis altas de Metilprednisona y 5 pulsos de Ciclofosfamida EV mensual sin respuesta favorable, requiriendo Hemodiálisis (HD) por 6 meses. Evolucionó con empeoramiento del estado general; presentó derrame pleural, ascitis y dolor abdominal, interpretado como colecistitis aguda. Por tal motivo se derivó a nuestro hospital. El abdomen agudo resolvió parcialmente con antibióticoterapia. Se realizó nueva PBR (GN clase IV con bajo índice de actividad). Recibió Metilprednisona EV 750 mg/día por 3 días consecutivos y Mofetil Micofenolato oral, mejorando su función renal. No requirió nueva HD. Debido a la persistencia de la ascitis a pesar de la mejoría de la proteinuria y la hipoalbuminemia, se realizaron: Cultivo en sangre y líquido ascítico para gérmenes comunes y BAAR negativos (-), PCR para BAAR -, ADA normal, Ecografía Doppler sin hipertensión portal, TAC de abdomen y pelvis (solo ascitis a tensión), biopsia hepática transyugular normal y colecistectomía laparoscópica con toma de biopsia peritoneal negativa para infecciones y neoplasia. Se interpretó el cuadro como peritonitis lúpica por lo que se realizó tratamiento con Rituximab 500 mg/dosis 0 y 15 días.

El paciente presentó buena respuesta con total desaparición de la ascitis en 3 semanas y parcial del derrame pleural.

Conclusión: La ascitis en lupus es poco frecuente y cuando ocurre lo hace en presencia de irritación de otras serosas. La ascitis aislada obliga a descartar tuberculosis, entre otras causas.

Nuestro paciente presenta predominantemente ascitis rebelde, derrame pleural no tan importante y ausencia de derrame pericardio. Todos los estudios tendientes a descartar infección fueron negativos y la respuesta a dosis altas de esteroides, incluyendo los pulsos fue insuficiente, persistiendo ascitis a tensión. Con dos dosis de Rituximab cedió por completo y sigue con el resto del tratamiento para su nefritis y otras manifestaciones. Queda pendiente ver la duración de la respuesta pero su uso podría considerarse en casos refractarios de ascitis severa como esta.

44

LINFOMA ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Ruiz Casanova, N., Ibáñez Zurlo, L., Acosta, R D., Grosso G B.

Sección de Reumatología- Servicio de Clínica Médica- Hospital San Roque- Córdoba.

Introducción: El riesgo de desarrollar una neoplasia en pac-con diagnóstico de LES, ha sido confirmado por estudios a largo plazo de 8 años de seguimiento; y las probabilidades son de un 15 % más que la población general. En el caso de neoplasias hematológicas el riesgo es casi 3 veces mayor, y especialmente, en el Linfoma no Hodgkin es casi 4 veces más alto.

Objetivo: Reportar un caso de Linfoma no Hodgkin en una paciente con diagnóstico de LES de varios años de evolución.

Caso: Mujer de 30 años que se presenta a la consulta en el año 96 por adenopatías latero cervicales y axilares, sin pérdida de peso, ni sudoración nocturna, artritis en manos, pies y tobillo dch, Raynaud, fotosensibilidad, Eritema malar.
Lab: Anemia, leucopenia, ANA (-), Anti DNA (-), C3 80, C4 32. VSG: 80 mm. Se realiza biopsia ganglionar con bacteriología (-) para BAAR y otros gérmenes. Uro y hemocultivos (-), Tif para Toxo. (-), Monotest para E Barr (-), Ig M e Ig G para CMV (-), HIV (-); Biopsia de ganglio: hiperplasia linfocelular.

Ingresó a los 3 meses con poliadenopatías, artritis en hombro, poliserositis.
Lab INM: ANA (+) Anti DNA (+) Anti Sm (+) Anti RNP (+) Anti RO (+), Anti La (+) Se inicia terapia ATB por Tº, lab con Coombs (+). Tratada con Meprednisona oral 40 mg/d, y se agrega Fluconazol por micosis oral, Hidroxicloroquina 200, 2/d, calcio, y gotas oftálmicas, por Sº seco. En el año 97 tiene anticardiolipinas (+) más hipocomplementemia por lo que se inicia AAS a la otra medicación. En marzo del 2007 consulta por poliadenopatías laterocervicales, supraclaviculares y axilares dolorosas. Se realiza biopsia de ganglio: Linfoma maligno no Hodgkin de cel pequeñas. Se deriva a hematología se le realiza trat con buena evolución hasta el momento.

Conclusiones: Considerar en pac con LES de larga evolución el diag de dif. el de neoplasias hematológicas por sus implicancias terapéuticas.

45

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL SINDROME DE SJOGRENGalván L., Duartes Noé D., Gallach A., Barreira JC.
Servicio de Reumatología del Hospital Británico de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica (epitelitis autoinmune), caracterizada por una infiltración linfoplasmocitaria de las glándulas exocrinas, junto a la presencia de autoanticuerpos. Las manifestaciones clínicas muestran un amplio espectro que varía de una patología confinada a las glándulas exocrinas, a una enfermedad con gran variedad de manifestaciones extraglandulares o sistémicas. El compromiso neurológico ocurre aproximadamente en el 20 % de los pacientes. Se describen manifestaciones atribuibles al SNC en 2,5 %.

Es nuestro objetivo comunicar un paciente con SS y compromiso del SNC.
CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 58 años de edad, con SS de 18 años de evolución con xerostomía y xerofalmia, sin otros antecedentes. Presentaba FAN (+) 1/1280 moteado, Anti SSB-La (+), Anti SSA-Ro (+), VSG = 120 mm e hipergammaglobulinemia policlonal. En marzo de 2007 consultó por cefalea holocraneana de intensidad 7/10 sin foco neurológico. Se realizó TC simple de cerebro que evidenció signos de desmielinización en la región occipital, atribuible a trastornos vasculares crónicos. En junio del mismo año presentó aumento de intensidad de la cefalea (10/10), síndrome vertiginoso y disminución de la agudeza visual en el contexto de emergencia hipertensiva. En una nueva TC de cerebro se observó progresión de los signos de desmielinización. La RM cerebral mostró lesiones subcorticales periventriculares y occipitales bilaterales compatibles con áreas de desmielinización e imágenes isquémicas secuelas en tálamo, corona radiata y tronco encefálico, no hallándose imágenes isquémicas agudas. En la angio RM cerebral se observó disminución del flujo en arterias cerebrales medias, más acentuada en hemisferio derecho. Los potenciales evocados visuales objetivaron alteración de la vía óptica prequiasmática bilateral. Inició tratamiento con pulsos de metilprednisona y ciclofosfamida: con remisión de la cefalea y síndrome vertiginoso, persistiendo con visión borrosa secular.

CONCLUSIÓN: Nuestro paciente presentó compromiso neurológico con patrón desmielinizante en RM y sugestivo de vasculitis en angio RM, con una respuesta dramática al tratamiento. A pesar de que el compromiso del SNC asociado a síndrome de Sjögren es infrecuente, el mismo presenta una naturaleza potencialmente seria. Varía desde lesiones focales, demencia, hasta cuadros que semejan a la esclerosis múltiple. Su patogenia podría deberse a vasculitis, trombosis o desmielinización. El diagnóstico es difícil por lo que las manifestaciones han sido escasamente descritas y el daño neurológico puede ser subclínico hasta en un 20 % de los pacientes, aun luego de varios años de diagnosticada la enfermedad. El reconocimiento temprano de esta entidad es de suma importancia para abordar un tratamiento inmunosupresor oportuno.

46

RELACION ENTRE USO ANTI TNF Y ENFERMEDAD DE CHAGAS Danielsen C, Ledesma, C. Hospital Regional Ramón Carrillo. Sgo del Estero

Introducción: Las consecuencias del uso de terapias biológicas en pacientes chagasicos no estan estudiadas. Toda alteración de la respuesta inmune modifica la relación huésped/parasito, condicionando la aparición de nuevas, y graves manifestaciones clinicas. En la reaccion inmunologica que limita la parasitemia, estan implicados el TNF, el interferon y el oxido nitrico, por lo que se podria especular que cualquier modificacion o inhibición de los mismos, favorecerian la aparición de manifestaciones clinicas que evidencien aumento de la parasitemia, y reproducción del Tripanosoma Cruzii.

Caso clinico:

Pte de 25 años de edad, trabajador rural, con antecedente de AR de 5 años de evol en tto con infliximab desde hace 3 meses. Presenta cuadro de fiebre, astenia, palpitations, artralgias y adenopatias de 3 dias de evolución, al que se agrega episodio sincopal sin convulsiones. Ex Fisico: Linfadenopatias cervico axilares a ganglios pequeños libres y móviles, febril normotenso, pulso arritmico. Laboratorio: Hb 10, eosinofilia (10%), VSG 50, funcion hepatica y renal normales, orina normal. Hemo y urocultivos -. Serol para hepatitis B,C y CMV -. FAN y DNA- A.N.C.A - ELISA chagas +. Rx tx normal, eco abdominal normal. TAC de cerebro, tx y abd normales. Ecocardiograma normal, Eco transesofagico normal. Espueto para BAAR dir -PPD -ECG. BAV opieto. Se coloca MPD bicameral. Buena evolución, con resolución espontanea de su síndrome febril y adenopatias, con tratamiento sintomatico.

Se plantearon las siguientes hipotesis diagnósticas:

- 1- Pte no chagásico y cuadro clinico compatible con primoinfeccion por Tripanosoma Cruzii.
- 2- Pte chagásico que evoluciona de fase indeterminada, a sintomatica (por la presencia de BAV), con reactivación de parasitemia por anti TNF.

Discusión:

La primera hipótesis se explicaría porque, en la primoinfección, el TNF cumple un rol fundamental en la respuesta inmune, ya que limita la parasitemia, a través de la inducción de oxido nitrico mediada por interferon. El cuadro clinico remeda al del chagas agudo presentado por ptes inmunocomprometidos, con primoinfecciones o reactivaciones chagasicas.

La segunda hipótesis se justificaria debido a que en la fase indefinida(o chagas asintomatico), los niveles de TNF se encuentran tambien elevados, correlacionándose directamente su concentración con el grado de compromiso miocardiaco. En este caso el aumento de la parasitemia se podria haber debido a reinoculacion(trabajador rural) o como efecto directo del del tratamiento anti TNF.

Conclusiones:

Propoemos:

- Solicitar serologia para chagas, ECG y ecocardiograma basales a los positivos, como screening previo a tratamiento anti TNF.
- Familiarizarnos con las manifestaciones clinicas atipicas como las cutaneas, neurologicas y sistemicas de la enfermedad, frecuentes en pacientes inmunocomprometidos.
- Conocer las indicaciones del tratamiento con Benzidazol ya que en este caso podria haber sido indicado para limitar la parasitemia y la evolución con compromiso eléctrico cardiaco.

47

RESULTADO OBSTÉTRICO DE EXPOSICIÓN A MICOFENONATO MOFETIL EN NEFRITIS LÚPICA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Gottero M, Alba P, Propato ML, Guarneri L, Crespo Roca F.
Servicio de Reumatología - Hospital Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina
Servicio de Obstetricia - Hospital Materno Neonatal. Ciudad de Córdoba, Argentina

Introducción: Micofenolato mofetil (MMF) es un inmunosupresor ampliamente usado en pacientes trasplantadas y con enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, contraindicado en el embarazo. Presentamos resultados materno y fetales de una paciente embarazada con nefritis lúpica activa que recibió tratamiento con MMF por refractariedad a esteroides y azatioprina en segundo trimestre del embarazo.

Caso: Paciente de 23 años de edad. Antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico diagnosticado hace 5 años (compromiso articular, cutáneo, hematológico y renal). Biopsia renal con Glomerulonefritis Clase III, serología con Anticoagulante lúpico y anticardiolipinas Ig G POSITIVOS a títulos moderados sin evento previo, 2 cesareas previas con Retardo del crecimiento intrauterino en 1 de los embarazos. En tratamiento con azatioprina 100 mg/día, meprednisona 8 mg/día, HCQ 400 mg/día, aspirineta 1 comp/día, enalapril 5 mg/día. En Septiembre 2006 comienza con artritis, edema de miembros inferiores, hipertensión arterial severa, proteinuria 4.5 grs/24hs, sedimento de orina hematias dismórficos, cilindros leucocitarios y hemáticos, creatinina 1.4mg/dl, antiDNA + e hipocomplementemia. Se realiza nueva Biopsia renal con Glomerulonefritis Clase IV G actividad 10/24, cronicidad 2/12, evidenciándose en la ecografía embarazo de 10 semanas. Se realiza 3 pulsos de metilprednisolona, quedando medicada con prednisona 40 mg/día, azatioprina 200 mg/día, Hidroxiquina 400 mg/día, alfa metildopa 2 grs/día, diltiazem 180 mg/día, nifedipina 40 mg/día, aspirina 100 mg/día, enoxaparina 40 mg subcutanea /día. Al mes la paciente cursaba embarazo de 14 semanas continuando con proteinuria de 3.5 gramos/24hs, sedimento activo, creatinina 1.4 mg/dl, control de tensión arterial inestable. Se realiza nuevo pulso de metilprednisolona. Cursando 16 semanas de embarazo presenta incremento de creatinina 1.6 mg/dl con aumento de proteinuria. Se comienza con Micofenolato Mofetil 1.5 grs/día previo consentimiento informado de la paciente. A las 20 semanas de embarazo mejoría de los parámetros renales creatinina a 1 mg/dl, proteinuria 2 g/24 hs y sedimento urinario normal, con buen control de su Tensión arterial con 3 drogas antes mencionadas. A las 24 semanas proteinuria de 400 mg en 23 hs sedimento con hematias sin cilindros ni hematias dismórficos y función renal normal. A la semana 34 feto con oligoamnios, Phelan 6. Doppler y maning normales. A las 35 semanas diagnostico de retardo de crecimiento intrauterino y alteración del doppler umbilical con alta resistencia placentaria, Arteria cerebral media alterada y Maning 4. Se realiza cesárea. Nace niño Apgar 8-9. Peso 1,670 Kg. Edad gestacional 35 semanas. PEG sin malformaciones. Actualmente madre y niño sin complicaciones.

48

RELACION DIRECTA DE IMPLANTE MAMARIO DE SILICONAS CON APARICION DE L.E.S. COMUNICACION DE UN CASO CLINICO.

Scherbarth H.R., Lopez J.A., Salinas F.A., Pizzio M., Torres H., Paniguel F.
Unidad Reumatología - Soc. A. Patológica HIGA "Dr. Oscar Alende" Mar del Plata.

Introducción: En la literatura reiteradamente se ha comunicado asociación de E.A.I. (Enf. Auto-Inmunes) tras implantes mamarios de silicona, mayoritariamente (>50%) Casos de Esclerodermia. Se desea comunicar un caso de L.E.S. directamente relacionado a implante mamario de silicona.

Caso Clínico: Paciente C.F., mujer de 45 años, sana, sin antecedentes patológicos, físico-culturista, que por razones estéticas recibe implante mamario de siliconas a fines de 2002, a los seis meses comienza con cansancio inusitado, febrículas vespertinas, artralgias generalizadas y artritis en manos episódica (MCF, PIF y Carpos) Este cuadro cedia con AINES. En marzo/2004 presenta dolor en hemitorax izquierdo y a la palpación se detectan 3 masas tumorales dolorosas que dificultan la respiración. Por T.A.C. se descarta patología torácica e impresionan poliadenoopatias. Se realiza biopsia, donde A.Patológica informa: 1) Nódulos Compatibles con adenopatias. 2) Hiperplasia Ganglionar reactiva 3) No se observan atipias. Continúa con un cuadro Polisintomatico que se intensifica a nivel articular (Artritis manos y hombros) y aparición de adenopatias dolorosas en cuello acompañadas de fiebre. Se solicitan estudios para descartar atipias, infecciosas específicas/no específicas y colagenopatias. Resultados laboratorio: VSG: 44 mm., PCR: 12 mg/l, α1,α2 y gamaglob. elevadas. La ttx AR (-), RR (-), FAN por hep 2 (+) 1/320 homogéneo, anticentrómero (-), Scl (-), Sm.(+), mp (-), SsA/Ro y SsB/La (-), C3, C4 y Ch5o normales., se establece el Dg. de LES. Que se completa durante la aparición de ese verano de Fotosensibilidad y un Rash en mejilla izquierda. Se plantea en Ateneo multidisciplinario como patología Al. Secundaria a Implante Mamario de Silicona y se plantea su extracción. La paciente efectúa interconsulta a Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas de la U.B.A., quienes coinciden con el Dg. de Colagenopatía y la propuesta, pero la paciente rechaza decide la cirugía en Febrero/2007, luego de varias internaciones por cuadros de repercusión general, que cedian con la ingesta de Corticoides. El 15/02/2007, se realiza la extracción de las prótesis y capsulas que se encontraban íntegras y con informe de A.Pat. que refiere fragmentos de Tej. Adiposo con infiltrados inflamatorios crónicos. La paciente cursa un excelente post-operatorio, desapareciendo inmediatamente el cuadro febril prolongado, se baja gradualmente la dosis de corticoides y dos meses posteriores desaparecen el resto de los síntomas, mejorando las variables de laboratorio excepto FAN (+) 1/160 y ERS: 35.

49

MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES INUSUALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.

A propósito de un caso clínico.

Spangenberg E, Garra V
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay
Cátedra de Dermatología, Prof. G. de Anda. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. Uruguay.

Se presenta el caso de una mujer de 59 años, sin antecedentes a destacar, portadora de artritis reumatoide (AR) poliarticular seropositiva desde 1996, irregularmente controlada y tratada, en remisión desde 2002.

En mayo de 2005 ingresa por cuadro cutáneo de 3 meses de evolución caracterizado por placas infiltradas eritemato-violáceas en abdomen, glúteos y miembros inferiores, agregando en los últimos 15 días úlceras profundas, en sacabocado, asintomáticas, en pierna derecha.

No fiebre, síntomas articulares ni otros elementos extrarticulares (EA). De la paraclínica se destaca: Factor Reumatoideo (FR) elevado y biopsia cutánea con infiltrado neutrófilo y leucocitoclasia.

Con el diagnóstico de dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR) asociada a pielodermia gangrenosa (PG) se inicia tratamiento con prednisona v/o. Presenta mejoría de las lesiones ulceradas y escasa respuesta de DNR, que evoluciona por empujes coincidentes con títulos altos de FR hasta el momento actual.

En julio de 2005 instala dolor ocular, fotofobia y disminución de la agudeza visual, diagnosticándose queratitis ulcerativa periférica (PUK) bilateral, que remite con corticoides v/o y metotrexate, que abandona rápidamente.

En 2006 asiste a control con reumatólogo constatándose disnea de esfuerzo y estertores bibasales. Se realiza radiografía de tórax patológica y TAC pulmonar de alta resolución que confirma intersticiopatía bilateral difusa.

Se destacan la discordancia entre el curso articular silente y la instalación de manifestaciones EA inusuales (DNR, PG y PUK) y potencialmente graves junto a la intersticiopatía, con elevaciones concomitantes del FR de valor pronóstico. Se impone el tratamiento por equipo transdisciplinario centrado en el reumatólogo.

50

Henoch-Schönlein asociado a infección por virus de inmunodeficiencia humana
Barosco, R., Monopoli, D., Iotti, A., Montico, B., del Río, P.
Sanatorio Güemes. Capital Federal.

La presentación del síndrome de Henoch-Schönlein (HS) en población infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es rara (1). Ambas entidades pueden causar nefritis con depósitos glomerulares de IgA. Por una parte, no hay suficiente experiencia que permita establecer si esta asociación modifica el curso clínico de la nefropatía. Por otra parte, tampoco abundan informes sobre los hallazgos anatomopatológicos.

Caso clínico: Varón de 39 años con púrpura palpable en ambos miembros inferiores que se extiende hasta glúteos; tumefacción de ambos tobillos. Petequias en paladar. Laboratorio: hemoglobina 14,7g/dL, leucocitos 5100/mm³. (N38%, E2%, L49%, M11%), plaquetas 204.000/mm³, VSG 16mm/h, glucemia 80 mg/dL, creatinina 0,75mg/dL, T. Protrombina 65%, KPTT 41seg. C3 196 mg/dl. C4 39 mg/dl. Látex AR 13,3 UI/dL. FAN, Anca C y Anti DNA negativos. Proteínograma: alfa1 0,1 g/dL, alfa2 1 g/dL, beta globulina 1,4 g/dL, gammaglobulina 1,1 g/dL. Inmunoglobulina A 922,01 mg/dL (ref. 18-80). Crioglobulinas negativas. Inicia meprednisona 8mg/d y alta. Reingresa con dolor abdominal de mayor intensidad y signos de irritación peritoneal; refiere un episodio de melena. FEDA: Úlcera duodenal Forrest III. Biopsia: cambios hiperplásicos glandulares polipoides. Pasa a meprednisona 16mg/d. Agrega artritis metacarpo falángicas, metatarsianas y subastragalinas. Sedimento urinario con cilindros granulosos y hemáticos. Inicia pulsos de metilprednisolona 1 g x 3 y continúa con meprednisona 60mg/d. Serología para HIV positiva (WB). IgM anti citomegalovirus negativa. Proteinuria de 24 horas 300mg/L. Se realiza biopsia renal y recibe ciclofosfamida 1 gr. Evolución con mejoría clínica, sin brotes cutáneos, ni dolor abdominal. Biopsia de piel: vasculitis leucocitocitóstica. A. Patológica renal: glomerulonefritis proliferativa predominantemente segmentaria. Inmuno fluorescencia: IgA, fibrinógeno e IGTotal imagen positiva en forma arborescente mesangial de intensidad 4+. Glomerulonefritis proliferativa mesangial.

Conclusiones.

La modalidad de tratamiento y los hallazgos anatomopatológicos fueron los aceptados y reconocidos para la nefropatía del HS. La coexistencia de HS y VIH parece ser más asociación estadística que biológica.

1. Hall, TN et al. Henoch-Schönlein purpura associated with human immunodeficiency virus infection. Nephrol Dial Transplant 1998, 13:988.

51

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON LES

Autores: Pendón G., García MA, Babini JC, Arturi AS.

Servicio de Reumatología del Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, Bs. As., Argentina.

Objetivo: describir un caso de infección oportunista diseminada en un paciente con LES.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 52 años de edad con diagnóstico de LES de seis meses de evolución (rash generalizado fotosensible, alopecia, úlceras orales, ANA 1/160 moteado grueso), en tratamiento con Meprednisona 20 mg/día e Hidroxicloroquina 400 mg/día. Es admitida al hospital por presentar fiebre y lesiones entomato-violáceas de bordes bien delimitados en dorso de mano izquierda y región interna del muslo izquierdo acompañadas de edema y aumento de la temperatura local. De los estudios complementarios se destaca: Laboratorio: hematócrito 23%; leucocitos 2.000/mm³ (PMN1.300/mm³; linfocitos 280/mm³); plaquetas 3.000/mm³; LDH 1431U/l; PCR 46,2 mg/dl; ERS > 120mm; ACL IgG 38 UGP. Estudios bacteriológicos negativos (hemocultivos, partes blandas, médula ósea, urocultivo). Serologías virales negativas.

Estudios por imágenes: ecografía abdominal que evidenció esplenomegalia leve y TC de tórax que demostró hiperinsuflación pulmonar bilateral y patrón intersticial de tipo reticular fino en ambos campos pulmonares. Ecografía de partes blandas: aumento del espesor a nivel del tejido celular subcutáneo, sin evidencia de colección líquida. Punción de médula ósea: mielodisplasia, sin atipia celular. Biopsia de partes blandas muslo izquierdo y mano izquierda: vasculitis leucocitocitóstica y pancitopenia lúpica.

Evolución: se decide aumentar dosis de corticoides a Prednisona 1 mg/kg/día y comenzar tratamiento antibiótico empírico asociado a medidas de sostén por pancitopenia. Persiste febril, pancitopenia, sin mejoría de lesiones cutáneas, por lo que recibe tres pulsos de 1 gramo endovenosos de Metilprednisolona 1 gramo. Ante la falta de respuesta clínica y debido a la imposibilidad de utilizar inmunosupresores por el riesgo de infecciones se indica gammaglobulina humana endovenosa (2 gr/kg dosis total) con leve mejoría de las lesiones cutáneas, persistiendo pancitopenia y febril.

Luego de 30 días de internación se recibe informe de hemocultivos positivos para *Histoplasma spp.*, por lo que se solicitó la revisión de las muestras de lesiones cutáneas y de médula ósea, más la realización de biopsia quirúrgica de lesión de mano izquierda, confirmando la presencia de dicho microorganismo en las muestras analizadas. Inicia tratamiento con Anfotericina B, con desaparición de la fiebre, normalización de parámetros hematológicos y bioquímicos y mejoría de lesiones cutáneas. Cumplió tratamiento para infección por *Histoplasma spp.* y actualmente se encuentra asintomática en tratamiento con corticoides a dosis bajas e Hidroxicloroquina.

Conclusiones: las infecciones oportunistas son una importante complicación de los pacientes inmunocomprometidos, siendo muchas veces difícil su diagnóstico. Los síntomas de estas pueden imitar una recaída lúpica y a su vez los síntomas de la infección pueden ser enmascarados por el uso de corticoides.

En pacientes con LES la fiebre, el compromiso tisular inexplicable y patrones clínicos atípicos deben generar la búsqueda exhaustiva de una probable infección oportunista y obligan en todos los casos a la toma de muestras apropiadas, la solicitud de tinciones especiales y de los medios de cultivo adecuados para su correcto diagnóstico.

52

"COMPROMISO CARDIACO EN ESCLERODERMIA: DE LA ARRITMIA AL DIAGNOSTICO"

Autores: Ruiz S., Marcos J, Babini JC, Arturi AS.

Servicio de Reumatología del Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, Bs. As., Argentina.

Objetivo: describir un caso de Esclerosis Sistémica diagnosticado a partir de la presencia de manifestaciones cardiovasculares.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 52 años de edad con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo. Es derivado a Unidad Coronaria para estudio y colocación de cardiodefibrilador implantable por episodios de taquiarritmia ventricular a repetición durante el último año, en uno de los cuales requirió asistencia respiratoria mecánica e internación en Unidad de Cuidados Intensivos.

A su ingreso al hospital refería fenómeno de Raynaud trifásico de un año de evolución, acompañado de pirosis, epigastralgia, disfagia para sólidos y "tirantez cutánea", que coincidían con la aparición de la arritmia, síntomas que no lo llevaron previamente a la consulta. Al examen físico presentaba tumefacción difusa a nivel de manos y pies con pérdida de pliegues y disminución de la elasticidad, acompañada de fenómeno de Raynaud y lesiones cicatrizales puntiformes en pulpejos de los dedos de los pies. También presentaba disminución de la elasticidad a nivel de la piel de la región anterosuperior del tronco, telangiectasias en palmas y base de la lengua, además de calcinosis del pabellón auricular derecho.

Estudios complementarios: ANA 1/500 patrón nucleolar; anti scl70 y anticentrómero negativos. La capilaroscopia demostró megacapilares y zonas avasculares. Endoscopia digestiva alta: antritis. Manometría esofágica con espasmo esofágico difuso del tercio inferior del esófago. Fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado I. Radiografía de manos que presentaba reabsorción de la falange distal de 3° dedo con calcinosis asociada. TCAR tórax: lesiones bullosas parenquimatosas pulmonares en hemitórax derecho.

Estudios cardiovasculares: Se realizaron ecocardiograma bidimensional, RMN cardiovascular y perfusión miocárdica-sestambi. Estos evidenciaron alteraciones de la motilidad segmentaria del miocardio con áreas de miocardio hibernado, dilatación de cavidades y función sistólica deprimida secundaria a lesiones isquémico-necróticas sin compromiso de grandes vasos por cinecoronariografía.

Conclusiones: se presenta un caso de Esclerosis sistémica con compromiso miocárdico diagnosticado a partir del estudio de arritmia ventricular a repetición. Coincidiendo con lo descrito en la literatura presentaba signos de lesiones isquémico-necróticas miocárdicas con distribución en parches y ausencia de lesiones estenosantes a nivel de las arterias coronarias epicárdicas.

Se destaca la relevancia de estudiar rutinariamente desde el punto de vista cardiovascular a los pacientes con Esclerosis sistémica, ya que la gran mayoría de estos son asintomáticos, y la afectación de la microvasculatura puede potencialmente comprometer el miocardio y amenazar la vida del paciente.

53

TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN ENFERMEDEAS AUTOINMUNES NO ARTRITIS REUMATOIDEA.

Martinez L; Muñoz S, Basta M.C., Allievi A.

Servicio de Clínica Médica. Autoinmunidad. Hospital General de Agudos J. A. Fernández Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Rituximab anticuerpo monoclonal anti CD 20 de amplia utilización en el tratamiento de enfermedades linfoproliferativas es un recurso terapéutico que ha sido aprobado para su utilización en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Cada vez son más los pacientes portadores de otras enfermedades autoinmunes sistémicas refractarias a los tratamientos convencionales que reciben tratamiento con Rituximab en búsqueda de un resultado terapéutico.

Nosotros hemos tratado cuatro pacientes con Rituximab 375 mg/m² 4 dosis semanales. Dos con LES juvenil, uno con Purpura Trombocitopénica Autoinmune y uno con enfermedad de Wegener, todos refractarios a los tratamientos convencionales.

Descripción de los casos:

Caso 1.(RS) paciente con LES juvenil inicio: 10 años, Síndrome antifosfolípido (SAF), Nefritis Lúpica (NL) tipo IV (OMS), evolución 13 años, tratamientos previos MF, CF, AZT, MMF, Severo S.Nefrítico C3 63, C4 <10, aDNA ++, Recibe Rituximab, presentando mejoría clínica y serológica a los 6 meses de administrado, con recaída a los 9 meses. Se administra una segunda dosis interrumpida por anafilaxia mayor.

Caso 2.(ES) paciente con inicio: 16 años, LES juvenil, NL IV, hemorragia alveolar infarto cerebeloso, anemia refractaria, síndrome nefrótico severo. Tratamientos previos MF, CF, AZT, C3:42, C4<10, aDNA ++, linfopenia marcada. Recibe Rituximab con buena respuesta clínica y serológica, mejoró anemia, descenso parcial de la proteinuria y desaparición de Hemorragia alveolar, mejoría de VSG, C3; y C4. Se decide segundo ciclo de Rituximab 11 meses después. Remisión clínica y de laboratorio que se mantiene por 9 meses reapareciendo la proteinuria.

Caso 3.(PM) Paciente con PTA, 26 años, cortico dependencia refractaria a esplenectomía y tratamiento con Danazol, presentó 6000 plaquetas, en controles postesplenectomía, Cushing severo, HTA, glaucoma. Se infunde Rituximab, con descenso de la dosis de corticoides y recuperación del recuento plaquetario. Seguimiento a 90 días enfermedad controlada.

Caso 4 (JADS) 35 años, 11 años de evolución con enfermedad de Wegener, H. Alveolar y GNRE, ANCA C 1/1000, Cr 2,3, Urea 140 refractaria a tratamiento con MF-CF-AZT-Infliximab. Recibió Rituximab presentando remisión de la H. Alveolar y negativización del ANCA. Seguimiento 8 meses.

Conclusiones: 1. El Rituximab es una opción terapéutica efectiva en el corto plazo en las enfermedades autoinmunes sistémicas refractarias a los tratamientos convencionales.

2. Dos pacientes presentaron eventos adversos, un paciente presentó una anafilaxia mayor que impidió continuar tratamiento y el otro una sepsis por Salmonella, que respondió al tratamiento Ab. El efecto terapéutico se agotó a los 9 meses en las dos pacientes con lupus haciendo necesaria una segunda dosis.

3. Todos los pacientes tuvieron un resultado inicial favorable.

54

POLICONDRITIS RECIDIVANTE REFRACTARIA A DIFERENTES TRATAMIENTOS INMUSUPRESORES MÁS TERAPIA BIOLÓGICA

Rodríguez Gil GE¹, Rodríguez Gil PA², De la Sota M³, Castell E¹, Rivera Cívico JM⁴, Cervera R⁴.

¹ Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna" e Instituto IRREDIM, Bahía Blanca, Argentina

² Instituto IRREDIM, Bahía Blanca, Argentina

³ Hospital Privado del Sur Bahía Blanca, Argentina

⁴ Servicio de Enfermedades autoinmunes, Hospital Clínic, Barcelona, España

La policondritis recidivante (PCR) es una vasculitis autoinmune, caracterizada por inflamación recurrente de cartílagos y órganos internos. Su evolución puede ser autolimitada, progresiva e incluso fatal.

Se presenta el caso de una paciente con criterios de PCR que evoluciona en forma persistente y progresiva a pesar de diferentes esquemas terapéuticos.

Caso Clínico: Mujer de 40 años, española, que en el 2003 presentó síndrome febril prolongado y permaneció sin diagnóstico durante 5 meses, recibiendo diferentes ATB, sin respuesta favorable, hasta que presentó compromiso en tráquea, pabellón auricular y epiescleritis con serología (+) de *Ac anti-legionella*. Se indicó metilprednisolona 1-1,5 mg/kg/día y Azatioprina 2mg/kg/día. Se observó afección renal, se propuso biopsia y pulso de CCF pero no aceptó. Se intentó colocar prótesis en tráquea, sin éxito, por lo que fue traqueostomizada. Succedieron episodios de sordera súbita y Herpes zoster en región lateral izquierda de rostro.

Por persistencia de la actividad inflamatoria en cartílagos nasal y auricular, con valores de eritrosedimentación (ERS) elevados, en septiembre del 2005, se le rotó la Azatioprina por Ciclofosfamida (CCF) 150 mg/día V.O., asociado a 40 mg de Meprednisona. Presenta mejoría de su inflamación cartilaginosa pero comienza con intensa epiescleritis por lo que se le realizaron pulsos de Metilprednisolona y se le cambia CCF por Micofenolato Mofetil 360 mg cada 12 hs con escasa respuesta. Posteriormente por persistir el compromiso ocular, astenia y ERS elevadas, se le cambia el esquema de tratamiento a Ciclosporina 100 mg e Infiximab (hasta 5 mg/kg/dosis), con escasa respuesta (llegó a recibir 3 pulsos). Persistió con inflamación de los cartílagos + febrícula. Por último, se decide rotar el tratamiento con Infiximab a Rituximab 500 mg por 2 dosis cada 15 días con lo que mejora clínicamente, con descenso de reactantes de fase aguda.

Tratamiento actual: Rituximab 500 mg; 2 dosis E.V., Ciclosporina 100 mg/día V.O., Ciclofosfamida 50: 3 comp/día V.O., Meprednisona: 30 mg/día V.O.

Durante su evolución presenta reiterados cuadros de infecciones respiratorias altas, requiriendo internación en algunas de ellas.

Actualmente se plantea la posibilidad de realizarle una plástica o colocación de *stents* autoexpandibles de bronquios fuentes dado que presenta disnea importante y la TAC de tórax muestra disminución marcada de la luz bronquial.

Conclusión: se presenta para discusión debido a la evolución agresiva y a la falta de respuesta a los diferentes tratamientos establecidos.

55

PSORIASIS EN ARTRITIS REUMATOIDEA DURANTE EL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT

Berman H¹, Berman A¹, Sueldo R¹, Molina MJ¹, Spindler A¹, Lucero E¹, Bellomio V¹, Salazar S², Cecilia N².

¹Servicio-Postgrado de Reumatología, U.N.T., ²Servicio de Dermatología, Hospital Angel C. Padilla, Tucumán, Argentina.

INTRODUCCION: La coexistencia de Artritis Reumatoidea (AR) y Psoriasis es infrecuente. La Psoriasis es una enfermedad autoinmune, crónica, de compromiso cutáneo con diversas formas clínicas. La presentación de Psoriasis gutata es más frecuente en edades tempranas, asociada a HLA-CW6. Los factores desencadenantes de psoriasis gutata son infecciones, tratamiento local agresivo e interrupción de esteroides sistémicos. Se caracteriza por lesiones eritematosas de 0,5 a 1,5 cm de diámetro en tronco y región proximal de extremidades. Se han demostrado varios factores desencadenantes de Psoriasis, entre ellos drogas e infecciones, habiéndose descrito el desarrollo de esta enfermedad durante el tratamiento con terapia anti-TNF.

CASO CLINICO: Paciente sexo femenino, 26 años de edad, con diagnóstico de Artritis Reumatoidea de comienzo juvenil, de 13 años de evolución que presentó de inicio, compromiso oligoarticular, al año poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con rigidez matinal de ambas manos mayor a 1 hora de duración, seropositiva para factor reumatoideo, radiológicamente erosiva, simétrica en manos y pies, sin compromiso de sacroiliacas y sin entesitis. Durante su evolución recibió tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad: leflunomida (20mg/día) durante 2 años, metotrexato (MTX) (15mg/semana IM) durante 8 meses e hidroxiquina (HCQ) (400mg/día) durante 1 año, con falta de respuesta terapéutica y diversas reacciones adversas a las mismas. Recibió adalimumab (40 mg cada 15 días, SC) y deflazacort (DF) (12mg/día) durante 3 meses en 2003, suspendiéndose por respuesta parcial. Hace 3 años inició Etanercept (ET) (25mg, 2 veces por semana, SC) y DF (12mg/día), con buena respuesta, manteniéndose inactiva. En enero de 2007 desarrolló faringoamigdalitis con hisopado de fauces positivo para estreptococo β hemolítico del grupo A (SHGA), se suspendió durante 1 semana ET y recibió tratamiento antibiótico, con resolución del cuadro. A los 3 días de reiniciar tratamiento con ET presentó lesiones eritematosas, pruriginosas, redondeadas, de 0,5 a 1,5 cm de diámetro, en región torácica anterior y posterior, abdomen y muslos compatibles con psoriasis gutata, confirmada por biopsia cutánea. Se suspendió ET con resolución total de dichas lesiones, a los 2 meses.

COMENTARIOS: Existen publicaciones previas de desarrollo de psoriasis en pacientes tratados con anti-TNF. Las formas clínicas descritas más frecuentemente son la pustular y la vulgar. Nuestra paciente presentó lesiones de psoriasis gutata, forma clínica relacionada con un factor desencadenante infeccioso, principalmente post-estreptocócico.

CONCLUSION: Este caso podría tratarse de una paciente con AR que desarrolla psoriasis gutata secundaria al tratamiento con anti-TNF.

56

ARTRITIS SEPTICA Y LINFEDEMA PRIMARIO

Retamozo MS, Albiero JA, Caeiro E, Caeiro F.
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Córdoba. Argentina.

INTRODUCCION:

La enfermedad de Milroy o Linfedema primario es una condición autosómica dominante rara, en la cual el defecto genético se encuentra en la mutación del gen del receptor 3 del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR/3) descrito en 13 familias de todo el mundo. Es una inflamación crónica de los tejidos que se presenta frecuentemente en los miembros inferiores, unilateral y en mujeres provocando anomalías intrínsecas del drenaje linfático. Predispone a celulitis que puede ser causa de infecciones a distancia como artritis séptica.

OBJETIVO:

Describir la presencia de artritis séptica en paciente con Linfedema congénito primario.

MATERIAL Y METODO:

Mujer de 40 años de edad con enfermedad de Milroy admitida en Junio de 2007 por fiebre de 39, edema, rubor y calor de rodilla izquierda con impotencia funcional de 7 días de evolución, con tres episodios previos de iguales características con resolución espontánea en 48 horas durante los últimos cuatro meses. **Antecedentes Personales patológicos:** Enfermedad de Milroy desde el nacimiento, unilateral, diagnosticada a los 23 años, acompañada de celulitis a repetición. Biopsia de piel que informó flebitis y Linfocelulografía con hipoplasia linfática. Tratamiento Actual: Penicilina Benzatínica 2.400.00 UI por mes desde 1990. Media elástica y vendaje compresivo hasta la rodilla izquierda. Examen físico: miembros inferiores asimétricos. Signo de la tecla presente y aumento de la temperatura en rodilla izquierda, atrofia del músculo cuádriceps, edema duro hasta el tercio medio de miembro inferior izquierdo, hiperqueratosis, engrosamiento cutáneo, papilomatosis en las cinco falanges y grietas cutáneas en pie y tobillo izquierdo. Artrocentesis: volumen extraído de 50 cc, aspecto turbio y lechoso, líquido inflamatorio, células 15.000 con 70% de neutrófilos, escasos cristales de profosfato cálcico y abundantes cristales de colesterol. Cultivo: positivo para *Staphylococcus Aureus* metilinsensible. Radiografía de rodilla izquierda: presencia de osteofitos. Laboratorio normal. Serología para HIV, VHB y VHC negativos. Se realizó tratamiento con cefalosporina de primera generación por 21 días con buena evolución. Actualmente se encuentra con dosis profilácticas de 250mg/día de cefalexina.

CONCLUSIONES

Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad de Milroy son las infecciones recurrentes de los tejidos blandos por los cambios crónicos de la piel lo que predispone a las infecciones a distancia como la artritis séptica.

57

ULCERA DE PALADAR EN UNA PACIENTE LUPICA. UN DESAFIO DIAGNOSTICO.

Ratti L., Viacava C, Esposito M, Hofman J. Servicio de Reumatología del HIGA E.Perón. San Martín, Buenos Aires. Argentina

La perforación de paladar habitualmente ocurre como progresión de una lesión inicial en el tabique nasal. Las entidades que pueden causarla son múltiples, debiéndose realizar el diagnóstico diferencial entre causas infecciosas (micobacterias: lepra; hongos: histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomycosis y criptococosis; espiroquetas: sífilis y bacterias: *Klebsiella*), autoinmunes (G. de Wegener), idiopáticas (sarcoïdosis), tóxicas (cocaína) y neoplásicas (linfoma, carcinoma). Salvo algunas excepciones, todas tienen en común la inflamación granulomatosa.

Se reporta el caso de una mujer de 43 años, oriunda de Entre Ríos, con diagnóstico de LES desde hace 16 años y úlcera palatina profunda.

Antecedentes: neurolupus tratada con CFM y esteroides; glomerulonefritis difusa con índice de actividad moderado, que recibió tratamiento estándar según NIH (CFM y esteroides) llegando a la remisión; G4P4, varias transfusiones por anemia asociada al tratamiento inmunosupresor, sífilis, absceso dentario, leucopenia y linfopenia persistentes. Poca adherencia al seguimiento.

En 11/2005 encontrándose bajo tratamiento con hidroxiquina y meprednisona 8 mg/d presenta úlcera en paladar duro en el contexto de mal estado dentario. No concurre hasta 11/2008 en que se constata severa anemia y leucopenia con persistencia de la úlcera por lo que se interna. **Ex Físico:** úlcera con fondo fibrinoso en paladar duro y voz nasal. Lab 10/2006: gl blancos 1240/mm³ N80%(992) L15%(186) Hto 24% Hb 7gr/dl, ligera anisocitosis, hipocromía y poiquilicitosis, plaquetas 173000/mm³, ESD no disp, hepatograma, urea y creatinina normales, proteinuria 324 mg/24 hs, C3<16.5, C4< 5.3, PCR 0.3, orina normal, anti Scl70, centrómero, Ro, La y RNP neg. Lab11/2006: hemograma, glucemia, urea, creatinina y hepatograma normales, LDH 638 U/l. **Rinoscopia:** costras con secreción mucopurulenta fétida, lesiones granulomatosas y perforación septal anterior. Se realiza biopsia que se envía para estudio anatomopatológico y cultivos para hongos y micobacterias. Tratamiento: Itraconazol 200 mg/d. AP: fragmento de tejido correspondiente a paladar duro con granulomas micóticos, la imagen observada es compatible con Histoplasmosis. Cultivos: negativos. Evolución: favorable con úlcera secular en espera de cirugía correctiva. En tratamiento actual con hidroxiquina y meprednisona 8mg.

El histoplasma capsulatum es un hongo que se encuentra en el suelo. La enfermedad es 4 veces más frecuente en los hombres. La primoinfección suele ser asintomática. Los extremos etarios y el inmunocompromiso favorecen la aparición de síntomas. Las formas clínicas son: pulmonar aguda, primaria o por reinfección y crónica; Diseminada progresiva aguda, subaguda y crónica. En esta última, el hallazgo físico más frecuente (50%) es una úlcera orofaríngea profunda e indolora. Cerca de un 40% los cultivos son negativos.

CONCLUSIÓN: La Histoplasmosis es una infección oportunista cada vez más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. Es poco probable que ésta tendencia revierta, ya que el reservorio de este agente es el suelo. Dicha patología debería sospecharse ante la presencia de lesiones nasales y orofaríngeas, debiéndose realizar estudios anatómo-patológicos y cultivos correspondientes. Instaurándose el tratamiento en forma precoz, para evitar complicaciones sistémicas y deformidades anatómicas.

58

RITUXIMAB EN LUPUS ERMATEMOSO SISTEMICO CON ANEMIA HEMOLITICA SEVERA REFRACTARIA. PRESENTACION DE UN CASO.Quintana C., Brusco M., Cervetto V., Cuticua R.
Hospital Pedro de Elizalde, Sección Reumatología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico LES es una enfermedad autoinmune multisistémica con una gran variabilidad en su presentación clínica. Las importantes decisiones terapéuticas se basan principalmente en la evidencia de afectación grave de los órganos afectados. Se han desarrollado nuevas estrategias de tratamiento orientadas a las bases fisiopatológicas y celulares de la enfermedad.

El Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra el receptor CD 20 de los linfocitos B y la depleción de las células B es un objetivo terapéutico en el manejo de enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en un paciente con LES con manifestaciones hematológicas severas, refractario a tratamientos convencionales.

Caso Clínico: Paciente de 17 años de edad derivado de hospital zonal por episodio de Anemia Aguda Severa. Paciente previamente sano que inicia su cuadro clínico con astenia, adinamia, palidez y rash cutáneo. Al examen clínico se evidencia: palidez cutánea mucosa generalizada, taquicardia, soplo sistólico 4/6 mesocárdico, sinovitis en ambas rodillas, esplenomegalia homogénea.

Exámenes complementarios realizados: Anemia Hb 5.7g/l, Coombs Directa +, VDRL 2 dils, FR negativo, Anticuerpos antinucleares positivos 1/130 patrón homogéneo, Anti DNA negativo, C3 40 mg/dl, C4 <10 mg/dl y hemoglobinuria, Anticardiolipinas y B2 Glicoproteínas IgM positivas. Serologías HIV, VHA, VHB, VHC, CMV, EB Toxoplasmosis y Micoplasma negativas. SLEDAI 13.

Inicialmente recibió 3 pulsos de metilprednisolona, metilprednisona vía oral, y una dosis de gammaglobulina endovenosa a 2g/Kg. Ante la respuesta parcial a la medicación se inicia tratamiento con pulsos mensuales de Ciclofosfamida, inicialmente a 500mg/m2 y en titulación creciente, no superando con estos tratamientos un valor de Hb de 6.8g/l y sin variantes en el resto de los parámetros. Debido a la refractariedad del tratamiento se indica Rituximab a 375 mg/ m2 de superficie corporal, cuatro dosis con intervalos semanales. No presentó eventos adversos durante ni posteriores a la infusión.

Se realizaron pre, pos infusión y en forma mensual dosajes de IgG, M y A, FAN, Anti DNA, complemento y recuento celular de CD 3, CD4, CD8, NK, CD 3 DR, CD 19 y CD 20.

El paciente evolucionó favorablemente con ascenso de los valores de Hto a 42% y Hb a 14.1g/l posteriores a la cuarta infusión de tratamiento y estables hasta la fecha. El Anti ADN permanece negativo y el C3 de 20 mg/dl al inicio del cuadro clínico ascendió a 89.5 mg/dl. El dosaje de CD 20 permanece en 0 %, a cuatro meses de la infusión y SLEDAI 6. Redujo la dosis de esteroides orales en 80%.

Conclusión: Al igual que lo demostrado en algunos estudios clínicos, en este paciente lúpico con anemia hemolítica severa como manifestación clínica dominante, el tratamiento con anticuerpo monoclonal anti CD20 resultó altamente efectivo y bien tolerado constituyendo una alternativa terapéutica que debe ser tenida en cuenta incluso en la relación costo beneficio con respecto al uso de la gammaglobulina EV.

59

MÚLTIPLES ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN UNA PACIENTE QUE DESARROLLA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICACervetto V., Brusco M., Pringe A., Cuticua R.
Hospital Pedro Elizalde, Reumatología, Buenos Aires Argentina.

Objetivo: Comunicar una paciente que inicia una AII de comienzo oligoarticular, posteriormente Enfermedad de Takayasu y finalmente desarrolló una Leucemia Mieloide Crónica.

Caso Clínico: Paciente de 17 años que inicia su enfermedad a los 8 años de edad con sinovitis de ambas rodillas, rigidez matinal e impotencia funcional, con reactantes de fase aguda elevados, FAN, AntiDNA y FR negativos. Se define el diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil de comienzo y curso oligoarticular. Presentó buena respuesta al tratamiento con AINES y requirió artrocentesis terapéuticas en varias oportunidades. A 4 años del inicio de su enfermedad la paciente se presenta con cefalea y dolor abdominal posprandial, ausencia de pulso radial en miembro superior izquierdo y soplo abdominal. Frente a la sospecha de vasculitis de grandes vasos, Arteritis de Takayasu (AT), se realiza arteriografía que muestra obstrucción severa de mesentérica inferior (MI) y tronco celíaco (TC), con moderada estenosis de arterias renales y obstrucción total de mesentérica superior con irrigación por circulación colateral. Persiste con reactantes de fase aguda elevados y serología negativa. Inicia tratamiento con pulso de esteroides, metotrexate semanal y se realiza angioplastia con colocación de Stent MI y TC. Durante el curso de su enfermedad evoluciona con cefaleas, ambliopía, imágenes destellantes e hipertensión arterial, frémito carotídeo, constatándose por arteriografía estenosis severa de arterias renal derecha, oclusión parcial de Stents MI y TC. Se decide suspender metotrexate por falta de respuesta e iniciar tratamiento con ciclofosfamida vía oral y amiodipina. A 4 meses de dicho tratamiento la paciente presenta una parálisis del recto externo de ojo derecho en forma aguda, observando por angio RMN compromiso severo de SNC con estenosis concéntrica de ambas porciones terminales de Carótidas internas, estenosis corta de cerebral anterior derecha y unión vertebrobasilar bilateral, con baja señal de la arteria cerebelosa superior derecha por probable bajo flujo. Persiste con entrodesmiocitosis 60mm, FAN, antiDNA, FR, antiENA, ANCAp y ANCAc negativos y Anticardiolipinas positivas. Biopsia arteria temporal normal. Se inicia pulso de esteroides y ciclofosfamida intravenosa mensual. Durante el último año de su enfermedad comienza con episodios de hipercoagulabilidad observando trombocitosis que llega a valores de plaquetas, inicia tratamiento con ticlopidina. Posteriormente presenta leucocitosis con desviación a la izquierda y persistencia de trombocitosis, realizando estudio citogenético en el cual se observó 19,22, arribándose al diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC). En el curso del tratamiento de su leucemia mielode se embarazó, se suspendió el tratamiento y a las 34 semanas presenta un desprendimiento de placenta que motiva un parto por cesárea con un recién nacido pretérmino de sexo masculino que evolucionó normalmente.

Conclusión: Por la distancia temporal entre el comienzo de la artritis y los signos de enfermedad de Takayasu, se concluye que estaríamos frente a la coexistencia de más de una enfermedad del tejido conectivo y desarrollo ulterior de Leucemia Mieloide Crónica en la misma paciente. En nuestro conocimiento no hay comunicación de casos de este tipo de leucemia en pacientes con Enfermedad de Takayasu.

60

COMPROMISO DE COLUMNA CERVICAL CON COMPRESIÓN DEL CANAL MEDULAR EN UNA NIÑA CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ).

Quintana C., Pringe A., Brusco M., Cuticua R.

Hospital Pedro de Elizalde, Sección Reumatología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El compromiso de columna cervical se presenta en aproximadamente el 30% de los niños con AIJ pero el compromiso de médula espinal secundario al mismo es bajo.

Objetivo: El objetivo de la presente comunicación es presentar una niña con AIJ de comienzo sistémico y curso poliarticular sostenido con brotes sistémicos que desarrolla compromiso de columna cervical y compresión del canal medular.

Caso Clínico: Se trata de una paciente de 13 años, cuya enfermedad comenzó al año y nueve meses de edad, recibiendo como tratamientos DAINes, esteroides orales, en pulsos e intraarticulares, metotrexate y desde enero de 2001 (quinto año de evolución) inicia tratamiento con biológicos, primero Etanercept y luego Infliximab.

En el curso de la evolución presentó compromiso de columna cervical con subluxación atlanto-axoidea y anquilosis de C2 a C4 iniciando el uso del collar cervical desde que comienza el seguimiento en nuestro centro, continuando el plan de Terapia Física. En Julio de 2006 comienza a referir nuevamente dolor cervical sin manifestaciones neurológicas. En la Rx de columna cervical se observa un bloque de anquilosis interapofisaria de C2 a C4 con ligero desplazamiento de C4 sobre C5.

Progresivamente fue refiriendo cefaleas y sensación de parestias en miembros que lleva a solicitar RNM de columna cervical que muestra una imagen densa en la médula espinal sugestiva de mielodisplasia y estrechamiento severo del canal medular secundario a protrusión discal que se verifica en una RNM dinámica. Se realizan potenciales evocados somatosensitivos de los cuatro miembros que informan hallazgos compatibles con compromiso de tipo mielínico de la vía por debajo del nivel cervical. Un electromiograma de cuatro miembros informa compromiso axonal bilateral motor en mediano. Se realiza interconsulta con Neurocirugía que indican realizar la artrodesis de la columna cervical.

Conclusión: Este caso demuestra la importancia de hacer un seguimiento muy cercano de la progresión de la enfermedad a nivel de la columna cervical. En particular, cuando la anquilosis de la misma se realiza en bloque, con desplazamiento vertebral dado que puede conducir a una protrusión discal con compromiso del canal medular. El compromiso neurológico debería ser sistemáticamente evaluado dado que puede evolucionar a mielodisplasia y una vez que la misma se inicia es sostenida y puede evolucionar aún luego de corregir la causa que genera la compresión.

61

Insuficiencia Renal Terminal- Hepatopatía crónica- Lesiones cutáneas: vasculitis y/o esclerodermia???

Autores: Dra. Pineda J.; Dr. Annan, A.; Dra. Gaia, P.; Dr. Bragado, J.;

Servicio de Hemodiálisis, Fresenius Medical Care, Sanatorio San Martín, Venado Tuerto, Santa Fe.

HCL: varón 31 años, con antecedentes de Insuficiencia renal Crónica Terminal (IRCT) con serología positiva para VHC (virus Hepatitis C) presenta diversidad de lesiones en piel, tales como ampollas hemorrágicas, costras, ulceraciones en pulpejos de dedos y dorso de manos, en región centro facial y pabellón auricular. Acompañados de acortamiento de piel, simulando mano esclerodermiforme y xerosis.

AP: * IRCT: - inicia HD en 1985, en 1996 se trasplanta con donante vivo relacionado

-2003 reinicia tratamiento de hemodiálisis

***Hepatopatía Crónica por VHC:** conocido en 2003. **Biopsia Hepática:** (2001) hepatopatía crónica con fibrosis moderada a severa con expansión fibrosa portal. Puentes fibrosis porta lobulillares y hemosiderosis en macrófagos portales y sinusoidales. **Hipertransaminasemias persistentes,** contraindicado la nueva biopsia hepática por prolongación de los tiempos de coagulación. En Agosto de 2003: **Genotipo 1 A estadio histológico F3.** Inicia tratamiento con **PEG Interferón alfa 2b a 0.5 mcg/Kg/semana** Subcutánea durante 6 meses con nueva **PCR positiva.** Finaliza Tto.

*Estilista social

Estudios Complementarios: Laboratorio: AC VHC +, TGP 56, GOT 58, Hcto 39%, HB 13.1 gr./dl., Transferina 359, % saturación 24.5%, Ferritina 528, Ferremia 88, Reticulocitos 22.2%, Albúmina 3.5, Colinesterasa 5719 U/L, TP, KPTT T sangría prolongados, Crioglobulinemias -, FAN (hep 2) -, Látex 1/258, ENA - *Biopsia de piel: Febrero 2006: lesión cutánea ampollar subepidérmica y vasculitis dérmica compatible con vasculitis leucocitoclastica crónica (púrpura anafilactoidea). Junio 2006: Muestra un fragmento cutáneo con desprendimiento dermoepidérmico. El techo está representado por todo el espesor epidérmico. La coloración de PAS revela material rosado que engrosa la pared de las papilas. Los haces de colágeno se hallan levemente engrosados. **Conclusión: PORFIRIA CUTÁNEA TARDA (PCT). *EMG miembros inferiores 2004:** poli neuropatía axonomielopática a predominio axonal de ambos miembros inferiores de grado moderado con evidencias de denervación en curso.

Evolución:

Se inicia tratamiento con deltisona a 8 mg/dl en dosis ascendentes, sin respuesta clínica y con la elevación de las transaminasas se suspende los corticoides. Nueva biopsia de piel (16/05/06): recuento de porfirinas en sangre 45.9 mcg/DL (VN 20-50), se llega al diagnóstico de **PSEUDOPORFIRIA CUTÁNEA TARDA,** en tratamiento con flebotomías de 500ml/cada 15ds, fotoprotección, Eritropoyetina SC, con resolución total del cuadro.

Discusión:

En este paciente se plantearon como diagnósticos diferenciales:

1- Vasculitis tipo **CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL TIPO II**2- **Esclerosis sistémica.**3- **Porfiria cutánea tarda.** Existe una alta asociación con: * Infección por VHC, es el principal factor predisponente a PCT en los países en la que la prevalencia de dicha infección es alta. * Enfermedad renal crónica y diálisis. * Ingesta crónica de alcohol.

La **seudoporfirias** presentan las manifestaciones cutáneas de la PCT, pero el estudio de las porfirinas es normal. La respuesta favorable al tratamiento con EPO más flebotomía repetidas corroboraría esta afirmación.

62

GALLECTINA-8 (GAL-8) Y AUTO-ANTICUERPOS ANTI-GAL-8 MODULAN UNA RUTA APOPTÓTICA EN LINFOCITOS T

Metz, C^{1,2}; Norambuena, A²; Vicuña, L²; Silva, A; Massard¹, L; Jacobelli, S¹; González, A^{1,2}; Soza, A^{1,2}. ¹Dpto de Inmunología Clínica y Reumatología, Fac. Medicina, and ²Centro de Regulación Celular y Patología, Fac. Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, and MIFAB, Santiago, Chile.

Galectina-8 (Gal-8) es un miembro de una familia de lectinas que unen residuos de β-galactosidos presentes en glicoproteínas y que ha sido implicado en múltiples funciones celulares. Recientemente describimos que Gal-8 se une específicamente a algunas integrinas β1 y que cuando es utilizada como matriz induce adhesión, expansión y formación de lamelipodios en células Jurkat, una línea celular derivada de un linfoma T humano. También describimos que el 30% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) producen autoanticuerpos capaces de bloquear la función de Gal-8, sugiriendo un papel de Gal-8 en el sistema inmune. En este trabajo analizamos los efectos de Gal-8 soluble y sus correspondientes auto-anticuerpos en linfocitos T y la expresión de Gal-8 en células mononucleares de sangre periférica (MNSP) aisladas desde pacientes con LES y controles sanos.

Métodos: Utilizamos Gal-8 recombinante y medimos su efecto sobre la activación de ERK1/2 mediante inmunoblot, producción de ácido fosfatidico (AF) por cromatografía de capa fina (TLC), actividad de PKA por un kit comercial y apoptosis por inmunofluorescencia indirecta (IF) con un anticuerpo específico para caspasa-3 activa en células Jurkat y en MNSP. La expresión de Gal-8 fue detectada por RT-PCR.

Resultados: Encontramos que: 1) Gal-8 induce una activación sostenida de ERK por al menos 4 h, la cual depende de la producción de AF y de la actividad basal de PKA, y lleva finalmente a apoptosis; 2) Gal-8 aumenta la actividad de fosfoliesterasa, lo que produce una caída en la actividad basal de PKA; 3) Auto-anticuerpos anti-Gal-8 inhiben la apoptosis inducida por Gal-8; 4) MNSP de 78% (7/9) de pacientes con LES y 33% (2/6) de controles sanos expresan mRNA de Gal-8. En uno de los pacientes con LES se detectó mRNA de dos isoformas de Gal-8.

Estos resultados sugieren que Gal-8 constituye un nuevo estímulo extracelular para los linfocitos T, capaz de gatillar una ruta de señalización apoptótica que requiere de activación de ERK a través de un nexo entre rutas de AF y cAMP/PKA, con un potencial modulador de la respuesta inmune.

(Financiado por FONDECYT # 1050715, FONDAP # 13980001 y MIFAB).

63

ASOCIACION DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SUS FAMILIARES.

Catherine E. Crow, Paula Pucci, Alejandro Nitsche. Servicio de Reumatología. Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: las enfermedades autoinmunes se desarrollan en individuos genéticamente predispuestos, siendo frecuente la coexistencia de más de una enfermedad en un individuo así como su agregación familiar.

Realizamos un estudio descriptivo para evaluar asociaciones de enfermedades autoinmunes en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y en sus familiares.

Objetivo: reconocer las asociaciones autoinmunes más frecuentes en nuestros pacientes y su agregación familiar.

Materiales y métodos: Se realizó un cuestionario dirigido a pacientes reumáticos para la pesquisa de otras enfermedades autoinmunes que hubieran sido diagnosticadas por un médico, en nuestros pacientes y en sus familiares. Se decidió en forma aleatoria interrogar en forma consecutiva a todos los pacientes que consultaran espontáneamente al servicio. Se segregó a la población en 2 grupos: grupo 1: pacientes con enfermedades reumáticas y grupo 2: pacientes con OA y osteoporosis, como grupo control.

Se utilizó para el análisis estadístico la tabla de 2x2. Java state.

El estudio se realizó durante un período de 5 meses, entre marzo y julio de 2007.

Resultados: se incluyeron 123 pacientes con enfermedades reumáticas y 100 pacientes

controles.
Grupo 1 (n:123) Sexo femenino: 90 (73 %). Promedio de edad: 53,8 años.
Diagnósticos: AR:46; Artritis Psoriásica:13; PMR:10; EASN:10; LES:10; EMTIC: 8; Fibromialgia:6; Vasculitis:5; Sjögren:5; enfermedad indiferenciada:4; esclerodermia:2; Síndrome antifosfolípido:1; Reumatismo palindrómico:1.

Setenta pacientes presentaron solo una enfermedad reumática.

En 47/123 se asociaron 2 enfermedades autoinmunes, siendo el hipotiroidismo (35/47) y la DBT (5/47), los más frecuentes. Estos datos reflejan una mayor asociación de enfermedades autoinmunes respecto al grupo control.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la asociación de AR e hipotiroidismo. OR: 1.60 IC 95% (0,72-3,57).

La mitad de los pacientes con diagnóstico de PMR (5/10) tenían diagnóstico previo de DBT.

Agregación familiar: se encontró en 38/123 pacientes.(31%). La mayoría de los pacientes con un familiar con una enfermedad autoinmune (rango 0-6)

Grupo 2: (n : 100) . Sexo femenino: 72 (72 %). Promedio de edad: 68,7 años.

Diagnósticos: 64 OA y 36 osteoporosis

No se encontró diferencia entre la frecuencia de enfermedades autoinmunes asociadas, respecto de los datos aportados por la bibliografía.

Conclusión: la coexistencia de autoinmunidad en un mismo paciente y en sus familiares resultó muy frecuente en el grupo de pacientes con enfermedades reumáticas, respecto del grupo control.

64

RECUPERANDO PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Ocampo Clavijo EM; Alzogaray M; Sequeira G; Guszis S; Kerzerg EM Servicio de Reumatología. Hospital Ramos Mejía

Introducción: La Artritis Reumatoidea es una enfermedad crónica, donde la asistencia continua de un reumatólogo está asociada a una progresión de la discapacidad funcional significativamente inferior que quienes reciben una asistencia esporádica e intermitente del reumatólogo. El objetivo de este trabajo es cuantificar la pérdida de seguimiento (PS) en pacientes con AR y describir la evolución de los pacientes luego de la PS.

Materiales y métodos: se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR y se separaron aquellas pertenecientes a pacientes con enfermedad activa, (en tratamiento con DMARDs), que no hubieran hecho una consulta entre 1 de enero al 30 de junio de 2006. Los pacientes fueron contactados en forma telefónica y por carta invitándolos a una consulta con un especialista. Antes de la visita se realizó una encuesta anónima a fin de determinar las causas de la pérdida de seguimiento, datos demográficos y sociales de los pacientes y se evaluó la actividad de su enfermedad durante la visita.

Resultados: se revisaron 487 historias clínicas y se encontraron 187 pacientes (38.4%) con PS, de los cuales 56 (29.9) recuperó seguimiento. Estos pacientes, al momento de la PS, tenían una edad promedio de 54 años, 80.4% eran de sexo femenino, 76.8% vivían en la provincia de Buenos Aires, 71.4% tenían un nivel de educación primario completo o menos. Los datos de la encuesta anónima indicaron que la razón más importante para que los pacientes dejen de venir se encontró en el hospital (distancia y turnos) en un 44.6%. La dificultad en conseguir turnos, la distancia al hospital, el dolor y la inflamación que provoca la enfermedad y no poder pagar el tratamiento indicado fueron los factores que más influyeron con la pérdida de seguimiento. El 50% de los pacientes mencionó que no tenían una persona que los acompañara a las consultas en el hospital. Con respecto a los ingresos económicos el 54% de los pacientes declararon ingresos mensuales en el grupo familiar de menos de 500\$. El 52% de los pacientes había continuado tomando al menos un DMARD (75.8% Metotrexate). Al recuperar seguimiento el 89% de los pacientes estaban activos (DAS >2,6) y el 38% de los pacientes tenía un alto nivel de actividad (DAS >5,1).

Conclusiones: un 38,4% de los pacientes con AR perdieron el seguimiento. Se recuperó un 30% de esos pacientes que correspondieron, en general, a mujeres, con enfermedad activa, con un nivel de educación primario o menor, que viven lejos del hospital, que no tienen familiares o amigos que los acompañen a las visitas y que declaran ingresos económicos compatibles con pobreza o indigencia. En esta población, la falta de turnos, la distancia al hospital, la actividad de la enfermedad y no poder pagar el tratamiento indicado fueron la causa más comunes de pérdida de seguimiento.

65

PREVALENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A DEFICIT DE VITAMINA D EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Larrouéd MS, Moggia MS, Díaz R, Yantorno M, Torres Cerino G, Macías G y Man Z. Centro TIEMPO, Buenos Aires, Argentina. investigacion@centrotiempo.com.ar

La insuficiencia de vitamina D es una causa de hiperparatiroidismo secundario (HPS) y por consecuencia de pérdida ósea y osteoporosis, mientras que la deficiencia se asocia además con debilidad muscular y su corrección reduce el riesgo de caídas.

Existen controversias en cual es el punto de corte para los valores de suficiencia de vitamina D. El valor óptimo sería aquel por debajo del cual comienza a elevarse la PTH.

Objetivo: Evaluar y describir la prevalencia de HPS en una población de mujeres postmenopáusicas (MP) con diferentes niveles de 25 OH vitamina D (VD) de acuerdo a dos clasificaciones que utilizan valores deseables > de 30 y 40 ng/ml

respectivamente. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 198 MP, de 65 (51-85) años de edad, en la ciudad de Buenos Aires, área metropolitana (latitud 35° Sur) que se asistieron en el Centro TIEMPO entre octubre y diciembre para evaluación de osteoporosis. La VD fue medida con un kit Diasorin de RIA y la PTH por el método IRMA. Se excluyeron MP con enfermedad tiroidea, hepática o insuficiencia renal. Las MP no recibían corticosteroides, anticonvulsivantes, ni anticoagulantes. Se utilizó la clasificación de McKenna (MK):

deficiencia de VD < de 10 ng/ml, insuficiencia 10 a 20 ng/ml, hipovitaminosis 20 a 40ng/ml, y la clasificación de Hollis (H): deficiencia de VD < de 10 ng/ml, insuficiencia 10 a 20 ng/ml, hipovitaminosis 20 a 30ng/ml, y valores deseables > de 30 ng/ml. Evaluamos la prevalencia de HPS en cada uno de estos grupos, considerando una PTH > de 65

pg/ml. **Resultados:** No se registraron pacientes con deficiencia de VD. Insuficiencia de VD 35,7% (n=70) con 9,7% (n=19) HPS, hipovitaminosis según clasificación de H VD 20-30 ng/ml se detectaron 46% (n=80) con 7,7% (n=15) HPS, y valor deseable VD 30 ng/ml 18,3% (n=36) con 1,5% (n=3) de HPS. Con la clasificación de MK se detectó hipovitaminosis VD 20-40 ng/ml 61,8% (n=121) con 9,2% (n=18) de HPS, y valor

deseable 40 ng/ml 2,6% (n=5) sin hallar HPS.

Conclusión: No se detectaron casos de HPS utilizando la clasificación de McKenna, y solamente 2,6% presentaban valores deseables de vitamina D. Si tomamos como valor de corte 30 ng/ml, el 18,4% de las MP tienen valores deseables de VD con 1,5% de HPS. Por lo tanto recomendamos utilizar un valor de corte de 40 ng/ml de vitamina D para disminuir la prevalencia de HPS.

66

PREVALENCIA DE FRACTURA VERTEBRAL ASINTOMÁTICA EN MUJERES OSTEOPORÓTICAS POSTMENOPAUSICAS

Autores: *MS Larroude, MS Moggia, MPD Yantoro, Diaz R, Macías G y Z Mar*
Centro TIEMPO, Buenos Aires, Argentina. mlarroude@gmail.com

Las fracturas vertebrales son frecuentemente subdiagnosticadas en la práctica clínica. La radiología lateral simple de columna lumbar y dorsal, utilizando el método de Genant para la morfometría semicuantitativa, es de mucha utilidad para poder identificarlas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de fracturas vertebrales (FV) asintomáticas en mujeres postmenopáusicas (MPM) con diagnóstico de osteoporosis que concurren al centro para su control.

Material y método: Se evaluaron 337 MPM con más de cinco años de menopausia, con una edad promedio de 67 años (51-85). La osteoporosis fue diagnosticada con densitometría mineral ósea con un equipo DXA Lunar Prodigy Advance en columna anteroposterior. A través del interrogatorio se descartó el antecedente de FV. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de enfermedad hepática, renal o tratados con corticoides, anticonvulsivantes y anticoagulantes. Se les realizó radiografía lateral simple de columna dorsal y lumbar. Se consideró FV cuando se observó un descenso mayor al 20% de la altura del cuerpo vertebral.

Resultados:

En 94 pacientes (27,89%) se detectaron FV, 31 (33%) de estos pacientes tenían más de una fractura vertebral.
En total se detectaron 146 fracturas, 103 (70%) torácicas y 43 (30%) lumbares.

Media de DMO

	Pacientes	Media de DMO en CLAP en gr/cm2
total	337	0,78 (0,481-0,878)
Con fracturas	94	0,7895 (0,481-0,88)
Sin fracturas	243	0,806 (0,583-0,88)
Con 1 fracturas	63	0,792 (0,481-0,88)
Con más de 1 fractura		0,762 (0,493-0,867)

Conclusión:

Es sabido que la presencia de 1 fractura vertebral predispone a padecer futuras fracturas.

El diagnóstico de las mismas es una herramienta útil para determinar grupos de riesgo. Una simple radiografía de columna lateral es un método económico y accesible, cuyos beneficios son relevantes para el paciente y la salud pública.

67

ADHERENCIA Y PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO CON BIFOSFONATO SEMANAL EN OSTEOPOROSIS POSMENOPAUSICA

Conforti A., Gallo M. E.

Programa de Prevención y Tratamiento de la Osteoporosis. Subdirección de Atención Primaria y Promoción de la Salud. OSEP. Departamento de Medicina Interna, Área Reumatología, UNCuyo. Mendoza, Argentina.

Introducción: La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas representa un verdadero desafío para los sistemas de salud. La tasa de adherencia en osteoporosis (OP) es del 50%. La OP es una enfermedad crónica asintomática que requiere de adhesión y persistencia al tratamiento para incrementar la densidad mineral ósea (DMO) y disminuir el riesgo de fractura. Si bien no existe un "gold standard" para medir adherencia, el reporte del paciente es un método simple y efectivo de medición.

Objetivos: determinar adherencia y persistencia al tratamiento con bifosfonato semanal, en OP posmenopáusica. Analizar variables relacionadas a la persistencia, como edad y fractura previa. **Material y método:** se realizó un estudio retrospectivo, para lo cual se revisaron las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al programa desde Octubre 2002 hasta Junio 2006. Se incluyeron 425 pacientes con diagnóstico de OP y con indicación de alendronato 70 mg o risedronato 35 mg, dosis semanal. Se consignó edad, fractura previa, duración del tratamiento y causas de abandono. Se determinaron puntos de corte para persistencia al tratamiento: hasta 6 meses, de 7 a 11, de 12 a 23 y 24 meses ó más. Se evaluaron abandonos parciales de menos de 3 meses ó entre 3 y 6 meses pero que retomaron el tratamiento habitual.

Se aplicó el test exacto de Fisher para analizar variables relacionadas a la persistencia. **Resultados:** del total de 425 pacientes, 74 (17,4%) se les indicó tratamiento pero no lo iniciaron; de las restantes 351 enfermas, 84 (24%) abandonaron dentro de los primeros 6 meses, 35 (10%) completaron hasta 11 meses, 81 (23%) persistieron hasta 23 meses y 151 (43%) persistieron por 24 meses ó más. La edad promedio de los puntos de corte no tuvo diferencias significativas. El antecedente de fractura previa fue mayor en aquellas que persistieron más de 1 año comparado con menos de 1 año, lo cual fue estadísticamente significativo ($p=0,042$). En las 267 mujeres que continuaron por más de 6 meses se registraron abandonos parciales en el 22,8% (61); 22 (36%) fue menos de 3 meses y 39 (64%) entre 3 y 6 meses. Las causas fueron: trastornos digestivos, costo de la medicación, decisión propia, polimedicación, olvido, problemas familiares y depresión.

Conclusiones: Es de destacar la alta tasa de adherencia y persistencia comparado con otros estudios clínicos. La adherencia mayor a 1 año fue del 66%. La mayor cantidad de abandonos se produjo dentro de los primeros 6 meses de tratamiento. No hubo diferencias etarias. El antecedente de fractura previa se correlacionó con persistencia mayor a 1 año. En nuestro caso, un programa con apoyo institucional genera seguridad y confianza en el paciente mejorando notablemente la adherencia al tratamiento en OP.

68

RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANOS EN PACIENTES CON LUPUS

*Sandobal C., *Roverano S., *Paira S., **Pereyra D., ***Sheines E.

*Sección Reumatología Hospital J.M. Cullen Santa Fe; **Montevideo Uruguay; ***Hospital Rehabilitación M. Rocca

Introducción: El compromiso articular en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) constituye una de las manifestaciones más frecuentes, pudiendo ser la manifestación inicial de la enfermedad. La resonancia magnética (RMN) es poco utilizada en esta patología, un estudio reciente demuestra alteración de partes blandas y anomalías óseas (erosiones) en manos de pacientes con LES.

Objetivo: Evaluar ambas manos de los pacientes con LES mediante examen clínico, radiológico y resonancia magnética.

Material Y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en 14 pacientes con LES (ACR 1997), vistos en la Sección Reumatología del Hospital Cullen desde marzo de 2004 hasta junio de 2007, en quienes se evaluó la presencia de sinovitis o tenosinovitis clínica en muñecas, MCF, IFP, IFD. Se midió actividad (SLEDAI), la presencia de artropatía de Jaccoud por método de Spronk, los pacientes con score >5, fueron designados como índice positivo y < 5 índice negativo. Se revisaron los siguientes datos de laboratorio: FAN(Hep2), ADNn (crithidia), FR(látex), anti Sm, anti-Ro, anti-La, complemento, anti-CCP, y citidina deaminasa. Las radiografías se realizaron en ambas manos (anterior-posterior) y junto a la resonancia magnética fueron analizadas por un observador independiente de manera ciega. Se analizaron muñecas, MCF, IFP, IFD.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, mujeres, edad 1/2 al momento del estudio de 35 años (24-51 años), y tiempo 1/2 de evolución de LES de 8 años (1-20 años). Clínicamente una paciente presentó sinovitis bilateral y simétrica en forma persistente, una dactilitis, 3 artropatía de Jaccoud, y 9 pacientes asintomáticas desde el punto de vista articular. Todas fueron FR negativo y anti-CCP normales. Radiografías: 5 pacientes presentaron trastornos de la alineación, 9 tumefacción de partes blandas, 3 quistes y dos pacientes fueron erosivas. RMN: 8 pacientes presentaron tenosinovitis proliferativa o edematosa con predominio de afectación de los tendones flexores, en 7 pacientes se detectó sinovitis articular, 3 de las cuales no presentaron sinovitis clínica, en 2 pacientes derrame radio-cubital inferior y una paciente presentó erosión cubito distal (compresión tendinosa).

CONCLUSIÓN: El signo más frecuente en RMN fue la tenosinovitis proliferativa o edematosa. Una paciente presentó erosiones cubito-distal (compresión). Las dos pacientes erosivas radiológicamente no presentaron erosiones en RMN. La resonancia diferenció la presencia de sinovitis hipertrófica inflamatoria la cual presentaba derrame tenosinovial asociado.

69

EFFECTO DEL LASER DE HELIO-NEON EN ARTROPATÍAS EXPERIMENTALES

Reinosa C.,⁽¹⁾ Simes J.,⁽¹⁾ Moya.,^(1,2) Soriano F.,⁽³⁾ Piccini D.,⁽¹⁾ Palma J.,⁽¹⁾ Campana V.,^(1,2) ⁽¹⁾Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. ⁽²⁾Universidad Nacional de La Rioja. ⁽³⁾Instituto Argentino de Medicina Láser (IAMEL), Rosario, Argentina.

Las artropatías microcristalinas son patologías inflamatorias inducidas por reacción celular al depósito de cristales en las articulaciones, resultan de la combinación de factores sistémicos y locales. En búsqueda de una terapia antiinflamatoria libre de los efectos adversos que provocan los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se propone el tratamiento con láser de baja potencia, como el de Helio-Neón (He-Ne).

Se estudió el efecto antiinflamatorio del láser He-Ne en modelos experimentales de artropatías inducidas por cristales de hidroxipatita (HP) y de pirofosfato cálcico (PFCA) en ratas, en diferentes periodos de tiempo, determinando marcadores plasmáticos inflamatorios y de estrés oxidativo: fibrinógeno, L-citrulina, óxido nítrico (ON) y nitrotirosina, estudio anatomopatológico y comparación con AINEs.

Se utilizó 120 ratas hembras, distribuidas en 15 grupos. La artropatía se indujo por inyección intraarticular de 2mg de HP o PFCA en miembros posteriores. En un grupo se inyectó cristales durante 3 días seguidos y en otro durante 2 semanas (día por día). El tratamiento con láser de He-Ne (5 mW) se realizó por 3 días consecutivos sobre las articulaciones afectadas (8 J cm²) en el 1º grupo y por 5 días en el 2º. El tratamiento con AINEs: 1,25mg/día/rata de diclofenac y meloxicam; y 0,05mg/día/rata de celecoxib y rofecoxib, individualmente en 3 oportunidades cada 24 hs. después de inyectar HP. La anatomopatología se realizó por microscopía óptica. El dosaje de marcadores fue por espectrofotometría; y se utilizó ANOVA para comparaciones múltiples ($p<0,05$).

Los marcadores en los grupos con artritis inducidas con HP o PFCA, en 3 días o 2 semanas mostraron un incremento significativo de los valores de: fibrinógeno y L-citrulina ($p<0,001$); de ON al compararlo con el control y con el grupo inyectado y tratado con láser ($p<0,02$); y de nitrotirosina al comparar entre el grupo con artritis y el posteriormente tratado ($p<0,01$). Al comparar el fibrinógeno de las ratas con artritis por HP con el control y las artríticas tratadas con AINEs o láser se observó $p<0,01$. Resultados correlacionados en parte, con evolución histológica.

Los resultados demuestran la efectividad del efecto antiinflamatorio del láser de He-Ne en las artropatías inducidas por cristales en ratas, en diferentes periodos de tiempo, con alteración del metabolismo celular y estrés oxidativo, demostrado por la disminución de los niveles plasmáticos incrementados de fibrinógeno, L-citrulina, ON y nitrotirosina, su evolución histológica y sin encontrar diferencias en los niveles de fibrinógeno comparando con AINEs.

70

VALIDACIÓN DEL MD- HAQ (MULTIDIMENSIONAL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE) EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. LIMA – PERÚ.

Maldonado M, Glave C, Hidalgo A, Cefferino C, Villegas J, Pacheco M, Andrade L, Casanova O, Madariaga H.

Objetivo: Validar el cuestionario MD-HAQ en pacientes con artritis reumatoide que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal descriptivo que incluyó 196 pacientes que concurren a sus controles entre Junio y Diciembre del 2004. Los pacientes firmaron un consentimiento informado, completaron el cuestionario en forma autoadministrada, se realizó el conteo articular, se obtuvo el grado funcional de acuerdo a la clasificación de Steinbrocker. Se consignaron los datos de VSG, PCR y FR; se observó la realización de 4 actividades físicas en el consultorio y similar evaluación se realizó un periodo después en los mismos pacientes. Toda evaluación estadística se realizó a un nivel de significancia de 5%. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 10.0.

Resultados: 42% fueron amas de casa, 76% fueron mujeres, predominó el grupo etéreo de 31 a 50 años y el 80% tenía FR positivo; el 37% tenía nivel primario. **Viabilidad:** el 100% llenó el cuestionario, tiempo de llenado promedio 11 minutos. **Validez de criterio:** correlación entre MDHAQ y observación directa fue alta (0,70). **Validez discriminativa:** sensibilidad del instrumento para detectar cambios clínicamente útiles en un mismo paciente luego de un periodo de 32 días; MDHAQ -a y EVA -a ($r = 0.60$). **Validez de constructo:** magnitud de variación de cambios en los puntajes MDHAQ de 1ra y 2da evaluación, en relación a clase funcional de Steinbrocker; los cambios fueron significativos a mayor clase funcional.

Conclusión: el MDHAQ es un instrumento válido para medir la capacidad funcional en los pacientes con artritis reumatoide.

71

ANTICUERPO ANTIPÉPTIDO CITRULINADO (a-CCP) EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ): ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE 2 ELISAS COMERCIALES QUE UTILIZAN DISTINTOS ANTÍGENOS CITRULINADOS.

Roy, A. H, Zelazko, M., Katsicas, M. M. Servicio de Inmunología, Hospital de Pediatría "J. P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina.

La AIJ es clínicamente un grupo heterogéneo de artritis que ocurre en niños. El diagnóstico es clínico y la presencia de autoanticuerpos es poco frecuente. Se ha demostrado la utilidad del a-CCP en el diagnóstico de pacientes con AIJ poliarticular. **Objetivo:** comparar la sensibilidad y especificidad del a-CCP en una cohorte de pacientes con AIJ poliarticular, utilizando 2 equipos de ELISA, disponibles comercialmente, que utilizan distintas proteínas citrulinadas como antígeno. **Métodos:** se recolectaron muestras de 39 pacientes con AIJ poliarticular y de 35 niños que fueron utilizadas como controles: sanos y con enfermedades autoinmunes (Lupus y Hepatitis Autoinmune). Los a-CCP se determinaron por ELISA Quanta Lite INOVA, con valor de corte 20 UA, que utiliza como antígeno un péptido citrulinado sintético de 2ª generación (método 1) y Génesis Diagnostics CPA, valor de corte 6,25 U/ml cuyo antígeno es filagrina recombinante de rata citrulinada (método 2). **Análisis estadísticos:** tablas de 2 x 2 y Curva Roc. **Resultados:** se incluyeron 39 pacientes (31 F, 8 M) y 35 controles (25 niños sanos, 9 LES y 6 HAI). Las edades de ambos grupos fueron (medianas) 12 años y 10 años. Por el método 1: 20 pacientes fueron a-CCP positivos, mientras que los controles fueron todos negativos. Por el método 2: 16 pacientes y 4 controles fueron a-CCP positivos. La sensibilidad, especificidad, el VPP, el VPN, LR positivo y LR negativo, fueron respectivamente: 51%, 100%, 100%, 65%, infinito y 48% para el a-CCP2 IgG (método 1) y 41%, 88%, 80%, 57%, 35%, 7% para el anti-filagrina recombinante de rata citrulinada (método 2). El área bajo la Curva Roc es 73% para el método 1 y 67% para el método 2. **Conclusiones:** en nuestra población pediátrica con AIJ poliarticular, el método 1 tiene mayor exactitud global. También presenta mayor sensibilidad y especificidad en relación al método 2. Se sugiere la importancia de utilizar un método adecuado para la determinación del a-CCP como potencial herramienta para contribuir al diagnóstico de la AIJ poliarticular.

72

"Prevalencia de Osteoporosis en una Población Rural de Montaña."

Gobbi, C; Salica, D; Pepe, G; Petenian, E; Ovejero, M; Brunotto, M; Strussberg, A; Martínez, F

U. de Reumatología y Cát de C. Médica. Hospital Córdoba. UNC. Argentina
Introducción: La prevalencia de la osteoporosis no está bien establecida en numerosas regiones de Argentina y en especial en poblaciones rurales de gran altura. Algunos estudios indican que sería más baja en la población urbana que en la rural.

Objetivos: Estudiar la prevalencia osteoporosis en personas >50 años de edad, de ambos sexos, que viven a 2300 metros sobre el nivel del mar, en Pampa de Achala, Dto San Alberto, Prov. de Córdoba, República Argentina.

Material y Método: Estudio descriptivo simple, observacional, de corte transversal. El universo es una población rural de montaña, mayor de 50 años, se toman por sorteo 27 personas (p), 38% del universo. Se realizan Rx de c. dorsal y lumbar y DMO de columna y cadera, evaluados según criterios OMS.

Resultados: Se estudian 27 p (varones: 44%, mujeres: 56%), edad promedio de 63 a. (50- 77). 11% refirieron fractura por fragilidad ósea, 7.41% pérdida de estatura > de 3 cm comparado con los 18 años de edad. 33.33% pacientes tuvieron aplastamiento vertebral en Rx. De columna dorsal y lumbar. 59.25% presentaron baja masa ósea por DMO. En col. Lumbar 33.33% presentaron osteopenia y 22.22% osteoporosis. Cuando se analizó la DMO de cadera, 12 (44.44%) presentaron baja masa ósea, de los cuales 50% eran osteopenia y 50% osteoporosis. En total los pacientes con baja masa ósea para columna lumbar son 15 (55.55%) y para región de cadera: 12 (44.44%). Tuvieron densitometría normal para L1-L4 (44.44%) y para región de cadera (55.56%).

Discusión: De la población analizada 25.92% presenta osteoporosis por DMO ósea; 11% fracturas por fragilidad ósea y 33.33% por aplastamiento vertebral. 59.25% presentaron baja masa ósea. Resultados que son: a) menores a los reportados en Chile en mujeres mapuches posmenopáusicas con baja masa ósea > 80%; b) algo mayor que las reportadas en Arabia Saudita; Estados Unidos y Buenos Aires. d) Mucho mayor que las reportadas en Tafi del Valle Argentina. e) Similares a una población rural de Thai (Tailandia). Todo lo cual revela que la osteoporosis es un verdadero problema de salud en poblaciones rurales de gran altura.

Conclusiones: En esta población 59.25% presentaron baja masa ósea, 33.33% osteopenia y 25.92% osteoporosis considerando DMO de columna lumbar y caderas

73

CORRELACIÓN DE HALLAZGOS SEROLÓGICOS Y EN LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y S. SICCA

Busamia, B; Gobbi, C; Savio, V; Exeni, I; Albiero, E; Demarchi, M; Brunotto, J. Linares M; Finkelberg, A

Cát. de Fisiología. Fac. de Odontología. UNC. U. de Reumatología, Servicio de Clínica Médica. Hospital Córdoba. Cát. de Clínica Médica UNC. Córdoba

Introducción: El Síndrome Sicca (SS) es una manifestación común en los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Son escasos los estudios sobre las características de la saliva de estos pacientes.

Objetivos: Analizar en pacientes (p) con AR y SS asociados los cambios electrolíticos, químicos y anticuerpos en saliva y suero, y compararlos con controles sanos;

Material y Métodos: Se estudiaron 24 p con diagnóstico de AR (ACR 1987) y boca seca y ojo seco. Se realizó examen clínico bucal, toma de muestra para examen directo y cultivo en agar Sabouraud Dextrosa, determinación de Ro, La, FR y ANA en suero y saliva, y electrolitos en saliva. Se comparó con un grupo control (GC) sano de 20 personas. Se realizó Test de Student
Resultados: En el grupo AR y SS, el 91% eran mujeres mientras que en el grupo control el 76%. Las edades promedio fueron 46 años para el GC y 53 en las AR. Los p. tenían en promedio 9 años de AR. La AR fue poliarticular en el 95% y 75% presentaba erosiones radiográficas. En 20.83% p. se encontraban nódulos reumatoideos. El 83% recibió MTX, 29% leflunomide y el 16% biológicos. El flujo salival fue de 1 ml/min en el GC y menos 0.30 ml/min en el grupo AR ($p < 0.01$), el pH de la saliva fue de 7.2 (p NS), las proteínas totales fueron de 95 mg/dl en el GC y 150 mg / dl en el grupo de AR (p menor a 0.01). La urea fue mayor en el GC, mientras el dosaje de Na+, Cl-, K+, Ca y P tuvo tendencia a estar aumentado en el grupo AR pero sin diferencia estadística. No hubo diferencia significativa en la Ig A. En suero fueron positivos el 87.5% de los p. para FR en suero, 4.17% para ANA, 16% para Ro, 8.33% para La. En saliva 4% fueron positivos para ANA y FR y 16% para Ro, en el GC no hubo anticuerpos positivos. El 58% del grupo AR tenía prótesis y el 29% del GC. En 62% de las AR se encontraba candidiasis contra el 41% del GC

Conclusión: En los p. con AR y SS está disminuida la sialometría, se observan pérdida de dientes, con aumento de candidiasis en cavidad bucal. Existen cambios electrolíticos y químicos que no alcanzaron a tener diferencia significativa con respecto al GC. Se necesitan más estudios para definir la importancia de estos hallazgos en saliva.

74

FRECUENCIA DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA SERIE DE CASOS CON PSORIASIS CUTÁNEA (RESULTADOS PRELIMINARES)
 Pígggio A, Levero P, Corbacho I, del Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías
 Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES), Sociedad Uruguaya de Reumatología.
 Instituto Nacional de Reumatología.
 Montevideo, Uruguay

Objetivos: determinar la frecuencia de artritis psoriásica en pacientes con lesiones cutáneas o ungueales de psoriasis referidos de la policlínica dermatológica del Hospital de Clínicas de Montevideo y describir las principales características de presentación.

Materiales y métodos: se estudiaron pacientes mayores de 17 años previo consentimiento informado con diagnóstico clínico de psoriasis provenientes de todo el país desde el 2/5/ al 31/7/2006. El estudio consistió de dos fases. La primera denominada "dermatológica" que contó con dos secciones, una para ser completada por el paciente y otra por los investigadores. Aquellos con compromiso osteoarticular sintomático pasaron a la segunda fase que fue realizada por reumatólogos del GUES, que emplearon el formulario tipo del grupo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica según los criterios de Vasey y Espinoza. Además se determinó factor reumatoideo, HLA y estudios radiológicos osteoarticulares.

Análisis estadístico: las variables continuas son presentadas como la media \pm DE. Para evaluar la asociación entre variables categóricas se empleó el Test exacto de Fischer (relación entre artritis con compromiso ungueal y con compromiso en placa). El software utilizado fue Microsoft Excel 2001 y Stata 9.2 para el análisis estadístico. Para algunas variables, dado el escaso número de pacientes con artritis psoriásica se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: se registraron 30 pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis, 16 del sexo femenino. La edad media fue 53 años (rango de 18-85 años). 6(20%) presentaron diagnóstico de artritis psoriásica cuyo inicio fue en 5 de ellos (83%) posterior a las manifestaciones cutáneas y en 1 (16%) concomitante. 1 paciente (16%) presentó artritis oligoartricular, el resto (83%) formas poliarticulares. 5 (83%) presentaron alteraciones radiológicas sugestivas de destrucción ósea, compromiso sacroilíaco y otras típicas de la enfermedad. 2 (33%) presentaron compromiso exclusivo de articulaciones periféricas. El resto (66%) axial y periférico. En todos los casos la afectación fue asimétrica. Todos presentaron dactilitis, 1 de ellos sin lesiones radiológicas. Solo en 1 (16%) se halló entesitis clínica. 5 de los 6 tuvieron compromiso radiológico. El factor reumatoideo fue negativo en todos. 2 pacientes fueron HLA Cw6 positivos. La edad de inicio de la psoriasis fue entre 3 y 82 años de edad. 4 de ellos (66%) tenían psoriasis en placa. 14 de los 30 pacientes con psoriasis tuvieron compromiso ungueal (46%).

Conclusiones: si bien la muestra presentada es escasa, por el momento hemos encontrado un elevado porcentaje de artritis psoriásica (20%) en pacientes portadores de lesiones cutáneas o ungueales diagnosticadas como psoriasis y casi todos ya presentaban afección radiológica importante. En la artritis psoriásica es clave el trabajo mancomunado del dermatólogo y del reumatólogo para captar precozmente a los pacientes y poder realizar un rápido diagnóstico, de manera de llevar a cabo un tratamiento y seguimiento adecuados para intentar evitar o retardar la evolución hacia formas más graves y mutilantes que tanto impactan en la calidad de vida de los pacientes. Este análisis preliminar confirma tendencias en nuestros resultados concordantes con la literatura revisada. Los resultados finales de este estudio se prevén para 2008.

75

SEQUENTIAL OCCUPATIONAL DEXTERITY ASSESSMENT (SODA).

Su validación al español.

De Cillis, V(1); Pérez Dávila, A(2); Stefanolo, M(1); Kurgoc, M(1); Scheines, E(2). (1) Servicio de Terapia Ocupacional; (2) Servicio de Reumatología. Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca". Buenos Aires Argentina.

INTRODUCCIÓN: en Salud Pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen sobre la calidad de vida de las personas; por lo cual la valoración de la capacidad funcional se ha convertido en una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación.

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica, sistémica que afecta las articulaciones, en especial manos, pudiendo disminuir la habilidad y destreza de las mismas dificultando el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD). Generalmente la discapacidad se evalúa, en la artritis con autoinformes como el AIMS, HAQ. El SODA es una multiescala de observación objetiva, que mide la función bimanual en AR, bajo condiciones controladas, durante las AVD. **OBJETIVOS:** Traducir a nuestro idioma y estudiar la validez estructural del SODA en pacientes con AR. Correlacionar los scores obtenidos del test con parámetros de actividad clínica de la patología, como así también con otros parámetros funcionales. **MATERIAL Y MÉTODOS:** se realizó la traducción al español de la versión original del test. Las instrucciones de la versión final fueron retraducidas al inglés por una traductora pública. El SODA consta de 12 tareas bimanuales estandarizadas (escribir, levantar sobres, monedas etc), a través de las cuales se evalúa la habilidad, la dificultad y el dolor. El rango posible es de 0 a 108, siendo 0= incapaz de realizar tareas y 108 = capaz de realizarlas sin dificultad. Se incluyeron 30 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (ACR 1987). Se excluyeron pacientes extranjeros, con cirugías previas de mano, quemaduras, y/o otras enfermedades asociadas (neurológicas, ortopédicas, psiquiátricas). La validación estructural del test se realizó comparando los resultados obtenidos con el DAS28, VAS de dolor del paciente (mm), estado de salud general autoreportado (HAQ-A) y con otros parámetros funcionales de mano: fuerza muscular de puño y pinza y VAS de manos (mm). Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

RESULTADOS: la edad promedio en años de los pacientes fue 52 (28-74), la evolución de la enfermedad en años fue 11.5 (1-32). Se registraron correlaciones significativas entre el SODA y el DAS28 ($p < 0.05$), HAQ ($p < 0.01$), VAS global y VAS mano dominante ($p < 0.05$). Se observaron correlaciones significativas entre el SODA y la fuerza de pinza en ambas manos ($p < 0.01$). **CONCLUSIÓN:** Si bien el tamaño de la muestra es pequeña, la correlación encontrada entre parámetros clínicos (DAS28) y funcionales (HAQ-A) demuestra que el SODA es un instrumento válido para medir la destreza bimanual en las AVD en pacientes con AR.

76

INCIDENCIA DE PANICULITIS EN PACIENTES LÚPICOS CON COMPROMISO CUTÁNEO.

AUTORES: Ferreira¹, MA; Hernandez², MI, de la Vega³, MC; Rlopedre², AM.; Kien³, C; Messina³, OD.; Pellerano³, G.

¹ Servicio de Dermatología; ² Servicio de Reumatología; ³ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Agudos Cosme Argerich. GCBA

INTRODUCCIÓN

Sabemos que alrededor del 85% de los pacientes lúpicos presenta algún tipo de compromiso cutáneo, siendo el rash eritematoso el más frecuente. Es seguido en frecuencia por el lupus discoide crónico y más raramente se observa paniculitis lúpica o lupus profundo (2%). Este último cuadro se caracteriza por comprometer el tejido adiposo subcutáneo, con múltiples nódulos ubicados preferentemente en cara y región proximal de miembros. Las secuelas de curación son severas con atrofia subcutánea característica.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar los hallazgos clínicos en nuestros pacientes con paniculitis lúpica y resaltar otros hallazgos dermatológicos que algunos de ellos presentaron.

MATERIALES Y MÉTODOS

Evalúamos retrospectivamente 35 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso que concurren al Servicio de Dermatología del Hospital Argerich durante los años 2005 y 2006. Todas las lesiones evidenciadas fueron estudiadas con anatomía patológica.

RESULTADOS

Entre los pacientes evaluados la mayoría (n:22) presentó diagnóstico de Lupus discoide (62,8%), de los restantes hubo 5 pacientes (14,2%) que presentaron diagnóstico de paniculitis lúpica confirmada por biopsia. El compromiso proximal de miembros superiores se vio en 3 pacientes y la afectación de cara en los 2 restantes. Todas las lesiones determinaron escasas y profundas depresiones cutáneas con severa afectación estética. Se evidenció en 2 pacientes, también a través de la histología, la coexistencia de lupus discoide con la paniculitis. Ninguno de los pacientes presentó compromiso sistémico y solamente uno de ellos tuvo elevación de FAN sin correlación sistémica hasta el momento.

CONCLUSIONES

En nuestra población, el subset de pacientes con diagnóstico de paniculitis lúpica no presentó signos clínicos de enfermedad sistémica. Pese a esto, la morbilidad relacionada a la paniculitis se debe fundamentalmente a las lesiones estéticas con secuelas severas y es de remarcar que las opciones terapéuticas suelen ser pocas y de magros resultados.

77

ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Benchetrit A, Grimaudo S, Suarez L, Sarano J

Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. UBA

Tanto la trombosis venosa como la arterial son serias complicaciones en pacientes con LES. La presencia de anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y anti β 2-glicoproteína1 (β 2GP1) ha sido asociada a eventos trombóticos. Sin embargo, estos fenómenos también se han observado en pacientes sin estos anticuerpos. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de distintos factores con la presencia de trombosis en pacientes con LES.

Se estudiaron retrospectivamente 30 pacientes conformando dos grupos: LES con al menos un evento trombótico (LESt), y LES sin trombosis durante su evolución (LESnt). Se diseñó un estudio caso-control, con pareamiento individual. Se estudiaron los siguientes factores: sexo, edad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, compromiso renal, presencia de aCL IgG e IgM positivos (>40 UI/ml) y β 2GP1 IgG e IgM positivos (>40 UI/ml), nivel de inmunosupresión, trastornos valvulares, criterios, actividad de la enfermedad (SLEDAI) y daño acumulado (SLICC). Para el análisis estadístico se aplicaron los test de McNemar y Wilcoxon.

Se detectaron 21 eventos trombóticos: 11 arteriales, 9 venosos y un síndrome antifosfolípido catastrófico. Al comparar LESt vs. LESnt sólo se observaron diferencias significativas en: criterios al diagnóstico de LES (mediana 4 vs 3, respectivamente, $p=0.036$), actividad al diagnóstico de LES (12 vs 9, $p=0.047$), aCL IgG + (7/14 vs 0/14, OR indefinido, CI 95% 1.28–infinito, $p=0.023$) y β 2GP1 IgG + (6/12 vs 1/12, OR indefinido, CI 95% 1.28–infinito, $p=0.041$).

En este estudio se muestra una asociación entre la actividad de la enfermedad y la presencia de anticuerpos β 2GP1 y/o aCL isotipo IgG con trombosis. La prevención del daño vascular en los pacientes con LES debe considerar no solo los factores de riesgo convencionales sino también la inflamación generada por la actividad de la enfermedad.

78

OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES.**Evaluación de la conducta diagnóstica y terapéutica de los reumatólogos.**

AUTORES: de la Vega MC, Messina OD, Htal Argerich, GCBA, CIRO, CABA
INTRODUCCIÓN

Los glucocorticoides (GC) son ampliamente utilizados en la práctica clínica y se estima que entre el 0,5% y el 2,5% de los pacientes los utiliza. Uno de sus efectos adversos más importantes es la osteoporosis (OP), ya que más del 50% de pacientes bajo tratamiento sufren fracturas con la consiguiente morbi-mortalidad. Dosis tan pequeñas como 2,5 mg/día por más de 3 meses afectan la estructura ósea. Es muy importante el alerta que tenga el médico tratante para instaurar una correcta prevención en los pacientes expuestos a GC.

OBJETIVO

Evaluar la conducta preventiva para OP utilizada por los médicos con sus pacientes bajo terapia corticoidea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se enviaron, en el primer semestre de 2006, 1700 encuestas por e-mail a miembros de la ACR (American College of Rheumatology) que denunciaran actividad asistencial en la rama de Reumatología. Los cuestionarios eran anónimos y constaron de 12 preguntas relacionadas con el cuidado y prevención de OP.

RESULTADOS

Se recibió respuesta de 95 médicos que contestaron adecuadamente el cuestionario. Todos fueron reumatólogos y 6 denunciaron ser internistas también. La mayoría eran norteamericanos (53%), seguidos por sudamericanos (12%). La mayoría ejercía en forma privada (37%) y en universidades (36%). Los médicos utilizaban GC en el 69% de sus pacientes, siendo las dosis de más de 7,5 mg/día las utilizadas por el 54% de los médicos. El 73% de los profesionales había solicitado densitometría ósea y laboratorio con metabolismo fosfo-cálcico en algún punto del tratamiento. Solo el 13% había solicitado marcadores de turnover óseo y 36% niveles séricos de vitamina D. Al 66% de los pacientes no se les solicitó Rx de columna. Con respecto al tratamiento se prescribió calcio y vitamina D al 84%. Hubo una gran discrepancia en el nivel de corte para intervención con agentes antiresortivos; el 49% los indicaba con Tscore (Ts) menor a -1,5, el 23% con Ts menor a -2,0 y el 22% con Ts menor a -1,0. El 100% de los médicos prefirieron bifosfonatos orales como primera elección de tratamiento.

CONCLUSIONES

Evaluando estos resultados vemos que la proporción de especialistas que solicitan estudios e indican tratamiento para evitar fracturas en pacientes bajo terapia corticoidea sigue siendo baja. No hay uniformidad de criterios en el corte a partir del cual debe indicarse tratamiento específico antiresortivo. Debe profundizarse la difusión de los consensos elaborados por diferentes Sociedades especializadas en el tema.

79

ANCA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

Prada M. E., Carballo G., Chigamer E., Coraggio H., Juri M. C., Paolini M. V. Unidad Inmunología. Hospital Carlos G. Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Objetivos: Asociar la presencia en el laboratorio de ANCA p/c con manifestaciones de enfermedades autoinmunes.
Correlacionar el patrón de ANCA con los resultados de anti-PR3 y anti-MPO y con expresiones clínicas de dichas enfermedades.

Materiales y Métodos: Se revisaron las determinaciones de ANCA p/c por IFI y anti-PR3/MPO por ELISA realizadas entre los años 2001 y 2006, analizándose las historias clínicas de los pacientes cuyas muestras resultaron positivas y se encontraban en seguimiento por la Unidad de Inmunología del Hospital C. G. Durand, en búsqueda de enfermedades autoinmunes asociadas.

Resultados: De un total de 433 determinaciones de ANCA, 83 resultaron positivas, las cuales correspondían a 29 pacientes en seguimiento por nuestra Unidad. De este grupo, 17 eran ANCA p+, 10 eran ANCA c+ y 2 eran ANCA p+/c+.

Todos los ANCA c+ presentaron anti-PR3+. Un paciente tuvo en forma concomitante anti-MPO+. De los pacientes con ANCA p+, 10 mostraron anti-MPO+, 4 anti-MPO - y 3 presentaron anti-MPO+/anti-PR3+.

Las enfermedades asociadas fueron:

Pacientes ANCA c+: granulomatosis de Wegener, vasculitis leucocitoclastica y púrpura en miembros inferiores.

Pacientes ANCA p+: hepatitis autoinmune, glomerulonefritis paucimune endo y extracapilar, artritis reumatoidea, vasculitis leucocitoclastica, poliarteritis microscópica, glomerulonefritis necrotizante, psoriasis, hipotiroidismo, púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedad inflamatoria intestinal, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, síndrome de Raynaud, anemia hemolítica autoinmune, granulomatosis de Wegener y vasculitis pulmonar.

Conclusión: Los resultados positivos para las determinaciones de ANCA en el grupo de pacientes analizado estuvieron siempre asociados a enfermedades autoinmunes.

Todos los pacientes ANCA c+ anti-PR3+ mostraron vasculitis como condición clínica relacionada, mientras que la mayor parte de los pacientes ANCA p+ presentaron vasculitis cuando éste se hallaba asociado a anti-MPO+. En aquellos pacientes ANCA p+ con presencia concomitante de anti-MPO+ y anti-PR3+ y en los que mostraron anti-MPO -, las condiciones clínicas asociadas fueron diferentes a una vasculitis sistémica primaria.

80

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE ENTESOPATÍA EN ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS

Giacometti R, Larroudé MS, Cappuccio AM
 Hospital Francés, Buenos Aires

Introducción: La entesitis periférica es una manifestación típica de Espondiloartropatías Seronegativas (EASN). Radiológicamente se observan calcificaciones de partes blandas, erosiones subcondrales y neoformación ósea en sitios de inserción de ligamentos y tendones en estadios avanzados, de estas enfermedades.

Objetivo: Evaluar la capacidad de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en la detección precoz de entesitis periféricas en EASN.

Material y Método: Se estudian pacientes con EASN de ≤ 2 años de evolución con entesitis clínica definida como dolor y/o tumefacción en sitios de inserción de ligamentos y tendones, en ausencia de calcificaciones, neoformación ósea y/o erosiones en áreas de entesis, en radiología convencional. Se efectuó RNM (equipo <1,5T Philips Gygo Scan ACS-NT secuencias T1,T2 y short –tan inversion recovery STIR) de tobillos y codos clínicamente comprometidos.

Resultados: Se evaluaron 9 pacientes (5M/4F), edad 44,3 años (33-52), tiempo de evolución 15,6 meses (4-24) ; 6 de ellos con artritis psoriásica, 1 espondilitis anquilosante, 1 artritis reactiva, 1 EASN indiferenciada.

El compromiso clínico del calcáneo se vio en 7/9 (3 bilateral, 4 unilateral) el epicóndilo en 3/9. Un paciente presentó afectación simultánea de ambos calcáneos y del epicóndilo izquierdo.

En los pacientes con entesitis del calcáneo la RNM mostró tendinitis aquiliana en 3/7 casos, en uno asociado a edema óseo subcondral y en otro a bursitis aquiliana; tendinitis del tibial posterior en 3/7, en uno asociado a tenosinovitis del flexor común de los dedos y edema óseo subdular y tendinitis del peroneo lateral y flexor del primer dedo con edema de fascia plantar en 1/7.

En todos los casos de epicóndilitis se observó tendinitis de extensores del brazo en su inserción en epicóndilo, en dos casos asociado a bursitis olecraneana.

Conclusiones: RNM fue capaz de documentar, con excelente definición anatómica, el compromiso inflamatorio no sólo de la entesitis, sino de otros tejidos blandos y del hueso adyacente al sitio de inserción de tendones y ligamentos. La técnica STIR resultó útil para mostrar inflamación y edema de médula ósea, sin necesidad del contraste con gadolinio.

81

ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS (EASN) DE RECIENTE INICIO

Cappuccio A, Giacometti R
 Hospital Francés, Buenos Aires

Objetivos: Evaluar características clínicas diagnósticas por imágenes y tratamiento en pacientes con (EASN) de reciente inicio.

Material y método: Se estudiaron 26 pacientes (F13/M13) edad promedio 38,2 años (20-59) con EASN de < de 2 años de evolución entre Octubre de 2004 y Mayo de 2007 considerándose tipo de EASN, HLA B27, agregación familiar, manifestaciones clínicas, radiología de sacroilíacas, columna y áreas de entesis, tratamiento. Se efectuó RNM de articulaciones sacroilíacas (equipo <1,5T Philips Gygo Scan ACS-NT secuencias T1,T2 y short –tan inversion recovery STIR) en pacientes con lumbalgia inflamatoria y radiología normal.

Resultados: Tiempo de evolución 16 meses (2-24).

16/26 (61,5%) artritis psoriásica (criterios Vasey y Espinosa '84), 4/26 (15,3%) Espondilitis Anquilosante (EA) (criterios Nueva York modificados 84), 4/26 (15,3%) artritis reactivas, 1/26 (3,8%) artritis asociada a colitis ulcerosa y 1/26 (3,8%) EASN indiferenciada.

HLA B27 fue positivo en 8/26 pacientes (30,7%) todas las EA, 3 artritis reactivas y 1 artritis psoriásica. 4/26 pacientes (15,3%) tenían agregación familiar.

En artritis psoriásica 14/16 pacientes presentaron afectación cutánea previa y 2/16 concomitante. Oligoartritis asimétrica fue la manifestación inicial más frecuente (13/16), 3 pacientes presentaron poliartitis 3 pacientes fueron seropositivos para el factor reumatoideo. Entesopatías se vieron en 15/16, 11/15 aquiliana, 2 tibial posterior, 2 epicóndilo, Lumbalgia inflamatoria en 6/18 y dactilitis en 4/16.

Todos los pacientes con EA tuvieron lumbalgia inflamatoria, otras manifestaciones: dorsalgia, oligoartritis asimétrica, cervicalgia, tendinitis aquiliana, uveítis y fatiga.

Las artritis reactivas se asociaron a Chlamydia 2/4, Salmoneila 1/4, Mycoplasma 1/4. Presentaron inicialmente oligoartritis simétrica; seguida por lumbalgia y epicóndilitis.

Con respecto al diagnóstico por imágenes, en artritis psoriásica hubo coincidencia clínico radiológica en 4 pacientes con sacroilíitis mientras que 2 casos con radiología normal tuvieron edema óseo y erosiones en RNM. Los pacientes con EA tuvieron sacroilíitis grado 1-2.

3 pacientes con artritis reactiva con lumbalgia tuvieron sacroilíitis en RNM y solo 1 de ellos en radiografía, la paciente con colitis ulcerosa tuvo sacroilíitis grado 3. Síndromes moftos se observaron en 2/16 pacientes con artritis psoriásica y en 1 con artritis reactiva. Ningún paciente con entesopatía periférica tuvo hallazgos radiológicos.

17/26 pacientes recibían Metotrexato (entre 7,5-17,5 mg/sem) en 11 casos con aines y en 4 con Etanercept; Los pacientes con artritis reactivas recibían Sulfazalacina y Aine en 2 casos y asociada a antibióticos en 2 casos. La paciente con colitis ulcerosa Aine sulfazalacina y metilprednisolona 20mg /día. 4/26 pacientes recibían sólo aines.

Conclusiones: oligoartritis asimétrica, entesitis periférica y lumbalgia inflamatoria fueron las manifestaciones iniciales más frecuentes en este grupo de pacientes. La agregación familiar tuvo menor prevalencia que en otras series, al igual que HLA B27 si bien el 61,5% tenían artritis psoriásica. RNM mostró signos precoces de inflamación sacroilíaca en 4 pacientes con radiología normal.

82

ANTICUERPOS ANTICITRULINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Cecilia A. Asnafl¹, Alejandro Nitsche¹, Marta Costa¹, Isabel Canseco²,
Servicio de Reumatología¹ y Sección Inmunología de Laboratorio Central²,
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los anticuerpos anticitrulina (anti-CCP) son marcadores específicos y pronósticos en pacientes con artritis reumatoidea y han sido reportados en otras enfermedades.

Objetivos: a) analizar los diagnósticos reumatológicos y las características clínicas y de laboratorio de los pacientes tanto anti-CCP (+) como anti-CCP (-), y b) evaluar la utilidad de la determinación de anti-CCP en nuestra práctica clínica para ambos grupos de pacientes.

Métodos: estudio retrospectivo por revisión de las historias clínicas de pacientes adultos con determinación de anti-CCP durante el período abril del 2005 a mayo del 2006. Todos los pacientes tenían manifestaciones articulares inflamatorias al examen físico, siendo éste el motivo de la determinación.

Se incluyeron un total de 285 pacientes. Análisis: factor reumatoideo (FR), anticuerpos antinucleares (ANA), diagnóstico reumatológico, daño radiológico y tratamientos farmacológicos. La determinación de anti-CCP se realizó por Elisa Quanta Lite TM y se expresó en unidades arbitrarias (UA): negativo (-): <20 UA; (+) débil: 20-39 UA; (+) moderado: 40-59 UA y (+) fuerte: >60 UA. Se utilizó Java Statac, tabla de 2x2, para el cálculo de OR.

Resultados: 285 pacientes con manifestaciones inflamatorias articulares y determinación de anti-CCP fueron analizados. 225 fueron anti-CCP (-) y 60 anti-CCP(+).

Pacientes anti-CCP (+) (n=60): sexo femenino 83.5%, edad 56.4 años (25-84)

anti-CCP (+) fuerte: (n=45). Diagnósticos: artritis no específica / artralgiás / tenosinovitis: n=9

(20%); EMTIC: n=2 (4.4%); reumatismo palindrómico, n=1 (2.2%), síndrome de Sjögren n=1(2.2%);

LES: n=1(2,2%) y AR: n = 31 (68,9%). Los pacientes de este grupo tenían enfermedades de mayor

tiempo de evolución comparados con los grupos de títulos menores: 54 vs 34 meses. La presencia

de erosiones: OR 5,9 (IC 95% 1,21-27,23), fue el único hallazgo estadísticamente significativo. Los

títulos elevados de anti-CCP se asociaron con los diagnósticos de AR: OR: 3,2 (95% IC 0,93 -

11,04); positividad de FR: OR:2,01 (95% IC 0,62-6,53) y tratamiento con esteroides: OR:2,60

(95% IC 0,47-14,54), pero sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

anti-CCP (+) moderado: (n=4): Diagnósticos: AR: n=2 (50%), artritis no específica / artralgiás /

tenosinovitis: n=1 (25%), linfoma n=1 (25%).

anti-CCP (+) débil: (n=11) Diagnósticos: AR: n=5 (45,5%), artritis no específica / artralgiás /

tenosinovitis: n=5 (45,5%) y enfermedad de Crohn: n=1 (9%).

El resultado de positividad a anti-CCP contribuyó a modificar nuestra conducta terapéutica en 19

de los 60 pacientes.

Pacientes anti-CCP (-) (n=225): sexo femenino 82%. Edad: 53,4 años (18-84)

Diagnósticos: artritis no específica / artralgiás / tenosinovitis: n=124 (55,1%), osteoartritis: n=47

(21%), EASN:n=17 (7,5%), EMTIC: n=12 (5,3%), polimialgia reumática: n=7 (3,1%);

condrocilomatosis: n=8(3,5%). Sólo 10 (4,4%) de 225 anti-CCP (-) tenían diagnóstico de AR y 3/10

tenían FR (+).

Conclusiones: altos títulos de anti-CCP se asociaron significativamente a AR y erosiones. El

tratamiento se modificó en 19/60 pacientes con el resultado de anti-CCP (+), especialmente en

títulos altos. Sólo 10/225 pacientes anti-CCP (-) tenían AR. Resultados negativos de anti-CCP no

excluyen diagnóstico de AR. En pacientes con bajo pre-test clínico para diagnóstico de AR el

resultado fue siempre negativo.

83

MÚLTIPLES ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN UNA PACIENTE QUE DESARROLLA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

Carvetto V., Brusco M., Pringe A., Cuttica R.
Hospital Pedro Elizalde, Reumatología, Buenos Aires Argentina.

Objetivo: Comunicar una paciente que inicia una AI de comienzo oligoarticular, posteriormente Enfermedad de Takayasu y finalmente desarrolló una Leucemia Mieloide Crónica.

Caso Clínico: Paciente de 17 años que inicia su enfermedad a los 8 años de edad con sinusitis de ambas rodillas, rigidez matinal e impotencia funcional, con reactantes de fase aguda elevados, FAN, AntiDNA y FR negativos. Se define el diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil de comienzo y curso oligoarticular. Presentó buena respuesta al tratamiento con AINES y requirió artrocentesis terapéuticas en varias oportunidades. A 4 años del inicio de su enfermedad la paciente se presenta con cefalea y dolor abdominal posprandial, ausencia de pulso radial en miembro superior izquierdo y soplo abdominal. Frente a la sospecha de vasculitis de grandes vasos, Arteritis de Takayasu (AT), se realiza arteriografía que muestra obstrucción severa de mesenterica inferior (MI) y tronco celíaco (TC), con moderada estenosis de arterias renales y obstrucción total de mesenterica superior con irrigación por circulación colateral. Persiste con reactantes de fase aguda elevados y serología negativa. Inicia tratamiento con pulso de esteroides, metotrexate semanal y se realiza angioplastia con colocación de Stent MI y TC. Durante el curso de su enfermedad evoluciona con cefaleas, amблиopia, imágenes destellantes e hipertensión arterial, frémito carotídeo, constatándose por arteriografía estenosis severa de arterias renal derecha, oclusión parcial de Stents MI y TC. Se decide suspender metotrexate por falta de respuesta e inicia tratamiento con ciclofosfámidia vía oral y amiodipina. A 4 meses de dicho tratamiento la paciente presenta una parálisis del recto externo de ojo derecho en forma aguda, observando por angio RNM compromiso severo de SNC con estenosis concéntrica de ambas porciones terminales de Carótidas internas, estenosis corta de cerebral anterior derecha y unión vertebrobasilar bilateral, con baja señal de la arteria cerebelosa superior derecha por probable bajo flujo. Persiste con eritrosedimentación 60mm, FAN, antiDNA, FR, antiENA, ANCAp y ANCAc negativos y Anticardiolipinas positivas. Biopsia arteria temporal normal. Se inicia pulso de esteroides y ciclofosfámidia intravenosa mensual. Durante el último año de su enfermedad comienza con episodios de hipercoagulabilidad observando trombotocitosis que llega a valores de plaquetas, inicia tratamiento con ticlopidina. Posteriormente presenta leucocitosis con desviación a la izquierda y persistencia de trombotocitosis, realizando estudio citogenético en el cual se observo 19,22, arribándose al diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC). En el curso del tratamiento de su leucemia mielode se embarazó, se suspendió el tratamiento y a las 34 semanas presenta un preclíptico de placenta que motiva un parto por cesárea con un recién nacido pretérmino de sexo masculino que evolucionó normalmente.

Conclusión: Por la distancia temporal entre el comienzo de la artritis y los signos de enfermedad de Takayasu, se concluye que estaríamos frente a la coexistencia de más de una enfermedad del tejido conectivo y desarrollo ulterior de Leucemia Mieloide Crónica en la misma paciente. En nuestro conocimiento no hay comunicación de casos de este tipo de leucemia en pacientes con Enfermedad de Takayasu.

84

INFECCIONES EN PACIENTES EXTERNOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Álvarez D, Micelli M., Gusi S., Kerzberg E. Servicio de Reumatología del Hospital Ramos Mejía (HRM) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las infecciones en LES permanecen como la principal causa de morbilidad mortalidad.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la incidencia y tipificación de las infecciones en pacientes externados con LES.

Material y Métodos:

Se estudiaron 50 pacientes con LES (criterios: ACR 1982), que fueron evaluados con un intervalo de 3 meses, provenientes del consultorio externo, durante un período de 1 año.

Participaron pacientes externados sin infecciones (que no recibieron ATB oral o parenteral) en los tres meses previos a entrar al estudio y con LES activo o inactivo. La actividad de la enfermedad fue evaluada por SLEDAI 1 y SLEDAI 2, al inicio de la infección y a los tres meses de control, y se clasificó en tres grupos: porcentaje de pacientes con SLEDAI de 0 a 3 (Inactivo), mayor de 3 hasta 12 (leve a moderado) y mayor de 12 (severo) (ACR). Se registraron aquellas infecciones que fueron confirmadas clínicamente o por cultivos positivos.

Se clasificaron como infección mayor (requirió hospitalización y terapia ATB), infección menor (no requirió hospitalización y fueron tratadas con ATB vía oral), infección única (un organismo patógeno), infección múltiple (varios patógenos), infecciones virales agudas u oportunistas. Se evaluó en cada paciente laboratorio: hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, creatinina, proteinuria de 24 horas, anti-DNA, C3, C4, nivel de educación (menos y más de 12 años) y el nivel de ingreso de acuerdo al Índice de pobreza (mayor o menor de \$ 300).

Resultados:

Después de 12 meses de seguimiento, de 50 pacientes con LES, 30 pacientes (60%) presentaron alguna manifestación de infección, con una edad media de 34,63 años +/-13,05, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 75,55 meses +/-38,85, 94% recibió prednisona y la dosis media fue de 18,61 mg/día +/-18,96, 70% estaba recibiendo inmunosupresores V.O y la actividad de la enfermedad evaluada por SLEDAI fue al inicio de 10 pacientes de 30 (33,33%) de 0 a 3, 19/30 (63,33%) mayor de 3 a 12, 1/30 (3,33%) mayor de 12 y a los tres meses los valores fueron 21/30 (70%) hasta 3, 9/30 (30%) mayor de 3 a 12 y ningún paciente mayor de 12. Con un nivel socioeconómico bajo (menor de \$300) del 50%(15/30), 13/ 30 (44 %) tuvieron un nivel de educación mayor a 12 años. Cuando se compararon estos índices entre pacientes con LES y con sin infecciones no hubo diferencias significativas.

Cuando se analizaron los sitios de infección de acuerdo al orden de frecuencia el compromiso fue: cutáneo mucoso (26,1%), urinario (20%), gastrointestinal, vías aéreas superiores y sistémicos viral (13,3%), pulmonar (10%), genital (3,33%).

Cuando se comparó la actividad de la enfermedad en el grupo LES con infecciones al inicio y a los tres meses se observó mayor actividad renal (13/30=43,3% vs. 6/30=20%) y mayor actividad extrarenal (18/30=60% vs. 7/30=23,33%).

Conclusiones:

1-60% de los pacientes externos con LES tuvieron alguna infección, no habiendo diferencias entre este grupo y el de LES sin infección

2-Las infecciones más frecuentes fueron: cutáneo-mucosa (26,1%) y urinaria (20%).

3-Al inicio de la infección los índices de actividad de la enfermedad (SLEDAI, actividad renal y extrarenal) fueron mayores que a los tres meses.

85

HOSPITALIZACIONES DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Albin M., Sequeira G., Gusi S., Kerzberg E. Servicio de Reumatología del Hospital Ramos Mejía HRM. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las hospitalizaciones de los pacientes con LES son complicadas y prolongadas.

El objetivo de este trabajo fue evaluar las causas y características de las hospitalizaciones de pacientes con LES.

Material y Métodos:

Se evaluaron retrospectivamente 35 pacientes con LES, 62 internaciones, en el servicio de clínica médica del HRM durante el período marzo 1999 hasta febrero 2003. De cada paciente se analizaron: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, estadía hospitalaria en días, actividad de la enfermedad (SLEDAI 1 y 2), motivo de admisión, diagnóstico de egreso (de reciente diagnóstico, recaída/exacerbación (RE), órganos afectados, infecciones (demostradas, empíricas, concomitantes), medicaciones recibidas, intercurencias, situación al egreso (alta, derivación a UTI, otro centro, muerte) y readmisiones.

Resultados:

De los 35 pacientes, 85,7 % (30/35) fueron mujeres, con una edad promedio de 37,3 años (18-81), con 2,66 años (0-13) como tiempo promedio de enfermedad, El promedio de número de internaciones por paciente fue de 1,77 (1-5) y su duración de 20,9 días (1-92). 13/35 (37,1%) no tenía diagnóstico al momento de la internación. El SLEDAI 2 promedio por internación fue de 9,9 (0-24). El 67,2% recibió corticoides al ingreso con una dosis promedio de 31,76 mg de prednisona diaria y 13% inmunosupresores en su mayoría azatioprina. Los diagnósticos más frecuentes fueron: RE: 27,4%; procedimientos diagnósticos o terapéuticos: 19,35% y causas mixtas 17,74%. En cuanto a las infecciones como motivo aislado fueron un 14,5 % (58,5% empíricas). Los tipos de infecciones más frecuentes fueron: cutáneo-mucosa, respiratoria y gastrointestinal. De los egresos por RE, el 25% presentó concomitantemente un cuadro infeccioso. Cuando se compararon las características de los pacientes con RE vs. Los internados por otros motivos no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, tiempo de evolución de la enfermedad, número de criterios y dosis de corticoides.

Durante el tiempo de internación se registraron intercurencias en el 19,35% de los pacientes. Las infecciones ocuparon el primer lugar 75%, con una estadía hospitalaria mayor que los sin intercurencias (42,6 días vs. 17,74) y con un SLEDAI 2 mayor (11,25 vs. 7,6).

En cuanto a la situación de egreso el 91,9% de los pacientes fue dado de alta hospitalaria, 3,2% se derivó a otro servicio, 3,2 a UTI y un paciente se externó voluntariamente. No se registraron muertes. Hubo 17/35 (48,6%) de readmisiones, 35% de los cuales tuvieron 2, 17,5%; 3 y un paciente: 4 readmisiones. El promedio de días de readmisiones fue de 129,8.

Conclusiones:

1-Las pacientes con LES internados tenían un tiempo breve de enfermedad de base, con un promedio de 1,77 internaciones y una duración de casi tres semanas.

2-El 37% no tenía diagnóstico al momento de la internación y el índice de actividad fue alto 9,9.

3-Recaída/Rebote fue el diagnóstico más frecuente con 27,4%

4-Las infecciones aisladamente representaron un 14,5%, siendo las cutáneo-mucosas y las respiratorias las más frecuentes.

5-48,6% tuvieron readmisiones

86

LOS COMPLEJOS INMUNES INHIBEN LOS PROCESOS DE MADURACIÓN Y FUNCIÓN DE CÉLULAS DENDRÍTICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): DEFECTO EN LOS NIVELES DE IL-12 Y ALTERACIÓN DEL PERFIL DE QUEMIOQUINAS.

Fourcade M¹⁽²⁾⁽³⁾, Laborde E¹, Secco A¹, Salvatierra G¹, Giagnorio M¹, Isturiz M⁴, Romanini F¹, Fonseca L¹, Cutri M¹, Catalán Pellet AC¹, Vulcano M¹.

⁽¹⁾ Servicio de Reumatología, Hosp. Rivadavia y ⁽²⁾ Lab. Microbiol. e Inmunol, Dep. de Patol. Fac. de Med., ⁽³⁾ Dep. de Biología CBC UBA, Lab. de Inmunol. Acad. Nac. de Medicina.

Introducción: El LES, se caracteriza por la presencia de complejos inmunes (CI) circulantes, relacionados con inflamación y daño en múltiples órganos. Las células dendríticas (DC) son células "Profesionales" presentadoras de antígenos, fundamentales en la regulación de las respuestas inmunes innatas y adaptativa. Los monocitos (Mo) son precursores de DC in vitro e in vivo.

Objetivo: Se investigó los efectos de CI sobre la maduración, función y la relación de los niveles de citoquinas y perfil de quemoquinas de DC derivadas de Mo en controles y en pacientes LES.

Pacientes y métodos: El diagnóstico de LES se efectuó según ACR y controles normales. Los pacientes con LES tratados NSAIDs y voluntarios sanos control. Se purificaron Mo de sangre periférica, se cultivaron con GM-CSF e IL-4 con y sin CI estimulados con LPS. Preparación de CI de IgG de conejo anti-ova por cromatog. de afinidad. Citomet. de Flujo anti CD86, CD83, CD40, Med. de citoquinas y quemoquinas por ELISA, IL-12, IL-10, CXCL8, CCL3, CCL22, CCL2. Test de Endocitosis por FITC-Dextran. Ensayo de proliferación T por incorporación de Timidina tritiada. Diseño Experimental: Preadfínico-Clinico ensayos in vitro. Test de Student pareado CI 95% p<0.05. **Resultados:** Cultivo celular de CD plus CI: 41.7±9.3 y sin CI: 61.0±7.0% means±SD, n=20, p<0.001, el recuadro celular de cultivo de pacientes con LES fue menor 25.7±3.2. Las CD plus LPS induce su maduración, se midió la Intensidad media de fluorescencia (MFI): para marcadores de maduración CD83: DC sin LPS =14±3.2%, DC plus LPS=30±5.7%, DC plus CI=18±2.4%, DC plus CI+LPS=22±3.1%. Para CD86: DC=156.2±49.2%, DC plus LPS=505.3±102%, DC plus CI=347.5±56.8%, DC plus CI+LPS=477.8±39.2%. Para CD40: DC=366.0±91%, DC plus LPS=666.7±81%, DC plus CI=561.0±86%, DC plus CI+LPS=683.2±80%. means±SD % de MFI, n=12, valores de p vs. DC: *, p=0.001, ** p=0.02 y *** p=0.01. La maduración de DC está asociada a la secreción de IL-12. Sobrenadantes de cultivos de DC inmaduras, DC estimuladas con LPS y DC plus CI, la DC madura secretó altos niveles de IL-12, la DC plus CI+LPS tuvo 60.1±5.2% de inhibición de secreción de IL-12 p<0.02, n=6 vs controles normales. La secreción de IL-12 de DC inmaduras de pacientes con LES 2.1±0.3 y DC LES madura 5.3±0.1 ng/ml means±SD, n=8. Los niveles de IL-10 de pacientes con LES no difieren del control. El Test de endocitosis de CD plus CI fue menor vs DC diferenciadas. La expresión del receptor de manosas fue defectivo en DC plus CI con respecto a DC diferenciadas. Ensayo de proliferación, las DC plus CI+LPS baja respuesta proliferativa de linfocitos T respecto de DC diferenciadas. Niveles elevados de quemoquinas CXCL8 p=0.005 y CCL2 p=0.02 de DC plus CI inmaduras vs DC maduras. **Conclusiones:** 1) Las DC LES en presencia de CI presentan defectos en la captura antigénica. 2) Poca secreción de IL-12 se relaciona con fallas en la maduración y baja respuesta T alógena. 3) Las DC plus CI secretan elevados niveles de quemoquinas. Clinicamente el perfil observado in vitro podría reflejar un desbalance TH1/TH2 del LES (bajos niveles de IL12) y podría explicar la mayor incidencia de infecciones en pacientes con LES.

87

PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE Y FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CHILENOS CON HISTORIA DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Borzutzky A.¹, Kraus J.², Talesnik E.^{1,2}, Godoy I.³, Hoyos R.², Arnaiz P.^{1,3}, Acevedo M.³, Gutierrez M.⁴

¹ Departamento de Pediatría, ² Estudiante de Medicina, ³ Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, ⁴ Departamento de Reumatología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) produce inflamación endotelial, lo cual puede llevar a dilatación y aneurismas de arterias coronarias y periféricas. Estudios previos sugieren que estos pacientes podrían presentar disfunción endotelial y marcadores de riesgo cardiovascular elevados, lo que podría predisponer a eventos cardiovasculares largo tiempo después de haber presentado la EK.

Objetivo: Determinar el perfil de riesgo cardiovascular y la función endotelial en niños chilenos con antecedente de EK.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de casos y controles. Se reclutó 11 pacientes con historia de EK (edad 10,6 ± 2,0 años, intervalo desde el episodio 8,1 ± 3,6 años) y 11 controles pareados por edad, sexo y z-score de índice de masa corporal. Solo uno de los niños con historia de EK presentaba aneurismas coronarios persistentes. Se evaluó presión arterial (PA), perfil lipídico, proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) y dilatación mediada por flujo dependiente de endotelio en arteria braquial (DMF).

Resultados: Se encontró una diferencia significativa en la concentración media y en forma logarítmica de la PCRus entre el grupo con EK y los controles (2,3 ± 3,0 mg/L vs 0,5 ± 0,3 mg/L, P=0,045). Ninguno de los pacientes con PCRus elevada presentaba aneurismas coronarios persistentes. No se encontró diferencia entre ambos grupos en términos de z score de PA sistólica. El z score de PA diastólica fue significativamente mayor en el grupo con EK (P=0,039). No hubo diferencias entre ambos grupos en DMF. Colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos resultaron normales en grupo de casos, sin diferencias significativas con grupo control.

Conclusión: Este estudio muestra que niños chilenos con historia de EK tienen niveles de PCRus elevados, independiente de la presencia de lesiones coronarias, lo que reflejaría inflamación persistente de bajo grado y podría constituir un factor de riesgo cardiovascular. El valor pronóstico de la PCRus en estos pacientes requiere mayor investigación.

Este estudio fue financiado mediante Proyecto de Becado PG29-05 de la Dirección de Investigación de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

88

DESARROLLO PSICO SOCIAL Y SOMÁTICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA (FM)

Estudios Preliminares M.C.Lunin; G. Nasswetter; B. Hishishinya.

División Reumatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, H.S.Pau, BCM

INTRODUCCIÓN: Publicaciones previas refieren que los niños nacidos pretérmino, y/o los que presentaron bajo peso para su edad gestacional al momento del parto, tienen mayor frecuencia de enfermedades físicas y psicológicas (entre ellas depresión en un 52% de los casos) en el curso de su vida. Las dificultades en el aprendizaje o la adaptación social en la escolaridad, son considerados también índices indirectos de dificultades en la adaptación normal.

OBJETIVO: Comprobar la presencia de índices indirectos de dificultades en el desarrollo psico-social, de existencia previa a la aparición de los síntomas en pacientes con FM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se encuestaron 65 pacientes con FM, de 56 años de edad media; 60 mujeres y 5 hombres. La encuesta se preparó con el fin de determinar si los pacientes con FM presentaban característica en su desarrollo que pudieran considerarse un factor predictivo.

RESULTADOS

- 1) Los pacientes atribuyeron su enfermedad a: 9/65(14%) a un accidente, 10/65(15%) a operaciones, 48/65(74%) a estrés, 7/65(11%) a infecciones 3/65(5%) a la ingesta de medicamentos, y 3/65(5%) con tóxicos. Algunos lo hicieron a más de una causa.
- 2) En esta muestra de pacientes con FM: 59/65(90.76%) nacieron de término (9 meses); 1/65(1.53%) de siete meses, 4/65(6.15%) de 8 meses y uno(1.53%) no recordaba.
- 3) Respecto al peso al nacer: 2/65(3.08%) pesaban igual o menos de 3000grs, 15/65(23%) entre 3001 y 3600grs y 2/65(3%) más de 3600grs. 36/65(56%) desconocían el dato.
- 4) Según el lugar en la familia, se halló mayor frecuencia de hijos menores 25/65(39%), luego mayores 18/65(28%) y del medio 14/65(22%) hubo sólo 4/65(6%) hijos únicos y cuatro no contestaron.
- 5) En dificultades de socialización: 23/65(35%) mostraron dificultades en la relación con los compañeros, que predominó en la pubertad y 15/65(23%) las tuvieron en todos los grados De todos ellos 38/65(59%) se reconocieron tímidos, y 12/65(18%) sintieron que sus compañeros eran agresivos, a 26/65(40%) les costaba hacerse respetar por los demás, y 17/65(26%) refieren haber sido molestados habitualmente. 34/65(52%) declaró haber tenido dificultades para enfrentar situaciones nuevas, y 29/65(45%) le sigue costando hacerlo aún hoy.
- 6) 18/65(28%) vive solo, y 6(9.23%) no ha tenido pareja, 17/65(26%) no tienen hijos.
- 7) 30/65(46%) no trabajan, 32/65(49%) alguna vez trabajaron, sólo 7(9.5%) dejaron por razones de salud, 32/65(49%) consideró su rendimiento bueno o regular debido a la enfermedad.
- 8) Las conductas adictivas sólo 11/65(17%) fuma, sólo 9/65(14%) beben un promedio de 2 vasos de vino por día, no hubo consumo de drogas.

Conclusión
No se comprueba en esta muestra mayor frecuencia de pretérminos o de bajo peso al nacer, y sí una mayor frecuencia de hijos menores. Los pacientes con FM encuestados no mostraron déficits en el área cognitiva, y si evidenciaron déficits en el área de socialización: timidez, dificultad en hacerse respetar y en afrontar situaciones nuevas, y ser centro de escarnio habitual. Otro índice indirecto evaluado fue la mayor proporción de personas solas (27.69%) que el de población del mismo grupo etario para un valor de población en la Ciudad de Bs As de 8.47% (p<0.001). Es de destacar la cantidad de pacientes sin hijos 26.15% para un valor de población de la ciudad de Bs As de 17.19% (p<0.005) y la media país 9.35% a la misma edad.

89

MORTALIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA EN UN CENTRO DE ROSARIO

Navarro S., Sacnún M, Prigione C, Sánchez G, Gallo R

Hospital Provincial de Rosario, Servicio de Reumatología y Colagenopatías, ROSARIO.SANTA FE

OBJETIVOS: determinar el número de muertes en pacientes portadores de artritis reumatoidea de una cohorte de la población de nuestra ciudad atendidos en el Hospital Provincial de Rosario. Identificar las causas de las mismas.

MATERIAL Y METODOS: todos los pacientes cumplían con 4 criterios de la ACR 1987 para la enfermedad. Se realizó una revisión retrospectiva de los registros de historias clínicas tomadas al azar de 235 pacientes portadores de artritis reumatoidea atendidos en este servicio desde 1985 hasta la fecha. Del total, 179 (76%) fueron mujeres y 56 (24%) varones. La edad de los pacientes osciló en un rango entre 17 y 81 años (media 52 años). El tiempo de evolución de la enfermedad fue entre 1 y 38 años, con una media de 11 años. El seguimiento en nuestro servicio fue entre 1 y 24 años con una media de 7 años. Se registraron cada uno de los fallecimientos constatado por los especialistas de nuestro hospital, identificando causas de muerte. Se determinó además en qué porcentaje hubo pérdida de seguimiento.

RESULTADOS: del total de 235 historias clínicas revisadas, 7 pacientes (3%) fallecieron durante el tiempo de seguimiento en nuestro servicio. De los fallecidos, 5 fueron mujeres y 2 hombres. Registramos como causas de óbito: tres casos de origen cardiovascular, tres de sepsis generalizada y uno de adenocarcinoma de pulmón. Existió una pérdida de seguimiento en 65 pacientes (29%) del total.

DISCUSIÓN: existe en pacientes portadores de artritis reumatoidea una disminución en la expectativa de vida. La muerte se produce en general como consecuencia de las complicaciones articulares (subluxación atlanto axoidea, sinovitis cricoartriteoidea e infección de articulaciones afectadas) y extraarticulares (síndrome de Felty, síndrome de Sjögren, complicaciones cardiovasculares y vasculitis diseminadas) o por los efectos secundarios del tratamiento. La probabilidad de muerte depende de la gravedad de estas complicaciones. Nuestro análisis es coincidente con otros reportes en relación a las causas de mortalidad, siendo éstas de origen infeccioso, cardiovascular y por cáncer.

90

LES Y EMBARAZO: EVOLUCIÓN Y RESULTADO EN NUESTRAS PACIENTES

L. Onetti, A. Ruffin, S. Gamron, G. Barberis y C.M. Onetti

Servicio de Reumatología, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica que es más frecuente en mujeres en edad fértil. Habitualmente no compromete la fecundidad pero habitualmente se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.**Objetivos:** analizar la evolución del embarazo en pacientes con LES y la influencia de la enfermedad en su resultado.**Pacientes y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 42 embarazos en 31 pacientes afectadas de LES (ACR) que concurrieron al Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba entre los años 1985 y 2006. Las pacientes tenían edades con rango entre 19 - 56 años, con una media etaria de 27,8 años. Los datos fueron analizados con el utilitario SPSS para Windows.**Resultados:** 28 pacientes padecían de LES antes del embarazo, una de ellas lo desarrolló antes de su 3º gestación. 2 pacientes empezaron su enfermedad después del parto, en un caso después del 6º. Los signos y síntomas más frecuentes fueron artritis, anemia, alopecia y fotosensibilidad. 22 pacientes presentaron nefropatía lúpica y 19 reunieron criterios para SAF. Los datos de laboratorio mostraron aDNA (+) en 24, aCL IgM (+) en 13 y aCL IgG (+) en 15. El AL fue (+) en 9.

De los 42 embarazos estudiados, 23 (54,76 %) llegaron a término, con niños vivos, 19 (82,6 %) de ellos pesaron entre 2,5 - 3,5 kg. 17 embarazos (40,7 %) terminaron en aborto espontáneo, la mayoría de ellos en el primer trimestre. 7 de las pacientes que abortaron (41,17%) presentaban compromiso renal. De 26 embarazos de pacientes con LES y SAF, 14 (53,84 %) concluyeron exitosamente. No se tienen datos de 2 pacientes.

Todas las pacientes fueron medicadas durante el embarazo: esteroides (100%), hidroxilcloroquina (30,95 %), AAS y heparina (las pacientes portadoras de SAF). Una de las pacientes con SAF logró un embarazo exitoso luego de 6 abortos, con el uso de AAS y heparina.

Conclusión: La evolución del embarazo en las pacientes con LES estudiadas en nuestro centro fue buena, a pesar de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Hubo más abortos espontáneos en las pacientes con nefropatía y/o SAF. Los resultados obtenidos coinciden con la mayoría de las series publicadas.

91

ASPECTOS CLÍNICOS Y EVOLUTIVOS EN PACIENTES CON ESPONDILIOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO. (RESULTADOS PRELIMINARES)

Ruffin A.E*, Figueredo H.M*, Musano E*, Onetti L*, Gamron S*, Barberis G*, Onetti C.M.*. S. de Reumatología - UHM1*. Hospital Nacional de Clínicas, F.C.Médicas, U.N. de Córdoba.

Objetivos: Valorar las características clínicas y evolutivas en pacientes con diagnóstico de espondilioartropatías seronegativas que consultaron y/o fueron derivados al Servicio de Reumatología (UHMI Nº 1 HNC) en los últimos 10 años.**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 44 pacientes, de los cuales 20 fueron mujeres, representando el 45.5 % y 24 varones (54.5 %), media etaria 45; rango 18-71 años. Los datos fueron analizados con el utilitario SPSS para Windows, realizándose un trabajo estadístico de tipo descriptivo retrospectivo.**Diagnósticos:** Artritis psoriásica 26 (59.1%), espondilitis anquilosante 9 (20.1%), artritis reactivas 7 (15.9%), artritis asociadas a enteropatías 2 (4.5%).**Compromiso articular:** Los pacientes que manifestaron compromiso en columna cervical: 13 (29.5%), compromiso columna dorsal: 7 (15.9%), columna lumbar: 18 (40.9%), sacroiliaca: 18 (40.9%), sacroiliitis bilateral: 12 (27.3%), sacroiliitis unilateral: 5 (11.4%), sacroiliitis no especificada 1 (2.3%), coxofemoral: 10 (22.7%), rodillas: 30 (68.2%), metatarsfalángica: 16 (36.4%), tobillos: 26 (59.1%), manos: 27 (61.4%), codos: 10 (22.7%), hombros: 7 (15.9%).**Compromiso extraarticular:** Compromiso ocular: queratitis 1 (2.3%), iritis 1 (2.3%), iridociclitis 2 (4.5%), escleritis 1 (2.3%), conjuntivitis 4 (9.1%), uveítis 3 (6.8%). Compromiso piel: eritema nodoso 3 (6.8%), psoriasis 21 (47.7%), queratodermia blenorragia 1 (2.3%), hiperdermia gangrenosa 1 (2.3%).**Compromiso faríngeo:** oníxia 2 (4.5%), psoriasis 18 (40.9%). **Compromiso mucocutáneo:** eritema 6 (13.6%), úlcera 1 (2.3%). **Otras manifestaciones:** miocardio 2 (4.5%), aorta 1 (2.3%). **Enteropatías:** 9 (20.5%). **Patologías asociadas:** hipertensión arterial 4 (9.1%), diabetes tipo II 6 (13.6%), neuropatía 1 (2.3%), trastornos intestinales 3 (6.8%), osteoporosis 2 (4.5%), hipotiroidismo 2 (4.5%).**Tiempo de evolución entre el comienzo de los síntomas y la consulta:** el 51.2% de los pacientes consultan después de los 12 meses del comienzo de sus síntomas (media 38.6 meses, rango 3-360).**Tiempo de evolución de la patología:** media de 53.3 meses y rango de 3-360. **Tratamiento:** Se realizó tratamiento a todos los pacientes con AINES: diclofenac 8 (18.2%), ibuprofeno 3 (6.8%), naproxeno 9 (20.5%), meloxicam 7 (15.9%), indometacina 6 (13.6%), etoricoxib 3 (6.8%), paracetamol 6 (4.5%), metotrexato 30 (68.2%), leflunomida: 9 (20.5%), esteroides: prednisona: 9 (20.5%), meprednisona: 16 (36.4%), ACTH: 1 (2.3%), sulfasalazina: 12 (27.3%), biológicos: etanercept 4 (9.1%), infliximab 1 (2.3%).**Conclusiones:** El diagnóstico de mayor frecuencia fue el de artritis psoriásica siguiéndole espondilitis anquilosante y las artritis reactivas. De las manifestaciones articulares la que presentó mayor frecuencia fue el compromiso lumbar y sacroiliaco bilateral continuando rodillas y tobillos, mostrando un predominio de los miembros inferiores. En el compromiso extraarticular se observa un claro predominio de psoriasis y las oftalmopatías. Respecto al tiempo de evolución entre el comienzo de los síntomas y la consulta, la mayoría de los pacientes demora por lo menos tres años en acudir a la misma, siendo el tiempo de evolución de la patología mayor a cuatro años. Los resultados obtenidos del análisis de nuestra casuística coinciden con los publicados en las series internacionales.

92

COMPROMISO CARDIACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Baravalle M*, Werner M*, Picco L*, Ferreira L*, Martínez D**, Gamron S*

*Servicio de Reumatología,**Servicio de Cardiología-Hospital Nacional de Clínicas(HNC)- UHMI 1-Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por inflamación crónica de las articulaciones que puede afectar otros órganos, provoca deformidad, incapacidad funcional y disminución de la expectativa de vida. Afecta al 1% de la población. Entre las manifestaciones cardiovasculares (CV) se encuentran: pericarditis, miocarditis, trastornos de la conducción, valvulopatías y disfunción diastólica.**Objetivos:** determinar la frecuencia de los compromisos CV en pacientes con AR y relacionar las manifestaciones CV con el tiempo de evolución de la AR y actividad de la enfermedad.**Pacientes y métodos:** incluímos 30 pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos del Servicio de Reumatología del HNC con diagnóstico (dx) de AR según los criterios del ACR(1987). Se les realizó historia clínica y examen físico en los servicios de reumatología y cardiología, electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma transtorácico bidimensional y doppler (eco). El análisis estadístico se realizó con SPSS 11.5.**Resultados:** Del total de pacientes el 88.7% son de sexo femenino y el 66.7% tiene entre 45 y 64 años. Los pacientes con dx de más de 5 años (G+5) fueron 63.3% y los de menos de 5 años (G-5) de dx 36.7%. Aquellos con factor reumatoide (FR)(+) al dx (86.7%) continúan con FR actual (p=0.004). En la escala visual análoga (EVA) la evaluación de la actividad de la enfermedad por el paciente para un valor \leq 50mm fue del 73.3% y \geq de 50mm el 26.7%, coincidiendo con la rigidez matinal de más de 30 minutos(p=0.01), la evaluación del médico fue del 83.3% y 16.7% respectivamente. Observamos que el 76.7% tenía examen CV normal, el 73.3% ECG normal y el 26.7% eco normal. El eco mostró compromiso pericárdico en 31.7%, miocárdico en 13.6%, endocárdico en 36.4% y disfunción diastólica en 18.1%. Si comparamos el tiempo de dx, en G+5 y G-5; y la actividad CV observamos que el 26.3% de los pacientes G+5 tuvieron examen CV patológico vs 18.2% en los G-5. Con los ECG ocurrieron datos similares. El eco fue patológico en el 63.6% y 78.9%, siendo de mayor frecuencia las afecciones endo y pericárdicas en ambos grupos y la mayoría de pacientes tenían FR(+). Se encontró disfunción diastólica en el 15.8% de G+5 y en el 9.1% de G-5. Del total de eco patológicos, el 68.2% pertenecen a G+5 y el 31.8% a los G-5. En ambos grupos observamos que presentaron compromiso pericárdico el 71.4% versus 28.6%, miocárdico el 66.7% vs el 33.3%, endocárdico el 62.5% vs 37.5% y disfunción diastólica el 75% vs el 25%. Los pacientes con eco alterado tenían en el 72.7% un examen CV normal vs el 27.3% con examen patológico. Los ECG normales en el 31.8% se correlacionaron con eco normal mientras que el 68.2% tenían eco patológico. Si relacionamos el tiempo de dx de AR con examen CV, ECG y eco: observamos que existe similitud entre normales y anormales de examen CV y ECG, pero una discordancia llamativa entre estos y el eco. Observamos una p=0.035 al comparar DAS28 y ECG, ya que el 100% de ECG alterados presentaba DAS28 \geq 2.1 (leve). No hubo relación de alguna alteración con el HAQ.**Conclusión:** Consideramos importante el examen cardiovascular, no solo clínico sino electro y ecocardiográfico en los pacientes con AR, debido a que al realizar dichos estudios, podemos encontrar alteraciones, las cuales pueden generar una situación patológica asociada en algún momento de la evolución de AR.

93

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR). ANÁLISIS RETROSPECTIVO. (PRESENTACIÓN PRELIMINAR)

Moyano Garzón E*, Ruffin A*, Musano E*, Barberis G*, Gamron S*, Onetti C.M.*. S. de Reumatología - UHM1*, Hospital Nacional de Clínicas, F.Cs. Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción: Las manifestaciones extraarticulares de la AR son un grupo de entidades clínicas que pueden aparecer en el curso de la enfermedad y no están vinculadas directamente con la sinovitis. Se pueden presentar en varios órganos o sistemas, son frecuentes y pueden condicionar el pronóstico de la enfermedad. Su reconocimiento resulta importante por su gran variabilidad y por ser causa de morbimortalidad en los pacientes con AR.**Objetivos:** Valorar las características clínicas y evolutivas de las manifestaciones extraarticulares en pacientes con AR que consultaron y/o fueron derivados al Servicio de Reumatología (UHMI Nº 1 HNC) en los últimos 10 años.**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 150 pacientes: de los cuales 130 (86.66%) fueron mujeres y 20 (13.33%) varones. La media de la edad fue de 53,1 años. Los datos fueron analizados con el utilitario SPSS para Windows, realizándose un trabajo estadístico de tipo descriptivo retrospectivo.**Resultados**
Manifestaciones clínicas extraarticulares: Nódulos subcutáneos (SC): 53 (35.3%), fibrosis intersticial: 25 (16.7%) neuritis: 18 (12%), adenopatías: 16 (10.7%), vasculitis: 15 (10%), eritema: 14 (9.3%), episcleritis: 8 (5.3%), pleuritis: 10 (6.7%), nódulos pulmonares: 8 (5.3%), compromiso renal: 7 (4.7%), escleritis: 5 (3.3%), pericarditis: 5 (3.3%), isquemia miocárdica: 3 (2%), valvulopatía: 3 (2%), infarto agudo de miocardio: 2 (1.3%), amiloidosis: 2 (1.3%), compromiso traqueal: 1 (0.7%), miocarditis: 1 (0.7%), hiperviscosidad: 1 (0.7%).**Síndromes clínicos:** síndrome seco: 54 (36%) túnel carpiano: 32 (21.3%), Raynaud: 29 (19.3%), túnel tarsiano: 14 (9.3%), Caplan: 3 (2%), Cogan: 2 (1.3%), Felty: 1 (0.7%).
Manifestaciones de laboratorio: Factor reumatoide (FR)(+): 125 (83.3%), FR(-): 25 (16.7%), PCR(+): 102 (68%), PCR(-): 12 (8%), PCR sin dato: 36 (24%) anemia: 89 (59.3%), VSG: \leq de 60: 67(44.7%), entre 50-80: 51(34%), $>$ 80: 31(20.7%), leucocitosis: 48 (32%), trombocitosis: 34 (22.7%), antifosfolípidos solicitados: 20 y fueron todos negativos.**Tratamiento:** Metotrexato (MTX): 143 (95.3%), hidroxilcloroquina: 54 (36%), leflunomida: 47 (31.3%), sales de oro: 19 (12.7%), sulfasalazina: 10 (6.7%), etanercept: 34 (22.5%), adalimumab: 2 (1.3%), infliximab: 10 (7%), meprednisona: 78 (52.7%), prednisona: 37 (24.7%), deflazacort: 7 (4.7%), metilprednisona 4 (2.7%), adrenocorticotrofica: 3 (2%), betametasona: 1(0.7%), no se utilizó esteroides: 16 (10.7%).**Tiempo de evolución entre el comienzo de los síntomas y la consulta:** aquí se muestra que la media de tiempo fue de 34.8 meses hasta la consulta, siendo el rango de 1 a 300 meses.**Conclusiones:** Los resultados obtenidos del análisis de nuestra casuística coinciden con los publicados en las series internacionales. De las manifestaciones clínicas extraarticulares, la que se presentó con mayor frecuencia fueron los nódulos SC, seguido por fibrosis intersticial, pudiendo ser 1º o 2º a MTX. En cuanto al tratamiento, lo más utilizado fue MTX, meprednisona y de los anti TNF el etanercept. Un dato importante es el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la consulta, más de la mitad (57.6%) demoraron más de un año, antes de visitar un servicio especializado. Falta aún el entrecruzamiento de datos clínicos y bioquímicos para ver la correlación entre los mismos lo cual será motivo final de este trabajo.

94

COMPARACIÓN DE PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y CONTROLES

Baravalle M, Werner M, Barberis G, Gamron S, Onetti CM.
Servicio de Reumatología (S.R)-UHMI 1- Hospital Nacional de Clínicas (HNC) – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción: la ansiedad (TAns) es una emoción que se caracteriza por sintomatología psicológica, fisiológica y conductual. En reumatología los pacientes (ptes) con TAns se presentan con síntomas que comparten características clínicas y presentan una disminución del umbral del dolor. La depresión (TDep) suele presentarse como inhibición, vacío, desinterés, disminución del contacto social, alteraciones del apetito, del sueño, culpa e incapacidad, ideas de muerte, así como síntomas somáticos. Puede tener una presentación clásica o referir quejas somáticas.

Objetivos: Observar la prevalencia de Tans y TDep en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y controles e investigar la influencia de sexo, ocupación y estado civil en los mismos.

Pacientes y método: Diseño observacional, transversal. Se incluyeron pacientes que concurren al S.R.-HNC, independientemente del motivo de consulta y el diagnóstico y casos controles. Cada uno de ellos completó una encuesta HAD (escala hospitalaria de ansiedad y depresión). El análisis se realizó con SPSS 11.5.

Resultados: Se analizaron 214 pacientes, 114 (53.3%) con ER y 100 controles (46.7%), los cuales fueron 148 mujeres (69.6%) y 65 hombres (30.4%), con un predominio de mujeres para ER ($p<0.001$). Del total, el 41.6% tenían entre 20 y 39 años, 38.8% entre 40 y 59 años y el 19.6% fueron mayores de 60 años. Presentaron TAns definida en 75% de los casos vs el 25% de los controles ($p=0.01$) y TDep definida el 81.6% de los casos y 18.4% de los controles ($p<0.001$). Hubo coincidencia en ambos sexos en los porcentajes de TAns definida y posible, pero el sexo femenino mostró tendencia a la significación estadística para TAns en casos ($p=0.06$). De los pacientes entre 20 - 39 años, el 6.7% tenían TAns definida y 25.5% posible TAns, entre 40 - 59 años el 24.1% vs 28.9% y los \geq de 60 años el 23.8 y 28.6%. Al evaluar la ocupación en ambos grupos, predominaron en TAns definida el 30.2% de las amas de casa, 33.3% de empleadas domésticas y 50% de los desocupados ($p=0.02$). Respecto al estado civil de ambos grupos, había TAns en 29.6% de los viudos y posible TAns en 29.2% de casados y 28.4% del grupo soltero ($p=0.06$). No observamos TDep en 62.1% de los ptes; el 20.1% presentó TDep posible y el 17.8% tuvo TDep definida ($p=0.01$). No encontramos influencias significativas de la ocupación y del estado civil en la prevalencia de estos trastornos, aunque predominaron los Tdep en personas casadas. Si comparamos los casos y controles, el 27.2% y 7% tuvieron TDep definida y 23.7% y 16% posible Tdep ($p<0.001$). Entre 20 y 39 años, 30% presentaron algún grado de Tdep; 46% entre 40 y 59 años y 37% los \geq de 60 años. Predominó TDep definida en 50% de las empleadas domésticas y 33.3% de desocupados.

Conclusiones: notamos que, teniendo como mayoría una población joven, alrededor del 40% presentó algún trastorno de ansiedad y depresión, siendo estadísticamente significativa en los pacientes con ER. No hubo influencia del sexo, la ocupación ni estado civil tanto para Tans como para Tdep.

95

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y SEROLÓGICOS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS (SAF) PRIMARIO (1^{ra}) Y SECUNDARIO (2^{da})

Werner M, Baravalle M, Onetti L, Gamron S, Barberis G, Onetti CM.
Servicio de Reumatología-Hospital Nacional de Clínicas-Universidad Hospitalaria de Medicina Interna-Facultad de C. Médicas-Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción: El SAF está caracterizado por trombosis arteriales y/o venosas, pérdidas fetales recurrentes, acompañados o no por hemocitopenias en presencia de diferentes autoanticuerpos (anticuerpos antifosfolípidos: AFL). Se trata de un estado procoagulante adquirido de origen inmunopatológico. Existen criterios de clasificación de SAF, siendo validados los de Sapporo (1998), pero las categorías de SAF probable, los anticuerpos (Ac) anti $\beta 2$ glicoproteína 1 (GP1), bajos títulos de IgG o IgM, isotipo IgA de anticardiolipinas (aCL) y otros AFL no son incluidos en estos criterios, así como otros componentes clínicos de SAF descriptos por Alarcón Segovia y col.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas presentes en pacientes con SAF 1^{ra} y 2^{da} (según criterios de A.Segovia) de un servicio de reumatología de Córdoba, y evaluar las diferencias entre ambos grupos.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 60 pacientes con SAF 1^{ra} y 2^{da} y se evaluaron variables demográficas, manifestaciones clínicas de SAF, tipo predominante de SAF (trombótico, hemocitopénico o mixto), prevalencia, títulos de AFL y evolución.

Resultados: De los pacientes (ptes) estudiados, el 86.7% son de sexo femenino, con una edad promedio de 30.9 años ($DS \pm 12.33$). A la primera consulta la mayoría de los ptes pertenecieron al grupo de 20-29 años (33.3%) y el 26.7% al grupo de 30-39 años. El 50 % tenían SAF 1^{ra} y de los ptes con SAF 2^{da} el 83.3% ($n=25$) eran por lupus eritematoso sistémico (LES) ($p<0.001$), el 3.3% artritis reumatoidea (AR), y el 6.7% poliarteritis nodosa y esclerodermia. Entre el 10 y el 23.3% tuvieron manifestaciones obstétricas (preeclampsia y abortos), entre el 11.7 y el 18.3% alteraciones cutáneas (úlceras, livedo reticularis, púrpura), manifestaciones vasculares arteriales y venosas entre el 15 y 33.3% (isquemia digital, Raynaud, trombosis venosa profunda) y hemocitopenias entre el 16.7 y 20% (trombocitopenia y anemia hemolítica (AH)). Las manifestaciones neurológicas fueron cefaleas (28.3%), epilepsia (11.7%), accidente cerebrovascular (15%) y polineuropatía (PNP) (5%). Se encontró un bajo porcentaje de alteraciones renales y cardiovasculares. Los hallazgos serológicos fueron los siguientes: KPTT prolongado: 8.3%, aCL IgG (+) en el 73.3% (título bajo el 33.3%), IgM (+) en el 70% y anticoagulante lúpico (AL) (+) en el 26.7%. Encontramos pocos datos respecto a aCL IgA, VDRL y $\beta 2$ GP1. Hubo recurrencias en el 50%, sin diferencia porcentual entre ambos grupos. Solo se encontró diferencia estadísticamente significativa en AH a favor de SAF 2^{da} (26.7% vs 6.7%, $p=0.04$), con una mayor frecuencia de úlceras cutáneas, púrpura, trombocitopenia y trombosis glomerular en SAF 1^{ra} y Raynaud, PNP y valvulopatía en SAF 2^{da}. Tampoco hubo diferencias significativas en los hallazgos serológicos. Observamos diferencia porcentual en títulos moderados de aCL IgG a favor de SAF 2^{da} y a títulos altos para SAF 1^{ra} pero sin asociación estadística entre las manifestaciones clínicas y las serológicas en nuestros ptes, salvo la presencia de aCL IgG en títulos moderados para AH.

Conclusiones: observamos que la edad de presentación, sexo, úlceras cutáneas y AH en SAF 2^{da} coinciden con la literatura, no así los datos sobre pérdidas fetales, compromiso cardíaco y Raynaud, de menor prevalencia en esta muestra.

96

ENFERMEDAD DE BEHÇET EN ARGENTINA. PARTICULARIDADES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

Mannucci P¹, Santillán M¹, Basta MC¹, Muñoz S¹, Martínez L¹, Nardi N¹, Mysler E¹, Allievi A.¹

¹Servicio de Clínica Médica. Autoinmunidad, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica caracterizada por presentar distintos patrones clínico-evolutivos según el área geográfica que se considere. El presente estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y evolutivas de pacientes con enfermedad de Behçet pertenecientes al área geográfica de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos:

Se estudiaron 25 pacientes según criterios diagnósticos del ISGBD (International Study Group of Behçet's Disease), que concurren al Hospital Juan A. Fernández, Servicio de Clínica Médica – Autoinmunidad, de la ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre el año 1998 y 2006. Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes para la extracción de datos demográficos, clínicos y de evolución.

Resultados:

Sexo: la relación entre hombre/mujer fue de 3/1. Edad media de inicio: 27 años (18-50). Raza: caucásica (100 %). El HLA B51 fue positivo en 15/18 pacientes estudiados (83.3%).

Características clínicas: úlceras orales: 25 pacientes (100%), úlceras genitales: 15 pacientes (60%), uveítis: 20 pacientes (80%), manifestaciones cutáneas (eritema nodoso, pústulas): 22 pacientes (88%), manifestaciones osteoarticulares (artralgias, artritis): 6 pacientes (24%), manifestaciones neurológicas (meningoencefalitis aséptica): 3 pacientes (12%) y manifestaciones vasculares (TVP y TEP): una paciente.

Tratamiento: 19(76%) pacientes recibieron monoterapia: meprednisona (6), colchicina (1), azatioprina (4), ciclosporina (3), y 6(24%) pacientes recibieron terapia combinada: meprednisona + azatioprina (5) y meprednisona + clorambucilo (1). Cinco pacientes con uveítis refractaria recibieron infliximab con buena respuesta terapéutica.

Hasta el momento no se registraron muertes en nuestra población.

Conclusiones:

En nuestros pacientes no hubo afectación gastrointestinal ni aneurismas vasculares a diferencia de otras regiones geográficas. Los tres pacientes con neuro-behçet no presentaron afectación del sistema nervioso periférico.

La causa de mayor morbilidad fue la afectación ocular.

En nuestra experiencia el tratamiento con medicación bloqueante del TNF-alfa (infliximab) de las uveítis refractarias por enfermedad de Behçet fue eficaz.

97

ARTERITIS DE TAKAYASU (AT) EN DOS CENTROS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (C.A.B.A.)

Muñoz S¹, Basta MC¹, Mannucci P¹, Santillán M¹, Martínez L¹, Nardi N¹, Mysler E¹, Orden A¹, Allievi A.¹

¹Servicio de Clínica Médica. Autoinmunidad, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
²Servicio de Reumatología, Hospital Aeronáutico Central.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Arteritis de Takayasu es una vasculitis primaria que se caracteriza por afectar grandes arterias elásticas, aorta y sus ramas principales, pudiendo además comprometer arterias musculares en el corazón y cerebro, y ocasionalmente vasos menores.

El propósito de este estudio fue evaluar las características clínicas, de laboratorio y el tratamiento de pacientes con AT en dos centros de la C.A.B.A.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de AT entre los años 1987 y 2007 en dos hospitales de la C.A.B.A. El diagnóstico de AT se realizó de acuerdo con los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (1990). Se prestó especial atención a los hallazgos demográficos, clínicos, de laboratorio y tratamiento de los pacientes.

Resultados: Once pacientes fueron incluidos en el estudio. Todos de origen caucásico. La relación mujer / hombre fue de 4.5:1. Mediana de edad 25 años (Rango 19-42 años). Hallazgos clínicos: síntomas constitucionales 72.7 %, soplos vasculares y carotídea ni el 54.5 %. Diez (90.9 %) pacientes presentaron ausencia o disminución de pulsos, con claro predominio del miembro superior izquierdo (81.8 %), seguido por el miembro superior derecho (45.5 %). Ocho (72.7 %) presentaron asimetría tensional, cinco (45.5 %) pacientes hipertensión arterial, valvulopatía aórtica dos pacientes, miocardiopatía isquémica-necrótica una paciente. ACV isquémico tres pacientes, dos con deterioro cognitivo crónico. Laboratorio: ningún paciente presentó compromiso de la función renal, la VSG fue elevada en siete (66.6%) de los pacientes al momento del diagnóstico.

Tratamiento: El 91 % de los pacientes recibieron corticoides, metotrexato el 54.5%, Ácido Acetilsalicílico 63.6 % y anticoagulación el 27.3 %. Seis (54.6 %) pacientes fueron sometidos a algún procedimiento de revascularización y/o cirugía de reemplazo valvular. A cuatro pacientes se les realizaron angioplastia transluminal percutánea (PTA) con colocación de stent. Cuatro procedimientos fueron en las arterias carótidas y tres en las arterias renales. Observamos re-estenosis en dos, uno carotídeo izquierdo sin compromiso hemodinámico significativo y otro en la arteria renal izquierda, la cual fue nuevamente intervenida con colocación de stent. Dos pacientes con cirugía cardiovascular, un reemplazo valvular aórtico y de la aorta ascendente y una cirugía de revascularización miocárdica (fallecido).

Conclusiones:

1. Los datos clínicos y de laboratorio son coincidentes respecto a lo reportado en la literatura mundial.
2. La mitad de los pacientes fueron sometidos a algún procedimiento de revascularización. La angioplastia con stent resultó un tratamiento exitoso en nuestros pacientes y permitió el tratamiento de las re-estenosis.
3. Nuestros pacientes presentaron alta morbilidad.

98

RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD Y ESTADO GENERAL DE SALUD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS

Maciel G, Dolinsky D, Piaggio J.

Grupo Uruguayo de espondiloartropatías(GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología. Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay
Montevideo, Uruguay**Objetivos:** determinar la correlación entre BAS-G y BASFI y BAS-G y BASDAI en un grupo de pacientes asistidos por reumatólogos del GUES.**Material y métodos:** se incluyeron 61 pacientes evaluados por reumatólogos del GUES con diagnóstico de espondiloartropatía según el grupo europeo de espondiloartropatías en donde se midió el BAS-G, BASFI y BASDAI de la primera consulta. Estos datos fueron extraídos del formulario tipo que se aplica para todos los pacientes en su evaluación inicial o en el de control, utilizado en aquellos ya diagnosticados. Se realizó la correlación entre BAS-G y BASFI y BAS-G y BASDAI en cada caso. Se construyó una base de datos confeccionada en una planilla Excel, con los nombres de los pacientes y los datos que se relacionaron con el fin de facilitar la ejecución de los análisis estadísticos.**Análisis estadístico:** se realizó el gráfico de dispersión (scatterplot) entre BAS-G con BASFI y BAS-G con BASDAI. Fueron determinados los coeficientes de correlación lineales (r de Pearson) entre las variables, testeándose su significación mediante el software STATA 8.2.**Resultados:** el coeficiente de correlación lineal encontrado entre BAS-G y BASFI fue de 0,76 ($p<0,01$), y entre BAS-G y BASDAI de 0,85 ($p<0,01$) evidenciando la existencia de asociación lineal significativa entre BAS-G y las otras dos variables.**Conclusiones:** las consecuencias de la limitación funcional y de la actividad de la enfermedad de los pacientes con espondiloartropatías pueden ser muy importantes tanto en la esfera laboral y económica, como en la estabilidad emocional. Como hemos visto también repercute en la percepción de enfermedad por el paciente, lo cual seguramente tiende a agravar esas consecuencias. Debemos profundizar en la labor inter y multidisciplinaria entre el reumatólogo, el fisiatra y fisioterapeuta, el psicólogo y el siquiatra para llevar a cabo un manejo más adecuado de los enfermos.

99

TITULO: SERIE CLINICA SOBRE USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS DE DIFÍCIL MANEJO.

Stange L, Jarpa E, Massardo L, Cisternas M, Martínez M, Mönckeberg G, Gutiérrez MA

Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

INTRODUCCION: El uso de Rituximab (anticuerpo anti-CD 20) en enfermedades reumatológicas ha sido una nueva estrategia terapéutica en patologías de difícil manejo. En esta revisión presentamos nuestra experiencia con el uso de esta terapia biológica.**PACIENTES Y METODOS:** Desde 2004, hemos tratado 10 pacientes (edades entre 19 y 61 años), con diferentes esquemas de rituximab (RTX), sin ciclofosfamida (CYC) ni metilprednisolona (MP). Cinco pacientes por lupus eritematoso sistémico (LES), en su mayoría por nefritis lúpica refractaria a CYC, micofenolato y otros citotóxicos, dos pacientes con artritis reumatoide (AR) activa, de larga data, refractaria a terapia convencional y anti-TNF y los otros tres pacientes correspondían a crioglobulinemia tipo II, dermatomiositis con compromiso pulmonar intersticial (refractaria a ciclofosfamida) y poliangitis microscópica (refractaria a ciclofosfamida) respectivamente.**RESULTADOS:** Los esquemas usados fueron 375 mg/m2 semanal por 4 veces, 0,5 g cada 2 semanas por 2 veces y 1 gramo cada 2 semanas por 2 veces. De las pacientes con AR sólo una obtuvo buena respuesta clínica. Dos pacientes requirieron administración de una segunda dosis de RTX por reactivación de su enfermedad, con buena respuesta (una portadora de LES, al año después y otra portadora de crioglobulinemia, 2 años después). Sólo una paciente lúpica desarrolló una complicación infecciosa grave (neumonía con insuficiencia respiratoria por virus sincicial respiratorio 15 días después de la primera infusión). Ningún paciente ha fallecido en el período de seguimiento.**CONCLUSION:** El tratamiento con RTX ha sido eficaz y seguro en la mayoría de nuestros pacientes con enfermedades reumatológicas de difícil enfrentamiento.

100

DETERIORO COGNITIVO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)Alievi A.¹, Pagano M.², Basta M.C.¹, Mannucci P.¹, Muñoz S.¹, Martínez L.¹, Garau L.¹, Zrulinik J.³.¹Servicio de Clínica Médica, Autoinmunidad.²Servicio de Neurología.³Psiquiatría.Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.**Introducción:**

El comité Ad Hoc de la ACR definió 19 síndromes para la nomenclatura del lupus neuropsiquiátrico. Dentro de estos síndromes los más frecuentes son: déficit cognitivo (DC) y alteraciones psiquiátricas (AP).

Objetivo: 1 - Evaluar la frecuencia de trastornos cognitivos en pacientes con LES sin compromiso neurológico previo. 2 - Comparar el deterioro cognitivo con marcadores serológicos, imagenológicos y de actividad utilizados en el LES.**Material y métodos:**Se evaluaron 30 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de LES según criterios de la ACR(1997) menores de 40 años. Se practicó evaluación neurológica (EN), entrevista psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale²-BPRS) y nuevo test neuropsicológicos (Rey Auditory Verbal Learning Test, Digit Spans, Rey Osterrieth Complex figure test, Block Design, Word Fluency, Stroop Test, Digit Symbol, Trial Making Test, Part A y B). El BPRS fue medido de la siguiente manera: trastorno leve: 19-54; moderado a severo: 55-126. El déficit cognitivo fue considerado positivo cuando dos o más tests neurocognitivos fueron anormales.

Además se analizó: Índice de daño (SLICC), autoanticuerpos (ANA, a/DNA, anticardiolipinas, inhibidor lúpico), resonancia nuclear magnética (RNM) y espectroscopia.

Las variables se analizaron utilizando el test de χ^2 .**Resultados:**

La media de edad de la población estudiada fue de 29,8 años (rango entre 19-39 años). Catorce (46,7%) pacientes manifestó deterioro cognitivo. Diez (71,4%) de estos presentaban nefritis lúpica.

El trastorno de ansiedad fue la alteración psiquiátrica más frecuente.

El examen neurológico, la RNM y el análisis espectroscópico no mostraron alteraciones.

Conclusiones:

La evaluación neurocognitiva es la herramienta más importante para evaluar el déficit cognitivo subclínico. Los pacientes con DC tuvieron RNM y espectroscopia normales y no presentaron un patrón característico de autoanticuerpos. En nuestra población el DC fue prevalente.

Este estudio es una comunicación preliminar y es necesario un mayor número de pacientes para obtener conclusiones estadísticamente significativas.

101

SD Pattern (estadios evolutivos) y su asociación con Esclerodermia Sistémica.

Secco A, García Salinas R, Uemura Mónica, Tamborena MN, Savelli M, Fonseca L, Mamani M, Romanini F., Catalan Pellet A, S.de Reumatología, Hosp.Rivadavia. Bs.As.

Introducción: La esclerodermia sistémica (ES), que afecta diferentes órganos, tiene, en el daño vascular un mecanismo fisiopatológico fundamental. Esto se expresa en forma temprana a través de la Capilaroscopia (CLU).**Objetivos:** Comparar el compromiso orgánico al momento de la realización de la CLU con los **PATRONES: TEMPRANO, ACTIVO Y TARDIO del SD PATTERN.** A su vez, relacionar el tiempo de evolución del fenómeno de Raynaud (FR), evolución de la enfermedad y el tipo de ES (limitada o difusa) con los hallazgos capilaroscópicos mencionados.**Material y métodos:** Se seleccionaron 53 HC de la Sección Colagenopatías del Htal. Rivadavia que incluyan: pacientes con diagnóstico de ES según criterios ACR, CLU con SD pattern, estudios pulmonares, esofágicos dosaje de anticentromero y anti SCL70. Variable en estudio: SD pattern con sus diferentes patrones. Otr variables: 1)Compromiso pulmonar según hallazgos en TAC torax alta resolución y/o Rx de torax, más espirometría con DLCO. 2) HTP evaluado por ecodopler cardíaco.3)Esofago con manometría esofágica. Covariables: tabaquismo, bloqueantes cálcicos, cilostazol, pentoxifilina, AAS, inmunosupresores, B bloqueantes, tipo de ES (limitada o difusa), tiempo de evolución del FR y del diagnóstico de ES, anti SCl70 o anticentromero positivos.**Diseño del estudio:** de comparación, a muestras independientes, retrospectivo, observacional, con mediciones transversales. Análisis estadístico: T test y ANOVA para las variables continuas y Chi Cuadrado para las categóricas. Se consideró significativa una $p<0,05$.**Resultados:** De los 53p. seleccionados, 48p. femenino (90,6%) y masculino (9,4%), edad promedio al inicio : 48 años+/-12 (mediana: 49) y un promedio de edad al momento de realización de CLU de 58 +/-12 (mediana:59). Los promedios de edades fueron similares en ambos sexos tanto al momento de la realización de la CLU ($T=0,14$, $p=0,88$), como al momento del diagnóstico de la enfermedad ($t=1,58$, $p=0,12$). De las covariables analizadas, sólo se encontró relación entre el tiempo de evolución del FR (grupo 1: < a 100 meses de evolución del FR con una n=37 y grupo 2 > o =a 100 meses con una n= 13), y el tipo de SD pattern, ($p=0,03$); hallándose un 54% de pacientes con SD TEMPRANO en el grupo 1, mientras que en el grupo 2 un 53,8% mostraba SD ACTIVO y un 30,7% SD SECUELAR. Controlando la covariable tiempo de evolución del FR, no se encontró asociación entre el patrón CLU y: compromiso pulmonar (p grupo 1=0,43 y p en grupo 2= 0,063), HTP (p grupo 1= 0,56, p grupo 2= 0,1), afectación esofágica (p grupo 1= 0,4 y p grupo2= 0,48)**Conclusiones:** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los diferentes patrones del SD pattern y el tiempo de evolución del FR, encontrándose mayor porcentaje de SD ACTIVO y TARDIO en el grupo de mayor tiempo de evolución del FR. Es interesante observar la relación entre SD ACTIVO + compromiso pulmonar activo y SD SECUELAR + pulmón secular en los pacientes con mayor tiempo de evolución del FR. Sería necesario mayor cantidad de pacientes con compromiso pulmonar para ampliar estos datos.

102

HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO
Cowan P., Herrera G., Della Maggiora M., De Simone E.
Servicio de Reumatología, Complejo Médico de la PFA Churrucua-Visca

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren Primario (SS 1°) es una exocrinopatía que se acompaña de fenómeno de Raynaud (FR) en un tercio de los casos, lo que evidencia una disregulación vascular en estos pacientes. La capilaroscopia del lecho postdigital es un método que resulta de utilidad en el estudio de la microvasculatura cutánea en los pacientes con collagenopatías. Si bien es conocido el hecho de que en el SS 1° es frecuente el hallazgo de capilares tortuosos, serpenteo cruzado, etc., es difícil hallar en la literatura estudios que comparen pacientes con SS 1° con y sin FR. En 2005 estudiamos los hallazgos capilaroscópicos en 20 pacientes de sexo femenino con SS 1° que cumplían los criterios del Comité Europeo. De ellas 12 presentaban FR y 14 no lo padecían. Fueron comparadas con un grupo control de igual sexo y edad de 15 pacientes con artrosis.

OBJETIVO: Evaluar los cambios capilaroscópicos de nuestras cohortes a través del tiempo, consignando las modificaciones producidas en dos años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Fueron examinados los cambios capilaroscópicos en las tres cohortes estudiadas en 2005 con un estereomicroscopio Hokenn de 20 y 40 aumentos, por dos observadores distintos (* y **).

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes era similar. La evolución de los síntomas sicca fue de 6,1 años en las enfermas sin FR y de 8,8 años en las que lo presentaban. En nuestro estudio de 2005, el 74% de los controles normales tenían capilaroscopia normal en relación con un 28,5% de normalidad en pacientes con SS 1° sin FR y un 8,3% con FR.

Se detectaron hallazgos inespecíficos, caracterizados principalmente por capilares tortuosos, en el 26% de los controles, el 71,6% con SS 1° sin FR y el 63,3% con FR. Una sola paciente con FR tuvo SD pattern. Entre las pacientes con SS 1° no hubo diferencias significativas en el patrón capilaroscópico entre aquellas que tenían o no FR de Raynaud.

En el presente estudio de los 15 controles normales una falleció y otra se perdió para seguimiento. De las 13 restantes, el 76,9% persistieron con capilaroscopia normal, el 15,3% con hallazgos inespecíficos y sólo 1 (7,8%) desarrolló capilares tortuosos en una capilaroscopia previamente normal.

De las 14 pacientes con SS 1° y FR una se perdió para seguimiento. De las 13 restantes, el 15,3% permaneció con capilaroscopia normal y el 46,1% con capilares tortuosos aislados. Se halló un incremento del número de capilares tortuosos en el 38,4% de las pacientes. Ninguna de las pacientes de este grupo tomaba vasodilatadores.

En el grupo de pacientes con SS 1° con FR una falleció por causas no relacionadas con su enfermedad de base. De las 11 restantes 1 paciente con capilaroscopia normal y 5 con capilares tortuosos permanecieron estables (total 54%). Una sola mejoró (9%), disminuyendo el número de capilares con alteraciones inespecíficas y en el 35% se observó un aumento del número de capilares tortuosos. La mayoría de las pacientes estaban en tratamiento con vasodilatadores del tipo de pentoxifilina o buformedil. No se pudo establecer una relación entre el tratamiento y la evolución.

Ninguna de las pacientes con SS 1° evolucionó a SD pattern independientemente de la presencia o ausencia de FR. La única paciente con SS 1°, FR, SD pattern, ac anti centrímero y esclerodermia localizada, está medicada con pentoxifilina. Se mantiene estable tanto desde el punto de vista clínico como capilaroscópico.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS 1°) tienen alteraciones capilaroscópicas con mayor frecuencia que los controles. Estos hallazgos son en su mayoría inespecíficos, en especial se observa la presencia de capilares tortuosos y serpenteo cruzado.

Si bien la muestra es pequeña, podemos concluir que, confirmando algunas observaciones que ya habíamos hecho en nuestro estudio anterior, en el SS 1° el número de hallazgos capilaroscópicos se va incrementando con los años de evolución de la enfermedad independientemente de la presencia o ausencia de fenómeno de Raynaud. Coincidimos con la literatura en que el patrón capilaroscópico en el SS 1° no suele evolucionar a SD pattern. Constituye un caso particular el subgrupo con FR, ac anti centrímero y esclerodermia localizada.

Los presentes hallazgos deberían confirmarse con una muestra mayor y un seguimiento más prolongado.

103

Hemorragia pulmonar en Enfermedades del tejido Conectivo y comparación con lo descrito en la literatura.

Ortiz Alberto, Susana Roverano, Sergio Paira
Sección Reumatología-Hospital Cullen-Santa Fe

Objetivo: Se revisan diez historias clínicas de pacientes con hemorragia pulmonar y se comparan con otras series publicadas en la literatura. Comparar el tiempo de sospecha y diagnóstico entre los pacientes tratados por reumatólogos desde el inicio y los tratados por otras especialidades.

Materia y Método: Se investigó en cada paciente: Signos y síntomas clínicos compatibles con HP, antecedentes patológicos. Radiografías de tórax, anemia en el momento de la HP, y/o descenso de la hemoglobina, lavado bronquioalveolar (BAL) y/o sangrado por tubo endotraqueal u otro método confirmatorio. Cultivos, otros estudios complementarios, tratamiento y evolución. Criterios de inclusión (adaptados de Barile y col.) (4 o más): Caída de la hemoglobina \geq a 1.5 gr/dl o anemia (hb < 12 gr/dl), falla respiratoria de rápido inicio, hemoptisis, infiltrados densos en $\frac{1}{2}$ o más de los campos pulmonares, hipoxemia y/o BAL con macrófagos cargados con hemosiderina > 20% o sangre por tubo endotraqueal. Criterios de exclusión: Edema de Pulmón, TEP infección pulmonar ICC, uremia no relacionada a insuficiencia renal secundaria a collagenopatía, coagulopatías diferentes a SAF, HP por drogas. **Tiempo de sospecha:** al tiempo transcurrido desde la aparición de uno o más de un síntoma compatible con HP hasta la constatación del diagnóstico presuntivo de HP. **Tiempo de diagnóstico de certeza:** desde la aparición de uno o más síntomas compatibles con HP, hasta la confirmación diagnóstica (BAL (+) o sangrado por tubo endotraqueal y/o cumplimiento de 4 o más criterios ya mencionados). Estos datos se compararon con otras series publicadas en la literatura desde 1990 a Febrero de 2007 donde se eligieron las que contenían cinco o más pacientes y características similares a nuestra serie en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión. **Grupo Reumatología:** ptes. evaluados desde el inicio de los síntomas por reumatólogos. **Grupo no reumatología:** ptes. evaluados por otros especialistas al comienzo de los síntomas. **Estadística:** Test exacto de Fisher (significancia 5%) **Resultados:** Sexo: 7 femeninos, 3 masculinos. **Edad mediana:** 30 años (rango 16-62) **Enfermedad de base:** LES: 5 ptes. LES + APS: 2 ptes. APS primario: 1 pte. Wegener: 1 pte. PAM: 1. **Promedio tiempo de sospecha:** 8 días. **Promedio tiempo de diagnóstico de certeza:** 13 días. **Grupo Reumatología n: 4** **Grupo No Reumatología n: 6.** De los 10 pacientes de nuestra serie: 8 tuvieron disnea y fiebre, 4 hemoptisis y 3 tos; todos tuvieron anemia y/o descenso de la hemoglobina. **Conclusión:** Disnea síntoma más frecuente en todas las series, anemia 95%. Nuestra serie se diferenció en forma estadísticamente significativa con respecto a Tos, Fiebre, Hemoptisis, Sobrevida. Rx patológicas en 71-100%. La HP tuvo una tendencia a ser sospechada y diagnosticada en menor tiempo por reumatólogos. El tratamiento predominante en todas las series fueron los glucocorticoides y la Ciclofosfamida.

104

INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERMITEMATOSO SISTÉMICO (LES): UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

Barsanti A, Fernández Pazos A, Grimaudo S, Gómez G, Predari SC, Álvarez C, Sarano J, Benchetrit G.

Servicios de Infectología, Inmunología y departamentos de Anatomía Patológica y Microbiología, Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari". Universidad de Buenos Aires.

Las infecciones son una de las principales causas de morbilidad en los pacientes con LES. Más del 50% de estos pacientes desarrollan infecciones graves durante la evolución de la enfermedad. Pueden simular una reactivación de la enfermedad generando dificultades en el diagnóstico diferencial y demoras en el tratamiento.

El objetivo de este trabajo fue describir las características de las infecciones en los pacientes desde el diagnóstico de LES seguidos de forma prospectiva con un seguimiento máximo de 10 años e identificar posibles factores asociados a la incidencia de infecciones.

Se incluyeron 20 pacientes (F:M 18:2) con 4 o más criterios de LES (ACR). Se realizó un estudio de cohorte prospectivo con un seguimiento entre 1 y 10 años. Se precisó la localización, gravedad (según necesidad de internación y/o infección oportunista), etiología y presentación clínica en cada evento infeccioso (EI). Se evaluaron datos epidemiológicos, actividad de la enfermedad (SLEDAI) y el tratamiento recibido.

De los 20 pacientes evaluados (seguimiento medio 65,5 meses) 15 presentaron, al menos, un EI. El total de eventos documentados fue 95. La tasa de incidencia de EI fue 8,7 por 10 años-paciente y la tasa de incidencia de EI grave fue de 2,9 por 10 años-paciente. Las localizaciones más frecuentes fueron: piel y partes blandas (28,4%), respiratorio alto (18,9%), respiratorio bajo (16,8%) y genitourinario (13,7%). Los principales microorganismos aislados fueron: bacilos gram negativos (37,2%), cocos gram positivos (32,6%) y virus (16,3%). Hubo 3 EI oportunistas en 2 pacientes: hepatitis por cytomegalovirus, meningitis por *Cryptococcus neoformans* y neumonía por *Nocardia farcinica*. No se constataron óbitos.

Al momento del EI grave el 25,0% de los pacientes no se encontraban bajo tratamiento, el 28,1% recibía glucocorticoides (GC) orales dosis <20 mg/día, el 25,0% ciclofosfamida intravenosa, el 18,7% ciclosporina y el 3,1% azatioprina. Al momento del evento infeccioso grave, la mediana del valor del SLEDAI fue de 4 y el 31,3% de pacientes presentaban marcadores de actividad renal.

En esta cohorte de pacientes se observó que la mayoría de los EI fueron menores, siendo las localizaciones más frecuentes las habituales en la población general y la sobrevida global fue del 100%. Más de la mitad de los pacientes que requirieron internación no recibían tratamiento con GC en altas dosis o drogas inmunosupresoras. Esto sugiere que si bien estos factores pueden contribuir al desarrollo de infecciones en los pacientes con LES, no serían los únicos determinantes. Estudios interdisciplinarios de este tipo son de gran utilidad y permiten conocer la epidemiología de una enfermedad compleja y prevalente en nuestra institución.

105

HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA PRIMARIA CON Y SIN FENÓMENO DE RAYNAUD

Salvatierra G., Pucci P., Auad C, Romanini E., Sormani de Fonseca L., Catalán Pellet A. Servicio de Reumatología. Hospital Bernardino Rivadavia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN: La capilaroscopia es un método simple, inocuo, de gran utilidad en la valoración de la microcirculación, en especial en pacientes con collagenopatías. Este método puede demostrar alteraciones en el tamaño, forma y número de capilares, lo que tiene implicancias diagnósticas y pronósticas.

OBJETIVOS:

Demostrar los cambios estructurales en la microcirculación de pacientes con fibromialgia primaria con y sin fenómeno de Raynaud por medio de la capilaroscopia.

METODOLOGÍA: Se estudiaron 40 pacientes con diagnóstico de Fibromialgia primaria de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, que se encuentran en seguimiento en el Servicio de Reumatología del Hospital Bernardino Rivadavia.

El estudio se llevó a cabo mediante la realización de;

1. Entrevista personal al paciente, consignando el tiempo del diagnóstico, presencia de enfermedad concomitante, examen físico (puntos fibromiálgicos), presencia de fenómeno de Raynaud y medicación recibida actualmente.
2. Realización de Capilaroscopia
3. Registro de los resultados obtenidos en planillas preestablecidas

RESULTADO: De los 40 pacientes entrevistados con diagnóstico de fibromialgia, 15 presentaban fenómeno de Raynaud y a nivel de la capilaroscopia se encontró ectasia, capilares tortuosos, finos y elongados. Los 25 restantes sin fenómeno de Raynaud presentaban 10 cuticulitis y 15 capilares dilatados. En los pacientes con Raynaud no se evidenció enfermedad concomitante.

CONCLUSIÓN: Se han encontrado hallazgos capilaroscópicos inespecíficos en los pacientes con fibromialgia con y sin fenómeno de Raynaud. Se evidencia que el Raynaud produce a nivel capilar alteraciones morfológicas de acuerdo al tiempo de evolución del mismo. Estas alteraciones encontradas son interesantes ya que ayudan al diagnóstico y pronóstico de otras collagenopatías que pueden asociarse en nuestro grupo de pacientes.

106

FACTORES DE RIESGO DE LA OSTEOPOROSIS EN UNA POBLACION

Toledo S, Yinde Y, Galeano A, Melo M, Addario S, Duarte M.
Departamento de Reumatología. Hospital de Clínicas-UNA. Asunción-Paraguay

INTRODUCCION y OBJETIVO: La importancia de la determinación de los factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis es aceptada unánimemente. Como en Paraguay no contamos con datos propios, nuestro objetivo es determinar los factores de riesgo del desarrollo de Osteoporosis en nuestros pacientes con y sin enfermedades reumáticas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Observacional de corte transversal mediante encuesta realizadas a pacientes que acuden a consulta de reumatología del hospital de clínicas y clínica médica del hospital nacional.

RESULTADOS: De un total de 193 pacientes, fueron entrevistados 103 (53,3%) reumáticos y 90 (46,6%) no reumáticos. Mujeres: 156(80,8 %) y varones: 37 (19,2%). La edad promedio: 40,5. Hábitat rural: 123 (63,7%). Con sobrepeso:70 (36,4%). En mujeres: menarca tardía: 34 (21,8 %), constitución física delgada en su adolescencia: 111 (70 %), de adolescentes no practicaron deportes:68 (44,3 %), menopausicas: 106 (67,9 %), gestantes: 110 (70,5 %), meses de lactancias acumulados: menos de doce meses: 31 (32,2 %), uno a cinco años: 38 (39,5 %), cinco a diez años: 27 (28,3 %), fumadores: 30 (15,6 %). Solo 30 (11,2 %) ingerían bebidas alcohólicas ocasionalmente. No consumían productos lácteos diariamente: 20 (10,4 %), si consumían: 173 (89,6 %). consumían por debajo del requerimiento diario del calcio: 70 (40,5 %). Con sedentarismo; 33 (17,2 %). Con antecedentes personales de fracturas: 25 (13 %), y familiares: 44 (22,8 %). Enfermedades de base: LES 29 (15,02 %), artritis reumatoidea: 36 (18,6 %), osteopenia: 8 (4,1 %), diabéticos: 14 (7,2%), hipertensos: 56 (29 %), alérgicos: 29 (15 %), consumían corticoides: 74 (38,3%), anticonvulsivantes: 4 (2,1%), T 4,5 (2,5%), -

CONCLUSION: Llama la atención en un país con la mayor parte de habitantes que habitan en el área rural la ingesta diaria de calcio por debajo de los requerimientos mínimos diarios y el bajo número de fumadores.

107

FRECUENCIA DE HIPERLAXITUD ARTICULAR EN UNA POBLACION

Toledo S, Yinde Y, Galeano A, Addario S, Duarte M., Melo M.
Departamento de Reumatología. Hospital de Clínicas-UNA. Asunción-Paraguay

INTRODUCCION: La laxitud articular consiste en un aumento de la distensibilidad de los ligamentos, debido a una disrelación entre los diferentes tipos de fibras colágenas. Los criterios de Beighton, que se utilizan para su diagnóstico, son sencillos y pueden aplicarse con rapidez.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de hiperlaxitud en nuestra población general, según los criterios de Beighton.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional de corte transversal mediante encuesta y exploración física, realizadas a pacientes que acuden a la consulta de Reumatología del Hospital de Clínicas y de Clínica Médica del Hospital Nacional.-

RESULTADOS: Se entrevistaron 193 pacientes, 103 reumáticos y 90 no reumáticos. En pacientes sin enfermedades reumáticas, el 26% reúnen criterios de Síndrome de Hiperlaxitud, 81,1 % de los cuales eran de sexo femenino. Criterios de Beighton: flexión dorsal del muñeco con la mano apoyada sobre la mesa: 27 (30 %), apocisión del pulgar con la zona flexora del antebrazo 22 (24,4 %), hiperextensión de los codos superior a 10°: 20 (22,2 %), hiperextensión de las rodillas 9 (10%), flexión de la columna y palmas de las manos que toquen el suelo 12 (13,4 %).-

CONCLUSION: El Síndrome de Hiperlaxitud articular es muy frecuente en nuestra población general. Llama la atención que los valores que hemos encontrado son superiores a los de otras poblaciones latinoamericanas.

108

EXPERIENCIA CLINICA DEL USO COMBINADO DE LEFLUNOMIDA Y METOTREXATO.

Yinde Y, Colman N, López H, Fontlara L, Galeano A, Duarte M.

Departamento de Reumatología. Primera Cátedra de Clínica Médica.

Hospital de Clínicas-UNA. Asunción-Paraguay

Introducción: En países del primer mundo utilizan fármacos anti TNF para las AR o EA que no remiten con Metotrexato (MTX) o Leflunomida (LF), en nuestro país esto no es posible, por lo que necesitamos utilizar esquemas alternativos más económicos.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados simultáneamente con LF y MTX en el periodo 2000-2007. Se analizaron las variables demográficas, diagnóstico, datos laboratoriales, efectos colaterales, y respuesta.

Resultados: Total de 62 pacientes, 74 % eran mujeres. La edad promedio de 42,8 +/- 13,5 años. Diagnósticos: Artritis reumatoide 56 (90,3%); espondiloartropatías: 4 (6,4%); artritis seronegativas y enfermedad mixta 2(2,3),4% cada una. Recibieron en promedio 15,8 mg +/- 4,5 mg por semana de MTX, por 32,04 meses y LF 20,25 +/-21,68 mg/d por 28,2 meses +/-21,46. Recibieron el tratamiento combinado por 21,5 meses +/-17,65. Efectos colaterales: alopecia 1 (2,4%), disconfor abdominal abdominal: 8 (12,9%), diarrea 4 (6,4%), leucopenia 1(1,6%),hepatotoxicidad 1 (1,6%). Suspensión parcial de ambas drogas: 12 ; Suspensión permanente 4 (6,4 %): 1 por inicio de adalimumab ,1 por leucopenia , 1 por hepatotoxicidad y 1 por diarrea y dolor abdominal. Al inicio del tratamiento todos los pacientes presentaron funcionalidad renal y hepática normal, el 30,9% hemoglobina descendida; eritrosedimentación aumentada en 71,4%, hipoalbuminemia: el 20,95%.;Número de articulaciones afectas: 15 +/- 7,66. En el último control se observaron hemoglobina y albúmina baja en el 21,9% y 23,8% respectivamente. El 50% presentó eritrosedimentación acelerada , 1 paciente con trasaminasas aumentadas 13 veces .Presentaron muy buena respuesta el 89 % de los pacientes.

Conclusión: El uso combinado de MTX y LF presenta poca frecuencia de efectos secundarios y muy buena respuesta clínica. Es una importante opción a tener en cuenta en pacientes refractarios al tratamiento convencional y de escasos recursos .

109

Alteraciones ateroscleróticas en carótidas de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en un hospital universitario brasileño

Autores: Telles RW, Lanna CCD, Ferreira GA, Souza AJ, Navarro TP, Ribeiro AL

Institución: Servicios de Reumatología, Cardiología y Cirugía Vasculardel Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais – Brasil. Servicio de Ecografía Vasculardel Laboratorio Hermes Pardini.

Objetivo: Determinar la frecuencia de placa aterosclerótica y la espesura media-intimal de carótidas (EMI) en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Evaluar la asociación entre alteraciones ateroscleróticas y factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y características del lupus. **Métodos:** Estudio transversal en que la pesquisa de placa aterosclerótica y medida de la EMI fueron realizadas por ecografía. **Resultados:** Fueron evaluados 172 pacientes (mujeres = 95,9%), con edad media (DP) de 38,5 años (11,2 años). La frecuencia de placa aterosclerótica fue 9,3%. La mediana (Iq) de la EMI fue 0,60mm (0,54-0,71mm). Hubo asociación significativa (p<0,05) entre placa y edad, historia familiar, c-LDL>100mg/dl, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, menopausia, número de factores de riesgo y score de Framingham, edad en el diagnóstico, tiempo de enfermedad, manifestaciones mucosas y cutáneas y tiempo de uso de prednisona. Diagnóstico de nefritis, uso de inmunosupresores, pulsoterapia con metilprednisolona y dosis media de prednisona se asociaron a la ausencia de placas. Tabaquismo (p=0,004), c-LDL>100mg/dl (p=0,044), score de Framingham (p=0,006) y ausencia de uso de inmunosupresores (p=0,032) se asociaron de forma independiente a la presencia de placa. Hubo correlación independiente entre EMI y edad (p<0,001) y tiempo de uso de prednisona (p=0,020). **Conclusión:** el presente estudio sugiere que niveles de c-LDL deberían ser mantenidos abajo de 100mg/dl en pacientes con lupus y que inmunosupresión está asociada a un riesgo más pequeño de apareamiento de aterosclerosis en carótidas. Estudios prospectivos deberían ser realizados para determinar el real papel de la inmunosupresión y del control riguroso de la dislipidemia en la aterogénesis en pacientes con lupus.

110

CCP y/o FR para el diagnóstico de Artritis Reumatoidea

Sohn, di ; beron, am; sotillo g, pino, ms; nasswetter, g.
Hospital de Clínicas "José de San Martín", División Reumatología.

Introducción: La Artritis Reumatoidea (AR) es una entidad de etiología desconocida que afecta al 1% de la población mundial. El pronóstico depende en gran medida del diagnóstico y tratamiento precoz. En los últimos años se han desarrollado múltiples estudios que han confirmado la mayor especificidad del CCP con respecto al FR (95% vs. 88%) con una sensibilidad similar (50-75% vs. 69%). Según las series habría entre 35 y 60% de pacientes con FR negativo y CCP positivo. Se ha propuesto una relación entre el consumo de tabaco y el HLA DR4 en pacientes con CCP positivo. Mewar y Col. postulan que existe una asociación entre el alelo del epítopo compartido y la severidad de la enfermedad en los pacientes que son negativos para el FR y que sería por vía de los Ac aCCP.

Objetivos: Evaluar actividad de la enfermedad al establecer el diagnóstico de AR en cada uno de los siguientes grupos 1) aCCP positivo y FR negativo; 2) aCCP positivo y FR positivo; 3) aCCP negativo y FR positivo; 4) aCCP negativo y FR negativo. Determinar el porcentaje de pacientes con aCCP positivo y FR negativo del total de p **Población y Muestra:** Pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de AR de más de 1 año de evolución (ACR 1987) testeados para ambos anticuerpos entre 3/04 y 6/07 **Diseño:** descriptivo, retrospectivo, observacional

Material y métodos: Se evaluaron la presencia de los Ac aCCP por ELISA de 2ª generación, (positivos valores mayores o iguales 30U/ml) y el FR IgM por aglutinación de partículas de látex (positivos títulos mayores o iguales a 1/40) en pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de AR de más de un año de evolución entre 10/2004 y 6/2005. Se describieron los siguientes parámetros en los 4 grupos: datos epidemiológicos (edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad) y DAS 28 con 4 variables al momento del diagnóstico.

Análisis de datos: Se utilizó una planilla de registro de datos que se almacenaron en una PC a través del programa Microsoft Office Excel. Método estadístico: Chi cuadrado y promedio.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, 43 mujeres (70,5%) y 18 varones (29,5%), con una edad promedio de 43 años (34 a 54), tiempo medio de evolución de la enfermedad 1,5 años (1 a 2 años). DAS promedio: 5,85 (3,75 a 8,25).

Grupos	Pacientes n (%)	Mujeres n (%)	Varones n (%)	DAS 28 promedio
1	23 (37,7)	22 (95,6)	1 (4,4)	5,84 (3,82 - 7,57)
2	25 (41)	14 (56)	11(44)	5,88 (3,73- 8,7)
3	4 (6,5)	2 (50)	2 (50)	5,32 (3,75- 6,23)
4	9 (14,8)	6 (66,7)	3 (33,3)	5,88 (4,38- 7,5)

Conclusiones: La actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico fue similar en todos los grupos (p>0,05). El 37,7% (grupo 1) de los pacientes con AR tuvieron AR a CCP positivo y FR negativo; en ese grupo, llamativamente el porcentaje de mujeres (95%; 22:1) fue mayor a lo descrito en la bibliografía (70%; 3:1).

111

Lupus Neonatal y Enfermedad Materna Autoinmune.

Departamento de Lupus del Servicio de Reumatología del HIGA San Martín
Dra García MA, Testi A, Babini JC, Arturi AS.

Objetivo: presentar la casuística de LES neonatal (LNN), la evolución de los niños y diagnóstico materno. **Pacientes y métodos:** El estudio incluye niños con LNN hijos de madres reclutadas en el protocolo de seguimiento de pacientes con LES y de madres sin diagnóstico previo de enfermedad autoinmune en cuyos hijos se diagnosticó LNN.

LNN	Clínica de la madre/ Diagnóstico	Edad al diagnóstico	Parto /EG	Tratamientos /evolución
BCC	L. discóide, fotosensibilidad ANA 1/500, ac-DNAN+, ac-SSA/Ro+, ac-SSB/ La +, AFL +	Al nacer	Vía Baja/ 42 s	Marcapasos (MCP). Isquemia intestinal. Óbito.
BCC	S. Raynaud, astenia, ANA 1/5000, SSA/Ro+	IU/33 s.	Cesárea/ 40 s.	Dexametasona/ MCP Persiste BCC. Seguimiento: 2 años
BCC	S. Raynaud, astenia, neuritis óptica, ANA 1/ 1000, SSA /Ro+, RNP +	IU 30 s.	Cesárea/ 40 s.	Dexametasona/ no MCP. Persiste BCC. Seguimiento: 10 años.
BCC	S. Raynaud, antecedente de PTI, ANA +, SSA /Ro	IU 24 s.	Vía Baja/ 38 s.	MCP Favorable. Seguimiento: 8 años.
BCC	Asintomática, acCL, IgG a IgM +, SSA/ Ro y ac-SSB-La +	IU 20 S.	Cesárea/ 36 s.	MCP, evolución favorable. Seguimiento: 5 años.
L. Cutáneo	LES de 8 años de diagnóstico. Cutáneo, articular, leucopenia, ANA 1/500, SSA/ Ro +, AFL+.	A la semana del nacimiento	Vía baja/ 37 s.	Remisión espontánea. Seguimiento: 6 años.
L. cutáneo	S. Sjögren. FR 420U/L; ANA 1/160; SSA/Ro 125; SSB/La 134; Hipocomplementemia	< de un mes del nacimiento	Vía baja/ 38 s.	Remisión espontánea. Seguimiento: 3 años.

Resumen y Conclusiones: se describen 7 casos de LNN, se manifiestan por BCC y 2 por lupus cutáneo. El diagnóstico materno fue retrospectivo en 5/7 casos. Una paciente presentó SS, 2 LES y 4 fueron compatibles con LES sin cumplir criterios de clasificación. Todas tenían anticuerpos anti SSA/Ro y 3 tenían SSB/La asociado. Los cuadros cutáneos remitieron espontáneamente. Los casos de BCC fueron permanentes, a tres se les colocó MP y un caso diagnosticado tardíamente falleció por isquemia intestinal. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz del LNN y la ineficacia de los corticoides en los BCC de segundo o tercer grado.

112

EVALUACIÓN DE LA ERITROSEDIMENTACIÓN (VSG) EN DIFERENTES TIEMPOS DE LECTURA Y SU CORRELACIÓN CON ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA (AR). INFORME PRELIMINAR.

Casalla L, Chaparro del Moral RE, Papisidero SB, Rillo OL.
Servicio de Reumatología. Htal. Graf. de Agudos Dr. E. Tornú. Buenos Aires.

Para monitorear el curso de la AR se emplean parámetros clínicos y de laboratorio. De estos últimos la VSG (método de Westergren - 60 minutos) es ampliamente utilizada. Algunos sistemas permiten la lectura en tiempos alternativos que oscilan entre los 20 y 120 minutos. En un estudio reciente, Hazes J. (2006) demostró una buena correlación entre VSG medida a los 30 y a los 60 minutos. En nuestro conocimiento, la utilidad de efectuar la lectura en tiempos alternativos no ha sido evaluada en relación a la actividad en AR. **Objetivos:** 1) Analizar la correlación de diferentes tiempos de lectura de la VSG con actividad y discapacidad en pacientes con AR. 2) Evaluar la correlación de tiempos alternativos de lectura de la VSG con Proteína C Reactiva (PCR) y 3) Determinar el Área Bajo la Curva (ABC) para cada uno de los tiempos de lectura de VSG en relación a la actividad de la enfermedad. **Material y Métodos:** se incluyeron, en forma consecutiva, pacientes de sexo femenino, 18-50 años, con diagnóstico de AR (ACR87). Se excluyeron otras condiciones que puedan alterar la VSG. Variables estudiadas: N° de articulaciones dolorosas y tumefactas (28), escala visual análoga (EVA) global de la enfermedad por el paciente y por el médico (0-100 mm), VSG a los 20, 30, 60, 90 y 120 minutos (medida en milímetros por el mismo observador) por método de Westergren, PCR (mg/dl), HAQ-A, DAS28-PCR y CDAI. Los pacientes se clasificaron según la actividad de la enfermedad de acuerdo a DAS28-PCR considerándose alto grado de actividad a valores $\geq 4,1$. Análisis estadístico: por medio del Coeficiente de Correlación de Spearman (r_s) se calculó la correlación de la VSG en distintos tiempos de lectura con las demás variables. Mediante curvas ROC se estimó el ABC para los diferentes tiempos de lectura de VSG tomando como referencia DAS28-PCR $\geq 4,1$. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** se evaluaron 40 pacientes, edad promedio 41 ± 8 años, tiempo de evolución promedio de la AR de 94 meses. La Mediana (mínima-máxima) para: articulaciones dolorosas 5 (0-22), tumefactas 5 (0-16), EVA global paciente 32 (2-87), EVA global médico 26 (0-75), VSG20 = 1 (0-18), VSG30 = 4 (0-25), VSG60 = 17 (0-76), VSG90 = 31 (1-100), VSG120 = 44 (5-115), PCR 0,55 (0-6,2), HAQ-A 0,75 (0-2,5), DAS28-PCR 3,9 (1,3-5,9), CDAI 51,5 (5-147). El 37% de los pacientes (19 de 40) presentaron DAS28-PCR $\geq 4,1$. Se observó correlación significativa entre los distintos tiempos de lectura de VSG con PCR, siendo mayor con la VSG30 ($r_s = 0,47$). No se observó correlación con el resto de las variables. Si bien las Curvas ROC para los distintos tiempos de lectura de VSG no alcanzaron significancia estadística en relación con actividad de la AR, el valor de VSG30 fue el que describió mayor área bajo la curva (ABC 0,61). **Conclusiones:** a) la VSG no correlacionó con actividad ni discapacidad en AR, b) la VSG correlacionó con PCR, siendo la lectura de VSG30 la que mostró mayor correlación y c) no se pudo establecer a la VSG como un indicador del grado de actividad de la enfermedad. Los resultados de este estudio preliminar podrían estar influenciados por el tamaño muestral por lo que se requieren más estudios para confirmar y mejorar la consistencia de estas conclusiones.

113

MANIFESTACIONES REUMÁTICAS DEL SIDA. PREVALENCIA Y CUADRO CLÍNICO EN 132 PACIENTES VIH (+) DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS. ASUNCIÓN-PARAGUAY.

Romero-Abrecht, M.T. Prof. Dra. Monografía. Departamento de Reumatología Hospital de Clínicas. Facultad Ciencias Médicas (FCM). Universidad Nacional de Asunción (UNA). Asunción-Paraguay 2006.

OBJETIVOS: Realizar una primera comunicación y determinar la prevalencia, el espectro clínico de las Manifestaciones Reumáticas (MR) en la infección por el VIH/SIDA, en pacientes del Hospital de Clínicas de (FCM - UNA) y Comparar los resultados obtenidos en nuestro país con los de la literatura mundial. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño de estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de una serie de casos. Fueron incluidos 132 pacientes con diagnóstico de infección por VIH (SIDA) que se internaron en Clínica Médica de enero 1994 a diciembre de 2005. Protocolo con las variables: Edad, sexo, estado civil, procedencia, estado al alta, estado, conteo CD4, carga viral. Las MR se clasificaron: Artritis-miopatía-vasculitis-infecciones osteoarticulares y otras. **Estadística:** Los datos estadísticos se procesaron en Epi-Info 2002, estadística descriptiva, Prueba de χ^2 . Medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar (DS), con intervalo de confianza (IC): 95 % y la prueba T de student. El valor de la p significativa > 0,05. **RESULTADOS:** Sexo: M 65% y F 35%. Edad: 17-64 años media $34,4 \text{ DS} \pm 10,1$, 35%, lo que indica una relación de 2.1. 3) Edad: El límite mínimo fue de 17 años y el máximo de 64 años, con una media $34,4$ desvío estándar de $\pm 10,1$ años. 4) El estado civil de los pacientes: solteros: 75 pac.(57%), 5) La procedencia de los pacientes fue de la Ciudad de Asunción y el Departamento Central (84%), Interior (14%) y exterior (2%). 6) Poststar: No se conocían portadores de la infección por VIH: 98 pacientes (74%) 7) Tratamiento antirretroviral: No recibieron 116 pacientes (88%). **Manifestaciones Reumáticas. Espectro Clínico:** 1) Artritis: Artralgias 5, Espondiloartritis 4, Artritis 2, Artritis psoriásica 1. **Miopatía:** Polmiositis 7, Mialgias 2, Coitis ulceroa 1. **Vasculitis:** Glomerulonefritis membranoproliferativa 2, Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 2, Vasculitis necrotizante sistémica 3, Vasculitis del sistema nervioso central 1, Vasculitis del sistema nervioso periférico 1, Microrritis 1, Endoftalmítis 1. **Infecciones:** Celulitis 1, Miositis tuberculosa 1. **Enfermedades autoinmunes asociadas a infección VIH:** Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 4, Artritis reumatoidea 3, Síndrome antifosfolípido 1. **Misceláneas:** Hipertensión pulmonar primaria (HPP) 1. Series de casos en imágenes: Artritis, Espondiloartritis, vasculitis necrotizante sistémica, miositis tuberculosa, antifosfolípido, endoftalmítis. De 132 pac. VIH/SIDA, 39 pacientes (30%) tuvieron MR. Lo cual coincide con la literatura mundial. Las MR en pacientes VIH (+) en distintos países, a nivel mundial y en nuestro país lo comparamos en la Tabla 2. 34% Bursitis (Canadá) 65,3% Muñoz (España) 11%, Heshbar (Brasil) 40,8%, Berman (USA) 7,8%, Romero (Paraguay) 30%, coincidiendo también con una alta frecuencia de MR de la literatura mundial. **CONCLUSIONES:** Las MR es de 30% de nuestra serie. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre pacientes con o sin MR según los estados de infección por VIH, tampoco con respecto al sexo a pesar de tendencia a mayor frecuencia en mujeres con MR (relación 1:1) comparado con el grupo sin MR (relación M:F es de 2:1). En nuestra serie de pacientes, las MR fueron: un mayor número de artritis, vasculitis necrotizante sistémica con cuadros clínicos severos y llamativamente una miositis tuberculosa a diferencia de las miositis que son generalmente a staphylococcus aureus; otros como LES y AR fueron encontrados. No encontramos Síndrome de Linfocitos infiltrativa difusa (SLID). La relación varón/mujer fue de 2 /1, con un aumento en forma progresiva y ascendente a partir del 2000; a diferencia de la relación 29/1 a principios de la década del 80, lo cual nos sugiere que la epidemia no está controlada en nuestro país y que se está expandiendo a mujeres y niños. Es importante pensar en el VIH y pedir el estudio en pacientes con MR ya que es frecuente dicha manifestación en los distintos estados de la infección.

114

DISFUNCIÓN DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR

Dantaz A, Acevedo I, Ramagli A
GETIEP, Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay, Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay

Introducción: El tendón tibial posterior actúa en la flexión plantar del pie en la marcha y es un estabilizador dinámico del arco medio y de la articulación subastragalina. Es la causa más común del pie plano adquirido en el adulto. Es una condición progresiva favorecida por la obesidad, diabetes, artropatías inflamatorias, etc. La región submaleolar del tendón es una zona vulnerable donde la hipovascularización altera las fibras colágenas y genera debilidad, elongación, solución de continuidad y compromiso de la función.

Objetivos: Estadificar el daño tendinoso, seleccionar el tratamiento acorde al estadio, valorar la respuesta al tratamiento.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de la historia clínica de pacientes asistidos por GETIEP entre enero de 2002 y setiembre de 2006. De un total de 1516 consultas, 15 correspondieron a disfunción del tendón. Se consideró la historia clínica: edad, sexo, antecedentes destacables (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, traumatismos y/o cirugía tibiotarsiana, infiltraciones, artritis reumatoidea, otras artropatías inflamatorias). Se tuvo en cuenta la evolución al momento de la consulta.

En el examen físico se consideró la presencia del signo de más dedos, la maniobra de puntillas, la morfología del retropié y las huellas plantares. Se estudiaron con radiografía simple, ecografía del retropié, resonancia nuclear magnética. Considerando la clasificación de Jonsen y Strom, se valoró: estadio evolutivo, indicación de plantares, férula de Arizona, fisioterapia y evolución.

Resultados: De 1516 consultas, 15 pacientes presentaron disfunción del tendón. La edad osciló entre 45-74 (media 62,3). El intervalo entre inicio de síntomas y consulta osciló entre 1 mes y 7 años. 26,6% eran obesos, 13,3% portadores de Artritis reumatoidea, 20% traumatismo tibiotarsiano.

9 pacientes presentaron signo de más dedos, 10 maniobra de puntillas positiva, 66,6% valgo del retropié, 46% pies planos. La radiografía simple evidenció en el 33,3% pinzamiento de interlínea y remodelación artroscálica secundaria de tibiotarsiana y subastragalina. La ecografía se realizó en 7 pacientes: en 4 pacientes mostró alteraciones, y la resonancia evidenció rotura parcial en 2 pacientes.

Se clasificaron los pacientes: la mayoría correspondió al estadio 2..

El 73,3% se benefició con plantares y fisioterapia y 26,6% requirieron férula de Arizona.

Conclusiones: Un 66,6% (n:10) se clasificó en estadio 1 y 2. Estos fueron tratados con medidas conservadoras logrando mejoría del dolor.

*GETIEP: Grupo de estudio y tratamiento integral de las enfermedades del pie.

115

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ASOCIACIÓN ENTRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y AUTOANTICUERPOS

Gil MG, Katsicas, M; Vilca, I; Russo, R
Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. P. Garrahan. Buenos Aires

Introducción: La diversidad en la presencia de autoanticuerpos en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es conocida, sin embargo la asociación entre autoanticuerpos y manifestaciones clínicas en pediatría, no está bien establecida, siendo escasos los reportes en la literatura.

Objetivo: Determinar la asociación entre el perfil de autoanticuerpos y las manifestaciones clínicas presentes en niños y adolescentes con LES.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con LES. Se incluyeron: a) pacientes que cumplan con criterios de clasificación del ACR 1997; b) diagnóstico realizado en el servicio de Reumatología (período 1997-2004); c) tiempo de seguimiento de al menos tres años en forma ininterumpida. Se analizaron variables: demográficas y clínico-serológicas. Variables clínicas y de laboratorio: rash malar, fotosensibilidad, alopecia, artritis, nefritis, leucopenia, linfopenia, anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia (se utilizaron descriptores según ACR 1997) y compromiso neurológico (según ACR 1999). Otras manifestaciones: pulmonar (enfermedad pulmonar no atribuible a otras causas y/o DLCO < 77%), hipertensión pulmonar, complejo Sicca, mucositis, miostitis, oftalmológico (cambios refrinales y neuritis óptica), vascular (livido reticularis, raynaud, trombosis), presencia de síndrome antifosfolípido (SAF) (criterios de Sapporo 1999). Detección de anticuerpos ANA (IFI en Hep2), Anti-DNA (IFI en Crithidia Luciliae); Antígenos Extraíbles Nucleares (immunoblotting), Anticardiolipinas (aCL) IgG e IgM (ELISA), Análisis estadístico, Chi² (Test de Fisher).

Resultados: 48 pacientes (41 M, 7 V), edad debut (mediana) 11 años (3-15), seguimiento 4,8 años (3-9,5). Las manifestaciones más frecuentes fueron: músculo esqueléticas 89%, cutáneo-mucoso 79%, hematológico 75%, renal 73%, vascular 44%, pulmonar 25%, neurológico 23%, serosas 19%, SAF 6%, SICCA: 6% oftalmológico 4%, hipertensión pulmonar 2%. Los anticuerpos encontrados fueron: ANA 100%, Anti-DNA 89%; anti-Sm 48%; anti-Ro 23%; anti-La12%; anti-RNP 31%; anti-Rib P 10%; aCL 58%. El análisis de asociación evidenció: compromiso pulmonar y Raynaud con anti-Sm (p=0,006 OR=22, p=0,015 OR=7,39 respectivamente). Rash y trombocitopenia con aCL (p=0,016 OR= 5,3; p=0,0247 OR: 4,9).

Conclusiones: Nuestro estudio evidenció asociaciones con anti-Sm y aCL. La presencia de anti-Sm justificaría una evaluación pulmonar y vascular detallada en forma periódica., futuros trabajos son necesarios para avalar estos hallazgos y valorar el riesgo de presentar anti-Sm en LES juvenil.

116

MORTALIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: CASUÍSTICA DE UNA DÉCADA

Fontalra L, Yinde Y, Galeano A, Riveros R, Duarte M.
Departamento de Reumatología. Primera Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas-UNA. Asunción-Paraguay.

Objetivos: Determinar las causas y la frecuencia de la mortalidad de pacientes internados en un centro de referencia con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de LES según criterios de American College Rheumatology (ACR), internados en la Primera Cátedra del Hospital de Clínicas de enero de 1996 a diciembre de 2005. Los datos fueron recogidos en fichas prediseñadas, analizándose las siguientes variables: sexo, edad, Systemic lupus erythematosus disease activity index (SLEDAI) al ingreso, uso previo al ingreso de inmunosupresores, tipo, dosis y tiempo de inmunosupresor utilizado antes del ingreso, presencia de infecciones, días de internación, mortalidad y sus causas. Los datos fueron procesados por el paquete estadístico Epi Info 2002, los resultados expresados en porcentajes y medias con DE, se consideró p < 0,05 como significativa.

Resultados: En el período de 10 años fueron internados en total 8824 pacientes, correspondiendo a internaciones por LES 134 (1,5 %). Fueron 122 mujeres (91 %) y 12 varones (9%), con una edad media de 30,2 ± 12,9 años. Al momento de la internación presentaban un índice de SLEDAI medio de 17,5 ± 8,1 puntos; 10 pacientes (7,5 %) presentaban actividad leve (SLEDAI 1-5), 17 (12,7 %) actividad moderada (SLEDAI 6-10), 59 (44 %) actividad severa (SLEDAI 11-19) y 48 (35,8 %) tenían actividad muy severa (SLEDAI ≥ 20). Utilizaban inmunosupresores previo al ingreso 93 pacientes (69,4 %), en su totalidad prednisona, 60 en forma exclusiva (64,5 %) y 33 (35,5 %) combinados con otros inmunosupresores. La dosis de PDN media era de 34,5 ± 24, 6 mg/d. La ciclofosfamida fue utilizada en combinaciones, en 13 pacientes (99,4 %), seguida por la azatioprina en 11 (33,3 %), cloroquina en 7 (21,2 %) y metotrexato en 2 (6,1%). Presentaron infecciones durante la internación 73 pacientes (54, 5 %) y no lo hicieron 61 (45,5 %). El promedio de días de internación fue de 16,5 ± 18, 2.

Fallecieron el 9,7 % pacientes con LES (13/134). En 7/13 pacientes (53,8 %) la causa final de muerte fue la infección. Las infecciosas que causaron la muerte fueron en su mayoría (6/7) de origen extrahospitalario (85,7 %). Los eventos infecciosos fueron de punto de partida pulmonar y abdominal en 28,6 % de los casos (2/7); de origen cerebral, cutáneo y urinario en 14,3 % (1/7). Las causas no infecciosas de mortalidad, representaron 46,2 % (6/13), siendo en su mayoría (6/5) hemorragias alveolares (50 %), seguidas por falla renal y shock cardiogénico en 16,7 % (1/6). Hubo un caso de fistula traqueo esofágica (16,7%) que causó la muerte en un paciente con antecedentes de intubación traqueal prolongada.

No hubo relación entre la actividad lúpica y la mortalidad, así como tampoco con el uso previo de inmunosupresores, la dosis diaria de PDN. Se observó una tendencia a que el uso previo al ingreso de Azatioprina y Ciclofosfamida se relacione con la mortalidad (p=0,08) así como la presencia de infecciones (p=0,06).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes lúpicos internados en nuestro servicio es similar a la literatura (9,7 %). Las infecciones no constituyen la causa predominante, pero parece haber una tendencia a ser un factor de riesgo. La hemorragia alveolar es la más frecuente manifestación de actividad lúpica que lleva a la muerte. El uso de Azatioprina y Ciclofosfamida podrían ser factores predisponentes de mortalidad.

117

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CITRULINA 3 EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA SERO NEGATIVA

Ceballos MF, Bustos D, Rosa J, Velozo E, Soriano ER, Catoggio LJ.
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica y Sección Inmunología, Laboratorio Central, Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) afecta al 0,2 % de la población general. El factor reumatóideo (FR) ha sido el test clásico para el diagnóstico de AR aunque su especificidad varía entre el 40 y el 90% en diferentes estudios. Alrededor del 30% de los pacientes con AR tienen el factor reumatóideo negativo (AR seronegativa), y en estos pacientes el diagnóstico temprano es aún más difícil. Los anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos (CCP) fueron desarrollados para el diagnóstico de AR en un intento de mejorar la sensibilidad y la especificidad.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad de los anti-CCP 3 en AR seronegativa de reciente comienzo e identificar el mejor valor de corte de los anti CCP-3 para dicho diagnóstico en nuestro laboratorio.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con artritis reumatoidea de menos de 2 años de evolución (criterios ACR 1987) con FR negativo que consultaron en forma consecutiva (en un período de tres meses) a la Sección Reumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires y como grupo control pacientes consecutivos en el mismo período con poliartropatía o poliartritis de menos de 2 años de evolución que tuvieran un diagnóstico diferente a AR. A todos se les realizó el FR por técnica de latex y anti-CCP 3 por ELISA (Inova de última generación). Se calcularon la sensibilidad, especificidad, likelihood ratio positivo (LR+) y negativo (LR-) para distintos valores de corte del método. Se realizó la curva ROC (Receiver Operating Characteristic analysis) para determinar el mejor valor de corte y el área bajo la curva.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes con AR (82 % mujeres, edad media 56 años DS:16) con un tiempo de evolución mediano (hasta la determinación) de 4 meses (2-14) y 24 controles (63% mujeres, edad media 57 años, DS:17) tiempo de evolución mediano de enfermedad de 5 meses (3-24) y tiempo mediano de seguimiento de 9 meses (5-30). Los diagnósticos de los controles fueron: 50% fibromialgia, 12% osteoartritis, 13 % otras enfermedades del tejido conectivo, y 25% espondiloartropatías seronegativas. En la tabla se muestra la sensibilidad, especificidad, LR+ y LR- de los antiCCP3 para distintos valores de corte.

Valor de corte	Sensibilidad	Especificidad	LR +	LR -
>= 10	77,78 %	73,91%	2,98	0,30
>= 20	72,22 %	95,65 %	16,61	0,29
>= 30	66,67 %	100 %		0,33
>= 40	61,11 %	100 %		0,39

La curva ROC arrojó un área bajo la curva de 0,85 (IC 95%: 0,72 - 0,98), y determinó que el mejor valor de corte fue >= a 20 Unidades.

Conclusiones: Los anticuerpos anti CCP3 mostraron una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de Artritis Reumatoide seronegativa de reciente comienzo. El mejor valor de corte fue >= a 20 unidades. Sería importante que los laboratorios al informar los valores de corte sugeridos para positividad informaran la sensibilidad y especificidad para ese laboratorio de modo tal que el médico tratante pueda tomar su propia decisión.

118

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E INFECCIONES

Fonclara L., Yinde Y., Galeano A., Riveros R., Duarte M.
Departamento de Reumatología. Primera Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas-UNA. Asunción-Paraguay.

Objetivos: Determinar la frecuencia, el tipo y las causas predisponentes de las infecciones en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).
Diferenciales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de LES, según criterios de American College Rheumatology (ACR), internados en la Primera Cátedra del Hospital de Clínicas de enero de 1997 a diciembre de 2006. Los datos fueron recogidos en fichas prediseñadas, analizándose las siguientes variables: sexo, edad, Systemic lupus erythematosus disease activity index (SLEDAI) al ingreso, uso previo de inmunosupresores, tipo, dosis y tiempo de inmunosupresor utilizado antes del ingreso, presencia de infecciones, localización de las mismas, agentes causales, días de internación, mortalidad y sus causas. Se separó a la población en dos grupos: infectados y no infectados al ingreso. Los datos fueron procesados por el paquete estadístico Epi Info 2002, los resultados expresados en porcentajes y medias con DE, se consideró $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: En el periodo de 10 años fueron internados 116 pacientes con LES. Se dividió la población en 2 grupos emparejados, de 58 individuos cada uno, según si presentaban infecciones (grupo A) o no (grupo B) en el momento de la internación. En ambos grupos predominaron las mujeres (50,9 % en grupo A y 40 % en el B). La edad media en el grupo A fue de $29,7 \pm 12,1$ años y en el grupo B $30,1 \pm 11,1$ años. Al momento de la internación presentaban un Índice de SLEDAI medio de $16,07 \pm 8,68$ en el grupo A y $18,5 \pm 7,78$ puntos. Recibían inmunosupresión previa al ingreso en el grupo A: 44 pacientes (53 %) y en el grupo B: 39 (47 %); en su totalidad prednisona y combinados con otros inmunosupresores en el 45,2 % del grupo A (14/58), en el 54,8 % (17/58) en el grupo B. La dosis previa al ingreso de PDN era de $43,1 \pm 26,1$ mg/d en el grupo A y $28,4 \pm 22,7$ mg/d en el grupo B. La ciclofosfamida fue utilizada en combinaciones, en 5/14 pacientes en el grupo A (35,7 %) y en 7/17 pacientes en el grupo B (41,2 %), la azatioprina en 2/14 (14,3 %) en el grupo A y en 6/17 (32,3 %) en el grupo B, la cloroquina en 3/14 (21,4 %) y en 4/17 (23,5%) respectivamente, y el metotrexato fue utilizado en 14,3 % del grupo A (2/14) y en ninguno del grupo B. Presentaban insuficiencia renal crónica 57,1 % en el grupo A y 42,9 % en el grupo B. La estancia hospitalaria fue de $16,1 \pm 19,3$ días en el grupo A y de $11,1 \pm 8,3$ días en el grupo B. Los eventos infecciosos fueron en su mayoría de punto de partida urinario 20 (34,5 %), seguidas por las neumonías 15 (25,9 %), las infecciones de partes blandas 13 (22,4 %), las abdominales en 4 (6,9 %) de los casos, en menor proporción faríngea y oídos (5,1 %), endocarditis, sinusitis y vulvovaginitis (1,7 % cada una). En 22/58 (37,9 %) episodios se pudo identificar el agente causal de la infección, siendo en su mayoría bacterianas 21/22 (95,4 %). Las bacterias aisladas más frecuentemente fueron bacilos gram negativos 12/22 (54,5 %) y entre ellos el *Streptococcus pneumoniae* 4/22 (18,2%). Entre los gram positivos el más aislado fue el *Stafilococcus aureus* en 7/22 casos (31,8 %). Se encontró un caso de *Candidiasis* severa (4,5 %).

La actividad lúpica, el uso previo de inmunosupresores previo al ingreso, la insuficiencia renal no mostraron ser factores predisponentes de infecciones en pacientes lúpicos en este trabajo. Con el uso de Metotrexato se observó una tendencia al desarrollo de infecciones ($p=0,09$). Una dosis diaria de PDN mayor a 20 mg/d se relacionó estadísticamente con la presencia de infecciones. ($p=0,04$). Fallecieron en total 13 pacientes, 9 (75 %) en el grupo A y 4 pacientes en el B (25 %). ($p=0,03$)

Conclusiones: En el presente estudio las infecciones fueron predispuestas por una dosis mayor a 20 mg/día de prednisona, no encontrándose relación con otros factores mencionados en la literatura. Llama la atención que las infecciones urinarias sean mayoría en pacientes internados, ya que generalmente su manejo es de resorte ambulatorio y su menor gravedad no requiere internaciones. Los gérmenes aislados son similares a los de la literatura. Las infecciones se relacionan claramente con un aumento de la mortalidad.

119

LUPUS SEROLÓGICAMENTE ACTIVO CLINICAMENTE QUIESCENTE

Cassano G., Roverano S., Paira S. Sección Reumatología, Hospital J. M. Cullen Santa Fe.

Asnal C., Nitsche A. Hospital Aleman, Buenos Aires **Objetivo:** Comparar características demográficas, clínicas, actividad, daño orgánico y tratamiento entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) serológicamente activo clínicamente quiescente (SACQ) y aquellos sin SACQ. Evaluar frecuencia de evolución de SACQ a actividad clínica y serológica (SACA) y características predictoras de evolución de LES SACQ a SACA. **Material y métodos:** retrospectivo. Inclusión: LES ACR 1982, con evolución y seguimiento de al menos un año. Exclusión: LES por drogas. Se revisaron: demografía, duración del LES (1° síntoma), tiempo de seguimiento (diagnóstico de LES), duración del periodo SACQ (desde el diagnóstico de SACQ hasta su evolución a SACA o a inactividad clínica y serológica (SQCC) o la última consulta si persistió SACQ. Clínica del LES (criterios ACR) previa al SACQ. Actividad: SLEDAI: ingreso, cada 6 meses y en brote. Brote: aumento de SLEDAI > 3. Brote severo: SLEDAI >12 y muy severo: SLEDAI >20. Daño orgánico: SLICC en el último año de duración de LES. No daño: SLICC=0, daño: SLICC >0. Tratamiento previo y durante el SACQ. Escala SLEDAI modificada sin complemento y anti-DNA (SLEDAI-m): ingreso y cada 6 meses. Se define LES SACQ: SLEDAI-m =0 con anti-DNA (+) y / o C3 o C4 bajos en dos visitas. Se define evolución a SACA; SLEDAI-m > 0. Pacientes con más de un periodo SACQ se utilizó el primero para el análisis. Un paciente SACQ excluido del análisis por pérdida de seguimiento **Análisis estadístico:** normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad (Levene). Test t o Mann-Whitney, chi-cuadrado o exacto de Fisher. Significancia $\alpha=5\%$. **Resultados:** 80 pacientes, 24 SACQ. No diferencias significativas en la edad de inicio, edad actual, sexo, clínica ACR, severidad de brotes, daño orgánico y tratamiento previos entre pacientes con y sin SACQ. Número de brotes previos (SACQ vs no SACQ): 1 brote: 17% vs 36%; 2 brotes: 13% vs 4%; 3 brotes: 4% vs 4%; 7 brotes: 4% vs 0%. De 23 pacientes SACQ: 12 fueron a SACA y 11 permanecieron SACQ o fueron a SQCC. No diferencias significativas en edad de inicio, sexo, duración del LES, clínica ACR, severidad de brotes, daño orgánico y tratamiento previos al SACQ entre los que fueron a SACA y los que permanecieron SACQ o fueron a SQCC. No diferencias significativas en presencia de anti-DNA, C3, C4 o ambos ni tratamiento durante el SACQ entre pacientes que fueron a SACA y los que permanecieron SACQ o fueron a SQCC. Duración del SACQ, significativamente mayor en pacientes que fueron a SACA ($p=0,03$). Los pacientes con un brote (3), dos brotes (2) y tres brotes previos (1); tendencia a evolucionar a SACA. Los pacientes con corticoides durante el SACQ; tendencia a evolucionar a SACA ($p=0,07$). **Conclusión:** no hubo características del LES que aumenten la probabilidad de evolucionar a SACQ, excepto tendencia a mayor número de brotes previos. Pacientes con mayor duración del SACQ fueron más a SACA, y aquellos con más número de brotes previos al SACQ y uso de corticoides durante el SACQ tuvieron la misma tendencia.

120

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO

Cassano G., Gongora V., Ortiz A., Roverano S., Paira S. Hospital J.M Cullen Santa Fe

Objetivos: Determinar la asociación entre las características del lupus eritematoso sistémico (LES) y desenlaces obstétricos. Comparar características del LES entre embarazos activos e inactivos. Evaluar la frecuencia del aumento del daño orgánico en el post-parto. **Material y métodos:** Revisión de historias clínicas: Pacientes embarazadas con diagnóstico de LES ACR 1982. Nefropatía previa al embarazo: proteinuria > 500mg/diá-cilindros-hematuria dentro del año previo y / biopsia renal. Actividad del LES previa al embarazo: SLEDAI más cercana a la fecha del embarazo dentro del año previo. Actividad del LES: SLEDAI durante el embarazo, y en la consulta más cercana al fin de embarazo dentro del año posterior al parto. Daño orgánico previo al embarazo: SLICC más cercano a la fecha de embarazo dentro del año previo. Daño orgánico post-parto: SLICC en la consulta más cercana al fin de embarazo dentro del año del parto. Tratamiento previo y durante el embarazo. Eventos obstétricos: aborto, parto prematuro, muerte fetal, retraso de crecimiento intrauterino, pre-eclampsia, eclampsia, HELLP, rotura prematura de membrana. Eventos del recién nacido: bajo peso, muerte perinatal, muerte neonatal, malformaciones congénitas y LES Neonatal. **Actividad:** SLEDAI > 0 **Inactividad:** SLEDAI = 0. Aumento de daño: \uparrow de SLICC ≥ 1 entre SLICC previo al embarazo y SLICC post-parto. **Análisis estadístico:** chi cuadrado o exacto de Fisher. **Resultados:** 36 embarazos en 26 pacientes (24 LES, 2 LES con SAF 2°). Embarazos activos: 23, inactivos: 12. Nefropatía previa. 8 pacientes. No asociación significativa entre embarazo activo y nefropatía previa con eventos obstétricos excepto tendencia clínica al parto prematuro (11/21) y recién nacido de bajo peso (5/13) en embarazos activos. No asociación entre actividad durante el embarazo con actividad previa del LES y con el uso de corticoides y antipalúdicos durante el embarazo. Tres pacientes aumentaron el daño en el post-parto (los 3 SLICC =1 con daño cutáneo) Uno de tres pacientes que inició el embarazo con uso de ciclofosfamida; recién nacido con retraso de crecimiento intrauterino, bajo peso y malformación congénita. Un caso de bloqueo cardíaco congénito fetal seguido de muerte perinatal. **Conclusiones:** La actividad durante el embarazo se asoció sin significancia estadística a parto prematuro y a recién nacido de bajo peso. No hubo diferencias en la actividad previa al embarazo ni en el tratamiento de LES durante el embarazo entre embarazos activos e inactivos. Se observaron tres embarazos con aumento del daño orgánico cutáneo. (POSTER)

121

GLUCOSAMINA ORAL Y SU RELACION CON GLUCEMIA Y PRUEBA ORAL DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS. INFORME PRELIMINAR.

Ledesma C., Danielsén C.; Parra A.; Retamosa, J.; Mendez, R.; Yanuzzi V.
Hospital Regional Ramon Carrillo. Laboratorio Central. Santiago del Estero.

Introducción:

La glucosamina es ampliamente comercializada como tto para la osteoartritis. Las cultivos celulares provistos con glucosamina exógena, se comprobó que la misma penetra intracelularmente por fosforilación, al igual que la glucosa; lo que provocaría la acumulación de glucosamina-6- fosfato. La glucosamina-6-fosfato altera el transporte de glucosa y la resistencia a la insulina, sugiriéndose que su ingestión podría tener iguales consecuencias en humanos. Los resultados de los trabajos científicos realizados en humanos con glucosamina oral, son contradictorios, demostrando algunos de ellos que podría alterar los valores de glucemia, y la prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Objetivo:

Estudiar los efectos de la glucosamina oral en los valores de glucemia y de la prueba oral de tolerancia a la glucosa en pacientes con osteoartritis.

Material y Método:

Se obtuvo suero de 12 pacientes con diagnóstico de osteoartritis y sin ninguna otra comorbilidad. Las muestras fueron tomadas en ayunas y durante tres visitas. En la primera visita se realizó glucemia basal y post ingesta de 1500 mg de glucosamina; en la segunda, prueba oral de tolerancia a la glucosa; en la tercera, prueba oral de tolerancia a la glucosa con administración de glucosamina.

La glucemia fué analizada con metodo glucosa-oxidasa-trinder-colorimetrico, con autoanalizador automatico INCA (Intelligent Clinical Analyzer) version 2.04.01 de DICONE X

Resultados:

Los valores medios de glucemia se mantuvieron dentro de los parámetros normales durante las tres visitas: 1ª Visita: Glucemia Basal $0,88 \pm 0,84$ mg/dl, Post-Glucosamina $0,84 \pm 0,08$ mg/dl; 2ª Visita: PTOGBasal $0,91 \pm 0,87$ mg/dl, 120' $0,94 \pm 0,15$ mg/dl; 3ª Visita: PTOG+Glucosamina Basal $0,85 \pm 0,06$ mg/dl, PTOG+Glucosamina 120' $0,83 \pm 0,12$ mg/dl. Las medias apareadas para muestras relacionadas (t-test) no mostraron variaciones significativas. Glucemia Basal-Post. Glucosamina 120' ($p=0,052$); PTOG ($p=0,463$); PTOG + Glucosamina 120' ($p=0,453$)

Conclusión. En nuestro trabajo la administración de 1.500 mg de glucosamina oral, no produjo modificaciones significativas en los valores de glucemia en ayunas ni en la prueba oral de tolerancia a la glucosa. Aunque el numero de pacientes es escaso, debemos considerar que es un trabajo que continua en forma prospectiva.

122

OSTEOPOROSIS EN EL HOMBRE

Autores: Dres: Bazzano Ana, Leal María Olga, Vásquez Dora Lía, Espindola Echazu Mariana, Dip Redolfini, Garay Luciana, Pérez Refingos Adriana. Facultad de Medicina. U.N.T Cátedra de Estadística, Centro Integral de Reumatología CIR Tucumán

INTRODUCCIÓN: La patogénesis de osteoporosis en el hombre está siendo estudiada ampliamente, debido al incremento de la frecuencia en este sexo.

Es conocido que el sexo y las hormonas esteroides juegan un rol importante en la regulación de la masa ósea y recambio óseo en el hombre y la mujer.

Si bien las fracturas osteoporóticas son más frecuentes en la mujer, también son importantes en el hombre en especial en edades avanzadas, en un porcentaje del 25-30%. Cuando se habla de osteoporosis y del mayor de sus riesgos, la fractura de cadera, se piensa habitualmente en las mujeres, pero los varones también pueden perder masa ósea y se fracturan después de los 50 años. Afecta a 1 hombre cada 2.5 mujeres.

Las causas de osteoporosis en el hombre son multifactoriales.

OBJETIVO: Establecer la asociación entre la Densidad Mineral Ósea y los factores de riesgo identificados en la población de hombres estudiada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde evaluamos la DMO en una población de 340 hombres. Se midió masa ósea con un equipo de Rayos X DEXA en las regiones de cadera y columna lumbar, durante el período de 2004 al 2006, según criterios de clasificación densitométricos establecidos por la OMS: normal: DMO > a -1 DS/ t-score; osteopenia DMO de -1 a -2.5 DS/ t-score y osteoporosis DMO < -2.5 DS/ t-score, analizamos los factores de riesgo: alcohol, tabaco, diabetes, artritis reumatoide (AR) esteroides y sedentarismo, aplicando el Test Exacto de Fisher. Se excluyeron pacientes en diálisis, con trastornos hormonales (hipogonadismo) y aquellos que practican deportes a nivel profesional.

ANÁLISIS Y RESULTADOS: Se estudiaron 340 hombres agrupados según edad en 3 grupos etáreos, de 18 a 30 correspondían a un 10%, de 30 a 50 años un 29.5% y el grupo de 50 a 80 fue del 60.5%. Del total de la población, 165 hombres presentaron alteración de la DMO con Factores de Riesgo, 83 hombres con alteración de la DMO sin Factores de Riesgo y 92 hombres con DMO normal con Factores de Riesgo, con un rango de edad de 20 a 80 años, y una media de 52.7 años.

De la población estudiada los valores de la DMO normal la encontramos en un 27%, mientras que para el diagnóstico de osteopenia fue del 49% y para el de osteoporosis fue del 24%. La alteración de la DMO se presentó en todos los grupos etáreos. Los factores de riesgo identificados en esta población fueron los siguientes: tabaco, esteroides, A.R., alcohol, diabetes, y sedentarismo; se aplico el Test Exacto de Fisher en cada uno de ellos, con resultados que fueron los siguientes: P = 0.20 a P = 0.44; (P < Alfa = 0,05) lo que indicaría que no existe asociación de estos factores con la disminución de la DMO.

COMENTARIOS: La falta de asociación registrada entre los factores de riesgos analizados y la DMO en esta pequeña población, nos sugiere que intervienen otros factores como el hormonal en la historia natural de la osteoporosis en el hombre, marcando un nuevo camino de investigación.

123

ROL DEL ANTICUERPO ANTICITRULINA EN ARTRITIS TEMPRANA Y OTRAS PATOLOGÍAS

Gottaro M., Demarchi M., Alba P., Ferreyra Dillon R., Gobbi C., Exeni I., Albiero E.

Servicio de Reumatología - Hospital Córdoba, Ciudad de Córdoba, Argentina.

Introducción: Los anticuerpos anticitrulina han demostrado ser más sensibles y específicos en el diagnóstico de Artritis Reumatoidea, y permiten en casos de poliartritis con factor reumatoideo negativo establecer el diagnóstico de Artritis Reumatoidea.

Objetivos: - Revisar los motivos de solicitud del Anticuerpo Anticitrulina (AAC) en nuestro medio.

- Analizar la población de Artritis Temprana (AT) a la cual se solicitó AAC, comparando sus características clínicas, serológicas y radiológicas al momento de la consulta inicial, en relación a la presencia o ausencia de dicho anticuerpo.

Materiales y Método: Se evaluaron retrospectivamente 67 pacientes con diagnóstico presuntivo de AT y otras patologías a los cuales se les había solicitado AAC desde noviembre del 2005 a Junio de 2007. Se evaluó: edad, sexo, fecha de primera consulta, tiempo de evolución de los síntomas, número de articulaciones inflamadas, títulos de AAC, título de factor reumatoideo (FR), entesodimentación (VSG), proteína c reactiva (PCR), anticuerpos antinucleares y otros parámetros clínicos así como la presencia de erosiones y el tratamiento inicial instaurado. AT fue considerada con la presencia de oligoartritis o poliartritis de < de 12 meses de evolución.

Resultado: Los AAC fueron solicitados a 67 pacientes, de los cuales 35 (52%) fueron positivos. 50 pacientes fueron AT (38 poliartritis y 12 oligoartritis) y 17 otras patologías. Los motivos de solicitud de AAC de las patologías no AT, 8 pacientes tenían AAC, 5 Poliartritis de más de 2 años de evolución (todas FR negativo y sin criterios ACRA para AR), 1 Artritis psoriasis y 2 AR de larga evolución no erosivas. Los pacientes no AT con AAC negativos correspondieron a 6 poliartritis con rigidez matinal prolongada, y FR, 1 poliartritis de mas de 2 años seronegativa al FR y 1 fibromialgia.

Los 50 pacientes con AT tenían una edad promedio de 47.4 ± 12.6 años, e64% fueron mujeres, el tiempo promedio de consulta fue de 7,24 meses, la VSG fue de 41,8 y PCR de 12,1. El 44% presento rigidez matinal de más de 1 hora y el 24% presento alguna erosión en radiografías de manos y pies, recibiendo el 68% tratamiento con Metotrexato, el 65% corticoides y el 6% otros DMARDs. 38 pacientes se presentaron como Poliartritis, 18 de los cuales eran FR positivo, y 15 AAC positivos. (83%). Los pacientes AAC positivos presentaron menor tiempo de evolución al momento de la primer consulta, más rigidez matinal, mayor compromiso inflamatorio del carpo, más erosiones al momento de la consulta y mas síndrome seco. En el grupo de poliartritis FR negativo (20 pacientes), 7 (35%) fueron AAC positivos y 13 negativos. Los pacientes AAC positivos presentaron menor tiempo de evolución, más articulaciones inflamadas, aunque parámetros de inflamación y presencia de rigidez matinal fueron muy similares. Todos los pacientes AAC positivos FR negativos comenzaron con Metotrexato y esteroides, a diferencia del 46% del grupo AAC negativos. 12 pacientes tuvieron oligoartritis, de los cuales 5 tuvieron AAC positivos y solo 2 cumplieron criterios ACRA para AR. El 25% recibió Metotrexato como tratamiento y el 41% recibió corticoides.

Conclusiones: La principal causa de solicitud de AAC fue la evaluación de AT y de poliartritis seronegativas. Los pacientes con AAC y FR presentaron mayor cantidad de erosiones, rigidez matinal síndrome seco. La positividad de AAC permitió el diagnóstico de AR en pacientes con AT y FR negativo.

124

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN EVENTOS CLÍNICOS CARDIOVASCULARES.

Nass, M. E ; Gutiérrez, M. ; Godoy, I. ; Neira, O. ; Silva, F.
Departamento de Inmunología clínica y Reumatología y Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Sección de Reumatología, Hospital Salvador, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Objetivos: Describir los factores de riesgo cardiovascular tanto tradicionales como nuevos marcadores en un grupo de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con eventos cardiovasculares y compararlo con pacientes con LES asintomáticos desde el punto de vista cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 36 pacientes con LES, según criterios ACR, 10 con historia de eventos cardiovasculares (Accidente vascular encefálico y/o Infarto Agudo al Miocardio) y 26 sin eventos cardiovasculares como grupo control. Los pacientes se controlaban en 2 centros universitarios de Santiago. Se registraron las características clínicas de la enfermedad, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento, examen físico, incluyendo presión arterial e índice de masa corporal con un protocolo preestablecido. Se midió niveles plasmáticos de Dimetilarginina Asimétrica (ADMA), Homocisteína, Proteína C Reactiva Ultrasensible, perfil de lípidos, glicemia y creatinina. Se realizó un test de Disfunción endotelial, midiendo por ultrasonido la dilatación de la arteria braquial post reperfundición. Se utilizó T Student, Chi cuadrado, Test exacto de Fisher, Test Mann-Whitney para el análisis estadístico.

Resultados: No hubo diferencias significativas de los factores de riesgo cardiovascular entre los 2 grupos de pacientes estudiados. Se observó en los pacientes con eventos cardiovasculares mayor tendencia de Hipertensión Arterial, antecedentes familiares de eventos cardiovasculares, mayor gravedad del Lupus medido por índice SLICC, mayores dosis de Prednisona y mayor tiempo de duración de la enfermedad. 65% de nuestros pacientes lúpicos presentaron alteración en el Test de Disfunción Endotelial, sin diferencia significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: no se encontró mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con LES y eventos clínicos cardiovasculares comparados con pacientes sin historia de eventos cardiovasculares. La función endotelial se encontró alterada en 65% de los pacientes. Es necesario seguir investigando nuevos factores de riesgo cardiovascular en Lupus que nos ayuden en la prevención.

125

DIFERENCIAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON AR DE UNA COHORTE MULTINACIONAL DE PAISES CON DIFERENTES NIVELES DE PRODUCTIVIDAD

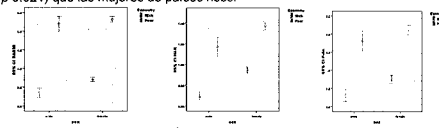
Orellana Barrera S., Agüero S., Retamozo S., Lascano C., Guaraz R., Alba P., Toloza S. (QUEST-RA Argentina), Sokka T. (QUEST-RA Finlandia), Pincus T. (QUEST-RA Estados Unidos)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad genéticamente compleja con heterogeneidad genotípica y fenotípica más prevalente en mujeres con una relación mujer/hombre de 3:1, la frecuencia y severidad varía según el sexo y la edad. También se ha observado que las condiciones socioeconómicas influyen sobre el curso de la enfermedad.

Objetivo: Examinar diferencias demográficas y clínicas entre hombres y mujeres en una cohorte multinacional de pacientes con AR no seleccionados de consultorios externos en 18 países con diferentes niveles de productividad o GDP.

Materiales y Métodos: El o más pacientes consecutivos con AR (criterios ACR 87) fueron incluidos en cada centro QUEST-RA desde Enero 2005 a Julio 2007 en los que un reumatólogo completó una evaluación clínica y el paciente una versión expandida del cuestionario de evaluación del estado de salud o HAQ. Tanto en hombres como en mujeres con AR se estudiaron variables demográficas y clínicas. El nivel de productividad de cada país se determinó mediante GDP per capita/1000 \$US considerándose países ricos a aquellos con un GDP >25 X 1000 \$US per capita (Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Holanda, España, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos) y pobres aquellos con un GDP <10 x 1000 \$US per capita (Polonia, Serbia, Argentina, Estonia, Lituania, Latvia y Hungría). Se utilizaron tests chi-cuadrado (variables categóricas) y tests de Student's (variables continuas).

Resultados: Entre Enero 2005 y Julio 2007 el proyecto QUEST-RA incluyó 4457 pacientes de los cuales 78.3% fueron mujeres y 21.7% hombres, > 90% Caucásicos, edad promedio de 57.5 años y una duración de la enfermedad de 8.8 años. Tanto hombres como mujeres de países pobres, exhibieron mayor actividad de la enfermedad, discapacidad (HAQ) y dolor, siendo más marcada en mujeres, en comparación con los países ricos (gráfico 1). Las mujeres de países pobres presentaron una mayor frecuencia de nódulos reumatoideos (23.8% vs 20.1%, p 0.01), manifestaciones extraarticulares (6.4% versus 4.6%, p 0.018) y FR positivo (76.5% versus 73.0%, p 0.021) que las mujeres de países ricos.



Conclusión: Las mujeres con AR en países con GDP bajos presentan mayor frecuencia de FR positivo y manifestaciones extraarticulares.

126

Evolución del embarazo en pacientes con LES.

Veinte años de experiencia.

García MA, Testi A, Marcos AJ, Salas A, Pendon G, Ruta S, Pereira D, Babini JC, Arturi AS. Departamento de Lupus. Servicio de Reumatología HIGA San Martín, La Plata. mercedesgarcia9@hotmail.com

Objetivo: analizar la evolución del embarazo en una población de pacientes con LES.
Pacientes y métodos: se evaluó prospectivamente el curso del embarazo y los tres meses posteriores al parto analizando las complicaciones clínicas y de laboratorio características de la actividad del lupus y las propias del embarazo. La actividad se valoró por SLEDAI. Los resultados se analizan con test de chi-cuadrado y test de T.
Resultados: Entre 1987 y 2007 se registraron 133 embarazos en 93 pacientes. La edad promedio al diagnóstico de embarazo fue de 27± 6 años y la evolución del LES 64, 8 ± 52,6 meses. El 74,4% tenía antecedentes obstétricos, el 31,6% tenía el antecedente de nefropatía.
Evaluación al diagnóstico de embarazo: estaban activas el 40% con un valor promedio de SLEDAI de 4± 6,6 (2-49). Una sola paciente presentó actividad severa (SLEDAI > de 12) y correspondió a uno de 4 casos en los que el LES se inició junto con el diagnóstico de embarazo.
 El 39% cumplía criterios de diagnóstico para SAFL (Trombosis venosa:26; trombosis arterial: 7 y pérdida de embarazo (PE): 43). El 13% tenía el antecedente de ≥ 3 PE. El 56,4% recibía tratamiento con corticoides, 22,5% antipalúdicos y 5% azatioprina.
Evolución del LES durante el embarazo y puerperio: Se reactivaron 27/80 (34%). En 19 (14,3%) casos hubo nefropatía activa, en 6 actividad severa del LES. El 31% cursó con aDNAnt positivo, 24% ac-SSA/R+, 12,2% ac-SSB/La +, 15% ac-RNP y ac- SM 7,5%. Antifosfolípidos (LAC y/o anticardiolipinas IgG e IgM o B2GPI IgG e IgM). 79/132 (60%), 6/16 B2GPI (37,5%) positivos, todas tenían ac-anticardiolipinas positivos.
 Cursaron con HTA 24/133 (18%), 4 del primer trimestre, 16 (12%) por gestosis, 6 (4,5%) con características de S. HELLP.
Evolución del embarazo: En 22 (16,5%) casos hubo evidencias de insuficiencia placentaria. El parto fue terminado por cesárea en 53/133 (40%) casos. Tres pacientes presentaron placenta acreta. En 32 (24%) los partos fueron de pre término y en 21 (16%) de bajo peso.
 Hubo 33(25%) pérdidas de embarazo (aborto 14, muerte perinatal 19).
Análisis estadístico: la presencia de enfermedad activa al diagnóstico del embarazo correlacionó con la actividad durante el embarazo y puerperio (Or: 12,9, p<0,001, IC: 4,8-37,7). También hubo relación estadísticamente significativa entre los ac-antifosfolípidos y el desarrollo de gestosis: Or: 5,49, p=0,01, IC: 1,17-51,4; gestosis y bajo peso: Or: 4,4, p=0,01, IC: 1,18-15,85; bajo peso y PF: Or: 7,18, p=0,002, IC: 1,72-29,7; parto de pretérmino y pérdida fetal (Or: 4,4, p=0,01, IC: 1,3-17,26).
Conclusión: Las pacientes que se embarazan cursando un LES activo tienen más posibilidades de presentar actividad de la enfermedad durante el embarazo y la etapa del puerperio. Un alto porcentaje de embarazos presentan complicaciones como insuficiencia placentaria, pre-eclampsia, parto de pretérmino y pérdida fetal. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos se asocia en forma significativa al desarrollo de gestosis.

127

MANIFESTACIONES CLINICAS EN UNA COHORTE ADULTA VACUNADA CONTRA RUBEOLA

Perandones M., Gotta D.I., Soler Riera M.C., Arana R.A., Perandones C.E. Sección Reumatología e Inmunología, Departamento Medicina, CEMIC.

Objetivo: Las vacunas a virus vivo atenuado de Rubéola son capaces de dar manifestaciones clínicas semejantes a la enfermedad natural, pero su frecuencia es desconocida. El objetivo del presente fue analizar una cohorte de un hospital de comunidad que recibió durante el 2006 vacunación de Rubéola como parte del Plan Nacional de Vacunación.
Material y Métodos: Encuestamos telefónicamente a pacientes que recibieron durante el período Sep-Oct 2006 vacunación de Rubéola en CEMIC como parte del Plan Nacional de Vacunación. Los datos fueron recolectados exclusivamente por encuesta telefónica directa al vacunado. Los pts con sintomatología fueron re-encuestados por el investigador Principal (CEP)
Resultados: Se vacunó un total de 735 pts. Encuestamos al 34 % de la población vacunada, consistente en 235 mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 27.1 ± 6.5 años. Presentaron signo-sintomatología postvacunación 20 pts (8,33%), la cual consistió en rash, astenia y fiebre en el 2,08%, artralgias en el 1,25%, adenopatías y abortos en 0,83%, artritis, coriza y cefaleas en 0,5 % de la población.
Conclusión: El 8 % de la población adulta vacunada presentó signo-sintomatología semejante a la enfermedad natural. Las manifestaciones más frecuentes fueron rash, astenia, fiebre, artralgias, adenopatías y abortos.

128

ARTERITIS DE TAKAYASU (AT) EN PEDIATRIA

Reporte de una serie de casos y revisión de la literatura

Sánchez Y¹, Meiorin S¹, Eisele G², Espada G². Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Secciones Reumatología¹ y Radiología Intervencionista².

La AT es una vasculitis granulomatosa de rara ocurrencia en la infancia. Su curso usualmente crónico, se manifiesta con signo-sintomatología a ría a insuficiencia vascular asociado a una significativa morbi-mortalidad. Los reportes en la edad pediátrica son escasos.
Objetivos: 1- Describir las manifestaciones clínicas, angiográficas, y el tratamiento en niños con AT. 2- Comparar la utilidad de los criterios de clasificación de AT según: EULAR '06, ACR '90 y de Dx. de Sharma '95 en pediatría. **Material y Métodos:** Evaluación retrospectiva de pts con diagnóstico de AT (Período '91-'07). Se analizaron variables demográficas, clínicas (al inicio y acumuladas), de laboratorio, angiográficas y terapéuticas. La clasificación de lesiones vasculares (s/ Conferencia Internacional de AT-Tokio '94) y grado de actividad (Criterios NIH '94). **Resultados:** Estudiamos 7 pts, 5 mujeres (71,4%), con edad x al Dx. de la enf. de 10 años (r 2,4-15,3), un tpo. X de evolución de 55,8 meses (r 3-180) y demora al Dx. de 8,7 meses. Las manifestaciones clínicas al inicio fueron: fiebre prolongada y sint. constitucionales en 5 pts (71,4%), alteración de pulsos y claudicación de miembros en 3, síndrome convulsivo en 2, síncope y cefalea en 1. Todos los niños desarrollaron HTA durante la evolución. Reactantes de fase aguda elevados se observaron en el 100% de los pts. Todos los niños presentaron PPD (+>10 mm). Estudios angiográficos iniciales se efectuaron en 6 pts. (85,7%), lesiones vasculares tipo V fueron las más frecuentes (3 pts, 50%). El patrón de compromiso vascular prevalente fue la estenosis (100%), de localización en aorta abdominal (67%). Respecto de la terapéutica, todos los niños recibieron corticoides y 5 pts. inmunosupresores (5 MTX, y 1 CFM). Un pte. recibió agentes biológicos (anti- TNF-α). A un tiempo X 28,1 meses de seguimiento, el 71,4% de los niños persistían aún activos. No se observaron muertes durante este período. Los pacientes clasificaron adecuadamente en los criterios de EULAR y ACR, y cumplieron criterios de Dx. de Sharma.

Reporte de la literatura:

Bibliografía	# de casos	Edad x Dx(x)	M.Clinicas	Angiogr.	Localiz. Ang.
Morales (91)	26	11,7	Alt. pulsos	N/D	Aorta Abd.
Hahn (98)	31	8,4	HTA	II-III	Renal
Jain (00)	24	14	HTA	V	Aorta Abd.

Conclusiones: En nuestra serie, observamos que los sint. constitucionales-fiebre y la claudicación de miembros fueron las manifestaciones más frecuentes al inicio. Todos los niños desarrollaron HTA. Las lesiones angiográficas tipo V (clástron estenótico) fueron las más comunes. A pesar de que el número de pts es pequeño, clasifican para AT según los criterios revisados. Si bien la AT es una vasculitis de rara ocurrencia en la infancia, la misma debe tenerse en cuenta entre los Dx diferenciales de todo niño que consulta por fiebre prolongada y síntomas constitucionales.

129

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES CON LES JUVENIL: PREVALENCIA, PATRONES CLÍNICOS Y PRONÓSTICO.

Galindo S., Giupponi J, Espada G. Sección Reumatología, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina.

El LES es una enfermedad autoinmune con compromiso multiorgánico. En edad pediátrica la frecuencia de manifestaciones neuropsiquiátricas ha sido descrita en un 25-75%. Datos sobre la utilidad de la nueva nomenclatura de Neurolupus (ACR '99) y el pronóstico de dichos eventos en jóvenes con LES han sido poco reportados. **Objetivos:** 1- Determinar la prevalencia, patrones clínicos de Neurolupus (NL) 2- evaluar el pronóstico del mismo en pts juveniles. **Material y Métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva HC de pts con LES (ACR '97) seguidos en nuestro servicio (1987-2007) Se realizó un protocolo ad hoc para evaluar eventos neuropsiquiátricos (eNP) según criterios ACR '99. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de actividad (SLEDAI '92), índice de daño (SLICC 96), de laboratorio y terapéuticas. El pronóstico del NL fue evaluado a través de la forma de resolución del evento y el nivel de escolaridad del pte. **Análisis estadístico:** descriptivo, X², t-test, análisis de regresión (SPSS 11.0). **Resultados:** De 213 ptes evaluados, 43 (20,2%) presentaron un total de 48 (21,6%) eNP (3 pts en 2 oportunidades). De los 43 pts con NL, 36 (83,7%) fueron mujeres; la edad x al Dx. de la enf. fue de 11,2 a (r 4-17 a), el tiempo x de evolución de la enf. 72,3 m (r 1 - 192 m) y el tiempo x de evolución al eNP fue de 20 m (r 0-101). El 50% de los eNP (n=23) se observaron dentro de los primeros 6 meses de evolución de la enf. (ev. temprano). El más frecuente fue el desorden convulsivo (tónico-clónico) en 14/43 pts (32,5%), como único eNP en 9 pts y combinado en 5. La corea, polineuropatía y psicosis siguieron en orden de frecuencia (en pts. con eNP temprano como en como en aquellos eventos ocurridos después de los 6 m de evol de la enf. Solo 2 pts: 1 con cefalea intermitente y otra con crisis de angustia no pudieron ser clasificados según ACR '99. Veinticinco pts con NL desarrollaron nefritis, 15 (60%) en forma simultánea. El SLEDAI X al eNP fue de 14,3 (r 4-35), los niveles x de C3 de 72 mg/dl y C4 de 12,9 mg/dl, los títulos de anti dNAnt de 160,4 (r 0-2560) y VSG x de 59 mm (r 4-128). Treinta y cuatro pts. tenían realizadas determinaciones de ACL al eNP, en 12/34 (35,2%) resultaron positivas en títulos moderados o altos (>40 u/ml). Su presencia se asoció significativamente al eNP (p.04) (desorden convulsivo y psicosis 4 y 3 eventos respectivamente). Al analizar variables de actividad (SLEDAI) y otros compromisos orgánicos en pts que desarrollaron eNP temprano vs. eventos tardíos, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos (SLEDAI x 10,43 vs 8,17 respectivamente, desarrollo concomitante de nefritis en 13/25 pts vs 12/25). Respecto del pronóstico, la recuperación fue total en 27 eventos y parcial en 11 (2/3 ptes con doble evento tuvieron resolución total en uno y parcial en otro). El nivel de escolaridad acorde a la edad fue alcanzado por 33/43 ptes (76,7%), en 2/43 pts la escolaridad se vio afectada relacionada al eNP (desorden del ánimo y sind.convulsivo). Ocho pts fallecieron (17,8%), 3 a causa del evento NP (hemorragia IC). **Conclusiones:** En nuestra serie observamos una prevalencia de eNP de 21,6%, siendo el más frecuente, el desorden convulsivo. El 50 % de los ptes presentó el evento en los primeros 6 m de evolución de la enf. La presencia de ACL en títulos moderados-altos resultó ser la única variable asociada significativamente al eNP. La mayoría de los eventos resolvieron ad integrum, sin repercusión en la escolaridad de los ptes.

130

ENFERMEDADES REUMÁTICAS ASOCIADAS A DISFUNCIÓN TIROIDEA

Gómez C, Moyano Garzón E, Villarreal G, Onetti L, Gamron S, Onetti CM
S de Reumatología - UHMI T. Hospital Nacional de Clínicas. FCs. Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción: Una amplia variedad de enfermedades reumáticas se asocian con alteración de la función tiroidea.

Objetivo: Analizar la prevalencia de alteraciones de la función tiroidea en un grupo de pacientes con patología reumática que consultaron al servicio de Reumatología (UHMI N° 1 HNC).

Materiales y métodos: Se estudiaron 34 mujeres. La media etaria fue de 51,8 años, con un rango de 21- 79 años. A cada paciente se le practicó un examen clínico, radiografía convencional y el diagnóstico de la patología tiroidea fue realizado por endocrinología. Se trabajó con software SPSS para Windows, realizándose un trabajo estadístico de tipo descriptivo retrospectivo.

Resultados: La edad media del diagnóstico de enfermedad reumática fue de 50,8 años y la de enfermedad tiroidea de 43,1 años.

Patología Reumática: Las patologías reumáticas se diagnosticaron como: artritis reumatoidea (AR): 8 (23.5%), osteoartritis (OA) periférica: 8 (23.5%), OA central y periférica: 6 (17.6%), OA central: 2 (5.9%), fibromialgia: 1 (2.9%), LES: 1 (2.9%), vasculitis: 1 (2.9%), otros: 7 (20.6%).

Síntomas osteoarticulares: artralgias en 18 (52.9%) pacientes, artritis en 9 (26.5%), migrañas en 3 (8.8%), debilidad muscular en 2 (5.9%) y otros en 2 (5.9%).

Patología Tiroidea: hipotiroidismo: 27 (79.4%), nódulos tiroideos normofuncionantes: 3 (8.8%), hipotiroidismo subclínico: 2 (5.9%), hipertiroidismo: 1 (2.9%), nódulos tiroideos hipofuncionantes: 1 (2.9%). En tratamiento: 24 (70.6%).

De los pacientes con AR, 5 (62.5%) padecían hipotiroidismo y 3 (37.5%) hipotiroidismo subclínico.

De los pacientes con OA, el 87.5% (14 de 16) tenían hipotiroidismo y 2 (12.5%) un nódulo tiroideo normal.

Conclusión: Encontramos una alta incidencia de afectación tiroidea en pacientes con patología reumática, siendo AR y OA las patologías que con mayor frecuencia se asociaron a hipotiroidismo.

131

ETANERCEPT PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA

L. Onetti^{1,2}, E. Mussano¹, G. Barberis¹, S. Gamron¹ y C.M. Onetti¹
¹Servicio de Reumatología, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba
²Servicio de Reumatología, Policlínico Policial, Córdoba

Objetivos: evaluar la respuesta a etanercept en pacientes con artropatía psoriásica que no pueden ser tratados con medicación habitual (metotrexato, leflunomida y retinoides).

Pacientes y métodos: se evaluaron 11 pacientes (3 mujeres y 8 varones) con una media etaria de 55,18 años (rango 27-64), que padecían de artropatía psoriásica. Los pacientes no pudieron iniciar o seguir el tratamiento con MTX, leflunomida y/o retinoides por diversas causas: 5 elevaron las enzimas hepáticas, 2 no tuvieron respuesta, 1 desarrolló hepatitis medicamentosa, 1 padecía insuficiencia renal, 1 fibrosis pulmonar y 1 estaba realizando un tratamiento de fertilidad. Todos fueron tratados con etanercept 50 mg/sem. El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 10,18 años (rango 4 -16). 3 pacientes presentaron eritema multiforme psoriásico y 8 psoriasis vulgar en placas. El compromiso articular fue oligoartritis en 4, poliarticular en 5 y mutilante en 2. Sólo 1 paciente presentó compromiso axial y periférico.

Resultados: Todos los pacientes mejoraron tanto en las manifestaciones dérmicas como articulares luego de un promedio de 2, 5 meses (1,5 - 5) de tratamiento con etanercept 50 mg/sem. La evolución de las lesiones de la piel fue excelente en 7 pacientes (63,6%) y muy buena o buena en 4 (36,4%). La artritis remitió en 9 pacientes (81,8%). Los 2 que presentaban artritis mutilante tuvieron una franca mejoría de sus síntomas. La dosis de etanercept fue disminuida en 2 pacientes a 25 mg/sem, persistiendo la remisión de los síntomas. El resto de los pacientes continúan con igual dosis. No hubo efectos secundarios ni adversos con el uso del medicamento.

Conclusión: Etanercept 50 mg/semana es efectivo para el tratamiento de la artropatía psoriásica, provocando franca mejoría tanto en las manifestaciones dérmicas como articulares de la patología. El medicamento es seguro a la dosis propuesta. La casuística es pequeña pero los resultados coinciden con las publicaciones actuales.

132

Historia natural en Artritis Idiopática Juvenil Oligoartricular (AIJO): Evolución y Pronóstico de una cohorte de pacientes en un centro terciario
Torre Walsh, C, Meionni, S, Espada, G
Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez", Sección Reumatología, Buenos Aires.

La AIJ de inicio oligoartricular (compromiso de ≤ 4 artic) es considerada la entidad reumática crónica prevalente en la infancia, y comparada con otras formas de AIJ, la más benigna. Sin embargo algunos reportes han sugerido que la severidad y cronicidad de esta enfermedad ha sido subestimada. **Objetivos:** 1- Analizar las características clínico-funcionales, y su pronóstico en términos de "extensión de la enfermedad", "desarrollo de uveítis" y "remisión", 2- Identificar factores predictores de severidad en los mismos. **Materiales y métodos:** Evaluación retrospectiva de HCl de niños con AIJO que cumplieran criterios ILAR '01 y un tiempo de evolución de la enf ≥ 2 años (1990-2005). Se analizaron variables demográficas, clínicas (compromiso articular de inicio: 6 primeros meses de la enf. y en la evolución: extensión a más de 4 artic. y desarrollo de uveítis), de laboratorio y terapéuticas. Se determinó capacidad funcional (CHAQ) alcanzada en la última consulta y remisión de la enf. (Wallace 04). **Análisis estadístico:** descriptivo, χ^2 , t test, a multivariado (regresión), SPSS 11.0. **Resultados:** De 211 pts con oligoartritis, ingresaron al estudio 192. Ciento veintidós eran mujeres (63.5%). La mediana de edad al Dx fue de 6 a (r1-16.9), con tpo X de evolución 77.9 meses (SD: 49.3). El patrón de afectación articular fue asimétrico en 102 pts (53.1%). Les art. comprometidas al inicio fueron rodillas en 147 pts, tobillos en 64 y pequeñas art. de manos (MCF, PIF) en 20 pts (76.6%, 33.3% y 10.4%, respectivamente).

Respecto al laboratorio inicial, la VSG X fue 31.6 mm y la Hb X 12.7 g/dl; 95 pts (51.4%) tuvieron AAN+. El CHAQ al inicio de la enf.(115 pts), tuvo un valor X de 0.15 (SD 0.27). De esta cohorte, 42 pts (21.9%) presentaron extensión articular, a un tpo X de 35.9 meses (SD ± 34.7), con una mediana de art. comprometidas de 7 (r 5-18), 8 pts extendieron $>$ de 10 artic. El 12.5% de los niños (24 pts), desarrollaron uveítis anterior, tpo X 1.05 meses (SD ± 39.2), siendo prevalente en las formas oligo persistentes. Cuatro pts desarrollaron uveítis previa a la artritis. Trece de 24 pts, presentaron complicaciones, (queratopatia en banda, n=7). Ninguno desarrolló ceguera, 5 alcanzaron agudeza visual final(AVFI) $<$ 5/10 dt. Con respecto al tto, 82 pts (42.7%) requirieron esteroides locales, 99 (51.6%) recibieron DMARDs (79, MTX) y otros 14 terapia biológica (7.3%). Luego de un tpo X de seguimiento de 68.4 \pm 47.1 meses, 70 pts (36.5%) aún se encontraban activos, y solo 72 (37.5%) en remisión (43% persistentes vs 16% extendidos). El 96.4% de los pts presentaban buena capacidad funcional (clase I Steinbrocker), con CHAQ X final 0.12 (n=184). La extensión articular se asoció significativamente al comp. de peg art. de manos (p 0.003). Mediante análisis de regresión, observamos que la afectación de peg art. de manos y la VSG inicial (>25 mm) fueron los únicos predictores de extensión (p .001, β .170 y p .014, β .984, respectivamente). **Conclusión:** En nuestra serie de pts con AIJO: rodillas, tobillos y peg art. mano fueron las art. más afectadas. El 21.9% de los pts extendieron a $>$ de 4 artic. (tpo X 35.9 meses). Los predictores de extensión fueron el comp. de peg art. mano y la VSG al inicio. La prevalencia de uveítis fue del 12.5%, 5 pts. alcanzaron pobre AVF. A la última consulta, solo el 37.5% de los pts lograron alcanzar la remisión, en su mayoría oligo persistentes, presentando una buena capacidad funcional (CHAQ X 0.12).

133

ARTRITIS PSORIÁTICA JUVENIL (APsJ): ANÁLISIS DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.
Farfan J, Barzola L, Espada G.
Sección Reumatología - Htal de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires.

La APsJ se define como una artritis inflamatoria, seronegativa, de inicio ≤ 16 años, asociada a la presencia de psoriasis. La APsJ presenta dos picos de incidencia: uno en edad preescolar y otro alrededor de los 10 años. Ha sido reportada asociación entre dactilitis, oligoartritis y AAN+, en niñas de temprana edad y factores predictores de mal pronóstico tales como: inicio poliarticular y comp. ungueal. En pediatría los reportes sobre APsJ teniendo en cuenta la edad de inicio y el pronóstico de la misma, son aún escasos. **Objetivos:** 1- Describir características clínicas, de laboratorio, radiológicas y funcionales de pts con APsJ. 2- Evaluar curso y evolución a largo plazo. **M y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se evaluaron en forma sistemática, pacientes seguidos en la sección Reumatología del HNRG (1990-2007) con diagnóstico de APsJ (Vancover 89). Se analizaron variables clínico-demográficas, características de enfermedad cutánea, uveítis, variables de laboratorio (VSG, AAN, FR), patrón radiológico, curso y evolución. Se realizó evaluación funcional: score de CHAQ y Steinbrocker, describiendo diferencias entre las características de APsJ probable y definida y entre pts de 1° y 2° infancia. Se evaluaron variables asociadas a evolución desfavorable de la enfermedad en pts con evolución $>$ a 3 años. Se definió como "buena evolución": a quienes presentaron remisión o una sola recaída en el curso de la enfermedad y "mala evolución" a pts con curso persistentemente activo o recurrente. Se reclasificó a los pts según criterios de ILAR (2001). **Análisis estadístico:** descriptivo, χ^2 , t test y análisis de regresión (SPSS 11.0). **Resultados:** Se evaluaron 37 pts, 21 mujeres (57%), la edad al inicio de la artritis fue de 10.9 a y de la enf. cutánea de 8.6a. El tiempo X evolución de la enf. fue de 6.5a (1-18), 31 pts (84%) fueron seguidos por más de 3 años. Veintiocho presentaron APsJ definida (76%) y 9 probable, el compromiso cutáneo fue previo al articular en 19 pts (51%) y simultáneo en 3 (8%). El patrón articular predominante fue el oligoartritis asimétrica en 14 pts (38%). La rodilla fue la articulación más afectada (43%), PIF de manos y pies (24%). Entesitis presentaron 7 pts (19%), dactilitis 11 (30%), compromiso ungueal 14 (37%), antecedentes de psoriasis 1* (30%), 2* (24%), uveítis 2 pts. Con respecto a laboratorio el valor X de VSG inicial fue de 23 mm, el 97% fueron seronegativas para FR y solo 8 positivos para AAN. En la evolución, el patrón articular de inicio se mantuvo a excepción de progresión a poliartitis en 2 pts. Con respecto a la capacidad funcional final, 91% permaneció en Clase I. Al analizar la evolución de la enf (>3 años seguimiento), observamos que 21 (67%) presentaron buena evolución, en su mayoría varones (p.05) y con un valor X inicial de VSG bajo: 17.7 vs 37.5 en pts con evolución desfavorable (p.01). En pts $>$ de 7 años se observó un predominio oligoartritis asimétrica, dactilitis y mayor comp. cutáneo (psoriasis)(p.01). Al evaluar la aplicabilidad de los criterios de ILAR en nuestra cohorte, 33 / 37 pts (89%) clasificaron como APsJ, los motivos de las exclusiones (4 pts) fueron presencia FR y ausencia de criterios menores necesarios para categorizar APsJ. Al intentar buscar factores de riesgo asociado a "mala evolución" (análisis de regresión) solo la VSG inicial elevada se asoció significativamente a esta (p.018 β .1071). **Conclusión:** En nuestra serie, la APsJ se observó con mayor frecuencia en mujeres; el patrón predominante fue el oligoartritis asimétrico, al igual que el comp. cutáneo, este se observó con mayor frecuencia en $>$ de 7 años. En pts con mas de 3 años de seguimiento, la capacidad funcional alcanzada fue óptima en el 91% (varones, con bajos valores de VSG inicial). La VSG elevada (en los 6 meses iniciales de la enfermedad) fue el único factor predictor de mala evolución.

134

SINDROME METABOLICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)

Bellomio V.¹, Molina J.¹, Spindler A.¹, Lucero E.¹, Berman A.¹, Sueldo R.¹, Berman H.¹, Santana M.¹, Góngora V.², Cassano G.², Paira S.², Saurit V.³, Retarozo G.³, Alvarellos A.³, Caerio F.³, Alba P.⁴, Gotero M.⁴, Velozo E.J.⁵, Ceballos F.⁵, Soriano E.⁵, Cattoglio L.⁵, Garcia M.A.⁶, Eimon A.⁷, Agüero S.⁸ Grupo de Estudio de LES de la SAR

¹Servicio-Postgrado Reumatología, Hospital Padilla, UNT, Tucumán; ²Hospital JM Cullen, Santa Fé; ³Hospital Privado de Córdoba, Córdoba; ⁴Hospital Córdoba, Córdoba; ⁵Hospital Italiano Bs. As., ⁶HIGA Gral San Martín, La Plata; ⁷CEMIC, Bs As, ⁸Sanatorio Pasteur, Catamarca.

La prevalencia y significado del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes lúpicos aún no ha sido dilucidada. El **objetivo** del presente trabajo es determinar la frecuencia de SM en ptes. cn LES y establecer la existencia de factores asociados.

Material y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva 147 pac. con LES (criterios ACR) que se compararon con 84 ptes con Artritis Reumatoidea (AR) y 93 controles sanos (CS) de 7 centros de Reumatología de la Argentina. Se evaluó: presión arterial (PA), circunferencia abdominal, glucemia en ayuno, HDL colesterol, triglicéridos(TG), tratamientos y dosis recibidas, SLEDAI (como índice de actividad), SLICC (daño acumulado), síndrome nefrótico. Se definió SM según Criterios propuestos por "The National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III)".

Análisis Estadístico: Test Chi², test T no pareado, test Mann Whitney y análisis de Varianza (ANOVA) para la comparación entre grupos.

Resultados: De los 147 ptes. lúpicos, 131 sexo femenino (89%), edad x 37.09 años (DS 12.3); 84 AR, 81 sexo femenino (96.4%), edad x 45.11 años (DS 12.4) y 93 CS, 86 sexo femenino (92.4%), edad x 43.9 años (DS 13.7); 41 (27.9%, IC 95%= 20.8-35.8) presentaron SS en 9 ptes (11%) con AR y 14 (15%) CS (p=0.0028). Al comparar los pacientes lúpicos con (n=41) y sin SM (n=106) no hubo diferencias significativas en el tiempo de evolución del LES (x 9.93 años, DS 7 vs x 8.3 años, DS 6.9), dosis acumulada de prednisona (x 23.4g, DS 29.9 vs x 16.25g, DS 18.8), dosis acumulada de hidroxicloroquina (mediana 132 g vs 216 g) ni SLEDAI (mediana 2 puntos). Los ptes. con SM presentaron mayor SLICC (p=0.0003)

Conclusión: -Los ptes con LES presentaron mayor frecuencia de Síndrome Metabólico que los ptes con AR y controles sanos.
-Los ptes con SM tuvieron mayor SLICC.

135

ANTICUERPOS ANTI RO Y SU CORRELACION CLINICA.

Berro M, Zwiener R, Perandones C.E., Fernández L.M., Arana R.M. Sección Reumatología e Inmunología, Departamento Medicina, CEMIC.

Objetivo: Analizar una población portadora de Anticuerpos Anti Ro y establecer sus correlaciones clínicas.

Material y Métodos:

Analizamos todas las muestras de suero Ro positivas por inmunodifusión durante el periodo agosto 2001-enero 2006 y revisamos las historias para establecer su correlación clínica y enfermedades asociadas, utilizando los criterios de ACR para definirlas.

Resultados:

Tuvimos 1576 determinaciones de Ro/La en dicho lapso. 227 muestras eran Ro+, 48 La+, 47 Ro y La+, y 1 muestra La+/Ro-. Las mismas correspondían a 135 pacientes (pts), 129 mujeres, 6 hombres, con media de edad de 44.9 ± 14.

Se revisaron las historias clínicas de 63 pts, 61 mujeres, 2 hombres, con media de edad de 44.77 ± 14.42, en quienes el análisis del La fue positivo en 10, negativos 49 y no determinado en 4. Los síntomas asociados a dicho atc en esta población fueron en porcentaje: 81 artralgia, 56 artritis, 44 sequeidades, 43 rash, 38 citopenias no eritrocitarias, 30 enfermedad tiroidea, 24 fotosensibilidad, 19 raynaud, 16 alopecia, 14 hepatopatía, 13 glomerulonefritis, 11 serositis, 10 anemia hemolítica, 8 vasculitis, 6 enfermedad pulmonar, 6 enfermedad neurológica central, 5 miositis/neuritis. Las enfermedades asociadas a estos Atc fueron SS en 27 (42.85%) (22 primarios, 5 secundarios) y 1 probable; LES 25 (39.68%), 1 probable y 2 LED; 4 AR (6.34%) y 2 esclerodermias, 1 dermatomiositis y 1 enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.

Conclusión:

Los síntomas más frecuentemente asociados fueron artritis, sequeidades, rash y citopenias.

El Atc Anti La excepcionalmente es positivo en ausencia de Anti Ro.

El 80 % correspondió a pts con SS o LES, pero 6% no presentaba enfermedad asociada.

136

Artritis Idiopática Juvenil Oligoartricular (AIJO)

Características clínicas, curso y pronóstico según sexo y edad al inicio:

Torre Walsh C, Meiorin S, Espada, G Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez". Sección Reumatología. Buenos Aires.
La AIJO constituye una entidad heterogénea que incluye diversas enfermedades, con diferente expresión clínica, historia natural y pronóstico no uniforme. La nueva clasificación de ILAR tiene como objetivo principal describir categorías homogéneas de ptes desde el punto de vista clínico e inmunogenético. Aquellos con AIJO son mencionados en la literatura como un grupo homogéneo en cuanto a *descriptores* clínicos, curso y pronóstico, sin embargo algunos de ellos, tales como *sexo y edad de inicio* parecen no sostener esta consistencia. **Objetivos:** 1) Evaluar características de homogeneidad clínica que reúne esta forma de comienzo, según sexo y edad al inicio 2) valorar el curso y pronóstico de acuerdo a ella. **Material y métodos:** Evaluación retrospectiva de HCl de niños con AIJO (ILAR 01), con un tiempo de evolución ≥ 2 años (1990-2005). Se analizaron variables demográficas, clínicas (comp articular y ocular), de laboratorio, funcionales y remisión (Wallace 04) alcanzada a la última consulta, categorizadas según sexo y edad de inicio de enf (< y > de 6 años). **Análisis estadístico:** descriptivo, X², t test, ANOVA (SPSS 11.0). **Resultados:** Se estudiaron 192 ptes, 122 mujeres (63.5 %). La mediana de la edad al Dx de la enf fue de 6a (r 1-16.9), con tpo X de evolución 77.9 meses (SD± 49.3).

	Mujeres		Varones		p
	< 6 años n=66 (34.4%) n %	≥ 6 años n=55 (28.6%) n %	< 6 años n=27 (14.1%) n %	≥ 6 años n=44 (23%) n %	
Datos al inicio					
Artic iniciales afectadas (> frecuencia)	-Rodilla 57 (83.8) -Tobillo 23 (33.8) -Mano 3 (4.4)	-Rodilla 36 (66.6) -Tobillo 13 (24) -Mano 9 (16.6) -Codo 4 (7.4)	-Rodilla 19 (73) -Tobillo 11 (42.3) -Tarsos 4 (15.3)	-Rodilla 35 (79.5) -Tobillo 17 (38.6) -Pie 4 (9)	ns
AAN + (n=95)	41 (61.7)	27 (50)	13 (48.1)	14 (31.8)	.07
Evolución					
Extensión (n=42)	18* (28.4)	12 (22.2)	5 (19.2)	7** (15.9)	ns
Uveítis (n=24)	13 (19.1)	6 (11.1)	3 (11.5)	2 (4.5)	ns
Remisión (n=72)	17 (25)	27 (50)	10 (38.4)	18 (40.9)	.04

Variables asociadas a extensión: compromiso de mano* (p.03) y simetría inicial** (p.05)

Conclusión: En nuestra serie, observamos que los ptes bajo la denominación de AIJO constituyen grupos heterogéneos al ser analizados según sexo y edad. En el grupo de niñas se observó comp de artic de m. superiores y particularmente en < de 6 años, mayor frecuencia de uveítis y una significativa asociación con AAN. En el grupo de varones, predominaron las artic de m. inferiores; la frecuencia de AAN y uveítis fue menor, diferencia que se acentuó en los > de 6 años. Al analizar evolución de la enf, hallamos una asociación significativa entre la remisión alcanzada y el grupo de niñas mayores (p.04).

137

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA

Waimann C, Dal Pra F, Fernandez LM, Perandones C, Correa MA, Marengo MF, Zarate L, Chaparro R, Rilto OL, Citera G, Maldonado Cocco JA. Instituto de Rehabilitación Psicosfísica. Fundación Reumatológica Argentina, Hospital Tornú, y CEMIC. Buenos Aires.

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) han cobrado relevancia en distintas patologías. Recientemente se ha reportado un elevado porcentaje (79%) de ANCAp en pacientes con Artritis Psoriática (Aps). Los objetivos de este estudio fueron evaluar la prevalencia ANCAp en pacientes con Aps y compararlo con pacientes con artritis reumatoidea (AR), espondilitis anquilosante (EA), psoriasis cutánea (Ps) y controles sanos (CS). **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con Aps según criterios CASPAR, AR (criterios ACR 67), EA (criterios de NY modificados), los CS fueron personas de la población general sin antecedentes o evidencias de enfermedades inmunológicas. Se evaluaron pacientes con antecedentes oncológicos, infecciosos, sarcoidosis, otras enfermedades del tejido conectivo y/o vasculitis. Se consignaron datos demográficos, clínicos, radiológicos, antecedentes familiares y terapéutica actual. Se realizaron cuestionarios de actividad de enfermedad y capacidad funcional: BASDAI, BASFI, PASI y HAQ. Se extrajeron muestras de sangre para determinación de ANCA por IFI. Para la confirmación de los resultados se realizó inmunofluorescencia de neutrófilos con etanol y formol. Se realizó además laboratorio general de rutina. Se almacenaron muestras de suero para posterior determinación de Ig anti-MPO e Ig anti-PR3 por ELISA. **Análisis estadístico:** las variables continuas fueron comparadas por ANOVA o test Student y las variables categóricas por Chi-cuadrado o test de Fisher. **Resultados:** Se incluyeron 153 pacientes (APS=43, EA=23, AR=44, Controles=39, Psoriasis cutánea=4). La mediana de edad fue de 52 años (RIQ:39.5-59), 66% eran mujeres. En el análisis intergrupo las EA eran más jóvenes y más frecuentemente (87%) de sexo masculino. El resto de los grupos eran comparables para todas las variables demográficas. Hasta el momento se analizaron 77 muestras serológicas (APS: 22, EA:11, AR:21, Controles: 20, Psoriasis cutánea: 3) de las cuales 25 (32.5%) mostraron fluorescencia positiva en etanol: APS: 7 (32%), AR: 10 (47%), EA: 5 (45.5%), Controles: 3 (15%). Psoriasis cutánea 0, no habiendo diferencias significativas entre los grupos. La confirmación de la imagen de fluorescencia en Formol, sólo mostró 1 paciente con AR: ANCAp positivo (5%) y un paciente con EA: ANCAp positivo (9%). **Conclusión:** En nuestro estudio se encontró un 32% de pacientes con imagen de fluorescencia positiva en etanol (ANCA positivos) de los cuales el 32% tenían Aps, sin embargo al realizarle la prueba confirmatoria en formol, ningún paciente con Aps resultó positivo para ANCAp. A diferencia de otro estudio reciente, la prevalencia de ANCAp en nuestros pacientes con Aps fue nula. Remarcamos la importancia de realizar la confirmación de los hallazgos de IFI en formol debido al elevado número de falsos positivos para ANCA utilizando solamente IFI con etanol.

138

VALOR DE CORTE DE HAQ PARA PREDECIR DISCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Hogrefe JF, Marengo MF, Schneeberger EE, Rosemffet MG, Citera G, Maldonado Cocco JA. Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica y Fundación Reumatológica Argentina. Buenos Aires. Argentina

El HAQ es el único factor predictor de discapacidad laboral, sin embargo en nuestro país se desconoce el valor de corte a partir del cual aumentaría la probabilidad de desempleo en pacientes con Artritis Reumatoidea. **Objetivos:** Determinar valor de corte de HAQ y otros factores asociados a discapacidad laboral. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con AR (ACR '87) mayores de 18 años del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica. Se consignaron variables demográficas, socioeconómicas, enfermedades comórbidas, manifestaciones extraarticulares y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad fue evaluada por DAS28. La capacidad funcional fue evaluada por HAQ-A. Radiografías de manos y pies leídas por score de Sharp van der Heijde por 3 observadores con buena concordancia inter e intraobservador (CCI >0.8). **Análisis estadístico:** Se realizó análisis univariado de variables continuas por T test y para variables categóricas test de Chi-cuadrado. Las variables significativas fueron incluidas en modelos de regresión logística múltiple. La sensibilidad, especificidad y valor de corte del HAQ en relación a la discapacidad laboral fue evaluado por curvas ROC. **Resultados:** Se incluyeron un total de 309 pacientes, con una edad mediana de 53 años (RIQ: 43-62), el 85% eran mujeres, con una mediana de duración de la enfermedad de 108 meses (RIQ 60-181) de los cuales 80 pacientes (26%) se encontraban desocupados. En el análisis univariado la desocupación se asoció significativamente con edad más avanzada ($p=0.001$), mayor edad al inicio de la AR ($p=0.001$) y scores más elevados de HAQ ($p=0.005$). En modelo de regresión logística tomando la desocupación como variable dependiente el HAQ resultó ser la única variable independiente predictora de desocupación (OR 1.6 IC 95 1.035- 2.40, $p=0.034$). Esto también se confirmó mediante curvas ROC donde se incluyeron variables como DAS 28 y daño radiológico, donde el HAQ mostró poder significativo para discriminar entre ocupados y desocupados (área bajo la curva: 0,62 IC 0,54- 0,70 $p=0.004$). En 49 pacientes (62%) el desempleo estaba relacionado específicamente con la enfermedad. En estos pacientes el HAQ también fue el principal predictor de desempleo (OR 3,1 IC 1,18-8,3 $p=0.021$) y el área bajo la curva 0,70 (IC 0,56- 0,85 $p=0.008$). Tomando como punto de corte del HAQ un valor de 0,87 observamos una sensibilidad de 61% y especificidad de 67% para discriminar el estado laboral de nuestros pacientes con Artritis Reumatoidea. **Conclusión:** Este es el primer estudio en nuestro país que demuestra que un valor de HAQ mayor de 0,87 se asocia a discapacidad laboral.

139

INFLUENCIA DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO SOBRE LA SUSCEPTIBILIDAD Y SEVERIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Lencina MV, Salcedo M, Schneeberger EE, Citera G, Maldonado Cocco JA. Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica y Fundación Reumatológica Argentina. Buenos Aires. Argentina

El principal factor ambiental asociado a la etiopatogenia de la artritis reumatoidea (AR) es el tabaco. Varios estudios de casos y controles confirmaron no solo el mayor riesgo de padecer AR en fumadores sino además, mayor riesgo de desarrollar manifestaciones extraarticulares y vasculitis. Algunos pocos estudios sin embargo no han podido confirmar este hecho. El **objetivo** del presente estudio fue evaluar la influencia tanto del tabaquismo activo como pasivo en el desarrollo de AR y vasculitis reumatoidea (VR) así como la asociación con la severidad de la enfermedad. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR '87), VR (confirmada por biopsia) y un grupo control de personas sanas de la población general apareada por edad y sexo. Se consignaron datos demográficos, hábitos tóxicos (consumo de tabaco en pack-years, alcohol, drogas). El tabaquismo pasivo se evaluó por el tiempo diario de exposición al humo de tabaco según criterios preestablecidos (Chest 2002). En los pacientes se evaluó además presencia de manifestaciones extraarticulares, actividad de la enfermedad por DAS28, HAQ-A y daño radiológico por score de Sharp van der Heijde. Para el análisis estadístico, las variables continuas fueron comparadas por tests paramétricos (ANOVA, Student) y las categóricas por test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. **Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes con AR, 13 VR y 210 controles. La mediana de edad fue comparable 53, 54 y 52.5 años, respectivamente, al igual que el sexo (femenino 82.2%, 84.6%, 73.5%, respectivamente, $p=NS$). El consumo de tabaco fue mayor en los pacientes con VR (77%) y comparable en AR (52.5%) y controles (52.6%) pero la diferencia entre los tres grupos no alcanzó significancia estadística. Sin embargo, los pacientes con AR tuvieron significativamente más años efectivos de fumadores que el grupo control (27.5 ±14 vs 21.4 ±12 años, respectivamente, $p=0.01$ -ANOVA, Tukey). El tabaquismo pasivo fue significativamente mayor en VR y controles vs AR (61% vs 40% $p=0.001$). En los pacientes con AR y VR no observamos asociación del tabaquismo activo o pasivo con deterioro funcional (HAQ-A), daño radiológico o presencia de manifestaciones extraarticulares. **Conclusión:** En nuestro estudio la duración del tabaquismo pero no la frecuencia e intensidad se asoció con mayor susceptibilidad para AR. Ninguna de estas variables se asoció con mayor severidad de la enfermedad. El tabaquismo pasivo no tuvo ninguna influencia.

140

TBC EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Sueldo R, Berman H., Molina J., Bellomio V., Berman A., Spindler A., Lucero E. Servicio-Cátedra de Reumatología, Hospital A.C Padilla- UNT- Tucumán

Objetivos: Determinar la frecuencia de Tuberculosis (TBC) en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y describir las características de la infección en estos pacientes.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 58 pacientes con LES (criterios ACR) seguidos periódicamente en consultorios externos del Servicio de Reumatología de nuestro Hospital durante el año 2007. Se tomó como grupo control (GC) los pacientes con LES sin TBC ($n=53$). Las variables estudiadas fueron: sexo, edad y tiempo de evolución del LES al momento del diagnóstico de TBC, procedencia (urbana, rural), comorbilidades (EPOC, DBT), tratamientos previos, formas de presentación, diagnóstico y tratamiento específico, SLICC y SLEDAI.

Análisis Estadístico: Test χ^2 , test Mann-Whitney y test t no pareado.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, 53 mujeres (91%), edad x al último control 38 años (DS 12.4), tiempo x de evolución 8.4 años (DS 6). La prevalencia de TBC fue del 8.6%, IC 95% = 2.8-19 (5 pacientes), edad x al momento del diagnóstico de TBC de 30.3 años (DS 11.3).

Las formas de presentación fueron: 2 pulmonares y 3 diseminadas. En 3 pacientes el rescate de germen fue de esputo, en una de partes blandas (bursa trocántérica) y una por biopsia sinovial. Una paciente presentó recaída de la infección y hubo un caso de germen no tipificado multirresistente. Ningún paciente había recibido quimioprofilaxis. Al comparar las características de los pacientes con y sin TBC (GC), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de evolución del LES, la frecuencia de comorbilidades, procedencia, compromiso SNC, SLICC ni SLEDAI ($p=NS$). Hubo mayor compromiso renal en los pacientes con TBC (100% vs 45%, $p=0.05$). Los ptes que desarrollaron TBC tuvieron mayor dosis acumulada de prednisona ($x18.8g$ vs $x11.8g$), mayor frecuencia de uso de ciclofosfamida (60% vs 40%) y mayor dosis acumulada de ciclofosfamida ($x2590mg$ vs $x2083mg$) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=NS$).

Conclusiones: 1-La prevalencia de TBC en nuestra población lúpica fue del 8.6%, superior a la descripta en la población de Tucumán. 2-Aunque no fueron significativas, los ptes con TBC tuvieron mayor dosis de prednisona y ciclofosfamida. 3- El compromiso renal fue más frecuente en ptes con TBC.

141

PREVALENCIA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA Y NEUMOCOCCO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)

Alberio JA, Saurit V, Caeiro F, Alvarezlos A.

Hospital Privado Centro Medico de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: S. Neumoniae es la causa más común de NAC, con una incidencia de 10-100/100.000 personas, provocando 40.000 muertes anuales. El compromiso anual por influenza es variable, pero produce epidemia en más del 15% de la población, con 50% de mortalidad en menores de 50 años. Los pacientes con enfermedades reumáticas, tienen el doble de riesgo de infección comparados con la población general, siendo las infecciones respiratorias las más prevalentes, como consecuencia de alteraciones en la inmunoregulación y el tratamiento inmunosupresor.

La recomendación para pacientes inmunodeprimidos es la vacunación anti influenza y anti neumococcica.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de vacunación en pacientes con AR atendidos en el servicio. Conocer las causas de la no vacunación.

Pacientes y Métodos: Se evaluaron 105 pacientes con diagnóstico de AR asistidos en el servicio de Reumatología del Hospital Privado de Córdoba, entre Enero de 2006 y julio de 2007, mediante encuesta telefónica predeterminada, requiriendo edad, tiempo de evolución, tratamiento, vacunación anti influenza y anti neumococcica, en caso de respuesta positiva, por quien fue indicada. En caso de respuesta negativa, razón por la cual no recibieron vacunación. Se preguntaron factores de riesgo adicionales (alcohol, tabaquismo) y la ocurrencia de infección respiratoria (bronquitis, síndrome gripal, neumonía aguda de la comunidad) en el último 1/2 año.

Resultados: De los 105 pacientes (ptes), 87 (82.8%) eran mujeres, 24 (22.8%) tuvieron <50 años, con una edad promedio de 58.5 años. 45 (42.8%) ptes estaban en toco con DMARDs y/o esteroides y 25 (23.8%) en terapia anti TNF asociado a DMARDs y/o esteroides.

El promedio de evolución de la enfermedad fue 11.7 años.

49 (46.6%) ptes recibieron vacunación anti influenza, siendo indicación del reumatólogo en 30 (61.6%). 31 (29.5%) fueron inmunizados contra el neumococo, 25 (80.6%) indicadas por el reumatólogo.

La causa más frecuente para la no vacunación entre los ptes fue la falta de prescripción (66%), rechazo a la vacunación (19.6%), miedo (2.8%), falta de conocimiento acerca de la necesidad de vacunación (1.9%), AR activa (0.9%) y otras causas (1.9%). 25 ptes (23.8%) eran tabaquistas activos y 8 (7.6%) declararon beber más de un vaso de alcohol por día.

Entre los ptes vacunados, 7 (14.2%) refirieron síndrome gripal, 4 (8.1%) bronquitis y solo 1 paciente (2%) con NAC.

Entre los ptes no vacunados, 10 (17.8%) presentaron síndrome gripal, 6 (10.7%) bronquitis aguda y 2 (3.5%) NAC.

Conclusión: La vacunación entre los pacientes con AR es subóptima, principalmente contra el neumococo, siendo la causa principal la falta de indicación médica. Existe una deficiencia en la información por parte de los médicos hacia los pacientes.

142

SARCOIDOSIS. SERIE DE CASOS

Retamozo MS, Díaz PE, Seculini Patiño C, Saurit V, Alvarellos A, Caeiro F
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN:

La Sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa multisistémica de causa desconocida. Resulta de una respuesta inmune mediada por sobreproducción de células T hacia un antígeno desconocido. Estas se acumulan en los órganos afectados donde se organizan formando los granulomas no caseosos. A menudo la presentación inicial de Sarcoidosis es reumatológica y se debería incluir en el diagnóstico diferencial de los diferentes síndromes vasculíticos, autoinmunes, de artritis y de miopatías.

OBJETIVOS:

Describir las características demográficas, clínicas, de laboratorio, tratamiento y evolución de la enfermedad en la experiencia del hospital.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo. Se incluyeron 10 pacientes con Sarcoidosis mediante confirmación histológica con manifestaciones clínico / radiológicas compatibles de historias clínicas de hospital. Se evaluaron características demográficas, clínicas, laboratorio e imágenes tratamiento efectuado.

RESULTADOS:

El 90% fueron mujeres. Edad promedio de 57 años (rango 40-82). La edad media al momento del diagnóstico fue de 51 años. En el 60% se realizó diagnóstico precoz (<6 meses de iniciado los síntomas). La mediana del tiempo de duración de la enfermedad fue de 79,1 meses. La forma de presentación inicial fue: pulmonar en 5 pacientes, cutáneo en 5, de los cuales fueron 2 pacientes con eritema nodoso, 2 con lupus pernio y 1 con placas induradas. 2 pacientes presentaron monoartritis aguda y 1 con síndrome de Löfgrens. Las características clínicas observadas fueron: pulmonar en el 70%, cutáneo en el 50%, 40% con artritis aguda y 30% con artritis crónica, sicca en el 30%, miopatía y compromiso neurológico con paraparesia espástica en el 10%. Un paciente presentó hiperгамaglobulinemia, 1 hipercalcemia con hipercalcúria. Los estadios radiológicos fueron entre 1 y 2. La espirometría con patrón restrictivo moderado / severo se observó en 3 pacientes, en 3 normal y en 1 obstructivo. El lavado bronquioalveolar (BAL) presentó linfocitosis y macrófagos en 4 pacientes. El centellograma con galio evidenció hipercaptación en pulmón e hígado en 1 paciente y en 2 en cara (panda) y pulmón. Se realizó biopsia en 3 transbronquial, 1 en nódulos subcutáneos, 2 en ganglios supraclaviculares, 1 en piel, 2 en tenosinovitis de muñeca y 1 en glándula lagrimal. 6 pacientes recaídas durante su tratamiento: 2 pulmonares, 3 cutáneos y 1 neurológicas. 8 pacientes recibieron tratamiento con altas dosis de corticoides, 5 con hidroxilcloroquina, 2 talidomida, 3 azatioprina y 1 etarnezep. Actualmente se encuentran 3 pacientes con enfermedad activa.

CONCLUSIONES:

Debido a que la Sarcoidosis presenta compromiso multisistémico, se debe enfatizar en los signos y síntomas reumatológicos en la presentación inicial. Aunque la enfermedad pulmonar es la manifestación más frecuente, los síntomas músculo esqueléticos y cutáneos no son los más comunes pero pueden ser el primer proceso inflamatorio y pueden mimetizar otros trastornos autoinmunes.

143

BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL EN PACIENTES CON SÍNDROME SECO

Florentino MS, Retamozo MS, Saurit V, Alvarellos A, Caeiro F
Servicio de Reumatología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba
Córdoba Argentina

Introducción: El síndrome seco se caracteriza por la disminución de humedad de las mucosas del organismo principalmente ojos y boca, puede acompañar a numerosas patologías y constituye la manifestación principal del síndrome de Sjögren (SS). El SS es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la inflamación crónica de las glándulas exocrinas. La biopsia de glándula salival es considerada uno de los métodos de diagnóstico más específicos para esta patología, con una sensibilidad del 84% y una especificidad del 86%.

Objetivo: Correlacionar los hallazgos anatomopatológicos de los pacientes con síndrome seco sometidos a biopsia de glándula salival con las características clínicas y de laboratorio.

Método: Se revisaron 180 casos con síndrome seco atendidos en nuestro servicio de los cuales 20 pertenecían a pacientes con SS secundario por lo que se excluyeron. Los pacientes habían sido sometidos a biopsia de glándula salival.

Se realizaron biopsias incisionales de labio inferior. La anatomía patológica fue evaluada según el Score de Chisholm y Mason considerándose positivas para SS un valor mayor o igual a 3.

Se recogieron las principales características clínicas y de laboratorio de estos pacientes. **Resultados:** De los 160 pacientes incluidos en el análisis 44 (27,5%) resultaron con biopsia positiva para SS y 116 (72,5%) con biopsias negativas para este síndrome. La edad promedio fue de 55 años. La relación mujer / hombre fue de 149/12 en el total, 39/5 en las Bx positivas y 109/7 en las negativas. Analizando en forma comparativa las biopsias positivas y negativas los síntomas oculares se presentaron en el 98% en ambos grupos, los síntomas orales en el 84 vs 77%, la inflamación glandular en el 20 vs 3%, el test de Shirmmer fue positivo en el 72 vs 74%, BUT 87 vs 70%, rosa de bengala 23 vs 63%. En cuanto a la aerología anticuerpos ENA se presentaron positivos en el 21% Ro y el 19% La. En las Bx positivas mientras que en las Bx negativas no se encontraron ENA positivos. El ANA se presentó en el 26 vs 4%, FR 33 vs 5%. Con respecto a los síntomas extraglandulares cursaron con poliartritis el 25 vs 6%, Raynaud 7 vs 2%, adenopatías 2 vs 1%, afección de la piel 2 vs 1%. El hipotiroidismo fue la patología que más acompañó al S Seco en el 27 vs 30% y la tiroiditis en el 4,5 vs 1%. Las Bx mostraron un score grado 0 el 22%, grado 1 el 36%, grado 2 el 15%, grado 3 el 16% y grado 4 el 12%.

Conclusiones:

-El 22% de los pacientes con síndrome seco tuvieron una Bx normal.
-En un tercio de los pacientes se comprobó el diagnóstico de SS primario.
-Los Ac ENA resultaron el método de diagnóstico más específico para SS luego de la Bx de glándula salival.
-El hipotiroidismo fue la patología acompañante más frecuente en los pacientes con síndrome seco.

144

ANTICUERPOS ANTI CITRULINA (ANTI CCP) EN ESCLERODERMIA SISTEMICA PROGRESIVA (ESP)

Retamal E, Alvarez AP, García MV, De la Vega MT, Fernández LM, Eimon A.

Sección Reumatología e Inmunología, CEMIC y Sección Reumatología, Hospital Penna, Buenos Aires.

Introducción: Poliartritis simétrica seronegativa para factores reumatoideos es una manifestación inicial poco frecuente de la ESP. En los últimos años se han desarrollado otros marcadores serológicos de artritis reumatoidea (AR) y en la actualidad es generalmente aceptado que los anticuerpos anti CCP tienen una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de esta afección.

Objetivo: Estudiar la presencia de anti CCP en pacientes con ESP.

Material y Métodos: Se incluyeron 27 pacientes consecutivos con diagnóstico de ESP (criterio ACR). La presencia de anti CCP se determinó por el método ELISA de 3ª generación (Quanta Life). También se estudió la presencia de factores reumatoideos (FR) por ELISA, anti Scl70 (DD y ELISA), anticentrómero (ACA) y otros anticuerpos antinucleares por IMF en células Hep2, anti Sm, nRNP, anti Ro y La (DD).

Resultados: Los 27 pacientes con ESP eran del sexo femenino, con un promedio de edad de 54 años (rango 38-72 a) y una duración media de la enfermedad de 15,4 años (rango 4- 28 años). Dieciséis enfermos padecían de esclerodermia limitada (EL) y 11 difusa (ED). Todos los ptes con EL fueron ACA (+) y 6/11 con ED eran anti Scl70 positivos (55%), 1/11 tenía anticuerpos antinucleares y 1/11 imagen compatible con anti NOR 90. Dos pts tenían FR sin artritis. Otros 2/27 (7%) pts tenían anti CCP (1 ED y 1 EL) además de FR. Ambos tenían poliartritis simétrica en manos y carpos y lesiones radiológicas compatibles con AR.

Comentario: Este hallazgo sugiere que la investigación de anti CCP puede ser útil para la identificación de ptes con síndrome de superposición de ESP/AR lo que podría tener implicancias terapéuticas.

145

ANTICUERPOS ANTI APARATO MITOTICO (AM) EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO.

Alvarez A, García MV, Fernández LM, Eimon A, Arana RM
Sección Reumatología e Inmunología, CEMIC y Sección Reumatología, Hospital Penna, Buenos Aires

Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por la presencia de autoanticuerpos y en el caso de las enfermedades sistémicas del tejido conectivo, por anticuerpos contra componentes intracelulares nucleares y citoplasmáticos. Algunos de ellos reaccionan con constituyentes cuya secuencia de aparición y localización varía con los diferentes periodos del ciclo celular. Entre estos últimos anticuerpos se encuentran los dirigidos contra antígenos del aparato mitótico.

Objetivo: En este trabajo se describen las características clínicas y serológicas de 10 pacientes (pts) en los que se detectó la presencia de anticuerpos anti AM.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los 10 pacientes cuyos sueros presentaron anticuerpos anti AM por IMF indirecta sobre células Hep2. En algunos casos se había estudiado también la presencia de anticuerpos anti DNA (IMF CL), Sm, nRNP (DD), Ro, La (DD y/o ELISA), cardiolipinas (ACL)(ELISA), factores reumatoideos (FR) (latex, ELISA), CCP (ELISA) y anti tiroideos (TPO) y tiroglobulina.

Resultados: Todos los pacientes fueron del sexo femenino. La edad promedio fue de 56 a (31-80) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 10 a (6m-25 a). Las 10 pts reaccionaban con centrosoma; 9/10 pacientes tenían anticuerpos con imagen compatible con NuMA-1 y la restante, compatible con CENP-F.

Cuatro pacientes tenían diagnóstico de lupus sistémico (LES), 3 de esclerosis sistémica limitada (ESL), 1 de artritis reumatoidea (AR), 1 enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (UCTD) y la restante, síndrome sicca.

Una de las pacientes con LES y otra con ESL presentaron además síndrome de Sjögren (SS) secundario y la paciente con AR, enfermedad inflamatoria intestinal.

De las 10 pacientes estudiadas, 3 presentaron hipotiroidismo, y 2 de estas, anticuerpos antitiroideos.

Además del anti AM, las 10 pacientes tenían otra imagen antinuclear por IMF, 3 anti nRNP, 2 anti DNA nativo, 2 FR, 1 anti CCP, 1 anticentrómero, 1 ACL y 1 anti Ro.

Comentario: Se presentan 10 pacientes con anticuerpos anti AM. Nueve de ellas tenían alguna enfermedad sistémica del tejido conectivo y una, síndrome sicca. Hipotiroidismo se detectó en 3/10. En 8/10 casos se encontraron otros autoanticuerpos. Estos datos coinciden con los escasos resultados descriptos en la literatura.

146

ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO EN EDAD TEMPRANA VERSUS AR DE INICIO TARDIO EN UNA COHORTE MULTINACIONAL

Guaraz G., Retamozo S., Orellana Barrera D., Agüero S., Alba P., Toloza S. (QUEST-RA Argentina), Sokka T. (QUEST-RA Finlandia), Pincus T. (QUEST-RA Estados Unidos)

Introducción.

La mayoría de los individuos que desarrolla artritis reumatoide (AR) lo hace durante la adultez. Una subpoblación de pacientes lo hace en forma tardía o después de los 55 años. En este grupo el diagnóstico de la enfermedad suele ser difícil y a menudo tardío. En ellos, se ha descrito una evolución más tórpida que en la AR de comienzo en edad temprana; representando un desafío diagnóstico y terapéutico relacionado con la biología y por las comorbilidades asociadas con la edad.

Objetivo.

Determinar posibles diferencias demográficas y clínicas entre pacientes con AR de inicio tardío versus AR de inicio en edad temprana.

Materiales y Métodos.

Cien o más pacientes consecutivos con AR (criterios ACR 87) fueron incluidos en cada centro QUEST-RA desde Enero 2005 a Julio 2007 en los que un reumatólogo completó una evaluación clínica y el paciente una versión expandida del cuestionario de evaluación del estado de salud o HAQ. En cada paciente con AR se estudiaron variables demográficas y clínicas. AR de inicio tardío se definió como aquella que comienza después de los 55 años de edad mientras que la de inicio en edad temprana como aquella que comenzó antes de los 55 años de edad. Se utilizaron tests chi-cuadrado (variables categóricas) y tests de Student's t (variables continuas).

Resultados.

En el presente estudio, 5229 pacientes fueron incluidos, de ellos 3832 (73.2%) desarrollaron AR a una edad temprana mientras que 1397 (26.7%) lo hicieron en forma tardía. La mediana de la edad de comienzo en aquellos pacientes con AR de inicio en edad temprana fue de 40.1 años mientras que en los de inicio tardío fue de 62.6 años; la duración de la enfermedad fue mayor en pacientes con AR de inicio en edad temprana que en aquellos de inicio tardío (11 años versus 5.0 años, $p < 0.01$). Ambos grupos de pacientes exhibieron comparable valores de DAS28, número de articulaciones dolorosas y tumefactas, y de HAQ. Los pacientes con AR de inicio tardío presentaron menos nódulos reumatoides, mayor discapacidad laboral y número de comorbilidades que los pacientes con AR de inicio en edad temprana ($p < 0.01$).

La VSG fue ligeramente superior en pacientes con AR de inicio tardío aunque esta diferencia no fue significativa; mientras que la frecuencia de FR positivo fue mayor en pacientes con AR de inicio en edad temprana ($p < 0.01$).

Conclusión.

La AR parece ser clínicamente comparable en ambos grupos de pacientes; los pacientes con AR de inicio en edad temprana exhiben mayor frecuencia de FR positivo; sin embargo, la edad avanzada, contribuye con mayor discapacidad laboral y número de comorbilidades.

147

PERFIL METABÓLICO ÓSEO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Aroca Briones E¹, Diaz M L², Ariel F J¹, Duartes Noé D E¹, Barreira J C¹, Hospital Británico de Buenos Aires Servicios de Reumatología y Medicina Nuclear²

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica de compromiso multiorgánico que afecta principalmente a la mujer en edad fértil. La baja exposición al sol, la utilización de pantallas solares recomendadas para evitar la reactivación de la enfermedad, así como la utilización de drogas que producen un impacto negativo sobre el metabolismo óseo son factores que claramente han sido involucrados en el desarrollo de alteraciones metabólicas óseas en pacientes con lupus sistémico. Es discutido el rol de la supresión de la vitamina D en la mujer premenopáusica lúpica. Es nuestro objetivo evaluar en un estudio observacional transversal las características del metabolismo óseo y los niveles de vitamina D en una cohorte de mujeres premenopáusicas con LES. Se incluyeron 14 mujeres premenopáusicas que reunían criterios de LES-ACR, que al ingreso al estudio no recibían vitamina D suplementada y no presentaban en su evaluación inicial enfermedad metabólica ósea asociada ni enfermedades endocrinas no compensadas. La edad al comienzo del estudio fue de 32.2 años (19-45) y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 75.9 meses (8-206). Se evaluó la actividad de la enfermedad utilizando el score de SLEDAI y el índice de cronicidad de SLICC. Se determinó la dosis acumulada de esteroides y la utilización de drogas inmunosupresoras, así como también los niveles de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, excreción de calcio, fósforo y creatinina en orina de 24 hs., niveles plasmáticos de 25 OH vitamina D y de β cross laps. Todos los parámetros fueron evaluados en dos épocas del año (final del invierno y del verano). Se utilizó como población de referencia la normalidad en los niveles de 25 OHvitamina D para la época del año en nuestra población de Buenos Aires situada a 34° de latitud sur. Los datos obtenidos en nuestra población fueron comparados utilizando evaluaciones estadísticas no paramétricas (test de Wilcoxon). Resultados: Los niveles medios de vit D en invierno fueron de 13.16 ng/dl (8-32), en verano 21.90 (8.9-45) $p < 0.03263$. Los niveles plasmáticos medios de β cross laps en invierno fueron 338.61pg/ml (246-407) y en verano de 264.30 (108-366) $p < 0.03666$. No se hallaron diferencias significativas en los restantes parámetros evaluados. No se halló correlación con la dosis acumulada de esteroides, los índices de actividad y cronicidad. Conclusión: los niveles de vitamina D y β cross laps presentaron variaciones significativas respecto de la estación del año, a pesar de la no exposición al sol y de la utilización de pantallas solares. La ausencia virtual de exposición solar es condición para tener niveles subóptimos de vitamina D y determinar cambios metabólicos que condicionarían en el tiempo el desarrollo de osteoporosis.

148

SINDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO EN PEDIATRÍA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO.

Garay S., Martínez M., Espada G., Russo R., delgado Caffé A. Hospitales pediátricos S. Sor M. Ludovica, R. Gutierrez y J.B. Garrahan, Buenos Aires.

El diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF) está dado por la presencia de anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y/o de anticoagulante lúpico (AL) asociado a trombosis vascular y/o a pérdida fetal recurrente. Otras manifestaciones incluyen desórdenes neurológicos, trombotocitopenia, anemia hemolítica, livedo reticularis. El SAF puede ser primario o secundario a otras enfermedades autoinmunes.

Objetivo: analizar las manifestaciones clínico-serológicas y el pronóstico del SAF en niños y adolescentes asistidos en 3 centros de reumatología pediátricos.

M y **M**: se diseñó un estudio observacional, retro y prospectivo, para analizar las manifestaciones clínicas y serológicas de 40 pacientes vistos entre el 01/07/93 y el 31/06/07. El diagnóstico se realizó de acuerdo a los criterios preliminares de Sapporo, 1998. Para el diagnóstico de SAF secundario se utilizaron los criterios establecidos para cada enfermedad subyacente. Se consideró δ lupus-like cuando cumplieran solo 2 o 3 criterios de LES. La determinación de anticuerpos aCL se efectuó por técnica de ELISA y el AL según criterios de la Sociedad de Trombosis y Hemostasia.

Resultados: De los 40 ptes, 28 (70%) fueron mujeres y 12 (30%) varones. La edad media al diagnóstico del evento trombótico fue de 8.1 años y el tpo de seguimiento fue de un prom de 3 a (mín 1 m-mx 10 a).

SAF 1río fueron 20/40 niños (50%); 11mujeres y 9 varones cuya edad al diagnóstico fue de 3.6 años (mín 6 m-mx 11.6 a); 15/20 (75%) presentaron accidentes cerebrovasculares (ACV) y en 3 casos estuvo asociado a TVP; 4/20 ptes presentaron TVP de miembros infys y el pte restante fue un Budd-Chiari. La asociación con Síndr. de Evans y livedo reticularis en un caso de TVP falleció por TEP. Los ptes con ACV tuvieron todos pronóstico favorable. Antic. aCL IgG e IgM fueron positivas en el 65% y 85% respectivamente; aB2GP1 fueron positivas en 7/17 ptes y AL en el 60% de los casos.

SAF 2rios fueron 20/40 ptes (11 LES, 6 lupus-like y 3 síndr. superposición); 17(85%) fueron niñas y 3 (15%) varones; la edad al diag fue de 12.7a (mín 4-mx 22 a). Las manifestaciones clínicas más fctes fueron citopenias, Síndr. de Evans, AHA, livedo reticularis, úlceras y necrosis. El 60% de los ptes tuvo aCL IgG y el 50% IgM positivas, aB2GP1 IgG en 2/7 casos e IgM en 5/7; AL estuvo presente en 14/20 (60%) ptes.

Recurrencias presentaron 4 ptes (2 con SAF 1río y 2 con SAF 2río); un TEP, una trombosis intracardíaca y 3 ACV.

Conclusiones: 1) Los ptes con SAF primario fueron predominantemente ACV isquémicos (75%), con pocas manifestaciones clínicas asociadas y se presentaron a temprana edad. El SAF 2río se presentó a edades más tardías, predominaron las TVP (70%) y ACV y se asoció a manifestaciones hematológicas (AHA, citopenias, S. de Evans) y cutáneas (livedo reticularis, úlceras y necrosis digitales).

149

ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS CLÍNICAS Y SUBCLÍNICAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

De Feo G., Spangenberg E., Pallero D. Grupo Uruguayo de Estudio de Espondiloartropatías (GUES) Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay Clínica Oftalmológica Prof. Albrecht Meerhoff, Montevideo, Uruguay

Objetos: Evaluación de la incidencia de patología ocular clínica y subclínica en pacientes con espondiloartropatías (EAP), y establecer su correlación con HLA B27.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de pacientes con EAP pertenecientes al GUES, que fueron enviados a consulta oftalmológica entre noviembre de 2002 y julio de 2007. Se diseñó un formulario especial con datos epidemiológicos, motivo de referencia a oftalmología, examen oftalmológico completo incluyendo agudeza visual sin y con corrección, examen en lámpara de hendidura, estudio del film lagrimal con test de Schirmer, "Break up Time Test", tinción con fluoresceína y examen del fondo de ojo. Se registró el diagnóstico oftalmológico y la relación de la patología hallada con la EAP. Por último se consignó el tratamiento indicado y la evolución del paciente. Todos los pacientes fueron examinados por el mismo oftalmólogo.

Resultados: Se analizó un total de 51 pacientes, 32 hombres (63%) y 19 mujeres (37%). Las edades oscilaron entre 11 y 67 años con una media de 32 años. Los tipos de EAP correspondieron a: 23.5% espondilitis anquilosante (EA), 18% EAP juvenil, 13.7% artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 11.7% EAP indiferenciada, 9.8% artritis psoriásica, 7.8% artritis reactiva, 7.8% EA asociada a psoriasis y 7.8% EA juvenil. 23 pacientes fueron HLA B27 negativo (45%), 21 HLA B27 positivo (42%) y en 7 casos se desconoció. En cuanto al motivo de consulta a oftalmología sólo 12 pacientes (23%) presentaban síntomas: molestia o ardor ocular en 7 pacientes (14%), ojo rojo en 3 (6%), dolor ocular en 1 (2%) y disminución de visión en 1 (2%). Los 39 pacientes restantes (77%) estaban asintomáticos y fueron referidos para valoración. Se efectuaron los siguientes diagnósticos oftalmológicos: examen normal en 22 pacientes (43%), alteraciones oculares relacionadas con EAP en 17 pacientes (33%) y no relacionadas con EAP en 12 pacientes (23%). Entre las alteraciones relacionadas con EAP se constataron: uveítis en 9 pacientes (17.5%), de los cuales 8 eran HLA B27 positivo; y ojo seco en 9 pacientes (17.5%). De los pacientes con uveítis 8 fueron HLA B27 positivo y 1 negativo.

Conclusiones: La incidencia de alteraciones oculares relacionadas con EAP es similar a otras series publicadas. Se confirma en nuestra serie la alta asociación estadística de HLA B27 y uveítis. Cabe destacar la importancia del examen oftalmológico sistemático en la valoración general de los pacientes portadores de EAP.

150

PERFIL DEMOGRÁFICO DE LA CONSULTA REUMATOLÓGICA INFANTIL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL, SANTIAGO CHILE 2004-2006

Monsalves S. (1), Cocio R.(1), Alvarado J.(1), Martínez C. (2), Fuentealba C. (3), Aranguiz P.(4), Pacheco D.(5), Ballesteros F.(3), Pozo P. (2)

(1) Interno Medicina Universidad de Chile (2) Becada Reumatología Universidad de Chile. (3) Servicio Reumatología Hospital San Borja-Arriarán. (4) Reumatología Infantil Hospital San Borja-Arriarán.(5)Reumatólogo Académico Facultad de Medicina Universidad de Chile, Campus Centro.

RESUMEN

Se presenta el estudio retrospectivo de los registros estadísticos de la atención diaria del Policlínico de Reumatología Infantil del Hospital San Borja – Arriarán. **Objetivo:** analizar el perfil demográfico de la patología reumatológica infantil. **Materia y Método:** Estudio retrospectivo de los registros estadísticos de la atención diaria del policlínico de reumatología infantil del Hospital San Borja – Arriarán, que atiende a la población asignada al servicio de salud metropolitano central. Se consideraron los diagnósticos establecidos antes de los 16 años de edad entre los años 2004 y 2006. **Resultados:** Se obtuvo un total de 2582 registros, de los cuales 18,8% (n=485) son pacientes nuevos y 81,2% (n=2097) controles, 40% (n=194) hombres y 60% (n=281) mujeres, con edades entre los 8 meses y 18 años, con un promedio de 9,66 +/- 3,92 años. Se encontraron 48 diagnósticos diferentes. Sólo en el 51,9% de los casos se logró precisar el diagnóstico. En el 48,1% restante, se consignaron síntomas aislados ó diagnósticos sindrómáticos. Las enfermedades más frecuentes fueron: Artritis Idiopática Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico, Poliarteritis Nodosa y el Púrpura de Schoenlein-Henoch. De los diagnósticos sindrómáticos el 53,2% corresponden a artropatías de las cuales el 65,5% son Artritis Idiopática Juvenil, le siguen vasculitis (9,9%), entesopatías y tenopatías (9,28%). Todos los diagnósticos fueron más frecuentes en mujeres a excepción de la Poliarteritis Nodosa donde no se observan diferencias. Se muestra la distribución etaria y las cifras de prevalencia para cada enfermedad estimada en base a la población asignada a nuestro hospital. **Discusión:** Gran impacto en la salud de nuestra población tiene la enfermedad reumatológica en la infancia, en especial AIJ, tanto por su alta frecuencia como por su documentada cronicidad con alto porcentaje de secuelas y limitaciones funcionales en la vida adulta.

151

TABAQUISMO Y ACTIVIDAD PERSISTENTE EN ARTRITIS REUMATOIDEA: INFORME PRELIMINAR Esposito M., Hofman J., Lobeto G., Lancioni G., Viacava C., Ratti L. – Servicio de Reumatología- H.I.G.A. Eva Perón – San Martín – Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN:

Se ha demostrado que fumar cigarrillos eleva el riesgo a padecer Artritis Reumatoidea (A.R) entre 2 a 4 veces. Pocos trabajos abordaron el impacto del tabaquismo en la evolución de la enfermedad.

OBJETIVO:

Evaluar potenciales relaciones entre consumo de cigarrillos y actividad persistente, en una muestra hospitalaria del conurbano bonaerense de pacientes con A.R en tratamiento con Metotrexate (MTX) a dosis altas.

MATERIAL Y METODOS:

Población: pacientes con diagnóstico de AR atendidos consecutivamente entre Marzo y Junio del 2007. Criterios de selección: pacientes con Dx de AR (A.C.R) en tratamiento con 10mg ó más de MTX semanal por un lapso mayor o igual a 3 meses, que habiten el área programática del hospital y que acepten participar. Que no estén en tratamientos combinados con otros DMARDs ó biológicos, que no hallan recibido corticoides parenterales ó infiltraciones 4 semanas antes del corte y sin antecedentes de alcoholismo y/o abuso de drogas.

Variables para el perfil clínico: Edad, sexo, tiempos evolutivos (a la 1º consulta, desde el Dx, de inicio del 1º DMARD) dosis de MTX, nódulos, erosiones, vasculitis, NAT, NAD, DAS28, HAQ, VAS dolor, Factor Reumatoideo, PCR, VSG, Hb, Plaquetas.

Encuesta sobre tabaquismo auto administrada. Variables, fumadores activos (ex fumadores y actuales) y pasivos. Tiempos e intensidades de exposición. Se establecieron comparaciones entre grupos definidos según tipo de exposición: fumadores / no fumadores. Se estratificó según inicio de 1º DMARD: < ó = a 12 meses / > a 12 meses.

Análisis Estadístico: (Software Epidat 3.0) Prevalencias, Prevalencias relativas y ODDS RATIO (OR) con sus respectivos I.C 95%; Pba. de Ji cuadrado (p valor < 0,05).

RESULTADOS:

Muestra seleccionada: 30 pacientes, 6 hombres y 24 mujeres. Edad media: 53 años (25-77). Evolución desde el Dx: 126 meses (24-360). Tº de evolución al 1º DMARD: 39 meses (1-312). Perfil clínico fumadores / no fumadores: Mediana NAT: 10 / 4; Mediana NAD: 16 / 11; Erosiones: 89% / 67%; Nódulos: 11% / 25%; Vasculitis: 0% / 8%; DAS28: >5.1: 72% / 42%; HAQ >4 = 1,25: 67% / 67%; F.R + 94% / 67%. Perfil tabaquico: 40% No Fumador (33% Fumadores pasivos), 60% Fumadores activos (56% Ex tabaquistas al corte; 44% actuales; 100% con exposición pre AR; 44% Activos al inicio de la AR. Análisis estadístico: Erosiones: PR = 1,33 (IC: 0,86 – 2,05) OR = 4 (IC 0,59 – 26,6) P 0,13; DAS28 > 5.1: PR = 1,73 (IC: 0,83 – 3,59) OR = 3,64 (IC = 0,77 – 17,03) P 0,09 F.R + : PR = 1,33 (IC: 0,94 – 1,88) OR 7,6 (IC= 0,74 – 77,43) P 0,05.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: Encontramos que fumar aumentó en nuestra muestra 4 veces la oportunidad de tener erosiones y actividad muy elevada así como 7,6 veces la oportunidad de tener Factor Reumatoideo positivo. Creemos que si bien no se alcanzó significancia estadística la característica extendida de los IC 95% marcan una tendencia. A nuestro entender esto responde a un tamaño muestral insuficiente, producto de estrictos criterios de selección, imprescindibles para el estudio del tabaquismo en el contexto de una enfermedad crónica. Es por tanto nuestro propósito continuar con la presente investigación.

152

TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HTAL ELIZALDE.

Corvetto V., Quintana C., Galán M., Pringe A, Brusco M., Arrese D., Marcantoni M.,Cutica R. Hospital Pedro de Elizalde, Sección Reumatología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Desde fines de la década del 90, los medicamentos biológicos son utilizados en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas tanto en adultos como en niños, demostrando hasta el momento ser seguros y eficaces.

Objetivo: Mostrar la experiencia con el uso de biológicos durante 8 años en niños con enfermedades reumáticas en el Servicio de Reumatología del Htal. Pedro de Elizalde.

Materia y Métodos: Fueron evaluadas retrospectivamente las HC de 107 pacientes que recibieron tratamiento con etanercept y/o infliximab desde diciembre de 1999 hasta Junio de 2007. Los criterios diagnósticos para las diferentes patologías fueron ACR e ILAR. Los efectos adversos fueron evaluados en la totalidad de los pacientes mientras que la eficacia se evaluó solo en los que padecían Artritis Idiopática de la Infancia(AII) y cuyo tratamiento tuvo una duración no menor de un año, el número de casos de otras patologías fue muy bajo. Se utilizaron criterios ACR 30-50 y 70 y se correlacionaron con la forma de comienzo de la enfermedad (ILAR). Se correlacionó el grado de discapacidad mediante CHAQ a los 6 meses y al año con el tiempo de enfermedad al inicio del tratamiento. Los datos obtenidos fueron evaluados mediante el programa SPSS y se presentaron como porcentajes, medias y DS. Las comparaciones se realizaron por el resultado de distribución normal y la significación estadística fue establecida en 0.05.

Resultados: De 107 pacientes, el 75% fue sexo femenino. Diagnósticos: AII: sistémica 36 pacientes, poliarticular 43, oligoartricular 8, extendida 8, asociada a entesitis 5, EMTC 3, Kawasaki 2, y Takayasu 1. La edad de comienzo de la enfermedad fue de 8 años (Mn 6 meses - Mx 17 a y 9 m) y al comienzo del tratamiento biológico de 12 años (Mn 1a y 3 m - Mx 25 a y 8 m). El 51% presentó eventos adversos, los mas frecuentes fueron infecciones 37, reacción local 9, alergia 14, cefalea 13, gastrointestinales 9, y otros como temblores, mareos, rash malar, cólico renal, hematuria, aguesia 15. Dos pacientes se embarazaron y 16 pacientes presentaron eventos adversos serios: 4 anafilaxia, infecciones que requirieron internación 4, neutropenia 1, sepsis 2, vasculitis leucocitoclástica 1, neuritis óptica 1, coelitisis 1y 2 pacientes fallecieron (1 miccardiopatía y 1 sepsis a Streptococo)

GRUPO TOTAL	SISTEMICOS		NO SISTEMICOS	
	6 MESES	1 AÑO	6 MESES	1 AÑO
30	81%	83%	77%	71%
50	77%	79%	61%	67%
70	59%	69%	38%	48%

Se observó p<0.05 en ACR 50 a los 6 meses y 70 a los 6 meses y 1 año entre sistémicos y otros. Los pacientes que iniciaron el tratamiento en el primer año de evolución, lograron CHAQ < a 0,5 a los 6 meses y al año mientras que los que iniciaron posteriormente 38% tenían CHAQ < 0,5 al 6ºmes y 52% al año. **Conclusión:** Se concluye que el tratamiento con biológicos resulta efectivo en niños con enfermedades reumáticas y su uso precoz se asocia con menor discapacidad. Los pacientes con formas sistémicas de AII demuestran menor respuesta y de mas corta duración que el resto de las formas de presentación.

153

MODALIDAD DE ATENCIÓN DE NIÑOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA PROVINCIA DE SALTA.

Romero N., Gerla M., Iglesias MJ., Pringe A., Brusco I., Cutica RJ. Hospital de Niños Jesús de Praga Salta y Htal. Pedro de Elizalde, Seccion de Reumatología Bs. As.

Introducción: Ante la carencia de Reumatólogo Pediatra en el noroeste argentino y la evolución tórpida de pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC), en el año 2003 se desarrolló un programa para la asistencia de estos pacientes entre el Htal de Niños Jesús de Praga (HJP) (Salta) y la Sec. Reumatología del Htal Elizalde (HE) (Bs.As.).

Materia y métodos: En esta modalidad, un Reumatólogo Pediatra y una Terapeuta Física del HE comenzaron a viajar cada 6 meses en viajes de dos días de duración. Al comienzo se entrenó a los médicos y terapeutas físicas locales en el manejo de instrumentos de control de las diferentes patologías y se asistió a los pacientes que consultaban al hospital con diagnóstico y/o sospecha de ETC. Una Médica Pediatra (NR) coordinó la asistencia de estos niños en forma periódica en Salta. En los períodos intervisitas la comunicación vía teléfono, fax o correo electrónico, basado en las evaluaciones locales permitió el seguimiento a distancia de estos pacientes.

Resultados: Al inicio se encontraban en seguimiento 7 niños con Artritis Idiopática Infantil (AII), 2 Lupus Eritematoso Sistémico (LES), 2 Dermatomiositis (DM), 1 Enfermedad Mixta del Tejido conectivo y 1 con Esclerodermia (ED). Entre Junio 2003 y Junio de 2007, se asistieron 350 pacientes entre los cuales se diagnosticó patología en 186 de ellos distribuidos de la siguiente manera : 140, artritis reactivas 33, LES 12, DM 9, ED 4, Fiebre Reumática 9, Kawasaki 2, Progenia 2. Consultaron por dolor musculoesquelético 217 pacientes, entre ellos, 95 presentaban síndromes de amplificación de duración. En 10 pacientes referidos con los siguientes diagnósticos se descartó patología: 3 como LES, 5 como AII y 2 ED, estos últimos padecían progenia. Desde el inicio del programa, solo dos pacientes requirieron derivación a Bs. As a los efectos de realizar cirugía ortopédica y se redujeron los costos en derivación de pacientes a Bs. As en 80%. Se visitaron 4 resarvas wicHis hallando dos pacientes con AII, coordinando su asistencia con el hospital de Embarcación.

Conclusión: Se logró correcto diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento integral, disminuyó el tiempo para el diagnóstico, se evitaron derivaciones de pacientes a Bs. As. con reducción de costos y se creó el Comité de Reumatología en el HJP logrando la asistencia de estos niños por equipo multidisciplinario y se facilitó la obtención de medicamentos, hallándose en este momento 5 pacientes con AII en tratamiento con medicamentos biológicos.

154

PREVALENCIA DE ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS EN LA POLICLÍNICA DE COLAGENOPATÍAS DEL HOSPITAL PASTEUR.
 Dra. Vargas A^{*}, Dra. Bouchard M. ^{**}, Dra. Torre L. ^{***}
 Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina.
 Montevideo – Uruguay.

La endocarditis de Libman Sacks es una endocarditis verrucosa, no bacteriana, que asienta en el endocardio valvular de los pacientes portadores de Lupus Eritematoso Sistémico, siendo más frecuente cuando se asocia a Anticuerpos antifosfolípidos positivos. Los objetivos de este trabajo son: analizar la prevalencia en una policlínica de colagenopatías de un hospital general y realizar una revisión bibliográfica del tema. Metodología: realizamos un estudio retrospectivo de historias clínicas de 30 pacientes portadores de Lupus Eritematoso Sistémico, 2 hombres, 28 mujeres de 15 a los 65 años con una media de mas de 5 años de evolución de la enfermedad. En ésta población se diagnosticó Endocarditis de Libman Sacks en 5 pacientes. En 4 de ellos se encontraron Anticuerpos antifosfolípidos positivos. En cuanto a la distribución por sexo : 4 de sexo femenino y 1 de sexo masculino. Las válvulas comprometidas fueron : mitral en 4 pacientes y aórtica en 1 paciente. Todos evolucionaron a la insuficiencia valvular, y dos de ellos requirieron reemplazo valvular con buena evolución posterior.

- Comentarios:
- La Endocarditis de Libman Sacks predominó en nuestra población en la válvula mitral.
 - Se encontró una asociación con el síndrome antifosfolípido.
 - Predominó en el sexo femenino.
 - Se planteó diagnóstico diferencial con Endocarditis infecciosa.
 - El tratamiento de la enfermedad valvular depende de la magnitud de la insuficiencia y puede ser de sanción quirúrgica en edades tempranas.
 - El diagnóstico definitivo es la anatomía patológica de las lesiones valvulares.

Antecedentes: ^{*} Médica Reumatóloga, Asistente de la Cátedra de Reumatología.
^{**} Médica Internista, postgrado de Reumatología.
^{***} Médica Reumatóloga e Internista, Ex profesora Adjunta de la Cátedra de Reumatología, y de la Clínica Médica 2.

155

EFICACIA DEL IBANDRONATO PARA PREVENIR PERDIDA OSEA EN PACIENTES BAJO ALTAS DOSIS TERAPÉUTICAS DE GLUCOCORTICOIDES-ESTUDIO ABIERTO RANDOMIZADO, CON 2 GRUPOS PARALELOS.

J. Scali, S. Visentini, E. Morales, D. Sevilla, Y. Ju, G. Pacheco, S. Veiga, L. Ugarte; Unidad de Enfermedades Reumáticas y Metabólicas Óseas, Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: demostrar la Eficacia del ácido ibandronico para prevenir pérdida ósea en una población bajo tratamiento con altas dosis de Glucocorticoides (GC).

Diseño: Estudio Abierto, randomizado en 2 grupos. Grupo 1: con Ibandronato + Calcio elemental (1.200 mg/day); grupo 2: con Vit D (400 U/día + Calcio elemental 1200 mg/d).

Material and Métodos: Se incluyeron pacientes de ambos sexos con mas de 0.5 mg/Kg peso corporal/día de terapia glucocorticóidea y fueron randomizados para recibir ya sea G1: Ibandronato 150 mg/mes + Ca elemental, o G2: Vit. D 400 U/día + Ca elemental. Los Datos demográficos basales, factores de riesgo para osteoporosis, las dosis acumulativa de GC y las DMO seriadas realizadas (Columna Lumbar, cadera izquierda) en tiempos Basal, a 3 meses y a 9 meses post-tratamiento (por DEXA Scan) fueron comparadas entre los 2 grupos.

Resultados: 52 pts fueron incluidos (36 mujeres y 16 hombres) con una edad promedio de 48.8 ± 14 años. Las enfermedades incluidas fueron: SLE (25 pts), miopatías inflamatorias (15 pts) y 12 pts portadores de AR con vasculitis. No hubo pacientes vírgenes a tratamientos esteroideos previos. La dosis de comienzo de Prednisolona fue 0.7 ± 0.2 mg/Kg-pc/día y 20 mujeres eran menopausicas. Se halló Osteopenia (T-scores) de columna lumbar y cadera en 57% de casos y 40% de los pacientes respectivamente en ambos grupos en el periodo basal. 39 pts completaron los 9 meses de estudio, mientras 5 pts abandonaron el mismo. Los datos que se presentan basalmente no difirieron significativamente entre ambos grupos. Al completar los 9 meses un aumento significativo en la DMO de columna lumbar fue hallado en el grupo con ibandronato (+1.0±2.2%; p=0.02) mientras un descenso en la DMO en cadera total izquierda fue detectado en el grupo con vit D (-0.5 ± 2.9%) p=0.46. Una caída significativa en la DMO de cadera total (-1.5 ± 3.2, p=0.01) se encontró en grupo 2 pero no en el grupo 1. Luego de ajustar los datos demográficos para DMO basal. BMI y dosis acumulativa de prednisolona durante los 9 meses entre ambos grupos, esos hallazgos permanecieron significativos (ANCOVA, p=0.022). No se observó ningún caso de nueva fractura en nuestros pacientes y la compliance/adherencia al tratamiento fue muy buena. No hubo abandonos debido a efectos colaterales.

Conclusión: En este estudio preliminar de resultados a nueve meses de tratamiento, el Ibandronato demostró mejorar y mantener la DMO de cadera y de columna lumbar, en una población de alto riesgo por alta dosis de Glucocorticoides. El Ibandronato fue muy bien tolerado durante el transcurso del estudio.

156

FACTOR REUMATOIDEO (FR) POR TEST DE LATEX (TL) E INMUNOTURBIDIMETRÍA (IT) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) Y ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS (EASN) Cusa MA¹, Chaparro del Moral RE¹, Papisidero SB¹, Rillo OL¹, Brich T², Viola M², Pereyra D³, Citera G⁴, Maldonado Cocco JA⁵. Servicio de Reumatología y Laboratorio Central⁶, Hjal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú, Unidad de Reumatología del Hjal. Gutiérrez de La Plata⁷, Sección de Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica⁸, Buenos Aires.

Tradicionalmente el FR es detectado por reacciones de aglutinación en placa (TL) y resulta positivo (a bajos títulos) en un escaso número de pacientes con EASN. Actualmente se han desarrollado nuevos métodos para la detección de FR, estandarizados, cuantitativos y de rápida realización como la IT. Se ha sugerido reevaluar el punto de corte de la IT en la población en donde se vaya a implementar. Es nuestro objetivo analizar y determinar el valor de corte del FR por IT en pacientes con diagnóstico de AR y EASN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con AR (ACR/87), EASN (ESSG/91): artropatía psoriática, espondilitis anquilosante y artritis reactivas y personas sanas (18-45 años), donantes de sangre. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otras enfermedades del tejido conectivo, antecedentes de infecciones virales, bacterianas y micosis (3 meses previos) y neoplasias. La detección de FR se realizó por prueba de aglutinación en placa (ARTRITEST®) y por test inmunoturbidimétrico (Test Tina-quant® RFLI), considerándose valores positivos >140 y >14 UI/ml, respectivamente. Fueron calculados la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos (VP) de TL e IT, comparando: AR vs Control, AR vs EASN, y EASN vs Control. Los puntos de corte analizados para TL fueron > 140 y > 180 y para IT: >14, >20, >30 y >40. Se empleó para el análisis estadístico prueba de Chi2, Prueba Exacta de Fisher y las Curvas ROC y el área bajo la curva (ABC) para cada punto de corte. **RESULTADOS:** fueron estudiados: 93 pacientes con AR, 66 con EASN y 53 controles con una edad media de 52, 48 y 33 años respectivamente. Valor de TL (mediana) para AR: 180, EASN: 0 y Control: 0. Valor de IT (mediana: UI/ml) para AR: 146, EASN: 5 y Control: 11. En la tabla pueden observarse los valores obtenidos de S, E, VP Positivo (VPP) y VP Negativo (VPN):

	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)
AR vs Control	>140 57	94.3	94.6	55.6
AR vs EASN	>180 37.6	96.2	94.6	46.8
AR vs Control	>140 57	98.1	96.4	55.1
IT (UI/ml)	>180 37.6	98	97	46.3
AR vs Control	>14	92.5	90.6	94.5
IT (UI/ml)	>20	92.5	96.2	97.7
	>30	89.2	96.2	97.6
	>40	82.8	100	100
AR vs EASN	>14	92.5	92.2	95.6
IT (UI/ml)	>20	92.5	94.1	96.6
	>30	89.2	96	98.8
	>40	82.8	98	98.7

CONCLUSIONES: Si bien el punto de corte propuesto para IT es 14 UI/ml, según nuestros resultados, un valor mayor a 20 UI/ml demostró mayor Especificidad. Por lo tanto proponemos considerar valores superiores a este punto de corte como positivos.

157

La determinación de PCR en los pacientes con LES y complicaciones infectológicas.

García M, Esposto A, Marcos A, Salas A, Lares M, Rodríguez GN, Babini JC, Arturi AS. Servicios de Reumatología e Infectología del HIGA San Martín de La Plata. mercedesgarcia9@hotmail.com

La Proteína C reactiva es un reactante de fase aguda marcador de actividad inflamatoria de procesos de distinto origen. Se la ha caracterizado como una herramienta válida para la identificación de procesos infecciosos, especialmente cuando presenta valores superiores a 50mg/dl (Autoimmunity, Nov 2005; 38(7):473/485).

El LES se asocia a un aumento insuficiente de PCR originado en déficit de su producción o por la presencia de anticuerpos anti PCR. Esta disminución de PCR redundaría en déficit del clearance de células apoptóticas y mayor actividad autoinmune. (Autoimmunity, June 2007; 40 (4): 295-298)

El objetivo de este trabajo es evaluar los niveles de PCR en pacientes con LES con y sin infecciones para establecer el valor de esta como marcadora de infección.

Paciente y métodos: se analizaron 110 pacientes con LES que cursan un proceso infeccioso (Grupo I) y 85 pacientes con LES sin infección (Grupo II). En ambos grupos se evalúan las características generales de la enfermedad, hemograma, valores de PCR media en mg/dl, parámetros de actividad evaluados por SLEDAI. En el grupo I se estudian los focos infecciosos y aislamientos bacteriológicos. El análisis estadístico se realiza con test de T y chi-cuadrado.

Resultados: Valor promedio y DS de PCR: Grupo I: 38.05 ± 59, Grupo II: 10.35 ± 6.36 (p=0.005) PCR mayor de 50: Grupo I: 20/110 (18%) pacientes. Grupo II: 4/84 (5%) (Or: 4.4, p 0.005; IC:1.4-18.5).

No hubo diferencia entre ambos grupos en cuanto al número total de neutrófilos pero solamente los pacientes del grupo I cursaron con neutropenia (<500 mm³). Analizados los focos y gérmenes predominantes se observó que presentaban PCR por encima de 50 mg/dl los pacientes que cursaron con bacteriemia: 5/10 (50%) vs 15/100 (15%), p=0.01, Or: 5.67 IC: 1.13-27.4; infecciones por *Cándida* spp: 8/26 (31%) vs. 12/84 (14%), p=0.05, Or: 2.67, IC: 0.81-8.32 e infección por *M. tuberculosis*: 4/5 (80%) vs 16/105 (15%) p=0.003, Or: 22 IC: 1.95-1107).

Conclusión: la PCR elevada en valores iguales o superiores a 50mg/dl en pacientes con LES orienta fuertemente hacia el diagnóstico de complicaciones infecciosas. En estos casos se debe estudiar exhaustivamente el paciente para descartar procesos infecciosos de curso bacteriémico; infecciones por *Cándida* spp o TBC.

158

**RESPUESTA A LA PRUEBA DE TUBERCULINA (PPD)
EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Zárate L¹, Curet AV¹, Chaparro del Moral RE¹, Papisidero SB¹, Pereyra D², Rillo OL¹
Servicio de Reumatología del Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornó¹, Buenos Aires. Unidad de
Reumatología del Htal. Gutierrez. La Plata².

Actualmente los medicamentos con acción anti TNF α son empleados en el tratamiento de la psoriasis. Es conocido que el uso de los mismos se asocia con una mayor incidencia de Tuberculosis (TBC), por lo cual se requiere una adecuada evaluación para detectar TBC latente previo al uso de agentes biológicos. La PPD es el método de screening más difundido, sin embargo se ha postulado una respuesta celular deficiente en pacientes con Psoriasis. **OBJETIVO:** Evaluar la respuesta a la PPD en pacientes con Psoriasis y compararla con un grupo control. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes con Psoriasis, y un grupo control sin dicha patología. Todos aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron en ambos grupos aquellos que presentaban infecciones, vacunación a virus vivos en el último mes, estados hipoproteicos, enfermedades linfoproliferativas, sarcoidosis, tratamientos con glucocorticoides, agentes inmunosupresores, terapias biológicas, profilaxis para TBC, cirugía mayor reciente, antecedentes de contacto con TBC, PPD realizada en los últimos 3 meses, lesiones cutáneas en el sitio de colocación de la PPD, y enfermedad mental o deterioro cognitivo. El grado de compromiso cutáneo fue evaluado por un único observador mediante el Psoriasis Area and Severity Index (PASI). A todos los pacientes se les realizó una radiografía de tórax frente. Ambos grupos recibieron por intradermoreacción de Mantoux, 2 unidades (0.1 ml) de tuberculina RT-23, y se realizó la lectura a las 72 hrs mediante la técnica de Sokal. En los pacientes con psoriasis se replegó la lectura a los 7 y 14 días posteriores a la aplicación para evaluar fenómeno de Koebner. Una PPD \geq a 5 mm determinó continuar estudios para excluir TBC. **RESULTADOS:** Se evaluaron 52 pacientes con Psoriasis [grupo 1: 61% mujeres; 39/52 con artritis psoriásica; edad promedio 50 años (DS 14)] y 60 controles [grupo 2: 68% mujeres; edad promedio 44 años (DS 14)] provenientes de 2 centros de nuestro país. Tanto pacientes como controles refirieron haber recibido BCG de acuerdo al plan de vacunación nacional. La radiografía de tórax fue normal en ambos grupos. Al momento de la evaluación 49/52 pacientes presentaban compromiso cutáneo (en 30 de ellos se realizó PASI; mediana 1.8 RIC:0.3-11). Solo un paciente desarrolló fenómeno de Koebner en el sitio de inyección (PPD: 5 mm). En iguales condiciones, 10 pacientes del grupo 1 recibieron una segunda dosis de PPD, no detectándose efecto booster. Los valores de PPD en ambos grupos fueron similares, sin diferencias significativas, siendo el resultado más frecuente de 0 mm.

PPD	PSORIASIS n:52 (100%)	CONTROLES n:60 (100%)	P
0	42 (80.8%)	53 (88.3%)	0.75
\leq 5	4 (7.7%)	4 (6.7%)	0.81
6-10	1 (1.9%)	1 (1.7%)	0.53
\geq 11	5 (9.6%)	2 (3.3%)	0.19

CONCLUSIÓN: Nuestros hallazgos permitieron observar un alto porcentaje de lecturas equivalentes a 0 mm en ambos grupos. Sin embargo, es de destacar que en este estudio controlado, los pacientes con psoriasis no presentaron una respuesta diferente al test de la tuberculina.

159

**OSTEOARTRITIS EROSIVA DE LA MANO: su relación con Artropatía y Calcificaciones
por depósito de cristales de Apatita (ARCA)**

Servicios de Reumatología Hospitales Español y Gral. San Martín, La Plata, Argentina -
Babini J.C., Arturi A.S., Musumeci M.C., García M.A., Vulcano A., Marcos J., Marcos J.C.

Introducción: La Osteoartritis Erosiva de la Mano (OAE) es una enfermedad que afecta DIF, PIF y ocasionalmente MCF, carpos y grandes articulaciones. Su etiología es desconocida y ha sido asociada con factores hormonales, autoinmunes, metabólicos, renales y ambientales.

Previamente reportamos una forma de Condrocálcinosis Familiar Idiopática por depósito de cristales de apatita con Displasia Espondiloepifisiaria, Osteitis Condensante Iliaca, Calcificación de Discos Intervertebrales (CDI), Calcificación de Cartilagos Costales (CC), OAE precoz y progresiva con calcificaciones intra y periarticulares por apatita y compromiso Escafo-Trapezoido (ET). El depósito Intra-articular de apatita ha sido reportado como predictor de OAE digital. También describimos una múltiple asociación de CC esporádica con Artropatía crónica destructiva del hombro, CDI de columna Dorsal, DISH, calcificaciones distroficas, Diabetes tipo II e hiperinsulinemia en pacientes no diabéticos.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y características de la OAE y su relación con Artropatía / Calcificaciones por Apatita (ARCA), calcificaciones por CPPD, OA de la base del pulgar y rodillas y desórdenes metabólicos.

Pacientes y Métodos: Se evaluaron prospectivamente 300 pacientes consecutivos (256 M - 44 V), con síntomas y signos clínicos de OA de mano (ACR 1990). Las Rx de manos fueron evaluadas según el método de Maheu E.

Resultados: 27 (23 M - 4 V) de los 300 (9%) pacientes evaluados presentaron OAE; 37% fueron menores de 60 años. Cuando se comparó la distribución del compromiso articular en pacientes con OAE y sin OAE (NOAE) encontramos que la OAE tenía más compromiso de: Articulaciones totales (31.7% vs. 13.4% - $p < 0.0001$); DIF (57.9% vs. 23.5% - $p < 0.0001$); PIF (31.5% vs. 9.6% - $p < 0.001$); Trapecio-Metacarpiana (TM) (53.7% vs. 37.7% - $p < 0.02$) y ET (44.4% vs. 22.2% - $p < 0.0003$). Los pacientes NOAE tuvieron mayor compromiso de mano derecha con respecto a articulaciones Totales (15.2% vs. 11.5% - $p < 0.0001$), DIF (27.9% vs. 19.1% - $p < 0.0001$) y PIF (11.2% vs. 7.9% - $p < 0.004$).

La OA de Rodilla fue más frecuente en pacientes con OAE (33.3% vs. 17.5% - $p < 0.053$). No se encontró diferencias significativas entre OAE y NOAE con respecto a Diabetes, Hipertensión Arterial, Calcificación Aorta Torácica, Enf. Tiroides y Calcificaciones por CPPD. Se encontró que las CC fueron más frecuentes en pacientes con OA (102/300 - 34%) que en la población general (51/500 - 10.2%). Los pacientes con CC tuvieron más OA de mano que los pacientes sin CC, con respecto a Articulaciones totales (23% vs. 10.9%); DIF (35.7% vs. 21.9%); PIF (17.8% vs. 8.3%); MCF (4.5% vs. 1.6%); TM (54.4% vs. 31.3%) y ET (59.8% vs. 5.8% - $p < 0.0001$ - OR: 24.1). CC fue más frecuente en OAE que NOAE (70.4% vs. 30.4% - $p < 0.00003$ - OR: 5.4). Encontramos más calcificaciones por apatita en pacientes con OAE (37.0%) que NOAE (12.1%), ($p < 0.02$ - OR: 4.3).

Conclusiones: Encontramos una interesante y múltiple asociación entre OAE, ARCA y compromiso ET. Esta afectación sólo ha sido previamente descrita en artropatía por CPPD y debiera ser considerada como una manifestación de la artropatía por apatita y OAE. Los cristales de apatita podrían jugar un rol en el desarrollo o perpetuación de la OAE.