



Sociedad Argentina
de Reumatología

45^{TO} CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGIA

XVI CONGRESO RIOPLATENSE DE REUMATOLOGIA

*"POR UNA REUMATOLOGIA ARGENTINA QUE SE CONSTRUYA DESDE TODO EL PAIS,
SE APOYE Y REFLEJE EN LATINOAMERICA Y SE PROYECTE AL MUNDO"*

17 al 20 de octubre de 2012 - Hotel Sheraton - Córdoba, Capital - Argentina



Organiza



Sociedad Argentina
de Reumatología

SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

COMISIÓN
DIRECTIVA
2011-2013

Presidente

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

Vicepresidente

Dr. Gustavo Citera

Presidente anterior inmediato

Dr. Horacio O. Venarotti

Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

Vocales titulares

Dra. Alejandra Babini
Dra. Mercedes A. García
Dra. Mónica P. Sacnun
Dr. Marcos G. Rosemffet
Dr. Gustavo C. Casado
Dr. Augusto M. Riopedre

Vocales suplentes

Dra. Gladys M. Seleme
Dra. Emma Civit
Dr. Eduardo J. Scheines
Dr. José Luis Moreno
(*ad referendum nuevo estatuto*)
Dr. Javier E. Rosa
(*ad referendum nuevo estatuto*)

Revisores de cuentas

Dr. Roberto Báez
Dr. Cristóbal D. Heredia

Director

José Maldonado Cocco

Comité de Revisión

Daniela Battaglia
Rafael Chaparro del Moral
Susana Metta
Virginia Ortiz
Mariano Rivero
Dario Scublinsky

Comité de Honor

Roberto Arana
Carlos Battagliotti
María L. Sormani de Fonseca
Carlos Onetti
Simón Palatnik
Ana A. Porrini
Luis Seijo
Alberto Strusberg

Comité Científico Nacional

Alfredo Arturi
Alberto Berman
Luis J. Catoggio
Gustavo Citera
Diana Dubinsky
Ernesto Gutfraind
Julio Hofman
Juan Carlos Marcos
Silvia Martins
Osvaldo D. Messina
Sergio Paira
Adriana Pérez Dávila
Oscar Rillo
Horacio Venarotti
Diana Zoruba

Comité Científico Internacional

Graciela S. Alarcón
Mary Carmen Amigo
Roberto Arinovich
Juan Canoso
Ricardo Cervera
Luis R. Espinoza
Emilio Martín Mola
Yehuda Shoenfeld
María E. Suárez Almazor

Comité Organizador

Presidente

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

Vicepresidente Primero

Dr. Gustavo Citera

Vicepresidente Segundo

Dra. Laura B. Onetti

Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

Comité Científico

Dr. Enrique R. Soriano (Presidente)
Dra. Paula B. Alba
Dra. Alejandra Babini
Dr. Juan C. Barreira
Dra. Verónica I. Bellomio
Dr. Gustavo Citera
Dra. Diana M. Dubinsky
Dra. Mercedes A. García
Dr. Mario Goñi
Dr. Alejandro Nitsche
Dr. Marcos G. Rosemffet
Dr. Eduardo J. Scheines

Comité de Organización Interna

Dr. Guillermo A. Berbotto
Dr. Oscar Fernandez Carro
Dra. Carla A. Gobbi
Dr. Cruz D. Lascano
Dr. Augusto M. Riopedre
Dr. Fabián E. Risueño
Dra. Gladys M. Seleme
Dr. Carlos R. Wiederhold

Comité de Prensa y Difusión

Dra. Emma Civit de Garignani
Dra. María E. Crespo
Dr. Geofredo G. Earsman
Dr. Cristóbal D. Heredia
Dr. Roberto M. Báez
Dr. Gustavo C. Casado
Dr. Pablo J. Maid
Dra. María J. Molina
Dr. José L. Moreno
Dr. Eduardo D. Mussano
Dr. Jorge L. Musuruana
Dra. Dora A. Pereira
Dra. Ruth Pizzolato
Dr. Javier E. Rosa
Dra. Mónica P. Sacnun
Dra. Verónica Saurit
Dr. Hugo Scherbarth

Comité de Relaciones Internacionales

Dr. Eduardo H. Albiero
Dr. Alejandro Alvarellos
Dr. Alberto Berman
Dr. Antonio C. Catalan Pellet
Dr. Luis J. Catoggio
Dra. Ida E. Exeni
Dr. José A. Maldonado Cocco
Dr. Juan C. Marcos
Dra. Emilce E. Schneeberger
Dr. Guillermo A. Tate

Publicación trimestral
© **MV Comunicación & Marketing**® 2012

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

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

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

Editada por
MV Comunicación & Marketing®

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

www.mvcomunicacion.com

Estimados Amigos,

La Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) sigue creciendo. Como evidencia, al menos, **15 acciones nacionales innovadoras**: 1) *Integración del “Equipo SAR”*. Un equipo comprometido y proyectado en el tiempo, fue el sustento para el nuevo modelo de gestión; 2) *Diagnóstico de situación nacional*, esencial, para conocer la situación real y planificar una estrategia de futuro. Se desarrolló a partir de una matriz o análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), realizado en cada una de las regiones, y que resultaron en el elemento fundacional, que permitió un: 3) *Plan de acción federal*, construido con el objetivo de transformar las debilidades evidentes en potenciales fortalezas; 4) *Nueva estructura económica de la SAR*, diseñada con el propósito de generar recursos destinados a cumplir con el plan de acción establecido; 5) *Construcción de una nueva página Web*, amigable y funcional, donde cada una de las filiales cuenta con su espacio propio. La utilización de esta herramienta, como vehículo de comunicación de la SAR con sus afiliados, ha sido exponencial, evidenciando un crecimiento, medido por el número de visitas, de más de 6.5 veces (Mayo 2012: 605 visitas - Agosto 2012: 3.978 visitas); 6) *Biblioteca virtual ampliada*, favoreciendo que los socios de la SAR cuenten con recursos dinámicos para obtener su material bibliográfico de estudio e investigación (Biblioteca SAR & RIMA); 7) *Educación médica continua*, a través de videoconferencias con expertos de diferentes partes del mundo, permitiendo una distribución del conocimiento a todos los rincones del país, incluso de países vecinos (Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay); 8) *Educación a la comunidad*, con un equipo conformado por representantes de la SAR, delegados de todas las filiales y de los Grupos de Ayuda Mutua se ha diseñado un proyecto nacional que tiene como objetivo la educación y acciones conjuntas entre “Sociedad Científica” y “Comunidad”. Este proyecto ya es una realidad y de la mano con Reuma ¿quién sos?, viene cumpliendo acciones educativas en todo el país; 9) *Incentivo a la Investigación*, con la implementación de *Becas SAR-ACR* (otorgadas en un número de 7 en el año 2011 y de 11 en el año 2012) y *Becas de Pasantías Cortas (3 meses) por el Exterior*, implementadas a partir del 2012 y otorgadas en un número de 8 para el corriente año; 10) *Subsidios a la investigación*, para proyectos generados en nuestro país, y evaluados por el Comité de Nuevos Proyectos (CONUPRO); 11) *Integración de la Reumatología Pediátrica a la gestión SAR*, un anhelo que se está convirtiendo en realidad; 12) *Campaña Nacional de Difusión de las Enfermedades Reumáticas: Reuma ¿quién sos?*, con una versión 2012 nacional superadora, con proyectos generados por cada una de las filiales en base a sus necesidades y realidades, coordinados y subsidiados por la SAR, declarado de interés nacional por Presidencia de la Nación, Cámara de Senadores de la Nación y numerosos Gobiernos Provinciales y Municipales; 13) *Simposio de Invierno*: a partir del 2012, y con el objetivo de fortalecer a las filiales/regiones se realizó el 1º Simposio de Invierno en Mendoza, acción conjunta desarrollada entre la SAR y la filial de Cuyo. Para el 2013, está previsto el 2º Simposio de Invierno, en la ciudad de Bariloche, acción conjunta entre SAR y la Sociedad de Reumatología del Sur; 14) *Congreso Mundial de Lupus*, en su proyección internacional, la SAR conjuntamente con el Grupo Latino Americano De Estudio del Lupus (GLADEL), serán los responsables de la organización del “10th International Congress on SLE”, que tendrá lugar en Buenos Aires del 17 al 21 de Abril del 2013; 15) *Proyección y convenios internacionales* con otras sociedades de Latinoamérica y Europa, con el objetivo de promover intercambios académicos y en áreas de investigación clínico-epidemiológica, entre otras estrategias que permitan estrechar vínculos y fortalecer la región.

En resumen, el diagnóstico de situación, la planificación estratégica, la formación de redes, recursos humanos y el trabajo en equipo, son los grandes ejes que nos están permitiendo el desarrollo de una sociedad científica moderna, integradora y federal.

Dr. Bernardo A. Pons-Estel
En representación de la Comisión Directiva de la
Sociedad Argentina de Reumatología
Argentina, Octubre 2012

Becas SAR ACR

Se han otorgado 11 becas a socios de la SAR, autores de trabajos científicos que han sido aceptados para su presentación en el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Nuestro objetivo es posicionar a la Reumatología Argentina en el contexto científico internacional, estimulando la investigación nacional y favoreciendo su proyección en el exterior.

1. Acosta Felquer, María Laura (*Hospital Italiano de Buenos Aires*)
2. Catay, Erica (*Hospital Italiano de Buenos Aires*)
3. Cazenave, Tomás (*Instituto de Rehabilitación Psicofísica*)
4. Haye Salinas, Marías Jezabel (*Hospital Privado de Córdoba*)
5. Landi, Margarita (*Instituto de Rehabilitación Psicofísica*)
6. Maldonado Ficco, Hernán (*Instituto de Rehabilitación Psicofísica*)
7. Ruta, Santiago (*Hospital Italiano de Buenos Aires*)
8. Saucedo, Carla (*Hospital Italiano de Buenos Aires*)
9. Scolnik, Marina (*Hospital Italiano de Buenos Aires*)
10. Waimann, Christian (*Instituto de Rehabilitación Psicofísica*)
11. Zazzetti, Federico (*Hospital Británico de Buenos Aires*)

Becas Pasantías Cortas en el Exterior

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

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

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

1. Adrián P. Salas (HIGA San Martín, La Plata) a Hospital Reina Sofía, Córdoba, España
2. Federico Zazzetti (Hospital Británico, Buenos Aires) a Hospital Clinic, Barcelona, España
3. Sebastián J. Magri (Hospital Italiano, La Plata) a Hospital Universitario Marqués de Valdecillas Santander, España
4. Cecilia Castel del Cid (Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza) a Hospital Clinic, Barcelona, España
5. Mariano Montiel Bertone (Hospital Nacional Clínicas, Córdoba) a Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España
6. Leandro G. Ferreyra Garrot (Hospital Italiano, Buenos Aires) a Hospital General de México
7. Marina Scolnik (Hospital Italiano, Buenos Aires) a Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Londres, Inglaterra
8. Carla M. Saucedo (Hospital Italiano, Buenos Aires) a Instituto Nacional de Cardiología, México



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

DIRECTOR (Editor In Chief)

Ana María Sesin

DIRECTORES HONORARIOS (Honorary Chief Editors)

Rubén H. Bengió
Alfredo Martínez Marull
Roberto Madoery

SECRETARIO DE REDACCION (Managing Editors)

Eduardo Cuestas
Paula Alba

COMITÉ DE REDACCION (Advisers)

Laura Beatriz Moreno
María Eugenia Bernardi
Carolina Mahieu
Juan Carlos Vergottini
Aldo Eynard
Marta Contigiani
Nori Tolosa De Talamoni
Marta Fiol de Cuneo
Ana Carolina Martini
Andrés Kasparian
Walter Rivarola
Marina Flavia Ponzio
Laura Vicentini
Mónica Moya
Vilma Campana
Patricia Paglini
Silvina Lopresti

COMITÉ EDITORIAL (Editorial Board)

Munther A Khamashta, Inglaterra (U.K)
María Jose Cuadrado, Inglaterra (U.K)
Manel Ramos Casals, España (Spain)
AJ de Bold, Canadá (Canada)
Carlos Vella, Francia (France)
Bernard Degetter, Francia (France)
María Laura Bertolaccini, Inglaterra (UK)
Juan P Caeiro EEUU (U.S.A)
Mario Frank, Alemania (Germany)
Ricardo Sper, Argentina
Valderabano, Argentina
Nicasio Herrera Recaredo, Argentina

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

DECANO

Prof. Dr. Gustavo L. Irico

VICEDECANO

Prof. Dr. Julio Cosiansi

SECRETARIO TECNICO

Prof. Dr. Carlos Taborda Caballero

SECRETARIO ACADEMICO

Prof. Dra. Patricia Paglini

SECRETARIO DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

Prof. Dra. Marta Fiol de Cuneo

SECRETARIO DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Prof. Dr. Ernesto Jakob

Revista de la Facultad de Ciencias Medicas. ISSN 0014-6722
© Copyright 2009
Dirección Nacional de Derecho de Autor: N° 223.588
Editor responsable: Secretaria de Ciencia y Tecnología.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Córdoba Pabellón Perú -
Ciudad Universitaria Córdoba - Argentina

Correo electrónico: rfcunc@gmail.com
Para suscripciones dirigir su correspondencia a: Secretaria de Ciencia y
tecnología. Facultad de Ciencias Médicas. Pabellón Perú Ciudad Universi-
taria. Córdoba - Argentina CP 5000
Revista trimestral, fundada en el año 1943,
Indizada en Medline y Lilacs
URL: <http://www.revista.fcm.unc.edu.ar>

[índice autores]

A. Cusa,	O	10
Abalos, A.	P	138, 139
Abdala, M.	P	59,82,84,85 96, 100,104 189,190,245
Acosta Felquer, M.	O	35
	P	177
Acosta, C.	P	98
Acosta, M.	P	101
Acosta, R.	P	215, 218
Adrian, S.	P	143
Aguayo Baeza, C.	P	154
Agüero, S.	P	88
Aguilera, K.	P	167
Aguirre, M.	P	136
Aguirre, Y.	O	26
Ajila Barreiro, D.	P	208
Alaimo, F.	P	145
Alarcón, AnaMaría	O	3
Alba, P.	P	203, 204
Albertengo, A.	P	236
Alberton, V.	P	202
Albiero, E.	O	33
	P	144, 204
Alcivar, I.	P	54
Ale, S.	P	225
Alejandra, P.	P	146
Alessio, M.	P	239
Alfano, S.	P	212
Alfie, J.	P	101
Alvarellos, A.	P	87, 88,107 114,115,118 127
Alvarellos, T.	O	42
	P	107
Alvarez, A.	O	39
	P	76, 120 143,160
Álvarez, A.	P	122
Alvarez, C.	P	118, 127
Alvarez, M.	O	25
	P	163, 178
Ameruso, Y.	P	164
Amitrano, C.	O	22, 33
	P	55,56,157
Antoniol, M.	P	162
Apas Perez		
De Nucci, P.	O	42
Apaz, M.	P	67, 76 219,220,221
Aquino, V.	P	109
Arakaki, D.	P	175
Arana, G.	P	232
Arana, R.	P	160, 162 168, 174
Aranalde, G.	P	105
Aranda, F.	O	23
Araujo, G.	P	181, 200
Arce, S.	P	169
Arcondo, F.	P	207
Arechaga, L.	O	25
	P	163
Arturi, A.	O	26
	P	140
Arturi, P.	O	10, 16
	P	216
Arturi, V.	O	19
	P	137
Arturi, V.	P	140, 145
Asbert, P.	P	203
Ascimani Peña, C.	P	208
Asnal, C.	O	22, 33
	P	149
Attie, S.	P	162
Audisio, M.	O	29
	P	45
Aybar Odstrcil, I.	O	42
Babini, A.	P	203
Babini, J.	O	26
	P	182
Bacigalupo, E.	P	241
Bada, J.	P	187
Baez, R.	P	86
Balderrama		
Marquez, M.	P	117, 121
Ballesteros, F.	P	178
Baran, E.	P	223
Barbá, V.	O	28
Barbá, Virginia	O	17
Barbaglia, A.	O	39
	P	77,103,120
Barbaglia, Ana Lucia	O	6
Barreira ,J.	O	1
Barreira, J.	O	6, 10, 21, 22 24, 33, 38 76, 89, 90 92,111,143 157,241,243
Barzola, L.	P	166
Basta, M.	P	76
Battagliotti, C.	P	108, 240
Beatriz, M.	P	143
Becerra, A. F.	P	73
Bedoya, M.	P	113,222,236 246,247
Bedran, Z.	O	39
	P	101,176
Bedrán, Z.	P	65
Beduino, F.	P	187
Beldran, Z.	P	120
Bellomio, V.	O	42
	P	77, 78,103 143,153,231
Beltrán Sáez,		
María Cecilia	O	3
Benavente, E.	O	14
	P	68, 222, 228 246
Benavidez, J.	O	38
Benegas, Mariana	O	1
Benegas, M.	O	30, 39
	P	119, 120
Benito, S.	P	126
Bento, C.	P	57
Berbotto, Guillermo	O	6
Berman, A.	O	16, 39, 42
	P	53, 103, 120
Berman, H.	O	39
	P	53, 120
Beron, A.	P	76, 148, 155
Berruezo, R.	P	117,121,197
Bertolaccini, M.	P	103, 231
Bertoli, A.	O	17, 28, 29
	P	45
Bertotti, A.	P	206
Binda, Maria		
Del Carmen	O	2
Biondelli, C.	P	61
Blazevik, I.	P	52, 54
Blumenthal, L.	P	166
Boffa, S.	P	149
Bogliione, L.	P	98
Bohr, A.	O	15
	P	119
Bonardo, P.	P	243
Borgia, R.	P	76, 112, 132
Borlenghi, C.	P	230, 237
Bottinelli, Y.	P	143
Bouzat, J.	P	217
Bovea, G.	P	131, 133

Brance, M.	P 59
Brandi, A.	P 124, 198
Braun, L.	P 50
Bravo, M.	P 176, 177
Bravo, N.	P 178
Bresan, E.	P 76, 148, 155 159,209,211
Brites, F.	O 11
Bru Morón, C.	O 38
Brun, L.	P 59
Bruno, D.	P 91
Brusco, I.	P 146
Brusco, M.	P 130,164,205
Bulos, M.	P 185
Burghi, S.	P 166
Burgos Vargas, R.	O 16
Busajm, M.	P 124, 198
Buschiazzo, E.	O 10 P 81,134,135
Busquiazzo, Emilio	O 1
Buteler, M.	P 204
Buzchiazzo, E.	O 39 P 120
Buzzi, C.	P 150
Cáceres, N.	P 178
Cadile, I.	P 60, 172
Caero, F.	O 22, 33, 39 P 87, 88, 107 114,115,118 120,127,157
Caferra, D.	P 62, 63
Calle Montoro, C.	P 242
Calligaris, M.	P 212
Caminer, A.	P 82, 84, 85 190
Campana, V.	P 73, 232
Cansler, A.	P 126
Cappuccio, A.	P 131, 133
Capra, R.	P 127
Caputo V.	P 184
Caputo, F.	P 143
Carballo, G.	P 195
Carbia, C.	O 11
Carolina, S.	O 40
Carricondo, E.	P 186
Carrillo, I.	O 40 P 44, 102
Carrizo, C.	P 76,160 168,175
Casabona, A.	P 215
Casado, G.	P 119
Casalla, L.	O 1
Casalla, L.	P 119, 120
Casañas, M.	P 61
Casas, H.	P 143
Castell, E.	P 141, 214
Castelli, A.	P 52, 54, 93
Castro, R.	P 173

Catalan Pellet, A.	O 33, 39 P 120, 157
Catalan-Pellet, A.	O 22
Catay, E.	O 35, 36, 37 P 101, 177
Catoggio, C.	P 174
Catoggio, L.	O 11 P 65,173,176 177
Cavallasca, J.	P 185, 224
Cayetti, A	O 4, 5, 9
Cazenave, T.	O 7, 8, 12, 30
Cazón, J.	P 138, 139
Ceccato, F.	O 1, 39 P 69, 75, 113 120,180,183 194,228,236
Celentano, A.	P 105, 232
Cera, D.	P 210
Ceron, A.	O 42
Cervetto, V.	P 164
Cesar, G.	P 143
ChackeleVICIUS, C.	P 195
Chain, J.	P 234
Challiol, M.	P 119
Chaparro Del Moral, R.	O 1, 6, 20, 24 39, 41 P 44,102,119 188
Chaparro, R.	P 143
Chavez Corrales, J.	O 16
Chiarpenello, J.	P 59
Chichotky, Y.	P 179
Chiganer, E.	P 143, 191
ChiuZZI, E.	P 95
Ciancio, M.	O 24
Cisneros, R.	P 119
Citera, G	O 4, 5, 7, 8
Citera, G.	O 9, 10, 12, 16 23, 24, 30 31, 39, 40 P 44, 102, 110 120
Co, A.	P 187
Cocucci, M.	O 25 P 163
Cohen Imach, G.	O 42
Colaiani, I.	P 169, 170, 171
Colazo, M.	P 87
Colazo, M.	P 88, 114, 115 118, 127,226
Collado, M.	O 6 P 110,143,169 170, 171
Collado, V.	O 10
Collantes Estevez, E.	O 16
Colmegna, I.	P 162

Colombato, L.	O 38
Colombres, F.	O 6, 42
Coronado, M.	P 163
Correa, M.	O 23 P 110
Cortese, N.	P 85, 100, 104
Cosatti, M.	P 76, 175
Cosentino, V.	O 2 P 109
Cossatti, M.	P 160
Costa, C.	P 185, 224
Costi, A.	O 19 P 136,137,140
Costi, C.	O 6 P 143,145,182
Costilla Campero, G.	P 103
Crabbe, E.	P 75
Cremonuzzi, D.	P 73
Crespo Espindola, M.	P 81,134,135
Crespo, G.	P 49
Crotte, M.	P 77
Crow, C.	O 33 P 149,157,206
Curti, A.	P 143
Cusumano, N.	P 189, 190
Cuttica, R.	P 130,146 164
D' Orazio, A.	O 10
D'amico, Agustina	O 6
D'angelo, A.	P 210, 212
D'ippolito, R.	P 210
D'orazio, A.	P 141
Dal Pra, F.	O 7, 23, 39 P 120
Damico, A.	P 143
D'amico, A.	P 76
Damil Castro, R.	P 43
Davila , M. C.	O 18
De Cillis, V.	O 15
De Cunto, C.	P 76
De Iriondo, A.	P 240
De La Barrera, M.	P 95
De La Vega, M.	P 95, 168, 175
De LaFuente, J.	P 107
De Larrañaga, G.	O 23
De Simone, E.	P 230, 237, 238
Del Sel, G.	P 181
Delgado	
Echeverria, S.	P 154
Delgado, M.	P 49
Della Maggiora, M.	P 230, 237, 238
Demarchi, M.	P 144
Derecho, E.	P 91
Devés, V.	O 25 P 163
Di Boscio, V.	P 110
Di Tullio, F.	P 207
Diana, D.	P 143

Diaz Benitez, K.	P 117, 121	Ferreya		Goizueta, C.	P 231
Dieguez, C.	P 82, 96	Mufarregue, L.	P 143,191,196	Gómez Rosso, L.	O 11
Dieguez, C.	P 100, 104	Ferreya, L.	P 101	Gomez Sosa, J.	P 164, 205
Diller, A.	P 107	Fiameno, A.	P 126	Gomez, C.	P 235
Dondío, M.	P 218	Figuero, H.	P 235	Gomez, G.	O 6, 10
Drago, C.	P 111,227,228	Finucci Curi, P.	P 46, 47, 180		P 95, 143, 169
Duarte Noe, D.	O 33		183		170, 171
Duarte, J.	P 206	Fiorentino, S.	P 226	Gómez, L.	P 109
Duarte, L.	P 232	Fioriti, F.	P 91	Gomez, M.	P 141
Duarte, V.	P 150	Flores, D.	O 16	Gontero, R.	P 75, 113, 222
Duartes Noé, D.	O 21, 22		P 234		228
	P 89, 90, 92	Foglia, M.	P 218	Gonzalez Guzman, M.	P 44, 102
Dubinsky, D.	O 32	Fonseca, M.	P 48	Gonzalez Lucero, L.	P 77, 103, 153
	P 76, 148, 151	Fracaroli, L.	P 71	González Lucero, L.	O 10
	152,155,156	Franco, L.	P 67, 219, 220	Gonzalez Villar, M.	O 38
	158,159,209		221	Gonzalez, A.	O 27, 34
	211	Fuentealba, C.	P 178		P 119
Earsman, G.	P 111	G. De Pacientes		Gonzalez, Maria	
Edson, V.	P 143	Con Esclerosis		Del Carmen	O 6
Eimon, A.	P 71, 76, 110	Sistémica Juvenil	P 132	Gonzalez, P.	P 48
	122,143,175	Gadaleta, L.	O 27	Granel, A.	O 10, 26
Encalada, C.	P 242	Gagliardi, N.	P 109		P 119
Encinas, L.	O 22	Galindo, S.	P 234	Granero, N.	P 223
	P 87, 88, 114	Gallardo, A.	P 79	Granillo	
	115,118,127	Gallo, J.	P 68, 113, 183	Fernández, M.	P 70
	157, 226		194, 229	Grasso, E.	P 71
Eraña, F.	P 95	Gamba, J.	P 95	Greco, R.	P 171
Espada, G.	O 25	Gandur, A.	P 124, 198	Grosello, T.	P 61
	P 163, 166	Garay, G.	P 127	Grosso, G.	P 111,215,218
España, V.	P 161	Garay, S.	O 38	Guarneri, F.	P 204
Espindler, W.	P 143		P 147	Guerini, L.	P 166
Espíndola Echazú, M.	O 13	Garcia Monaco, R.	O 36, 37	Guevel, C.	P 64
	P 55	Garcia Salinas, R.	P 216	Guglielmo, R.	P 225
Espinoza, L.	P 51	Garcia, L.	P 225	Guinsburg, M.	P 119
Esposito, M.	O 27, 34	Garcia, M.	O 19, 26	Gusis, S.	P 51,52,54,93
	P 143		P 76, 101, 136	Gut, O.	P 148, 155
Espósito, M.	P 119		137,140,143	Gutierrez, M.	O 16
Esposito, A.	P 145, 167		145,177,182	Guzardo, D.	P 84, 104, 245
Esquivel, M.	P 130, 146	García, M.	O 6	Guzman, A.	P 234
Estrella, N.	P 109		P 142, 167	Guzman, R.	P 72, 74
Etchevés, P.	P 168	Garcia, R.	P 117,121,197	Hammermuller, E.	P 132
Fabi, M.	O 38	Garcia-Mónaco, R.	O 35	Hassan, M.	P 137
	P 147	Gargiulo, M.	P 169,170,171	Hassan,	
Fara, N.	P 64	Garrone Robles, N.	P 199	Romina Isabel	O 2
Farfan, M.	P 234	Gauna, M.	O 33	Hauk, V.	P 71
Felia, M.	P 215		P 50, 157, 244	Haye Salinas, M.	O 22, 39
Feola, M.	P 121	Germain, C.	P 70		P 107, 120
Ferdousi, T.	P 72, 74	Gervilla, A.	P 138, 139	Haye, M.	P 88, 114, 115
Fernandez Nacu, S.	O 33	Giacomone, D.	P 147, 216		118, 127
Fernandez Nacul, S.	O 22	Gilli, V.	P 245	Hayes Salinas, M.	O 33
	P 157	Giordano, F.	O 19		P 157
Fernandez, A.	P 58, 91		P 136,137,140	Hernandez Diaz, C.	O 29
Fernandez, M.	P 62, 63, 64, 69		145, 182	Herrera Mora, C.	P 146
Fernandez, N.	O 38	Giraldo, C.	O 24	Herrera, G.	P 230,237,238
Ferraina, V.	P 91		P 44,102	Hofman, J.	O 22, 34
Ferrer, M.	P 167	Gisela, P.	P 142		P 119, 157
Ferrero, P.	P 98	Gobbi, C.	O 22	Homse, B.	P 150
Ferreya Garrot, L.	O 35		P 144,203,204	Hubscher, O.	P 71
	P 176	Godoy, M.	P 178	Ibañez, L.	P 160

Igel, A.	P 95	Lopez, N.	P 143	Meiorin, S.	O 25
Imamura, P.	P 101	Lucero, E.	O 42		P 163, 166
Indavere, C.	O 15		P 77, 78, 103	Mele, L.	P 72, 74
Iriarte Padula, M.	P 143		153, 231	Menafrá, M.	O 11
Iturralde, C.	P 61	Luis, C.	P 101	Menoyo, I.	P 62, 63
Jorfen, M.	P 210	Luna, M.	P 77	Meossi, G.	P 144
Juarez, L.	O 42	Machado Escobar, M.	O 6, 42	Meroño, T.	O 11
Juarez, V.	O 10, 42		P 78, 153	Messina, D.	P 95
	P 81, 134, 135	Machado, D.	P 72, 74	Milanesio, J.	P 84, 96, 100
Karakachoff, M.	P 240	Magri, S.	P 216		104, 245
Katsicas, M.	P 112, 132	Malah, V.	O 11	Miranda Oropeza,	
Kerzberg, E.	O 2	Maldonado Cocco, J.	O 16	Rene	O 2
	P 52, 54, 64, 93		P 44, 102	Miretti, E.	P 87, 88, 114
	106, 109, 126	Maldonado Ficco, H.	O 16, 39, 40		115, 118, 127
	208		P 44, 102, 120		226
Khoury, M.	O 21	Maldonado, M.	O 31	Molina, M.	O 13
	P 89, 90, 92	Malm-Green, S.	P 150		P 55
Kiper, M.	P 79	Mainis, S.	P 201	Mondello, E.	P 225
Kirylyuk, F.	P 225	Mamani, M.	P 48, 49, 50, 150	Monica, D.	P 143
Kluwak, G.	P 82, 84,	Manghera, A.	P 135	Montenegro, L.	P 70
	85, 190	Mannucci, P.	O 23	Montiel Bertone, M.	P 60
			P 128, 202	Montoya, F.	P 93
Knobel, E.	P 48	Mantilla, D.	O 34	Montoya, S.	O 2
Koenig, A.	P 72, 74	Manzano, M.	P 150		P 109
Kogan, N.	P 51, 52, 54, 93	Manzano, N.	P 217	Morales, M.	P 101
Kohan, M.	O 20	Marcantoni, M.	P 164	Moreno Lubertino, J.	P 163
Kondratiuk, G.	P 164	Marconi, E.	P 64	Moreno, M.	P 212
Kotak, S.	P 74	Marcos, A.	O 10	Moron, M.	P 238
Kremr, M.	P 215		P 119	Morón, M.	P 230, 237
Laborde, H.	O 21, 22	Marcos, J.	O 19, 26	Morosano, M.	P 62, 63
	P 89, 90, 92, 155	Marcos, J.	O 39, 120, 136	Mujica, N.	P 212
Lacaze, A.	O 42		137, 140, 145	Muñoz , Sergio	O 3
Lancioni, E.	P 65, 76, 101		167, 182	Muñoz, S.	P 76
	143, 173, 177	Marengo, M.	O 6, 10, 40	Murciano, R.	P 58, 91
Landea, R.	P 145	Mariasch, C.	P 155	Mussano, E.	P 60, 98
Landi, M.	O 16, 39	Marin, J.	P 65, 173	Mussano, E.	P 172
	P 44, 102, 120	Marino, L.	O 39	Musuruana, J.	P 185, 224
Lara, M.	O 10		P 48, 120	Nadir, E.	P 135
	P 89, 90, 241	Marsili, S.	P 185	Nardi, G.	O 38
	243	Martinez Muñoz, A.	O 6, 20	Nass Kunstmann, M.	P 154
Larroude, M.	P 131, 133	Martinez, C.	P 178, 224	Nasswetter, G.	O 32
Lascano, C.	P 138, 139	Martinez, E.	P 214		P 148, 151, 152
Lázaro, M.	O 10	Martinez, L.	P 128, 202		155, 156, 158
Lazzarino, M.	P 70, 223	Martinez, L.	O 23		159, 209, 211
Leal, M.	P 161	Martinez, R.	O 10, 42	Naval, N.	P 78
Ledda, A.	P 111, 124, 198		P 78, 153	Navarro, S.	P 187
Lemaitre		Martire, V.	P 50	Navarta Ortiz, D.	O 36, 37
Mastrolorenzo, N.	P 77	Mas, L.	P 107	Navarta, D.	P 101
Lencina, M.	P 81, 134, 135	Masoni, A.	P 62, 64	Neder, M.	P 134
Leoncejas, L.	P 243	Mata, D.	P 95	Negri, M.	P 75, 113
Lescano, A.	P 55, 57	Mathet, E.	P 128	Nitsche, A.	O 22, 33
Lessa, C.	P 191, 195, 196	Maurelli Torres, L.	P 144, 203		P 55, 56, 57
Llois, S.	O 27	Mayol, M.	P 196		157, 201
Lobeto, G.	O 27	Mazza, M.	P 234	Nocera, J.	P 238
Lojo, M.	P 70, 223	Mazzoccoli, G.	P 230	Novelli, B.	P 96, 100
Loor, R.	P 242	Mazzola, G.	P 105	O'byrne	
López Martínez, R.	O 2	Medina, M.	O 10, 41	De Valdenebro, A.	P 191
	P 93, 109		P 188	Ochandorena, M.	P 204
Lopez, J.	P 61				

Odzak, A.	P 207	Pierrestegui, M.	P 46, 47	Rioseco Saavedra, P.	P 154
Oga, L.	P 218	Pimentel Santos, F.	O 16	Risk, M.	P 58, 91
Olaya, L.	P 77	Pineda Villaseñor, C.	O 29	Risueño, F.	P 143
Olea, A.	P 77	Pisoni, C.	P 76, 143, 175	Rivas, J.	O 34
Oliver, M.	O 22, 33 P 48, 157	Pissani, Maria Pia	O 2	Rivero, M.	O 21, 22 P 89,90,92,124 198,241,243
Oliveri, B.	P 59	Pissoni, C.	P 110	Rochia Rossi, I.	P 167
Onetti, L.	P 60, 98, 172	Pompermayer, L.	P 141	Rodríguez Gil, G.	P 141, 214
Ortiz Mayor, S.	O 42	Pons-Estel, B.	O 6 P 143	Rodríguez, G.	O 38 P 111
Ortiz, A.	P 46, 47, 75 180,227,229 246, 247	Porcel De Peralta, M.	O 14	Roggero, A.	P 210
Otaola, M.	P 110	Pozo, P.	P 178	Rolla, I.	P 75
Ovalle, L.	P 178	Precerutti, J.	P 173	Román, C.	P 178
Pacheco, D.	P 178	Pringe, A.	P 130,164,205	Romanini, F.	P 48
Pacheco, G.	P 121, 242	Propato, L.	P 204	Romano, O.	P 111
Paez Mena, O.	P 43	Pucci, P.	O 22, 33 P 55, 56, 157 201	Romanu, C.	P 73
Paira, S.	O 1, 14, 16, 39 P 46, 47, 66, 68 69, 75, 111 113,120,180 183,194,213 222,227,228 229,236,246 247	Puente Trigo, D.	O 33 P 157, 244	Romero, J.	P 143,241,243
Palleiro, D.	O 16	Puente, D.	P 49	Romero, V.	O 27, 34
Paolini, M.	P 143,191,195	Py, G.	O 29 P 45	Roquel, L.	P 131, 133
Paonessa, A.	O 14	Quadrelli, S.	P 110	Rosa, J.	O 30,35,36,37 P 101, 177
Papasidero, S.	O 6,20,22,33,41 P 119,157,188	Quadrini, N.	O 38	Rosa, M.	P 126
Pascual, P.	P 186, 217	Quintana, R.	O 6 P 143	Rosales, C.	P 91
Peche, M.	P 86	Quinteros, A.	O 39 P 120, 161	Rosemffet, M.	O 7, 8, 12, 30
Pedersen, R.	P 72, 74	Quiroz, C.	O 35 P 101, 176	Roteta Rocamora, J.	P 196
Pena, C.	O 19, 26 P 136,137,140 143, 145	Quispe Villanueva, M.	P 223	Roverano, S.	P 66,111,222 247
Pendon, G.	O 10 P 143	Raggio, Juan Carlos	O 6	Ruffino, J.	P 143,191,195
Peña, G.	P 124	Raiti, L.	O 22, 33 P 157	Ruiz Casanova, N.	P 215, 218
Peña, L.	P 192	Rama, M.	P 67, 219, 220 221	Russo, A.	P 95
Peña, S.	P 79	Ramhorst, R.	P 71	Russo, R.	P 76, 112, 132
Pera, M.	O 6, 19	Ramia, R.	P 134	Ruta, S.	O 30,35,36,37 P 45
Perandones, C.	P 160,162,174	Ramírez Stieben, L.	P 105	Sábato, S.	P 232
Pereira, D.	O 10, 26 P 142, 143	Rausch, G.	P 137	Sabelli, M.	P 65, 101, 176 177
Perés, S.	O 23	Rebiglione, D.	P 82, 84, 85 189	Sacnun, M.	P 111
Pereyra Stanley, M.	P 146	Redondo, G.	P 95	Sacnún, M.	P 187
Perez Alamino,		Reimundes, C.	P 174	Saez, M.	O 11
Rodolfo	O 7	Remondino, G.	O 23 P 128, 202	Sahores, S.	P 148,155,159
Perez Araña, E.	P 43	Retamal, E.	P 76, 122	Saint Martin, E.	O 24 P 120
Perez Dávila, A.	P 119	Retamoso, C.	O 13	Saint Martin, M.	O 23, 39
Pérez Dávila, A.	O 15	Retamozo, S.	P 107	Salas, A.	O 19, 26
Pérez Leirós, C.	P 71	Riedemann,		Salas, A.	O 39 P 120,137,140 142,145,182
Perez, N.	P 169,170,171	Juan Pablo	O 3	Salazar García, Y.	P 192, 193
Petti, M.	O 34	Rillo, O.	O 1, 6, 20, 22 24, 33, 38, 39, 41 P 119,120,143 157, 188	Salcedo, M.	O 10 P 110
Pezo Ruiz, N.	P 154	Riopedre, A.	P 95, 217	Salvatierra, G.	O 22, 33, 39 P 120, 157
Pezzotto, S.	P 62, 63	Ríos, L.	P 106	Sampaio Barros, P.	O 16
Pierina, S.	P 143			Sánchez Andía, C.	P 122
				Sanchez, A.	O 42 P 81
				Sánchez, A.	P 59

Sanchez, J.	P 134, 135	Sommerfleck, F	O 4, 5, 9	Velasco Zamora, J.	P 179
Sánchez, N.	P 161	Soriano, E.	O 11, 35, 36	Velez, S.	O 21, 22
Sandobal, C.	O 30		37, 39		P 92
Sanhueza, P.	P 178		P 65, 76, 101	Vélez, S.	O 33
Sansinanea, P.	O 19		120,143,173		P 157
	P 76, 136, 137	Sorroche, P.	O 11	Velozeo, E.	O 39
	140, 145	Sosa, A.	P 122, 143		P 111, 120
Santana, M.	O 42	Sosa, S.	P 207	Venditti, J.	P 241
	P 53	Spessot, D.	P 242	Verando, M.	P 237, 238
Santiago, L.	O 30, 33	Spina, J.	P 110	Veretiline, G.	P 126
	P 157	Spindler, A.	P 53, 143	Vidal, Aldo	O 3
Santiago, M.	O 22	Spindler, W.	P 53	Vidal, D.	P 67, 76, 219
Santos, H.	O 16	Spinetto, A.	P 159		220, 221
Sarano, J.	O 10	Spinetto, M.	P 148, 155	Vidal, M.	P 95
	P 143,169,170	Spossito, L.	P 240	Vieira Sousa, E.	O 16
	171	Staltari, P.	P 186	Vijoditz, G.	P 143,195,196
Saucedo, C.	O 11, 36, 37	Stevens, G.	P 106	Villa, N.	P 95
	P 65, 101	Strusberg, I.	O 17, 28, 29	Villafañe, S.	P 103
Saurit, V.	P 87, 88, 107	Suarez, L.	P 169,170,171	Villacreces, A.	P 52
	114,115,118	Subils, G.	P 203, 204	Villarreal, M.	P 161
	127, 226	Sueldo, H.	P 103, 153	Vinicki, J.	P 155
Scaglioni, V.	P 173, 176	Tabaj, G.	P 110	Visentini, S.	P 117,121,197
Scali, J.	P 117,121,192	Tabares, A.	P 226	Vlahos, B.	P 72, 74
	193,197,242	Takashima, L.	P 48	Vulcano, A.	P 182
Scheines, E.	O 15	Tamborenea, M.	O 22	Wachs, A.	P 186, 207
	P 119	Tamborenea, N.	O 33	Waimann, C.	O 7, 8, 10, 12
Scherbarth, H.	P 61		P 157		30, 39, 40
Schiel, A.	O 24	Techera, L.	P 48		P 110, 120
Schiff, M.	O 31	Testi, A.	O 19	Waisman, G.	P 101
Schmid, M.	P 69, 111, 183		P 136,137,140	Weinblatt, M.	O 31
	194,213,229	Tolin, A.	P 79	Wernicke, V.	P 70, 223
Schneeberger, E	O 4, 5, 9	Toloza, S.	P 51	Wieshamm, N.	P 172
Schneeberger, E.	O 1, 23, 24	Toni, P.	P 210, 232	Xavier, R.	P 72, 74
	P 110	Torres, H.	P 234	Yacuzzi, M.	O 10
Scolnik, M.	O 35	Torrez Ponce,			P 78, 153, 231
	P 65, 101, 176	Diego Flavio	O 2	Yorio, M.	P 203
Secco, A.	O 22, 39	Trepata, A.	P 128	Zabala, P.	P 124, 198
	P 120, 157	Triguy, J.	P 79	Zacariaz, J.	P 173, 177
Seguel Breskovic, M.	P 154	Trujillo Salazar, P.	P 107	Zaira, B.	P 120
Segura, V.	P 124, 198	Turano, A.	P 186, 217	Zamora, N	O 4, 5, 9
Seisdodos, R.	P 49, 50	Uña, C.	P 95	Zamora, N.	O 10
Seleme, G.	O 13	Urquiola, C.	P 141, 214	Zazzetti, F.	O 1, 6, 21, 22
	P 55	Urteaga, A.	P 82, 85, 96		24, 33, 38
Selser, J.	P 186, 217		100,104,189		P 89, 90, 92
Semelis, M.	P 225	Valdemoros, F.	P 124, 198		143, 157
Sequeira, G.	P 64	Valente, R.	O 31	Zhao, G.	O 31
Sequeira, G.	P 126	Valerio, M.	O 23	Zunino, A.	P 228
Serron, F.	P 61	Valle Oñate, R.	P 51	Zylberman, M.	P 207
Sevilla, D.	P 117,121,197	Valtorta, F.	P 212		
Silvera, L.	P 73	Varela, B.	P 201		
Silvia, P.	P 143	Varela, F.	P 101		
Simes, J.	P 73	Vásquez, D.	P 161		
Simon, J.	P 72, 74	Vazquez Mellado, J.	O 16		
Simoniello, M.	O 14	Vega, C.	O 25		
Sinisi, A.	O 27	Veiga, S.	P 192,193,197		
Sobrinho, E.	P 169	Veira, R.	P 51,52,54,93		
Soldano, J.	P 143				
Solis Villarroel, J.	P 183				

45° Congreso Argentino de Reumatología

17 al 20 de octubre de 2012

Hotel Sheraton, Córdoba, Capital
Argentina

Organizado por la
**Sociedad Argentina
de Reumatología**

Sección orales	18 de octubre	01 a 06
Sección orales	18 de octubre	07 a 12
Sección orales	18 de octubre	13 a 18
Sección orales	18 de octubre	19 a 24
Sección orales	18 de octubre	25 a 30
Sección orales	19 de octubre	31 a 36
Sección orales	19 de octubre	37 a 42

EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO DE DIFERENTES CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN PARA ARTRITIS REACTIVA

M. Benegas[1]*, R. Chaparro Del Moral[1], O. Rilto[1], L. Casalla[1], E. Schneeberger[2], F. Ciccato[3], S. Páira[3], F. Zazzetti[4], J. Barreira[4], E. Busquiazzo[5],

[1]Hospital Gral. De Agudos Dr. E. Torná, Caba, Argentina
[2]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Caba, Argentina
[3]Hospital Cullen, Santa Fe, Argentina
[4]Hospital Británico, Caba, Argentina
[5]Hospital Del Milagro, Salta, Argentina
[*] Presentador

La artritis reactiva (A.Re) es una enfermedad articular inflamatoria, que según diferentes registros representa desde el 6% al 47% de las espondiloartritis seronegativas. Estas diferencias pueden ser debidas tanto a variaciones genéticas y/o ambientales, como a la ausencia de un acuerdo en la definición de caso y de criterios de clasificación validados. **Objetivo:** valorar y comparar el valor diagnóstico de los criterios de clasificación para ARe en una cohorte de pacientes. **Material y Métodos:** se incluyeron pacientes de ambos sexos, $n=805$; 18 años, con diagnóstico de A.Re según opinión de experto, y como grupo control, pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (ACR) 87 y/o ACR/EULAR, Espondilitis Anquilosante (ASAS) y artritis Psoriásica (CASPAR). Se recolectaron, datos clínicos y radiológicos empleados por los diversos criterios, cada paciente fue clasificado según los criterios de clasificación de Calin, Tercer Congreso Internacional de ARe, ACR, Grupo de Estudio Europeo de Espondiloartritis (ESSG), Amor y ASAS periférico, consignándose el cumplimiento o no de los mismos. Análisis de los datos: se describieron las variables en estudios, se valoró S, E, valor predictivo (VP) y razón de probabilidad (RP) de cada uno de los criterios mediante una tabla de doble entrada. **Resultados:** se incluyeron 36 pacientes con ARe (78% masculino), media de edad: 36.12 años y mediana de tiempo de evolución: 22 (rango: 2-444) meses. El 53% presentó uretritis, 25% gastroenteritis, 8% cervicitis, 6% otros procesos infecciosos y el 8% sin infección evidente. El 44, 33 y 17% presentaron compromiso mono, oligo y poliarticular respectivamente. En el 86% de los casos la artritis fue asimétrica y en el 61% a predominio de miembros inferiores. El 56% presentó lumbalgia inflamatoria, 36% sacroileitis, 14% dactilitis y 50% entesopatía. Manifestaciones extraarticulares: uveítis 17%, conjuntivitis y balantitis 8%, queratodermia blenorragia y úlceras genitales 3% y a nivel radiológico: 30% sacroileitis. En el grupo control se evaluaron 36 pacientes (16 APs, 15 AR, 5 EA) con hallazgos privativos de cada una de estas entidades. En la siguiente tabla se observa la S y E, VP positivo/negativo y RP positiva:

	Calin	ACR	Amor	ESSG	ASAS	3° Congreso
S (%)	81	64	53	97	97	64
E (%)	100	100	47	57	50	100
VP (+/-)	10084	5473	5050	6995	6695	10073
RP	0.8734	0.8734	1	2.19	1.94	0.8734

Conclusiones: La mayor S se observó al aplicar los criterios del ESSG, ASAS y Calin. La mayor E fue obtenida aplicando los criterios de Calin, ACR y los del 3° Congreso Internacional de ARe. En este estudio observamos que los criterios de Calin mostraron excelente E, manteniendo una buena S y altos valores predictivos y razón de probabilidad positiva.

ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

R. López Martínez[1]*, D. Torrez Ponce[2], R. Hassan[1], V. Cosentino[1], M. Pissani[1], R. Miranda Oropeza[2], M. Bindal[2], S. Montoya[1], E. Kerzberg[1],
[1]Servicio De Reumatología, Hospital Jm. Ramos Mejía, Facultad De Medicina Uba, Caba, Argentina
[2]Servicio De Radiodiagnóstico, Hospital Jm. Ramos Mejía., Caba, Argentina
[*] Presentador

Alrededor de dos tercios de pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) desarrollan enfermedad pulmonar intersticial (EPI) la cual constituye una de las principales causas de morbilidad. La ultrasonografía pulmonar (USP) surge recientemente como una alternativa versátil y no ionizante para la evaluación de este compromiso mediante la identificación de artefactos denominados líneas B, que corresponden al engrosamiento de septos interlobulares y son signos ultrasonográficos de fibrosis pulmonar intersticial.

Objetivo Determinar si la USP es una herramienta fehaciente para la detección de EPI en pacientes con ES con respecto a la tomografía de alta resolución (TCAR) de tórax.

Pacientes y Métodos Se incluyeron 20 pacientes consecutivos con diagnóstico de ES (ACR), que como parte de su evaluación clínica habían sido sometidos a una TCAR de tórax durante los últimos 3 meses y no tuviesen signos clínicos de insuficiencia cardíaca derecha e infección pulmonar activa. Un operador ciego de antecedentes clínicos y tomográficos de los pacientes obtuvo las USP para la detección de líneas B con el método descrito por Gargani et al, usando un transductor convexo de 3.5 MHz. La suma de artefactos encontrados en tórax anterolateral y posterior resulta en una puntuación que mesura el grado de compromiso pulmonar intersticial. Se tomó como positivo un estudio con ≥ 10 líneas B. Las TCAR de tórax se evaluaron de forma objetiva mediante la puntuación propuesta por Warwick et al, que incluye valores de severidad y extensión para lesiones de EPI con una puntuación compuesta total que va de 0 a 30. Se utilizó estadística descriptiva, correlación lineal, prueba T, Mann Whitney y análisis de curvas ROC. Se consideró significativa una p ≤ 0.05.

Resultados Hubo diferencias significativas en el número de líneas B entre los pacientes que tenían o no enfermedad pulmonar intersticial en la TCAR de tórax (115.6 \pm 90.03 vs 17.8 \pm 9.52; p ≤ 0.0001). Se encontró además correlación lineal positiva significativa entre las puntuaciones ultrasonográficas de líneas B y las tomográficas de Warwick (r 0.4849; p 0.0302). La concordancia entre USP y TCAR de tórax tomando en cuenta pacientes individuales fue del 80%, con una sensibilidad del 100% (VPN 100%) y una especificidad de 33% (VP 77.69%). Un análisis de curvas ROC demostró la relación analítica entre el número de líneas B y la presencia de EPI en la tomografía de tórax (AUC 0.994; 95% IC 0.821 - 0.999; p ≤ 0.0001). La presencia de un número de líneas B ≥ 22 tuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 83%.

Conclusiones La ultrasonografía pulmonar con detección de líneas B es un método válido para la evaluación de EPI en ES. Su alta sensibilidad y valor predictivo negativo le confiere poder como herramienta de cribaje en estos pacientes. Su naturaleza no radiante permite una evaluación frecuente, lo que puede resultar útil en el seguimiento posterior a intervenciones terapéuticas en pacientes con compromiso pulmonar establecido. Sin embargo su principal limitación es la falta de especificidad, pues como expresión de síndrome pulmonar intersticial puede presentarse también en edema pulmonar cardiogénico, sarcoidosis y secuelas infecciosas.

ASOCIACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD, ETNIA Y RETARDO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

M. Beltrán Sáez[1]*, A. Alarcón[1], S. Muñoz[1], J. Riedemann[2], A. Vidal[2],

[1]Ciges - Universidad De La Frontera, Chile
[2]Universidad De La Frontera, Chile
[*] Presentador

Durante los años 90, se propuso el concepto de Ventana de Oportunidad para intervención terapéutica en Artritis Reumatoide (AR), el que plantea hay un período de tiempo al inicio de la evolución de la AR, en el que la respuesta a la terapia es desproporcionadamente favorable. **Objetivos:** Determinar la existencia de la asociación entre discapacidad, tiempo de inicio de tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (DMARDs) y etnia en un grupo de pacientes con AR según criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1987, en control en Reumatología en el Hospital de Temuco, en los años 2010 y 2011. **Describir** el perfil biosociodemográfico, clínico y terapéutico de los pacientes **Dimensionar** el período en meses desde la aparición de los primeros síntomas de la AR hasta el inicio de tratamiento específico con DMARDs. **Establecer** asociación entre discapacidad y el tiempo de inicio de tratamiento con DMARDs y etnia, controlando por variables biosociodemográficas, clínicas y terapéuticas. **Material y método** Estudio de corte transversal realizado entre los años 2010 y 2011. La población objetivo fue de 1083 pacientes. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con afijación igual, usando como criterio de vulnerabilidad etnia mapuche y ruralidad. Se asignaron aleatoriamente 4 grupos de 45 pacientes: mapuche urbano, mapuche rural, no mapuche urbano, no mapuche rural. El tamaño muestral estimado fue de 180 pacientes, y la muestra final de 189 pacientes. Se usó un formulario de datos biosociodemográficos y el cuestionario HAQ 20. Se realizó análisis bivariado, análisis estratificado y regresión logística. **Resultados** Un 90,5% de la muestra correspondió a mujeres, casi un tercio con residencia rural. La edad promedio fue de 54,33 años. 60,85% pertenecía al nivel socioeconómico (NSE) medio bajo o bajo. La edad promedio de inicio de los síntomas fue de 40,46 años. El tiempo entre los primeros síntomas y la primera consulta en promedio fue de 40,54 meses. El tiempo promedio entre la primera consulta y el inicio de DMARDs fue de 15,94 meses. Un 51,85% era mapuche y un 70,37% inició tratamiento con DMARDs después de 1 año desde los primeros síntomas. Un 81,48% presentó discapacidad moderada o severa, lo que se asoció significativamente a etnia mapuche, ruralidad, educación básica o menor, ausencia de trabajo remunerado, ingreso del hogar igual o menor a \$160.000 (\$320 USD) y NSE bajo. **Conclusiones** Es necesario identificar precozmente a los pacientes con sospecha de AR para un diagnóstico oportuno, con énfasis en la etnia mapuche, la que parece presentar mayor discapacidad asociada.

EL TABAQUISMO Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y RADIOLÓGICAS EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

F. Sommerleck[1]*, E. Schneeberger[1], N. Zamora[1], A. Cayetti[1], G. Citera[1],

[1]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Caba, Argentina
[*] Presentador

En los últimos años, se ha reportado al tabaquismo como factor de riesgo medioambiental debido a su influencia en el curso de ciertas enfermedades como la psoriasis, la colitis ulcerosa y las Espondiloartritis (Esp.A), especialmente la Espondilitis Anquilosante (EA). En el caso particular de la EA, se ha encontrado relación del tabaco con peores medidas de desenlace a largo plazo como discapacidad funcional, daño radiológico y peor calidad de vida. **Objetivo:** Investigar el posible efecto del tabaco sobre la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional, la calidad de vida y el daño radiológico en pacientes con EA. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con EA de la Cohorte Argentina de Espondilitis Anquilosante (CoAReA) por criterios EA NY/84 y/o criterios ASAS SpA axial 09 mayores de 18 años. Se consignaron datos sociodemográficos, edad de comienzo de los síntomas, tiempo de evolución de la enfermedad, síntomas relacionados a la enfermedad, comorbilidades y hábitos tóxicos. Se interrogó especialmente sobre tabaquismo actual o pasado y número de paquetes/año (p/a). Se evaluó dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por escala visual analógica (EVA), número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES), BASMI, actividad de la enfermedad por BASDAI, capacidad funcional por BASFI y calidad de vida por ASQoL. Radiografías de Ferguson, panorámica de pelvis y columna cervical y lumbar (F y P) fueron leídas por un lector ciego utilizando los índices BASRI y mSASS (CCI $\geq 0,90$). Se recolectaron datos de tratamiento. Estadística descriptiva, comparación de variables categóricas por Chi2 o exacto de Fisher y continuas por T test y ANOVA. Correlación de Pearson. Regresión lineal y logística múltiple. **Resultados:** Se estudiaron 147 pacientes, 111 (75.5%) eran de sexo masculino, con una edad mediana de 46 años (RIC 32-56), y un tiempo mediano de evolución 16 años (RIC 8-25), 51 (34.7%) pacientes presentaban compromiso axial y 96 (65.3%) mixto. Medianas (RIC) de: BASDAI 4.5 (2.5-6.4), BASFI 4.3 (1.6-6.7), BASMI 4.3 (2.7-6), ASQoL 8 (4-11), BASRI 8.5 (6-12.7) y mSASS 23 (7-50.7), respectivamente. La frecuencia de comorbilidades fue 130/147 (91.5%) y 17(11.6%) pacientes tenían uno o más reemplazos de cadena. Tabaquismo se observó en 66 (44.9%) pacientes (en 50% era pasado), la mediana de p/a fue 13.5 (RIC 5-32). En el análisis univariado, el tabaquismo se asoció a peor capacidad funcional (BASFI 4.9 en fumadores vs 3.7 en no fumadores, p$=0.01$) y a mayor frecuencia de comorbilidades (98.5% en fumadores vs 80.2% en no fumadores, p≤ 0.01). La asociación de tabaco y peor capacidad funcional por BASFI se mantuvo en el análisis de regresión lineal (coeficiente estandarizado 0.946; 1.17, p=0.04) y logística (odds ratio 1.82 IC95% 1.08-3.07, p=0.02), ajustado al tiempo de evolución y a la presencia de comorbilidades. **Conclusiones:** El tabaquismo influye negativamente sobre la capacidad funcional de nuestros pacientes con EA.

05

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

INFLUENCIA DE LA DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE SOBRE EL STATUS CLÍNICO, FUNCIONAL Y RADIOLÓGICO. ¿EXISTE UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD?

A. Cayetti[1]*, E. Schneeberger[1], N. Zamora[1], F. Sommerfleck[1], G. Citera[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psico-física, Caba, Argentina
[*] Presentador

Hay un inaceptable retraso diagnóstico en la Espondilitis Artritis (EspA) axial, que se estima entre 5 y 10 años. El desarrollo de ciertas estrategias para mejorar la referencia de pacientes por los médicos de atención primaria y de los criterios ASAS 2009 para EspA axial ha colaborado en reducir esa demora diagnóstica. Objetivo: Determinar el impacto de la demora en el diagnóstico sobre el status clínico, funcional y radiológico en pacientes con EA. Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con EA de la Cohorte Argentina de Espondilitis Anquilosante (CoArEA) por criterios EA NY 84 y/o criterios ASAS EspA axial 09 mayores de 18 años. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de la enfermedad. Se evaluó dolor, evaluación global del paciente por EVA, número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES), BASMI, BASDAI (actividad), BASFI (capacidad funcional) y ASQoL (calidad de vida). Rx Ferguson, panorámica de pelvis y columna cervical y lumbar (F y P) fueron leídas por un lector ciego por BASRI y mSASS (CCI & gr0.90). La población estudiada fue dividida en terciles de acuerdo al tiempo de demora en: ≤ 3 años, <math>3 < \text{años} < 10</math> años y ≥ 10 años. Comparaciones por test exacto de Fisher, T test y ANOVA. Modelo lineal general univariante. Regresión logística múltiple. Resultados: Se estudiaron 147 pacientes, 111 (75.5%) de sexo masculino, con una edad mediana de 46 años (RIC 32-56), edad mediana de inicio de los síntomas 25 años (RIC 16-35), edad mediana al diagnóstico de 32 años (RIC 24-44) y un tiempo mediano de evolución 16 años (RIC 8-25). La mediana de demora al diagnóstico fue de 5 años (RIC 2-13 años), 29 (19.7%) pacientes tenían antecedentes familiares de EspA, 50/62 (80.6%) tenían HLA-B27 positivo y 41 (27.9%) estaban en tratamiento con antagonistas del TNF & #945;. En 62 (42.2%) pacientes la demora en el diagnóstico fue ≤ 3 años, en 36 (24.5%) entre <math>3 < \text{años} < 10</math> años y en 49 (33.3%) > 10 años. Sólo 3/18 (16.7%) de pacientes con EA juvenil (J) se diagnosticaron antes de los 3 años (<math>p < 0.01</math>). La edad de inicio de los síntomas fue significativamente mayor en el grupo con demora ≤ 3 años vs los otros dos grupos (30 vs 23 y 22 años, respectivamente, $p = 0.02$), por el contrario la edad al diagnóstico fue significativamente mayor en el grupo con demora ≥ 10 años, 41 años vs 30 en los otros dos grupos ($p = 0.0001$), ambos hallazgos fueron ajustados al tiempo de evolución manteniéndose la significancia. 77.4% de los pacientes con formas axiales puras se diagnosticaron después de 10 años vs el 46.3% de las formas mixtas ($p = 0.006$). La presencia de tarisitis fue más frecuente en el grupo con menor demora 25 (58%) vs los otros dos grupos 7/16 (43.8%) y 11/25 (44%), $p = 0.02$. Los tres grupos eran comparables en relación a sexo, comorbilidades, terapia biológica, BASDAI y MASES. La comparación de las variables de desenlace: BASFI, ASQoL, BASMI, BASRI y mSASS no mostraron diferencias entre los tres grupos estudiados. Conclusiones: Los pacientes con EAJ tienen mayor demora diagnóstica. En nuestros pacientes con EA no encontramos que el retraso diagnóstico haya influido sobre la capacidad funcional o el daño estructural.

Page 1/1

06

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) DESARROLLADOS POR EL GRUPO SLICC (THE SYSTEMIC LUPUS INTERNATIONAL COLLABORATING CLINICS) EN UNA COHORTE ARGENTINA DE PACIENTES CON LES.

A. Martínez Muñoz[1]*, R. Chaparro Del Moral[1], S. Papisidero[1], O. Rillo[1], G. Gomez[2], M. Collado[3], J. Raggio[4], G. Berbotto[4], R. Quintana[5], B. Pons-estel[5], M. Machado Escobar[6], F. Colombres[6], A. Barbaglia[6], M. Gonzalez[7], M. Marengo[7], A. Costi[8], M. Pera[8], M. Garcia[8], F. Zazetti[9], A. D'amico[9], J. Barreira[9],
[1]Hospital Dr. E. Tornú, Capital Federal, Argentina
[2]Inst. Inv. Medicas "dr. A. Lanari", Capital Federal, Argentina
[3]Inst. Inv. Medicas "dr. A. Lanari", Capital Federal, Argentina
[4]Sanatorio Británico, Rosario, Argentina
[5]Sanatorio Parque, Rosario, Argentina
[6]Hospital Angel C. Padilla, San Miguel De Tucumán, Argentina
[7]Instituto De Rehabilitación Psico-física (irep), Capital Federal, Argentina
[8]Higa General San Martin, La Plata, Argentina
[9]Hospital Británico, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Debido a los constantes adelantos en el conocimiento del LES (como ser: manifestaciones neuropsiquiátricas, dermatológicas y autoanticuerpos), los criterios de clasificación "ACR 97" han sido revisados por el Grupo SLICC. Requieren 4 criterios con la presencia de al menos una manifestación clínica y un criterio inmunológico, incorporan mayor número de ítems (al redefinir, separar o jerarquizar algunas manifestaciones clínicas y/o de laboratorio) mostrando mayor sensibilidad con respecto a los Criterios ACR 97. Objetivo: Conocer en nuestro medio el valor diagnóstico de los Criterios SLICC en una cohorte de pacientes con LES. Material y Métodos: Cada centro envió datos socio-demográficos, clínicos y de laboratorio de pacientes ≥ 16 años, consecutivos, con diagnóstico de LES según opinión de experto. Como grupo control se incluyeron pacientes consecutivos con diferentes patologías que pueden presentarse como diagnóstico diferencial del LES. Se consignó actividad (SLEDAI) y daño (SLICC). Análisis de los datos: se evaluó para cada paciente el cumplimiento de los Criterios ACR 97 y Criterios SLICC; se analizó la Sensibilidad (S), especificidad (E), Valores Predictivos (VP) e Índice de Probabilidad (IP). El acuerdo entre el diagnóstico y los criterios de clasificación fue evaluado con coeficiente Kappa. Resultados: Se incluyeron 209 pacientes, 140 con LES y 69 controles (artritis reumatoidea, síndrome de Sjögren, enfermedad mixta del tejido conectivo, poli-dermatomiositis, SAF 1°, vasculitis, polimialgia reumática, esclerodermia, policondritis recidivante y fibromialgia). El 89% mujeres en el grupo LES; edad promedio 38 años (rango: 17-77). LES de inicio juvenil 13 pacientes y 8 de inicio tardío. Tiempo de evolución del LES: mediana (Me) 90 meses (RIC 35-160). SLEDAI Me 6 (RIC 0-8), SLICC Me 1 (RIC 0-2). El número de ítems de criterios ACR 97 en los pacientes con LES fue: Me 6 (RIC 5-7) y de los criterios SLICC Me 7 (RIC 6-9). Criterios S E Mal clasificados Kappa Criterio ACR 97 135/140 (96 %) 64/69 (93%) 10 0.89 Criterio SLICC 140/140 (100%) 62/69 (90%) 7 0.92 VP+ criterios ACR 97 =96, VP+ criterios SLICC =95, VP- criterios ACR 97 =93 y VP- criterios SLICC =100. IP: criterios ACR 97 = 13.7 puntos y criterios SLICC 2011 = 10 puntos. Conclusión: En nuestro medio los criterios SLICC, al igual que en el estudio de validación, fueron más sensibles que los criterios ACR 97. Presentan un buen desempeño como criterio de Clasificación de LES incorporando nuevos conceptos clínicos y avances metodológicos de los últimos años.

Page 1/1

07

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DOPPLER DE PODER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN REMISIÓN Y SU IMPLICANCIA EN LA PROGRESIÓN DEL DAÑO RADIOLÓGICO

R. Perez Alamino[1]*, F. Dal Pra[1], T. Cazenave[1], C. Waimann[1], G. Citera[1], M. Rosenffet[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psico-física, Sección Reumatología, Caba, Argentina
[*] Presentador

Perez Alamino, R.; Dal Pra, F.; Cazenave, T.; Waimann, C.; Citera, G.; Rosenffet, M. Instituto de Rehabilitación Psico-física, Sección Reumatología. **Introducción:** El estado de remisión es el objetivo actual a ser alcanzado en artritis reumatoidea (AR). Se ha demostrado que pacientes en remisión tienen inflamación subclínica por ultrasonografía (US) con el consiguiente deterioro estructural. **Objetivo:** Evaluar el significado a largo plazo de la sinovitis por US en una cohorte de pacientes con AR en remisión y su relación con el daño radiológico. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987) que estaban en remisión clínica según su reumatólogo. Se recolectaron, básalmente y a los 12 meses, datos demográficos, clínicos, radiológicos, y de laboratorio: recuento articular (28 articulaciones), escala visual analoga (EVA) dolor, EVA actividad, Rx de manos y pies y eritrosedimentación. Remisión fue definida por ACR y/o DAS 28 menor a 2.6. Se evaluó por US: 2da-5ta Metacarpofalángicas (MCF) y carpos bilaterales. Se definió sinovitis según criterios OMERACT por escala de grises y vascularización por presencia o ausencia de señal Power Doppler (PD) graduado de 0 a 3. Se confeccionó un score en base a la suma de la intensidad de doppler en cada articulación para cada uno de los pacientes. Tanto la evaluación clínica como US fue realizada en forma ciega por evaluadores independientes. La lectura de Rx por score de Sharp fue realizada por 2 observadores con un CCI 0.97. En el análisis estadístico los datos categóricos se calcularon por Chi 2 y Fischer y los continuos por prueba de T.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 79% de sexo femenino, con una mediana de edad de 52 años (RIQ: 46-59) y una duración mediana de enfermedad de 9 años (RIQ: 5-14). 71% eran erosivas, 14% nodular, 90% factor reumatoideo positivo, siendo la mediana de DAS28 de 2.2 (RIQ: 1.8-2.5). Básalmente la remisión clínica se observó en 34 (81%) pacientes por DAS28 y 10 (24%) por criterios ACR. A los 12 meses 28 (67%) pacientes estaban en remisión por DAS28. PD fue positivo en 62% de los pacientes en remisión por DAS28. En el seguimiento 64% de los pacientes en remisión tuvieron PD positivo. La media del score de intensidad PD fue de 1.7. De 504 articulaciones 438 (86%) eran PD grado 0, 58 (11%) eran PD grado 1, 7 (1.4%) grado 2 y 1 articulación grado 3, reflejando la baja actividad inflamatoria de nuestra población. Tomando la mediana de Sharp de la población como punto de corte para definir progresión se vio que 48% de los pacientes progresó, siendo la intensidad del Doppler mayor en este grupo, sin alcanzar diferencia significativa. **Conclusión:** La US es más sensible que la clínica, detectando inflamación subclínica en más del 60% de los pacientes en remisión. La mitad de los pacientes tuvo progresión RX. Los pacientes presentaron baja actividad inflamatoria por doppler. Queda por determinar cuál es la significancia de PD grado 1 en el tiempo

Page 1/1

08

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DESARROLLO DE UN SCORE ULTRASONOGRAFICO REDUCIDO PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

T. Cazenave[1]*, C. Waimann[1], G. Citera[1], M. Rosenffet[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psico-física, Sección Reumatología, Caba, Argentina
[*] Presentador

Cazenave, T.; Waimann, C.; Citera, G.; Rosenffet, M. Instituto de Rehabilitación Psico-física, Sección Reumatología. **Introducción:** La ultrasonografía (US) se ha convertido en un método de imagen muy útil para la evaluación de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo, puede consumir tiempo, dificultando su aplicación en la práctica clínica diaria. El objetivo de nuestro estudio fue desarrollar un score ultrasonográfico REUMA (Rápida Evaluación Ultrasonográfica para Monitorear Actividad) de seis articulaciones para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con AR. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR. Se realizó evaluación clínica, radiológica, laboratorio, US y actividad por DAS28. Se evaluaron: muñeca (radio e intracarpiana), segunda metacarpofalángica 2MCF (dorsal, palmar y lateral), quinta metacarpofalángica 5MTF (dorsal, lateral y plantar). La sinovitis US se definió como la presencia de hipertrofia y/o derrame por escala de grises (EG). La vascularización sinovial se evaluó mediante Power Doppler (PD) graduado de 0 a 3. El score US proviene de sumar la presencia de sinovitis (un punto) y el grado de PD (0 a 3 puntos), con un rango total de 0 a 40. Se consignó la presencia de erosión en 2MCF y 5MTF. La puntuación final se correlacionó con las variables clínicas (análisis bivariado) y se estratificó de acuerdo a la actividad de la enfermedad. **Resultados:** Se evaluaron 124 pacientes. La media de edad fue 53 ± 13 años, el 86% eran mujeres y la duración de la enfermedad fue de 9.4 ± 8.5 años. La media de articulaciones dolorosas e inflamadas fue de 3.3 ± 4 y 3.5 ± 4.5, respectivamente. La media del DAS28 fue de 3.8 ± 1.4. Un total de 744 articulaciones fueron evaluadas. 548 (74%) mostraron hallazgos ecográficos (PD & #8805; 1 = 35%; sinovitis = 69%). La 2MCP y 5MTF mostraron erosiones en el 70% y 83%, respectivamente. La puntuación media del score fue de 11.4 ± 6.5 (subescala PD: 4.8 ± 6.5; subescala sinovitis: 6.6 ± 2.2). El score mostró una correlación moderada con el recuento de articulaciones inflamadas y DAS28, 0.60 y 0.54 respectivamente (Tabla 1). Fue capaz de discriminar pacientes con alta actividad de aquellos con actividad moderada, baja y remisión (remisión = 8 ± 4, baja actividad = 9 ± 5, moderada = 11 ± 5, alta = 19 ± 8, <math>p < 0.001</math>). El examen ecográfico fue rápido, tomando 10 minutos por paciente, incluyendo la documentación. **Conclusión:** El score US de 6 articulaciones demostró ser un instrumento rápido y útil para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con AR. El examen ecográfico de las muñecas, 2 MCF y 5 MTF podría ser suficiente para evaluar la actividad inflamatoria general, reduciendo el tiempo de estudio y facilitando la integración de la ecografía a la práctica reumatológica diaria.

Tabla 1. Correlación entre el score ultrasonográfico y variables clínicas.

Score US	Recuento art. inflamadas	Recuento art. Dolorosas	ERS	EVAActividad	EVAAdolor	DAS28
Score global	0.60	0.29	0.38	0.31	0.33	0.54
Subescala Doppler	0.60	0.28	0.40	0.29	0.32	0.53
Subescala Sinovitis	0.44	0.23	0.22	0.28	0.26	0.39

ERS=eritrosedimentación; EVA=escala visual analoga

Page 1/1

¿LA EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE INTERVIENE EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD?

N. Zamora[1]*, E. Schneeberger[1], A. Cayetti[1], F. Sommerfleck[1], G. Citera[1],

[1]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Caba, Argentina

[*] Presentador

La Espondilitis Anquilosante (EA) es el prototipo de las enfermedades inflamatorias reumáticas agrupadas bajo el término de espondiloartritis (EspA). El síntoma cardinal en los pacientes que padecen EA es el "dolor lumbar inflamatorio", que a menudo comienza insidiosamente y antes de los 45 años de edad. Otros síntomas asociados son artritis periférica, entesitis, psoriasis, uveítis anterior, etc. El comienzo de los síntomas antes de los 10 años y después de los 45 años de edad es raro. Algunos autores han encontrado algunas características particulares en pacientes con comienzo tardío de la EA. Objetivo: Evaluar las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con comienzo convencional y tardío de la EA. Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con EA de la Cohorte Argentina de Espondilitis Anquilosante (CoArEA) según criterios EA NY 84 y/o criterios ASAS EspA axial09 mayores de 18 años. Se consignaron datos sociodemográficos, edad de comienzo de los síntomas, tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones relacionadas a la enfermedad y comorbilidades. Se evaluó dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por EVA, número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES), BASMI y actividad de la enfermedad, capacidad funcional y calidad de vida por los autoquestionarios BASDAI, BASFI y ASQoL, respectivamente. Radiografías de Ferguson, panorámica de pelvis y columna cervical y lumbar (F y P) fueron leídas por un lector ciego utilizando los índices BASRI y mSASS (CCI >0.90). Se recolectaron datos de tratamiento. Se realizó estadística descriptiva, la población estudiada fue dicotomizada en dos grupos etarios en cuanto al inicio de los síntomas: ≤40 años y <40 años. Las variables categóricas se compararon por Chi2 o exacto de Fisher y las continuas por T test y ANOVA. Regresión logística utilizando como variable dependiente los dos grupos etarios. Resultados: Se estudiaron 147 pacientes, 111 (75.5%) eran de sexo masculino, con una edad mediana de 46 años (RIC 32-56), edad mediana de inicio de los síntomas 25 años (RIC 16-35) y un tiempo mediano de evolución 16 años (RIC 8-25), 98 (66.7%) pacientes tenían EA pura, 18 (12.2%) EA asociada a psoriasis, 18 EA juvenil, 8 asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), 4 indiferenciadas y 1 asociada a artritis reactiva. 127 (86.4%) pacientes habían iniciado la EA a una edad ≤40 años y 20 (13.6%) a una edad <40 años. El grupo de pacientes con inicio tardío eran más frecuentemente mujeres [11 (45%) vs 27 (21%)], presentaban mayor frecuencia de psoriasis [9 (45%) vs 13 (11.3%)], mayor actividad de la enfermedad (BASDAI 5.9 vs 4.4) y peor capacidad funcional (BASFI 5.6 vs 4.1), y calidad de vida (ASQoL 11.4 vs 7.2), con una p<0.05 en todas las comparaciones. Mientras que el grupo ≤40 años de inicio de EA presentó mayor tiempo de evolución (19.4 vs 11.4 años, p=0.01) y peor BASRI ajustado al tiempo de evolución (9.27 vs 6.75, p=0.004). Conclusiones: Los pacientes con inicio tardío de la EA son con mayor frecuencia mujeres, padecen más frecuentemente psoriasis y presentan peores índices de actividad de la enfermedad, capacidad funcional y calidad de vida.

DEMORA A LA CONSULTA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA: ASOCIACIÓN CON BARRERAS DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

N. Zamora[1]*, C. Waimann[1], M. Marengo[1], G. Citera[1], V. Collado[2], J. Sarano[2], E. Buschizzo[3], V. Juárez[3], A. D' Orazio[4], L. González Lucero[5], A. Marcos[6], R. Martini[5], M. Salcedo[7], A. Granel[6], D. Pereira[8], G. Pendón[8], J. Barreira[9], G. Gómez[2], M. Lara[9], M. Medina[10], M. Lázaro[11], A. Cusa[11], P. Arturij[12], M. Yacuzzi[5],

[1]Irep, Caba, Argentina

[2]Instituto De Investigaciones Medicas, Alfredo Lanari, Caba, Argentina

[3]Hospital Sr Del Milagro, Salta, Argentina

[4]Hospital De La Asociación Medica De Bahía Blanca, Bahía Blanca, Argentina

[5]Hospital Padilla De Tucumán, San Miguel De Tucumán, Argentina

[6]Hospital San Roque De Gonnet, Gonnet, La Plata, Argentina

[7]Consultorio Privado, San Nicolás, Argentina

[8]Hospital Gutierrez, De La Plata, La Plata, Argentina

[9]Hospital Británico, Caba, Argentina

[10]Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornu", Caba, Argentina

[11]Hospital Central De San Isidro, San Isidro, Argentina

[12]Hospital Italiano De La Plata, La Plata, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El tratamiento precoz es crucial en el manejo de la artritis reumatoidea (AR), para lo cual el paciente debe llegar temprano a la consulta con el reumatólogo. **Objetivo:** Evaluar la demora en el acceso a la atención reumatológica y la asociación de la misma con la presencia de barreras de salud y características sociodemográficas en pacientes con AR. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR'87 y/o EULAR/ACR 2010) de menos de 5 años de evolución pertenecientes a centros públicos y privados. Los datos recolectados incluyeron características sociodemográficas, económicas, cobertura social, sistema de salud, demora a la consulta médica/reumatológica. En pacientes de menos de 2 años de evolución se evaluó, además, la presencia de barreras de salud. Para el análisis estadístico se definieron dos outcomes: demora al primer médico y demora en alcanzar al reumatólogo luego de este primer contacto. Se realizó análisis univariado en busca de asociaciones con características sociodemográficas y barreras de salud. El análisis multivariado incluyó modelos de regresión lineal múltiple de selección progresiva (p < 0.20 para ingresar) utilizando como variables dependientes los dos outcomes primarios, ajustando por cobertura y centro de atención (privado vs público). **Resultados:** Se incluyeron 302 pacientes: duración de la enfermedad 33±17 meses; edad 47±14 años; 86% mujeres; 73% bajos ingresos familiares (≤5000 pesos/mes); educación 11.4± años; 65% poseían alguna cobertura médica, 67% pertenecían a hospitales públicos y 32% al sector privado. La demora al primer contacto médico fue de 30 (RIC=10-60) días, siendo el médico más consultado el clínico (52%) seguido del reumatólogo (24%) y el reumatólogo (24%). La presencia de barreras geográficas (B=0.23, p=0.01), responsabilidades laborales (B=0.19, p=0.04) y menor confianza en el médico (B=0.18, p=0.05) se asociaron a una mayor demora al primer contacto médico. El tiempo total de llegada al reumatólogo fue de 90 (RIC=35-210) días, existiendo un 32% de pacientes con una demora superior a 6 meses. Los pacientes cuyo primer médico no fue el reumatólogo demoraron 105 (RIC=60-250) días en contactarlo vs 30 (RIC=15-90) días en los que consultaron directamente. Un grupo de pacientes (29%) nunca fueron referidos al reumatólogo

por el primer contacto médico (debiendo consultar por cuenta propia), elevando el tiempo de acceso al reumatólogo a 184 (RIC=75-395) días. En el multivariado las barreras administrativas (B=0.33, p=0.001) y búsqueda de tratamientos alternativos (B=0.27, p<0.01) estuvieron significativamente asociados con la demora desde el primer contacto médico al reumatólogo. **Conclusión:** A pesar que la mediana de demora fue de 3 meses, el 32% de los pacientes con artritis reumatoidea aún tarda más de 6 meses en llegar al reumatólogo. Tres cuartos de los pacientes no consultan inicialmente al reumatólogo, lo cual triplica la demora en acceder al mismo.

LAS ALTERACIONES EN INDICADORES DE LA FUNCION ATEROPROTECTORA DE LAS HDL DEPENDIERAN DEL GRADO DE INFLAMACION EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

T. Meroño[1], M. Menafra[1]*, C. Saucedo[2], L. Gómez Rosso[1], C. Carbia[1], M. Saez[3], V. Malah[4], P. Sorroche[3], E. Soriano[2], L. Catoggio[2], F. Brites[1],

[1]Dpto. De Bioquímica Clínica, Fjyb, Infibloc, Uba, Conicet, Argentina

[2]Seccion Reumatología, Servicio Medico, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina

[3]Laboratorio Central, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina

[4]División De Reumatología, Hospital De Clínicas "jose De San Martin", Uba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La inflamación es aparentemente el principal responsable del mayor riesgo de aterosclerosis en la Artritis Reumatoidea (AR). A su vez, si bien es frecuente la presencia de bajos niveles de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL), la relación entre su deterioro funcional y el riesgo de aterosclerosis en pacientes con AR ha sido poco estudiado. **Objetivos:** Evaluar la asociación de la concentración e indicadores de funcionalidad de las HDL con la inflamación y el riesgo de aterosclerosis en pacientes con AR. **Materiales y Métodos:** Pacientes con AR, clasificados acorde a la presencia (n=15; grupo 1) o ausencia (n=37; grupo 2) de inflamación aguda [proteína C reactiva ultrasensible (PCRus)>8mg/l], provenientes de los servicios de Reumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires y el Hospital de Clínicas fueron comparados con controles sanos (n=37; grupo 3). Se evaluó circunferencia de cintura (CC), presión arterial, perfil de lípidos y lipoproteínas PCRus y la actividad de la enzima antioxidante asociada a HDL, paraoxonasa(PON1). Las diferencias entre los grupos fueron evaluadas mediante test de ANOVA. Adicionalmente, en un subgrupo de pacientes (8 del grupo 1 y 16 del grupo 2) se determinó la rigidez arterial mediante la velocidad de onda de pulso (VOP) carotído-femoral. **Resultados:** Los pacientes del grupo 1 presentaron mayor CC, y menor concentración de C-HDL y apoAI respecto a los de los grupos 2 y 3 (p<0.05). Asimismo, la actividad PON1 fue menor que los controles sólo en los pacientes del grupo 1 (p<0.05). La VOP fue mayor en los pacientes del grupo 1 que en los del grupo 2 (+16%, p<0.05). La disminución de ApoAI fue el único predictor del aumento de la VOP ajustando por edad, sexo, CC, PON-1 y apoB (B=0.83;r2=0.67;p<0.01). **Conclusiones:** La inflamación aguda fue necesaria para disminuir los indicadores de función de las HDL (ApoAI y PON1); esta alteración se asoció a mayor rigidez arterial. El deterioro funcional de las HDL podría, en parte, explicar el elevado riesgo de aterosclerosis asociado a la AR. Permanece indeterminado si el tratamiento antiinflamatorio es capaz de contrarrestar estas alteraciones. Normal 0 21 false false false MicrosoftInternetExplorer4 st1v*(behavior:url(#iecooi)) /* Style Definitions */ table.MsoNormalTable {mso-style-name:"Tabla normal"; mso-style-rowband-size:0; mso-style-column-size:0; mso-style-no-shading:yes; mso-style-parent:""; mso-padding-alt:0em 5.4pt 0em 5.4pt; mso-para-margin:0cm; mso-para-margin-bottom:0000pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:10.0pt; font-family:"Times New Roman"; mso-fareast-font-family:"Times New Roman"; mso-ansi-language:#0400; mso-fareast-language:#0400; mso-bidi-language:#0400;}

EVALUACION ARTICULAR: APRENDIZAJE Y CORRELACION CLINICO-ECOGRAFICA

T. Cazenave[1]*, C. Waimann[1], G. Citera[1], M. Rosenffet[1],

[1] Instituto De Rehabilitación Psicofísica, Sección Reumatología, Caba, Argentina
[*] Presentador

Cazenave, T; Waimann, C; Citera, G; Rosenffet, M. Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Sección Reumatología. **Introducción:** El examen físico articular es una medida válida para la evaluación de los pacientes con artritis reumatoidea (AR). Sin embargo el método presenta gran variación inter-observador, dependiendo en gran parte de la experiencia del mismo. **Objetivo:** Evaluar el aprendizaje de médicos en formación de una Unidad Reumatológica a lo largo de su entrenamiento y compararlo con la evaluación de reumatólogos experimentados y el examen ultrasonográfico (US). **Material y Métodos:** 3 médicos en formación evaluaron las articulaciones 2da- 5ta Metacarpofalángicas (MCF) y Carpos bilaterales de 5 pacientes con AR, en 5 diferentes momentos de su entrenamiento (Ingreso a la residencia, 1, 3, 6 y 12 meses). Se consignó presencia o ausencia de inflamación articular (se informan aquí los datos basales y al año). Para la comparación, se utilizaron dos estándares de oro: evaluación clínica por reumatólogo experimentado (estándar clínico: EC) y examen US (estándar ecográfico: EE). La evaluación US incluyó presencia o ausencia de distensión, proliferación y señal Power Doppler (PD). Sinovitis ecográfica se definió como presencia de al menos una característica patológica. El análisis estadístico incluyó la evaluación de concordancia inter-observador y con estándares de oro a través de estadística de kappa (κ). **Resultados:** Se evaluaron un total de 50 articulaciones. Sinovitis estuvo presente en 48% y 64%, de acuerdo al EC y EE respectivamente. 64% de las articulaciones presentaban distensión ecográfica, 56% proliferación y 24% señal PD. La concordancia entre sinovitis clínica (EC) y sinovitis US (EE) fue de 76% ($\kappa=0.53$). La concordancia inter-observador fue moderada ($\kappa=0.48$). Luego de un año (media de 500 evaluaciones articulares) se observó un incremento, tanto en la concordancia inter-observador, como en la concordancia con los estándares de oro (EE y EC) (Tabla 1). **Conclusión:** El desempeño de los examinadores mejoró con el transcurso del tiempo demostrando la utilidad que tienen los sistemas de formación. La concordancia con los estándares de oro y el acuerdo interobservador aumentaron en el período de estudio.

	Observadores	BasalConcordancia (kappa)	12 mesesConcordancia (kappa)
Concordancia entre observadores y Estándar clínico (EC)			
IG	80% (0.41)	100% (1)	
NZ		90% (0.78)	90% (0.78)
MG		70% (0.44)	80% (0.54)
Inter-observador (IG; NZ; MG)	Kappa= 0.28		Kappa= 0.68
Concordancia entre observadores			

Page 1/2

	y Estándar ecográfico (EE)	
IG	60% (0.20)	90% (0.80)
Sinovitis ecográfica		
NZ	70% (0.40)	80% (0.60)
MG	70% (0.40)	70% (0.40)
IG	80% (-0.11)	80% (0.55)
Power Doppler		
NZ	70% (0.29)	90% (0.74)
MG	50% (0.14)	100% (1)

Page 2/2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE ENFERMEDADES REUMATICAS

M. Espíndola Echazó[1]*, G. Selem[2], C. Retamoso[3], M. Molina[4],

[1]Cardiolfje, San Miguel De Tucuman, Argentina

[2]Consultorios, San Miguel De Tucumán, Argentina

[3]Cedyr, Oran, Argentina

[4]Consultorios De Medicina Integral, Yerba Buena, Argentina

[*] Presentador

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes reumáticos respecto de su enfermedad y su tratamiento. Evaluar grado de satisfacción por la información recibida y su nivel preocupación por su enfermedad. **Material y método:** Estudio de corte transversal entre abril a junio de 2012 de pacientes que consultaron a servicios de reumatología. Mediante cuestionario voluntario, se evaluó datos demográficos, años de evolución de la enfermedad, conocimiento de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, requerimiento de mayor información y quien les proporcionó la información. Mediante Escala Análogo Visual se evaluó conocimiento sobre la enfermedad y grado de satisfacción con la información recibida. Con una escala ordinal se evaluó la preocupación por dolor, deformidad articular, inflamación articular; respecto del tratamiento se evaluó preocupación por la duración, efectos secundarios y la efectividad de éste. Se realizó evaluación global de la enfermedad por el paciente. **Resultados:** Se incluyeron 350 pacientes, 85% sexo femenino, con edad media de 56,14 años (11 ± 90 años), 75% eran de Tucumán y 23,4% de Salta, 94,86% eran argentinos y 5,14% de Bolivia; 79,42% provenían de centros urbanos. Al evaluar nivel de escolaridad 42% completaron el nivel primario y 16,86% tenían un nivel educacional superior, encontrando hasta 5,71% de analfabetismo. 61,38% de ellos tenían diagnóstico de artritis reumatoidea y 15,27% de osteoartritis. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 8,05 años. El 87,43% conocía su diagnóstico, el 21,71% desconocía su tratamiento; y el 87,14% requería mayor información sobre ambos, el 82,57% fue informado por un reumatólogo, el grado medio de conocimiento (autoevaluado) fue de 57,83% y el grado de satisfacción de la información recibida de 60,22%. De la evaluación del grado de preocupación de los pacientes por diferentes aspectos de su enfermedad el 55,14% presentaba preocupación por dolor e inflamación articular; 52,28% por deformidad; 46% por la duración del tratamiento, 44% por los efectos secundarios y 52,58% por los efectos a largo plazo de los fármacos. Al ser consultados de su percepción del estado de su enfermedad el promedio fue de 54,43. **Conclusiones:** La educación constituye una herramienta fundamental en el manejo y resultado de las intervenciones terapéuticas del paciente reumático. En este trabajo, los pacientes conocen su diagnóstico y el tratamiento. Es alto el porcentaje de ellos que requieren mayor información; siendo la evaluación de su nivel de conocimiento, su grado de satisfacción con la información recibida y su percepción del estado actual de su enfermedad en general medio. Llama la atención que el nivel de instrucción no influya en el grado de preocupación; esto tal vez este dado por el grado de discapacidad que producen las enfermedades reumáticas que al parecer trasciende toda diferencia geográfica, cultural, étnica y social. Por lo tanto, aun hoy la educación de nuestros pacientes continúa siendo una deuda pendiente, que debe ser saldada por políticas de salud claras, y con el compromiso de todos los sectores involucrados.

Page 1/1

RELACIÓN ENTRE PESTICIDAS Y LUPUS ERMEMATOSO SISTÉMICO EN SANTA FE

E. Benavente[1]*, M. Porcel De Peralta[2], A. Paonessa[2], M. Simionello[2], S. Paira[1],

[1]Sección De Reumatología, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina

[2]Cátedra De Toxicología, farmacología Y Bioquímica Legal, fbcb unl, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

OBJETIVOS: Evaluar el daño generado por exposición ambiental a mezclas de plaguicidas en pacientes con diagnóstico de LES, determinando marcadores enzimáticos de exposición, estado oxidativo y daño oxidativo en el DNA. Comparar si existen diferencias entre los pacientes con LES que viven en zonas rurales o urbanas y controles sanos. **MATERIALES Y METODOS:** Se incluyeron 40 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997), 20 con residencia actual e histórica en la ciudad de Santa Fe/Santo Tomé y 20 oriundos y residentes en pueblos fumigados. Grupo control individuos sanos (20 pacientes) machedos por edad y sexo. En los pacientes con LES se evaluaron variables clínico demográficas. Se caracterizó la exposición a los pesticidas mediante la determinación de las actividades de Butirilcolinesterasa Plasmática (BChE) y Acetilcolinesterasa Eritrocitaria. Se Evaluó el Estado Oxidativo a través de la determinación de las actividades de Catalasa (CAT), la relación Glutaton oxidado /reducido (GSH/GSSG) y la peroxidación lipídica (TBARS) el daño oxidativo del DNA a partir de las bases pirimídicas oxidadas (sitios FPG) mediante la aplicación del Ensayo Cometa en sangre periférica. El análisis estadístico se realizó con SPSS 11.5 para Windows. **RESULTADOS:** Se analizaron 40 pacientes con LES, con una edad media de 31,9(±10.5) años, una edad al diagnóstico de 27,6(±8.4) años, y un tiempo medio de evolución de 7,81(±6.9) años. Se encontraban activos 10 pacientes (25%). La mediana de SDI a los 5 años fue de 1,0 (IQ=0-3). En los pacientes oriundos de pueblos fumigados el tiempo medio de residencia en la zona fue de 28(±18) años con una distancia de la superficie sembrada de 261 (±221) metros, solo el 20% conocía el tipo de pesticidas que se utilizaban en su zona. Estuvieron en contacto directo con pesticidas 5 pacientes (21%), habiendo presentado reacciones adversas 2 pacientes. Los pacientes con LES de ambos grupos presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los controles sanos en cuanto a: disminución de la actividad de BChE, mayor actividad de CAT y de GSSG, y menor relación GSH/GSSG. Al compararlos según su localidad: no se encontraron diferencias clinicodemográficas, la actividad de CAT fue significativamente menor en los pacientes de pueblos fumigados 678,8(±555.5) KU/g Hb (p=0.028) y si bien no se demostraron diferencias significativas (p=0.139), los pacientes de zonas fumigadas presentaron un 75% más de daño oxidativo en el DNA (Sitios FPG). **CONCLUSION:** Los pacientes con LES de ambas poblaciones mostraron mayor estado oxidativo que los individuos sanos, encontrándose significativamente menor capacidad de respuesta al estrés por menor actividad de CAT en los pacientes de pueblos fumigados. Aunque sin significancia estadística se observó un daño oxidativo al DNA mayor en los residentes en zonas fumigadas.

Page 1/1

VALIDACION Y ADAPTACION CULTURAL DE UNA VERSION ARGENTINA DEL EATA (THE ERGONOMIC ASSESSMENT TOOL FOR ARTHRITIS)

V. De Cillis[1]*, A. Pérez Dávila[1], C. Indavere[1], A. Bohr[1], E. Scheines[1],

[1]Hospital Manuel Rocca, Argentina

[*] Presentador

El objetivo de nuestro estudio es desarrollar una versión argentina del EATA adaptada del inglés, con el fin de validar su uso en los pacientes con Artritis inflamatoria (AI) de nuestro país. **Material y método:** El EATA es un instrumento de evaluación ergonómica diseñado para pacientes con AI, con el propósito de identificar los factores de riesgo ergonómicos en el lugar de trabajo y generar posibles soluciones, en vías de mantener la productividad laboral. El cuestionario autoadministrado, consta de cinco componentes: sedestación, bipedestación, prehensiones y uso de herramientas, levantar/cargar objetos y empujar objetos; en cada uno se evalúan los requerimientos posturales, la frecuencia, el tiempo y si generan problema o dolor en el paciente. La versión original del EATA en inglés fue traducida al castellano por 1 reumatólogo y 2 terapeutas ocupacionales argentinos consensuando una versión definitiva. Esta fue retraducida al inglés por un traductor público, ajeno al estudio. La retraducción fue comparada con la versión original demostrando su concordancia. Se administró el EATA a 36 pacientes con AI y actividad laboral rentada, que concurren en forma regular al consultorio de Reumatología de nuestro hospital. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de capacidad funcional, actividad de la enfermedad y estabilidad laboral, incluyendo: escala visual análoga (EVA) de dolor, fatiga, EVA de actividad de la enfermedad por el médico y paciente, DAS28, HAQ-A, DASH módulo trabajo y RA-WIS. Se entrevistó un subgrupo de 10 pacientes, seleccionados en forma aleatoria, para valorar la comprensión y aceptabilidad de las preguntas. La reproducibilidad (re-test) del cuestionario se determinó realizando una segunda entrevista dentro de los 3-7 días. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Se utilizó el CCI para evaluar la reproducibilidad y el test de alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad. **Resultados:** Se administró el EATA en 36 pacientes con AI, 28 mujeres y 8 hombres, todos con artritis reumatoidea (criterios ACR) cuya edad promedio era de 46 años y el promedio de evolución de la enfermedad 9.3 años. La mediana del tiempo de respuesta fue de 28 minutos, la reproducibilidad fue muy buena con un CCI de .89 (IC 85% 0.87-0.88) y la confiabilidad test re-test de 0.80. **Conclusión:** Nuestra versión argentina del EATA demostró ser confiable facilitando su implementación para la identificación de factores de riesgo ergonómicos en el lugar de trabajo y generar posibles soluciones, con el objetivo de mantener la productividad laboral.

DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES CON ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A PSORIASIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE PRIMARIA

H. Maldonado Fico[1]*, M. Landi[1], J. Maldonado Cocco[1], G. Citera[1], P. Arturi[1], P. Sampaio Barros[2], D. Flores[2], R. Burgos Vargas[2], H. Santos[2], J. Chavez Corrales[2], D. Pallero[2], M. Gutierrez[2], E. Vieira Sousa[2], F. Pimentel Santos[2], S. Paira[2], A. Berman[2], J. Vazquez Mellado[2], E. Colantes Estevez[2],

[1]Instituto De Rehabilitacion Psicofisica, Capital Federal, Argentina

[2]Grupo Respondia, Capital Federal, Argentina

[*] Presentador

El objetivo de este trabajo fue comparar las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, movilidad axial y hallazgos radiológicos entre mujeres y varones en una cohorte Iberoamericana de pacientes con espondiloartritis.

Métodos: Estudio de corte transversal que incluyó 2044 pacientes consecutivos con diagnóstico de espondiloartritis (según criterios ESSG) del registro RESPONDIA, que incluye pacientes de Latinoamérica y Portugal. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y socioeconómicos, incluyendo situación laboral. Se evaluó actividad de la enfermedad por BASDAI, capacidad funcional por BASFI, calidad de vida por ASQoL, y daño radiológico por BASRI. Para este análisis sólo se incluyeron aquellos pacientes que cumplían criterios New York modificados para EA. Análisis estadístico: los datos categóricos fueron comparados por χ^2 o test exacto de Fisher, y las variables continuas por ANOVA con análisis post-hoc. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: De 2044 pacientes incluidos, 1264 cumplieron criterios de New York; 73% eran varones (edad media 43 años, DS=15.8) y 27% mujeres (edad media 45.8, DS=12.6). 1072 presentaban espondilitis anquilosante primaria (EA), 147 espondilitis asociada a psoriasis (EAPs) y 45 espondilitis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EAIEI). Al evaluar la población total, los varones fueron significativamente más jóvenes, presentaron mayor retraso diagnóstico, menor actividad de la enfermedad, menor recuento de articulaciones tumefactas, peor movilidad espinal y mejor calidad de vida, pero sin embargo mayor BASRI total. La presencia de dactilitis y entesitis fue significativamente mayor en las mujeres. Entre los pacientes con EA primaria hubo una marcada predominancia del sexo masculino (76.2%). Asimismo, los varones fueron significativamente más jóvenes, con menor actividad de la enfermedad, mayor BASMI, mejor calidad de vida, menor frecuencia de dactilitis y mayor BASRI. Entre los pacientes con EAPs, los varones presentaron mayor BASRI total y peor movilidad espinal (BASMI). En EAIEI no hubo diferencias clínicas ni radiológicas. Analizando el total de pacientes, los varones presentaron mayor discapacidad laboral permanente (13.2 vs. 6.9 $p < 0.05$). Esta diferencia se mantuvo al subdividir la cohorte en EA primaria, pero no hubo diferencias en EAPs o asociada a EII.

Conclusión: los varones fueron significativamente más jóvenes, presentaron mayor retraso diagnóstico, peor BASMI y BASRI total, menor actividad de la enfermedad y mejor calidad de vida. Tanto en EA pura como en EAPs, las mujeres presentaron mayor movilidad espinal y menor daño radiológico. Los varones presentaron mayor discapacidad laboral permanente.

LA TASA ACUMULADA DE ARTROPLASTIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA NO HA DECLINADO EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS: DATOS DE UN CENTRO DE PRÁCTICA PRIVADA.

A. Bertoli[1]*, V. Barbá[1], I. Strusberg[1],

[1]Instituto Reumatológico Strusberg, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Objetivos: Comparar la tasa de artroplastia (independientemente de su causa) en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) en tres décadas consecutivas (80's, 90's y primera década del siglo XXI) y describir las variables asociadas a la ocurrencia del evento artroplastia.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo que incluyó 1231 pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987) entre enero 1980 y diciembre 2009. Se recolectaron variables del dominio demográfico (sexo, edad al inicio de los síntomas y al diagnóstico), clínico (fecha y demora diagnóstica, seropositividad, eritrosedimentación en la primera consulta, erosiones al diagnóstico), manifestaciones extra-articulares, tiempo de evolución de AR al momento de la primera (u otras) artroplastias, articulación reemplazada, total de artroplastias, tabaquismo) y terapéutico (número y demora en la utilización de drogas modificadoras de la AR (DMAR's), utilización, demora y tiempo total en metotrexato y agentes biológicos). La tasa acumulada de artroplastia se estimó con análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y las variables predictoras de artroplastia se analizaron con un modelo condicional de regresión de Cox. Se consideraron significativas variables con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se identificaron 113 (9%) pacientes con al menos una artroplastia y un total de 148 artroplastias (cadera= 96, rodilla= 48, metacarpofalángicas= 3, hombro= 1). Entre los pacientes diagnosticados en la década del 80 (N= 209), 39 (19%) tuvieron al menos una artroplastia, en la década del 90 (N= 417), 42 (10%) tuvieron al menos una artroplastia y en la primera década de este siglo (N= 605), 28 (5%). La tasa acumulada de artroplastia a 5 años fue del 4%, 5% y 9% en las 3 décadas, respectivamente y del 13%, 12% y 14% a 10 años (log rank test= 1.42; $p = 0.49$). En el análisis multivariado, la utilización de DMAR's (HR= 0.29, IC95% 0.10-0.84; $p = 0.022$) y de metotrexato (HR= 0.74, IC95% 0.66-0.83; $p < 0.001$) fueron protectores para el evento artroplastia.

Conclusiones: En este estudio la tasa cruda de artroplastias ha disminuido a lo largo de tres décadas consecutivas; sin embargo, no ocurre lo mismo con la tasa acumulada. Estos resultados desalentadores se presentan a pesar de un claro avance en el manejo terapéutico de la AR. De destacar, la utilización de DMAR's, en general, y de metotrexato, en particular, que son intervenciones estándar y de relativo bajo costo, son protectores para que el paciente sea sometido a una artroplastia.

TRATAMIENTO CON ANTI TNF ALFA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A UVEITIS REFRACTARIA A AGENTES DE SEGUNDA LINEA.

M. Davila[1]*,

[1]Hospital General De Niños Dr. Pedro De Elizalde, Barracas, Argentina

[*] Presentador

ABSTRACT:

La uveítis ocurre en el 10 %96 15% de los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Algunos pacientes son refractarios a las terapias convencionales y necesitan la adición de antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti TNF alfa). **Objetivos:** Determinar: 1) la efectividad de agentes anti TNF alfa en AIJ asociada a uveítis refractaria 2) La efectividad de respuesta con los distintos anti TNF alfa 3) Diferencias en la tasa de recaída de uveítis y exacerbación de los síntomas de AIJ al tratamiento con los distintos anti TNF alfa.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de 22 pacientes con diagnóstico de AIJ y uveítis refractaria a agentes de segunda línea (DMARDs) que recibieron tratamiento con terapias anti TNF alfa, desde Enero de 2000 hasta Enero de 2012. Fueron clasificados según el tipo de anti TNF alfa recibido, en 3 grupos: 1: recibió Etanercept, 2: Infliximab y 3, Adalimumab. La inflamación ocular y la recaída de uveítis se evaluó de acuerdo a la normalización de los criterios de nomenclatura de uveítis (SUN criterios) y el empeoramiento de la AIJ según los criterios de ACR pediátrico.

Resultados: Se analizaron 22 historias, de las cuales el 12/22 (59%) eran niñas. La mediana de edad al momento de inicio de consulta fue de 12 entre las mujeres y de 17 en los varones, siendo estas diferencias no significativas (Mann-Whitney test: $t = 1.34$ $p = 0.1774$). La diferencia entre los promedio de edad al inicio de la AIJ fueron significativamente inferiores en las niñas (Mann-Whitney test: $t = 2.05$, $p = 0.03$). 18/22 (81.8%) presentaban uveítis anterior y el resto panuveítis. De los 22 pacientes 18 (81.8%) tenían diagnóstico de AIJ oligoartricular, 3 (13.6%) poliarticular y 1 sistémica, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia del tipo oligoartricular, con respecto a las otras formas de artritis (Mann Whitney: $t = 90$, $p = 0.03$) El 90% respondió efectivamente al adalimumab, 14% al etanercept y 20% a infliximab diferencia estadísticamente significativas. $\chi^2 = 11.77$, $p = 0.002$. Ningún paciente en adalimumab tuvo recaídas, 86% en etanercept y 100% en infliximab recidivaron ($\chi^2 = 14.9$, $p = 0.0006$). No se hallaron diferencias significativas en la exacerbación de la AIJ en los distintos grupos de tratamientos. $\chi^2 = 3.07$, $p = 0.2147$.

Conclusiones: Si bien esta es una muestra pequeña, el Adalimumab resultó mas efectivo para el tratamiento de pacientes con uveítis refractaria a otros agentes y con menor porcentaje de recaída.

19

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

VARONES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO.

P. Sansinanea[1]*, A. Testi[1], M. García[1], A. Costi[1], V. Arturi[1], F. Giordano[1], C. Peña[1], A. Salas[1], J. Marcos[1], M. Pera[1], J. Marcos[1],

[1]H.I.g.a Gral San Martín De La Plata, La Plata, Argentina

[*] Presentador

Objetivo:

Evaluar las características demográficas, clínicas, serológicas y daño acumulado en varones con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y determinar las diferencias de estos pacientes con un grupo de mujeres con (LES).

Material y métodos:

Se analizaron retrospectivamente 34 varones y 74 mujeres con LES, según criterios ACR82/97, asistidos entre enero y agosto del 2012. Se compararon características demográficas, clínicas y serológicas. El daño acumulado se evaluó con SLICC. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó Chi cuadrado y variables continuas Test T. Se calcularon los odds ratios (OR) e intervalos de confianza 95%. Se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados:

Manifestación	Varones n=34 n (%)	Mujeres n=74 n (%)	OR (IC 95%)	P < 0.05
Edad diagnóstico (años)	28±12	26±4.5	　	　
Evolución(meses)	124	89	　	　
Rash malar	19 (55.8)	59 (79.7)	0.32 (0.12-0.85)	0.01
Fotosensibilidad	14 (41.1)	58 (78.3)	0.19 (0.07-0.50)	0.00
Rash discoide	5 (14.7)	5 (6.76)	2.37 (0.50-11.1)	0.1856
Úlceras orales	11 (32.3)	25 (33.7)	0.93 (0.35-2.39)	0.8835
Artritis	21 (61.7)	59 (79.7)	0.41 (0.15-1.1)	0.048
Serositis	10 (29.4)	19 (25.6)	1.21 (0.60-2.37)	0.684
Neurológico	6 (17.6)	4 (5.4)	3.75 (0.80-19.2)	0.0415
Nefropatía	18 (52.9)	24 (32.4)	2.34(0.94-5.84)	0.042
Hematológico	18 (52.9)	35 (47.3)	1.25 (0.51-3.06)	0.5858
FAN	34(100)	74 (100)	　	　
Anti-SM	15 (45.4)	22 (31.4)	1.81 (0.70-4.62)	0.1662
Anti-DNA	16 (47)	27 (36.4)	1.51 (0.60-3.73)	0.3224
Raynaud	9 (26.4)	26 (36.2)	0.62 (0.22-1.65)	0.30
SAF	7 (20.5)	9 (12.1)	1.78 (0.50-5.99)	0.29

En la evaluación del daño acumulado, si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas, se registró mayor compromiso de enfermedad renal terminal (6/34) y necrosis ósea avascular (7/34) en el grupo de varones.

Conclusión:

Los varones con LES se caracterizaron por tener significativamente menos rash malar, fotosensibilidad y artritis que la población femenina. La nefropatía, presente en el 52.9%, fue más frecuente sin alcanzar diferencia significativa, al igual que el compromiso neurológico, la presencia del anticuerpo anti-DNA y del SM. Tampoco fue diferente el índice de daño acumulado.

Page 1/1

20

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

REPRODUCIBILIDAD Y TIEMPO DE LECTURA DEL "MÉTODO RATINGER" EN COMPARACIÓN CON EL MÉTODO SENS (SIMPLE EROSION NARROW SCORE) PARA EVALUAR DAÑO RADIOLÓGICO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Koban[1]*, A. Martínez Muñoz[1], S. Papisidero[1], R. Chaparro Del Moral[1], O. Rillo[1], [1]Hospital Dr. E. Tornú, Capital Federal, Argentina

[*] Presentador

Uno de los índices más empleados para evaluar la progresión radiológica en la Artritis Reumatoidea (AR) es el de Sharp modificado por Van der Heijde. Su simplificación, el SENS, resultó ser confiable, fácil de aprender y enseñar, requiriendo menor tiempo de realización. R. Rau (1998) describió el "Método Ratering" que demostró ser reproducible, preciso y sencillo de aprender. **Objetivos:** Comparar el tiempo de lectura y la reproducibilidad intra e interobservador de los métodos Ratinger y SENS para la evaluación del daño radiológico de la AR. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 19 pares radiográficos (Rx) de manos y pies, con técnica adecuada y diferentes grados de erosión y pizamiento, pertenecientes a 19 pacientes con AR según criterios ACR87 y/o ACR EULAR 2010 (8 con < 2 años de evolución). Las Rx fueron leídas por 3 observadores por ambos métodos de la siguiente manera: 1) sin previo entrenamiento conjunto de los observadores, 2) en forma individual y ciega con respecto a los datos clínicos de los pacientes, 3) en 2 oportunidades con un intervalo de 2 semanas, 4) en el mismo negatoscopio, 5) cronometrando el tiempo de lectura de cada Rx. El referente fue el Observador 1 (reumatólogo especializado). El Observador 2 fue un residente de Reumatología de 2do año. El Observador 3 un residente de 1er año, instruido durante 2 meses en semiología radiológica. El método SENS valora erosiones (0-1) en 16 áreas en cada mano y 6 en cada pie, y pizamiento (0-1) en 15 articulaciones de cada mano y 6 de cada pie. Puntaje 0-86. El método Ratinger evalúa sólo erosiones en 14 áreas en cada mano y 5 en cada pie, graduándose según el porcentaje de afectación de la superficie articular: 0= sin destrucción; 1= 1-20%; 2= 21-40%; 3= 41-60%; 4= 61-80%; 5= 81-100%. Puntaje 0-190. Análisis de los datos: se comparó el tiempo de lectura de cada método mediante la prueba de Wilcoxon Signed Rank; la variabilidad intraobservador e interobservador se evaluó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) **Resultados:** Método Ratinger: tuvo una mediana (Me) de 1 y un Rango Intercuartil (RIC) de 0-4; la Me de tiempo de lectura fue 155 segundos (RIC 117-238). Método SENS: la Me fue de 14.5 (RIC 4-23); la Me de tiempo de lectura fue 278 segundos (RIC 250-315). La diferencia del tiempo de lectura entre ambos métodos fue estadísticamente significativa (p<0.001).

	Ratinger	SENS
Obs2	CCI IntraObs (IC95%) 0.7 (0.38-0.88)	CCI IntraObs (IC95%) 0.92 (0.8-0.96)
Obs3	0.8 (0.53-0.92)	0.74 (0.43-0.89)
	CCI InterObs (IC95%)	CCI InterObs (IC95%)
Obs1 vs 3	0.62 (0.23-0.83)	0.80 (0.55-0.92)
Obs1 vs 2	0.93 (0.84-0.97)	0.87 (0.68-0.94)
Obs1 vs 2 vs 3	0.8 (0.62-0.91)	0.87 (0.74-0.94)

*Obs: observador

Conclusiones: Observamos una buena reproducibilidad de ambos métodos entre los residentes y el reumatólogo especializado, sin embargo no hubo una buena concordancia entre este último y el residente de 1er año, probablemente debido a la falta de entrenamiento conjunto y a la poca experiencia del residente en graduar el daño Rx que requiere el método Ratinger. El mismo, al evaluar solamente la presencia de erosiones, demandó un menor tiempo de lectura que el SENS, constituyendo otra herramienta útil para valorar el daño radiológico en los pacientes con AR.

Page 1/1

21

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COMPROMISO NEUROLÓGICO PERIFÉRICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

S. Velez[1]*, F. Zazzetti[1], M. Rivero[1], M. Khoury[1], H. Laborde[1], D. Duarte Noé[1], J. Barreira[1],

[1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Datos de nuestra serie de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) han demostrado que hasta el 85% desarrollan manifestaciones sistémicas. El compromiso neurológico periférico varía entre 2% y 60%. La neuropatía periférica (NP) suele ser sensitiva, mixta o en menor medida motora pura. La NP es un evento tardío, que se presenta en pacientes con manifestaciones sistémicas como púrpura palpable, crioglobulinemia, descenso de C4 y un mayor riesgo de desarrollo de linfoma. El objetivo fue describir la frecuencia de NP en una serie de pacientes con SSp e identificar características clínicas y serológicas relacionadas.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios americano-europeos de SSp desde junio de 2000 hasta junio de 2012. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, electromiograma (EMG) y biopsias de glándula salival menor. Se consideró presencia de NP de acuerdo a la clínica y por EMG compatibles evaluados por un neurólogo independiente. Se excluyeron otras causas de NP. Debido a la baja frecuencia, para comparar grupos se incluyó a todos los pacientes con NP (casos) y se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes sin NP (controles) con una relación 4:1. Se tomó un alfa de 0.05.

Resultados: Se analizaron 124 pacientes con SSp, 99.19% (n=123) de género femenino, edad al diagnóstico 56 ± 13 años (rango=19-87), tiempo de evolución de la enfermedad 36 ± 7.2 meses (rango=6-264); de los cuales 13/124 (10.48%) presentaron NP; 8 sensitiva (61.53%), 4 mixta (30.77%) y 1 motora (7.7%). No hubo diferencias significativas entre el grupo con NP (n=13) y el grupo sin NP (n=53) con respecto a edad, género y tiempo de evolución. Al comparar las manifestaciones clínicas y de laboratorio, la presencia de NP se asoció significativamente con artritis no erosiva (p=0.0001), Raynaud (p=0.049), disfasia (p=0.0001), migraña (p=0.024), eventos isquémicos cerebrales no asociados a anticardiolipinas (p=0.036), deterioro cognitivo (p=0.036), depresión (p=0.049), positividad para FR (p=0.006), positividad para AAN (p=0.013), hipergammaglobulinemia (p=0.017) y C4 bajo (p=0.008). Los pacientes con NP presentaron mayor frecuencia de parotiditis (p=0.06) y convulsiones (p=0.09). No hubo asociación con otras manifestaciones orgánicas extraglandulares, ni con positividad para Ro/SS-A o La/SS-B. Los títulos de AAN tampoco se correlacionaron con la presencia de NP. Ningún paciente desarrolló linfoma.

Comentarios: La frecuencia de compromiso neurológico periférico fue del 10.5%, similar a lo descripto en otras comunicaciones. En nuestra serie, los pacientes con NP tuvieron mayor frecuencia de manifestaciones sistémicas, incluyendo afectación del sistema nervioso central, seropositividad para AAN, FR, hipergammaglobulinemia e hipocomplementemia. Si bien otros factores de mal pronóstico no se asociaron al compromiso periférico, se necesita un mayor número de pacientes para validar estas observaciones. Dada la repercusión sobre la calidad de vida y la capacidad funcional del compromiso neurológico periférico en el SSp; el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno resultan esenciales en pacientes con factores de mal pronóstico asociados.

Page 1/1

22

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

AFECCIÓN RENAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ANÁLISIS DEL GRUPO GESSAR

S. Velez[1]*, F. Zazzetti[1], M. Rivero[1], D. Duarte Noé[1], A. Catalán-pellet[2], A. Secco[2], S. Fernandez Nacul[2], M. Oliver[2], M. Haye Salinas[3], L. Encinas[3], F. Caeiro[3], S. Papisidero[4], O. Rillo[4], M. Tamborena[5], M. Santiago[5], P. Pucci[6], C. Amitrano[6], C. Asnal[6], A. Nitsche[6], C. Gobbi[7], G. Salvatierra[8], L. Raiti[9], J. Hofman[9], H. Laborde[1], J. Barreira[1],

[1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina

[2]Hospital General De Agudos B. Rivadavia, Argentina

[3]Hospital Privado, Argentina

[4]Hospital General De Agudos Dr. Enrique Tornú, Argentina

[5]Organización Médica De Investigación, Argentina

[6]Hospital Alemán, Argentina

[7]Hospital Córdoba, Argentina

[8]Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina

[9]Hospital Interzonal General De Agudos Eva Peron (ex Castex), Argentina

[*] Presentador

Introducción: El compromiso renal del síndrome de Sjögren primario (SSp) ha sido comunicado en diferentes series con frecuencias variables entre 1,3% y 50%. La nefritis intersticial (NI) es la presentación más prevalente y el compromiso glomerular es infrecuente. El objetivo fue describir la frecuencia de compromiso renal en pacientes incluidos en la base GESSAR e identificar sus características clínicas y serológicas.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal en el cual se analizaron pacientes que cumplieran criterios americano-europeos incluidos en la base de datos GESSAR desde enero 2011 hasta junio 2012. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, estudios complementarios, biopsias renales y de glándula salival menor. Se consideró compromiso renal evaluado por biopsia a la afectación glomerular o glomerulonefritis (GMN) de cualquier tipo histológico, o nefritis intersticial (NI); y de acuerdo a las manifestaciones clínicas a la acidosis tubular renal (ATR). Fueron excluidos los pacientes con insuficiencia renal crónica o aumento de la creatinina como única alteración.

Resultados: Se analizaron 332 pacientes con SSp, 96.82% (n=321) de género femenino. La edad de inclusión fue 55.67 ± 14 años (rango=25-83) y la edad al diagnóstico 51.07 ± 14 (rango=21-80). La frecuencia de compromiso renal fue de 3.61% (n=12); 6 GMN (2 tipo II, 1 tipo I, 1 tipo VI y 2 no especificadas), 4 ATR, 1 GMN + ATR y 1 NI; con una edad de inclusión de 51,16 ± 14 años (rango=23-73) y edad al diagnóstico 42.83 ± 14 años (rango=20-63). Los pacientes con compromiso renal presentaron como manifestaciones clínicas: sialoadenitis recurrente (n=5), artritis no erosiva (n=3), neumonía intersticial (n=3), Raynaud (n=2), púrpura palpable (n=2), fibrosis pulmonar (n=1), polineuropatía (n=1), eventos isquémicos cerebrales (n=1). Con respecto a los hallazgos serológicos presentaron: AAN positivos (n=10), FR (n=7), anti-Ro/SS-A (n=10), anti-La/SS-B (n=8), hipergammaglobulinemia (n=9, 2 oligoclonal), hipocomplementemia (n=6), leucopenia (n=2) y crioglobulinemia (n=1). Todos los pacientes con GMN resultaron seropositivos para AAN y anti-Ro/SS-A. Hubo 8 pacientes con microhematuria en estudio y 3 con cistitis intersticial.

Comentarios: La frecuencia de compromiso renal fue del 3.6%. Los pacientes con compromiso renal eran más jóvenes y tenían un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Todos los pacientes con GMN eran seropositivos para autoanticuerpos circulantes. La afectación renal pareciera asociarse a otras manifestaciones sistémicas como sialoadenitis recurrente, artritis, enfermedad pulmonar intersticial, polineuropatía, púrpura palpable y factores serológicos de mal pronóstico como hipocomplementemia, paraneuropatía, leucopenia y crioglobulinemia; aunque es necesario un mayor número de observaciones para averiguar estos resultados. Dada la baja frecuencia de la afectación renal detectada, es posible que su detección no forme parte del estudio de rutina de estos pacientes. Su búsqueda debería jerarquizarse en todos los pacientes con SSp, que presenten factores de mal pronóstico.

SUSCEPTIBILIDAD PARA PADECER ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) ASOCIADA AL POLIMORFISMO DEL GEN MCP-1 EN PACIENTES ARGENTINOS

M. Saint Martin[1]*, E. Schneberger[1], F. Aranda[2], S. Perés[2], M. Valerio[1], F. Dal Pra[1], M. Correa[1], G. Citera[1], L. Martínez[3], P. Mannucci[3], G. Remondino[3], G. De Larrainaga[2],
 [1]Sección Reumatología, Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Capital Federal, Argentina
 [2]Laboratorio Hemostasia, Trombosis Y Biología Molecular Hospital Enfermedades Infecciosas FI Muñiz, Capital Federal, Argentina
 [3]Grupo Autoinmunidad Hospital Juan A. Fernández, Capital Federal, Argentina
 [*] Presentador

En pacientes con AR, la actividad inflamatoria local y el desarrollo de erosiones se asocian con el número de macrófagos (M) en la membrana sinovial. Esta acumulación de M es probablemente mediada por una β quemoquina llamada MCP-1 (Monocyte Chemoattractant Protein-1). Se ha postulado que polimorfismos en regiones regulatorias del gen del MCP-1 podrían estar involucrados en mayor sobreexpresión de esta proteína y por ende en la susceptibilidad a AR. Objetivo: Analizar la asociación entre el polimorfismo (G/A) en la posición -2518 del gen del MCP-1 y la susceptibilidad para padecer AR y/o las características clínicas de la enfermedad. Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con AR (criterios ACR '87). Se consideraron datos sociodemográficos, edad de comienzo y tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidades, manifestaciones extrarticulares (MEA). Se realizó EVA de dolor, evaluación global del médico y del paciente. HAQ-A y RAQoL. Radiografías de manos y pies (frente) fueron leídas por tres lectores ciegos mediante el score de Sharp van der Heijde modificado (SvdH) (CCI >0.80). Se recolectaron datos de tratamiento al momento del estudio. Un grupo de 120 personas de la población general sin antecedentes personales y/o familiares de enfermedad autoinmune fue utilizado como control. Se extrajo ADN de sangre periférica y el polimorfismo se determinó por PCR-RFLP. Las variables categóricas se compararon por Chi2 o exacto de Fisher y las continuas por Mann Whitney. Se calcularon Odds Ratio (OR) e IC95% mediante regresión logística. Resultados: Se evaluaron 222 pacientes, 191 (86%) eran de sexo femenino, con una edad mediana de 56 años (RIC 48-63) y un tiempo mediano de evolución 10.5 años (RIC 1.3-17). El Factor Reumatoideo fue positivo en 201 pacientes (90.1%). 140 pacientes (62.8%) presentaban MEA. DAS28 mediano 2.26 (RIC 1.45-3.43), HAQ-A mediano 0.75 (RIC 0.25-1.5), RAQoL mediano 11 (RIC 5-18) y SvdH mediano 119 (57.5-162.5). En cuanto al tratamiento, 129 pacientes (58.1%) recibían esteroides, 154 (69.3%) AINEs, 190 (85%) DMARs y 59 (26.6%) agentes biológicos. Las frecuencias genotípicas del MCP-1 en el grupo control estaban en equilibrio de Hardy-Weinberg. La distribución de genotipos entre controles y AR fue: A/A 48 vs 27%; A/G 45 vs 50% y G/G 7 vs 23%, respectivamente (p<0.001). Heterocigotas A/G OR=1.94 (IC95% 1.19-3.15, p=0.008) y homocigotas GG OR=5.19 (IC95% 2.34-11.51, p<0.001). La frecuencia del alelo G fue 73% en pacientes vs 53% en controles (p<0.001). No encontramos asociaciones entre las características de la enfermedad con la presencia del polimorfismo del MCP-1. Conclusiones: El polimorfismo del MCP-1 confiere susceptibilidad al desarrollo de AR en pacientes Argentinos, aunque parecería no tener asociación con las características clínicas de esta enfermedad. Ser homocigota para el alelo G de MCP-1 confiere hasta 6 veces más riesgo para desarrollar AR en población argentina.

VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI PROTEÍNAS CITRULINADAS EN ARTRITIS REUMATOIDEA

C. Giraldo[1]*, R. Chaparro Del Moral[1], M. Ciancio[1], O. Rillo[1], E. Saint Martin[2], E. Schneberger[2], G. Citera[2], F. Zazzetti[3], A. Schiel[3], J. Barreira[3],
 [1]Hospital Gral De Agudós Dr E. Torná, Buenos Aires, Argentina
 [2]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina
 [3]Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina
 [*] Presentador

Los Anticuerpos Anti Proteínas Citrulinadas (APCA) se han agregado a los exámenes complementarios para el diagnóstico de la Artritis Reumatoidea (AR), siendo los antígenos identificados la Citrulina y la Vimentina. **Objetivo:** Evaluar el valor diagnóstico de los Anticuerpos Anti Vimentina Citrulinada (Ac Anti VMC) y los Anti Péptidos Cíclicos Citrulinados (Ac Anti CCP), y analizar su relación con la actividad de la enfermedad. **Métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos, >18 años con AR (ACR87 y ACR/EULAR10) y como grupo control pacientes con poliartritis no AR. Se evaluó Rigidez matinal (RM), Escala Visual Análoga (EVA) dolor, global de la enfermedad por el paciente y el factor reumatoideo (FR) por inmunoturbidimetría. El valor de corte para los 3 fue >0; igual a 20. **Análisis de datos:** se describieron las variables en estudio; se valoró mediante tabla de doble entrada la Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valores predictivos (VP) y la Razón de Probabilidad (RP) del FR, de los Ac Anti CCP 3 y Anti VMC. Según las concentraciones del FR, Ac Anti CCP 3 y Anti VMC se conformaron 3 grupos de pacientes: concentraciones bajas, menores al percentilo 25; concentraciones intermedias, entre el percentilo 25 y 75; y altas concentraciones, mayores al percentilo 75. Mediante ANOVA y pruebas Post Hoc se compararon los valores del DAS28 para estos 3 grupos. **Resultados:** se incluyeron 161 pacientes con AR, 85% mujeres, promedio de edad 53 (rango:18-91) años; mediana (Me) del tiempo de evolución de la AR 120 meses (RIC 39-180), 31 pacientes (19%) tenían AR temprana (<2 años); promedio de DAS28 3.6 (+/-1.5); Me del HAQ 0.75 (RIC 0.25-1.25). El grupo control estuvo compuesto por 73 pacientes con Artritis Indiferenciadas, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Psoriásica, Síndrome Sjogren, Esclerodermia y Osteoartritis Erosiva. La Me del FR fue 104 UI/ml (RIC 35-225); Ac Anti CCP 3 180 UI (RIC 95-210) y Ac Anti VMC 300 UI/ml (RIC 55-1000).

	S	E	VPP	VPN	RP
ANTI VMC	93.4	83.6	93	85	5.69
ANTI CCP 3	83.7	84.9	93	69	5.54
FR	84.9	84.9	93	71	5.62

En los pacientes con FR >225 UI/ml el promedio de DAS28 fue 4.3 (significativamente con respecto a los otros grupos; p=0.006). En el grupo de pacientes con Ac Anti VMC >1000 la media de DAS28 fue 4.2 (significativamente mayor a aquellos con valores <55 UI/ml; p=0.01). No hubo diferencias para Ac Anti CCP 3. **Conclusiones:** En nuestro estudio los Ac Anti VMC con respecto a los Ac Anti CCP 3 y el FR tuvieron una mayor sensibilidad con similar especificidad. Encontramos mayor actividad de la enfermedad en pacientes con altas concentraciones de FR y Ac Anti VMC.

PREVALENCIA Y FENOTIPO DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO

M. Cocucci[1]*, C. Vega[1], L. Arechaga[1], V. Devés[1], M. Alvarez[1], V. Devés[1], S. Meiorin[1], G. Espada[1],
 [1]Hospital Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina
 [*] Presentador

PREVALENCIA Y FENOTIPO DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO Cocucci, M.; Arechaga, L.; Alvarez, M.; Devés, V.; Meiorin, S.; Vega, C.; Espada, G. Servicio de Reumatología – Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Bs. As. El Síndrome Metabólico (SM) constituye un conjunto de desórdenes, que incrementan el riesgo de diabetes y enfermedad cardíaca y cerebrovascular. No hay evidencia de su prevalencia en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico Pediátrico (LESp). La enfermedad cardiovascular es una de las causas más importantes de morbi mortalidad en lupus pediátrico (2da en orden de frecuencia, posterior a las infecciones). **OBJETIVOS:** 1) Determinar la prevalencia de SM en ptes con LESp. 2) Evaluar su fenotipo y las características clínicas, de laboratorio y terapéuticas asociadas. **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo-corte transversal. Se incluyeron pacientes con LESp (ACR '97) menores de 17 años, con evolución de la enfermedad mayor a 1 año (período Noviembre-11-Julio-12). Se excluyeron aquellos portadores de otros factores predisponentes de SM tales como: proteinuria en rango nefrótico, disfunción tiroidea, Enf. Hepática severa, DBT tipo I y aquellas pacientes embarazadas. Se analizaron datos demográficos, antropométricos, clínicos, de laboratorio y terapéuticos. Se evaluó actividad de la enfermedad a través de SLEDAI (06) y daño de la misma a través del índice de SLICC (96). A la última consulta (UC) se determinó la presencia de SM, según criterios de Cook (09) y el estado de actividad o inactividad de la enfermedad (Rina Mina 12). **Análisis estadístico:** Descriptivo, Uni-Bivariado-SPSS 15.0. **RESULTADOS:** Se incluyeron 22 ptes, 20 mujeres (86.9%), mediana de edad al diagnóstico (Dx) 12.1 a (RIC 10.1 – 13.7), mediana edad UC 15.7 a (RIC 14.7-18.1) y mediana de seguimiento de 3.9 a (RIC 2.6-5.3). Al inicio, la mediana de SLEDAI fue 14 (RIC 9.2 -16). El 45% estaban inactivos a la última consulta. La prevalencia de SM fue de 22.7% (5/22 ptes). El fenotipo más frecuente presentó hipertensión arterial (HTA) y obesidad central (ambos el 100%). En este grupo, la edad al inicio de la enfermedad fue menor, presentaban un mayor grado de actividad y daño a la UC, y una mayor edad a la menarca. Al comparar el grupo de ptes con y sin SM a la última consulta se observaron las siguientes diferencias:

	Con SMn=5	Sin SMn=17	p
HTA n(%)	5(100)	6(35.2)	.011
Obesidad central n(%)	5(100)	5(29.4)	.005
DA C/T Kg peso (gk) media(DS)	0.49(+0.1)	0.25(+0.1)	.003
Rituximab n(%)	3(60)	2(8.8)	.024

No hubo diferencias en el uso de Hidroxicloroquina en ambos grupos. Respecto a la evolución de los ptes con SM, el porcentaje de obesidad alcanzado por este grupo fue 4 veces mayor que la presentada al Dx, todos los ptes requirieron to anti-hipertensivos energético (>1 g/día droga para controlar la tensión arterial); 1 pte Metformina y 3 ptes hipolipemiantes. Ninguno presentó complicación asociada a HTA o dislipemia (evaluación cardiovascular, oftalmológica y ecografía de vasos de cuello normales). **CONCLUSIÓN:** La prevalencia de SM en nuestra serie de LESp fue del 22.7%. El fenotipo más frecuente presentó HTA y obesidad central. En esta cohorte la presencia de SM se asoció a mayor requerimiento de tratamiento agresivo (> dosis acumulada de esteroides y anti-CD20). Opción: poster

NEOPTERINA EN ARTRITIS TEMPRANA.

Y. Aguirre[1]*, D. Pereira[1], M. Garcia[1], C. Pena[1], A. Salas[1], A. Granel[1], J. Marcos[1], J. Babin[1], A. Arturi[1], J. Marcos[1]
 [1]Higa San Martín, La Plata, Argentina
 [*] Presentador

Introducción: La neopterina es una molécula producida por los monocitos por medio de la estimulación del Interferón Gamma. Se encuentra elevada en infecciones, enfermedades autoinmunes, malignas, rechazo de trasplantes, neuro-degenerativa, cardiovascular y condiciones como el embarazo.

Objetivo: investigar los niveles séricos de neopterina en pacientes con Artritis Temprana (AT) y establecer su relación con la actividad de la enfermedad.

Pacientes y Métodos: se realizó un estudio no experimental, prospectivo y longitudinal de pacientes con artritis de <2 años de evolución y >18 años de edad. Los días 0, a los seis y doce meses se realizaron examen físico y análisis de parámetros de actividad dentro de los 7 días de la extracción sanguínea (DAS28, HAQ, EVA y ERS, PCR, FR, anti CCP y ANA). La determinación de neopterina se hizo por ELISA, kit reactivo Gen Way Biotech Inc y se calculó con Logit-log. Se consideró valor normal por debajo de 10 nmoles/l.

Se evaluaron radiografías de manos y pies en la visita inicial y a los doce meses mediante el método SENS (score de pinzamientos e erosiones).

Los valores de neopterina se compararon con una población control de 47 individuos sanos. Stata 9.0 para el análisis de los datos. Fisher 2 o chi-2.

Resultados: Se evaluaron 27 pacientes (36+/-13 años), 19 (70%) mujeres y 8 (30%) varones. Al inicio el valor promedio de neopterina en Grupo AT fue de 7.51 (5.5-11.4) vs 5.32 (3.5-6.44) en el grupo Control, p=0.0004. Se correlacionó con scores de actividad, y en la actividad medida por el DAS28 se observó que en el período inicial: Neopterina >10(n: 8): 3.37 [2.53-4.36] vs Neopterina normal (n: 19): 3.86 [3.24-4.54] p=0.34; 6 meses: Neopterina >10 (n: 5): 3.33 [2.14-4.33] vs Neopterina normal (n: 22): 2.96 [2.66-3.73] p=0.6; y al año: Neopterina >10 (n: 9): 3.08 [2.49-3.79] vs Neopterina normal (n: 18): 2.90 [2.34-3.27] p=0.53. No se encontró correlación entre DAS 28 y neopterina.

Conclusiones:

En este estudio los resultados no demostraron que exista una correlación entre actividad de la enfermedad (DAS28) y concentraciones elevadas del marcador serológico (neopterina) comparadas en los tres períodos, ni con los demás índices de evaluación internacional. Si se observó correlación entre DAS 28 y los reactivos de fase aguda (ERS y PCR) en los tres períodos. Serían necesarios estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

27

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COMPORTAMIENTO DEL INTERVALO QT CORREGIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN RELACIÓN A CONTROLES SANOS Y PACIENTES CORONARIOS.

M. Eposito[1]*, L. Gadaleta[1], A. Gonzalez[1], V. Romero[1], G. Lobeto[1], S. Llois[1], A. Sinisi[1], J. Hofmann[1]

[1]Higa Eva Peron San Martin, San Martin, Argentina
[*] Presentador

La prolongación del intervalo QT corregido (iQTC) es un marcador de morbimortalidad cardiovascular. En un estudio previo encontramos que los pacientes con AR evidenciaron mayor prevalencia de prolongación del iQTC. **OBJETIVO:** conocer el comportamiento del iQTC en pacientes con diagnóstico de AR y compararlo con controles sanos y enfermos coronarios. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: transversal. **Casos:** pacientes con diagnóstico de AR (ACR 87), que no recibieran drogas que prolonguen el iQTC. Se evaluaron enfermos atendidos en forma consecutiva en el servicio. Se seleccionó por sorteo de la base de datos del Servicio de Cardiología **Controles sanos** (individuos que no presentaban ninguna evidencia de patología y sin tratamiento) y **Coronarios** (pacientes con Enfermedad Coronaria). **Medición del iQTC:** se realizó en forma manual con un equipo digital de 12 derivaciones simultáneas (ECG View-Ekosur). Criterios de exclusión: pacientes con Bloqueo de Rama (BCR) o frecuencias cardíacas no convenientes. **Valor de QTc prolongado:** mujeres ≥ 0,440seg; hombres ≥ 0,450 seg. **Valor de QTc límite:** mujeres ≥ 0,450 a ≤ 0,459seg; hombres ≥ 0,440 a ≤ 0,449seg. **Análisis Estadístico:** se utilizaron el tests de chi², de Student, ANOVA de 1 factor y Bonferroni. Significación de p < 0,05. **RESULTADOS:** se evaluaron 69 pacientes con diagnóstico de AR. Se excluyeron 3 por BCR. **Casos:** 66 pacientes (57 mujeres/ 9 hombres) con edad media de 53 años (19-74 años). Tiempo de evolución media: 146meses (20-624). El 21% (14/66) mostró un iQTC prolongado (promedio 0,469). El 79% (52/66) presentó un iQTC normal (promedio 0,432), de ellos el 27% (14/52) mostró un iQTC límite (promedio 0,452). **Controles sanos:** 66 pacientes (50 mujeres/ 16 hombres) con edad media de 58 años (22-84 años). El 3% (2/66) mostró un iQTC prolongado (promedio 0,457). El 97% (64/66) presentó un iQTC normal (promedio 0,415), de ellos el 3% (2/64) mostró un iQTC límite (promedio 0,453). **Coronarios:** 66 pacientes (50 mujeres/ 16 hombres) con edad media de 57 años (35-81 años). El 67% (40/66) mostró un iQTC prolongado (promedio 0,530). El 39% (26/66) presentó un iQTC normal (promedio 0,432), de ellos el 27% (7/26) mostró un iQTC límite (promedio 0,454). Los pacientes con AR evidenciaron mayor prevalencia de prolongación del iQTC con respecto a los controles sanos con un OR: 11,42 (p=0,0003). Las diferencias fueron significativas entre los tres grupos (p < 0,001) y entre grupos. **Controles y AR:** p=0,004, **controles y coronarios:** p < 0,001, **AR y coronarios:** p < 0,001. En relación al iQTC límite los pacientes con AR respecto de los controles presentaron un OR: 11,42 (p=0,003) mientras que respecto a los coronarios el comportamiento fue similar (OR: 1). **CONCLUSIONES:** de acuerdo a nuestros hallazgos consideramos que debería utilizarse en forma sistemática la evaluación del iQTC en los pacientes con AR en pos de disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

28

UTILIZACIÓN DE METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: DATOS COMPARATIVOS DE LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS DE UN CENTRO DE PRÁCTICA PRIVADA.

A. Bertoli[1]*, V. Barbá, I. Strusberg[1],
1 Instituto Reumatológico Strusberg, Cordoba, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: Comparar la tasa acumulada de utilización de metotrexato (MTX) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) en tres décadas consecutivas (80's, 90's y primera década del siglo XXI) y describir las variables asociadas a su utilización.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo que incluyó 1044 pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987) entre enero 1980 y diciembre 2009. Se recolectaron variables del dominio demográfico (sexo, edad al inicio de los síntomas y al diagnóstico), clínico (fecha y demora diagnóstica, seropositividad, eritrosedimentación en la primera consulta, erosiones al diagnóstico, manifestaciones extra-articulares, tiempo de seguimiento) y terapéutico (demora en la utilización de MTX). La tasa acumulada de utilización de MTX se estimó con análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y las variables predictoras de su utilización se analizaron con un modelo condicional de regresión de Cox. Se consideraron significativas variables con un valor de p= 0.05.

Resultados: Del total de los pacientes, 922 (89%) utilizaron MTX y 624 (60%) alcanzaron dosis de la menos 15 mg semanales. Entre los pacientes diagnosticados en la década del 80 (N= 167), 151 (93%) utilizaron MTX, en la década del 90 (N= 325), 300 (93%) utilizaron MTX y en la primera década de este siglo (N= 543), 469 (87%). La tabla 1 muestra la tasa acumulada de utilización de MTX en las tres décadas (log rank test= 311.41; p < 0.001).

Tabla 1. Tasa acumulada de utilización de MTX en 3 décadas consecutivas.

Tiempo desde el diagnóstico (meses)	Década 80 % (JS)	90 % (JS)	2000 % (JS)
0	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3	7 (4.23)	41 (9.87)	64 (9.87)
6	8 (4.82)	41 (9.87)	79 (12.52)
12	10 (6.05)	41 (9.87)	79 (12.52)

En el análisis multivariado, la edad al comienzo de los síntomas (HR= 1.001, IC95% 1.001-1.011; p= 0.017) y la década de diagnóstico (HR= 2.152, IC95% 1.924-2.407; p< 0.001) se asociaron con la utilización de MTX.

Conclusiones: En este estudio la tasa acumulada de utilización de MTX ha aumentado ostensiblemente a lo largo de las últimas tres décadas, lo cual pone en evidencia una utilización más temprana de esta droga en el tratamiento de pacientes con AR. Estos hallazgos se conciben con las guías terapéuticas locales e internacionales que denotan la necesidad del inicio temprano del tratamiento, siendo el MTX una intervención terapéutica estándar, de eficacia probada y relativo bajo costo.

29

ESPECIFICIDAD DEL ULTRASONIDO DOPPLER DE PODER (USDP) PARA IDENTIFICAR ENFERMEDAD INFLAMATORIA.

M. Audisio[1]*, A. Bertoli[2], G. Py[1], I. Strusberg[2], C. Hernandez Diaz[3], C. Pineda Villaseñor[3],

[1]Hospital Nacional De Clínicas, Argentina
[2]Instituto Reumatológico Strusberg, Argentina
[3]Instituto Nacional De Rehabilitación, Mexico
[*] Presentador

Introducción: Numerosos estudios demostraron la superioridad del USDP para detectar sinovitis comparado con el examen físico. Si bien ha demostrado ser un método sensible para la detección de inflamación sinovial, aún disponemos de datos escasos sobre la especificidad del mismo en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias articulares.

Objetivo: Determinar la especificidad del USDP para el diagnóstico de inflamación articular en muñecas y articulaciones metacarpofalángicas (MCF).

Paciente y Método: Se estudiaron la muñeca y MCF de la mano dominante de 283 sujetos; 101 con artritis reumatoidea (AR) según criterios ACR 1987, 75 con osteoartritis (OA) de mano según criterios ACR y 107 controles buscando la presencia e intensidad (grados I, II y III) de señal doppler de poder (DP). Se recolectaron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo y profesión. La especificidad del USDP se obtuvo con tablas de contingencia comparando la presencia y los grados de señal DP entre pacientes con (AR) y sin (OA y sanos) enfermedad inflamatoria.

Resultados: Los 283 sujetos tenían una edad media de 48 (DE=14.8) años, el 84% eran de sexo femenino, 15% eran tabaquistas y 48% realizaban tareas manuales. El 80% de los pacientes con AR tenían señal DP positiva en alguna de las articulaciones estudiadas; siendo más frecuentemente observada en muñeca (63%), MCF2 (43%) y MCF3 (30%). En el grupo control, 10% de los pacientes tuvieron señal DP positiva siendo más frecuentemente observada en muñeca (9%) y MCF2 (2%). La tabla 1 muestra la especificidad del USDP para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria en las distintas articulaciones.

	Especificidad	
	Muñeca	
Señal DP	0.91 (0.87 - 0.95)	
Todos los grados	0.93 (0.89 - 0.97)	
Grado I	0.98 (0.97 - 1)	
Grado II	1.00	
Grado III	1.00	

Conclusión: Este estudio muestra que el USDP es un método específico para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria articular, y que dicha especificidad es mayor cuanto mayor es la intensidad de señal DP. Cuando examinamos cualquier grado de USDP, la especificidad de las articulaciones MCF es superior comparado con la muñeca, sin embargo, para los grados II y III la especificidad de muñeca y MCF se equiparan.

30

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ACUERDO INTER E INTRA OBSERVADOR DE LA ULTRASONOGRAFIA UTILIZANDO UN SCORE ARTICULAR REDUCIDO (REUMA SCORE) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

T. Cazenave[1]*, C. Waimann[1], S. Ruta[2], J. Rosa[2], L. Santiago[3], C. Sandobal[4], M. Benegas[5], G. Citera[1], M. Rosemffet[1],

[1]Instituto De Rehabilitación Psicofísica, Sección Reumatología, Cuba, Argentina
[2]Hospital Italiano De Buenos Aires, Sección Reumatología Servicio De Clínica Médica, Cuba, Argentina
[3]Hospital Rivadavia, Servicio De Reumatología, Cuba, Argentina
[4]Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina
[5]Hospital Tornó, Servicio De Reumatología, Cuba, Argentina
[*] Presentador

Cazenave T; Waimann, C; Ruta, S; Rosa, J; Santiago, L; Sandobal, C; Benegas, M; Citera, G; Rosemffet, M. **Introducción:** Las principales limitaciones de la Ultrasonografía (US) son: la observador dependencia y su reproducibilidad. El objetivo de este estudio es evaluar en reumatólogos ecografistas el acuerdo intra e interobservador de la US, utilizando un score articular reducido (REUMA; Rápida Evaluación US para Monitorizar Actividad) en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). **Materiales y métodos:** Se conformaron 4 grupos de evaluadores, integrados por un total de 6 reumatólogos con experiencia en US músculo esquelética. Se evaluaron 135 ventanas US (predefinidas por uno de los evaluadores) de 5 pacientes con diagnóstico de AR (ACR 87). La toma de imágenes y la evaluación articular se realizó de acuerdo a la metodología propuesta por OMERACT, consignándose señal power doppler (PD; 0-3), escala de grises (EG; 0-3) y presencia de erosiones. A cada grupo se le dio 20 minutos para la evaluación y registro de datos de cada paciente. Las regiones anatómicas fueron divididas en dos grupos. El primer grupo estuvo constituido por las 6 articulaciones pertenecientes al REUMA score, el cual incluye la evaluación bilateral de articulación radiocarpiana e intracarpiana, vista dorsal y palmar de segunda metacarpofalángica, y vista dorsal de quinta metatarsfalángica. El score resulta de la sumatoria directa de la EG y PD de las ventanas evaluadas (0-30 para PD y 0-10 para EG, total 0-40). En el segundo grupo de regiones anatómicas PD y EG fue categorizado en presencia o ausencia e incluye: tendón bicipital, bursa subacromiodeltoidea, receso glenohumeral, receso anterior y posterior de codo, bursa subcuadricipital, recesos paratrotulianos, receso tibioastragalo, sexto compartimento extensor del carpo, y tendón flexor del segundo dedo de la mano. Dos pacientes, (21 ventanas US) pertenecientes al reuma score fueron reevaluados para determinar la confiabilidad intra-observador.

Análisis estadístico: correlación intra e inter-observador fue evaluada utilizando estadística de Kappa (κ para variables dicotómicas y coeficiente de correlación intraclass (CCI) para variables continuas. **Resultados:** El CCI inter-observador para articulaciones pertenecientes al REUMA score fue de 0.60 (IC95% 0.47-0.73) en EG y 0.64 (0.52-0.76) en PD. La correlación inter-observador del REUMA score fue de 0.85 (IC95% 0.54-0.98) para el score global y 0.65 (IC95% 0.20-0.95) y 0.88 (IC95% 0.60-0.98) para las subescalas de Grises y PD, respectivamente. La concordancia global inter-observador para erosiones fue de 38% (κ=0.31). El segundo grupo de regiones anatómicas tuvo una concordancia global de 82% (κ=0.45) para EG, siendo no evaluable el PD (n=2). La ICC intra-observador fue de 0.56 (IC95% 0.37 - 0.71) para PD y 0.50 (IC95% 0.28 - 0.67) para EG. La concordancia intra-observador para presencia de erosiones articulares fue de 93% (κ=0.81). En los 2 grupos con mayor experiencia se observó la mejor concordancia. **Conclusión:** El REUMA score presentó una muy buena concordancia interobservador; dado su reducido número de articulaciones, podría ser tenido en cuenta para utilizarse en la práctica diaria.

ABATACEPT SUBCUTANEO VERSUS ADALIMUMAB COMBINADOS CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: RESULTADOS DE 1 AÑO DEL ESTUDIO "AMPLE"

G. Citera[1]*, M. Schiff[2], M. Weinblatt[3], R. Valente[4], G. Zhao[5], M. Maldonado[6],

[1] Instituto De Rehabilitación Psico-física, Argentina

[2] Universidad De Colorado, USA

[3] Brigham And Women's Hospital, USA

[4] Arthritis Center Of Nebraska, USA

[5] Bristol Myers Squibb, USA

[6] Bristol Myers Squibb, USA

[*] Presentador

FUNDAMENTOS: Presentamos datos de 1 año del primer estudio de comparación directa en AR.

OBJETIVOS: Comparar la eficacia y seguridad de abatacept (ABA) subcutáneo (SC) y adalimumab (ADA), ambos con terapia de base con MTX, para el tratamiento de pacientes con AR activa

MÉTODOS: el estudio AMPLÉ (Abatacept Versus Adalimumab Comparison in Biologic-Naive RA Subjects With Background Methotrexate) es un ensayo clínico fase IIIb, aleatorizado, cegado al investigador, de 24 meses de duración, en el cual el criterio primario de valoración es la eficacia a los 12 meses. Pacientes con AR activa y respuesta inadecuada al MTX, que no recibieron previamente agentes biológicos, fueron estratificados en función de la actividad de la enfermedad y aleatorizados al tratamiento con abatacept SC 125 mg semanal (sin carga IV) o adalimumab cada 2 semanas, en combinación con dosis estables de MTX. El objetivo primario fue la no inferioridad (NI) en la respuesta ACR20 a los 12 meses con un margen de NI del 12%. Los criterios de evaluación secundarios fueron la frecuencia de las reacciones en el sitio de inyección, la ausencia de progresión radiográfica medida con el puntaje de Sharp modificado por van der Heijde (mTSS), la seguridad y la tasa de retención.

RESULTADOS: las características iniciales de ambos grupos fueron similares (promedio DAS28 [CRP] de 5.5 y duración de la enfermedad de ~1.8 años), con 72% y 28% de los sujetos de Norteamérica y Sudamérica, respectivamente. De 646 pacientes aleatorizados y tratados, el 86.2 % (274 de 318) de los pacientes ABA y el 82% (269 de 328) de los pacientes ADA completaron 12 meses. Al año de acuerdo con el análisis por intención de tratar (ITT), los respondedores ACR20 fueron el 64.8% del grupo ABA y el 63.4% del grupo ADA. La diferencia estimada entre los grupos (IC95%) fue de 1.8 (-5.6 a 9.2), lo cual respalda la NI de ABA respecto de ADA (confirmado en el análisis por protocolo). La respuesta ACR20 fue evidente a la semana 4 en el 42.5% del grupo ABA vs 47.6% del grupo ADA, y se mantuvo comparable hasta el final del Año 1. A los 12 meses, otras tasas de respuesta en los grupos ABA y ADA fueron: ACR50 46.2% versus 46% y ACR70 29.2% versus 26.2%. A los 12 meses, las tasas de ausencia de progresión radiográfica fueron comparables y los cambios promedio en el puntaje mTSS total fueron de 0.58 versus 0.38, para ABA versus ADA. Se observaron tasas similares de eventos adversos (EA), EA serios (EAS), infecciones serias y neoplasias. Hubo más sujetos con EA autoinmunes (10 versus 3) en el grupo ABA; ninguno de ellos fue un EAS. Hubo menos discontinuaciones (DC) incluyendo DC por EA (3.5% versus 6.1%) y DC por infecciones serias (0 versus 5) en el grupo ABA. Hubo reacciones en el sitio de inyección en el 3.8% del grupo ABA versus 9.1% del grupo ADA (Diferencia (IC95%): -5,37 (-9,13 a -1,62); p = 0,006).

CONCLUSIONES: el primer estudio de comparación directa en pacientes con AR, que comparó DMAR biológicos demostró que ABA SC es comparable a ADA en eficacia con similar cinética de respuesta e inhibición de la progresión radiográfica a 1 año. La seguridad fue generalmente similar, con pocas discontinuaciones y una tasa significativamente menor de reacciones en el sitio de inyección con ABA.

INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],

[1] Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción. Las infecciones son la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se estima que al menos un 50% de ellos sufrirá una infección severa durante el curso de la enfermedad. Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) comprenden un conjunto de enfermedades producidas por los hongos del género *Cryptococcus*, *Histoplasma*, *Aspergillus* y *Candida*. Pocos estudios de IFI han sido publicados en pacientes con LES y los factores asociados no han sido completamente definidos. **Objetivos.** 1. Estimar la frecuencia de las IFI en pacientes internados con LES. 2. Determinar los factores de riesgo asociados a IFI en estos pacientes. 3. Comparar el grupo LES + IFI con grupo control (LES sin IFI). **Métodos.** Se revisaron historias clínicas de pacientes con IFI (EORTC/MSG, 2008) y LES (ACR, 1997) internados en nuestro hospital desde junio de 2001 hasta junio de 2012. Para identificar factores asociados a IFI, se desarrolló un estudio caso-control (LES con IFI vs. LES sin IFI) en una relación 1 a 3 ajustado a sexo y edad e internados por otra causa. Se realizó la comparación de factores demográficos, duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad y tratamiento previo, en especial 3 meses antes de infección. Se definió actividad severa con SLEDAI mayor o igual a 8. En caso de infección por hongos del género *Candida*, se consideró solamente su forma diseminada. **Resultados.** Diez casos de IFI fueron identificados en 208 pacientes con LES internados entre junio de 2001 y junio de 2012. Fueron evaluados 40 pacientes con LES (10 con IFI y 30 controles). De los pacientes infectados, 8 son mujeres y el promedio de edad es de 27.5 años (rango, 19-42 años), 8/10 *Cryptococcus neoformans*, 1 *Histoplasma capsulatum* y 1 *Candida albicans*. Sitios afectados: 5 en sangre periférica, 5 en SNC, 4 en piel/partes blandas y 1 en pleura. La mortalidad fue del 40% (P = 0.002), siendo el *Cryptococcus neoformans* el germen más común. La actividad de la enfermedad lúpica resultó severa en el 70% de los pacientes infectados, sin diferencia significativa con el grupo control (P = 0.195). Tampoco encontramos asociación con leucopenia, linfopenia, complemento, anti-DNA, inmunoglobulina sérica, dosis de metprednisolona > 20 mg/día o pulsos de metilprednisolona EV. El uso de inmunosupresores demostró asociación significativa (P = 0.016) y la AZA (P = 0.017). No resultó significativo con CFM (P = 0.100) o MMF (P = 0.256). **Conclusión.** *Cryptococcus neoformans* fue el agente etiológico más común de IFI en LES y el principal responsable de las muertes en esta cohorte. A diferencia de otras publicaciones, la inmunosupresión previa fue el único factor de riesgo asociado al desarrollo de la infección, no así la actividad de la enfermedad y corticoides VO/EV. Tampoco encontramos asociación con la inmunoglobulina sérica. Debe sospecharse IFI en aquellos pacientes con LES e inmunosupresión que cursan con infección o manifestación cutánea atípica para poder iniciar el tratamiento apropiado en forma precoz y así obtener resultados favorables.

CODIGO: 0224

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PERFIL INMUNOHISTOLÓGICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

 F. Zazzetti¹, O. Rillo², D. Puente Trigo³, A. Catalan Pellet³, S. Papisidero², C. Asnat⁴, E. Albiero⁵, L. Encinas⁶, G. Salvaterra⁷, L. Santiago⁸, N. Tamborenea⁸, A. Nitsche⁴, M. Hayes Salinas⁹, F. Caero⁹, M. Gauna⁹, A. Secco⁹, M. Oliver⁹, S. Fernandez Nacul⁹, C. Crow⁴, L. Raiti⁹, C. Amitrano⁴, P. Pucci⁴, D. Duarte Noe¹, J. Hofman⁹, S. Vélaz¹, J. Barreira¹,

¹ Hospital Británico, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

² Hospital Tornú, Argentina

³ Hospital Rivadavia, Caba, Argentina

⁴ Hospital Aleman, Argentina

⁵ Sanatorio Allende, Argentina

⁶ Htal Privado De Cordoba, Argentina

⁷ Ipi, Argentina

⁸ Omi, Argentina

⁹ Htal Castex, San Martin, Argentina

[*] Presentador

Objetivos: Evaluar la asociación entre las características inmunológicas (anticuerpos: anti Ro, anti La, FAN, Factor Reumatoideo) e histológicas (resultado biopsia de labio) con las manifestaciones clínicas de pacientes con Síndrome de Sjogren primario. **Material y métodos:** Se analizó la información de la base de datos del grupo GESSAR (grupo de estudio de Síndrome de Sjogren argentino), de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjogren primario según criterios americano europeos 2002, mayores de 18 años, en seguimiento activo. Inicialmente se realizó análisis univariado entre las variables independientes y cada una de las variables dependientes: anti Ro, anti La, FAN, Factor Reumatoideo (FR) y resultado de biopsia de labio. Luego se realizaron cinco modelos de regresión logística múltiple, con cada una de las variables dependientes mencionadas, quedando en el modelo final aquellas variables asociadas significativamente al evento o que ejercieran efecto confundidor. **Resultados:** De 334 pacientes, 96% eran mujeres, con una mediana de edad actual de 57 años (rqi: 45-66), mediana de edad al diagnóstico de 52 años (rqi: 39-61) y mediana de edad de inicio de los síntomas de 47 años (rqi: 34-57). Análisis univariado: resultados significativos para las variables dependientes de cada modelo.

	VARIABLES DEPENDIENTES DE CADA MODELO				
	RO(n:323 RO+:241)	LA(n:318 LA+: 154)	FAN(n:319 FAN+:264)	FR(n:299 FR+:138)	Biopsia(n:21 0, Biopsia+:17 8)
Edad al Diagnóstico	p<0,01	p=0,01	p=0,03	-	-
Hipergamaglobulinemia policlonal	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	-
Tumefacción parotídea	-	p<0,01	-	p=0,02	p=0,03
Leucopenia	-	-	-	-	p=0,029
Anemia de trastornos Crónicos	p=0,028	p<0,01	-	p=0,015	p=0,017
Púrpura	-	p=0,018	-	-	-

Análisis multivariado: resultados significativos para cada modelo de regresión

	VARIABLES DEPENDIENTES DE CADA MODELO				
	RO C95%(p)	OR(LA (IC95%, p)	FAN(OR, IC95%, p)	FR(OR, IC95%, p)	
Edad al Diagnóstico (variable categórica)	0.28(0.11-0.70)p=0.01	0.52(0.28-0.97)p=0.038	-	-	-
Hipergamaglobulinemia	4.48(2.07-9.58) p=0,01	2.43(1.37-4.3)p<0,01	3.58(1.46-8.75)p=0,01	2.65(1.55-4.54)p=0,01	-
Tumefacción parotídea	-	4.22p<0,01	-	-	-

logística múltiple. No se reportan los resultados del análisis multivariado con resultado de biopsia de labio como variable dependiente, debido a problemas numéricos. **Conclusión:** En nuestro trabajo encontramos que la hipergamaglobulinemia se asoció en forma independiente a pacientes seropositivos para Ro, La, FAN, FR; además los pacientes de menor edad al diagnóstico presentaron en forma significativa e independiente mayor frecuencia de anti Ro y La positivos. También, observamos que las características histológicas se asociaron significativamente a leucopenia, anemia y tumefacción parotídea en el análisis univariado.

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA ASOCIACIÓN DE LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA CON FACTORES DE RIESGO CORONARIO Y PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QTc.

A. Gonzalez[1]*, V. Romero[1], M. Pett[1], D. Mantilla[1], J. Rivas[1], M. Esposito[1], J. Hofman[1], [1]Hija Eva Peron San Martin, San Martin, Argentina
[*] Presentador

Algunos autores sugieren que existe alta prevalencia de la disfunción diastólica en los pacientes con AR.

OBJETIVO: conocer la asociación entre los distintos factores de riesgo coronarios (FRC) y QTc prolongado con la presencia de disfunción diastólica en pacientes con AR.

MATERIAL Y MÉTODOS: se evaluaron ecocardiográficamente por dos operadores independientes en forma consecutiva 27 pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 87 en los que se registraron los FRC mayores y se midió el iQTc.

RESULTADOS: en el 74% se observaron alteraciones ecocardiográficas; el 40% (11/27) tuvo disfunción diastólica.

FRC y disfunción diastólica: 9% tabaquista, 55% HTA, 27% obesidad, 27% dislipidemia y el 9% diabetes (DBT).

FRC sin disfunción diastólica: 31% tabaquista, 6% HTA, 19% obesidad, 27% dislipidemia y no se observó ningún paciente con diabetes.

El 11 % tuvo iQTc prolongado. Los tres casos se asociaron a la presencia de disfunción diastólica sin significancia estadística.

Los pacientes con disfunción diastólica tuvieron 18 veces mas HTA que los que no presentaban disfunción diastólica (OR: 18 p=0,0087). Para el resto de los FRC no hubo diferencias significativas incluyendo la DBT.

CONCLUSIONES: si bien la mayoría de los autores sugieren el impacto de la inflamación autoinmune en el miocardio como determinante de la disfunción diastólica, futuros estudios serán necesarios para definir si existe o no esta asociación o depende de la concurrencia con la HTA.

M. Acosta Felquer[1]*, E. Catayl, C. Quirozl, M. Scolnikl, L. Ferreyra Garrotl, S. Ruta, J. Rosa, I. R. Garcia-mónacol, E. Soriano
1 Hospital Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: desarrollar un sistema de puntaje de actividad ecográfico compuesto, (entesisitis, tenosinovitis y sinovitis) en pacientes con espondiloartropatias seronegativas (EASN).

Material y Método: se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de EASN (criterios ASAS) y pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) como grupo control (ACR/EULAR 2010). Se les realizó ecografía por un reumatólogo experimentado, con técnicas de escala de grises (EG) y Doppler de poder (PD). Se evaluaron bilateralmente las siguientes áreas articulares: 2° y 3° metacarpo-falángicas; 2° y 3° interfalángicas proximales, carpos, rodillas y 2° y 5° metatarso-falángicas. Se exploraron áreas de entesis en rodillas y tobillos y compromiso tenosinovial en 2° y 3° tendones flexores y 4° y 6° tendones extensores de ambas manos. La presencia de sinovitis, tenosinovitis y entesitis fueron definidas acorde a OMERACT. La sinovitis (por EGY PD) fue graduada en una escala semicuantitativa de 0 a 3. Se realizó un sistema de puntaje ecográfico inicial para cada una de las estructuras estudiadas, multiplicando el valor obtenido en la escala semicuantitativa por el número de sitios involucrados. Los pacientes fueron reclasificados en un nuevo sistema de puntaje ecográfico, con un rango de 0 (sin actividad) a 3 (actividad severa), para cada una de las estructuras comprometidas utilizando valores de corte para cada estructura. Por último sumando estos puntajes específicos de cada estructura, se construyó un sistema de puntaje de actividad compuesto final, con un rango de 0 (sin actividad) a 3 (actividad severa).

Resultados: se incluyeron 33 pacientes con EASN (70% hombres, edad media (DS) de 51 (14.6) y 35 pacientes con AR (97% mujeres, edad media (DS) de 55.7 (16).

Tabla: Comparación de variables de actividad de la enfermedad en EASN y AR con la clasificación ecográfica de actividad

EASN						
Definición ecográfica	pacientes (%)	S&D(95%)	OR(95%)	PA(95%)	TPA(95%)	SP(95%)
3 (sin compromiso)	1 (3)	2 (3)	18 (5)	0 (0)	20 (6)	9 (3)
1 leve	28 (78)	2 (9 (5.8))	2 (1 (5.8))	0 (0)	46 (1 (2))	2 (3 (1))
2 (mod. #)	9 (18)	9 (9 (5.1))	7 (10)	1 (3 (3.7))	4 (7 (2))	4 (3 (1))
AR						
Definición ecográfica	pacientes (%)	S&D(95%)	OR(95%)	PA(95%)	TPA(95%)	SP(95%)
3 (sin compromiso)	0 (0)					
1 leve	24 (88)	4 (8 (1))	2 (1 (5.8))	3 (4 (3.2))	48 (4 (2))	1 (8 (8))
2 (mod. #)	1 (3)	6 (7 (3.7))	28 (31)	1 (2 (8.6))	6 (7 (2))	26 (3 (2))

*p<0,05. #: Ningún paciente fue clasificado como con actividad ecografica severa (grado 3).

En ambas enfermedades la mayoría de los pacientes fueron clasificados como leve por el sistema de puntaje ecográfico compuesto de actividad (EASN: 79%; AR: 69%). Los pacientes con mayor puntaje ecográfico tuvieron mayores índices de actividad de la enfermedad, tanto en EASN, como en AR*p < 0.05

Conclusión: Un sistema de puntaje ecográfico compuesto de actividad, que incluye el compromiso sinovial, entésico y tenosinovial, permitió discriminar correctamente la actividad inflamatoria tanto en pacientes con EASN como en pacientes con AR.

Este trabajo fue subvencionado por un grant irrestricto de Abbott.

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA ECOGRAFIA PARA EL DIAGNOSTICO DE OSTEOARTRITIS DE RODILLA: UN SISTEMA DE PUNTAJE.

E. Catayl[1]*, S. Ruta[1], J. Rosa[1], D. Navarta Ortiz[1], C. Saucedo[1], R. Garcia Monaco[2], E. Soriano[1], [1]Sección Reumatología, Servicio De Clínica Médica, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina
[2]Servicio De Diagnóstico Por Imágenes, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: evaluar la sensibilidad y la especificidad de distintos hallazgos ecográficos para el diagnóstico de osteoartritis (OA) de rodilla y desarrollar un sistema de puntaje ecográfico. **Material y métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos con dolor de rodilla sin diagnóstico de OA, y como grupo control, pacientes con dolor de rodilla y diagnóstico previo de OA (criterios ACR). La evaluación ecográfica fue realizada por un reumatólogo entrenado, quien desconocía los datos clínicos, con un equipo provisto de un transductor lineal multifrecuencia (4-13 MHz). Se investigó la presencia o ausencia de los siguientes hallazgos ecográficos: derrame articular, osteofitos, protrusión meniscal y compromiso degenerativo del cartilago hialino femoral. Se desarrolló un sistema de puntaje ecográfico mediante un análisis de regresión logística (utilizando el diagnóstico de OA de rodilla como variable dependiente) para cada una de las variables incluidas en el modelo. La ponderación de cada una ellas se obtuvo en base a los OR (Odd Ratio) de la regresión logística. **Resultados:** se examinaron 75 rodillas en 52 pacientes (edad media 59.5 ± 16 años, 34 mujeres/18 hombres) sin diagnóstico previo de OA de rodilla y 127 rodillas en 87 pacientes (edad media 72.6 ± 8.3 años, 70 mujeres/17 hombres) con diagnóstico previo de OA. La tabla muestra la sensibilidad y especificidad de cada hallazgo ecográfico y el peso de cada uno de estos en el sistema de puntaje ecográfico para el diagnóstico de OA de rodilla.

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	VPP	VPN	OR	Puntos
Derrame articular	89.8 (83-94)	32 (22-44)	69	64.8	1	1
Osteofitos	85.8 (78-91)	77.3 (66-86)	86.5	76.3	5.8	3
Protrusión meniscal	48 (39-57)	93.3 (85-98)	92.4	51.4	1.5	2
Compromiso degenerativo del cartilago hialino	92.9 (87-97)	84 (74-91)	90.7	87.5	44	4

Las rodillas con diagnóstico de OA presentaron puntuaciones ecográficas significativamente mayores, comparadas con las rodillas sin diagnóstico previo de OA (media (SD): 8.1 (2.3) vs 2.1 (2.7), p < 0.001). El área bajo la curva ROC para el diagnóstico de OA fue de 0.93 (IC 95%: 0.89-0.97). Un puntaje >= 8.05; 5 tuvo una sensibilidad del 92% y una especificidad del 81% para el diagnóstico de OA de rodilla (LR + 4.9).

Conclusiones: la identificación ecográfica de osteofitos y de compromiso degenerativo del cartilago hialino femoral mostró el mejor rédito diagnóstico para el diagnóstico de OA de rodilla. El sistema de puntaje ecográfico desarrollado mostró un excelente valor discriminativo para el diagnóstico de OA de rodillas en nuestra población de estudio.

37

CAMBIOS DEGENERATIVOS EN PACIENTES CON DOLOR DE RODILLA: EVALUACION ECOGRAFICA Y RADIOLOGICA.

E. Catayl[*], S. Ruta, J. Rosa, D. Navarta Ortiz, C. Saucedo, R. Garcia Monaco, E. Soriano, 1 Sección Reumatología, Servicio De Clínica Médica, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina 2 Servicio De Diagnóstico Por Imágenes, Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina [*] Presentador

Objetivos: comparar la ecografía con la radiología convencional (Rx) en la detección de cambios degenerativos indicativos de osteoartritis (OA) en pacientes con dolor de rodilla. Material y métodos: se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 50 años de edad con dolor de rodilla y sin diagnóstico previo de OA. Las evaluaciones ecográficas fueron realizadas por un reumatólogo entrenado, quien desconocía los datos clínicos, con un equipo provisto de un transductor lineal multifrecuencia (4-13 MHz). Se investigó la presencia o ausencia de los siguientes hallazgos ecográficos: osteofitos (excrecencias de la cortical ósea en los márgenes de la articulación) y compromiso degenerativo del cartilago hialino femoral (pérdida de la nitidez de los márgenes de cartilago y/o pérdida de homogeneidad de la superficie del cartilago y/o adelgazamiento focal o extendido del cartilago). Las Rx de rodillas (proyección anteroposterior y lateral con apoyo) fueron interpretadas por otro reumatólogo, sin conocer los datos clínicos ni ecográficos de los pacientes. Se evaluó la presencia o ausencia de osteofitos y de pinzamiento femoro-tibial como signo de compromiso degenerativo del cartilago hialino femoral. Resultados: se evaluaron 84 pacientes (edad media 69 \pm 10 años, 66 mujeres/18 hombres) para un total de 116 rodillas evaluadas (32 pacientes referían dolor bilateral de rodillas). La ecografía detectó la presencia de al menos un cambio degenerativo en 81 de 116 rodillas en 56 pacientes, mientras que la Rx lo evidenció en 64 de 116 rodillas en 42 pacientes ($p < 0.05$ para ambas comparaciones). La tabla muestra los datos comparativos entre los hallazgos ecográficos y radiológicos.

		Ecografía	Rx	p
Compromiso degenerativo del cartilago hialino femoral	Pacientes, n° (%)	41/84 (48.8)	26/84 (30.9)	0.0181
	Rodillas, n° (%)	59/116 (50.9)	48/116 (41.4)	0.0018
Osteofitos	Pacientes, n° (%)	42/84 (50.0)	26/84 (30.9)	0.0001
	Rodillas, n° (%)	77/116 (66.4)	47/116 (40.5)	<0.0001
Cambios degenerativos*	Pacientes, n° (%)	56/84 (66.7)	42/84 (50.0)	0.0285
	Rodillas, n° (%)	81/116 (69.8)	64/116 (55.2)	0.0211

Conclusiones: la ecografía demostró mayor capacidad que la Rx para detectar cambios degenerativos en pacientes ≥ 50 años con dolor de rodilla y sin diagnóstico previo de OA. El uso de la ecografía en pacientes con dolor de rodilla y Rx normal podría ser de utilidad en estadíos tempranos de la patología articular degenerativa.

38

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

HEPATITIS AUTOINMUNE DEL NIÑO Y DEL ADULTO: MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS Y ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO ASOCIADAS

F. Zazzetti[1]*, N. Fernandez[1], J. Benavidez[1], L. Colombato[1], G. Rodriguez[2], G. Nardi[2], C. Bru Morón[3], O. Rillo[3], N. Quadrini[3], S. Garay[4], M. Fabi[4], M. Gonzalez Villar[4], J. Barreira[1]. [1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina [2]Hospital General De Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Argentina [3]Hospital General De Agudos Dr. Enrique Tornú, Argentina [4]Hospital laep Sor María Ludovica De La Plata, Argentina [*] Presentador

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria fibrosante progresiva del hígado que conduce a la cirrosis. Su curso suele ser fluctuante y sus manifestaciones clínicas variables. El 40% de la HAI tipo I y el 80% de la tipo II se diagnostica en la infancia. Hasta un 30% de adultos con HAI presentan manifestaciones reumatológicas. Además, puede asociarse a diferentes enfermedades del tejido conectivo (ETC) aunque no existen datos que comparen poblaciones pediátricas y adultas al respecto. El objetivo fue analizar la frecuencia de manifestaciones reumatológicas y ETC en pacientes pediátricos y adultos con HAI y comparar ambos grupos.

Materiales y método: Se incluyeron pacientes de cualquier edad que cumplan criterios para HAI del International Autoimmune Hepatitis Group de 1998. Los mismos fueron evaluados clínicamente por un hepatólogo y un reumatólogo. Se consignaron datos demográficos, clínicos, serológicos, estudios complementarios y biopsias. Se registraron las manifestaciones reumatológicas y ETC definidas según criterios ACR. Se informaron medianas para variables numéricas y porcentajes para categorías. Para comparar grupos se utilizó test de Mann Whitney y prueba de χ^2 . Se tomó un alfa de 0.05.

Resultados: Se analizaron 48 pacientes con HAI, 28 adultos y 20 pediátricos. Las medias de edad a la inclusión fueron 50 \pm 17 años (rango=19-75) y 13.8 \pm 4 años (rango=5-16) respectivamente. Sexo femenino 89% y 75% (p=n/s). Las medias de edad al diagnóstico de HAI fueron 41 \pm 18 años (rango=18.6-70) y 9.7 \pm 4 años (rango=1.5-16). El 64.26% (18/28) de adultos y el 55% (11/20) de pediátricos presentó al menos una manifestación reumatológica (p=n/s). No hubo diferencia significativa en el tipo y la frecuencia de manifestaciones reumatológicas entre los dos grupos de edad. Se hallaron 9 ETC: 5 en adultos (17.8%: LES=4, Sjögren=1) y 4 en pediátricos (20%: LES=3, AIJ=1). Al comparar ambos grupos etarios, el grupo pediátrico presentaba más ictericia (p=0.03), hepatomegalia (p=0.0001), cirrosis (p=0.03), esplenomegalia (p=0.003), anemia (p=0.003), eritrosedimentación (p=0.04), TGO (p=0.0006), TGP (p=0.006), FAL (p=0.01), bilirrubina total (p=0.003), ANA (p=0.04), ASMA (p=0.0001) y LKM (p=0.03). No hubo diferencias con respecto a los hallazgos histológicos. La tiroiditis autoinmune fue más frecuente en los adultos 4/28 vs 1/20 (p=0.001).

Discusión: La frecuencia de manifestaciones reumatológicas y ETC fue similar en ambos grupos; sin embargo los pacientes pediátricos presentaron un compromiso hepático más severo y una mayor positividad de autoanticuerpos. Independientemente de la edad, 2 de cada 10 pacientes con HAI presentó una ETC, siendo el LES la más frecuente en ambos grupos. La búsqueda sistemática de ETC definidas y/o expresiones clínicas reumatológicas debe formar parte de la evaluación clínica de la HAI.

39 a

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

IMPACTO DE LA ARTRITIS TEMPRANA EN ARGENTINA. ANÁLISIS DE UTILIDAD UTILIZANDO DATOS PROVENIENTES DEL CONSORCIO ARGENTINO DE ARTRITIS TEMPRANA (CONAART).

C. Waimann[1]*, G. Citera[1], F. Dal Pra[1], H. Maldonado Ficcio[1], M. Landi[1], M. Saint Martín[1], O. Rillo[2], R. Chaparro Del Moral[2], A. Benegas[2], A. Catalan Pellet[3], A. Secco[3], L. Marino[3], A. Berman[4], H. Berman[4], A. Barbaglia[4], J. Marcos[5], J. Marcos[5], A. Salas[5], F. Caeiro[6], M. Haye Salinas[6], A. Alvarez[6], E. Soriano[7], Z. Bedran[7], F. Ceccato[8], S. Paira[8], G. Salvatierra[9], A. Quinteros[10], E. Buzchiazio[11], E. Vellozo[12]. [1]Instituto De Rehabilitación Psicofísica, Caba, Argentina [2]Hospital general De Agudos "dr. E. tornú", Caba, Argentina [3]Hospital general De Agudos Bernardino rivadavia, Caba, Argentina [4]Centro Médico Privado De Reumatología, San Miguel De Tucumán, Argentina [5]Hospital Interzonal De General De Agudos "gral Jose De San Martín", La Plata, Argentina [6]Hospital Privado De Cordoba, Cordoba, Argentina [7]Hospital Italiano De Buenos Aires, Caba, Argentina [8]Hospital Dr. Jose Maria Callen, Santa Fe, Argentina [9]Centro de Enf. reumáticas, Santiago Del Estero, Argentina [10]Centro Integral De Reumatología, San Miguel De Tucuman, Argentina [11]Hospital señor del milagro Salta, Salta, Argentina [12]Sanatorio Adventista Del Plata, Libertador San Martín, Argentina [*] Presentador

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) representa una de las patologías no fatales con mayor impacto económico en el mundo. Sin embargo, los datos en Argentina son escasos, desconociéndose el impacto y carga real de la artritis inflamatoria en nuestro país. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la actividad de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes con artritis inflamatoria temprana. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 87*) y artritis indiferenciada (AI) pertenecientes a la cohorte prospectiva de CONAART (Consortio Argentino de Artritis Temprana) con diagnóstico de artritis temprana (≥1 articulación inflamada y ≤2 años de evolución). Los pacientes fueron seguidos trimestralmente, recolectando datos clínicos, económicos y sociodemográficos, incluyendo Health Assessment Questionnaire (HAQ) y Clinical Disease Activity Index (CDAI). Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el EuroQoL (EQ-5D): 0 a 1, siendo 1 la mejor calidad de vida, el cual fue mapeado del HAQ y la escala visual analoga de dolor, utilizando modelos de regresión previamente validados. Para el análisis estadístico, los pacientes fueron estratificados y comparados de acuerdo al diagnóstico (AR vs AI) y actividad de la enfermedad, ajustando por sexo, edad y presencia de comorbilidades. **Resultados:** Incluímos un total de 777 pacientes (AR=628; AI=149), con una media de seguimiento de 14.5 \pm 10.1 meses (990 pacientes-año). La duración de la enfermedad fue de 8.6 \pm 6.3 meses, 82% eran mujeres, con una edad media de 48 \pm 14 años. El CDAI y HAQ basal fue de 24.6 \pm 14.4 y 1.2 \pm 0.9, respectivamente. A lo largo del seguimiento el EQ-5D fue de 0.74 \pm 0.13. No se observaron diferencias en calidad de vida entre AR y AI (0.73 \pm 0.12 y 0.75 \pm 0.13, respectivamente). El EQ-5D se correlacionó negativamente con actividad de la enfermedad (rho spearman=-0.74, p<lt;0.0001). La media de EQ-5D de acuerdo a la actividad de la enfermedad fue de 0.91 \pm 0.04 en pacientes en remisión, 0.82 \pm 0.81 en baja actividad, 0.72 \pm 0.09 en moderada, y 0.61 \pm 0.11 en pacientes con alta actividad. Considerando a la remisión como escenario ideal, los pacientes con AI o AR y baja actividad de la enfermedad perdieron 0.07 (IC95%=-

39 b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

0.06 - 0.08) Años de Vida Ajustado por Calidad (AVACs), luego de un año de seguimiento. En condiciones similares, un paciente con moderada actividad de la enfermedad perdió 0.17 (IC95%=- 0.16 - 0.18) AVACs, y aquellos con alta actividad de la enfermedad perdieron 0.28 (IC95%=- 0.27 - 0.30) AVACs. **Conclusión:** Independientemente del diagnóstico de AR o AI, los pacientes con artritis inflamatoria temprana activa representan una carga sustancial a la sociedad. Esto remarca la importancia de un tratamiento agresivo temprano en pacientes con esta condición.

EFICACIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DE LA TERAPIA ADITIVA CON LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y RESPUESTA INSUFICIENTE A LA MONOTERAPIA CON METOTREXATO

I. Carrillo[1]*, M. Marengo[1], H. Maldonado Ficcio[1], C. Waimann[1], S. Carolina[1], G. Citera[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

La adición de Leflunomida (LFN) es una alternativa para los pacientes con artritis reumatoidea (AR) que no respondieron a monoterapia con metotrexato (MTX). Sin embargo, la evidencia de la utilidad clínica de esta combinación es limitada. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la eficacia en la práctica clínica diaria del tratamiento combinado con MTX y LFN en pacientes con AR.

Material y métodos: se diseñó un estudio retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR '87) que recibieron terapia aditiva con LFN debido a respuesta insuficiente a monoterapia con metotrexato. Para la identificación de los pacientes se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con AR que concurren a la consulta reumatológica a nuestra institución desde el 01 de abril al 01 de septiembre del 2011. Fueron excluidos pacientes que previo al combo habían recibido monoterapia con LFN o combinación con otra droga modificadora de la AR (DMAR). Se consignaron datos sociodemográficos, datos clínicos, dosis de esteroides, fecha de inicio y falla de la combinación. Falla de la combinación fue definida como: suspensión de la combinación (una o ambas drogas) debido a evento adverso, indicación de otra DMAR o agente biológico. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y análisis de sobrevida (curva de Kaplan Meier).

Resultados: se revisaron un total de 640 historias clínicas, identificándose 57 pacientes con tratamiento combinado con MTX y LFN, de los cuales 40 cumplieron criterios de inclusión. El 80% eran mujeres, con una duración de la enfermedad de 16 ± 9 años, edad media de 59 ± 8 años. Al inicio del combo la media de articulaciones inflamadas y dolorosas fue de 7±4 y 6±5, respectivamente. Pre-combo, la dosis media de MTX fue de 22 ± 4 mg/semana y 75% recibían prednisona (media 5 ± 4 mg/día). Luego de haber recibido la combinación un 52% presentó una mejoría en el recuento de articulaciones inflamadas del 20%, un 40% mejoró un 50%, y un 35% mejoró 70% respectivamente. La mediana de sobrevida global de la combinación fue de 574 (IC95%: 329-824) días. Veintinueve (73%) de los pacientes presentaron falla al tratamiento combinado: 18 (45%) por indicación de agente biológico, 2 (5%) por adición de triple terapia, y 9 (23%) por evento adverso. En este grupo, la mediana de tiempo a la falla fue de 459 (IC95%: 215-642) días. Once pacientes nunca presentaron falla al tratamiento (mediana de seguimiento=616 días), 9 de los cuales (82%) presentaron mejoría clínica, con una reducción media del 78% en el recuento de articulaciones inflamadas.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con AR y respuesta insuficiente a la monoterapia con MTX se benefició clínicamente con la adición de leflunomida, sin embargo, tras una mediana de 15 meses, el 73% debió adicionar otra terapia o suspender la combinación por evento adverso.

FIBROMIALGIA Y PUNTOS DOLOROSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Medina[1]*, S. Papisidero[1], R. Chaparro Del Moral[1], O. Rillo[1],
[1]Hospital General De Agudos Dr. E Torná, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Se ha informado que 12 al 17% de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) padecen fibromialgia (FM). Un estudio reciente evidenció que la presencia de puntos dolorosos (PD) afecta en forma significativa los valores del DAS28. **Objetivos:** Valorar la frecuencia de FM y la presencia de PD en pacientes con AR. Analizar la relación entre los PD y las evaluaciones clínicas. **Material y métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes >18 años con diagnóstico de AR (ACR '87 y ACR/EULAR '10). Se consignaron datos demográficos, características de la enfermedad, rigidez matutina (RM), EVA (dolor, global paciente y médico) y comorbilidades. Los pacientes completaron los cuestionarios HAQ, RAQoL y RAID; posteriormente, uno de los autores (MMA), evaluó los PD para FM y el número de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI) en un recuento de 68/66. Se calculó DAS28, IAS y SDAI. Análisis de los datos: estadística descriptiva, coeficiente de correlación de Pearson (r), test de Student, ANOVA y pruebas post hoc. **Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes, 84% mujeres, con un promedio de edad de 53±11 años y una mediana de tiempo de evolución de 60 meses (RIC 36-120). El 35% presentaban nódulos subcutáneos, 20% Síndrome de Sjögren secundario y 77% erosiones radiológicas. El 34% se encontraban en tratamiento con esteroides, 76% con DMARs (61% metotrexate) y 7% con biológicos. El 33% tenían RM <1 hora. El valor promedio de DAS28 fue 4.31 ± 1.5, el del HAQ 1.2 ± 0.75, RAQoL 15 ± 8 y RAID 5.3 ± 2.5; la mediana del IAS fue 15 (RIC 8-27) y del SDAI 13 (RIC 5-23). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (26%) y osteoporosis (41%). Ocho mujeres cumplieron criterios para FM (ACR '90), las cuales fueron excluidas del análisis. El 49% de los pacientes no presentaba PD; 30% tenían 1 a 5 PD; y 21% >6 PD. El número de PD se correlacionó con el NAD (r = 0.563 p < 0.01). Al evaluar los pacientes por grupos (ausencia de PD vs 1-5 PD vs >6 PD), se observaron valores más altos de DAS28 (5.5 ± 1.2), SDAI (25 ± 15), IAS (28 ± 13), HAQ (1.4 ± 0.5), RAQoL (20 ± 6), RAID (5.8 ± 2) y EVAGP (66 ± 19) en el grupo >6 PD, todos con p < 0.01. **Conclusiones:** Observamos una frecuencia de FM del 8%. Los PD fueron hallados en el 51% de los pacientes. Aquellos con >6 PD presentaron una mayor actividad de la enfermedad, peor capacidad funcional y peor calidad de vida.

PAPILOMA VIRUS HUMANO Y LESIONES PRECURSORAS DE MALIGNIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Juárez[1]*, M. Machado Escobar[1], R. Martínez[1], F. Colombres[1], P. Apas Perez De Nucc[1], G. Cohen Imach[1], S. Ortiz Mayor[1], A. Cerón[1], I. Aybar Odstreil[1], M. Santana[1], A. Berman[2], V. Bellomio[1], E. Lucero[1], T. Alvarez[3], A. Lacaze[3], A. Sanchez[3], V. Juárez[4],
[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina
[2]Centro Privado De Reumatología, Argentina
[3]Hospital Privado De Córdoba - Centro De Biología Molecular, Argentina
[4]Salta, Argentina
[*] Presentador

[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina

[2]Centro Privado De Reumatología, Argentina

[3]Hospital Privado De Córdoba - Centro De Biología Molecular, Argentina

[4]Salta, Argentina

[*] Presentador

La infección por Papiloma Virus Humano (HPV) se detecta en 5 - 40% de las mujeres en edad reproductiva, y es el principal factor causal de cáncer cervicouterino vinculado a los subtipos 16,18, 31,33 y 35. Las Lesiones Precursoras de Malignidad (LPM) diagnosticadas por Papanicolaou (PAP) son: Células Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) y Lesión Intraepitelial Escamosa asociada a HPV (LIE de Bajo y Alto Grado). Según estudios previos, las pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tendrían mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino comparado con mujeres sanas.

Objetivos: Evaluar la presencia de Lesiones Precursoras de Malignidad en cuello uterino de pacientes con AR y LES y su relación con HPV; y determinar la asociación entre la terapéutica inmunosupresora y el desarrollo de LPM.

Material y método: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con AR (ACR-EULAR 2010) y LES (ACR 1992), sexualmente activas, que concurren en forma consecutiva al Servicio de Reumatología entre mayo de 2011 y julio de 2012; y un grupo control sin patología reumática pareado por edad. Se realizó examen ginecológico, PAP, colposcopia (CP) y Reacción en Cadena de la Polimerasa para HPV (PCR) para 13 genotipos (AMPLICOR Human Papiloma Virus test, ROCHE). El servicio de Anatomía Patológica y el laboratorio fueron ciegos para ambas determinaciones. Se excluyeron embarazadas y pacientes con historia de HPV o neoplasia. Se estudiaron variables clínicas (DAS 28, HAQ, SLEDAI, SLICC), terapéuticas (droga, dosis, dosis acumulada, tiempo de tratamiento), ginecológicas y anatomopatológicas.

Resultados: Se incluyeron 172 mujeres; 86 pacientes (48 LES y 38 AR), edad media 41.4 ± 12.1 años y 86 controles, edad media 38.3 ± 11 años. El 82.5% (71) de las pacientes tuvo PAP normal, mientras que 64% (55) de los controles tuvo PAP inflamatorio; ASCUS en 5 pacientes (2 LES, 3 AR) vs. 8 controles, LIE de Bajo Grado en 6 pacientes (5 LES, 1 AR) vs 10 controles y 6 LIE de Alto Grado sólo en los controles (p<0.0001). PCR para HPV fue positiva en 38.4% (33) pacientes y en 55% (47) del grupo control (p=0.046). Al discriminar por enfermedad, los controles persistieron con mayor frecuencia de HPV (12 AR vs 21 LES vs 47 controles, p<0.0001). Al estimar las prevalencias de HPV ajustadas por edad, se encontró que el grupo AR tuvo una prevalencia significativamente menor, mientras que en LES y controles fue similar. El modelo de regresión logística mostró que las pacientes con AR de menor edad, tuvieron menor chance de PCR +. En las pacientes con LES, LIE de Bajo Grado se asoció significativamente a HPV, mientras que en los controles se asoció con ASCUS y LIE de Alto Grado (p<0.0001). En pacientes con AR no se encontró asociación entre PAP y PCR. El uso y dosis acumulada de glucocorticoides y el tratamiento inmunosupresor no se asociaron a PCR + (p=NS).

Conclusión: No encontramos mayor frecuencia de HPV ni LPM en esta serie comparada con la población control. El tratamiento inmunosupresor no se asoció a la presencia de HPV.

45° Congreso Argentino de Reumatología

17 al 20 de octubre de 2012

Hotel Sheraton, Córdoba, Capital
Argentina

Organizado por la
**Sociedad Argentina
de Reumatología**

Sección pósters	18 de octubre	43 a 113
Sección pósters	19 de octubre	114 a 178
Sección pósters	20 de octubre	179 a 247

CONDROCALCINOSIS, CORRELACION ESTUDIO ECOGRAFICO REUMATOLOGICO Y VISION ARTROSCOPICA

E. Perez Araña[1]*, O. Paez Mena[1], R. Damil Castro[1],
[1]Centro Privado Tomografía Computada, Villa Mercedes, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION

La condrocalcinosis se caracteriza por el depósito de sales de pirofosfato, en las articulaciones, particularmente en los cartílagos, tejido sinovial, meniscos y ligamentos.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es investigar las articulaciones con depósitos cálcicos la presencia de pirofosfato de calcio, correlacion ecográfica y artroscopia.

MATERIAL Y METODOS

Se han realizado 12 ecografías de rodillas utilizando un equipo Mindray, con una sonda de 7.5-10, se les realizo artroscopias de rodilla con depósitos calcáreos, donde se han tomado biopsias en numero de 4 a 6 en los lugares representativos, posteriormente una tinción de HE y llevado al microscopio de luz polarizada. Imágenes Macroscópicas: aspecto pastoso y condroide, las lesiones realizan un puntillado fino del fibrocartilago. Imágenes Microscópicas: los cristales rectangulares facetados rodeados por células condroides. La ecografía y artroscopia fueron realizadas por el mismo reumatólogo y la anatomía patológica descripta por el mismo patólogo. Con un estudio longitudinal, retrospectivo, que se extiende desde enero 2007-diciembre 2011.

RESULTADOS

La edad de los pacientes entre 49 y 78, hombres 8 (66.67%) y mujeres 4 (33.33%). Sexo femenino mayor frecuencia. La condrocalcinosis se diagnostico histológicamente en 6 (53.7%) ultrasonografía y se confirmo artroscopicamente en el 100%

CONCLUSIONES

El ultrasonido fue el método menos invasivo con una gran sensibilidad y especificidad. La concordancia mas significativa se encontró entre la ecografía versus artroscopia.

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DIFERENCIAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS EN ARTRITIS PSORIÁTICA SEGÚN SEXO Y DIFERENTES GRUPOS ETARIOS

M. Gonzalez Guzman[1]*, I. Carrillo[1], M. Landi[1], H. Maldonado Fico[1], J. Maldonado Cocco[1], C. Giraldo[2], R. Chaparro Del Moral[2], G. Citera[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psicofísica, Capital Federal, Argentina
[2]Hospital Dr. E Tornú, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

En vista de que en pacientes con Artritis Psoriática (APs) no se ha esclarecido de una manera definida las diferencias según la edad de comienzo y el género el objetivo de éste trabajo fue establecer las diferencias clínicas y radiológicas según sexo y distintos grupos etarios acorde a la edad de inicio de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, antecedentes heredo-familiares, datos al inicio de la enfermedad y forma de evolución. Se realizó recuento articular de 66/68 articulaciones tumefactas y dolorosas e índice entésico de MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score). Psoriasis cutánea (Ps) se valoró por medio del PASI (Psoriasis Area Severity Index) y compromiso ungueal por PNSS (Psoriatic Nail Severity Score). Se valoró capacidad funcional por HAQ (Health Assessment Questionnaire), calidad de vida por PsAQoL (Psoriatic Ankylosing Quality of Life), compromiso periférico por DAS28 (Disease Activity Score) y axial por BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) y BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Para la evaluación radiológica se utilizó el score de BASRI y de Sharp van der Heijde modificado para APs. **Análisis estadístico:** Estudio multicéntrico de corte transversal. Los datos categóricos fueron comparados por Test χ^2 o Test exacto de Fisher y los continuos por la prueba de T y ANOVA. Se consideró significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes consecutivos, 40 mujeres y 30 varones. Una mediana de edad de 53.5 años (RIC 44-64.2). La mediana de inicio de psoriasis cutánea (Ps) fue de 32 años (RIC 20-45.2) y de inicio de APs de 41 años (RIC 32-53) con una mediana de evolución de APs de 7.3 años (3.8-13.3). Al comparar diferencias entre géneros no se encontró diferencia significativa en edad, edad al inicio de APs o Ps, escala visual análoga (EVA) del médico, recuento articular, DAS28, BASFI, PASI, forma de presentación de Ps, compromiso ungueal, en las formas de inicio de APs o de su evolución. El sexo femenino presentó significativamente mayor EVA de dolor, dolor nocturno, actividad, fatiga, mayor índice de MASES, peor calidad de vida, capacidad funcional y mayor BASDAI. En cuanto al daño radiológico no hubo diferencias, a excepción del compromiso cervical que fue significativamente mayor en los varones. No se encontraron diferencias significativas en los datos sociodemográficos, clínicos ni radiológicos en los diferentes grupos etarios establecidos. **Conclusiones:** Las mujeres presentaron significativamente peor calidad de vida, capacidad funcional y peores scores de autoevaluación de su enfermedad, mientras que los varones presentaron mayor compromiso cervical. No se encontraron diferencias entre los diferentes grupos etarios.

ENCUESTA SOBRE LA UTILIZACIÓN, CONOCIMIENTO Y ACCESIBILIDAD DEL REUMATÓLOGO ARGENTINO A LA ULTRASONOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA (USME).

M. Audisio[1]*, A. Bertoli[2], S. Ruta[3], G. Py[1],
[1]Hospital Nacional De Clínicas, Argentina
[2]Instituto Reumatológico Strusberg, Argentina
[3]Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Evaluar acceso, modo de utilización e interés en el aprendizaje de la USME.

Materiales y Método: Encuesta anónima a médicos asistentes al 44 Congreso Argentino de Reumatología. Datos obtenidos: especialidad médica, años de ejercicio profesional, lugar de desempeño de la actividad profesional, acceso a la USME, especialista a quien deriva para la realización de la USME, motivos de solicitud, articulaciones más frecuentemente evaluadas e interés en el aprendizaje USME.

Resultados: Respondieron 163 médicos con una edad mediana de 37.5 (RIC de 31-45) años y con 9 (2-14) años de ejercicio profesional. El 73% eran reumatólogos, 21% internistas y el 6% de otras especialidades. El 99% trabajaba en ciudad, 16% en pueblo y 1.2% en zona rural. El 69% trabajaban en ámbito universitario y el 30% en práctica privada. El 50% de los encuestados disponían de un equipo de US en el servicio de reumatología donde trabajaban, el 30% tenían acceso al equipo dentro de la institución y el 20% no tenían acceso a la USME en la institución. El 46% derivaba a un reumatólogo entrenado en la técnica. El 89% consignó solicitar US de mano y muñeca, 55% de hombro, 39% de rodilla, 35% de tobillo y pie, 8% de cadera y el 7% de codo. El 84% refirió deseos de aprender el manejo de la técnica y equipamiento y el 97% de aprender a interpretar correctamente las imágenes adquiridas.

Tabla I: Motivo de utilización de la USME.

	Dx+Seg+Guía	Dx+Seg	Dx	Dx+Guía	Seg	Guía	Seg+Guía
Porcentaje	37	23	21	11	2	1	1

Dx: diagnóstico, Seg: seguimiento, Guía: guía para punción.

Conclusiones: La mayoría de los encuestados tienen acceso a equipos de US en las instituciones donde trabajan. Lo utilizan para diagnóstico, seguimiento de enfermedades y como guía para punción. Casi la mitad de los médicos derivan a reumatólogos entrenados en USME. Casi la totalidad de los encuestados tiene interés no sólo en aprender a interpretar el método, sino que la gran mayoría están interesados además en aprender a realizar la técnica, lo cual debería conducir a la implementación de una estrategia acorde a las necesidades de enseñanza y formación.

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

INFLUENCIAS DE LA EDAD EN LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON DERMATOPOLIMIOSITIS.

P. Finucci Curi[1]*, M. Pierrestegui[1], A. Ortiz[1], S. Páira[1],
[1]Hospital Im Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Descripción de la clínica y desenlace de nuestros pacientes con dermatopolimiositis y comparación según grupo etario. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo de corte transversal mediante revisión de historias clínicas de pacientes con dermatopolimiositis (criterios de Bohan y Peter 1975) desde el año 1987 al 2012 donde se evaluaron las siguientes variables: datos demográficos, clínica, tratamiento y desenlace. Evaluamos las características de 21 pacientes, 17 con dermatopolimiositis (DM) y 4 con polimiositis (PM) y se analizaron las variables según edad (punto de corte 55 años). **Resultados:** El número de pacientes diagnosticados por debajo y por encima de los 55 años fue similar (11 y 10 respectivamente) siendo en su mayoría DM (80%), con amplio predominio de mujeres en ambos grupos. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era mayor en el grupo de los jóvenes y no había diferencias en el tiempo medio de seguimiento. Las manifestaciones en piel fueron similares en sendos grupos, predominando el signo de heliotropo en los jóvenes y el de Gottron en los mayores, sin relevancia estadística. Se observó mayor frecuencia de debilidad muscular en pacientes jóvenes, sobre todo en cintura pelviana y cuello, no resultando estadísticamente significativo. El número de pacientes con compromiso pulmonar fue bajo, sin diferencias según la edad. La disfgia alta fue el síntoma GI más frecuente, encontrándose en iguales proporciones entre los dos grupos. 3 pacientes con DM sufrieron neoplasias, 2 cáncer de mama en mujeres jóvenes y un hepatocarcinoma en una paciente añosa (DM paraneoplásica). Fallecieron 3 pacientes, 2 mayores de 55 años, todos por causas extrareumáticas. **Conclusión:** Si bien se ha descrito el mayor compromiso pulmonar y esofágico de pacientes añosos (Marie et al 1999), en nuestra serie no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a manifestaciones clínicas, desarrollo de neoplasias y mortalidad.

47

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ESCLEROSIS SISTÉMICA: DIFERENCIAS SEGÚN EDAD DE PRESENTACIÓN

P. Finucci Curi[1]*, M. Pierrestegui[1], A. Ortiz[1], S. Páira[1],
[1]Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Comparar según grupo etario nuestra serie de pacientes con esclerosis sistémica. Materiales y métodos: estudio retrospectivo de corte transversal mediante revisión de historias clínicas desde el año 1987 al 2012 donde se analizaron las siguientes variables: datos demográficos, manifestaciones clínicas, tratamiento y desenlace. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos etarios tomando como punto de corte los 55 años y se los comparó. Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, de los cuales 18 tuvieron enfermedad difusa y 24 limitada. 12 pacientes eran mayores de 55 años (28%). El compromiso fue difuso en el 50% de los menores de 55 años y en el 25% de los mayores. Dentro de las manifestaciones en piel, las variables pitting scars y esclerodermia proximal predominaron en jóvenes; calcinosis y frotos tendinosos fueron las únicas variables observadas con más frecuencia en pacientes mayores, si bien ninguna de estas diferencias mostró significancia estadística. Necrosis acral se observó sólo en 2 pacientes menores de 55 años. Las variables raynaud, esclerodactilia, signo del cuello y telangiectasias se presentaron en proporciones similares en ambos grupos. El compromiso pulmonar fue mayor en jóvenes, resultando la única diferencia estadísticamente significativa ($p=0,049$). Sin embargo la hipertensión pulmonar y las pruebas alteradas de función pulmonar fueron similares. En los jóvenes también predominaron las manifestaciones gastrointestinales, siendo la disfagia baja el síntoma más frecuente. La manometría fue patológica en 3 pacientes menores a 55 años. Manos tumefactas y compromiso articular también prevalecieron ampliamente en jóvenes. La incidencia de neoplasias y pacientes fallecidos no mostró diferencias. Conclusión: si bien el inicio de la enfermedad más allá de los 55 años es menos frecuente, hemos encontrado menor incidencia de manifestaciones clínicas, a excepción de la calcinosis y los frotos tendinosos, siendo el compromiso pulmonar el único que predominando en jóvenes mostró significancia estadística. No hallamos diferencias en la incidencia de hipertensión pulmonar, neoplasias ni mortalidad.

Page 1/1

48

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CAPILAROSCOPIA Y COMPROMISO VISCERAL EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA.

L. Marino[1]*, E. Knoebel[1], L. Takahashi[1], L. Techera[1], M. Oliver[1], P. Gonzalez[1], F. Romanini[1], M. Fonseca[1], M. Mamani[1],
[1]Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: Los pacientes con esclerodermia (SSc) muestran en la capilaroscopia 3 patrones típicos que se clasifican en temprano, activo y tardío dependiendo de la presencia de megacapilares, zonas avasculares y microhemorragias. Los cambios en el lecho ungueal representarían una reproducción morfológica de la evolución de la SSc. El objetivo de nuestro trabajo fue establecer si los pacientes con SSc que presentan el patrón tardío tienen mayor frecuencia de compromiso visceral que los pacientes con patrones temprano y activo. **Material y Métodos:** Pacientes con diagnóstico de SSc según criterios de ACR, fueron distribuidos en dos grupos según la presencia del patrón tardío y del temprano/activo. El compromiso visceral se evaluó mediante: ecocardiograma, manometría de esófago, tomografía computada de alta resolución de tórax, espirometría, test de la caminata, DLCO. **Resultados:** Se reclutaron 44 mujeres y 2 hombres. Veintinueve pacientes con el patrón tardío presentaron una edad media de 55,5±11,3 años y una mediana de duración de la SSc de 8 años (1 a 30). Diecisiete pacientes con patrón temprano/activo tenían una edad media de 55±13,9 años y una mediana de duración de 10,5 años (3 a 40). En cuanto a la afectación pulmonar, sólo la presencia de panal de abejas mostró resultados estadísticamente significativos ($p=0,03$) en el grupo con patrón tardío. La presencia de infiltrados intersticiales y fibrosis fue más frecuente en los pacientes con patrón tardío, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, la imagen en vidrio esmerilado fue más frecuente en el grupo con patrón temprano/activo. En las pruebas de función pulmonar, la espirometría ($p=0,03$) y la DLCO ($p=0,02$) mostraron mayor frecuencia de valores alterados para el patrón tardío. Igualmente en la manometría se halló una diferencia estadísticamente significativa en el grupo con patrón tardío ($p=0,0024$). **Conclusión:** Los pacientes con SSc con patrón tardío presentaron mayor frecuencia de compromiso pulmonar y esofágico en forma estadísticamente significativa. Nuestros resultados confirman que el patrón tardío en la capilaroscopia se asocia con mayor compromiso visceral

Page 1/1

49

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES

D. Puente[1]*, M. Delgado[1], G. Crespo[1], R. Seisdedos[1], M. Mamani[1],
[1]Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

OBJETIVOS: Los anticuerpos (Atc) antifosfolipídicos pueden ser encontrados en el 2% de la población sana. Un tercio de los pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) tienen Atc antifosfolipídicos positivos pero no todos presentan síndrome antifosfolipídico. Los Atc anticardiolipinas son positivos en alrededor del 80% de los pacientes con síndrome antifosfolipídico, el Inhibidor lúpico solo en 20% y ambos aproximadamente en el 60%, estando asociados a las manifestaciones clínicas. Nuestro objetivo fue estimar la prevalencia de Atc antifosfolipídicos en pacientes con diagnóstico de LES y sus manifestaciones clínicas asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, que fueron seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Rivadavia desde 1980 a junio del 2012.

RESULTADOS: De 143 pacientes con LES, 98 (68,5%) (IC 58,8- 76,8) presentaron positividad para Atc antifosfolipídicos; 85,7% (IC 77,4 - 91,3) Atc anticardiolipinas positivas; 37,7% (IC 28,8 - 47,5) inhibidor lúpico positivo y 9,1% (IC 4,6 - 16,5) Beta2 Glicoproteína positivo. Hubo 3 (2,09%) (IC 0,16- 7,5) casos de trombosis venosa en miembro superior confirmada por doppler, una en un paciente masculino con inhibidor lúpico positivo y dos en pacientes femeninas con anticardiolipinas/inhibidor lúpico positivos. De 16 (11,1%) (IC 6,2-19) pacientes que tuvieron abortos, 9 (56,2%) (IC 46,4-65,52) tenían Atc antifosfolipídicos; 8 (50%) (IC 40,3-59,6) Inhibidor lúpico positivo; 7 pacientes (43,7%) (IC 34,3-53,4) con anticardiolipinas y 1 paciente (6,2%) (IC 2,6-12,9) con Beta2 glicoproteína.

CONCLUSIONES: En este estudio retrospectivo y descriptivo encontramos que más de la mitad de los pacientes lúpicos presentaban positividad para Atc antifosfolipídicos en al menos una oportunidad a lo largo de su enfermedad. Sin embargo las manifestaciones clínicas estuvieron presentes en menor proporción siendo más frecuentes en mujeres, coincidiendo con comunicaciones de cohortes internacionales.

50

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA

L. Braun[1]*, M. Gauna[1], V. Martíre[1], R. Seisdedos[1], M. Mamani[1],
[1]Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: El hipotiroidismo se asocia a otras enfermedades autoinmunes como la Artritis Reumatoidea (AR) en su evolución clínica. Se estima una prevalencia entre el 6-15% según diversos autores. El objetivo de nuestro trabajo es estimar la prevalencia y el desarrollo previo de hipotiroidismo autoinmune en pacientes con diagnóstico de AR.

Materiales y métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR, según criterios del American College of Rheumatology de 1987, mayores de 18 años en seguimiento en el Servicio de Reumatología del Hospital Rivadavia. Se evaluó la presencia de TSH mayor a 4,2 mIU/L, de anticuerpos antitiroideos y la relación temporal entre el diagnóstico de ambas enfermedades.

Resultados: Se revisaron 275 historias clínicas. Del total de pacientes 82,9% (228) eran mujeres y 17,1% (47) hombres. La edad media fue 53,9 años (20-83). Presentaron diagnóstico de hipotiroidismo autoinmune el 8,36% (IC 4,16 - 15,64) (23) de los pacientes. Evaluando el tiempo de evolución de AR y el diagnóstico de hipotiroidismo, se constató que un 43,48% (IC 34,18 - 53,26) tenía antecedentes de hipotiroidismo previo a su diagnóstico de AR, 39,13% (IC 30,13 - 48,94) desarrolló hipotiroidismo luego del diagnóstico de AR y en el 17,39% (IC 11,11 - 26,08) fue un hallazgo en el momento de diagnóstico de AR. El tiempo medio entre el diagnóstico de hipotiroidismo y de AR fue 13,4 años (5-20 años) y de 9,1 años (1- 20 años) en los que el diagnóstico fue posterior a AR.

Conclusión: Según nuestros resultados, la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con Artritis Reumatoidea, coincide con la bibliografía publicada en cohortes internacionales. Respecto a la relación temporal entre ambas enfermedades autoinmunes, encontramos que nuestros pacientes presentaron mayor frecuencia de hipotiroidismo previo a la aparición de la AR.

Page 1/1

ENCUESTA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS. PANLAR (LIGA PANAMERICANA DE REUMATOLOGIA)- SOLAPSO (SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PSORIASIS).

S. Gasis[1], S. Toloza[2][*], R. Valle Oñate[3], L. Espinoza[4], R. Veira[5], N. Kogan[5],
 [1]Hospital Ramos Mejía, Argentina
 [2]Hospital San Juan Bautista, Catamarca, Argentina
 [3]Hospital Militar, Bogota, Colombia
 [4]Houston, USA
 [5]Ramos Mejía, Argentina
 [*] Presentador

Introducción: Hay pocas datos por encuesta de opinión. Objetivos: diagnóstico de situación sobre la atención estos pacientes en Latinoamérica. M y M: Se realizó encuesta por Internet para Reumatólogos PANLAR y Dermatólogos SOLAPSO. Fueron 18 preguntas similares para ambos grupos. Resultados: 124 reumatólogos y 235 dermatólogos la respondieron. Más del 50% de los especialistas tenían más de 10 años de atención. Los reumatólogos atienden entre 1 y 10 pacientes por mes (67%), sólo un 4%; 25 o más de consultas al mes vs 30% de los dermatólogos. Cuando se analizan las comorbilidades: los dermatólogos interconsultan más la diabetes (82% vs 67%) y el peso (59% vs 42%) que los reumatólogos. Las demás comorbilidades son consideradas por igual. Conclusiones: Los reumatólogos atienden entre 1 y 10 pacientes por mes (67%), interconsultan menos los pacientes diabéticos y con sobrepeso que los dermatólogos.

E. Benavente¹ [*], M. Porcel De Peralta², A. Paonessa², M. Simonello³, S. Paira¹,
¹ Sección De Reumatología, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina
² Cátedra De Toxicología, Farmacología Y Bioquímica Legal, fbch, uni, Santa Fe, Argentina
 [*] Presentador

Objetivos: Evaluar el daño generado por exposición ambiental a mezclas de plaguicidas en pacientes con diagnóstico de LES, determinando marcadores enzimáticos de exposición, estado oxidativo y daño oxidativo en el DNA. Comparar si existen diferencias entre los pacientes con LES que viven en zonas rurales o urbanas y controles sanos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 40 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997), 20 con residencia actual e histórica en la ciudad de Santa Fe/Santo Tomé, y 20 oriundos y residentes en pueblos fumigados. Grupo control individuos sanos (20 pacientes) mapeados por edad y sexo. En los pacientes con LES se evaluaron variables clínico demográficas. Se caracterizó la exposición a los pesticidas mediante la determinación de las actividades de Butirilcolinesterasa Plasmática (BChE) y Acetilcolinesterasa Eritrocitaria. Se Evaluó el Estado Oxidativo a través de la determinación de las actividades de Catalasa (CAT), la relación Glutatión oxidado/reducido (GSH/GSSG) y la peroxidación lipídica (TBARS) el daño oxidativo del DNA a partir de las bases pirimídicas oxidadas (sitios FPG) mediante la aplicación del Ensayo Cometa en sangre periférica. El análisis estadístico se realizó con SPSS 11.5 para Windows.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes con LES, con una edad media de 31,9(±10,5) años, una edad al diagnóstico de 27,6(±8,4) años, y un tiempo medio de evolución de 7,81(±6,9) años. Se encontraban activos 10 pacientes (25%). La mediana de SDI a los 5 años fue de 1,0 (IQ=0-3). En los pacientes oriundos de pueblos fumigados el tiempo medio de residencia en la zona fue de 28(±18) años, con una distancia de la superficie sembrada de 261 (±221) metros, solo el 20% conocía el tipo de pesticidas que se utilizaban en su zona. Estuvieron en contacto directo con pesticidas 5 pacientes (21%), habiendo presentado reacciones adversas 2 pacientes. Los pacientes con LES de ambos grupos presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los controles sanos en cuanto a: disminución de la actividad de BChE, mayor actividad de CAT y de GSSG, y menor relación GSH/GSSG. Al compararlos según su localidad, no se encontraron diferencias clínico-demográficas, la actividad de CAT fue significativamente menor en los pacientes de pueblos fumigados 678,8(±555,5) KU/g Hb (p=0,028) y si bien no se demostraron diferencias significativas (p=0,139), los pacientes de zonas fumigadas presentaron un 75% más de daño oxidativo en el DNA (Sitios FPG).

Conclusión: Los pacientes con LES de ambas poblaciones mostraron mayor estado oxidativo que los individuos sanos, encontrándose significativamente menor capacidad de respuesta al estrés por menor actividad de CAT en los pacientes de pueblos fumigados. Aunque sin significancia estadística se observó un daño oxidativo al DNA mayor en los residentes en zonas fumigadas.

ULTRASONOGRAFIA, UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO

W. Spindler[1][*], A. Spindler[1], H. Berman[1], A. Berman[1], M. Santana[2],
 [1]Centro Medico Privado De Reumatología, Tucuman, Argentina
 [2]Facultad De Medicina De Tucuman, Argentina
 [*] Presentador

Ultrasonografía (US) es un método práctico y no invasivo para el diagnóstico de síndrome del tunel carpiano (STC); sin embargo no se ha estudiado si puede ser de utilidad en etapas tempranas del STC.

Objetivo: Evaluar el diámetro del nervio mediano mediante US para determinar si hay una medida para el diagnóstico temprano del STC.

Material y Método:

Se incluyeron 48 pacientes con diagnóstico clínico de STC uni o bilateral, por tener alteraciones sensoriales (parestias predominantemente nocturnas) en el área de distribución del nervio mediano, con test de Tinnel y/o Phalen positivo; 9 pacientes tenían ≤1 mes de evolución de los síntomas. El grupo control eran 25 voluntarios con gonalgia o coxalgia sin síntomas de STC. Se excluyeron pacientes con cervicalgia, de cualquier origen, irradiado a manos, dolor y/o disestesias en manos, historia de trauma, cirugía en manos y enfermedades sistémicas (ej. Diabetes mellitus, nefropatía, trastornos tiroideos, o enfermedades del tejido conectivo) que puedan causar neuropatía. Solo se incluyeron pacientes que pudieron determinar la fecha de comienzo de los síntomas. Un solo reumatólogo con cuatro años de experiencia en US musculoesquelética, ciego para el diagnóstico clínico, realizó el examen US en escala de grises con ecógrafo General Electric portable Logiq-e, traductor lineal 8-13 MHz. El área en sección transversal del nervio mediano se midió 3 veces con caliper digital, usando para el análisis el valor medio de estas mediciones. Se utilizaron curvas ROC para obtener los puntos de corte para el diagnóstico del STC para todos los pacientes y para aquellos con STC temprano, un mes o menos de evolución. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando Stata SE software de 10.0 para Windows.

Resultados:

De los 48 pacientes con STC, 43 eran de sexo femenino, edad media 56,2 años de edad (SD± 10,9) al momento del diagnóstico; 5 de sexo masculino, edad media 57,8 años de edad (SD± 20,6); en el grupo control constituido por 25 mujeres, edad media fue de 52,8 años de edad (SD± 14). La media de evolución del STC fue de 5,0 meses (SD± 6,3). El análisis de la curva ROC mostró una sensibilidad del 72% y una especificidad del 80% para el área de 0,11 cm²; esta medida fue 66% y 92%, respectivamente para el área de 0,12 cm². Sin embargo, para los pacientes con ≤1 mes de evolución de los síntomas el área de 0,11 cm² la sensibilidad fue de 78% vs. 22%; especificidad 80% vs. 93% para 0,11 cm² y 12 cm² respectivamente.

Conclusiones:

Nuestro estudio confirma que la US es de utilidad para el diagnóstico de STC, aún en etapas tempranas. El corte de 0,12 cm² debe ser el valor usado para su diagnóstico. La medida de 11 cm² de diámetro debe ser considerado para el diagnóstico en pacientes con síntomas de STC de ≤1 mes de evolución.

R. Gontero¹ [*], M. Bedoya¹, E. Benavente¹, S. Roverano¹, S. Paira¹,
¹ Hospital J.M Cullen, Argentina
 [*] Presentador

Introducción: La osteonecrosis (ON) es una de las manifestaciones articulares con mayor morbilidad en el LES (incidencia 2,8-40%). Más frecuente en cabeza femoral, suele ser bilateral, afectando 2 o más articulaciones. Se asocia con ciertas manifestaciones clínicas, comorbilidades, anticuerpos, tratamiento esteroideo e inmunosupresor.

Objetivos: Determinar la proporción de ON y factores asociados al desarrollo de ON en LES. Realizar un análisis descriptivo de las ON.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 158 pacientes con LES (criterios ACR 1982), comparando datos demográficos, de laboratorio, manifestaciones clínicas, SLICC, SLEDAI, tratamiento citotóxico y esteroideo. En pacientes con ON se analizó tiempo de evolución y edad al diagnóstico de ON, forma de presentación, articulación comprometida, método diagnóstico, clasificación Ficat-Arlet y tratamiento realizado.

Método Estadístico: Test de Mann Whitney, t de Student, Fisher, Chi-2 y curva de Kaplan Meier.

Resultados: La ON se presentó en 15/158 pacientes (9,5%), 13 mujeres y 2 hombres. La mediana de edad al diagnóstico de ON 30 años (r:16-66) y del tiempo de evolución hasta el diagnóstico de ON 35 meses (r:1-195). En los 15 pacientes hubo 34 articulaciones con ON; 23 sintomáticas y 22 diagnosticadas por RNM. 26 ON fueron en caderas (24 bilaterales), 4 en rodillas y 4 en hombros. En 10 pacientes la ON afectó 2 articulaciones. Al inicio, 28 articulaciones estaban en estadio I-II y al final, 14 en estadio III-IV. 29 se trataron con reposo y 8 caderas requirieron reemplazo articular. El desarrollo de ON se asoció con aspecto cushing (p=0,014) OR 4,16 (IC 1,4-12,6) y SLICC 2do año (p=0,042). No se encontró relación con manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, tratamiento citotóxico, dosis acumulada de esteroides, dosis promedio diaria de esteroides, pulsos de metilprednisolona, ni actividad. Todos los pacientes con ON recibieron antipalúdicos, a diferencia de un 77% de aquellos sin ON.

Conclusiones: La proporción de ON fue del 9,5%, mayoría mujeres, 76% caderas (26) y el 92% bilateral. Asociándose significativamente con aspecto cushing y daño al 2do año. No se halló relación con el tratamiento.

55

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ULCERAS DIGITALES Y NO DIGITALES EN 86 PACIENTES CON ESCLERODERMIA: INCIDENCIA Y TRATAMIENTOS

M. Molina[1][*], P. Pucci[2], C. Amitrano[2], A. Lescano[2], M. Espíndola Echazú[1], G. Selem[1], A. Nitsche[2].

[1]Consultorio De Esclerodermia, Raynaud E Hipertensión Arterial Pulmonar. Consultorios De Medicina Int, Yerba Buena, Argentina

[2]Consultorio De Esclerodermia, Raynaud E Hipertensión Arterial Pulmonar. Sanatorio San José, Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las úlceras digitales (UD) ocurren en casi la mitad de los pacientes con esclerodermia (ESP).

Objetivos: Analizar incidencia y tratamientos de UD, no digitales y pérdida digital tisular en pacientes con ESP. **Métodos:** Estudio transversal. Análisis de las HC de 86 pacientes con ESP. Se excluyeron 4 pacientes con morfea. Consideramos: variantes de ESP, Raynaud, tipo de úlcera (digital o no digital), estado: curada o activa, pérdida digital tisular y tratamientos. **Resultados:** De 82 pacientes, 76 mujeres, edad media 53.9 años; tiempo medio de diagnóstico 7.2 años, variante difusa (dSSC) en 56 y limitada (lSSC) en 26 pacientes. Fenómeno de Raynaud presente en 97.8% con una duración media de 11.1 años; 46/82 pacientes tenían úlceras: 43 UD y 3 no digitales (piernas). Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) fue rastreada en 64 pacientes por EcoDopplerColor (confirmada en 15 pacientes por cateterismo). 18 de 34 pacientes con UD y 13 de 31 pacientes sin UD tenían niveles elevados de presión sistólica pulmonar (p=NS).

Distribución de Pacientes

Pacientes	N (%)	Diagnóstico	Evolución en años	Tabaco	HAP
Con UD	46 (56.1)	dSSC: 33 lSSC: 13	8.1	21	18
Sin UD	36 (43.9)	dSSC:23 lSSC: 13	6.1	15	13
p		NS	NS	NS	NS

Estado de las úlceras: curadas en 27 (58.7%); activas en 24 (52.2%); pérdida tisular digital en 19 pacientes (41.3%), 18 pacientes (39.1%) tenían más de un tipo de lesión (curada+activa+pérdida tisular). Un 12.5% de los pacientes con úlceras activas estaban sin tratamiento, un 29.1% con solo un fármaco y a dosis insuficientes (bloq. cálcicos, o sildenafil o aas o cilostazol), 12.5% dos fármacos, 37.5% tres y 8.3% cuatro fármacos. Solo 7 de 19 pacientes en tratamiento por UD recibían bosentan y 3 de esos 7 pacientes recibían bosentan por úlceras en piernas.

Conclusiones: Las UD en pacientes con ESP son frecuentes. Un rápido escalamiento terapéutico se hace necesario a fin de evitar daño tisular irreversible.

56

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

FUNCION DE LA MANO Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA Y ULCERAS DIGITALES

P. Pucci[1][*], C. Amitrano[1], A. Nitsche[1].

[1]Consultorio De Esclerodermia, Raynaud E Hipertensión Arterial Pulmonar. Sanatorio San José, Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las úlceras digitales (UD) afectan la función de la mano en pacientes con esclerodermia (ESP) causando dolor y diversos grados de discapacidad. Cuantificar dicha discapacidad no es habitual en la consulta diaria. En los últimos dos años evaluamos 86 pacientes con ESP, de los cuales 46 tenían UD con deterioro funcional.

Objetivos: Evaluar el impacto de las UD en ESP a través de: discapacidad global por HAQ, dolor medido por VAS, discapacidad de la mano con Escala de Función de la Mano de Cochin (CHFS) y movilidad por el Índice Modificado de Kapandji (MKI).

Métodos: Estudio de corte transversal. Análisis de HC de 86 pacientes con ESP. 46 de ellos con UD y deterioro de la función de la mano y evaluada en 14 de 46 pacientes mediante VAS, HAQ, CHFS y MKI. El CHFS es un cuestionario que analiza 18 AVD, con un puntaje de 0 a 5 para cada uno y un score total de 90. El índice MKI evalúa el carpo, la oposición del pulgar y la flexo extensión del resto de los dedos con un puntaje de 0 – 100 para ambas manos.

Resultados: Se evaluaron 14 pacientes; 13 mujeres; edad media 55 ± 10.16 años; tiempo medio de evolución de la ESP 7 ± 6.5 años. Cinco pacientes (36%) tenían diagnóstico de la variante difusa y 9 (64%) de la variante limitada de ESP. De cada paciente consideramos el estado de la UD: curada, activa o con pérdida tisular. 7 pacientes (50%) tenían combinaciones de lesiones.

En los 14 pacientes, independientemente del estado de la úlcera digital, el valor medio del HAQ fue 1.45; del VAS 4.76, del CHFS 25 y el valor medio total del MKI 81.28. Esto significa que en pacientes con ESP y UD es mayor el impacto en la pérdida de la función (HAQ, CHFS y MKI) que en el dolor (VAS).

Estado de UD	n:	14	VAS	HAQ	CHFS	MKI
Curadas	8	5.25 ± 2.74	1.41	30.87	79.25	
Activas	6	4 ± 2.73	1.51	18	84.00	
Pérdida tisular	7	4 ± 2.73	1.79	29	83.14	
Valor medio	14	4.76	1.45	25	81.28	

Conclusiones: La pérdida de función tuvo más impacto que el dolor. Los índices de HAQ, CHFS, VAS y MKI, como parte de nuestra práctica clínica diaria, en pacientes con ED, son herramientas útiles para decidir conductas farmacológicas y no farmacológicas

57

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ACCESO A LOS FARMACOS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA Y ULCERAS DIGITALES

C. Bento[1][*], A. Lescano[1], A. Nitsche[1].

[1]Consultorio De Esclerodermia, Raynaud E Hipertensión Arterial Pulmonar. Sanatorio San José, Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: En esclerodermia (ESP) las úlceras digitales (UD) se observan en más del 50% de los pacientes causando severa discapacidad. El tratamiento crónico con sildenafil y bosentan es altamente costoso. El acceso a estos tratamientos es usualmente demorado y en algunas oportunidades denegado. En los últimos dos años evaluamos 69 pacientes con diagnóstico de ESP y UD. La mayoría de estos pacientes presentaba diversos grados de discapacidad de sus manos. En algunas regiones de nuestro país cerca del 64% de los pacientes tienen únicamente acceso a los tratamientos a través del sistema público de salud.

Objetivos: Analizar el acceso de los pacientes a los fármacos provistos por los diferentes agentes del sistema de salud que consultaron a nuestro consultorio.

Métodos: Análisis de indicaciones, cobertura y la entrega de fármacos en 20 de 69 pacientes con ESP y UD. Se consideró: acceso al sistema de salud, tipo de sistema de salud, tratamientos indicados, acceso a los tratamientos, porcentaje de reembolso de los mismos o acceso sin costos y retraso en la entrega de los medicamentos.

Resultados: De 20 pacientes con ESP y UD, el 78% de los mismos tenía acceso a alguna forma de cobertura de salud; 22% solo accedía a través del sistema público. Un 35% de los pacientes poseían certificado de discapacidad. Sin certificado de discapacidad el sistema de salud solo cubría el 50-70% de los costos, lo cual resultaba para los pacientes un rechazo ya que no podían costear el 50 a 30% restante. Todos los pacientes, ya sea con o sin certificado de discapacidad sufrían un retraso en el acceso a los fármacos de más de tres meses. Los mismos correspondían a la región de la CABA, en la cual, el 51 a 74% de la población accede a la salud a través de una obra social o un pre-pago.

Conclusiones. El acceso a los diferentes tratamientos esta básicamente determinado por el tipo de cobertura médica que posea el paciente. Aún con una cobertura del 100% la demora en el acceso a los fármacos es mayor a 3 meses. La mayoría de los pacientes ignoran la posibilidad de poder obtener su certificado de discapacidad y como proceder.

58

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR: PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN

A. Fernández[1][*], R. Murciano[1], M. Risk[2].

[1]Hospital Vélez Sarsfield, Caba, Argentina

[2]Iba, Caba, Argentina

[*] Presentador

PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR: PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN

AUTORES: Murciano, RMI; Fernández, AEI; Risk, MR2; Derecho, EA; Bruno, DI, Ferraina IV.

1-Dulpo de patología Osteoarticular. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital de Agudos Galmaro Vélez Sarsfield. CABA.

2-CONICET-ITBA

INTRODUCCIÓN

En los ancianos existen múltiples cambios en la marcha, que determinan factores de riesgo de caídas. Presentamos un Programa de rehabilitación (PR) basado en el mantenimiento de la postura y el equilibrio, indispensables e imprescindibles para la reeducación de la marcha.

OBJETIVOS

Determinar si el PR, destinado a adultos mayores, mejora la marcha, el equilibrio y disminuye el riesgo de caídas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 152 pacientes, mayores de 60 años, con factores de riesgo de caídas. Se determinaron: sexo, edad, diagnóstico de osteoporosis (OP). Fracturas (Fx) pre y post intervención, uso de bastón. Se evaluó Marcha y equilibrio mediante escala de Tinetti, y Riesgo de caída mediante la escala EFST. Se realizó un PR de 3 meses, supervisado, donde se desarrollaron y entrenaron: las cualidades motoras, la propiocepción, el balance postural, el equilibrio y se reeducó la marcha.

RESULTADOS

148 mujeres (97,4%). La edad media 74.9 (6.9). 27/152 (17.8%) diagnóstico de OP. Fx pre 27/152 (17.8%): cadera 13/27 (48.1%), radio distal 6/27 (22.2%), columna 5/27 (18.5%) y húmero 3/27 (11.1%). Fx post: 9/152 (5.9%): radio distal 4/9 (44.4%), húmero 1/9 (11.1%), codo 1/9 (11.1%), falanges 1/9 (11.1%), fémur 1/9 (11.1%), peri protésica 1/9 (11.1%). Bastón pre (11.2%), costo (4%); p<0.001. Tinetti Equilibrio Pre 5.97 (3.04) y Tinetti Equilibrio Post 14.30 (1.99). P<0.001. Tinetti Marcha Pre 6.51 (2.79) y Tinetti Marcha Post 10.59 (1.21). P<0.001. Tinetti Total basal 12.48 (5.36); Tinetti Total post 24.85 (2.87); P<0.001. EFST: 84/143 (58.7%) pasaron de alto riesgo de caídas a bajo riesgo; 27/143 (16.8%) bajo riesgo; 32/143 (22.4%) alto riesgo; P<0.001.

CONCLUSIONES

EL PR, mejoró significativamente el balance postural, el equilibrio. Redujo el número de caídas y el uso de auxiliares de marcha.

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. EVALUACIÓN DE LA MASA ÓSEA.

M. Brance[1]*, L. Brun[2], J. Chiarpello[3], A. Sánchez[3], M. Abdala[1], B. Oliveri[4],
 [1]Servicio De Reumatología Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina
 [2]Laboratorio De Biología Ósea, Fac. Cs. Médicas, Rosario., Rosario, Argentina
 [3]Centro Endocrinología Rosario, Rosario, Argentina
 [4]Sección Osteopatías Médicas. Hospital De Clínica. Bas., Capital Federal, Argentina
 [*] Presentador

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica. Niveles bajos de vitamina D afectan la función muscular y el sistema inmune entre otros. El objetivo de este trabajo fue evaluar los niveles de 25-OH vitamina D (25OHD) en pacientes con AR en función de la actividad de la AR y estudiar la masa ósea. Se estudiaron 34 mujeres (10 premenopáusicas y 24 postmenopáusicas) con diagnóstico de AR y 31 mujeres (7 premenopáusicas y 24 postmenopáusicas) de edad e índice de masa muscular (IMC) similar (grupo control, C). Ningún caso recibía suplemento de vitamina D. Se determinó la actividad de AR por DAS-28 e índice de discapacidad por HAQ-DI. La 25OHD se determinó por quimioluminiscencia (oct-nov 2011). La densitometría ósea se realizó en columna lumbar para menores a 60 años y en cuello femoral para mayores a 60 años. Resultados (media±DS, Mann Whitney test): Edad (años): C: 53.9±12.0, AR: 51.9±10.8 (ns); IMC (kg/m²): C: 26.3±4.8, AR: 26.2±5.1 (ns); 25OHD (ng/ml): C: 26.82±11.2, AR: 20.3±5.3 (p<0.05), FAL (U/L): C: 98.1±50.9, AR: 191.3±83.6 (p<0.05); Z-score premenopáusicas: C: -0.52±1.55 (n=7), AR: -0.48±1.17 (n=10) (ns); T-score postmenopáusicas: C: -1.53±0.52 (n=24), AR: -2.21±1.02 (n=24) (p<0.05). La calcemia, fosfatemia, PTH, deoxipiridinolina y calciuria no mostraron diferencias. El grupo AR se caracterizó por: 1- tiempo de evolución: 7.3±8.1 años; 2- uso de GC: 4.9±5.8 años; 3- DAS-28: 3.9±1.0; 4- HAQ-DI: 1.3±0.9; 4: 71% erosivas, 29% no erosivas; 5- 70% seronegativas, 30% seropositivas. Analizando los niveles de 25OHD se halló: deficiencia <20 ng/ml: C: 22.6%, AR: 55.9%; insuficiencia 20-30 ng/ml: C: 58.1%, AR: 35.3%; óptimos >30 ng/ml: C: 19.3%, AR: 8.8% (Chi2 test, p<0.05). Menores niveles de 25OHD se asociaron a mayor actividad de la AR: inactiva (20.6%); 23.6±6.0 ng/ml; activa (moderada + muy activa) (79.4%): 19.4±4.8 ng/ml (Mann Whitney test, p<0.05). Se concluye que los pacientes con AR presentan menores niveles de 25OHD respecto del grupo control y a su vez, bajos niveles de 25OHD se asociaron a AR activa. La masa ósea de los pacientes con AR fue menor sólo en las postmenopáusicas en las cuales además del bajo nivel de 25OHD se asocia el tiempo de evolución de la AR, el uso de GC y la menopausia.

MANIFESTACIONES REUMÁTICAS EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO

M. Montiel Bertone[1]*, L. Onetti[1], I. Cadile[1], E. Mussano[1],
 [1]Hospital Nacional De Clínicas, Córdoba, Argentina
 [*] Presentador

Objetivos: determinar prevalencia de signos y síntomas musculoesqueléticos (ME) en pacientes (ptes) hipotiroideos y relacionarlo con la función tiroidea y las manifestaciones ME con enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) y no autoinmune (ETNA). M. y m: estudio epidemiológico descriptivo, prospectivo, analítico. Se analizó sexo, edad, estado de la función tiroidea, presencia de autoinmunidad, tiempo de evolución y presencia de trastornos reumáticos: S. del túnel carpiano (STC), capsulitis adhesiva (CA), limitación de la movilidad articular (LMA), contractura de Dupuytren (CD), dedos en resorte (DR), epicondilitis (EC), fibromialgia (FM), miopatías. Perfil hipotiroideo se determinó por dosaje de TSH mayor a 4 mU/ml. Los anticuerpos antiperoxidasa (ATPO) por ELISA con valores mayores a 50 UI/ml. Análisis estadístico: elaboración de tablas de cruces de variables y su posterior cálculo con ayuda del coeficiente Chi². Resultados: De 57 ptes, el 86 % femenino y 14 % masculino. Rango etario fue de 22 y 79 años, con un promedio de 50.11. T. de evolución: el 35.1 % tenían hasta 5 años, el 26.3 % de 6 a 10 años, el 14 % de 11 a 15 años, el 12.3 % de 16 a 20 años, y el restante 7 % más de 20 años de enfermedad. Estado tiroideo al momento del examen: el 61.4 % presentaba hipofunción tiroidea y el 38.6 % eutiroideo. Prevalencia del grupo de hipotiroidismo autoinmune (HA) con el 35.1 %, eutiroideo autoinmune (EA) e hipotiroideo no autoinmune (HNA) el 26.3 % cada una, y el 12.3 % se correspondió con eutiroideos no autoinmunes. Sólo el 3.5 % presentaron DM, el 5.3 % DR y 10.5 % LMA. Un 17.5 % presentaron EC. La asociación a FM, STC y mialgias fue del 40.4 %, 35.1 % y 24.6 % respectivamente. En relación a afectación tiroidea-afección reumática, se halló significación estadística de STC con ptes, con ETNA (p=0.031); y entre FM y el grupo con ETA (p=0.097). La LMA se asoció negativamente con el grupo HA (p=0.057). Hubo una relación significativa (p=0.061) entre función tiroidea normal y STC. Se halló una significación estadística en ptes con FM que tienen menos de 10 años de evolución (p=0.052), y en EC con más de 10 años de evolución (p=0.017) Discusión: las tasas de FM y STC exceden a las encontradas en publicaciones y fue pobre el hallazgo de CD y CA en nuestro medio. El hecho de que el grupo que tiene significación estadística para FM sea HA, coincide con las investigaciones actuales que relacionan su fisiopatología con la disfunción tiroidea y los autoanticuerpos. Se destaca que en el STC sólo se halló relación con EA, quizás porque los ptes continúan con síntomas aún luego de alcanzar la función tiroidea normal.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y MANIFESTACIÓN CLÍNICA DEL SINTOMA DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

C. Biondelli[1]*, H. Scherbarth[2], M. Casañas[1], F. Serron[1], J. Lopez[2], C. Iturralde[2], T. Grosello[2],
 [1]Fac. Cs. De La Salud Y Scio. Social (terapia Ocupacional) Univ. Nac. Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina
 [2]Unidad Reumatología Y Enfermedades Autoinmunes H.i.g.a. Dr. Alende Mar Del Plata, Mar Del Plata, Argentina
 [*] Presentador

Objetivos: Determinar la relación entre Capacidad Funcional – en relación a las Actividades de la Vida Diaria y la necesidad de ayudas técnicas para llevarlas a cabo- y Manifestación Clínica del síntoma Dolor, en pacientes con A.R. que asistieron a la Unidad de Reumatología del H.I.G.A. Dr. Alende de Mar del Plata.

Material y Métodos: Se estudiaron 66 pacientes de ambos sexos, entre 20 y 70 años (media 49) con A.R. que asistieron a la Unidad Reumatología del HIGA Dr. Alende Mar del Plata entre marzo-mayo/2012. Se obtuvieron datos mediante el Cuestionario HAQ (validación Argentina) y Cuestionario de Dolor de Mac Guill (versión Española). Estudio Correlacional, enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal y muestra no probabilística por conveniencia. El análisis de los datos fue por estadística descriptiva e inferencial, Prueba Z de Kolmogorov, MANCOVA, ANOVA, Prueba U de Mann Whitney y r de Pearson.

Resultados: El 77.3% de los pacientes evaluados fueron mujeres y el 22.7% hombres, entre 20 y 70 años (media 49). El 95.5% manifestó realizar tareas físicas y el 4.5% intelectuales. El tiempo de evolución de la enfermedad fue entre 1 y 33 años (media 9.5). Mediante Cuestionario HAQ, la mayor dificultad auto-percibida fue la Presión (media 2.2%), Comer (media 1.92%), Otras Actividades (media 1.94%), Alinear (media 1.76%). El 69.7% no utilizó ayuda técnica. Según el Cuestionario Mc Guill, los ítems que se destacaron significativamente fueron: Tensión Emocional (media 2.98%), Miscelánea 2 (media 2.82%), Intensidad del Dolor (media 2.48%). Las zonas de mayor compromiso de dolor fueron: Manos (86.4%), Carpos (74.2%), Rodillas (71.2%), Hombros (60.6%). En las correlaciones bi-variables de las variables de ambos cuestionarios (HAQ/Mc Guill), se halló una correlación positiva entre el Índice de Discapacidad de HAQ y los del Dolor de Mc Guill (0.61). En relación a los años de evolución de la enfermedad, se halló una aproximación positiva con el HAQ (-0.009), dato que pese a ser ínfimo, no alcanzó a correlacionar significativamente. Por Prueba U de Mann Whitney, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (p < 0.005) entre ambos sexos, en relación a la Intensidad del Dolor.

Conclusiones:

1) Hubo correlación Positiva entre Capacidad Funcional y Manifestación Clínica del Síntoma Dolor (a Mayor Dolor Menor Capacidad Funcional).

2) No hubo diferencia estadística respecto a la Intensidad de Dolor entre sexos.

3) Solo se encontró una Aproximación positiva respecto al Tiempo de Evolución de la Enfermedad y Menor Capacidad Funcional, la diferencia, que pese a ser ínfima, no alcanzó estadísticamente para correlacionar significativamente.

Como conclusión extra, este estudio aporta que la utilización de las herramientas HAQ / Mc Guill por el equipo de salud (T.O./ Médicos) permite una observación temprana de la agresividad de enfermedad y ser base de decisiones terapéuticas durante todo el transcurso de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la población estudiada presentó características de vulnerabilidad social, cultural y económica, se analizó la realización de estudios comparativos con poblaciones que se asistan en instituciones privadas con características socio-demográficas distintas a la estudiada.

62

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CRITERIOS PARA EVALUAR BAJA MASA MUSCULAR Y CAPACIDAD FÍSICA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON HIPOVITAMINOSIS D.

A. Masoni[1]*, I. Menoyo[1], D. Caferra[1], M. Fernandez[1], S. Pezzotto[1], M. Morosano[1],
[1]Facultad De Ciencias Médicas unr, Rosario, Argentina
[*] Presentador

OBJETIVOS: 1.- Definir un criterio para determinar baja masa muscular. 2.- Construir un indicador cuantitativo para evaluar capacidad física. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Se estudiaron 74 mujeres posmenopáusicas concurrentes al Hospital Provincial del Centenario de Rosario. Se estimó la masa muscular mediante mediciones cineantropométricas. Se construyó un indicador cuantitativo de capacidad física en base a 4 pruebas que evaluaron movilidad funcional (recorrer 2.5 m caminando; levantarse y sentarse de una silla sin apoyo; levantarse de una silla sin apoyo, caminar 3 m en línea recta, regresar al punto de partida y sentarse nuevamente; todos ellos medidos en segundos) y fuerza muscular (fuerza prensil medida en dinas). Otras variables estudiadas: edad, 25(OH)D, PTH, Ca iónico, CPK y analitos para evaluar función hepática y renal. **Análisis estadísticos:** promedio y desvío estándar (DS) comparados por análisis de covariancia. **RESULTADOS:** la edad promedio de las pacientes fue 63±9 años y el 25(OH)D fue 22,4±8,6 ng/ml. Para identificar baja masa muscular se calculó el promedio de las masas musculares de mujeres hasta 55 años de edad y se le restó 1 DS. Fueron categorizadas como pacientes de baja masa muscular aquellas con valores ≤ 8804 19 Kg y su prevalencia fue del 20%. La capacidad física se evaluó con un indicador global, calculado como la sumatoria de los indicadores individuales de las pruebas realizadas. A cada prueba se le atribuyó un puntaje de 1 a 4 en función de los cuantiles correspondientes. Las pruebas que no pudieron ser realizadas por las pacientes tuvieron una puntuación de 0. El rango resultante del indicador global fue de 0 a 16. Las mujeres con baja masa muscular presentaron un indicador global significativamente inferior (8,7±3,5) a aquellas que tuvieron mayor masa muscular (11,0±3,0) con un valor de $p=0,001$ ajustada por edad. **CONCLUSIONES:** en las pacientes con hipovitaminosis D y baja masa muscular se halló disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de la marcha. La utilización conjunta de estas herramientas de bajo costo, podría ser importante para implementar acciones de promoción de la salud y de seguimiento del deterioro de la capacidad física en estas pacientes.

Page 1/1

63

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

RELACION ENTRE MASA MUSCULAR, VITAMINA D Y UN INDICADOR CUANTITATIVO DE CAPACIDAD FÍSICA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

I. Menoyo[1]*, D. Caferra[1], M. Fernandez[1], S. Pezzotto[1], M. Morosano[1], A. Masoni[1],
[1]Facultad De Ciencias Médicas unr, Rosario, Argentina
[*] Presentador

OBJETIVO: Explorar la relación entre la masa muscular, niveles de vitamina D y capacidad física en mujeres posmenopáusicas. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Se estudiaron 74 pacientes concurrentes al Hospital Provincial del Centenario de Rosario. Se estimaron las masas ósea, muscular y adiposa por cineantropometría. Se construyó un indicador cuantitativo de capacidad física en base a 4 pruebas que evaluaron movilidad funcional y fuerza muscular (rango de 0 a 16). Se conformaron dos grupos Grupo 1 (n=15) y Grupo 2 (n=59), según su masa muscular ≤ 8804 y >8804 Kg respectivamente. Otras variables: edad, 25(OH)D, PTH, Ca iónico, CPK, transaminasas, clearance de creatinina, DMO de cadera y antecedentes de caídas y fracturas. **Análisis estadísticos:** promedio ± error estándar. Prueba de Fisher, análisis de covariancia y correlaciones parciales, todo ajustado por edad. **RESULTADOS:** la edad promedio del Grupo 1 (69±11 años) fue mayor ($p=0,004$) que la del Grupo 2 (62±8 años). Los promedios y errores estándar ajustados por edad de los Grupos 1 y 2 respectivamente fueron: Masa ósea 6,2±0,3 Kg; 7,9±0,2 Kg ($p=0,001$); Masa muscular 18±1,2 Kg; 25,7±0,6 Kg ($p<0,001$); Masa adiposa 17,1±1,5 Kg; 24,6±0,7 Kg ($p<0,001$); DMO 0,992±0,027 g/cm²; 0,828±0,013 g/cm² ($p<0,001$); Indicador cuantitativo de capacidad física 9,8±0,7; 10,7±0,3 ($p<0,001$). No se hallaron diferencias en las otras variables. Tanto la correlación cruda como la ajustada por edad y masa muscular entre indicador de capacidad física y nivel sérico de 25(OH)D fueron significativas sólo en el Grupo 1 ($r=0,75, p=0,002$ y $r=0,58, p=0,03$ respectivamente). **CONCLUSIONES:** las pacientes con menor masa muscular presentaron valores inferiores de masas ósea y adiposa, DMO (cadera) e indicador de capacidad física. Los promedios de 25(OH)D no difirieron entre ambos grupos. Se observó una correlación significativa y positiva entre la capacidad física y los niveles de 25(OH)D crudos y ajustados por edad y masa muscular. La persistencia de la asociación significativa, una vez controladas estas variables sugeriría que la vitamina D estaría relacionada con el desempeño físico global de estas mujeres por otros factores como la fuerza muscular y la coordinación neuromuscular.

Page 1/1

64

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MUERTES POR ARTRITIS REUMATOIDEA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA 2000-2010

N. Fara[1]*, G. Sequeira[1], E. Kerzberg[1], C. Guevel[2], E. Marconi[2], M. Fernandez[2],
[1]Servicio De Reumatología, Hospital J. M. Ramos Mejía, Caba, Argentina
[2]Dirección De Estadísticas E Información De Salud, Ministerio De Salud De La República Argentina, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: en la última década han ocurrido cambios revolucionarios en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de Artritis Reumatoidea (AR). La AR es una causa conocida de discapacidad y mortalidad temprana. Es posible que el diagnóstico precoz, la disponibilidad de nuevos medicamentos y cambios en su manejo, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes con AR, reduzcan (a largo plazo) su mortalidad.

Objetivos: analizar la evolución de las muertes por AR ocurridas en Argentina entre 2000-2010.

Material y métodos: Se evaluaron las muertes por AR ocurridas en 2000, 2005 y 2010 en la República Argentina a través de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS-MSN). La causa de muerte se obtiene de los certificados de defunción. Se seleccionaron los casos cuando AR haya sido considerada la causa de muerte (CIE 10: M 050-069). Se expresó la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes a partir de los 20 años de edad (por décadas) en hombres y mujeres ajustada por los datos de población para cada año (INDEC). Se comparó la evolución de la mortalidad de AR vs Diabetes y Asma en igual período, según los datos publicados en los Anuarios de Estadísticas Vitales (DEIS-MSN) del año 2000, 2005 y 2010.

Resultados: la tasa general de mortalidad (por cien mil habitantes) por AR fue en aumento: 0,57 en 2000, 0,65 en 2005 y 0,82 en 2010, debido a un aumento de la tasa de mortalidad en mujeres mayores de 50 años. 2000 Tasa 2005 Tasa 2010 Tasa Varon 0,35 Varon 0,22 Varon 0,3120-29 0,00 20-29 0,00 20-29 0,0030-39 0,13 30-39 0,00 30-39 0,0340-49 0,19 40-49 0,23 40-49 0,1350-59 0,56 50-59 0,06 50-59 0,4760-69 1,03 60-69 0,73 60-69 0,5970-79 1,10 70-79 0,92 70-79 1,4080 o mas 1,41 80 o mas 1,51 80 o mas 2,58Mujer 0,77 Mujer 1,04 Mujer 1,2920-29 0,03 20-29 0,00 20-29 0,0630-39 0,13 30-39 0,16 30-39 0,1040-49 0,37 40-49 0,58 40-49 0,2650-59 0,81 50-59 0,99 50-59 1,5960-69 1,74 60-69 2,01 60-69 3,2070-79 2,71 70-79 3,30 70-79 4,8880 o mas 3,29 80 o mas 6,50 80 o mas 4,85 En igual período la mortalidad por Diabetes y Asma fue de 37,62 y 2,68 (2000), 35,70 y 2,75 (2005) y 29,91 y 1,67 respectivamente (2010). **Conclusiones:** los cambios observados en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la AR no parecen haber alterado sustancialmente su tasa de mortalidad que, a diferencia de otras enfermedades crónicas, va en aumento.

Page 1/1

65

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PRONÓSTICO EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: ¿SUBTIPOS CLÍNICOS O AUTOANTICUERPOS?

M. Scolnik[1]*, E. Lancioni[1], L. Catoggio[1], M. Sabelli[1], Z. Bedrín[1], C. Saucedo[1], J. Marin[1], E. Soriano[1],
[1]Sección Reumatología, Servicio De Clínica Médica, Hospital Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: examinar el perfil clínico y de autoanticuerpos de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) atendidos en nuestra institución en la última década, establecer el valor pronóstico de los autoanticuerpos y comparar nuestra cohorte con otras cohortes mundiales.

Material y métodos: se revisaron las historias clínicas electrónicas del período 2000-2011 de los pacientes que tuvieron el problema esclerodermia, esclerosis sistémica o CREST o que presentaran en la base de datos de laboratorio anti Scl-70, anticentromero o FAN nucleolar. Se incluyeron los casos que cumplieran criterios ACR 1980 para ES. Fueron subdivididos en difusa y limitada de acuerdo con criterios de Le Roy y a su vez las limitadas en esclerodactilia y acroesclerosis (MCDF como límite). La comparación con otras cohortes se hizo en base a los datos publicados en la literatura.

Resultados: 234 pacientes (216 mujeres) fueron atendidos en nuestra institución en este período. La relación mujer/hombre fue 12:1. 23,9% tuvieron ES difusa y 76,1% limitada (63,7% esclerodactilia y 12,4% acroesclerosis). El seguimiento total fue de 688 pacientes-año. El 55,1% siguen siendo atendidos en este hospital. 17 pacientes fallecieron en este período. La supervivencia a 10 años fue de 80% para la forma limitada y de 70% para la difusa (HR: 0,88 IC 95%: 0,7-1,1). El 16,2% tuvieron anti Scl-70, 52,9% anticentromero y 7,3% FAN nucleolar.

Las úlceras digitales y el compromiso gastrointestinal ocurrieron en forma similar en la ES difusa y limitada. Enfermedad intersticial pulmonar (EIP) se encontró en el 65,3% de las difusas, 50% de las acroesclerosis y 17,1% de las esclerodactilias ($p<0,001$ vs difusa). Un solo paciente con ES difusa tuvo crisis renal. Los autoanticuerpos tuvieron un valor predictivo para el tipo de compromiso visceral y también para la determinación del subtipo clínico de la ES. El anticentromero tuvo un OR de 8,25 (IC 1,9-35,7) para el desarrollo de hipertensión pulmonar aislada y un rol protector para EIP (OR 0,18, IC 0,11-0,29). A su vez tuvo un OR de 34,4 (IC 10,2-116,6) para el desarrollo de la forma limitada. El Anti Scl-70 se asoció con EIP (OR 12,7, IC 6,9-23,3) y con la forma difusa (OR 5,9, IC 2,7-12,8). El FAN nucleolar también se asoció a la forma difusa (OR 4,7, IC 1,7-12,8).

Conclusión: la frecuencia de compromiso visceral parece ser similar a los datos de otros centros. Comparando con otras cohortes (datos no mostrados), la nuestra tuvo una mayor proporción de mujeres, de ES limitada y de anticentromero y menor ES difusa, FAN nucleolar y crisis renal. Esto podría estar relacionado con factores genéticos y/o ambientales. Los pacientes con acroesclerosis presentaron mayor EIP y anti Scl-70 que aquellos solo con esclerodactilia, en consonancia con la forma intermedia propuesta por Barnett. En esta serie, los autoanticuerpos parecieran predecir en forma más precisa el compromiso visceral que la subdivisión clínica en limitada y difusa.

RECAÍDA EN NEFRITIS LÚPICA: FACTORES DE RIESGO, SEROLOGÍA Y PRONÓSTICO

S. Roverano[1]*, S. Paira[1],

[1]Hospital Jm. Cullen, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

Objetivos: * Determinar número de recaídas renales en pacientes con nefritis lúpica (NL) * Identificar factores de riesgo para recaída * Analizar impacto de recaídas renales en desenlace global del paciente. **Material y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES, ACR 1982) vistos entre 1987 y 2011, con compromiso y biopsia renal y ≥3 años de seguimiento luego del diagnóstico de NL. Datos: sexo, edad al diagnóstico del LES y NL, tiempo entre el diagnóstico del LES y NL, FAN (HeP-2), DNAn (Crithidia), C3, C4, creatinemia, clearance de creatinina, proteinuria 24 hs, terapia para la NL y actividad del LES (SLEDAI). Recaída: definida por Consenso Europeo (Lupus 2009:18: 257-263). Los datos se tomaron al inicio de la NL (T0) y de la recaída renal, relacionándola con tipo histológico, índices de actividad y cronicidad. Se compararon los pacientes que hicieron recaída vs los no-recaída (datos clínicos, laboratorio, histología y desenlace: función renal normal / daño renal permanente/ muerte).

Método Estadístico: Test Chi-cuadrado y exacto de Fisher; t de Student y Mann-Whitney. Se consideró una significancia $\alpha=0.05$

Resultados: 29/ 80 pacientes con NL fueron excluidos por falta de seguimiento o de biopsia renal. Mues-tra final: 51 pacientes, 13 tuvieron 1 recaída (25%) en un tiempo medio de 58 meses. Proteinuria media en recaída: 2.28 gr/ 24 hs; brote proteinúrico: 7/13 pacientes; 91% tuvo glomerulonefritis (GN) proliferativa, SLEDAI medio a la recaída: 12. Grupo con recaída tuvo mayor proporción de GN proliferativa que los sin recaída ($p=0.049$), sin otra diferencia en relación a edad de inicio del LES o de NL, SLEDAI, datos de laboratorio, serología al momento del compromiso renal basal, función renal final, necesidad de diálisis/ trasplante/ insuficiencia renal crónica y mortalidad luego de tiempo medio de seguimiento: 125 meses. **Conclusión:** 25% pacientes tuvo una recaída renal en un tiempo medio de 5 años: 82% tuvo GN proliferativa difusa, 82% quedó con función renal normal. Los niveles de creatinemia, proteinuria, complemento, FAN y DNAn y el tipo histológico proliferativo no sirvieron como predictores de recaída. No hubo diferencias en el pronóstico (muerte, daño renal) entre ambos grupos.

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA REUMATOLOGIA PEDIATRICA: ¿PORQUE NECESITAN INTERNACION NUESTROS PACIENTES?

D. Vidal[1]*, M. Rama[1], L. Franco[1], M. Apaz[1],

[1]Hospital De Niños De La Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las enfermedades reumáticas en la edad pediátrica influyen en la vida del niño no solo en el aspecto físico sino también en sus esferas sociales, emocionales, y educacionales. Las patologías reumáticas pueden causar importante morbilidad lo que podría requerir ingresos y tratamientos dentro del ámbito hospitalario. Es bien conocido el impacto medico y socio-económico de las enfermedades reumáticas en adultos. En la población pediátrica, en cambio, son pocos los datos con los que se cuentan a cerca de esas investigaciones. Los estudios a nivel internacional están enfocados en valorar los ingresos de causas reumáticas en centros especializados llamados Unidades de Enfermedades Reumáticas pero estos trabajos no reflejan precisamente nuestra realidad, en la cual, dichas internaciones se realizan en salas de hospitales generales. Por tal motivo se elaboró otro análisis de nuestra situación para poder satisfacer la demanda de los niños con enfermedades reumáticas en nuestro medio, ya sea que necesiten cuidados intensivos o internación en sala general.

Objetivos: Identificar y cuantificar las causas más frecuentes que generan ingresos de pacientes con diagnóstico o debut de una enfermedad reumática a nuestro hospital.

Material y Métodos: estudio transversal, descriptivo y observacional, se incluyó pacientes que ingresaron a nuestro hospital desde 01/01/2011 al 30/06/2011, que al momento de la admisión presentaron diagnóstico establecido de enfermedad reumática o que, durante su internación se le realizó el mismo. Se evaluaron datos demográficos, datos referidos al diagnóstico de su enfermedad y al ingreso hospitalario, duración de la internación y estudios realizados durante la misma. Para el análisis de los datos se utilizó método de estadística básica.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, femenino/masculino: 17/21, la edad promedio al momento de internación fue de 8,11 años (1-16). El 52,63% provino de la capital, el resto del interior y de otras provincias. El ingreso se generó en el servicio de guardia en el 55,2% de los casos, mientras que en el servicio de reumatología fue de 42,1% y solo uno en otro servicio. Los diagnósticos de enfermedades reumáticas más frecuentes fueron: Púrpura de Henoch Schonlein: 15 casos, AIJ sistémica: 8, Enfermedad de Kawasaki: 5. Los motivos de las internaciones fueron: debut diagnóstico: 65%, recaída: 7,8%, infusión de medicación: 21%, infección: 1 caso, no se registraron ingresos por reacciones medicamentosas. El promedio de días de internación fue de 5,23 días (1-34).

Conclusión: En nuestro trabajo se han logrado identificar los motivos más frecuentes de internación por causa reumatológica en nuestro hospital.

DAÑO ORGANICO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

E. Benavente[1]*, J. Gallo[1], S. Paira[1],

[1]Sección De Reumatología,hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

OBJETIVO: 1)Evaluar el Índice de Daño Acumulado SLICC/ACR (SDI) en pacientes con LES de la Sección de reumatología del hospital JM Cullen de la provincia de Santa Fe.2)Observar los sistemas orgánicos comprometidos. 3)Investigar mortalidad y causas de muerte.**MATERIALES Y METODOS:**Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal donde se revisaron 159 pacientes con diagnóstico LES (ACR 1997) vistos entre 1987 y 2011, de la sección de reumatología del hospital J M Cullen de la provincia de Santa fe con un seguimiento mínimo de 12 meses.Se evaluaron características demográficas (edad y sexo), tiempo de evolución, tiempo de seguimiento y tratamiento recibido hasta la última visita disponible.Para medir el daño orgánico se aplicó el Índice de Daño Orgánico (SLICC/ACR) al 1°, 2°, 5° y 10° año de seguimiento.Las variables continuas fueron expresadas como medias con su correspondiente desvío estándar.El analisis se realizó con SPSS 11.5 para Windows.**RESULTADOS:**La media de edad fue de 32,06 (± 11) años,el tiempo de evolución fue 8,96 (± 4) años,y el tiempo de seguimiento 7,42($\pm 4,7$) años. Al 1er año se encontraban en seguimiento el 100 % de los pacientes, al 2do el 93,8 % al 5to el 67,5% y al 10mo el 32,4%.EL SDI total al año fue 0,84,al 2do año 1,22 al 5to 1,94 y al 10mo 2,43, con un promedio de daño anual de 0,1703.La mediana de daño total de pacientes mujeres fue de 1 y la de hombres fue de 2, la mediana de pacientes que recibieron HCQ fue de 1 y de los que no recibieron fue de 2,3.Los sistemas con mayor daño a los 10 años fueron el renal (SDI= 0,65)el musculoesquelético (SDI=0,46),cardiovascular (SDI=0,35), y el vascular periférico y pulmonar (SDI=0,22).Durante el seguimiento murieron 8 pacientes (7,5%), 3 de ellos por hemorragia de pulmón, siendo las otras causas: ACV, neumonía, sepsis e insuficiencia cardíaca.**CONCLUSION:**1)En los pacientes con LES se observó un aumento progresivo del índice de daño acumulado, con una tendencia de crecimiento logarítmica.2)EL promedio de aumento del índice de daño fue 0,1703/Año.3)El sistema con mayor daño acumulado a los 10 años fue: el renal, seguido por el musculoesquelético , cardíaco, pulmonar y vascular periférico.4)La mediana de daño total fue mayor en los pacientes hombres que en las mujeres y en los pacientes que no recibieron HCQ. 5)Se registró una mortalidad del 7,5 % siendo la Hemorragia de pulmón la principal causa de muerte.

SINDROME METABÓLICO Y ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE CAROTIDA EN PACIENTES CON LES

M. Schmid[1]*, F. Ceccato[1], M. Fernandez[1], S. Paira[1],

[1]Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: Evaluar la prevalencia del Síndrome Metabólico en pacientes con LES comparando datos clínicos.Laboratorio.SLEDAI, índice de daño acumulado (SDI) y examen ultrasonográfico de carótida entre los pacientes con y sin Síndrome Metabólico.

Material y Método: Estudio observacional y transversal de 40 mujeres con LES (ACR 1982), del servicio de Reumatología del Hospital JM Cullen. Síndrome Metabólico fue definido según criterios AHA/NHLBI Scientific Statement 2005.

Medición carotídea: se evaluó grosor medio Intimal (GMI) en carótida común derecha e izquierda, bulbo carotídeo, y los primeros 1,5 cm de la arteria carótida interna con Ecodoppler Toshiba (transductor lineal) PLM-703 AT; tomando 3 mediciones de GMI en cada sector. Se consideró: Normal (complejo GMI) <= 9mm, Engrosamiento:> 9mm a 1.3 mm y Placa:> 1.3 mm, definiéndola como un área distinta que sobresalen en la luz del vaso, con un espesor de al menos 50% mayor que la encontrada en las áreas circundantes.

Método Estadístico: Test de Chi-cuadrado, exacto de Fisher, test t-student y Mann Whitney. Se considero una significancia $\alpha=0.05$.

Resultado: 5/40 ptes (12.5%) presentaron Síndrome Metabólico. Se compararon los pacientes con y sin Síndrome Metabólico y solo se observó en forma estadísticamente significativa que los primeros presentaron mayor índice de masa corporal y duración del tratamiento con hidroclicloroquina.

Al comparar índice de daño acumulado se halló que los pacientes que presentaron síndrome Metabólico tenían mayor índice al inicio. No se hallaron diferencias en el GMI eb ambos grupos y ninguno presento placas.

Conclusión: 5/40 ptes con LES (12.5%) presentaron Síndrome Metabólico. Estos presentaron en forma estadísticamente significativa mayor índice de masa corporal. No hubo diferencias significativas en ambos grupos a nivel de laboratorio y tratamiento. Tampoco hubo diferencias GMI ni presentaron placas.

70

RELACIÓN ENTRE LOS SCORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE PLACA ATEROSCLERÓTICA POR ULTRASONOGRAFÍA CAROTÍDEA.

V. Wernicke1[*], M. Lojoi1, M. Granillo Fernández1, C. Germain1, L. Montenegro1, M. Lazzarino1, I Higa Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Evaluar la relación entre presencia de placa carotídea (PC) por Ultrasonografía (US) y los métodos Framingham, SCORE (Evaluación Sistemática de riesgo coronario) y m SCORE (SCORE modificado) que predicen riesgo de eventos cardiovasculares (CV) a 10 años. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes (p) con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) según criterios ACR 87 que concurren en forma consecutiva al servicio de Reumatología del Hospital Rossi de La Plata, entre noviembre del 2011 y junio del 2012 y completaron los estudios solicitados. Escalas: SCORE, m SCORE y Framingham. La US fue realizada con ecógrafo ESAOTE MY LAB 40. La PC fue definida como espesor intimal mayor o igual a 1,5 mm. Resultados: Se evaluaron 69 p. con AR, 56 mujeres (m) y 13 varones (v); promedio (X) de edad: 54,6 años (a). Tiempo de evolución mayor de 10 a: 61 % (m: 34, v: 8), FR positivo: 88 %, manifestaciones extraarticulares: 21 %. Placa carotídea por US: 38 % (26 p). Según sexo, presentaron placa: m: 34 % (19/56 p), v: 54 % (7/13 p). X de edad en p. sin placa: 51 a (m: X 50,8 a; v: X 49 a). X de edad en p. con placa: 61 a (m: X 60 a; v: X 63 a). Scores de riesgo CV y relación con la presencia de placa carotídea.

Métodos	Rango	Sin placa		Con placa	
		Mujer % (n/N)	Varón % (n/N)	Mujer % (n/N)	Varón % (n/N)
SCORE	Bajo	97 (34)	100 (8)	99 (37)	100 (2)
	Modera/Alto	3 (1)	0	1 (2)	0 (0)
m SCORE	Bajo	89 (34)	67 (8)	79 (31)	33 (2)
	Modera/Alto	11 (2)	33 (3)	21 (5)	67 (6)
	No evaluable	51 (39)	59 (3)	24 (5)	14 (1)
Framingham	Bajo	68 (25)	17 (1)	58 (13)	14 (1)
	Modera/Alto	32 (12)	83 (5)	42 (8)	86 (6)

Conclusiones: La presencia de placa se detectó en 54% de los hombres y 34 % de las mujeres. Los pacientes con placa tuvieron en promedio una edad 10 años mayor que los pacientes sin ésta. La ausencia de placa en ambos sexos se correlacionó en su mayoría con riesgo bajo por los métodos SCORE y m SCORE. El 26 % de las mujeres con placa no calculó para m SCORE por ausencia de factores de riesgo relacionados con AR. Las mujeres con placa presentaron riesgo bajo por los métodos SCORE, m SCORE y Framingham en el 90, 79 y 58 % respectivamente, pudiendo sugerir una subestimación del riesgo CV por estos métodos. El grupo de hombres mostró una mejor relación entre presencia de placa y scores de riesgo, pero debe considerarse el reducido número de pacientes. Estos resultados podrían sugerir que la US es un método sencillo y económico para mejorar la estimación del riesgo CV en pacientes con Artritis Reumatoidea.

71

Sociedad Argentina de Reumatología**45° Congreso Argentino de Reumatología****LAS CÉLULAS INMUNES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN INDUCEN UN PERFIL INFLAMATORIO EN CÉLULAS EPITELIALES DE GLÁNDULA SUBMAXILAR HUMANA**

V. Hauk[1], L. Fraccaroli[1], E. Grasso[1], A. Eimon[2], R. Ramhorst[1], O. Hubscher[2], C. Pérez Leirós[1][*]

[1]Laboratorio De Inmunofarmacología, Facultad De Ciencias Exactas Y Naturales, Uba-conicet, Buenos Aires, Argentina
[2]Unidad De Reumatología, Departamento De Medicina, Cemic, Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por disfunción secretora salival y lagrimal. Evidencias clínicas y resultados de modelos experimentales señalan la expresión aberrante de moléculas inflamatorias y aumento de apoptosis de epitelio secretor como eventos tempranos en la patogenia del SSp. Los macrófagos participan en la respuesta inflamatoria y mantienen la homeostasis tisular removiendo productos de degradación y células apoptóticas. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) tiene efecto pro-secretorio en acinos de glándulas exocrinas y anti-inflamatorio en monocitos/macrófagos por acción sobre sus receptores VPAC. **Objetivos:** estudiar la interacción de células inmunes mononucleares de sangre periférica de pacientes con SSp (MNT), en particular monocitos, con células epiteliales de glándula submaxilar humana (línea HSG) y la participación del sistema VIP/VPAC. **Material y métodos:** MNT de 34 pacientes con SSp (Vitali C et al., 2002) y 12 voluntarios sanos fueron co-cultivados con células HSG usando diseños in vitro con o sin contacto celular. Se emplearon técnicas de citometría de flujo, microscopía de fluorescencia, transcripción reversa, reacción en cadena de polimerasa cuantitativa y ELISA. Se evaluó a) fenotipo de monocitos, b) efecto de VIP, c) expresión de receptores y mediadores, d) fagocitosis de células HSG por monocitos, e) apoptosis y expresión de marcadores inflamatorios en células epiteliales y f) diferenciación de células HSG a acinos. **Resultados:** Los monocitos SSp presentan un perfil inflamatorio con expresión de receptores VPAC2 (ausente en monocitos de individuos control) y una fagocitosis deficiente de células HSG apoptóticas (P<0,05). Sólo en los monocitos SSp aumenta la síntesis de IL-12 luego del cocultivo con células HSG y, al mismo tiempo, se induce la expresión de marcadores inflamatorios y de migración en las HSG con aumento de IL-6, TLR3 y MCP-1 (P<0,05). El cocultivo con MNTs reduce la capacidad de las células HSG de diferenciarse a acinos. **Conclusión:** Los resultados indican que los monocitos de pacientes con SSp expresan VPAC2, tienen menor capacidad de fagocitar células epiteliales glandulares apoptóticas e inducen una activación aberrante de estas células con aumento de mediadores inflamatorios y defectos en su diferenciación.

Page 1/1

72

Sociedad Argentina de Reumatología**45° Congreso Argentino de Reumatología****EL TRATAMIENTO DE COMBINACIÓN CON ETANERCEPT Y METOTREXATO PROPORCIONA MEJORES RESULTADOS QUE EL TRATAMIENTO CON DMARD ESTÁNDARES Y METOTREXATO PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DEL ESTUDIO LATIN-RA**

D. Machado[1][*], R. Guzman[2], R. Xavier[3], J. Simon[4], T. Ferdousi[5], R. Petersen[5], L. Mele[5], A. Koenig[5], B. Vlahos[5],

[1]Caici Instituto, Rosario, Argentina
[2]Saludcoop Clínica And Idearg, Bogotá, Colombia
[3]Hospital De Clínicas De Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil
[4]Biocem/u. Marista, Merida, Mexico
[5]Pfizer Inc., Collegetown, USA
[*] Presentador

Objetivo: Comparar la eficacia de etanercept (ETN)+metotrexato (MTX) con convencionales fármacos antirreumáticos modificadores (DMARDs)+MTX en sujetos de América Latina con enfermedad moderada a grave.

Métodos: Los sujetos en este estudio abierto, con comparador activo (NCT00848354) fueron aleatorizados en una proporción 2:1 a 50 mg ETN una vez por semana+MTX o DMARD elegido por el investigador (sulfasalazina o hidroxicloroquina)+MTX. Criterio primario: la proporción de sujetos que alcanzan ACR50 en la semana 24. Criterios de valoración secundarios: respuestas ACR20/50/70 y del DAS28/EULAR, DAS28 actividad baja de la enfermedad (LDA, $\leq 2,6$) y puntaje total de Sharp modificado (mTSS). Las pruebas estadísticas se estratificaron por país; las comparaciones se hicieron usando pruebas de chi cuadrado y el análisis de covarianza. Los eventos adversos se controlaron. **Resultados:** Sujetos en 5 países recibieron ETN+MTX (n=281) o DMARD+MTX (n=142). Morea porcentaje más alto de sujetos respuesta ACR50 en la semana 24 con ETN+MTX vs DMARD+MTX (62% vs 23%, P $\leq 0,0001$). Un número significativamente mayor alcanzado buena respuesta según DAS28/EULAR, DAS28 remisión y LDA (47%, 25%, 47%, respectivamente) con ETN+MTX vs DMARD+MTX (12%, 4%, 12%, respectivamente, P $\leq 0,0001$). El medio de D mTSS fue menor de ETN+MTX vs DMARD+MTX en la semana 24 (0.4 vs 1.4, p = 0,0270). La incidencia de los eventos adversos fue similar entre los grupos (69% y 68% respectivamente).

Conclusión: La terapia de combinación con ETN+MTX ha demostrado tener una eficacia superior al tratamiento con DMARD convencionales+MTX en todos los criterios de eficacia. No hubo problemas de seguridad inesperados.

Page 1/1

73

TERAPIA LASER DE BAJA ENERGÍA Y CAMPOS MAGNÉTICOS: SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA ANTIOXIDANTE EN MIOPATÍA EXPERIMENTAL.

C. Romanutti1, L. Silvera1, A. Becerra1[*], J. Simes1, D. Cremonesi2, V. Campana3,
1 Cátedra De Física Biomédica - Fcm - Unc., Argentina
2 Cátedra De Patología, Hospital Nacional De Clínicas, Unc., Argentina
3 Unlar - Unc., Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Evaluar el efecto de Láser de baja energía (LLLT) a distintas λ y de campos magnéticos (PEMF), aplicadas en miopatía experimental, determinando la actividad de catalasa plasmática (CAT) y analizando los cambios histomorfométricos.

Materiales y Métodos: Se utilizaron 80 ratas Wistar, hembras de $220 \pm 20g$ y separadas en 10 grupos (n=8). La miopatía fue inducida en los grupos A, B, C, D, E, F, H, I, y J por una inyección intramuscular de 50 μ l de carragenina λ al 1% en la base plantar del miembro posterior izquierdo, excepto en el grupo G (ratas intactas). Los tratamientos se realizaron diariamente durante 7 días a partir de las 24 hs. posteriores a la inyección en los grupos: A con láser de $\lambda = 808$ nm; B con $\lambda = 620$ nm; C con $\lambda = 632.8$ nm; E con $\lambda = 808$ nm + PEMF (20mT); F con $\lambda = 632.8$ nm + PEMF (20mT); H con PEMF (20mT) y J con PEMF (50mT). D e I fueron los controles con miopatía, el D sacrificado al 8° día y el I a las 24 hs. posterior a la inyección, decapitados previa anestesia con ketamina. CAT se determinó por espectrofotometría y los cortes histológicos colocados en formol al 10%, coloreados (H&E - Masson), observados con microscopía óptica. Se aplicó ANOVA (T. de Fisher) y Chi Cuadrado (T. de Pearson) (p<0.05).

Resultados y Conclusiones: En los grupos D e I se observó proliferación fibroblástica, fibrosis focal, edema, infiltrado inflamatorio (II) intenso difuso e intensa destrucción y regeneración en músculo. En los grupos con miopatía y tratamiento posterior: II leve, proliferación de fibroblastos y fibrosis leve. Tendones y músculos conservados. Los signos morfológicos de agresión tisular disminuyeron significativamente respondiendo a una mejor evolución histológica, como así también la actividad de CAT (p<0.05). LLLT y PEMF actuarían como moduladores del estrés oxidativo y acelerador de la recuperación del músculo afectado en un modelo de miopatía experimental.

RESULTADOS DE UN ESTUDIO QUE COMPARA ETANERCEPT CON DMARDS CONVENCIONALES EN SUJETOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN AMERICA LATINA

R. Xavier[1], R. Guzman[2], D. Machado[3][*], J. Simon[4], L. Mele[5], T. Ferdousi[5], R. Pedersen[5], A. Koenig[5], B. Vlahos[5], S. Kotak[5],

[1]Hospital De Clinicas De Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

[2]Saludcoop Clínica And Idearg, Bogotá, Colombia

[3]Caici Instituto, Rosario, Argentina

[4]Biocemu, Marista, Merida, Mexico

[5]Pfizer Inc, Colledgeville, USA

[*] Presentador

Objetivo: Comparar los resultados informados por los pacientes (patient-reported outcomes [PRO]) de los sujetos con actividad moderada a grave enfermedad, tratados con etanercept + metotrexato (ETN+MTX) o convencional los fármacos antirreumáticos modificadores (DMARD) + MTX durante 24 semanas.

Método: Este fue un estudio aleatorizado, abierto, con comparador activo realizado en América Latina (NCT00848354). Los sujetos con AR fueron aleatorizados (2:1) para recibir 50 mg ETN una vez por semana (QW) + MTX o DMARDs convencionales (sulfasalazina o hidroxiquina, a discreción del médico) + MTX. Los PRO incluyen el Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ), el Cuestionario breve de salud 36 (SF-36), la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-D), evaluación global física (PGA), la evaluación del sujeto global (SGA), y los cuestionarios de satisfacción del médico y el sujeto. Se informaron cambios medios ajustados respecto del nivel basal.

Resultados: En este estudio, los sujetos fueron tratados con ETN+MTX (n=281) o DMARD+MTX (n=142). Las mejoras medias de HAQ, PGA y SGA fueron mayores en los sujetos tratados con ETN+MTX en todos los puntos cronológicos en comparación con DMARD+MTX (p <0.0001). Las mejoras del SF-36 y HADS-D respecto del nivel basal fueron superiores con ETN+MTX vs DMARD+MTX en todos los puntos (p <0.02). Las mejoras en la satisfacción de los médicos y los sujetos, y la voluntad del sujeto para retomar la administración de fármacos a favor ETN+MTX (p <0.0001).

Conclusiones: En sujetos con AR que presentan respuestas subóptimas al metotrexato, la adición de ETN proporcionó una mayor mejoría frente a los DMARDs convencionales en estas medidas de PRO.

Page 1/1

ELEVACIÓN DE ENZIMAS HEPÁTICAS Y LEUCOPENIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTROPATÍA PSORIÁTICA TRATADOS CON METOTREXATE Y/O LEFLUNOMIDA.

F. Ceccato[1][*], R. Gontero[1], M. Negri[1], I. Rolla[1], E. Crabbe[1], A. Ortiz[1], S. Paira[1],

[1]Hospital Im Cullen., Argentina

[*] Presentador

Objetivos: observar la frecuencia de elevación de enzimas hepáticas y leucopenia/ neutropenia asociada a tratamiento con metotrexato (MTX) y/o leflunomida (LFN) en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y Artropatía Psoriática (Ar Pso). **Material y método:** pacientes con diagnóstico AR y Ar Pso, que recibieron MTX y/o LFN con enzimas hepáticas normales previo al inicio del tratamiento. Se evaluó presencia, tiempo de aparición y severidad del aumento de las enzimas hepáticas (GOT – GTP). La severidad del compromiso hepático se definió como: LEVE (elevación de transaminasas <lt; al doble del valor normal); MODERADA (entre 2 y 3 veces el valor normal) y GRAVE (mayor a 3 veces el valor normal). Leucopenia: recuento de leucocitos <lt; de 4000 cel /mm³ y neutropenia: recuento de neutrófilos <lt; de 1500 cel /mm³. Se establecieron 3 grupos de tratamiento: **GRUPO 1:** pacientes tratados con MTX; **GRUPO 2:** pacientes con LFN y **GRUPO 3:** pacientes con MTX y LFN. Se analizaron en los 3 grupos los **periodos de tratamiento**, definido como el inicio de un nuevo tratamiento solo con MTX y/o LFN, hasta la última visita o suspensión por evento adverso o comienzo de otra DMARD distinta de MTX y LFN u otros motivos. **Método estadístico:** Los grupos se analizaron en relación a las variables respuestas: elevación de enzimas hepáticas y leucopenia. Se calculó riesgo relativo con IC 95%. Otras co-variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo evolución enfermedad, dosis carga LFN, dosis MTX y AINE. Se realizaron estadísticas descriptivas. **Resultados:** 535 pacientes (495 AR y 40 Ar Pso), con 719 períodos de tratamiento. De estos, 90 (12%) elevaron enzimas hepáticas (8%, 10% y 16% en los grupos 1, 2 y 3 respectivamente). Leucopenia presentaron 28 (4%) períodos de tratamiento (1.5%, 8% y 6% en los grupos 1, 2 y 3 respectivamente) y neutropenia 9 (1.2%) solo en el grupo 3. Los pacientes del grupo 3 mostraron un riesgo relativo (IC 95%) de 2.05 (1.30-3.25) para elevación de enzimas hepáticas. Edad, sexo, tiempo evolución enfermedad, dosis carga LFN, dosis MTX y consumo AINE no se asociaron a mayor riesgo de elevación de enzimas en el grupo 3. Los pacientes con Ar Pso tratados MTX y LFN elevaron enzimas hepáticas en 22% vs 16% de pacientes AR (p=NS). Todas las enzimas elevadas se normalizaron. **Conclusiones:** los pacientes con diagnóstico de AR y Ar Pso tratados con MTX y/o LFN mostraron 12% elevación enzimas hepáticas y 4% leucopenia. La terapia combinada mostró mayor riesgo que la monoterapia.

Page 1/1

VASCULITIS RETINIANA EN EL POSTPARTO COMO FORMA DE PRESENTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Aranalde¹, P. Toni¹, L. Duarte¹, V. Campana¹, S. Sábato¹[*], A. Celentano¹,

¹ Hospital De Emergencias Dr Clemente Alvarez, Rosario, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es la enfermedad autoinmune que con mayor frecuencia complica el embarazo. Su prevalencia es de 1/1660-2952 partos, el 89% ya diagnosticado antes. Las exacerbaciones se dan con más frecuencia en el segundo, tercer trimestre, en el postparto y hasta el final del puerperio. La vasculitis retiniana es una condición que puede ocurrir como una entidad idiopática aislada o en asociación con enfermedades inflamatorias sistémicas como LES. Su presencia puede ser un signo temprano para el diagnóstico de esta enfermedad.

Caso Clínico: Paciente de 27 años cursando puerperio mediato de parto normal y endometritis postparto. Consultó por visión borrosa astenia y palpitations. Signos vitales normales. Palidez cutáneo mucosa generalizada, escleras subictericas, soplo sistólico 3/6 polifocal, hepatomegalia indolora, fondo uterino infraumbilical, indurado e indoloro. Hcto 9.6%, Hb 3 mg/dl, GB 25100 mm³, VES 120 mm/hora, plaquetas 307000 mm³, LDH 1347 mU/ml, FAL 353 mU/ml, bilirrubina indirecta 2.5 mg/dl, haptoglobina 0.44 g/l, albumina 2.8 g%, prueba de COOMBS +, VDRL 2 diluciones, TPHA no reactivo, complemento normal, anticardiolipina y anticoagulante lúpico positivos, FAN SSA-RO, SSB-LA y ENA reactivos. Líquido pleural trasudado, FAN 1/320 patrón nuclear y tinción SSA-RO, negativo para células neoplásicas. Ecografía abdominal: hepatomegalia severa y esplenomegalia moderada, ascitis moderada. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve, derrame pleural bilateral leve. Fondo de ojo: hemorragias y exudados algodonosos compatibles con vasculitis retiniana en actividad afectando hasta polo posterior. Se realizó pulsos de metilprednisolona y glucocorticoides orales a dosis inmunosupresora y transfusiones de hematies revirtiendo el cuadro con mejoría clínica evidente.

Discusión: El embarazo y el puerperio son factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades inflamatorias sistémicas. El LES es la enfermedad autoinmune que con mayor frecuencia se encuentra en el embarazo, debido a su mayor prevalencia en la población de mujeres en edad fértil. Las alteraciones retinianas fueron descritas en cerca del 25% de los casos y las características halladas corresponden a oclusión arterial, encontrándose exudados algodonosos, infartos retinianos y del disco óptico. La importancia de la vasculitis retiniana radica en que los vasos de la retina pueden expresar enfermedades sistémicas antes, durante o después de otras alteraciones y es un signo de alerta en donde la terapia inmunosupresora esta fuertemente indicada. En nuestro caso su presencia facilitó el diagnóstico final lo que permitió un tratamiento temprano evitando así la principal complicación de esta entidad que es la ceguera.

DISFUNCION TIROIDEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

A. Oles[1][*], N. Lemaitre Mastrolorenzo[1], M. Luna[1], M. Crotte[1], L. Olaya[1], V. Bellomio[1], L. Gonzalez Lucero[1], A. Barbagli[1], E. Lucero[1],

[1]Hospital Angel C. Padilla., Argentina

[*] Presentador

Objetivos: Determinar la prevalencia de trastornos de la glándula tiroidea en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y detectar la frecuencia de tiroiditis autoinmune.

Material y método: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1992) evaluados consecutivamente por el Servicio de Reumatología del Hospital Padilla entre 2 de mayo y 30 de julio de 2012. Las variables estudiadas fueron: demográficas, clínicas (tiempo de evolución de LES, SLEDAI, SLICC, antecedentes de patología tiroidea, tratamiento recibido al momento de la evaluación), de laboratorio (niveles séricos de T3, T4, TSH, anticuerpos antitiroglobulina, antiperoxidasa tiroidea), ecográficas (tamaño y ecogenicidad de la glándula; presencia, tamaño y tipo de nódulos; macro y microcalcificaciones, doppler y grado de vascularización de la glándula). Todos los pacientes fueron evaluados en forma conjunta con el Servicio de Endocrinología.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 37 (88%) mujeres, edad media 36.1 ± 11.4 años, tiempo de evolución de LES 9.5 ± 8.4 años, SLEDAI medio 3.8 ± 4.2, SLICC medio 0.9 ± 1.2. Veintinueve pacientes en tratamiento con glucocorticoides al momento del estudio con dosis media 7.9 ± 9.5 mg. La dosis media acumulada de glucocorticoides fue de 62.6 ± 159.3 g (n=38). Ningún paciente tenía diagnóstico de tiroiditis previa. Nueve de 42 pacientes (21.4%) con anticuerpos antiperoxidasa tiroidea positivos y 5/37 (13.5%) con antitiroglobulina positivos. Se detectaron nódulos tiroideos en 16 pacientes (6.7%) con tamaño medio de 3.5 ± 5.7 mm, 9 quísticos, 11 sólidos, 6 fueron únicos y el resto múltiples. Dos pacientes tenían microcalcificaciones en la glándula y 1 macrocalcificaciones, 3 con doppler patológico. Se detectó hipotiroidismo en 20 pacientes (47.6%), 10 de ellos con hipotiroidismo primario. Se diagnosticó tiroiditis autoinmune a 18 pacientes (42.8%), 6 tiroiditis autoinmune eutiroideas, 10 hipotiroides (6 con anticuerpos positivos y 4 con anticuerpos negativos, uno de ellos con tiroiditis de Hashimoto), 2 pacientes (4.7%) con tiroiditis autoinmune hipertiroideas (1 con anticuerpos positivos). Disfunción tiroidea no se asoció a edad (p=0.28) ni tiempo de evolución del LES (p=0.77). El puntaje de SLICC fue similar en todas las clases de tiroiditis evaluadas (p=0.13). No hubo asociación entre la dosis actual y acumulada de glucocorticoides y la presencia de tiroiditis (p=0.4).

Conclusión: la prevalencia de hipotiroidismo y tiroiditis autoinmune en nuestra población de pacientes fue elevada en comparación con otras series. El estudio de la glándula tiroidea debería ser considerado en todos los pacientes con LES.

78

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DETECCION DE HIPERTENSION PULMONAR EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

M. Machado Escobar^{[1]*}, M. Yacuzzi^[1], R. Martínez^[1], N. Naval^[1], V. Bellomio^[1], E. Lucero^[1],
^[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina
^[*] Presentador

Hipertensión Pulmonar (HTP) se asocia a Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC), especialmente Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Su pronóstico ha mejorado en la última década, pero aún presenta elevada morbilidad y constituye un desafío terapéutico. El ecocardiograma doppler es la técnica de detección en pacientes con sospecha clínica de HTP. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de HTP estimada por ecocardiografía doppler en pacientes con ETC y describir sus características clínicas. **Material y Método:** Se analizaron historias clínicas de pacientes con ETC ingresados al Servicio de Reumatología entre 2007 y 2011, excluyendo aquellos con artritis reumatoidea. Se estudiaron variables demográficas, clínicas (diagnóstico, antecedente de compromiso pulmonar intersticial, valvulopatía, fenómeno de Raynaud), presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP), pruebas de función pulmonar, muerte y causa de muerte. Se clasificó a los pacientes con HTP según criterios Dana Point 2008. **Resultados:** De 187 pacientes con ETC, se incluyeron 103. Ochenta y ocho fueron mujeres, edad media al último control 41 ± 16.7 años, tiempo de evolución medio de la enfermedad 5.8 ± 6.2 años; 44 (44.6%) LES, 22 (21.35%) ESP, 15 (14.6%) vasculitis sistémica, 10 (9.7%) Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, 3 con Dermatopolimiositis, 3 Síndrome de Sjögren (2.9% en cada caso), 2 Síndrome Antifosfolípido Primario y 2 con otras ETC (1.9% cada uno). Veintinueve pacientes tuvieron disnea como síntoma previo al estudio ecocardiográfico, 43 fenómeno de Raynaud, 13 valvulopatía y 3 antecedentes de TEP. La prevalencia de HTP estimada por ecocardiograma (≥ 50 mmHg) (3/103 pacientes) fue 2.9% (IC 95% 0.6-8.2); 2 pacientes con ESP (Grupo II y III) y 1 con EMTC y SAF 2° (Grupo III-IV). Una de ellas con cateterismo derecho que confirma disfunción diastólica de VI (postcáptal). La PSAP fue >30 mmHg en 12 pacientes (11.6%), todas mujeres; 6 ESP, 5 LES y 1 EMTC. La mediana de PSAP en estas pacientes fue 36 mmHg (30-65); 6 presentaban compromiso pulmonar intersticial, 7 fenómeno de Raynaud y 6 disnea como síntoma previo. El tiempo de evolución de la ETC (7.62 vs 5.52 años) y la edad de diagnóstico de PSAP (35.2 vs 35.3 años) no fueron significativamente diferentes entre aquellos con valores mayores o menores de 30 mmHg (p=NS). Ningún paciente falleció. **Conclusiones:** La prevalencia de HTP estimada por ecocardiograma fue baja en nuestra población y no encontramos HTP del Grupo I. Los valores de PSAP elevados predominaron en el grupo con ESP.

Page 1/1

79

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE NEFROPATÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PÚRPURA DE SCHONLEIN HENOCH

A. Gallardo^[1], M. Kiper^[1], A. Tolín^{[1]*}, S. PeNa^[1], J. Triguay^[1],
^[1]Hospital Notti, Argentina
^[*] Presentador

INTRODUCCIÓN

La Púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es el tipo de vasculitis leucocitoclástica más frecuente en la infancia. Se han descrito factores de mal pronóstico como vasculitis intestinal y afectación renal inicial que predicen la evolución de la función renal a largo plazo.

Este nuestro propósito evaluar cuáles son los parámetros clínicos y de laboratorio que predicen la afectación renal persistente en pacientes con PSH.

OBJETIVOS

Evaluar los factores de riesgos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio del debut de la enfermedad, de mal pronóstico asociados a compromiso renal en pacientes con PSH que consultaron en el Hospital Notti desde 2004 a 2010.

Correlacionar las manifestaciones epidemiológicas y clínicas al debut con la evolución de la enfermedad. Evaluar al debut datos de laboratorio general e inmunológico y correlacionarlos con evolución y compromiso renal posterior.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental, longitudinal, a través del análisis de Historias Clínicas Hospitalarias. Se analizaron:

Edad y sexo, antecedente de infecciones o vacunación

Manifestaciones clínicas: piel, osteoarticular, gastrointestinal, renal y SNC. Exámenes complementarios: laboratorio general, inmunológico y función renal al debut, a los 6, 12 y 24 meses.

RESULTADOS

Consultaron 161 pacientes con diagnóstico de PSH. El 58.38% cumplieron con los criterios de inclusión. El 44.7% tuvieron un seguimiento de 12 meses y 14.9% de 24 meses. El sexo predominante fue femenino, 53%. La edad en promedio fue de 7.88 años, con rango de 3 a 13 años.

Las manifestaciones clínicas fueron: piel 100%, osteoarticular 87.2%, dolor abdominal 62.7%, edema subcutáneo 8.51%, enterorragia 14.89%, HTA 3.19%, orquitis 3.76%, convulsiones 3.19%. A nivel renal hematuria microscópica 26.59% y macroscópica 9.54%, proteinuria en rango no nefrótico 18.08% y nefrótico 6.38%.

El 21% de los pacientes tenían compromiso renal, hematuria y/o proteinuria a los 6 meses de seguimiento. Los valores de VSG acelerada y la enterorragia fueron significativos como predictor del compromiso renal a los 6 meses.

La hematuria macroscópica y proteinuria en rango nefrótico inicial se correlacionó en forma muy significativa con la afectación renal a los 6 meses.

La hematuria microscópica al debut de la enfermedad se correlacionó en forma significativa con el compromiso renal a los 12 meses. A los 24 meses, 21.4% persistió con compromiso renal. El 12.76% presentaron recaída de la enfermedad.

CONCLUSIONES

De los pacientes con PSH un porcentaje de los mismos pueden desarrollar compromiso renal persistente. Encontramos que la presencia de vasculitis abdominal y la de proteinuria y/o hematuria al comienzo de la enfermedad constituyen factores marcadores significativos de evolución al compromiso renal persistente.

81

DAÑO RADIOLOGICO EN MANO DOMINANTE EN ARTRITIS REUMATOIDEA

E. Buschiazzi^[*], M. Lencina¹, A. Sanchez¹, V. Juarez¹, M. Crespo Espindola¹,
¹ Hospital Sr Del Milagro, Salta, Argentina
^[*] Presentador

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica de compromiso sistémico y articular, que afecta aproximadamente al 1% de la población. Es el Objetivo de este trabajo describir la diferencia en el daño radiológico entre la mano dominante y la no dominante en AR.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR 87 que acudían a los consultorios externos del Servicio de Reumatología del Hospital Sr. Del Milagro, Salta entre Noviembre de 2011 y Julio 2012. Se consignaron datos socio-demográficos (incluyendo la profesión) y clínicos. Se realizaron radiografías de ambas manos en proyección anteroposterior que fueron leídas y puntuadas mediante el método de Sharp-van der Heijde modificado de forma ciega.

Análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo básico. Se expresaron los datos categóricos en número y porcentajes, los datos continuos en mediana y rango intercuartil (RIC). Se compararon los datos categóricos mediante Chi2 o test exacto de Fisher y los continuos mediante test de T para muestras relacionadas. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados. Se incluyeron 52 pacientes, 43 mujeres (82.7%), edad mediana de 47 años (RIC: 41-56), mediana de evolución de 10 años (RIC: 3-14), mediana de HAQ II 1.3 (RIC: 0.85-1.95). Veinticuatro pacientes (46.2%) eran Amas de Casa, 8 (15.4%) no tenían ninguna actividad laboral, 4 (7.7%) eran empleadas domésticas y solo 5 (9.6%), realizaban trabajo pesado. En 50/52 pacientes 96.2% la mano derecha fue la mano dominante (MD).

Hubo similar media de puntaje numérico entre las dos manos para pinzamiento (34.60 vs 34.63, $p=0.9$) con mayor puntaje para erosiones en la MD (7.44 vs 7.29, $p=0.8$). Cuando se analizó el daño exclusivamente en carpo, también hubo un mayor puntaje para la MD tanto en pinzamiento (12.46 vs 11.71) como en erosiones (4.15 vs 3.35), pero la diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p=0.11$ y $p=0.22$, respectivamente). En los pacientes de sexo masculino ($n=9$), si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la MD tuvo el doble de puntaje medio erosivo total (6.33 vs 3.22, $p=0.53$), dos veces más puntaje medio erosivo en carpos que la mano no dominante (4.67 vs 1.89, $p=0.46$). Al separar los pacientes según su ocupación laboral, y tomando el subgrupo con mayor impacto físico (Empleadas domésticas + Obrero, $n=9$), las diferencias fueron numéricamente más importantes en la MD, pero tampoco alcanzaron significancia estadística (erosiones: 4.11 vs 3.67, pinzamiento: 26.44 vs 23.11).

Conclusión. No se pudo demostrar asociación entre la dominancia de mano y el daño radiológico, incluso en el subgrupo teóricamente expuesto a mayor impacto mecánico laboral. Con un mayor número de pacientes quizás la tendencia observada en el sexo masculino a favor del daño en la MD podría alcanzar significancia estadística, lo cual podría explicarse por la mayor exposición a carga mecánica laboral en este subgrupo de pacientes.

82

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

EPIDEMIOLÓGIA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UN GRUPO DE 130 PACIENTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE CENTERANRIO ROSARIO

D. Rebiglione^{[1]*}, A. Caminer^[1], G. Kluwak^[1], A. Urteaga^[1], C. Dieguez^[1], M. Abdala^[1],
^[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario. Facultad De Ciencias Médicas, Rosario, Argentina
^[*] Presentador

INTRODUCCION:

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad diseminada del tejido conectivo de etiología compleja y desconocida, que afecta a casi todos los órganos y sistemas del organismo. La diversidad entre sus características es igualado por una aparente diversidad entre los autoanticuerpos detectables en el suero.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia y características de las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas de 130 pacientes con LES en Hospital Provincial de centenario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio se llevó a cabo con los pacientes que concurrían, desde el año 2001 a la fecha, al Hospital Provincial del Centenario, de la ciudad de Rosario, Argentina. Con los mismos se realizó un seguimiento longitudinal. Todos los pacientes reunían 4 o más criterios de la ARA para la clasificación de LES revisada en 1982. Se analizaron variables demográficas, clínicas, actividad SLEDAI, laboratorio general y serología. Determinaciones realizadas: FR, ANA (IFI-Hep2), antiADN (IFI Crithidia Luciliae), y Antígenos Extraíbles Nucleares (Sm, Rnp, La y Ro) ELISA.

RESULTADOS:

La mayoría de los pacientes son mujeres caucásicas (95%), entre 13 y 72 años de edad (media 34 años), las sintomatología del LES en estos pacientes apareció entre los 12 y 39 años (media 23). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las articulares (artritis 83%) y cutáneas (fotosensibilidad 52% y rash malar 38%), seguidas por los trastornos renales (42%), neurológicos (17%), hematológicos (21%) y serostis (25%). Las alteraciones inmunológicas detectadas más frecuentemente en este grupo de pacientes fueron anticuerpos antinucleares (100%) y anticuerpos antiADN nativo (41%). Las manifestaciones serológicas hallada menos frecuentemente fueron anti-Ro (35%), anti Sm (28%), anti Rnp (23%), Factor Reumatoideo (22%), anticuerpos anticardiolipinas Ig G (26%) e Ig M (23%), anticagulante lipídico (18%)

CONCLUSION:

Similares prevalencias han sido descriptas por otros autores latinoamericanos (GLADEL), norteamericanos y europeos.

MANIFESTACIONES OCULARES MAS FRECUENTES EN 100 MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

A. Caminer[1]*, D. Rebiglione[1], G. Kluwak[1], J. Milanesio[1], D. Guizado[1], M. Abdala[1],
[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario. Facultad De Ciencias
Médica, Rosario, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION:

Las manifestaciones oculares en el Lupus Eritematoso Sistémico revisten gran importancia ya que pueden ser la primera manifestación de la enfermedad así como también indicadoras de la actividad de la misma. A diferencia de otras colagenopatías, puede afectar cualquier estructura ocular.

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es relevar las manifestaciones oculares mas frecuentes halladas en un grupo de 100 mujeres con diagnostico de lupus eritematoso sistémico en comparación con las que figuran en la bibliografía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó evaluación oftalmológica en 100 pacientes de sexo femenino con Lupus Eritematoso Sistémico. Todas ellas reunían 4 o más criterios de clasificación de la ARA 1982 para el diagnóstico de la enfermedad de base. Edad media: 29 años (rango entre 15-55). Tiempo de evolución medio: 7,3 años (rango 6 meses - 17 años). La evaluación oftalmológica se realizó a corde a protocolo que incluía presión ocular, fondo de ojo, perimetría computarizada, retinofluoresceinografía, test de Schirmer, Rosa de Bengala y tiempo de ruptura de la película lagrimal.

RESULTADOS

De las 100 pacientes evaluadas, se halló patología ocular en 34 de ellas, siendo predominante la Xerofalimia, con o sin síndrome de Sjögren, en 17 pacientes (24,28%); valor similar al expuesto en la bibliografía revisada.

PREECLAMPSIA VS NEFRITIS LUPICAS. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

D. Rebiglione[1]*, N. Cortese[1], A. Urteaga[1], A. Caminer[1], G. Kluwak[1], M. Abdala[1],
[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario. Facultad De Ciencias
Médica, Rosario, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION:

La nefritis lúpica afecta a mas de la mitad de las pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Su presencia aumenta la morbi-mortalidad, entre otros motivos por el riesgo de enfermedad renal cronica con necesidad de tratamiento sustitutivo en alrededor del 25% de los afectados, principalmente mujeres en la tercera edad de la vida. El diagnostico es clínico-laboratorial, y la determinación de la clase y actividad y/o cronicidad, y por ende el pronostico se basan en hallazgos histológicos. Si estuvo inactiva, no habrá reactivaciones durante la gestación. La actividad se relaciona con pérdida de embarazos. La combinación de proteinuria mayor a 3 gr/24 hs y la disminución en la depuración de creatinina es una señal de peligro.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, con diagnostico de Lupus Eritematoso Sistémico hace 16 años en el contexto de poliartritides de manos, alopecia, fotosensibilidad, eritema malar, cerebritis lúpica, Reynaud y síndrome nefrítico con diagnostico por biopsia de CNF lúpica grado IV como criterios diagnostico, e hipertensión. En tratamiento con Hidroxicloroquina, prednisona, ácido fólico, calcio, vitamina D, sulfato ferroso. Actualmente cursando su semana 20 de gestación consulta por toma de TA de 150/90, aumento de su proteinuria habitual, sin síntomas asociados, SLEDAI 12. Orina 24 hs 7/2011: proteinuria 0,45 gr diuresis 2380 clearance 95 ml creatinuria 1.5. Actualmente Hcto 35 Hb 11,7 GB 7590 creatinina 0,76 urea 50 ácido urico 8 Orina 24 hs proteinuria 3,34 gr clearance 107 creatinuria 1191 Test Hamburguer: leucocitos 200 hemátias 5300 cilindros hialinos 200 cilindros granulosos 100, resto dentro de los parametros normales

DISCUSION

La distinción entre preeclampsia y nefritis lúpica puede ser difícil y a veces imposible, anti ADN positivo, proteinuria aumentada, reactantes de fase aguda aumentados, complemento descendido, sedimento urinario patológico e hipertensión, pueden orientarnos. La distinción tiene importancia clínica, ya que el tratamiento de preeclampsia y de nefritis lúpica es diferente (parto e inmunosupresores) respectivamente. Los estudios estiman que una de cada cuatro mujeres con LES desarrolla preeclampsia. Este riesgo es especialmente alto para las mujeres con hipertensión preexistente o una historia previa de nefritis lúpica. El riesgo de preeclampsia puede ser reducido con una dosis diaria baja de aspirina. Esto fue demostrado en pacientes no lúpicas que cursan con embarazo de alto riesgo, se vio que la aspirina disminuía hasta un 20% la preeclampsia y es un medicamento seguro tanto para la madre como para el bebé.

IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE HÍGADO GRASO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON METOTREXATO.

R. Baez[1]*, M. Peche[1],
[1]Hospital General Roca, General Roca, Argentina
[*] Presentador

Baez, R ; Peche, M. Servicio de Clínica Médica del Hospital de General Roca. Objetivo: Evaluar en pacientes que reciben Metotrexato (Mtx) la presencia de hígado graso y alteraciones bioquímicas; teniendo en cuenta que las variaciones en las mismas pueden inducir a cambio de dosis o suspensión de la medicación. Material y Métodos: Se realizó estudio prospectivo durante 1 año en 65 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea. Se les solicitó ecografía hepática evaluando: Esteatosis leve-grado I, 1/3 de la superficie hepática; moderada-grado II 60 % de la superficie hepática y grado III-severa mayor del 60 %. Se valoró además perfil lipídico, GOT GPT GGT considerando como normal al valor duplicado de las enzimas hepáticas. Se evaluó dosis acumulada de Mtx dividiendo a los grupos en grupo A < de 1 gr; grupo B entre 2 y 3 gr y grupo C mayor de 3 gr. Además dosis actual y si recibían AINE, corticoides, otros DMAR y Biológicos. Se interrogó por la presencia de alcoholismo. Resultados: Grupo A: 15 pacientes; 3 con enzimas elevadas de los cuales 2 tienen esteatosis tipo II y 1 paciente esteatosis tipo III. Todos reciben corticoides. 1 la asociación con Leflunomida y 2 tienen colesterol alto. Del total del grupo, 12 pacientes tienen enzimas normales de los cuales 10 tienen ecografía normal, 1 esteatosis tipo I y 2 esteatosis tipo II. De este grupo 6 reciben AINE, 8 corticoides, 2 biológicos y 2 están con la asociación con Leflunomida; en 4 se encontró colesterol elevado. Grupo B: 27 pacientes; 1 con enzimas elevadas con esteatosis tipo II recibe corticoides y biológicos. Del total del grupo, 26 pacientes tienen enzimas normales de los cuales 16 tienen ecografía normal, 3 esteatosis tipo I, 6 esteatosis tipo II y 1 esteatosis tipo III. De este grupo 11 reciben AINE, 14 corticoides, 9 biológicos y 6 están con la asociación con Leflunomida; en 3 se encontró colesterol elevado y en 4 pacientes litiasis vesicular. Grupo C: 23 pacientes; 2 con enzimas elevadas con ecografía normal y biológicos, 1 con corticoides 1 recibe biológico y 1 la asociación con Leflunomida; en 1 paciente se constató litiasis. Del total 21 pacientes tienen enzimas normales, de los cuales 13 tienen ecografía normal, 6 esteatosis tipo I, 3 esteatosis tipo II y 1 esteatosis tipo III. De este grupo 2 reciben AINE, 16 corticoides, 6 biológicos y 5 están con la asociación con Leflunomida; en 2 colesterol elevado en 1 paciente litiasis y en otro poliposis. Conclusiones: De todos los pacientes evaluados 26 pacientes (40 %) tienen algún grado de esteatosis hepática, sólo 6 tienen enzimas elevadas. No se encuentra relación entre los datos antes mencionados y el uso de AINE, corticoides o biológicos. La asociación Metotrexato-Leflunomida, ambos hepatotóxicos, estaba presente en 15 pacientes (23 %) y a pesar que en 9 se encontró algún grado de esteatosis, sólo en 2 había aumento de enzimas. Por último, si bien el hallazgo de esteatosis es frecuente no parece interferir en la toma de decisión en cuanto al uso de metotrexato ya que en nuestro grupo de pacientes no se vio progresión de alteración del hepatograma durante el año de seguimiento. Recomendamos de igual manera descartar hepatopatías crónicas en pacientes con hígado graso que alteran el laboratorio y están con Mtx.

VASCULITIS ASOCIADA A DROGAS.

E. Miretti[1]*, A. Alvarez[1], L. Encinas[1], M. Colazo[1], V. Saurit[1], F. Caero[1],
[1]Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN Se reportan 3 casos de vasculitis de nuestro servicio probablemente desencadenados por tratamiento con montelukast e interferón beta.

CASO 1: Mujer 65 años. Asma: tratada con montelukast por 10 meses. Debilidad flexión muslos y rodillas, flexión dorsal pie derecho y extensión ambos pies. Algía ambas plantas con disestesia y anestesia. EMG mononeuritis múltiple predominio desmielinizante. GB 16.500 (eosinófilos 50%), aumento de CK (1390), FAL(281), GOT(70) y GPT(93). ANCAe 1/20 MPO+. Biopsia sural no diagnóstica. Se indicó prednisona 50 mg, ciclofosfamida 750 mg 6 pulsos mensuales y luego azatioprina 150 mg/día. Mejoró la clínica neurológica persistiendo tras 1 año, hiperestesia y alodinia plantar e hiperreflexia patelar y aquilea.

CASO 2: Varón 64 a. Asma: Montelukast y fluticasóna por tres años. Pérdida de 3 kg, parestesias e hipoestesia en guantes y botas y disminución de fuerza dorsiflexión ambos pies de 1 mes de evolución. EMG mononeuropatía múltiple axono-desmielinizante, sensitivo-motora. Velamiento seno maxilar izq, GB 19500 (eosinófilos 44%) FR +, VSG 30mm. ANCAe 1/10 MPO+, TAC tórax: infiltrados micronodulares en lóbulo superior y derrame pericárdico. Biopsia sural no diagnóstica. Tratamiento: Metilprednisona 1 gr EV/día x3, 750 mg de Ciclofosfamida x 6 pulsos mensuales y luego azatioprina 100 mg/día. Mejoró la clínica, persistiendo, tras un año, debilidad y atrofia mano izquierda área cubital y mediano, hipoestesia 5to dedo y debilidad flexión dorsal pie izquierdo.

CASO 3: Mujer 36 años. Esclerosis múltiple 1 año y medio evolución medicada con interferón beta 44 mg 3 veces/semana. Hipoestesia 3era falange 3er dedo mano izquierda, cianosis y dolor en aumento de 3 semanas de evolución, que progresa a úlcera dolorosa periungueal. Lesiones induradas periumbilicales en zona de inyección. Ecografía doppler miembros, ecocardiografía y capilaroscopia normal. ANA + homogéneo 1/5120. ANCA -. Anti Scl 70 negativo. VSG 19 mm. Se indicó prednisona 40 mg/día y ciclofosfamida 750 mg ev por mes (3 pulsos), diltiazem 90 mg/día y suspensión del interferón. Rápida Mejoría de las lesiones necróticas digitales y abdominales.

DISCUSIÓN: Presentamos 3 casos de vasculitis asociada a drogas, dos síndromes de Churg Strauss, con polineuropatía y mononeuritis múltiple como signo principal, en tratamiento con montelukast por más de 6 meses y una mujer en tratamiento con Interferón por esclerosis múltiple, que desarrolló necrosis digital. Todos mejoraron tras la suspensión de la droga y con tratamiento inmunosupresor.

88

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERNACIONES POR UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN DOS DÉCADAS DIFERENTES

E. Miretti[1]*, M. Haye[1], L. Encinas[1], M. Colazo[1], S. Agüero[1], F. Caeiro[1], A. Alvarez[1], V. Sauri[1].

[1]Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: Analizar las diferencias de las características de las internaciones en décadas diferentes para evaluar cambios en los paradigmas de diagnóstico y tratamiento a los largo de los últimos años.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo. Se evaluaron los pacientes internados durante un periodo de 18 meses desde mayo de 95 y desde junio de 2005. Variables: demográfica, diagnóstico final (brote de la enfermedad (BE), infección (Inf), cirugía electiva (CE), infección hospitalaria (IH) y otros), servicio que internó y cobertura.

Resultado: En la tabla 1 puede observarse las características demográficas y patologías de bases en dos periodos de evaluación. En el 2° periodo se observó más BE (54% vs. 42%; p=0.009, Inf (29% vs. 16.4%; p=0.01), menor CE (8.1% vs. 21.3%; p=0.005), otras causas (8% vs. 17%; p=0.02) e igual IH (0.8% vs 3.2%; p=0.16).

En el 1° periodo el servicio de reumatología admitió 61.4% frente al 35.4% en el 2° periodo (p<0.001; 0.001) y fue interconsultado por otros servicios en el 38.6% frente al 64.6% en el 2° periodo (p<0.001).

Durante el 1° periodo fallecieron 3 pacientes, 1 LES (sepsis), 1 S. Sjogren (sepsis) y 1 dermatomiositis (BE); en el 2° periodo fallecieron 5 pacientes, 1 AR (linfoma), 2 AR (sepsis), 2 sin enfermedad reumatológica (artritis séptica).

Conclusión: Al comparar las causas de internación se observó que el 2° periodo hubo mayor brotes de la enfermedad de base y mayor número de infecciones. Las patologías que se internaron con mayor frecuencia, en ambos periodos, fueron LES, AR y vasculitis.

La causa fundamental de muerte fueron las infecciones.

Tabla 1:

	Periodo 1995	Periodo 2005
N° internaciones	122	127
N° pacientes	78	103
Edad, años, m(r)	49 (15-88)	51 (5-90)
Sexo femenino, n(%)	95/122 (78%)	80/127(63%)
Días de internación, m(r)	8 (1-90)	6 (1-51)
AR de base	17	34
LES de base	11	26
Vasculitis de base	6	11
Dermatomiositis de base	6	1
PMR de base	4	1
Sjogren lario de base	4	2
Artritis seronegativas de base	5	0
SAF de base	0	6
Otra patología de base	0	12
Cobertura: Otra social	63/122 (52%)	58/127 (46%)
Prepaga	54/122 (44%)	54/127 (42%)
Particulares	5/122 (4%)	15/127 (12%)

90

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

FRECUENCIA DE ULCERAS DIGITALES EN ESCLERODERMIA

M. Lara[1]*, M. Rivero[1], F. Zazzetti[1], M. Khoury[1], D. Duarte Noé[1], H. Laborde[1], J. Barreira[1].

[1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las úlceras digitales están dentro de las manifestaciones más frecuentes de la vasculopatía vinculada a la esclerosis sistémica (ES). Aproximadamente, un 30% de pacientes con ES desarrollarán úlceras digitales cada año.

Objetivos: Describir la frecuencia de úlceras digitales y sus complicaciones.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes >gt; 18 años que cumplían criterios ACR para ES pudiendo ser limitada o difusa de acuerdo a Le Roy. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, serológicos. El compromiso microvascular se evaluó según clasificación de Cutolo (patente de esclerodermia temprana, activa y tardía) y score avascular (leve, moderado y severo). Se clasificaron a los pacientes en el grupo con úlceras digitales cuando constara en la historia clínica la presencia de úlceras o descripción de áreas demudadas de bordes definidos en la superficie palmar de los dedos y distales a la interfalangeal proximal o descripción de presencia de un área de depresión central con hiperqueratosis en el pulpejo de los dedos. Los resultados se informaron como media ± desvío estándar para variables numéricas y como porcentajes para las categóricas. Los intervalos de confianza se calcularon para el 95%. Para comparar diferencias entre dos grupo se utilizó prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para las categóricas.

Resultados: Se analizaron 60 pacientes con ES, edad promedio al diagnóstico de 56,03±13 años, 8 de sexo masculino (13,33%). En 20 pacientes se registró presencia de úlceras digitales (33,9%; IC95% = 22,08-47,39%).

	Grupo con úlceras digitales (n=20)	Grupo sin úlceras digitales (n=40)	Significancia
Edad al diagnóstico promedio	50,45±14	58,54±12	P=0,03
Sexo masculino	8 (40%)	0	P<0,0001
Esclerodermia difusa	12 (60%)	8 (20,51%)	P=0,002
Edad de inicio del Raynaud	39±14	50,78±13	P=0,006
Tabaquismo	3 (15%)	1 (2,5%)	P=0,10

Comentarios: La frecuencia de úlceras fue del 33,9% y las complicaciones se observaron en el 15%. Los pacientes masculinos tuvieron la forma difusa y todos presentaron úlceras. Los pacientes con úlceras tuvieron mayor compromiso de la microcirculación con predominio de la patente tardía en capilaroscopia pero sin significancia estadística.

89

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

FRECUENCIA DE HIPERTENSION PULMONAR EN ESCLEROSIS SISTEMICA

M. Lara[1]*, M. Rivero[1], F. Zazzetti[1], M. Khoury[1], D. Duarte Noé[1], H. Laborde[1], J. Barreira[1].

[1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad sistémica, crónica, autoinmune, de etiología desconocida que afecta la piel y órganos internos. La hipertensión arterial pulmonar constituye una de las principales causas de morbilidad y de disminución en la sobrevida de pacientes con ES. Su prevalencia evaluada por cateterismo es alrededor del 12%.

Objetivos: Describir la frecuencia de hipertensión arterial pulmonar y analizar su relación con las formas clínicas, anticuerpos, afectación microvascular y edad al diagnóstico en pacientes con ES evaluados en el Servicio de Reumatología del Hospital Británico de Bs As.

Materiales y métodos: Se identificaron, en un estudio retrospectivo, 60 pacientes >gt;18 años que cumplían criterios ACR para ES así como sus formas clínicas: limitada o difusa de acuerdo a Le Roy. Se recolectó información sobre variables demográficas, clínicas, de laboratorio, de capilaroscopia: patente de esclerodermia (temprana y tardía), score avascular y del eco-Doppler disponible en 52 pacientes. Se definió hipertensión arterial pulmonar (HAP) como presión sistólica del ventrículo derecho por eco doppler >gt;40 mmHg registrada en alguna de las consultas. Los resultados se informan como media ± desvío estándar para variables numéricas y como porcentajes para las categóricas. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon para el 95%. Para comparar dos grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y prueba de Fisher para las categóricas.

Resultados: En 52 pacientes con ES, la edad promedio al diagnóstico fue de 56,03±13 años, 7 fueron de sexo masculino (13,46%) y 5 presentaron HAP (9,62%; IC=3,19-21,03). En la tabla se describen los grupos con y sin HAP.

	Grupo con HAP (n=5)	Grupo sin HAP (n=47)	Valor de "p"
Edad al diagnóstico	64,8±14	53,8±13	0,0578
Sexo masculino	1 (20%)	6 (12,77%)	0,65
ES difusa	2 (40%)	17 (36,17%)	0,86
Sd patrón tardío	4 (80%)	16 (36,36%)	0,14
score avascular severo	1 (20%)	0	0,09
Anti-Scl-70	2 (40%)	2 (4,26%)	0,004

Comentarios: En este estudio la frecuencia de HAP fue de 9,62%. Los pacientes con HAP tuvieron mayor edad de comienzo, mayor frecuencia de patente tardía de esclerodermia y score avascular severo sin significancia estadística; mientras el Anti-Scl-70 tuvo asociación significativa.

91

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MORTALIDAD Y FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO: ROL DE LA VITAMINA D

R. Murciano[1]*, A. Fernandez[1], M. Risk[2], E. Derecho[1], D. Bruno[1], F. Fioriti[1], C. Rosales[1], V. Ferraini[1].

[1]Hospital Velez Sarsfield, Caba, Argentina

[2]Iiba, Caba, Argentina

[*] Presentador

MORTALIDAD Y FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO: Rol de la vitamina D Murciano, RM1; Fernández, AE1; Risk, MR2; Derecho, EA1; Bruno, D1; Fioriti, F1; Rosales, CC1; Ferraina, V1.1-Grupo de Patología Osteoarticular. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital de Agudos Dalmasio Vélez Sarsfield. CABA.2-CONICET-ITBA

INTRODUCCION: La fractura de cadera es un problema de salud que comúnmente afecta a los ancianos ocasionando una alta tasa de mortalidad y morbilidad en esa población. Entre los factores de riesgo asociados, el rol de la Vitamina D no está bien establecido, siendo escasos los estudios que han investigado el impacto de su déficit como predictor de mortalidad precoz y tardía.

OBJETIVOS

1- Calcular la tasa de mortalidad a los 6 y 12 meses y ajustada a otras variables en pacientes con fractura de cadera. 2- Determinar la relación entre deficiencia de vitamina D y su tasa de mortalidad.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 150 pacientes ancianos, con fractura de cadera desde marzo del año 2010 a mayo del 2012. Se determinaron: edad, sexo, evaluación funcional (Índice de Barthel) basal, 6 y 12 meses, Índice de Comorbilidad de Charlson, deterioro cognitivo (DC) mediante Índice de Pfeiffer, tiempo de espera pre quirúrgico (TEP), tipo de fractura (fx) (medial o lateral), tipo de tratamiento quirúrgico (TQ), complicaciones postquirúrgicas, medición sérica de 25 (OH) D y tasa de mortalidad precoz (menos de 6 meses) y tardía (6 meses a 12 meses).

RESULTADOS

123/150 (82%) fueron mujeres, la edad 79(11). Índice de Barthel 87.2 (19.9). Índice de Charlson 2.8 (1.6). DC presente 47/150 (31.3%). TEP 11.2 (9.1). Fx medial 81/150 (54%); TQ: Hemiartroplastia 35/150 (23.3%), Artroplastia total 89/150 (59.3%), clavo-placa (DHS) 26/150 (17.3%). Complicaciones 9/150 (6%). 25(OH) D media 10(6), deficiencia 85/138 (61.6%), insuficiencia 44/138 (31.9%), hipovitaminosis 9/138 (6.5%), óptimo 1/138 (0.72%). Tasa de mortalidad internación 7/150 (4.7%), mortalidad 6 meses 10/150 (6.7%) y a los 12 meses 30/150 (20%). Análisis univariados: no hubo diferencia estadísticamente significativa, por edad, género CD y TEP entre los grupos estandarizados de mortalidad precoz y tardía. Hubo mayor mortalidad al año vs 6 meses, en los pacientes con menor capacidad funcional, menores niveles de vitamina D, más complicaciones postquirúrgicas y fracturas mediales de cadera (P<0.001).

CONCLUSION

La tasa de mortalidad anual total fue del 20%. Los pacientes con fractura de cadera con deficiencia de 25 (OH) D tuvieron mayor mortalidad. Además la menor capacidad funcional al año, las complicaciones postquirúrgicas y las fracturas mediales aumentaron la mortalidad anual.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO SERONEGATIVO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS

S. Velez[1]*, F. Zazzetti[1], M. Rivero[1], M. Khoury[1], H. Laborde[1], D. Duarte Noé[1], J. Barreira[1],

[1]Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una exocrinopatía autoinmune crónica que se caracteriza por la activación de linfocitos B, capaces de producir una gran variedad de autoanticuerpos. La positividad para anti Ro/SS-A y La/SS-B varía entre 30 a 70% según la técnica empleada y se consideran altamente específicos para el diagnóstico, estando asociados a manifestaciones sistémicas de mal pronóstico. Su presencia junto al factor reumatoideo (FR), evidencia una mayor sobreexpresión del linfocito B. Pocas descripciones de casos han comunicado la expresión clínica del SSp seronegativo para estos anticuerpos, vinculándolo a pancreatitis autoinmune, esclerosis múltiple y RS3P. El objetivo fue describir las características clínicas y serológicas de pacientes con SSp seronegativo para FR, anti Ro/SS-A y anti La/SS-B.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron pacientes que cumplían criterios americano-europeos de SSp en seguimiento desde junio de 2000 hasta junio de 2012. Se definieron como SSp seronegativo a aquellos pacientes que presentaban una prueba de laboratorio negativa para FR, anti Ro/SS-A y anti La/SS-B. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, biopsias de glándula salival menor y hallazgos de laboratorio.

Resultados: Se analizaron 124 pacientes de los cuales 10 (8.06%) cumplían criterios para SSp seronegativo; todos de género femenino, con una edad a la inclusión de 56 ± 12 años (rango=26-62) y un tiempo de evolución de 36 ± 7.2 meses (rango=6-264). Al comparar las manifestaciones clínicas y de laboratorio, todos los pacientes seronegativos presentaban xerofalimia y xerostomía (n=10), Schirmer y BUT positivos (n=10) y rosa de Bengala (n=9). En 3 pacientes se asoció a fibromialgia, xeroderma, Raynaud y positividad de AAN a títulos mayores a 640. Otras manifestaciones fueron paroditis recurrente (n=1), acidosis tubular renal (n=1), neuralgia del trigémino (n=1) y depresión (n=1). Todos los pacientes tenían biopsia de glándula salival menor positiva con scores de foco entre 3 (n=6) y 4 (n=4). Todos recibían tratamiento con hidrocicloroquina y vitamina D, y solo uno requirió esteroides a dosis moderadas. No hubo asociación con otras manifestaciones orgánicas extraglandulares.

Comentarios: En este grupo de pacientes con SSp el 8% fue seronegativo para Ro/SS-A, La/SS-B y FR. Si bien todos presentaron manifestaciones características del complejo sicca, un porcentaje menor desarrolló manifestaciones extraglandulares que requirieron intervenciones terapéuticas complejas. En presencia de síntomas sicca, pensar en SSp seronegativo es posible, a pesar del número reducido de casos comunicados. De acuerdo con nuestras observaciones el SSp seronegativo parecería tener un comportamiento más benigno; evidenciando que la sobreexpresión celular B con la consiguiente formación de autoanticuerpos, se asociaría al desarrollo de manifestaciones sistémicas en pacientes con SSp.

Page 1/1

ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): COMPROMISO UNGUEAL Y ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES (IFD).

A. Castelli, R. Lopez Martínez, F. Montoya*, R. Veira, N. Kogan, S. Gusis, E. Kerzberg.

[1]Hospital Ramos Mejía, Argentina

[2]Ramos Mejía, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: Es bien conocida la relación entre compromiso ungueal y artritis psoriásica pero no tan conocida la relación con el compromiso de las IFD. Se atribuye este relación al fenómeno de Koebner.

OBJETIVO: Evaluar la correlación entre el compromiso ungueal y el de la IFD en manos de pacientes con artritis psoriásica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron prospectivamente 49 pacientes con artritis psoriásica definida por el criterio de CASPAR a los que se evaluaron el compromiso ungueal de manos por mNAPSI y el compromiso de las IFD de las manos (articulaciones dolorosas, inflamadas).

RESULTADOS: 49 pacientes: edad promedio de 55.8 años, mujeres: 55%. El 96% con psoriasis en placa; compromiso oligoartricular 63%, poliarticular 27%. Los promedios fueron: de PASI 4.91; mNAPSI 5.06 y DAS 28: 3.58.

30 de 49 tuvieron compromiso ungueal (61%), 10 de 49 (20%) tuvieron compromiso de IFD. Sólo 9 de 49 pacientes tuvieron compromiso ungueal y de IFD (18%). 21 de 49 tuvieron compromiso ungueal sin de IFD (43%). 18 de 49 (37%) no tuvieron ni compromiso articular ni ungueal.

CONCLUSIONES: El compromiso ungueal fue del 61%. El de IFD 20%. La incidencia del traumatismo local como causa de lesiones ungueales fue baja.

FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN FIBROMIALGIA: FACTORES ASOCIADOS

J. Gamba[1]*, C. Uñal[1], A. Igel[1], F. Eraña[1], M. Vidal[1], G. Gomez[1], G. Redondo[1], M. De La Vega[1], E. Chiuizzi[1], A. Riopedre[1], M. De La Barrera[1], N. Villa[1], D. Mata[1], A. Russo[1], D. Messina[1],

[1]Hospital General De Agudos Dr. Cosme Argerich, Capital Federal, Argentina

[*] Presentador

La **Fibromialgia (FM)** es una patología frecuente en mujeres de mediana edad, que se caracteriza principalmente por dolor difuso crónico. Sin embargo, existen otras manifestaciones asociadas (fatiga, ansiedad, depresión, etc) que podrían alterar las distintas fases de la respuesta sexual. Además, recientes estudios proponen a los antecedentes de abuso psico-físico como potenciales desencadenantes de FM. Es por ello que decidimos valorar cómo estos factores afectan a nuestra población femenina con FM. **OBJETIVOS:** Valorar la función sexual en mujeres con FM y correlacionar con puntos dolorosos, severidad clínica, depresión, fatiga crónica y antecedentes de violencia. **PACIENTES Y METODOS:** Estudio de casos y controles, transversal. Entre el 01/03/12 y el 30/06/12 se incluyeron en forma consecutiva: mujeres ≥ 18 años con diagnóstico de FM (ACR'90); y controles sanas ≥ 18 años, sin antecedentes de violencia. Se excluyeron pacientes con otras patologías causales de dolor crónico y trastornos psicóticos. Se consignaron: datos socio-demográficos, nivel educativo, actividad laboral, presencia de menopausia; y función sexual mediante el **Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)**: cuestionario autoadministrado de 6 dominios que evalúa: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. En el grupo FM se agregó: puntos dolorosos, tiempo de evolución, medicación, control por psicopatología, presencia de fatiga crónica (criterios Fukuda), severidad clínica (Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia -FIQ español-), depresión (Escala de Ansiedad y Depresión -HADS-), y antecedentes de violencia (Cuestionario de Detección de Violencia de Género). Se utilizaron pruebas de Chi2, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera; y CC de Spearman (significativo $p < 0.05$). **RESULTADOS:** Se incluyeron 52 pacientes en el grupo FM y 52 en el grupo control. Media edad: 50 ± 9.2 y 47 ± 10 años, respectivamente. El **grupo FM** presentó: mediana de tiempo de evolución: 60 meses (1-552), media de puntos dolorosos: 15 ± 3 , mediana de FIQ: 67.8 (28-86). El 73.1% recibía medicación para FM, y el 44.2% asistía a psicopatología. Las pacientes con FM presentaron ≥ 1 : nivel educativo ($p=0.001$) y ≥ 2 : actividad laboral ($p < 0.001$). El 75% presentó antecedentes de violencia, el 56% de fatiga crónica y el 35% de depresión. Se constató deterioro de la función sexual con respecto a los controles (mediana de IFSF total: 17.2 (1.2-33.3) vs 29.4 (1.2-36), $p < 0.001$). Lo mismo ocurrió al analizar cada dominio. El antecedente de violencia psicofísica generó una tendencia a valores inferiores de IFSF, sin significancia estadística ($p=0.085$). No se halló correlación entre valores del IFSF y el resto de las variables analizadas. **CONCLUSIÓN:** Nuestras pacientes con FM presentaron deterioro de la función sexual con respecto al grupo control. Los antecedentes de violencia psicofísica, si bien fueron frecuentes, no deterioraron en forma significativa la sexualidad.

Page 1/1

EMBARAZO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. RESULTADOS Y CORRELACION CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD.

J. Milanesio[1]*, C. Dieguez[1], A. Urteaga[1], B. Novelli[1], M. Abdala[1],

[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario, Facultad De Ciencias Médicas, Rosario, Argentina

[*] Presentador

OBJETIVOS: analizar retrospectivamente los resultados de los embarazos producidos en pacientes lupicas con o sin nefropatía, actual o pasada, asistidas en el servicio de Reumatología y Nefrología del Hospital Provincial del Centenario de Rosario.

MATERIAL Y METODOS: estudiamos los resultados de 25 embarazos producidos en 20 pacientes con diagnóstico de LES y se correlacionaron con la actividad lupica y la presencia de nefropatía actual o pasada. De los 20 pacientes 4 tuvieron nefropatía lupica tipo IV. El resto no tuvo compromiso renal. solo el 20 % de los embarazos fueron programados.

RESULTADOS: la edad promedio de las pacientes fue de 25 ± 5 años al momento del embarazo y su edad al diagnóstico de LES era de 20 ± 6 años. En promedio el tiempo entre el diagnóstico de LES y el embarazo fue de 5 años.

De los 25 embarazos, el 80 % cursaron con normotensión y todos tuvieron un curso exitoso. En el 8 % se produjeron abortos en el primer trimestre, y el 12 % curso con hipertensión, resultando con prematuridad extrema. De estos 5 embarazos 4 se produjeron en pacientes con nefropatía lupica.

El 88 % fueron nacidos vivos. 2 fueron prematuros. Uno de 550 gr falleció a las 48 horas. El otro de 2.150 gr tuvo un curso exitoso.

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

CONCLUSIÓN: los embarazos en pacientes lupicas tuvieron un curso favorable en un alto porcentaje de casos. Los resultados desfavorables se asociaron con actividad clínica y serológica de la enfermedad y con hipertensión arterial durante la gestación. La programación de los embarazos podría proporcionar mejores resultados.

COMPARACIÓN ENTRE ENZIMOINMUNOENSAYO E INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTICENTRÓMEROS.

L. Boglione[1]*, P. Ferrero[1], E. Mussano[1], L. Onetti[1], C. Acosta[1],
[1]Hospital Nacional De Clínicas De Córdoba, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos anti-centrómtero son altamente específicos para la forma limitada de esclerosis sistémica y están presentes entre el 20 y el 80% de los pacientes. Tradicionalmente estos anticuerpos han sido detectados por inmunofluorescencia indirecta sobre células Hep-2. El centrómtero consiste en un conjunto de proteínas, siendo las más importantes CENP-A, CENP-B y CENP-C. La mayoría de los autoanticuerpos anti-centrómtero tienen especificidad para CENP-B. Los enzimoimmunoensayos que emplean esta proteína presentan una sensibilidad entre 94%-95% en comparación con la inmunofluorescencia indirecta. El desarrollo de nuevos ensayos que incorporan la detección de CENP-A y CENP-B simultáneamente, reportan una mayor sensibilidad que la que presentan ambos antígenos individualmente. **OBJETIVOS:** Evaluar la sensibilidad y especificidad del enzimoimmunoensayo para anticuerpos anti-CENP-A y CENP-B utilizando como técnica de referencia la inmunofluorescencia indirecta y establecer la concordancia entre ambos métodos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se seleccionaron 55 muestras de suero de pacientes con anticuerpos anti-nucleares positivos por inmunofluorescencia indirecta sobre Hep-2; (28 con patrón centromérico, 11 nucleolar y 16 moteado). Se incluyeron además 26 muestras con anticuerpos antinucleares negativos. A los 81 sueros se les dosaron los anti-CENP-A y CENP-B por enzimoimmunoensayo. Se determinó la sensibilidad y especificidad del enzimoimmunoensayo anti-CENP-A y CENP-B frente a la técnica de inmunofluorescencia indirecta y el índice kappa para el análisis de concordancia. **RESULTADOS:** De 28 muestras con anticuerpos antinucleares positivos por inmunofluorescencia indirecta 2 resultaron negativas por enzimoimmunoensayo, mientras que de 53 muestras con anticentrómtero negativo por inmunofluorescencia indirecta, 2 resultaron positivas por enzimoimmunoensayo (las mismas presentaban patrón moteado). La sensibilidad y especificidad del enzimoimmunoensayo fue de 92,8% y 96,2%, respectivamente y el índice kappa = 0,89. En 25 muestras positivas para anticuerpos antinucleares con patrones centroméricos y en 26 muestras con anticuerpos negativos, no se obtuvieron resultados positivos para anti-CENP-A y CENP-B. **CONCLUSIÓN:** Puesto que la sensibilidad y especificidad, así como también el índice de concordancia, arrojan valores significativos, el enzimoimmunoensayo se podría utilizar como técnica de tamizaje en la determinación de anticuerpos anticentrómtero.

Page 1/1

CONTROL A LARGO PLAZO DE 72 PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

C. Dieguez[1]*, M. Abdala[1], N. Cortese[1], J. Milanese[1], A. Urteaga[1], B. Novelli[1],
[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario, Facultad De Ciencias Médicas, Rosario, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: Analizar la relación entre la forma de presentación de la nefropatía lúpica y la tasa de respuesta al tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de 72 pacientes lúpicos que asistieron al Servicio de Reumatología del Hospital Provincial del Centenario entre junio 1987 y diciembre 2004. Se analizaron los datos obtenidos de la historia clínica confeccionadas por el Servicio y los resultados de 81 biopsias.

Resultados: Estudiamos 72 pacientes con nefropatía lúpica con 81 biopsias renales realizadas desde junio 1987 a diciembre 2004. De los pacientes estudiados 90,27% (65) fueron mujeres. La media de edad fue 27,42 años (7 a 70 años) y el tiempo de control 49,38 meses (1,5 a 140 meses). La presentación clínica más frecuente fue síndrome nefrítico en el 56% (40 de 72 casos), seguida de síndrome nefrítico en el 23% (17 de 72 casos) y anomalías urinarias en el 21% (15 de 72 casos). El 30% de los pacientes con nefropatía lúpica presentó insuficiencia renal en algún momento de su evolución (22 de 72). El 19% de ellos (4 de esos 22) tuvo insuficiencia renal rápidamente progresiva.

Las formas histológicas encontradas fueron: tipo II 15,27%, tipo III 5,55%, tipo IV 66,66% y tipo V 12,5% (11, 4, 48 y 9 casos respectivamente). Se rebiopsiaron 9 pacientes, de los cuales sólo 2 tuvieron cambios histológicos (1 de tipo II a IV y 1 de tipo III a IV).

El tratamiento inicial se registró en 54 pacientes. 7 recibieron corticoides y 47 el protocolo de tratamiento del Instituto Nacional de Salud. El 93% (50 pacientes) tuvo respuesta inicial (52% remisión total con el tratamiento de inducción y 41% parcial), sólo el 7% (4 pacientes) fue resistente. De los pacientes en remisión el 24% (12 pacientes) presentó un rebrote renal entre 1 a 14 años de realizada la biopsia renal. En un tercio de los pacientes (4 pacientes) la recaída se produjo durante el abandono del tratamiento. El 83,33% (10 pacientes) pudieron ser tratados, con remisión completa en el 60% y parcial en el 40%. Requiere diálisis el 5,55% (4 pacientes), 2 en forma transitoria. La tasa de muerte en el grupo estudiado fue del 4,16% (3 pacientes), siendo la causa en todos los casos cuadros sépticos. En todos los casos se produjo antes de los 6 meses de tratamiento.

Conclusión: La nefritis lúpica IV fue la forma más frecuentemente encontrada en nuestra población (67%). La tasa de respuesta fue elevada (93%) y sostenida en el tiempo. La forma clínica de presentación no incidió en la tasa de respuesta inicial ni en la presencia de recaídas.

ALTERACIONES LIPÍDICAS Y RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

E. Lancioni[1]*, C. Saucedo[1], M. Scolnik[1], D. Navarta[1], J. Rosa[1], L. Ferreyra[1], E. Catay[1], M. Acosta[1], M. García[1], P. Inamura[1], F. Varela[1], C. Quiroz[1], Z. Bedran[1], M. Sabelli[1], M. Morales[1], J. Alfie[1], G. Waisman[1], C. Luis[1], E. Soriano[1],
[1]Hospital Italiano, Caba, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: 1-Establecer la prevalencia de alteraciones lipídicas y medir la rigidez arterial en pacientes con AR y controles. 2-Evaluar la relación entre rigidez arterial, actividad de la enfermedad, tiempo de evolución de la AR y otros factores de riesgo cardiovascular tradicionales. **Materiales y métodos:** se incluyeron en forma consecutiva, entre enero de 2010 y mayo de 2011, 91 pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) mayores de 18 años y 79 controles con enfermedad reumática no inflamatoria (artrosis y fibromialgia), de similar edad y sexo. Criterios de exclusión: pacientes tratados con hipolipemiantes, hipotiroideos no controlados y antecedente de eventos cardiovasculares previos. Se recolectaron los siguientes datos: tabaquismo, presión arterial, índice de masa corporal, cintura, DAS 28, glucemia, HDL, LDL, TGL, colesterol total, entrosilimentación (VSG) y medicación. La rigidez arterial, medida a través de la velocidad de onda de pulso (VOP), fue evaluada en 56 pacientes con AR y 25 controles. Se definió la presencia de rigidez arterial, cuando se superaban los valores de referencia para la VOP, ajustado a edad y presión arterial, acorde a lo establecido por la Sociedad Europea de Cardiología. **Resultados:** pacientes con AR y controles presentaron valores similares de lípidos (HDL, LDL, TGL, colesterol total), así como de otros factores de riesgo cardiovascular (tabla 1). Se observó rigidez arterial en 6 pacientes con AR (10,7%) vs 1 paciente control (4%) (p=0,3). No hubo diferencias significativas en la media de VOP carotídeo-femoral entre pacientes con AR y controles (9,3 m/s y 8,7 m/s respectivamente (p=0,4); así como tampoco en pacientes con AR en remisión (DAS28$\leq 2,6$) vs pacientes activos (DAS28$\geq 2,6$), (9,23 m/s (DS 3,4) y 9,3 m/s (DS 2,3), respectivamente (p=0,9). Los pacientes hipertensos (HTA) tuvieron valores de VOP superiores, comparados con los no hipertensos (p=0,0003). En el análisis multivariado de regresión lineal, solo la HTA se correlacionó independientemente con la rigidez arterial (OR 19,9, IC 2,2-178). En contraste no hubo asociación entre la VOP y el DAS 28, VSG, duración de la enfermedad, medicación y otros factores de riesgo

	CONTROLES (N=79)	AR (N=91)	P
EDAD (DS)	58,6 (12,6)	58,4 (12,4)	0,92
SEXO F. % (IC)	94,9 (87,5-98,6)	93,4 (86,2-97,5)	0,67
DISLIPEMIA % (IC)	58,2 (46,6-69,2)	51,7 (40,8-62,4)	0,39
HTA % (IC)	53,2 (41,6-64,5)	46,1 (37,4-57)	0,36
HIPERGLUCEMIA % (IC)	6,5 (2,1-14,5)	5,5 (1,5-13,4)	0,8
TBQ ACTUAL % (IC)	19 (11-29,4)	11,3 (5,3-20,3)	0,17
IMC (DS)	27,9 (5,6)	26,02 (5,3)	0,02
CINTURA cm (DS)	94,31 (14,08)	88,76 (14,28)	0,01
DISLIPEMIA % (IC)	58,2 (46,6-69,2)	51,7 (40,8-62,4)	0,39

Conclusión: los pacientes con AR no presentaron mayores alteraciones lipídicas ni rigidez arterial que los controles. La actividad de la enfermedad medida por DAS 28 no se asoció con un incremento de la rigidez arterial. La hipertensión arterial fue el único factor de riesgo asociado con la rigidez arterial.

Estudio solventado por parte por la beca Qualitas 2010

DESEMPEÑO DEL BASDAI EN ARTROPATIA PSORIÁTICA. ¿ES UTIL PARA MEDIR ACTIVIDAD PERIFÉRICA?

I. Carrillo[1]*, M. Gonzalez Guzman[1], M. Landi[1], H. Maldonado Fico[1], J. Maldonado Cocco[1], C. Giraldot[1], R. Chaparro Del Moral[2], G. Citera[1],
[1]Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Capital Federal, Argentina
[2]Hospital Dr. E. Tornú, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Existen diversos índices para evaluar la actividad de la Artritis Psoriática (APs) axial como periférica pero su validez y correlación aún no están bien estudiados. El objetivo de este trabajo fue determinar la correlación entre diferentes índices empleados para evaluar actividad de la enfermedad periférica y axial en pacientes con APs.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, antecedentes familiares, características al inicio y evolutivas de la enfermedad. Se realizó recuento articular de 66/68 articulaciones tumefactas y dolorosas e índice entésico de MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score). Compromiso cutáneo se evaluó mediante PASI (Psoriasis Area Severity Index) y ungueal por PNSS (Psoriatic Nail Severity Score). Se evaluó capacidad funcional por HAQ (Health Assessment Questionnaire) y BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), actividad de la enfermedad por DAS28 (Disease Activity Score), RAPID3 y BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) y calidad de vida por PsAQoL (Psoriatic Ankylosing Quality of Life). Para la evaluación radiológica se utilizó el score de BASRI y de Sharp van der Heijde modificado para APs. **Análisis estadístico:** Estudio multicéntrico de corte transversal. Los datos categóricos fueron comparados por Test χ^2 o Test exacto de Fisher y los continuos por la prueba de T y ANOVA con pruebas post-hoc y correlaciones por Spearman. Se consideró significativa una p$\leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes consecutivos, 40 mujeres y 30 varones. Una mediana de edad de 53,5 años (RIC 44-64,2) y de evolución de APs de 7,3 años (RIC 3,8-13,3). 54 pacientes presentaron forma de evolución poliarticular, 13 oligoartricular, 2 espondilítico y 1 mutilante. Sacroileítis radiológica se observó en el 47,6% de los pacientes con forma de evolución poliarticular y 22,2% de los oligoartriculares. En pacientes con sacroileítis radiológica el BASDAI fue significativamente mayor que en los pacientes sin sacroileítis (media 4,5 vs 2,8 p$\leq 0,05$). El BASDAI tuvo una muy buena correlación con RAPID3 (r=0,83), BASFI (r=0,82) y en menor medida con HAQ-A (r=0,78), DAPSA (r=0,71) y DAS28 (0,52). 15,8% de los pacientes en remisión por DAS28 presentaron actividad por BASDAI y 30% de los pacientes en remisión por BASDAI presentaron actividad severa por DAS28. Por último, 11% de los pacientes sin sacroileítis radiológica y en remisión por DAS28 presentaron actividad por BASDAI. En pacientes poliarticulares con severa actividad de la enfermedad por DAS28, la media de BASDAI fue de 5,7 para los que no presentaron sacroileítis radiológica, mientras que para los que sí presentaron sacroileítis radiológica la media de BASDAI fue de 7,6 (p$\leq 0,05$).

Conclusión: El BASDAI al ser un índice para evaluar actividad axial, no puede ser utilizado para evaluar compromiso periférico, dado que un porcentaje considerable de pacientes en remisión por DAS28 presenta actividad por BASDAI y viceversa, y pacientes en remisión por BASDAI presentan alta actividad por DAS28.

103

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ESPONDILOARTRITIS Y OTRAS MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ACTIVA

M. Bertolaccini[1]*, H. Sueldo[1], G. Costilla Campero[1], S. Villafañe[1], V. Bellomio[1], L. Gonzalez Lucero[1], A. Barbaglia[1], A. Berman[2], E. Lucero[1],

[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina

[2]Centro Privado De Reumatología, Argentina

[*] Presentador

Las manifestaciones reumatológicas en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son frecuentes, presentándose hasta en 60%, con una prevalencia de 11.8% de espondiloartritis (EspA). La terapia antirretroviral altamente activa (HAART) instaurada desde 1997, ha provocado cambios en el pronóstico y morbilidad en estos pacientes.

Objetivos: Determinar la frecuencia y características de EspA en pacientes con VIH, comparadas con reportes previos y describir otras manifestaciones reumatológicas.

Material y método: Estudio de corte transversal, incluyendo en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de VIH controlados en el Hospital Padilla de Tucumán, entre diciembre de 2010 y junio de 2012. Las variables estudiadas fueron: demográficas, clínicas (examen osteoarticular, cutáneo y clínico), terapéuticas (HAART, reacciones adversas), de laboratorio (recuento CD4, carga viral, perfil lipídico, VSG y PCR, Factor Reumatoideo, ANA, anti DNA, anticuerpos antiosfrolípidicos) e imagenológicos (radiografía de columna cervical, dorsal y lumbar, manos, pies, sacroilíacos).

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, 53.3% (56) varones, edad media 39.4 ± 10.4 años, duración media desde la detección de infección por VIH 4.9 ± 3.5 años. Recibieron terapia HAART 89.5% (94) pacientes, 31.4% (33) con dislipemia asociada al tratamiento, 23.8% (25) con SIDA, 51.4% (54) con carga viral indetectable y recuento medio de CD4 426.8 ± 255.8 cel/mm³. Las manifestaciones reumatológicas fueron: artralgias 21% (22), lumbalgia mecánica 19% (20), migrañas 13.3% (14), fibromialgia 8.6% (9) y síndrome articular doloroso 2.9% (3). Dos pacientes (1.9%: IC 95% 0.2 - 6.8) presentaron EspA, 1 artritis reactiva y 1 espondilitis anquilosante. Además 2 necrosis óseas avasculares, 2 SICCA, 1 oligoartritis séptica con osteomielitis, 1 síndrome de infiltración linfocitaria difusa y 1 monoartritis inespecífica. Los anticuerpos anticardiolipinas se detectaron en 10% (7/69) y ANA en 1.9% (2/92), ambos a títulos bajos. No hubo asociación significativa entre manifestaciones reumatológicas y tratamiento, carga viral, ni recuento de CD4. En comparación con series previas a 1997, la incidencia de EspA disminuyó significativamente (p<0.0001).

Conclusiones:

La prevalencia de EspA fue 1.9% en pacientes con VIH. Las manifestaciones reumatológicas más frecuentes fueron las artralgias. Comparando con otras series, encontramos un cambio en la frecuencia y forma de presentación de las manifestaciones reumatológicas en pacientes con VIH en la era de la terapia HAART.

104

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ARTRITIS REUMATOIDEA EN HOMBRES

A. Urteaga[1]*, J. Milanesio[1], C. Dieguez[1], D. Guizardo[1], N. Cortese[1], M. Abdala[1], [1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario, Facultad De Ciencias Médicas, Rosario, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica de etiología desconocida caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico. Afecta al 0.2 al 2% de la población caucásica, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva dentro de la sociedad. La frecuencia de la AR en el sexo femenino es superior a la observada en el sexo masculino en una relación 3:1. La influencia del género en la severidad y pronóstico de la enfermedad ha sido motivo de controversias.

OBJETIVO

1) Estimar la frecuencia relativa de la AR en sexo masculino / AR en sexo femenino. 2) Evaluar las características clínicas, de laboratorio y radiológicas de pacientes con AR comparadas entre ambos sexos.

METODO

Se estudiaron 270 pacientes con AR que concurren al Servicio de Reumatología del Hospital Provincial del Centenario, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario, durante el 05/01/09 al 05/05/11. Datos registrados: hábitos (tabaco y alcohol). Laboratorio: VES, PCR, FR, AntiCCP, y FAN. DAS 28 y HAQ. Rx: de manos, pies y columna cervical (presencia o no de erosiones y de subluxación atloideoaxoidea).

RESULTADOS

Concurrieron 270 pacientes: 216 mujeres y 54 varones, en una relación 5:1. Edad: 42 ± 9 varones y 37 ± 8 años mujeres con evolución AR: 7 (2-13) y 5 (3-15) años. La forma de presentación más frecuente fue la poliarticular, en ambos grupos. Se encontraron diferencias significativas en los varones en el consumo de alcohol y tabaco (47% vs 26% y 39% vs 18% respectivamente), la presencia de nódulos reumatoideos (35 vs 20%), HAQ mayor, PCR más alta, y menor frecuencia de anemia y FAN+. No hubo diferencias en VES, FR, AntiCCP, DAS 28 ni compromiso radiológico.

CONCLUSIONES

La relación mujer/varón fue 5:1, la cual es superior a la reportada en la literatura. Al comparar con mujeres, los varones presentaron mayor consumo de alcohol y tabaco, y se caracterizaron por mayor presencia de nódulos reumatoideos y discapacidad funcional con menor frecuencia de anemia y FAN+.

105

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

VERSIÓN 2 - LESIONES ISQUÉMICAS EN EXTREMIDADES EN PACIENTE TABAQUISTA

L. Ramírez Stiechen[1]*, G. Aranalde[1], G. Mazzola[1], A. Celentano[1],

[1]Hospital De Emergencias Dr Clemente Alvarez, Rosario, Argentina

[*] Presentador

Paciente de 37 años tabaquista de jerarquía (94 paquetes/año) que consulta por un cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dolor continuo en reposo del segundo y tercer dedo del pie izquierdo asociado a cambios en la coloración. Refería parestias distales en miembros inferiores y miembros superiores. Examen físico: Livedo reticularis en tercio inferior de piernas y pie. Aumento de la circulación venosa superficial con telangiectasias. Cianosis del segundo y tercer dedo del pie izquierdo con dolor a la palpación de los pulpejos y la movilización activa y pasiva. Pulsos periféricos conservados. Test de Allen y maniobra de Ratschow positivos. Sensibilidad táctil, discriminativa y termalgias conservadas. Laboratorio: Hemoglobina 16.9 leucocitos 11700 plaquetas 397000 sodio 137 potasio 4.6 glucemia 91 creatinina 0.9 Colesterol total 175 mg/dl HDL 33 mg/dl LDL 119 mg/dl triglicéridos 115 mg/dl. Eritrosedimentación 5 mm/hora; proteína C reactiva indetectable; látex para artritis reumatoide, anticuerpos antinucleares, anticardiolipinas, anticoagulante lipídico, ANCA-p, ANCA-c negativos, C3 138 mg/dl, C4 29 mg/dl, CH50 56 mg/dl. Ecodoppler de miembro inferior izquierdo: arterias tibial posterior y pedia con flujos monofásicos con velocidades conservadas. Sistema venoso normal. Capilrosopografía: edema, visión en vidrio esmerilado, perfusión capilar normal, disrupción de la pared vascular, densidad capilar y organización del lecho capilar normales. Se interpreta el cuadro como enfermedad de Buerger debido al antecedente de tabaquismo de jerarquía y a la ausencia de marcadores serológicos de enfermedad autoinmune. Se inicia consejería médica y tratamiento con bupropion para el abandono del hábito tabáquico. La enfermedad de Buerger es un desorden vascular inflamatorio de la circulación periférica caracterizado por una necrosis progresiva secundaria a la isquemia de las extremidades, particularmente, a nivel distal. Guarda una relación estrecha con el tabaquismo, que determina la ocurrencia, la progresión y el pronóstico. Se constata formación de trombos con inflamación aguda y crónica de arterias de pequeño y mediano calibre. El curso clínico se caracteriza por exacerbaciones agudas con fases de remisión. La esperanza de vida es clásicamente normal, de un 85% a los 25 años. Los estudios angiográficos revelan un compromiso segmentario y distal de la vasculatura de las extremidades. La interrupción completa del tabaquismo es la piedra angular del tratamiento, aunque se han ensayado otras terapéuticas como los antagonistas de los receptores de cannabinoides o de receptores de endotelina, como así también la prostaciclina. Presentamos el caso por su infrecuencia e importancia al momento del diagnóstico diferencial con otros procesos que dan lugar a isquemia de las extremidades

106

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ENCUESTA SOBRE OSTEOPOROSIS EN MUJERES Y HOMBRES

G. Stevens[1], L. Ríos[1]*, E. Kerzberg[1],

[1]Hospital Im. Ramos Mejía, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad asintomática de alta prevalencia. Parte importante de su prevención y tratamiento radica en el conocimiento que tenga el paciente acerca de la patología y sus posibles complicaciones. **Objetivos:** Evaluar el conocimiento sobre osteoporosis en hombres y mujeres atendidos en el consultorio de la especialidad. **Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta cerrada para evaluar el conocimiento sobre osteoporosis a 100 mujeres y 60 hombres, con diagnóstico de osteopenia y osteoporosis por densitometría por absorción de rayos X que concurren al Consultorio de Osteoporosis en el período Diciembre 2010 a Noviembre 2011. **Resultados:** Pacientes evaluados: 100 mujeres y 60 hombres. Edad promedio, mujeres: 66.5 años, hombres 73.7 años. Mujeres con osteopenia 28%, con osteoporosis 72%. Hombres con osteopenia 33.3% y con osteoporosis 67.3%. Respuestas obtenidas: 48% de las mujeres y 61.6% de los hombres obtuvieron información de la patología a través del médico. 82% de las mujeres y 68.3% de los hombres refirió conocer qué era la densitometría ósea, ninguno de los grupos conocía quién era candidato para realizar el estudio. 94% de las mujeres y 96.7% de los hombres contestaron que era necesario estudiar un sujeto con una fractura previa no traumática para detectar posible osteoporosis. 84% de las mujeres y 70% de los hombres contestaron que el tratamiento es prolongado. En cuanto a conductas preventivas, 58% de las mujeres y 60% de los hombres vieron favorable la mayor ingesta de lácteos posible, sin embargo, 43% de las mujeres y 33.3% de los hombres tenían un consumo adecuado de lácteos. 20% de las mujeres y 88.3% de los hombres refieren realizar ejercicio físico. 92% de las mujeres y 98.3% de los hombres refirieron una exposición solar diaria mayor a 10 minutos. 78% de las mujeres y 40% de los hombres tomaron suplementos de calcio. 29% de las mujeres y 16.7% de los hombres tuvieron caídas el último año. 7% de las mujeres y 0% de los hombres habían sufrido fracturas no traumáticas en el mismo período. **Conclusiones:** El conocimiento de la enfermedad es una herramienta útil para su prevención, detección precoz, cumplimiento del tratamiento y la adquisición de conductas saludables. Las encuestas de salud son de utilidad para obtener información del paciente para mejorar la calidad de atención y las políticas de salud. Entre otros datos, la encuesta reveló que el médico es la mayor fuente de información sobre la osteoporosis. Sería necesario promover la educación del paciente no sólo en el ámbito de la consulta médica sino en otros medios de comunicación masiva.

LESION TUBULOINTERSTICIAL EN NEFRITIS LÚPICA Y EXPRESIÓN GENICA DE KIM-1.

L. Mas[1]*, M. Haye Salinas[1], S. Retamozo[1], V. Saurit[1], F. Caeiro[1], A. Diller[1], J. De La Fuente[1], P. Trujillo Salazar[1], A. Alvarellos[1], T. Alvarellos[1],
[1]Hospital Privado. Centro Médico De Córdoba, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Antecedentes: La extensión de las lesiones tubulares y el reclutamiento de células inflamatorias, se especula que puede ser un importante predictor de la función renal en la glomerulonefritis mediada por sistema inmune (1), como la Nefritis Lúpica (NL). La respuesta de los túbulos renales a la proteinuria está implicada en la progresión de la enfermedad renal (2). Kidney Injury Molecule 1 (KIM-1), es una proteína tubular de membrana que es marcadamente inducida en la insuficiencia renal aguda y crónica. KIM-1 puede ser considerado un biomarcador útil, dado que no se expresa en el riñón normal, pero sí se lo encuentra en las células tubulares proximales injuriadas, donde la expresión persiste hasta que la lesión celular es reparada (3). Objetivo: El rol de KIM-1 en la LN no está dilucidado. Se propuso analizar si existe correlación entre la expresión génica de KIM-1 en el sedimento de orina y biopsia de pacientes (P) con diagnóstico de NL, y determinar si se encuentra una correlación entre la expresión de KIM-1 y el índice proteína / creatinina (P / C) en orina. Métodos: Se evaluaron 22 biopsias renales y 28 muestras de orina de 20 P con LN (17F / 3M, edad 33,55 ± 12,28, rango: 15-72). Las biopsias de riñón fueron agrupadas de acuerdo a la clasificación de la International Society of Nephrology and Renal Pathology Society (ISN / RPS) (4). Las muestras de orina de los P con NL se dividieron como PC < 1 (Grupo I, N = 12) y PC > 1 (Grupo II, N = 16), y muestras de orina de individuos sanos (Grupo III, N = 17) fueron analizadas como control. Los niveles de expresión génica de KIM-1 se evaluaron utilizando la técnica cuantitativa de PCR en Tiempo Real. Todas las amplificaciones se llevaron a cabo por duplicado y el umbral (Ct) fue promediado. Se utilizó el método de cuantificación relativa para el análisis de la expresión génica, donde los Ct fueron normalizados con un control endógeno, o gen de expresión constitutiva, β2Microglobulina, donde DCi=Ci.gen.Ct.B2M. Se utilizó el test de Spearman para verificar asociación entre los niveles de expresión génica en los pares de muestras de biopsia y orina. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar los niveles de expresión génica entre los grupos de estudio. Resultados: Se observó una correlación significativa entre las muestras de biopsia y orina, donde el índice Spearman $r = 0,6838$ ($p = 0,0005$). Asimismo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la expresión de KIM-1 entre los grupos ($p = 0,0110$), cuando se aplicó ANOVA, siendo los niveles de ARnM de KIM-1: Grupo II > Grupo I > Grupo III. Conclusiones: No hubo expresión de KIM-1 en orinas normales (Grupo III). En LN, la expresión génica urinaria de KIM-1 está estrechamente relacionada a la expresión en tejido y se correlaciona con la severidad de la lesión intersticial tubular. La cuantificación KIM-1 en orina podría ser utilizado como un método no invasivo, noble y sensible para la evaluación del injuria renal en los P con LN.

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE USO DE BIOLÓGICOS EN ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL

C. Battagliotti[1]*,
[1]Hospital De Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El avance en los últimos años en nuevas tecnologías para el diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) y el desarrollo de nuevos fármacos por biotecnología para el tratamiento, constituyen una alternativa importante a tener en cuenta a la hora de tratar un niño con artritis crónica. Desde el año 1999 el etanercept fue el primer biológico que recibe la aprobación en estudio de niños con AIJ mayores de 4 años mostrando efectividad, tolerancia, fácil administración e impacto en la calidad de vida.

En la actualidad nuevos agentes biológicos requiere una revisión constante para mejorar la calidad de atención de los niños considerando la eficacia, seguridad a largo plazo y su impacto en el daño articular y el crecimiento

Objetivo: Analizar las indicaciones del uso de biológicos en pacientes que padecen AIJ.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo; sobre 17 pacientes en los que se prescribió el biológico para tratar AIJ, atendidos en consultorio de reumatología entre agosto de 2002 a enero de 2012.

Resultados: Se analizaron 15 AIJ (Artritis Idiopática Juvenil) que tuvieron adherencia al tratamiento: 9 mujeres, con una relación 1.5:1. Edad media de inicio 7años (r: 7m- 14a). 40% menores de 5 años. Precedencia: 13 de Santa Fe (6 capital) 3 Entre Ríos Tenían cobertura médica 8 pacientes. Al analizar las formas de presentación se constata: 5 formas sistémicas de evolución poliarticular, 6 poliarticular (2 seropositivas FR +), 3 espondiloartrópicas y 2 pauciarticular.

Todos tenían AIJ refractaria al tratamiento convencional estaban recibiendo corticoides, antiinflamatorios metotrexate parenteral (15-20 mg /m2/semana)

El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el uso del biológico fue de 18 meses

(r 3m- 5a). En todos se usó de inicio inhibidores del TNF etanercept (0.2-0.4mg/m2/dosis bimensual SC) 2 pacientes con formas sistémicas recibieron más de 2 biológicos, respondiendo a inhibidores de IL 6 tocilizumab (8mg /k /c/15 y 28 días) y 1 forma poliarticular mejoró con adalimumab (40 mg /k /m /c/15 días). Un paciente con poliartitis crónica FR+ con Vasculitis asociada a ANCA's de 5 años de evolución que recibió inhibidores de CD20 rituximab (375mg/m2 EV x semana) durante 4 semanas, mantuvo la remisión durante un año.

Conclusion: El uso constante, en progresivo aumento, no evidenció eventos indeseables graves. Los biológicos han producido un verdadero cambio en la terapéutica y se presentan como una alternativa válida y segura en pediatría. Los pacientes que no respondieron a unos, notan una mejor respuesta a otros; aun faltan más estudios para definir cuando y quienes se beneficiarán, teniendo en cuenta las diferentes formas clínicas y etiopatogenia con lo que se presenta la enfermedad en la infancia y los diferentes blancos de acción del biológico.

REHABILITACION FACIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA

V. Cosentino[1]*, L. Gómez[2], N. Estrella[1], R. López Martínez[1], V. Aquino[1], S. Montoya[1], E. Kerzberg[1], N. Gagliardi[2],

[1]Hospital J.m. Ramos Mejía, Caba, Argentina
[2]Hospital M. Rocca, Caba, Argentina

[*] Presentador

La Esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune caracterizada por un aumento del depósito de colágeno en piel y órganos internos. El compromiso facial evoluciona a un rostro inexpressivo con disminución de la apertura bucal (microstomía).

Objetivo:

Evaluar la eficacia del tratamiento kinésico facial para mejorar la apertura bucal producida por la Esclerosis sistémica.

Material y métodos

Se reclutaron 43 pacientes con Esclerosis Sistémica, que cumplan con los criterios del Colegio Americano de Reumatología, dividiéndolos aleatoriamente en dos grupos: terapéutico y control. A la totalidad se les realizó medición de apertura bucal (Interlabial o interincisivos según eran o no desdentados) y se les midió el grado de discapacidad bucal a través de la Escala Mouth Handicap. El grupo terapéutico realizó ejercicios kinésicos faciales durante 15 minutos 3 veces por día, trabajando diferentes grupos musculares y estiramiento de comisuras labiales. Además se les entregó el plan por escrito para su uso en el hogar y se los llamo telefónicamente para verificar adherencia.

A ambos grupos se le realizaron 2 evaluaciones; una basal (T0), y a las 12 semanas (T1), con medición de apertura bucal y la Escala Mouth Handicap.

Se aplicó estadística descriptiva, prueba T. Chi cuadrado, correlación lineal y U de Mann Whitney según correspondía. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, tiempo de evolución, tipo de Esclerosis Sistémica, medida de apertura bucal y la Escala Mouth Handicap en el momento T0 entre ambos grupos.

El grupo terapéutico luego de la rehabilitación facial mejoró significativamente la apertura bucal en milímetros con respecto al momento basal ($38,33 \pm 9,37$ vs $41,95 \pm 8,35$, $p = 0,002$), logrando un 7% más de apertura a las 12 semanas, con un coeficiente de variación entre mediciones del 3%. No se encontró correlación lineal entre estos resultados con la edad ($r=0,00$; $p=0,98$) y los años de evolución de la enfermedad ($r=0,29$; $p=0,19$). Asimismo no hubo diferencia significativa de mejoría según el tipo de esclerosis sistémica (limitada 71,42% vs difusa 66,66%, $p=0,83$). El grupo terapéutico además logró mejorar significativamente más milímetros de apertura bucal que el grupo control ($3 \pm 2,38$ vs $-0,5 \pm 1,67$; $p < 0,0001$).

En el grupo control no hubo mejoría en cuanto a la apertura bucal a las 12 semanas ($38,22 \pm 8,67$ vs $37,72 \pm 8,29$; $p=0,18$) y presentó empeoramiento significativo de la Escala Mouth Handicap ($16,40 \pm 11,07$ vs $17,72 \pm 11,33$; $p=0,0001$).

Conclusión

Se demostró que la rehabilitación facial realizada regularmente es eficaz para mejorar la apertura bucal en pacientes con Esclerosis sistémica. El corto intervalo de tiempo entre ambas mediciones (T0-T1) podría haber influido para no alcanzar una mejoría significativa de la Escala Mouth Handicap, sumado a que la misma también tiene en cuenta sequedad bucal y daño estético.

La respuesta al tratamiento kinésico es independiente de la edad, tipo de esclerosis sistémica y años de evolución de la enfermedad.

PATOLOGÍA DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA: UN COMPROMISO FRECUENTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Correa[1]*, V. Di Boscio[1], J. Spina[2], C. Waimann[1], M. Collado[1], M. Otaola[2], G. Tabaj[2],

C. Pissoni[3], E. Schneberger[1], M. Salcedo[1], S. Quadrelli[2], A. Eimon[3], G. Citera[1],

[1]Irep., Argentina

[2]Hospital Británico., Argentina

[3]Cemic., Argentina

[*] Presentador

PATOLOGÍA DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA: UN COMPROMISO FRECUENTE EN PACIENTES

CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Correa, MA; Di Boscio, V; Spina, JC; Waimann, Ch; Collado, M; Otaola, M; Tabaj, M; Pissoni, C; Schneberger, EE; Salcedo, M; Quadrelli, S; Eimon, A; Citera, G. Sección Reumatología y Sección Neumología del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP), Servicio de Radiología y Servicio de Neumología del Hospital Británico (HB) y Servicio de Reumatología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) El compromiso respiratorio es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Su prevalencia es incierta y oscila según los métodos diagnósticos utilizados entre un 15% a 80%. La vía aérea y el intersticio pulmonar son frecuentemente afectados y la Tomografía Computada de Alta Resolución (TACAR) es el método diagnóstico de elección. No existe unanimidad respecto a sus predictores. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de compromiso pulmonar en AR y determinar si existen variables sociodemográficas y clínicas asociadas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con AR (ACR '87) de la consulta ambulatoria. Se excluyeron otras enfermedades del tejido conectivo (excepto Síndrome Sjögren secundario), enfermedad respiratoria crónica conocida, intercurridas respiratorias agudas dentro de los 30 días previos a la evaluación. Se consignaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la AR, manifestaciones extraarticulares (MEA), comorbilidades, tabaquismo, paquetes/años (p/a), número de articulaciones dolorosas e inflamadas, HAQ-A, tratamientos recibidos, presencia de erosiones, Factor Reumatoideo (FR), eritrosedimentación (ERS). Se realizó estudio funcional respiratorio completo y TACAR. Estadística descriptiva y las variables categóricas se compararon por Chi2 y las continuas por T-test o Mann-Whitney, una $p < 0,05$ se consideró significativa. **Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 45 (83%) eran mujeres, edad $m \pm 55$ (RIC 48,5-62,7) años y un tiempo m de evolución de 9,5 (RIC 3,81-19,7) años. 36 pacientes (83,7%) tenían FR positivo y 35 (74,5%) erosiones radiológicas. 27 pacientes (59%) presentaron MEA (44,4% síntomas seca y 16,7% nódulos reumatoideos). 12 pacientes (25%) tenían comorbilidades. Tabaquismo estuvo presente en 25 pacientes (46,3%); ex fumadores 14 (26%) y actuales 11 (20,5%). $p/a \ m \ 11$ (RIC 5-20). 46 pacientes (95,8%) recibieron metotrexato, 18 (33%) leflunomida, 10 (21%) terapia biológica y 36 (75%) esteroides. DAS28 $m \ 3,49$ (RIC 2,66-4,26), HAQ-A $m \ 0,75$ (RIC 0,375-1,5). En 39 pacientes se realizó TACAR de los cuales 24 (61,5%) presentaron compromiso pulmonar vinculable a AR: 16/24 patología de la pequeña vía aérea, 5/24 patología pleural, 3/24 bronquiectasias, 2/24 UIP y 2/24 nódulos. De ellos solo 10 tenían antecedente de tabaquismo, 9 tenían disnea, 5 tos y 14 alguna alteración funcional respiratoria. No se encontraron diferencias significativas al comparar las características sociodemográficas, tabaquismo y clínicas de la AR entre pacientes con y sin compromiso pulmonar. **Conclusión:** La prevalencia de compromiso pulmonar vinculable a AR evaluada por TACAR es de 61,5% siendo la alteración de la pequeña vía aérea la más frecuente aún en pacientes asintomáticos y no expuestos al tabaco.

111

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGILOIDES STERCOLARIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

C. Drago[1]*, S. Paira[1], M. Schmid[1], S. Roverano[1], M. Sacun[2], A. Ledita[3], G. Earsman[4], J. Barreira[4], G. Grosso[5], E. Velozo[6], G. Rodríguez[7], O. Romano[8],

[1]Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina

[2]Hospital Provincial Rosario, Argentina

[3]Hospital Central, Mendoza, Argentina

[4]Hospital Británico, Argentina

[5]Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

[6]Sanatorio Adventista Del Plata, Argentina

[7]Hospital Ignacio Pirovano, Buenos Aires, Argentina

[8]Hospital Clínicas ant., Argentina

[*] Presentador

Objetivo: Presentar 25 pacientes con infección diseminada por Strongiloides stercolaris de distintos centros, 24 con enfermedades reumáticas y otro paciente en quien el parásito imitó la presencia de enfermedad del tejido conectivo. **Casos:** Describimos 24 pacientes con enfermedades reumáticas (9 LES, 4 AR, 3 dermatomiositis, 2 polimiositis, entre otras) que se presentaron imitando un brote de la enfermedad de base (fiebre, artritis, artralgias, serositis, compromiso renal, dolor abdominal), sólo 6 presentaron eosinofilia periférica. Un paciente concurrió a la consulta con síntomas que imitaron una enfermedad del tejido conectivo, derrame pleural y peritoneal, anemia, plaquetopenia y p-ANCA (+). El diagnóstico se confirmó por coproparasitológico seriado en 18 pacientes, aspirado duodenal en 3, cultivo de esputo en 3, hisopado anal en 1, biopsia gástrica en 1, biopsia duodenal en 1, por coprocultivo en 1 y lavado gástrico 1. 16 pacientes recibieron ivermectina con buena respuesta, excepto 1 que falleció; 4 pacientes no recibieron tratamiento antiparasitario y fallecieron. Todos los pacientes (menos 2) estaban con tratamiento esteroide o inmunosupresores, ya que se habían interpretado los signos y síntomas como un brote de la enfermedad de base. En el paciente que imitó una enfermedad del tejido conectivo el parásito se diagnosticó mediante biopsia duodenal y recibió tratamiento antiparasitario con buena respuesta. **Conclusión:** En muy pocos pacientes la infección por strongiloides stercolaris fue sospechada, destacando lo dificultoso de realizar un diagnóstico temprano, lo que retrasa el tratamiento específico, que en pacientes inmunocomprometidos puede evitar una evolución fatal.

Page 1/1

112

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SINDROMES AUTOINFLAMATORIOS HEREDITARIOS EN PEDIATRÍA

R. Borgia[1]*, M. Katsicas[1], R. Russo[1],

[1]Hospital Nacional De Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Los síndromes autoinflamatorios hereditarios son enfermedades inflamatorias sistémicas cuyo origen es una alteración genética que determina una activación constitutiva de componentes que integran el sistema inmune innato. Clínicamente se manifiestan por cuadros persistentes o recurrentes de inflamación sistémica como fiebre, rash, artritis y adenomegalias.

Objetivos: Describir características clínicas, bioquímicas, genéticas y tratamientos recibidos en una cohorte de pacientes con síndromes autoinflamatorios hereditarios.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de síndrome autoinflamatorio hereditario en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital Garrahan desde 2007 hasta la fecha. Se recolectaron los siguientes datos: demográficos (sexo, edad al comienzo de la enfermedad y diagnóstico), clínicos (curso de enfermedad, fiebre, rash, artritis, adenopatías y visceromegalias, uveítis, hipoacusia), bioquímicos (VSG, hemoglobina, autoanticuerpos como FAN, ENAS y FR), genéticos y tratamientos recibidos. De acuerdo a la sospecha clínica inicial se realizó secuenciación de DNA para 6 genes implicados en síndromes autoinflamatorios hereditarios (TNFRSF1A, NLRP3, MEFV, MVK, IL1R1 y NOD2).

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con diagnóstico de síndrome autoinflamatorio hereditario, de los cuales 10 eran varones (62%). La edad mediana al comienzo de los síntomas fue de 8 meses (rango 0.1-48) y a la primer consulta 32 meses (rango 2-120). 6 (37%) presentaron antecedentes familiares de síndromes autoinflamatorios hereditarios y ninguno antecedente de consanguinidad o familiares con amiloidosis. El 65% presentó un curso de enfermedad persistente.

Los fenotipos fueron compatibles con: CAPS 7 pacientes (4 CINCA y 3 FCAS), Blau 5, Hiper IgD/MVD 1, FMF 1, DIRA 1, TRAPS 1.

Los hallazgos clínicos fueron: Fiebre 100%, artritis 75%, adenomegalias 53%, rash maculopapular fijo 50% (rash urticariforme 47%, rash icteriforme amarronado 12%, eritema nodoso 12% y rash desencadenado con la exposición al frío 17%), Esplenomegalia 47%, Compromiso ocular 44% (2 vasculitis retinal y atrofia óptica, 1 panuveítis). Otros síntomas: dolor abdominal tipo cólico 41%, hipoacusia neurosensorial 12% y parotidomegalia 6%. Los hallazgos bioquímicos evidenciaron: aumento de VSG (mediana 80mm/h, rango 31-120), anemia (mediana 8gr/dl, rango 6-10) y autoanticuerpos negativos 100%.

Los estudios genéticos evidenciaron mutaciones en 6 pacientes: 50% en el gen NOD2 (2 hermanos en E600K y 1 paciente en 1007 fs), 35% en NLRP3 (1569 C>gt;G, 1121 C>gt;A), 15% en MVK (1162 C>gt;T y codón stop TGA>gt;CGA).

Los tratamientos inmunomoduladores recibidos fueron: Metotrexate 7 y Biológicos 7 (3 Anakinra, 2 Canakinumab y 2 Etanercept).

Conclusión: En nuestra cohorte el síndrome autoinflamatorio hereditario más frecuente fue CAPS, que podría atribuirse a la característica de nuestra población por ser centro terciario de derivación.

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron fiebre, artritis, rash y adenomegalias.

Es probable que los pacientes con mutaciones negativas tengan alteraciones genéticas no estudiadas (ej: NLRP12).

La demora en el diagnóstico presentó una mediana de 2 años, lo que indica una baja sospecha clínica inicial de estas entidades.

Este es el primer reporte de pacientes con síndromes autoinflamatorios hereditarios en nuestro país.

113

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRA ARTICULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA: DATOS PRELIMINARES DE 325 PACIENTES

F. Ceccato[1]*, R. Gontero[1], M. Negri[1], M. Bedoya[1], J. Gallo[1], S. Paira[1],

[1]Hospital Jm Cullen, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: estudiar la prevalencia de manifestaciones extra articulares en AR y su influencia con la mortalidad en dos décadas diferentes. **Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR 87), de la Sección de Reumatología del Hospital Cullen de Santa Fe. Se analizaron la prevalencia y mortalidad de manifestaciones extra articulares en dos períodos: 1987-1996 y 1997-2006. La definición de caso de manifestación extra articular se basó en estudios previos que establecieron criterios para captar manifestaciones extra articulares clínicamente relevantes en estudios retrospectivos de revisión de historias. Se definió manifestación extra articular severa de acuerdo a los criterios de Malmö. **Diseño del estudio:** observacional y retrospectivo. **Análisis estadístico:** se realizó análisis descriptivo de las variables. Las variables categóricas fueron comparadas por test de Chi2 o Fisher y las continuas por test de Student y Mann Whitney, según corresponda. Se calculó el OR y se asoció a intervalos del 95% de confianza. Se utilizó curvas de supervivencia Kaplan-Meier con su estadístico log-rank. **Resultados:** se analizaron 296 pacientes con AR, 233 (78%) mujeres y 63 (21%) varones, con una edad media al comienzo de la enfermedad de 43 ± 14 años y un tiempo mediano evolución de 10 años (min 0.1 - max 42). De estos pacientes, 100 se diagnosticaron entre 1987-1996 y 196 entre 1997-2006. Del total de los pacientes analizados 52% presentaron alguna manifestación extra articular y 9% manifestaciones extra articulares severas. Fallecieron 29 pacientes de los cuales 21 presentaron alguna manifestación extra articular. Estos pacientes tuvieron un OR para mortalidad de 2.6 (IC 95% 1.1 - 6.1) y aquellos con manifestaciones severas 6.6 (IC 95% 2.6 - 16). La proporción de manifestaciones extra articulares fue 50% en el periodo 1987-1996 y 53% entre 1997-2006; siendo las más frecuentes náuseas y ojo seco en ambos períodos. Manifestaciones severas se presentaron en 6% y 10% de los períodos respectivamente. Durante el segundo periodo analizado el aumento en la proporción de manifestaciones extra articulares severas fue a expensas de vasculitis y poli neuropatía. La comparación de las curvas de mortalidad de pacientes AR con cualquier manifestación extra articular en el periodo 1987-1996 vs 1997-2006, no mostró diferencias significativas (Log Rank p=0.35).

Conclusiones: La proporción de alguna manifestación extra articular se mantuvo similar en ambos períodos de tiempo analizados. La proporción de manifestaciones severas aumentó en el 2º período, especialmente vasculitis y neuropatía. No se encontraron diferencias en la curva de mortalidad de los pacientes AR con manifestaciones extra articulares entre los períodos 1987-1996 y 1997-2006.

Page 1/1

114

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ANORMALIDADES EN LA CAPILAROSCOPIA POR MICROSCOPIA ESTEREOSCOPICA ASOCIADA A AFECTACIÓN ORGÁNICA EN LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA

L. Encinas[1]*, M. Haye[1], M. Colazo[1], E. Miretti[1], F. Caeiro[1], A. Alvarez[1], V. Saurit[1],

[1]Hospital Privado Córdoba, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Objetivo:

Determinar la relación existente entre el tipo de alteración en la capilaroscopia y la afectación orgánica en los pacientes con esclerodermia y su probable asociación con la presencia de auto anticuerpos.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron 280 capilaroscopías desde mayo del 2006 hasta julio del 2012 a partir de una base de datos interna. Se incluyeron 65 pacientes con esclerodermia (criterios ACR 1980). Variables: edad, sexo, tabaquismo, alteraciones en la capilaroscopia, se definió como patrón esclerodermiforme (SD) la presencia de megacapilares, ptequias, zona avascular y arborificaciones. Afectación orgánica: hipertensión pulmonar (HTP), enfermedad intersticial pulmonar, úlceras digitales. Se comparó la frecuencia con test de chi cuadrado, valor de p < #804; 0.05.

Resultados:

Sexo femenino el 95% con edad promedio de 50±15 años. Evolución de la enfermedad 5±5.5 años. ANA positivo 53/65 (81.5%), de ellos tenían patrón anticentromérico 26/53 (49%). Anti SCL 70 positivo 8/35 (21%). Tenían HTP 9/65 (13.8%), enfermedad intersticial pulmonar 14/65 (21.5%) y úlceras digitales 18/65 (27.7%). Los pacientes con HTP tuvieron más frecuencia de megacapilares (100% vs. 66.7%; p=0.050) y de patrón SD (100% vs. 66.7%; p=0.050), los que tenían enfermedad intersticial pulmonar tenían menos ectasias (78.6% vs 98.0%; p= 0.02) y por último los que presentaron úlceras digitales tenían menos cuticulitis (5.6% vs 32.6%; p= 0.02). Sin relación con otras alteraciones morfológicas evaluadas. Los pacientes con anticentromérico positivo presentaron mayor frecuencia de ectasias (100% vs. 80%; p= 0.04), sin diferencia con las otras alteraciones evaluadas.

Conclusión:

En esta población se comprobó una relación entre megacapilar y patrón SD e HTP.

115 UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA CON MICROSCOPIO ESTEREOSCÓPICO PARA DIAGNÓSTICO DE RAYNAUD SECUNDARIO A ESCLERODERMIA

L. Encinas1[*], M. Haye1, M. Colazo1, E. Miretti1, F. Caeiro1, A. Alvarez1, V. Saurit1,
1 Hospital Privado Córdoba, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Determinar la utilidad de la capilaroscopia, realizada con microscopio estereoscópico para diferenciar Raynaud primario del secundario a esclerodermia.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron las capilaroscopias desde mayo del 2006 hasta julio del 2012 a partir de una base de datos interna. Se incluyeron 65 pacientes con esclerodermia (criterios ACR 1980) y 70 pacientes con Raynaud primario (criterios LeRoy excepto capilaroscopia). Variables: edad, sexo, tabaquismo, alteraciones en la capilaroscopia, se definió patrón SD para (esclerodermia, dermatomiositis y enfermedad mixta del tejido conectivo) que consta de: megacapilares, ptequias, zona avascular y arborificaciones. El valor diagnóstico de la capilaroscopia se determinará mediante el cálculo de sensibilidad y especificidad, valor $p \leq 0.05$.

Resultados: Tabla 1

Patrón SD en capilaroscopia: Sensibilidad 70.7% Especificidad 100%.

Conclusión:

La presencia de patrón SD en la capilaroscopia con microscopio estereoscópico es una técnica útil para diagnosticar Raynaud secundario a esclerodermia.

	Raynaud (n=70)	Esclerodermia (n=65)	P
Femenino (%)	26.7	26.4	1
Diabético (%)	27.1	20.1	<0.001
Renal (dialisis) (%)	14.7	10.4	0.304
Esclerodermia (dialisis) (%)	0	20.2	
Tabaquismo actual (%)	4.3	16.5	0.301
Vegetariano (%)	0	16.9	<0.001
Autosolista (%)	17.1	22.2	<0.001
Petecquia (%)	44.3	22.1	<0.001
Arborización (%)	24.3	12.3	0.001
Distorsión arterial (%)	14.3	19.8	<0.001
Patrón SD (%)	0	70.8	<0.001

117 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DISFUNCION ERECTIL EN COLAGENOPATIAS

R. Berrueto1[*], J. Scali1, S. Visentini1, D. Sevilla1, R. Garcia1, K. Diaz Benitez1, M. Balderrama Marquez1,
1]Unidad De Reumatología - Htal. C. G. Durand, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: La disfuncion sexual masculina es definida como la imposibilidad de alcanzar o mantener una ereccion el tiempo adecuado. El mecanismo de ereccion involucra tanto al sistema neuroendocrino como tambien el vascular, cualquier interferencia a estos niveles puede ocasionar una alteracion del proceso. Esta alteracion puede ser transitoria o un problema persistente que puede comprometer la calidad de vida del paciente, dañando la autoestima y la relación de pareja, entonces requerirá tratamiento. Su patogenia es multifactorial. Las collagenopatias son enfermedades inflamatorias cronicas de afeccion sistémica, que frecuentemente se acompañan de limitacion funcional, deterioro de la calidad de vida y en muchos casos depresion, comprometiendo el desempeño sexual. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la prevalencia de la disfuncion erectil en una poblacion de pacientes reumatológicos, en una serie de casos y controles

Materiales y metodos: Estudiamos en un total de 295 pacientes reumatológicos (PR), con diagnostico de Artritis Reumatoidea (AR) n:279, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) n:11, Enf. de Sjogren (ES) n:3 y en controles sanos (CS) n:150, hombres, rango de edad: 18 años a 75 años, la presencia o no de disfuncion erectil (DE) según el IIEF (Índice Internacional de la Funcion Erectil). Se evaluaron y controlaron con edad, enfermedad y actividad (clínica y laboratorio (DAS28, HAQ, EVA de dolor, PCR, VES, C3-C4 según corresponda). Se excluyeron tanto los pacientes como los controles, que presentaron comorbilidades (Diabetes, Hipertension arterial, Enf. Cardíaca, Enf. Neurológicas, Enf. Psiquiátrica, Enf. Renal activa, Trastornos Hormonales, cirugías (próstata y vejiga) o efectos adversos de tratamientos farmacológicos (B-bloqueantes, antihipertensivos, etc.) como probables causas de disfuncion erectil. Toda la poblacion de pacientes se encontraba bajo tratamiento y dentro de clase funcional que le permitiera no estar incapacitada para valerse por sí misma. Se realizo cuestionario dirigido-historia sexual (IIEF indice internacional de la funcion erectil), entrevista con la pareja, evaluacion de causas psicológicas y monitoreos de ocurrencia de erecciones nocturnas/matinales.

Resultados: Se observo una mayor prevalencia de disfuncion erectil en el grupo de pacientes reumatológicos (PR) n:201 (68.1%) sobre el total de pacientes n:295 vs. Controles (CS) n:28 (18.7%) sobre el total de controles n:150. Según grupo etario: grupo menores de 50 años: PR n:7 (41.2%) vs. CS n:2 (5.0%); grupo de 50-60 años: PR n:112 (61.5%) vs. CS n:11 (15.7%); grupo de 60-70 años PR: n:60 (83.3%) vs. CS n:8 (26.7%); grupo mayores de 70 años PR n:22 (92%) vs. CS n:7 (70%).

Conclusiones: De los resultados obtenidos se observo la mayor predisposicion para presentar disfuncion erectil de los pacientes reumatológicos comparados con los controles sanos. La prevalencia en ambos grupos aumento con la edad, siendo mucho mayor el incremento en los portadores de collagenopatias. La severidad de la DE medida por IIEF fue mayor en los pacientes reumatológicos.

118 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS POR EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

L. Encinas1[*], M. Haye1, M. Colazo1, E. Miretti1, C. Alvarez1, F. Caeiro1, A. Alvarez1, V. Saurit1,
1]Hospital Privado Córdoba, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Estudiar las internaciones (INT) del Servicio de Reumatología (SR) y compararlas en dos periodos de tiempo distintos. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico, basado en el registro de INT durante 6 años (2005-2011). variables: motivo, número y duración de INT en dos periodos de 3 años. Se utilizó test de chi cuadrado, $p < 0.05$. **Resultado:** 646 INT de 455 pacientes (PTE), 90 PTE se internaron en más de una oportunidad. Mujeres 441/646 (68.3%). Edad promedio 50.2 ± 21.6 años. Duración de la INT 4 (3-8) días. El SR admitió 202/646 (31.4%) INT, 0.28% del total de consultas ambulatorias (total: 69.981). Las interconsultas: 444/646 (68.6%) INT. Motivos de INT e interconsulta (tabla 1). Las INT registradas: LES 161/646 (25%), AR 129/646 (20.1%), vasculitis 33/646 (5.1%), SAF 12/646 (1.9%), Artritis 12/646 (1.9%), Esclerodermia 9/646 (1.4%), Sjogren 7/646 (1.1%) y otras.

Tabla 1: Motivos de INT e Interconsulta

	Reumatología 202, n(%)	Interconsultas 444, n(%)
Probable enf reumatológica(ER)	32 (15.8)	184 (41.4)
Actividad de la enfermedad	65 (32.2)	50 (11.3)
Infecciones 63	(31.2)	68 (15.3)
Otros	42 (20.8)	142 (32)

En 86/216 PTE evaluados para el estudio de probable ER se llegó a un diagnóstico definido: artritis por cristales 45/86 (52.3%), vasculitis 26/86 (30.2%), artritis séptica 8/86 (9.3%), polimiositis 2/86 (2.32%), LES 2/86 (2.32%), SAF 1/86 (1.16%), PMR 1/86 (1.16%) y sarcoidosis 1/86 (1.16%). En el resto (61.2%) se descartó la ER como causa primaria. Fallecieron 22/455 (4.7%) PTE: AR 10/22 (45.4%), LES 3/22 (13.5%), esclerodermia 2/22 (9.1%) y SAF 1/22 (4.4%). Las causas principales de muerte fueron: infección en 11/22 (50%), actividad de la enfermedad 2/22 (9.1%), enfermedad cardiovascular 1/22 (4.5%), complicaciones de cirugías 1/22 (4.5%). Se comparó los motivos, número y días de INT entre los ingresados antes y después del 1 de Junio del 2008 y no se encontraron diferencias significativas. **Conclusión:** El motivo, número y promedio de días de INT permaneció estable durante el periodo de tiempo estudiado. Los PTE del SR se internaron principalmente por actividad de la enfermedad e infecciones. El motivo de la interconsulta fue el estudio de una probable ER. La principal causa de muerte fueron las infecciones.

119 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COMORBILIDADES EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLAS Y/O CADERAS. RELACION CON LOS NIVELES DE DOLOR, FUNCIÓN FÍSICA Y LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

M. Guinsburg1[*], R. Chaparro Del Moral1, S. Papisadero1, L. Casalla1, M. Benegas1, O. Rillo1, A. Granel2, A. Marcos2, M. Challio2, R. Cisneros3, G. Casado3, A. Gonzalez4, M. Espósito4, J. Hofman4, A. Bohr5, A. Perez Dávila5, E. Scheines5,
1]Hospital De Agudos Doctor Enrique Tornú, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
2]Hospital San Roque De Gonnet, Gonnet - La Plata, Argentina
3]Hospital Militar Central Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
4]Hospital Eva Perón De San Martín, San Martín, Argentina
5]Hospital De Rehabilitación M. Rocca, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: describir las comorbilidades en una cohorte de pacientes con OA de rodillas y/o caderas, y analizar su relación con los niveles de dolor, función física y limitación en las actividades de la vida diaria (AVD). **Materiales y métodos:** Incluímos pacientes consecutivos, de ambos sexos con diagnóstico de OA de rodillas (ACR 86) y/o caderas (ACR 91). Se excluyeron pacientes con otras causas de dolor crónico. Se consignó edad, género, índice de masa corporal (IMC), articulación más afectada y presencia de comorbilidades según CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Además se registró la existencia de obesidad, hipertensión arterial (HTA), osteoporosis y dislipemia. Se cuantificó dolor y compromiso de AVD por escala visual analógica (EVA), y función física por WOMAC-Ab. Análisis de datos: estadística descriptiva, prueba T de Student para diferencias en el WOMAC-Ab y EVA dolor entre los pacientes con o sin enfermedades específicas. Comparación del dolor, AVD y WOMAC-Ab entre 3 grupos de pacientes según puntajes de CIRS: $2, 2-6$ y ≥ 6 mediante ANOVA y pruebas Post Hoc. Análisis de regresión lineal multivariado para la relación entre las comorbilidades y AVD, dolor y WOMAC-Ab. Las variables dependientes fueron WOMAC-Ab y EVA dolor. **Resultados:** Se evaluaron 532 pacientes, 436 (82%) mujeres, edad promedio 65±9 años, IMC 28±5. En el 83% (n=440) la articulación más afectada fue la rodilla. La media de EVA dolor fue de 48±25 mm, EVA disminución de AVD 41±27 mm y mediana del WOMAC-Ab: 14 (RIC 8-18). La mediana del número de comorbilidades fue 3 (RIC 2-4) y del CIRS 4 (RIC 2-6). El 96% presentó al menos 1 comorbilidad, siendo las más frecuentes: enfermedad cardiovascular (eCV) (301; 57%), HTA (278; 52%), sobrepeso (221; 40%) y obesidad (197; 36%). Encontramos valores significativamente mayores del WOMAC-Ab en pacientes con eCV (p<0.02), HTA (p<0.003) y obesidad (p<0.001); y valores significativamente mayores en EVA dolor de los pacientes con osteoporosis (p<0.003), enfermedades del tubo digestivo (p<0.001), enfermedad vascular (p<0.02) y obesidad (p<0.01). Los pacientes con CIRS entre 2-6 puntos, y ≥ 6, tuvieron mayor compromiso en función física, AVD y dolor en relación al grupo con CIRS≤ 2 (p<0.01). En el análisis de regresión lineal multivariado se observó que los niveles más elevados de CIRS, EVA dolor y EVA de afección de las AVD, influencian independientemente en el WOMAC-Ab. De forma similar la afección de las AVD, mayor WOMAC-Ab y las patologías del tracto digestivo superior se asociaron en forma independiente al EVA dolor. **Conclusión:** En nuestra cohorte de pacientes con OA, hallamos una alta frecuencia de enfermedades coexistentes, siendo las más prevalentes la enfermedad cardiovascular, HTA, sobrepeso y obesidad. Destacamos la influencia de las comorbilidades en las evaluaciones clínicas de la OA, y enfatizamos la importancia de considerarlas al momento de tomar una conducta terapéutica.

IMPACTO DE LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA

M. Landi[1]*, C. Waimann[1], G. Citera[1], F. Dal Pra[1], H. Maldonado Fico[1], E. Saint Martin[1], L. Casalla[2], M. Benegas[2], O. Rillo[2], A. Catalan Pellet[3], A. Secco[3], L. Marino[3], A. Barbaglia[4], H. Berman[4], A. Berman[4], J. Marcos[5], J. Marcos[5], A. Salas[5], F. Caeiro[6], A. Alvarez[6], M. Haye Salinas[6], Z. Beldran[7], B. Zaira[7], E. Soriano[7], F. Ceccato[8], S. Paire[8], G. Salvatierra[9], A. Quinteros[10], E. Buzchiazzo[11], E. Velozo[12],
 [1] Instituto Rehabilitación Psicosfísica, Argentina
 [2] Hospital General De Agudos Dr. E. Tornu, Argentina
 [3] Hospital general De Agudos Bernardino Rivadavia, Argentina
 [4] Centro Médico Privado De Reumatología, Argentina
 [5] Hospital Interzonal De General De Agudos "gral Jose De San Martin", Argentina
 [6] Hospital Privado De Cordoba, Argentina
 [7] Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina
 [8] Hospital Dr. Jose Maria Cullen, Argentina
 [9] Centro de Enf. reumáticas, Argentina
 [10] Centro Integral De Reumatología, Argentina
 [11] Hospital señor del milagro Salta, Argentina
 [12] Sanatorio Adventista Del Plata, Argentina
 [*] Presentador

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la presencia de comorbilidades en pacientes con artritis temprana y su impacto en la capacidad funcional y calidad de vida. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) (criterios ACR 87') y Artritis Indiferenciada (AI) pertenecientes a la cohorte prospectiva CONAART (Consorcio Argentino de Artritis Temprana) con diagnóstico de artritis temprana (≥1 articulación inflamada y ≤ 2 años de evolución). Para este estudio sólo se incluyeron datos provenientes de la visita inicial (Corte transversal). Se consignaron datos sociodemográficos, versión argentina de Health Assessment Questionnaire (HAQ-A), Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RA-QoL), y Clinical Disease Activity Index (CDAI). Cada paciente fue sometido a un cuestionario dirigido evaluando comorbilidades presentes y pasadas. A su vez, se calculó el índice de comorbilidad de Charlson abreviado. Este índice otorga 1 punto si el paciente presenta enfermedad vascular cerebral (EVC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica (IC/CI), demencia (DE) o enfermedad arterial periférica (EAP), y 2 puntos si presenta insuficiencia renal crónica en diálisis (IRC) o cáncer (CA). El score final surge de la suma total, categorizándose en ausencia de comorbilidad (score= 0 o 1), comorbilidad baja (score=2) y comorbilidad alta (score ≥3). Para el análisis las dos últimas categorías fueron combinadas en baja/alta comorbilidad (score ≥2). El análisis estadístico incluyó análisis univariado y modelos de regresión lineal múltiple utilizando HAQ-A y RA-QoL como variables dependientes y el índice de Charlson como variable independiente, ajustando por edad, sexo, duración de la enfermedad, CDAI y HAQ-A. **Resultados:** Se incluyeron 1371 pacientes: AR= 757 (55%) y AI= 614 (45%). La media de edad fue de 48 ± 14 años; 82% eran mujeres; CDAI= 25±14, HAQ-A= 1.2±0.9; RA-QoL 14±9. Sesenta y ocho por ciento refirieron al menos una comorbilidad, de los cuales 133 (10%) presentaban comorbilidades incluidas en el índice de Charlson (EVC=0.7%, EPOC=1.3%, DM= 4.4%, IC/CI= 2.1%, DE= 0.1%, EAP= 0.5%, IRC= 0%, CA= 1.82%). Aquellos pacientes con baja/alta comorbilidad presentaron significativamente peor HAQ-A (1.6±1 vs 1.2±1, p<0.05) y RA-QoL (18±10 vs 14±9,

p<0.05) que los pacientes con ausencia de comorbilidades. Después de ajustar por múltiples confundidores, la presencia de baja/alta comorbilidad se asoció a una peor capacidad funcional (b=0.37 ± 0.13, B=0.07, p<0.01). No se observó influencia significativa de las comorbilidades sobre la calidad de vida (b=1.62 ± 1.05, B=0.03, p=0.12). **Conclusión:** En pacientes con artritis temprana, la presencia de comorbilidades se asoció a una peor capacidad funcional. Sin embargo, dichas comorbilidades no presentaron un impacto directo sobre la calidad de vida.

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y SU CORRELATO EN EL PERFIL DE AUTOANTICUERPOS.

R. Berruete[1]*, R. García[1], K. Diaz Benitez[1], M. Balderama Marquez[1], G. Pacheco[1], D. Sevilla[1], S. Visentini[1], J. Scalzi[1], M. Feola[2],
 [1] Unidad De Reumatología - Htal. C. G. Durand, Argentina
 [2] Servicio De Neumología - Htal. C. G. Durand, Argentina
 [*] Presentador

Objetivos: Las enfermedades autoinmunes están asociadas a EPI (enfermedad pulmonar intersticial) y a auto-anticuerpos. Para determinar el grado de compromiso pulmonar en un pronóstico correlativo con auto-anticuerpos, realizamos el seguimiento de pacientes reumatológicos que padecieran Enfermedad Intersticial Pulmonar(EPI).

Materiales y métodos: Se estudiaron durante dos años a un total de 80 pacientes (15 hombres/65 mujeres) con EPI (Enf. Pulmonar Intersticial) para determinar patrones o el curso clínico del pulmón por medio de TAC AR Tomografía axial computada de alta resolución) y perfil de auto-anticuerpos. Los pacientes incluidos, (18 a 78 años de edad, Media: 56.2años), sufrieron de AR(Artritis Reumatoidea):12%, PM/DM(Dermato/Polimiositis):28%, ES(Esclerosis Sistémica):18%, LES(Lupus Eritematoso Sistémico):8%; SS(Sme de Sjögren):10%, Vasculitis:8%, EMTIC(Enf.Mixta del Tejido Conectivo):6%; APS(Artrropatía Psoriásica):6%, otros: 4%, con varios auto-anticuerpos (ANA, anti-DNA, ANCA-P/C, anti-centromero/Scl-70/PM-Scl/anti-Jo: SSA/SSB; ac/Lac and a-2-GPI; anti-CCP/RF/PCR, C3-C4) dependiendo de la enfermedad.

Resultados El compromiso pulmonar observado en TAC AR fue: NSIP/NINE(Neumonía intersticial no específica):49%, UIP(Neumonía intersticial usual-Fibrosis intersticial idiopática):27%, COP/NOC(Neumonía organizante criptogénica):16%, LIP/NIL(Neumonía intersticial linfocítica):5%; DAD/NIA(Daño alveolar difuso-Neumonía intersticial aguda):3%. Mejora en EPI: 8% de los pacientes, resultados estables: 70%, empeoramiento: 8%, fluctuaciones: 12% y muerte: 2%. Mejoras clínicas: PM/DM, LES and AR, y otros casos continuaron en curso estable y -en imágenes TAC AR: pacientes con NSIP/NINE y patrones de COP/NOC. La mayoría de los pacientes con patrones de LIP/NIL y UIP padecieron una evolución estable y aquellos que fallecieron presentaron un patrón DAD/NIA.

Conclusiones: No encontramos ninguna fuerte correlación con los auto-anticuerpos para extraer datos concluyentes, salvo por SS/A (p=0.001): una tendencia A-CCP(Anticuerpos Anti peptido citrulinado) y PCR(Proteína C Reactiva) por AR, anti-dNA y niveles C3-C4 por LES y anti-Jo/SSA (PM/DM) que muestran una leve correlación/peor pronóstico en todos los casos. Las imágenes TAC AR de pulmón y sus asociaciones con auto-anticuerpos pueden ser indicadores interesantes para predecir resultados de EPI en varias enfermedades autoinmunes.

EDAD Y RIESGO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA

C. Sánchez Andía[1]*, A. Sosa[1], E. Retamal[1], A. Álvarez[1], A. Eimon[1],
 [1] Hospital General De Agudos Jose Maria Penna, Ciudad Autonoma De Buenos Aires, Argentina
 [*] Presentador

OBJETIVO:

INVESTIGAR SI LA EDAD AL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD ES UN FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN PULMONAR (HTP) EN PACIENTES (PTES) CON ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA (ESP).

MATERIAL Y METODOS:

ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO. SE ANALIZARON LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE 56 PTS CON DIAGNOSTICO DE ESP (DIFUSA Y LIMITADA) REGISTRADOS EN NUESTRA BASE DE DATOS DESDE 2006 A 2012.

SE ESTIMO LA PRESION EN LA ARTERIA PULMONAR MEDIANTE EL REGISTRO DE LA PRESION SISTOLICA DEL VENTRICULO DERECHO POR ECOCARDIOGRAMA DOPPLER Y SE LA CATEGORIZO EN LEVE(36-45 mmHg), MODERADA (46-55 mmHg) O SEVERA (>56 mmHg) SEGUN EL CONSENSO DE HIPERTENSION PULMONAR DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2009. EN LOS PTES CON HTP SE TOMO EL VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA DIAGNOSTICO Y DE LOS QUE NO TIENEN HTP EL ULTIMO ECOCARDIOGRAMA DOPPLER REALIZADO. SE EVALUO LA CAPACIDAD VITAL FORZADA (CVF) POR ESPIROMETRIA.

SE ESTUDIARON LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS DE LOS PTS.

LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (FAN) SE ESTUDIARON POR IFI SOBRE CELULAS HEP2. Ac. ANTICENTROMÉRICOS (ACA) SE ESTUDIARON POR IFI SOBRE CELULAS HEP2. Ac. Anti SCL 70 POR INMUNO PRECIPITACION Y ELISA.

EL RIESGO DE HTP ESTIMADO SE AJUSTO POR SEXO, EDAD, SUBTIPO DE ESP, DURACION DE LA ENFERMEDAD, ESTADO DE FUMADOR, CVF Y LA PRESENCIA DE AC ANTI ACA Y ANTI SCL70 MEDIANTE TEST DE DIFERENCIA DE PROPORCIONES Y TEST DE DIFERENCIAS DE MEDIAS PARA EL ANALISIS ESTADISTICO.

122
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS X PTS CON SSC (TABLA 1)

VARIABLES	N	HTP	NO HTP	VALOR p
MUJER	42	8	34	NS
HOMBRE	3	1	2	NS
EX FUMADOR	13	33	10	NS
NO FUMADOR	17	4	13	NS
CRITERIOS ACR	45	9	36	NS
ESP LIMITADA	33	5	28	NS
ESP DIFUSA	13	4	9	NS
CVF<lt;70	14	4	10	NS
FAN 180	45	9	36	NS
ACA +	24	3	21	NS
SCL70 +	5	1	4	NS
EDAD AL INICIO DE LA ENF. (AÑOS)		51,5(33-68)	46(8-69)	NS
DURACION DE LA ENF. (AÑOS)		8(2-25)	10(1-38)	NS

RESULTADOS:

45 PTS CON ECOCARDIOGRAMA REALIZADO.

5 PTS CON HTP LEVE (36-45 MHG)

0 PTS HTP MODERADA (46-55MHG)

4 PTS CON HTP SEVERA (= > 56MHG)

NO SE ENCONTRÓ DIFERENCIA SIGNIFICATIVA AL EVALUAR EL RIESGO DE HTP AJUSTADO POR SEXO, EDAD, SUBTIPO DE ESP, DURACION DE LA ENFERMEDAD, ESTADO DE FUMADOR, CVF Y LA PRESENCIA DE AC ANTI ACA Y ANTI SCL70 MEDIANTE TEST DE DIFERENCIA DE PROPORCIONES Y TEST DE DIFERENCIAS DE MEDIAS PARA EL ANALISIS ESTADISTICO.

COMENTARIOS:

DEBIDO AL BAJO N DE PACIENTES, NO SE PUEDEN OBSERVAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

SIN EMBARGO, DE LOS 8 PTS QUE COMENZARON SU ENFERMEDAD EN EDADES MAS TARDIAS (60-69a), 3 (37.5 %) PRESENTARON HTP SEVERA.

EN CONCORDANCIA CON LA LITERATURA, EL SEGUIMIENTO Y LA OBSERVACION MAS CERCAÑA DE ESTOS PTS NOS PERMITIRA UN DIAGNOSTICO MAS TEMPRANO Y UN TRATAMIENTO MAS EFECTIVO.

OPCION: PANEL

Page 2/2

124

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

UTILIDAD DE LA 18-FLUORODESOXIGLUCOSA- TOMOGRAFÍA POR EMISION DE POSITRONES/TOMOGRAFÍA COMPUTADA (FDG- PET/TAC) EN ARTERITIS DE TAKAYASU

P. Zabala[1]*, M. Rivero[1], V. Segura[1], G. Peña[2], A. Ledda[1], F. Valdemoros[1], A. Brandi[1], M. Busanjin[1], A. Gandur[1].

[1]Hospital Central, Ciudad, Argentina

[2]Fisemen, Ciudad, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica que compromete principalmente grandes vasos, incluyendo la aorta y sus grandes ramas. Es poco frecuente y afecta principalmente a mujeres jóvenes. Su diagnóstico depende usualmente de las secuelas postinflamatorias como estrechamiento, estenosis o aneurismas. Es importante detectar la inflamación de la pared arterial precozmente y tratarla antes que ocurran cambios estructurales irreversibles. Sin embargo, evaluar la actividad es difícil ya que los síntomas y el laboratorio no siempre reflejan la inflamación actual de la pared arterial. La angioTAC y angioResonancia muestran cambios inflamatorios de las arterias afectadas, pero no han podido demostrar una correlación consistente con la actividad de la enfermedad. El PET visualiza el estatus metabólico corporal a través de la captación de 18 fluorodesoxiglucosa (FDG). Existen estudios que han demostrado su rol diagnóstico y en el monitoreo de la arteritis de Takayasu, pero hay controversia en cuanto a su capacidad para valorar la actividad. El propósito de este caso es demostrar la utilidad del FDG- PET/TAC para valorar la actividad en un paciente con enfermedad crónica complicada y decidir tratamiento. **Caso:** Varón de 50 años con diagnóstico de arteritis de Takayasu hace 29 años según criterios del Colegio Americano de Reumatología. El paciente no realizó controles ni tratamiento durante dicho lapso de tiempo. Ingresó al Hospital por edema agudo de pulmón e HTA. En laboratorio de ingreso presentó PCR 10,3 mg/dl y VSG 7 mm 1° hora. Superado el episodio agudo se decidió evaluar extensión y actividad de la enfermedad. Se realizó arteriografía clasificada en tipo V. La angioTAC reveló oclusión de arteria subclavia izquierda y ambas carótidas comunes. Aneurisma de tronco braquiocefálico, estenosis severa proximal de la arteria vertebral derecha. Severa dilatación de la aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente. Oclusión del tronco celiac, arteria mesentérica superior e inferior con circulación colateral a través de ramos epigástricos superficiales e hipertrofia de la arcada de Riolano. El FDG- PET/TAC no evidenció metabolismo activo en la medición de las arterias comprometidas. Se indicó metotrexato 15 mg por semana. **Discusión:** la valoración de la actividad en Takayasu es un desafío. Los síntomas clínicos y los marcadores de laboratorio no reflejan completamente la inflamación actual de la pared arterial. El FDG- PET/TAC es una técnica de imágenes funcional capaz de cuantificar el grado de inflamación y varios estudios han demostrado el correlato con la actividad de la enfermedad utilizando el max SUV (valor máximo de captación estandarizado) del FDG- PET/TAC como marcador cuantitativo de la captación del FDG. En este paciente el resultado del estudio permitió definir conducta terapéutica. Se indicó tratamiento inmunomodulador de mantenimiento sin esteroides ya que no se demostró inflamación arterial actual.

Page 1/1

126

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

EVALUACION DE LA SENSIBILIDAD AUDITIVA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

G. Sequeira[1]*, S. Benito[2], A. Cansler[2], G. Veretini[2], M. Rosa[2], A. Fiameno[3], E. Kerzberg[1].

[1]Servicio De Reumatología, Hospital J. M. Ramos Mejía, Caba, Argentina

[2]Sección De Fonoaudiología, Argentina

[3]Servicio De Otorrinolaringología, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La Fibromialgia (FM) es un trastorno caracterizado por dolor generalizado. Se ha sugerido que los pacientes con FM pueden presentar un aumento de la sensibilidad para el dolor provocado por diferentes estímulos debido a una alteración en el modo que procesan el dolor. Si los pacientes con FM tienen demasiado alto el "volumen" en la vía que procesa el dolor, cualquier estímulo dado (calor, presión o estimulación sonora) hará que se interprete este estímulo sensorial como nocivo. **Objetivo:** evaluar la sensibilidad al estímulo auditivo en pacientes con FM. **Materiales y métodos:** se estudiaron pacientes con FM que cumplieran criterios ACR 1990 y que refirieran un dolor promedio de 4 o más en el Inventario Breve del Dolor en las últimas 24 horas y controles sanos. Se excluyeron pacientes con antecedentes de patología oto-audiológica. Todos los pacientes fueron examinados por un otorrinolaringólogo y se realizó audiometría tonal y logaudiometría que debían encuadrarse dentro de límites normales. Se realizó la Prueba Supraliminar de los Umbrales de Sonoridad Auditiva de Watson y Tolan (WYT). La prueba WYT es monoaural y se realiza en las frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 Hz (zona de la palabra). Consiste en comparar la diferencia en decibelios (db) que existe entre el umbral tonal, umbral de comodidad y umbral de molestia. La prueba es subjetiva y depende de la respuesta del paciente. Se considera umbral de algia cuando el momento en que un estímulo sonoro deja de ser sensación auditiva para convertirse en sensación de dolor. Se utilizó audiómetro clínico Kamplex AC30 de dos canales y auriculares de alta atenuación en cabina sonomortiguada. Los estudios fueron llevados a cabo por fonoaudiólogos que desconocían la patología de las pacientes. El estudio fue aprobado por el comité de Bioética del Hospital J. M. Ramos Mejía y todos los participantes firmaron Consentimiento Informado. Se consideró estadísticamente significativo p < 0,05. **Resultados:** se estudiaron 16 pacientes con FM y 8 controles de sexo femenino e igual edad (49,1 y 45,6 años de edad promedio respectivamente; p 0,2). Las pacientes diferían en el dolor promedio (6,56 vs 2,0; p < 0,001) como era de esperar. Los pacientes con FM mostraron una tendencia hacia un umbral tonal más elevado para todas las frecuencias, en ambos oídos pero que solo alcanzó significación estadística para 2000 Hz en oído derecho (11,56 vs 8,75; p 0,03). Los resultados para los umbrales de comodidad fueron inconsistentes en las frecuencias 500 y 1000 (mas elevados en un oído, pero similares o mas bajos en el otro) y aumentados para los pacientes con FM en ambos oídos para las frecuencias de 2000 y 4000 Hz, pero en todos los casos estadísticamente no significativos. Los umbrales de molestia fueron inconsistentes para todas las frecuencias (mas elevados en un oído, pero similares o mas bajos en el otro) y en ningún caso lograron significación estadística. La diferencia en db entre el umbral tonal y el umbral de molestia fue de 66,88 en FM vs 71,25 en los controles (para oído derecho) y de 66,88 en ambos grupos para oído izquierdo. Si bien por protocolo, se esperaba estudiar mas pacientes, dado los resultados preliminares se decidió suspender el estudio. **Conclusiones:** en pacientes con FM no parece haber diferencias en la sensibilidad al estímulo auditivo, al menos que pueda ser demostrada por esta técnica.

Page 1/1

127

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.

E. Miretti[1]*, R. Capra[1], M. Haye[1], L. Encinas[1], M. Colazo[1], G. Garay[1], C. Alvarez[1], V. Saurit[1], A. Alvarros[1], F. Caero[1].

[1]Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: **Primario:** Estimar la prevalencia del déficit de vitamina D circulante en Artritis reumatoidea (AR) en comparación con población sana. **Secundario:** Analizar la asociación entre déficit de vitamina D y actividad de la AR.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo.

Se consideró valor normal de vitamina D al 20 mg/dl, insuficiente al valor entre 10 y 20 mg/dl y deficiente al 10 mg/dl.

Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, diagnóstico AR que consultaron sucesivamente en Servicio de Reumatología desde el 01/01/12 hasta el 01/08/12. Grupo control: Datos del banco de sangre de sanos mayores de 18 años. **Criterios de exclusión:** Otra enfermedad autoinmune, neoplasia u otra causa de hipo-vitaminosis D.

Las variables continuas expresadas con media y desvío estándar fueron comparadas con test de Student, las cualitativas fueron expresadas con frecuencia y comparadas con test de Chi cuadrado o Test exacto de Fischer. Fue significativa una p < 0,05.

Resultados:

Se analizaron 46 pacientes con AR y 53 controles sanos. Los pacientes con AR fueron significativamente más añosos que los controles (58,6±12,1 años vs 35,2±10,3 años con p < 0,001) y hubo mayor proporción de mujeres en el grupo con AR (91,3% y 24,5% con p < 0,001).

Vitamina D circulante en AR: $21,10\text{ mg/dl}$ y en controles: $26,4 \pm 12,1\text{ mg/dl}$ (p 0,01). Estaban dentro del rango normal: 47,8% en AR y 67,9% en controles (p 0,04), insuficiente: 43,5% en AR y 26,4% en controles (p 0,07), y deficiente 8,7% en AR y 5,7% en controles (p 0,7).

Características del grupo con AR: Índice de masa corporal (IMC): $25,8 \pm 3,3$, DAS 28: $4 \pm 1,1$. El 28,3% tenía baja actividad de la enfermedad, el 50% moderada y 21,7% severa. Había un 32,6% de pacientes con sicca y 17,4% con nódulos reumatoideos. DMO (en 22 pacientes con AR): 22,7% fue normal, el 59,1% tenía osteopenia y el 18,2% osteoporosis. Tratamientos: Metotrexato 84,8%, Prednisona $8,10\text{ mg/día}$: 4,3%. Hidroxicloroquina 28,3%, Sulfasalazina 2,2%, Biológicos 28,3%, AINES: 56,5%, Bifosfonatos: 19,6%, Cal + vitamina d: 13%.

Al comparar en pacientes con AR, entre vitamina D normal vs anormal, no hubo diferencias significativas respecto a edad, sexo, IMC, consumo de alcohol o tabaco, presencia de sicca, nódulos reumatoideos u osteoporosis o el tratamiento, excepto para tratamiento con vitamina D y calcio que era mayor en pacientes con vitamina D normal (p 0,008). Al comparar valores de vitamina D con actividad de AR: mayor número de pacientes con actividad moderada de la enfermedad tenían vitamina D normal respecto a aquellos con vitamina D normal (p 0,01) y se vio tendencia a poseer mayor actividad de la enfermedad en aquellos con déficit severo de vitamina D sin lograr significación estadística.

Conclusión:

En este grupo de pacientes con AR, se observó una significativa mayor proporción de actividad moderada de la enfermedad en pacientes con vitamina D normal (deficiente/insuficiente). Al comparar con controles, la vitamina D fue significativamente mayor en los controles que en los pacientes con AR, y hubo mayor proporción de pacientes con vitamina D normal en controles que en AR.

ENFERMEDAD DE BEHCET Y EMBARAZO

G. Remondino[1]*, L. Martínez[1], P. Mannucci[1], A. Trepal[1], E. Mathet[1],

[1] Hospital Juan A. Fernández, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La enfermedad de Behcet(EB) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica caracterizada por lesiones vasculíticas y trombóticas. Afecta predominantemente al sexo masculino.

Existen escasos y contradictorios reportes en la literatura acerca de la influencia recíproca entre la EB y el embarazo.

Describimos en forma retrospectiva la evolución de cuatro embarazadas con EB, quienes presentaron 11 embarazos en total. Se analizaron solo 8 embarazos de estos 11, durante los cuales las embarazadas ya tenían diagnóstico de EB.

Presentación de los casos: el diagnóstico de EB se definió según los criterios del Grupo Internacional para el Estudio de la Enfermedad de Behcet(1990).

Se consideró recién nacido(RN) pre-término a los embarazos < 34 semanas y aborto a la pérdida del embarazo antes de la semana 12 de gestación. Los RN tuvieron un seguimiento entre 6 meses y 7 años.

Ninguna de las pacientes presentó remisión clínica de la EB al inicio de los embarazos.

La presentación clínica de la EB, previa al embarazo, se caracterizó por: aftas orales, úlceras genitales, eritema nodoso, uveítis bilateral y poliartritis.

Tres pacientes presentaron HLA-B51 positivo, y ninguna presentó positividad para anticoagulante lúpico, anti-cardiolipinas o anti-beta2 glicoproteínas 1.

En cinco embarazos se utilizó tratamiento inmunosupresor, y en uno de estos se agregó anticoagulación durante el puerperio y el post-parto, debido a los antecedentes trombóticos que evidenciara la paciente durante el puerperio de su primer embarazo. Tres embarazos con EB no recibieron tratamiento inmunosupresor o de otro tipo. De los cinco embarazos que recibieron tratamiento , cuatro llegaron a término y uno finalizó en parto prematuro. Los embarazos que no recibieron tratamiento finalizaron en abortos espontáneos.

El curso clínico de la EB durante los embarazos se caracterizó por una franca disminución de signos y síntomas. Uno de ellos transcurrió con remisión clínica.

En el post-parto, en cambio, se evidenció reactivación clínica de la EB en tres de los cinco embarazos que recibieron tratamiento. En uno de estos tres embarazos se agregó además TVP y TEP recurrente.

De los cinco RN vivos, tres fueron de sexo masculino y dos de sexo femenino. Ninguno de los RN desarrolló EB neonatal. El RN pre-término presenta en la actualidad un retraso madurativo asociado a su prematuridad.

Discusión: se concluye que:

- 1 - La EB mostró tendencia hacia la remisión durante la gestación, y hacia la reactivación durante el post-parto.
- 2 - En los tres embarazos que no recibieron tratamiento para la EB, la gestación finalizó en aborto espontáneo.
- 3 - En tres de los embarazos que recibieron tratamiento y que presentaron reactivación de la EB durante el post-parto; la gestación finalizó con RN a término.
- 4 - En los embarazos analizados no se desarrolló EB neonatal.

EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB ¿MEJORA EL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL?

M. Esquivel[1]*, M. Brusco[1], A. Pringle[1], R. Cattica[1],

[1] Hospital Elizalde, Caba, Argentina

[*] Presentador

OBJETIVOS

Determinar si se modifican las variables antropométricas luego de iniciar tratamiento con Infliximab en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). Buscar una relación entre dichas variables, el uso de corticoides y la edad de comienzo del Infliximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 61 historias clínicas de pacientes que recibieron Infliximab en los últimos 10 años y se escogieron 23 según los criterios del estudio. El 65% eran niñas y la edad promedio del inicio de la droga fue 11.9 años. Todos recibían metotrexate.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de AIJ (ILAR 95) que a lo largo de su evolución requirieron Infliximab por al menos 6 meses. No haber recibido otro anti-TNF previamente.

Criterios de exclusión: Datos insuficientes. Padece otros trastornos que alteren el crecimiento. Recibir hormona de crecimiento.

Evaluación del crecimiento: Se tomaron los datos de edad, peso y talla y se confeccionaron curvas de crecimiento. Se calculó el Z score para peso, talla (Zt) e índice de masa corporal (Z IMC) cada 6 meses desde 2.5 años antes del infliximab, hasta 3 años después. Se calculó la velocidad de crecimiento como la diferencia de Zt cada 6 meses (delta Zt). Se compararon las variables en estudio antes y después del inicio del Infliximab en todos los pacientes y por grupos: menores o mayores de 15 años de edad al inicio del infliximab, y con o sin meprednisona.

Análisis estadístico: t-test de muestras pareadas.

RESULTADOS

En el grupo de todos los pacientes (n=23) hubo un aumento promedio significativo de 0,51 puntos del Zt, entre el inicio de la droga y el final de la evaluación (p 0,002). Esto se observó principalmente en el grupo de niños que iniciaron la droga antes de los 15 años de edad (n=13) en quienes el Zt aumentó 0,67 puntos (p 0,002). En los que la iniciaron después de los 15 años (n=10), el aumento fue 0,30 no significativo (p 0,237).

Cuando se analizó la velocidad de crecimiento para talla, se observó que de todos los pacientes que al inicio tenían delta Zt negativa (n=18), en el 89% mejoró y en el 78% se positivizó. La mayor velocidad de crecimiento se dio en el período +2 (entre 6 meses y 1 año de tratamiento). Se comparó el promedio del delta Zt del inicio y del período +2 en el grupo de todos los pacientes (n=20), observando una mejoría de 0,42 puntos (p0,002). En el grupo de menores de 15 años al inicio de la droga (n=9), esta diferencia aumentó 0,53 (p0,001), mientras que en el grupo de mayores de 15 años (n=6) la diferencia fue de 0,37 no significativa (p0,234). En los menores de 15 años sin meprednisona durante el mismo período (n=4), esta diferencia se amplió a 0,61 (p0,013).

Se comparó el promedio del Z IMC al inicio y 1.5 años después, en pacientes que no recibieron corticoides durante el tratamiento con Infliximab (n=6), observándose una mejoría significativa de 0,42 puntos (p0,010).

CONCLUSIONES

El tratamiento con Infliximab mejora la talla final y la velocidad de crecimiento de los pacientes con AIJ, sobre todo cuando se inicia la droga antes de los 15 años y en los pacientes que no reciben meprednisona.

El índice de masa corporal aumenta en los pacientes que no reciben corticoides indicando recuperación nutricional.

Es propicio realizar estudios prospectivos con mayor número de pacientes.

M. Larroude[1]*, A. Cappuccio[1], G. Boveal[1], L. Roquel[1]

[1] Hospital César Milstein, Capital, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: Evaluar las características clínicas, radiológicas, formas de presentación, actividad de la Artritis psoriásica del Geronte (APsG) versus artritis psoriásica clásica (APsC)

Material y método: Se reclutaron 28 pacientes en forma consecutiva con APsG iniciada a partir de los 60 años y se compararon con 34 pacientes con APsC (antes de los 60 años) durante 1 año. En el grupo del geronte, se analizó a aquellos con psoriasis cutánea iniciada antes y después de los 60 años.

Se realizó un estudio de corte transversal de casos y controles midiendo escalas y parámetros clínicos, de laboratorio y radiológicos.

Se consideró edad, forma de comienzo, tipo de psoriasis, comienzo de síntomas articulares y criterios CASPAR. Se consideraron 5 variantes clínicas: oligoarticular asimétrica, poliartricular asimétrica, poliartritis simétrica, espondilítica y mutilante. (Moll y Wright).

Se evaluó presencia de sacroileitis, sindesmofitos, dactilitis y entesitis. Se midió ERS, Factor Reumatoideo (FR), FAN y anticuerpo anticitrulina (ACCP).

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

Se realizó estadística descriptiva y comparativa para datos cualitativos y cuantitativos.

Resultados: 50% (14/28) de los pacientes con APsG eran hombres, edad media 70.7 años (67.9-73.5) edad al diagnóstico de psoriasis 48.5 (42.1-54.9), inicio de síntomas articulares 65.5 (63.2-67.8) y diagnóstico de APsG 66.8 años (64.2-69.5) versus APsC: 61% masculinos, edad promedio 48.9 (44.6-53.2) edad al diagnóstico de psoriasis 27.5(23.4-31.5) inicio de síntomas articulares 36.6 (32.5-40.7) diagnóstico de APsC 39.2 años (35.1-43.5).

APsG: el 53,6% fue poliartricular asimétrico, 42,9 % oligoarticular y en APsC 55,8% oligoarticular y 38,2 % poliartricular asimétrico.

La edad al diagnóstico de la psoriasis cutánea fue significativamente inferior en el grupo APsC respecto a APsG p<0.01.

No encontramos diferencias significativas en el número de articulaciones afectadas, en las escalas/cuestionarios HAQ, PASI, BASDAI, ni en el FR, FAN y ACCP y ERS a pesar de las diferencias de edad. Si hubo diferencia en el BASFI p=0.02.

Al analizar la edad de aparición de la psoriasis cutánea en el grupo de APsG (< 60 versus > 60 años) encontramos un HAQ más alto p=0.01 y una ESR más baja p=0.05, a pesar de la misma actividad de la enfermedad medida por DAS28.

Conclusión: Los pacientes estudiados con APsG presentaron características similares a la APsC diferenciándose en la edad de comienzo de psoriasis cutánea y en el mayor compromiso funcional de esqueleto axial

Asimismo la piel en el grupo geronte condicionó posiblemente una mayor discapacidad reflejada por el mayor HAQ.

CLÍNICA DE ESCLEROSIS SISTÉMICA JUVENIL: UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

M. Katsicis[1]*, R. Borgia[1], E. Hammermuller[1], R. Russo[1], G. De Pacientes Con Esclerosis Sistémica Juvenil[1],

[1] Hospital De Pediatría Prof Dr Jp Garrahan, Caba, Argentina

[*] Presentador

Esclerosis Sistémica Juvenil (ESJ) es una rara y compleja enfermedad. Los pacientes con esta entidad requieren de un cuidado multidisciplinario en hospitales de tercer nivel. Nuestro hospital desarrolló en el año 2008 una clínica interdisciplinaria para la atención de niños con ESJ.

Objetivos: describir la estructura y proceso de la clínica interdisciplinaria y evaluar los resultados obtenidos en los pacientes.

Materia y Métodos: durante el año 2008 hasta la actualidad, los pacientes con ESJ ingresaron a una clínica estructurada y dedicada a la atención de los mismos. La clínica se basa en: A) Estructura: miembros del equipo, base de datos, guías de atención, B) Proceso: actividades relacionadas con el cuidado del paciente, evaluación de los procesos desarrollados en la clínica, C) Medidas de resultado: evaluación de elasticidad de la piel (escore de Rodnan Modificado), capacidad funcional (CHAQ, CMAS) y calidad de vida (PedsQL). La calidad de atención de la clínica fue evaluada por un escore que se desarrolló a tal fin. El escore consta de 20 ítems relacionados con los siguientes: utilización de medidas de resultado, tratamientos, efectos adversos de drogas empleadas, factores de riesgo cardiovascular, crecimiento y desarrollo, intervalos adecuados en la búsqueda de impacto de órganos. Se utilizó Mann Whitney para comparar los pacientes atendidos en la clínica vs los pacientes con ESJ históricos seguidos en consultorio externo.

Resultados: Pacientes con diagnóstico de ESJ son regularmente seguidos en la clínica. A) Estructura : el equipo interdisciplinario se reúne una vez/mes en hospital de día. Esta formado por : pediatras (2), reumatólogos (2), dermatólogos (2), neumólogos (1), cardiólogo (1), trabajadores sociales (2), nutricionista (1), kinesiólogo (1), enfermera (1), salud mental (1). Se diseñó una base de datos que reúne variables demográficas, clínicas, tratamientos y medidas de resultado de cada paciente. Se utilizan guías de atención con los siguientes dominios: aspecto general, vascular, musculoesquelético, gastrointestinal, cardiopulmonar, renal y neurológico, tratamientos recibidos. B) Procesos: se desarrolló una historia clínica reducida en formato electrónico que es distribuida a los participantes, los días previos a la misma. Durante el día de la clínica los pacientes son atendidos de acuerdo a las guías sistematizadas. Se efectúan escores : Rodnan, CMAS, CHAQ en cada visita . Calidad de vida es evaluada una vez/año (PedsQL). La clínica cumple con una función docente para residentes y becarios. Después de la fase de evaluación, el grupo discute estrategias de seguimiento y tratamiento. Al finalizar la discusión, un reporte final integrado de todo el equipo es elaborado. C) Medidas de resultado: 14 pacientes (M:13, V:1) fueron incluidos en el programa. Edad al inicio de la enfermedad: 96 (9-180) meses; el tiempo desde el inicio al diagnóstico:21 (4-48) meses. Las medianas al diagnóstico: Rodnan 21, CMAS 24, CHAQ >0.5= 8 pacientes. PedsQL:68.45. Las medianas en el escore de calidad de atención fueron:18.5 (en la clínica) vs 6.5 (en consultorio)p=0.00001.

Conclusiones: La clínica de ESJ es un enfoque interdisciplinario que permite mejorar la calidad de atención. Un seguimiento sistematizado en una clínica interdisciplinaria , probablemente se convierte en el mejor contexto para el cuidado de niños y adolescentes con esta entidad.

133

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO DEL GERONTE ASOCIADO A MALIGNIDAD

G. Boves[1]*, A. Cappuccio[1], M. Larronde[1], L. Roquel[1],
[1]Hospital César Milstein, Capital, Argentina
[*] Presentador

Introducción:

Si bien la prevalencia de los Anticuerpos Antifosfolípidos se incrementa con la edad, probablemente por condiciones asociadas como malignidades o drogas, el síndrome antifosfolípido (SAF) es menos prevalente en gerontes que en menores de 60 años. Los eventos trombóticos asociados a SAF pueden ser la primera manifestación de malignidad en ancianos. El 41% de pacientes con SAF comienzan su enfermedad con manifestaciones cutáneas y de ellos el 40% desarrollan eventos trombóticos multisistémicos.

Caso Clínico:

Paciente de 78 años, sexo masculino, con antecedente de Fenómeno de Raynaud de 6 meses de evolución, con lesión de aspecto tumoral en mejilla derecha, sometido a resección quirúrgica con anestesia local, se extrae toda la lesión. Comienza dentro de las 24 horas con Fenómeno de Raynaud severo en manos y pies, progresando rápidamente las lesiones a isquemia y necrosis en 72 horas, con hemorragias subungueales en manos, úlceras en miembros inferiores y lesiones en pabellón auricular y labios. Consulta en nuestro Hospital, requiriendo internación en UTI. El laboratorio de ingreso evidencia alteración de KPTT y Quick, Anticuerpos Antifosfolípidos elevados, Crioglobulinas positivas. Se interpreta como SAF agudo. Se inicia tratamiento con Solumedrol en pulsos, Anticoagulación y Plasmateresis. Laboratorio: GR 3.500.000, Hb 7.8, Plaquetas 23.000, Crioglobulina (+), Coombs Directa (+), FR (-), PCR 26, Eritro 55, C3 87, C4 8. Laboratorio Inmunológico: FAN (-), Anticardiolipina IgG 32.8 (Normal ≤ 10), Anticardiolipina IgM ≤ 100 (Normal ≤ 7), Anticoagulante Lúpico (+), DNA (-), Ro (-), La (-), ANCA C (-), ANCA C (-).

Ecografía Abdominal: Hepato- esplenomegalia. Aneurisma de Aorta Abdominal.

ECO DOPPLER ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES: Oclusión completa con revascularización polipeta por colaterales.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE BIOPSIA DE PIEL DE MEJILLA: Carcinoma Epidermoide bien diferenciado, invasor en dermis. Lecho de resección libre de neoplasia.

En la evolución, las lesiones necróticas de los dedos de los pies presentaron amputación espontánea en el término de 2 meses.

Conclusión:

Este caso demuestra la necesidad de buscar neoplasias subyacentes en pacientes con manifestaciones cutáneas extensas de SAF, principalmente en gerontes.

Page 1/1

134

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

J. Sanchez[1]*, M. Nelder[2], E. Buschiazio[1], M. Lencina[1], V. Juarez[1], R. Ramia[2], M. Crespo Espindola[1],
[1]Servicio De Reumatología - Hospital Señor Del Milagro, Salta Capital, Argentina
[2]Servicio De Infectología - Hospital Señor Del Milagro, Salta Capital, Argentina
[*] Presentador

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas. Las manifestaciones reumáticas asociadas son variadas e incluyen desde rasgos clínicos aislados, tales como artralgias y dolor óseo, a síndromes e entidades específicas, como artritis reactivas, polimiositis, y vasculitis. El Objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de manifestaciones reumáticas en personas infectadas con VIH.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de VIH que acudieron a los consultorios externos de Infectología del Hospital Sr. Del Milagro, Salta, entre mayo y junio de 2012. Se consignaron datos demográficos, estado de CD4, carga viral (CV) y tratamiento antirretroviral. A través de un cuestionario, se interrogó sobre la presencia de diversas manifestaciones reumáticas. Análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo. Se expresaron los datos categóricos en número y porcentajes, los datos continuos en mediana y rango intercuartil (RIC). Se compararon los datos categóricos mediante Chi2 o test exacto de Fisher y los continuos mediante test de T para muestras relacionadas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes, 17 varones (41.5%). Presentaron recuento de CD4 disponible 24 (58.5%) pacientes, siendo la mediana de CD4: 228.5 (RIC: 145.5-495.25). Contaban con evaluación de carga viral 25 (61%), de los cuales 8 presentaban CV ≤ 50 copias, y del resto la mediana fue de 9.480 (RIC: 1255-21.277). Recibían tratamiento antirretroviral 21 (51.5%) pacientes, siendo las más usadas lamivudina: 16 pacientes (39%) y efavirenz: 15 (36.6%). En relación a las manifestaciones reumáticas, 28 (68.3%) refirieron presentar al momento del cuestionario 1 o más de las manifestaciones evaluadas, siendo las más frecuentes: lumbalgia 13 (31.7%) pacientes, úlceras orales 12 (29.3%), parestesias 11 (26.8%), dolor en manos 10 (24.4%), debilidad muscular 9 (22%), artritis 9 (22%), síndrome sicca 8 (19.5%), y tumefacción de dedos 8 (19.5%). El resto de las manifestaciones fueron menos frecuentes, entre ellas: fotosensibilidad 5 pacientes (12.2%), entesitis 2 (4.9%), psoriasis 1 (2.4%) y dactilitis 1 (2.4%). Un paciente tenía diagnóstico previo de artritis reumatoidea y otro paciente de vasculitis asociada a crioglobulinemia sin infección concomitante con virus de hepatitis C. Fueron derivados para evaluación por Reumatología 23/41 pacientes (56.1%). En relación a la asociación de las manifestaciones reumáticas investigadas y el recuento de CD4, carga viral y la recepción de tratamiento antirretroviral, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas, si bien Ritonavir tuvo tendencia de asociación con la presencia de boca seca ($p < 0.07$).

Conclusión: En el presente estudio se detectaron manifestaciones reumáticas en gran porcentaje de pacientes portadores de VIH (68.3%). Se torna necesario la evaluación de los mismos por Reumatología, para discriminar si las diversas manifestaciones pueden asociarse a efectos adversos de antirretrovirales, a la infección por VIH o detectar temprano posibles enfermedades reumáticas concomitantes.

135

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA TEMPRANA

E. Nadir[1], J. Sanchez[2], A. Manghera[1], E. Buschiazio[2]*, M. Lencina[2], V. Juarez[2], M. Crespo Espindola[2].

[1]Servicio De Clínica Médica - Hospital Señor Del Milagro, Salta Capital, Argentina
[2]Servicio De Reumatología - Hospital Señor Del Milagro, Salta Capital, Argentina
[*] Presentador

La Esclerodermia (ES) es una enfermedad sistémica asociada con alta morbilidad y mortalidad. Cuando la enfermedad ya ha desarrollado la vasculopatía proliferativa asociada a fibrosis y daño orgánico significativo, que la caracterizan, el diagnóstico de ES está bien establecido. Es el Objetivo de este trabajo describir las características clínicas asociadas a enfermedad de reciente inicio.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de ES según criterios ARA 80° o LeRoy 90° que concurrían a los consultorios externos o internación del Servicio de Reumatología del Hospital Sr. Del Milagro-Salta, entre noviembre de 2010 y julio 2012. Se consignaron datos socio-demográficos, comorbilidades, características clínicas, exámenes complementarios y tratamiento. Según el tiempo de evolución desde el primer síntoma no raynaud hasta el día de la evaluación se separaron arbitrariamente los pacientes en dos grupos: ES temprana (EST) de menos de 36 meses de evolución y establecida (ESE) de más de 36 meses, comparándose las características clínicas entre ellos. Análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo. Se expresaron los datos categóricos en número y porcentajes, y los datos continuos en mediana y rango intercuartil (RIC). Las variables categóricas fueron comparadas por Test de Chi2 o test exacto de Fisher y las continuas por test de Student o Mann Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados. Se incluyeron 22 pacientes, 20 (90.9%) de sexo femenino, edad mediana de 51 años (RIC: 43.5-64), mediana de tiempo de evolución de 62 meses (RIC: 36.5-146). Veinte pacientes presentaban fenómeno de raynaud (90.9%). Seis pacientes (27.2%) presentaban menos de 36 meses de evolución. Los dos grupos tuvieron similar prevalencia de enfermedad difusa y limitada (EST: 3 y 3, ESE: 5 y 11, $p = 0.62$). Hubo diferencias a favor del grupo EST con respecto a la presencia de disfgia (6/6 vs 6/16, $p = 0.015$), debilidad muscular al interrogatorio (5/6 vs 3/16, $p = 0.011$) y microstomía (6/6 vs 7/16, $p = 0.046$). Se observó una tendencia a favor del grupo EST con respecto a debilidad muscular al examen físico (2/6 vs 0/16, $p = 0.065$), frote tendinoso (2/6 vs 0/16, $p = 0.065$), y lesiones en "sal y pimienta" (2/6 vs 3/16, $p = 0.054$). No se observaron diferencias en el resto de las características clínicas evaluadas.

Conclusión. En este grupo de pacientes determinadas características clínicas se asociaron de forma significativa con enfermedad de menos de 36 meses de evolución, dentro de los que habría que destacar la debilidad muscular y los trastornos digestivos. El frote tendinoso, que se asocia clásicamente a enfermedad más severa, en este grupo de pacientes solo estuvo presente en el grupo EST. El bajo número de pacientes y la carencia de seguimiento de los mismos desde el inicio de la enfermedad pueden constituir un sesgo importante para la interpretación de los resultados. La elección del corte de tiempo de evolución para definir enfermedad temprana y establecida, si bien es arbitraria, se aproxima a cortes utilizados en otros estudios (18- 24 meses).

136

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SINDROME DE CHURG STRAUSS: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SU RELACION CON LOS ANCA.

C. Pena[*][1]*, A. Costi[1], M. Garcia[1], F. Giordano[1], M. Aguirre[1], P. Sansinena[1], A. Testi[1], J. Marcos[1], J. Marcos[1],
[1]H.i.g.a San Martín, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La prevalencia de ANCA en el Síndrome de Churg Strauss (SCS) es cercana al 40%, de acuerdo a la presencia o ausencia de los mismos se han descrito diferentes fenotipos clínicos. La positividad para ANCA se asocia con compromiso renal, hemorragia pulmonar, púrpura, monoartritis múltiple, en tanto que la negatividad a mayor frecuencia de compromiso cardíaco y enfermedad pulmonar. (1,2)

Objetivo: Describir las características clínicas de inicio de pacientes que reúnan criterios de clasificación ACR 1990 para SCS y evaluar la relación con los ANCA.

Pacientes y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo de pacientes con SCS. Se analizaron las manifestaciones clínicas y de laboratorio al inicio, la presencia o ausencia de ANCA, actividad de la enfermedad medida por score Birmingham Vasculitis Activity (BVAS) e índice de daño por score Vasculitis Damage Index (VDI). Se calculó Five Factor Score (FFS).

Resultados Se registraron 10 pacientes asistidos desde 2005-2012. 50% fueron mujeres. La edad media al diagnóstico: 54 años (rango 34-69). Tiempo promedio desde inicio de síntomas hasta el diagnóstico: 6.4 meses (rango 1- 22) 80% tenían asma previo al diagnóstico de la vasculitis. 90% presentaron síntomas constitucionales, 80% compromiso pulmonar (7/8 infiltrados, 2/8 derrame pleural) 60% neurológico, 30% cardíaco (2/3 miocardiopatía, 1/3 derrame pericárdico), 30% renal, 30% ORL, 20% cutáneo. Positividad para ANCA se observó en 30% de los pacientes. En el laboratorio se destacó: anemia 30%, eosinofilia en el 90% de los pacientes, trombocitosis 42.8%, ERS media 56.4 mm/h (DS 38.59), PCR 59.6 (DS 55.79), FR fue positivo en 44% casos. La media de BVAS: 19.1 DS11.8 (3-40), media de VDI 2.85DS1.7 (1-6) 3/10 pacientes presentaron FFS > 1. Se observó una mayor frecuencia de compromiso renal en aquellos con positividad ANCA (66.6% vs 33.3%) y mayor frecuencia de compromiso cardiológico (66.6% vs 33.3%) y pulmonar (62.5% vs 37.5%) en los que fueron negativos. No se observaron diferencias con el resto de los sistemas evaluados.

Comentario: en nuestra serie de pacientes solo un 30% fue positivo para los ANCA, presentando mayor frecuencia de compromiso renal. La ausencia de ANCA se asocia a mayor frecuencia de compromiso cardíaco y pulmonar de manera coincidente con la bibliografía.

Bibliografía:

1) Sable-Fourtassou R, Cohen P, Mahr A, et al. French Vasculitis Study Group. Antineutrophil cytoplasmic antibodies and the Churg-Strauss syndrome. Ann Intern Med 2005;143(9):632-8.

2) Sinico RA, Di Toma L, Maggiore U, et al. Prevalence and clinical significance of antineutrophil cytoplasmic antibodies in Churg-Strauss syndrome. Arthritis Rheum 2005;52(9):2926-35.

ENFOQUE CLÍNICO DEL PACIENTE CON SOSOPECHA DE MIOPATÍA INFLAMATORIA

A. Costi[1]*, M. García[1], A. Testi[1], V. Arturi[1], F. Giordano[1], C. Pena[1], J. Marcos[1], A. Salas[1], P. Sansinanea[1], G. Rausch[1], M. Hassan[1], J. Marcos[1],

[1]H.I.g.a Gral San Martín De La Plata, La Plata, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las miopatías son enfermedades caracterizadas por afectar de forma primaria al músculo esquelético. En general cursan con debilidad, dolor, contractura, calambres, rigidez o fatiga. Pueden ser congénitas o adquiridas. Existe un solapamiento clínico e histopatológico considerable entre algunas distrofias musculares y algunas miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). **Objetivo:** describir las características clínicas, serológicas e histológicas de los pacientes asistidos en consulta consecutivamente en el servicio de reumatología con diagnóstico presuntivo de miopatía inflamatoria, desde junio del 2011 - a junio del 2012.

Material y Método: En todos los pacientes se realizó interrogatorio, examen físico y estudios complementarios según fue considerado, así como también evaluación por neurología. Se confeccionó una ficha donde se volcaron todos los datos obtenidos. **Resultados:** En el período de un año se recibieron en consulta 10 pacientes con diagnóstico presuntivo de MII, con una edad promedio de 50 años, 60% mujeres, la demora promedio a la consulta fue de 22 meses. Los calambres, fasciculaciones y compromiso de los músculos bulbares se detectaron principalmente en los pacientes sin MII. FAN (+) 50%. Anti-Jo1 negativo en el 100%.

Miopatía	Nº ptes.	Debilidad	Simetría	piel	disfagia	EMG	Biopsia muscular	CPK alterada	pulmón	óbito	neoplasia
DM idiopática	3	proximal	si	si	23	no	13 compatible miopatía	1240	13	23	no
DM amioipática	3	no	no	si	23	23 normal	no	47	23	no	13
Miopatía hipotiroidea	1	proximal	si	no	no	0	no	697	no	no	no
Distrofia miotónica	1	no	no	no	si	Signos distrofia muscular	no	33	si	no	no
Déficit maltasa ácida	1	mixta	no	no	si	miopatía	Patológica	1569	no	si	no

Page 1/2

Miopatía metabólica	l	mixta	si	no	no	normal	no	457	no	no	no

DM: dermatomiositis **Conclusión:** el 60% de los pacientes presentó DM. El compromiso cutáneo fue un marcador para miopatía inflamatoria, mientras que la debilidad muscular mixta, la asimetría, los calambres las fasciculaciones y el compromiso de los músculos bulbares orientaron hacia otro tipo de miopatías. El examen clínico minucioso, la historia clínica detallada, la biopsia y la evaluación en conjunto con los neurólogos permitió realizar el diagnóstico correspondiente en cada caso.

Page 2/2

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS

C. Lascano[1]*, A. Gervilla[1], J. Cazón[1], A. Abalos[1],

[1]Hospital San Roque, San Salvador De Jujuy, Argentina

[*] Presentador

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS
Lascano CD; Gervilla AL; Cazón JD; Abalos A y Surlin García E. Unidad de Enfermedades Reumáticas del Servicio de Clínica Médica, Hospital San Roque, San Salvador de Jujuy. **Introducción:** la Granulomatosis con Poliangeitis (GP) es una vasculitis asociada a ANCA que puede presentarse como una enfermedad multisistémica grave con daño pulmonar y/o renal severos, con riesgo de vida y/o hemodiálisis por insuficiencia renal crónica. **Objetivo:** evaluar la presentación clínica y la respuesta al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeitis que fueron asistidos en el Hospital San Roque de San Salvador de Jujuy desde abril del 2011 a julio de 2012. **Material y método:** se revisaron las historias clínicas de 4 pacientes con Diagnóstico de GP asistidos durante el año 2011, registrando los siguientes datos: sexo, edad, etnia, síntomas y signos clínicos, actividad de la enfermedad medida por BVAS V3.0, tiempo de evolución hasta el inicio de la terapia, tratamientos realizados, daño valorado por VDI. **Resultados:** de los 4 pacientes evaluados 2 eran mujeres, el promedio de edad de 33,41 +/- 15,16 años; 3 pacientes amerindios y 1 mestizo. Los 4 pacientes presentaron enfermedad sistémica con compromiso general, pulmonar y renal. Todos los pacientes se internaron por disnea y hemoptisis, siendo el tiempo de evolución desde el comienzo de la hemoptisis hasta el inicio del tratamiento de 5,75 +/- 3,5 días. Las manifestaciones clínicas que presentaron fueron: mialgias 2 pacientes, artralgias/artritis 4, fiebre 4, pérdida de peso 4, purpura 2, ojo rojo 2, epistaxis 1, afeción de senos paranasales 2, nódulos pulmonares 3, infiltrados 4, derrame pleural 1, compromiso endobronquial 1, hemoptisis masiva/hemorragia alveolar 4, tos e insuficiencia respiratoria los 4, solo 1 requirió asistencia ventilatoria mecánica, HTA 1, hematuria 4, proteinuria 3 y falla renal 3. La actividad de la enfermedad medida por BVAS fue 22,95 +/- 6,25 previa al tratamiento; a los 3 meses el BVAS 0 y el daño valorado por VDI 0 en todos los casos. Los ANCA C fueron positivos en 3 pacientes y a un paciente se realizó biopsia pulmonar compatible con GP. Todos los pacientes fueron tratados con metilprednisolona intravenosa y luego meprednisolona vo en dosis decrecientes, asociada a ciclofosfamida intravenosa 0,6gr/m2/mes durante 6 meses; y luego mantenimiento con azatioprina 2mg/kg/día. El paciente que requirió A.R.M. completó 8 sesiones de plasmáferesis.

Actualmente todos los pacientes se encuentran en remisión clínica.

Conclusión: en nuestra serie de casos observamos buena evolución clínica, sin secuelas, en pacientes con hemorragia alveolar y compromiso renal. Destacamos la importancia del diagnóstico precoz, por la alta respuesta al tratamiento inmunosupresor de que limita el daño orgánico.

Page 1/1

RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICÉNTRICA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE.

G. Berbotto[1], J. Raggio[1]*, M. Sattler[1],

[1]Sanatorio Británico, Rosario, Argentina

[*] Presentador

La reticulohistiocitosis multicéntrica es una enfermedad infrecuente de etiología desconocida que afecta preferentemente a individuos en edad media. Se caracteriza por compromiso cutáneo (placas y nódulos diseminados en la piel) y articular afectando pequeñas articulaciones de los dedos de las manos de apariencia similar a la artritis reumatoide, además de articulaciones de gran tamaño, principalmente hombros, caderas y rodillas, sobre las que sobreviene una artritis deformante y mutilante.

Se presenta el caso de un varón de 54 años con diagnóstico de artritis reumatoide en 1998 (artritis de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos, rigidez matinal, osteopenia radiológica periarticular y factor reumatoide negativo) con respuesta clínica favorable al uso de hidrocortisona 400 mg/día y prednisona 5 mg/día. Logra remisión clínica con suspensión de corticoides y terapia de mantenimiento con 200 mg/día de hidrocortisona, que continúa hasta el 2005 donde suspende el tratamiento.

En el año 2008 consulta por artritis de rodilla derecha y articulaciones interfalángicas proximales con intenso prurito cutáneo, hiperpigmentación facial y múltiples nódulos rojo violáceos en codos y manos (dorso de los dedos, región periumeal y palmas). **Biopsia lesión cutánea:** Infiltrado histiocítico con células gigantes multinucleadas con citoplasma eosinófilo compatible con reticulohistiocitosis multicéntrica. **Laboratorio:** Eritrosedimentación 70 mm, test Latex 1/80, resto normal. **Rx manos:** erosiones y resorción subcondral epifisaria, pérdida del eje de los dedos y de la estructura articular. Sin respuesta al tratamiento con hidrocortisona y talidomida, se indicaron dosis crecientes de metotrexate (7,5-20 mg/semana) desapareciendo las lesiones cutáneas y el compromiso inflamatorio articular.

Se presenta el caso con el fin de destacar la infrecuente asociación de enfermedades autoinmunes con reticulohistiocitosis multicéntrica, el planteo de la entidad en el diagnóstico diferencial del paciente con poliartritis y destacar la alta asociación con enfermedades neoplásicas.

Page 1/1

140

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ANÁLISIS DE LAS INTERNACIONES DE PACIENTES REUMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DE DERIVACIÓN PROVINCIAL

V. Arturi[1]*, A. Arturi[1], A. Costi[1], M. García[1], J. Marcos[1], A. Salas[1], F. Giordano[1], P. Sausinaea[1], C. Peña[1], A. Testi[1], J. Marcos[1],
[1]Hospital R. Gutierrez, La Plata, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: analizar las características epidemiológicas de los pacientes reumatológicos hospitalizados por un Servicio de Reumatología sin Unidad de Internación propia. Material y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes internados según el registro del Servicio de Reumatología, entre Octubre de 2009 y Abril de 2012. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, obra social, motivo de internación, diagnóstico, días de permanencia, sala de internación, re internaciones, evolución (alta o el óbito del paciente). Resultados: Se registraron 310 internaciones de 233 pacientes. El 78% fueron mujeres. La edad promedio: 43 ± 16 años. El 47,4% eran mutualizados. El tiempo promedio de internación fue de 12,44 ± 12 días (1-80). Las salas de internación fueron Clínica Médica 80%, Gineco-Obstetricia 7%, Unidad Coronaria 6,4%, Ortopedia-Traumatología 6%, UTI 3% y otras 5%.

Diagnóstico al ingreso	n= 310	(%)
LES	121	39
LES y SAF	13121	
Artritis Reumatoidea	57	18,3
Vasculitis	27	8,7
Esclerodermia	25	8
Miopatía Inflamatoria	21	6,77
EASN	10	3,2
Artritis Crísticas	4	1,29
SAF primario	3	0,96
Sin diagnóstico	16	5,1
Otros	26	8,3

Motivos de internación: reactivación de la enfermedad de base 48%, infecciones: 17%, cirugía 5%, embarazo y reactivación de la enfermedad 3,2%, otros 23,5%. Un 25% (n 77) fueron re internaciones con los siguientes diagnósticos: LES 49,3%, AR 14,2%, Esclerodermia 12,9%, Miopatía 10%, Vasculitis 7,7%, Artritis crísticas 1,29%. Las principales causas de re internación fueron la reactivación de la enfermedad de base en el 52% de los casos, infecciones 24,6%, cirugía 6,4%, embarazo + reactivación 1,28%, embarazo-parto 4%. Evolución: No se registraron datos en 7 pacientes de manera que se analiza el alta de 226 pts en 303 internaciones, 275 altas/303 internaciones (91%) y 28 óbitos de 226 pts. (12%). Siete de los 28 pacientes fallecieron en UTI. Conclusiones: El tiempo medio de internación fue de 12,4 días. El sitio más frecuente fue en Salas de Clínica Médica. Predominó el diagnóstico de Lupus tanto en los que se internaron por primera vez como en las re internaciones. Falleció durante la internación el 12%. Si bien el número de internaciones en UTI fue baja, se destaca la alta mortalidad de las mismas.

Page 1/1

141

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO, ACIDOSIS TUBULAR RENAL Y PARALISIS PERIÓDICA HIPOKALEMICA.

G. Rodríguez Gil[1]*, C. Urquiola[1], A. D'orazio[1], E. Castell[1], M. Gomez[1], L. Pompermyer[1],
[1]Hospital Municipal De Agudos "dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El Síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune con predilección en la afectación de las glándulas exócrinas y con una incidencia que varía según las series entre el 0,5 y el 5%, con mayor frecuencia en mujeres (10:1). Esta enfermedad puede presentar afectación de múltiples órganos y sistemas.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 43 años de edad con antecedente de hipotiroidismo desde los 4 años de edad, que presenta historia de astenia, anemia y cefaleas de larga evolución, detectándose en una ecografía abdominal nefrocalcinosis y al estudiar se detecta una acidosis tubular renal como causa de la misma. Hace 4 años comienza con poliartrosis de pequeñas y grandes articulaciones y empeoran una leve xeroftalmia y xerostomía previas no tenidas en cuenta hasta ese momento. En el laboratorio se detecta Anticuerpos antinucleares. Factor Reumatoideo y Anticuerpos anti Ro y La positivos, realizándose diagnóstico de Síndrome de Sjögren. Inicia tratamiento con Hidroxicloroquina 400 mg/día con buena evolución. Al año siguiente presenta cuadro de hemiparesia facio-braquio-cervical izquierda con tomografía computada y resonancia de encéfalo normales, encontrándose al ingreso a la internación con valores de potasio de 2,6 mEq/l y Cloro 111 mEq/l. Se le realizaron anticuerpos antifosfolípidos y anticoagulante lúpico que fueron negativos en dos determinaciones. Tras la corrección de estos valores la paciente presentó reversión casi total de su cuadro neurológico, interpretándose al mismo como una parálisis periódica hipokalémica. Discusión: Ante una paciente joven con cuadro neurológico compatible con accidente cerebrovascular, sin lesiones en las imágenes y con diagnóstico previo de acidosis tubular renal, pensar en una parálisis periódica hipokalémica. Esta es una complicación infrecuente del Síndrome de Sjögren.

Page 1/1

142
a

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC): ESTUDIO DESRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES: ESTUDIO PRELIMINAR

P. Gisela[1]*, D. Pereira[1], M. García[2], A. Salas[2],
[1]Hospital R. Gutierrez, La Plata, Argentina
[2]Hospital Gral San Martín, La Plata, Argentina
[*] Presentador

SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC): ESTUDIO DESRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES: ESTUDIO PRELIMINAR.

Dra. Pendón, G.; Dra. Pereira, D¹; Dra. García, M²; Dr. Salas, A²

Hospital Ricardo Gutierrez La Plata¹; HIGA San Martín La Plata²

Introducción: El SDRC afecta una o varias regiones articulares, caracterizado por dolor, edema, impotencia funcional, limitación de movilidad, cambios tróficos, inestabilidad vasomotora y desmineralización ósea. El traumatismo es el antecedente más frecuente (50%). El diagnóstico es clínico. Los métodos de imágenes más utilizados son radiografías comparativas y centellograma óseo en tres fases. Como tratamiento, es fundamental la rehabilitación.

Objetivo: Evaluar características clínicas, cambios radiológicos, terapéutica y evolución de pacientes derivados a la consulta con sospecha de SDRC

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, descriptivo y prospectivo, incluyendo pacientes mayores de 18 años, con criterios de Doury I. Se evaluaron tiempo de evolución, antecedentes traumáticos, características clínicas, radiología simple, centellograma óseo en tres fases, terapéutica y evolución.

Page 1/2

142
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

Resultados :

Población , n	66	Tiempo de evol. consulta, meses	2,92
Fem %	86,36	Rx patológica %	89
Edad (años).media ±DS	55 ± 11	Centellogramas realizados %	29
Limitación movilidad %	100	Centellograma patológico %	29
Traumatismo previo %	75,66	Tratamientos	
Dolor %	100	AINES %	100
Inmovilización %	100	Complejo B %	60
Depresión %	24,24	Bifosfonatos %	92
Ansiedad %	36,36	Calcio %	97
Local. más frecuente: carpos %	65	Corticoides %	47
Edema %	86,36	Vitamina D %	97
Sudoración %	54,5	Terapia ocupacional	100
Rigidez %	92	Evolución	
Cianosis %	58	Favorable %	96%

Conclusiones :

El 86% de la población con SDRC fue de sexo femenino, edad promedio de 55 años, con localización más frecuente en carpo. El traumatismo fue el desencadenante principal, y la ansiedad y depresión fueron los factores psicológicos más relevantes. El dolor y limitación de movilidad, se observaron en todos los pacientes. La radiología fue patológica en alto porcentaje y el centellograma óseo en tres fases, fue anormal en el 100% de los realizados.

Entre los tratamientos realizados, los más frecuentes fueron Calcio, Vitamina D y bifosfonatos. El 96% de los pacientes presentaron respuesta favorable al tratamiento, siendo la terapia ocupacional realizada por todos los pacientes.

1 Doury P et al. Algodystrophy. Diagnosis and therapy of a frequent disease of the locomotor apparatus. Berlin, Heidelberg, New-York: Springer-Verlag; 1981. p.165.

Page 2/2

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA NEFRITIS LÚPICA EN ARGENTINA. INFORME PRELIMINAR. GRUPO DE ESTUDIO DE LES DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

M. Garcia[1]*, G. Cesar[2], S. Pierina[1], D. Diana[3], S. Adrian[1], V. Edson[4], P. Silvia[5], R. Chaparro[5], O. Rillo[5], M. Beatriz[6], D. Monica[6], F. Risueño[7], J. Soldano[8], F. Caputo[9], Y. Botinelli[9], M. Iriarte Padula[9], H. Casas[9], A. Curti[10], C. Pisoni[11], A. Eimon[11], M. Esposito[12], E. Lancioni[13], E. Soriano[13], W. Espindler[14], A. Spindler[14], C. Pena[1], C. Costi[1], A. Sosa[15], A. Alvarez[15], J. Sarano[16], M. Collado[16], G. Gomez[16], G. Pendon[17], D. Pereira[17], J. Ruffino[18], J. Ferreyra Mufarregue[18], G. Vijoditz[18], N. Lopez[18], E. Chiganer[18], M. Paolini[18], R. Quintana[8], B. Pons-estel[8], J. Romero[19], A. Damico[19], F. Zazzetti[19], J. Barreira[19], V. Bellomio[20],

[1]Higa San Martin, La Plata, Argentina

[2]Centro Medico Mitre, Parana, Argentina

[3]H Clinicas, Caba, Argentina

[4]Villa Libertador San Martin, Villa Libertador San Martin, Argentina

[5]H Torru, Caba, Argentina

[6]H Zonal Bariloche, Bariloche, Argentina

[7]Consultorio Bahía Blanca, Bahía Blanca, Argentina

[8]Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina

[9]H Posadas, Caba, Argentina

[10]H Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

[11]Cemic, Caba, Argentina

[12]H Eva Peron, San Martin, Argentina

[13]H Italiano, Caba, Argentina

[14]C médico Privado De Reumatología, Tucuman, Argentina

[15]H Penna, Caba, Argentina

[16]Instituto Lanari, Caba, Argentina

[17]H Gutierrez, La Plata, Argentina

[18]H Durand, Caba, Argentina

[19]H Británico, Caba, Argentina

[20]Hospital Angel Padilla, San Miguel De Tucuman, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: Analizar la prevalencia de la nefritis lupica (NL) y la clase histológica predominante así como la asociación a variables demográficas, clínicas, serológicas y el daño acumulado.

Pacientes y métodos:

Estudio multicéntrico, observacional y transversal que incorpora pacientes de ≥ 18 años de edad con diagnóstico de LES (ACR97) evaluados consecutivamente. Se comparan los datos de los pacientes con NL y sin nefropatía.

Page 1/2

Para las variables categóricas se utiliza test de chi cuadrado, para las continuas el test de Student.

Resultados:

Entre febrero y agosto de 2012 se registraron 549 pacientes de 23 centros. 243/549 (44%) tuvieron diagnóstico de NL actual o pasada.

El 84% de los pacientes con NL fueron mujeres vs. 88.8% (NS), la edad promedio al ingreso al estudio fue de 36±11 vs 40±13 años (p=0.0002), la edad al diagnóstico 27±10.6 vs. 32±13 años (NS), la evolución del LES 102±86 vs. 86±80 meses, p=0.020.

El número de criterios de clasificación ACR cumplidos fue de 7±1.6 vs 5±1.4 (NS). Las manifestaciones clínicas asociadas fueron: eritema malar: 71% vs. 62.4%, p=0.038, OR: 1.49, IC: 1.02-2.17; compromiso neurológico: 13% vs. 7 %, p=0.028, OR: 1.96, IC: 1.07-3.64; serositis: 38% vs. 26.4%, p=0.0042, OR: 1.72, IC: 1.18-2.52; ac DNAn acumulado: 64% vs. 49%, p=0.001, OR: 1.84, IC: 1.26-2.69.

Fueron biopsiados 212/243 (87%), resultando los siguientes diagnósticos histológicos: Clase I: 3 pacientes (1.4%), clase II: 31 (14.6%), III: 38 (15.6%), IV: 120 (56.6%), V: 28 (13.2%), VI: 2(0.94%), 2 casos sin resultados. Las asociaciones fueron: clase II-III: 1 caso, III-V: 2, IV-V: 7. A 48 casos se le hizo una segunda biopsia.

El índice de daño SLICC/ACR fue de 1.30±2.53 vs. 0.69±1.32, p=0.0007. Presentaron insuficiencia renal terminal 9/212 (4%) casos.

Los tratamientos indicados con más frecuencia para la NL fueron, además de corticoides orales, Ciclofosfamida 1 v en 81% de los casos, Metilprednisolona en pulsos iv en 76%, Mofetil Micofenolato en 56%, Azatioprina en 57.6% e Hidroxicloroquina en el 90 % de los casos.

Conclusión: el 42% de la población de pacientes con LES estudiada presentó Nefropatía Lupica. La clase histológica IV fue predominante.

Los pacientes con NL se caracterizaron por ser más jóvenes y tener mayor evolución de la enfermedad. Presentaron con más frecuencia eritema malar, serositis, compromiso neurológico y presencia de acDNAn. La asociación con mayor daño acumulado denota la severidad de la enfermedad en este subgrupo de pacientes.

Page 2/2

DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI SSA/RO 52 Y 60 EN PACIENTES CON SÍNDROME DE Sjögren PRIMARIO Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Maurelli Torres[1]*, G. Meossi[1], C. Gobbi[1], E. Albiero[1], M. Demarchi[1],

[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Los Ac SSA/Ro pueden detectarse en patologías autoinmunes solas o asociadas a otros autoanticuerpos (autoAc). El Immunoblotting (IB) es un método que permite discriminar entre Ac anti Ro60 y Ro52. **Objetivos:** - Estudiar los Ac anti Ro60 y Ro52 en pacientes con LES y SS, su asociación con manifestaciones clínicas y con otros autoAc. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 29 pacientes admitidos en la unidad de Reumatología del Hospital Córdoba en el período 2010 y 2011 que presentaron Ac anti Ro positivos por la técnica de ELISA. Se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjögren primario(SS) (Consenso Europeo Americano 2002) y 17 pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) según criterios ACR. Se utilizó la técnica de IB que permite discriminar los Ac anti Ro60, Ro52, La, Sm, RNP, Sclero 70, CENP-B, Jo-1 y Ribosomal P en todos los pacientes. **Resultados:** Los Ac anti Ro 52 y 60 estuvieron presentes en el 100% de los pacientes con SS y los Ac anti La en el 75%. En los pacientes con LES el 6% presentó Ac anti Ro52. 41% Ac anti Ro 60 y 53% Ac anti Ro 60 asociado con anti Ro 52. En el 23% de los pacientes se encontró al Ac anti Ro como único Ac y en un 77% acompañado de otros autoAc: antiDNA (41%), antiRNP (29%), antiLa (29%), antiSm (23%) y antiRib-P (12%). En los pacientes con SS las manifestaciones clínicas observadas fueron poliartralgias y sicca en el 100% de los pacientes, Raynaud 42%, citemias 25%. En los pacientes con LES, las manifestaciones clínicas más frecuentes halladas fueron: en el grupo con Ac anti Ro 60 poliartritis y fotosensibilidad 57%, sicca y citemia 43%, nefritis y serositis 28%, en el grupo con Ac anti Ro52/60 poliartritis 78%, nefritis 67%, serositis, Raynaud y fotosensibilidad 44% y en el único paciente con Ac anti Ro 52 fotosensibilidad, poliartritis y citemia. **Conclusiones:** La presencia de Ac anti Ro52 es más frecuente en paciente con SS que en pacientes con LES. La presencia de Ac anti Ro 60 no siempre se asoció a la presencia de Ac anti Ro 52 en pacientes con LES. Los pacientes con SS presentaron ac antiLa y en LES anti Sm, RNP, La y Rib-P. Las manifestaciones clínicas asociadas a la presencia de Ro en LES fueron dermatológicas, articulares, renales y hematológicas.

Page 1/1

F. Giordano[1]*, A. Tesit[1], C. Costi[1], M. Garcia[1], A. Exposto[1], C. Pena[1], J. Marcos[1], V. Arturi[1], P. Sansinanea[1], A. Salas[1], R. Landea[1], F. Alaimo[1], J. Marcos[1]

[1] Higa Gral San Martin, La Plata, Argentina

[*] Presentador

Introducción: La Tuberculosis (TBC) constituye en el mundo un grave problema de Salud Pública, especialmente en los países subdesarrollados. En nuestro país se notifican 11000 casos nuevos/año, con una tasa de incidencia de 28/100000 (Consenso Argentino de Tuberculosis. Rev Arg Med Resp 2009). Los pacientes inmunocomprometidos tienen mayor riesgo que la población general.

Objetivos: describir las características de la TBC en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Materiales y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con LES (ACR82/97) que cursaron infección por TBC. Se analizaron los datos epidemiológicos, cuadro clínico, diagnóstico, localización y tratamiento de TBC; características clínicas y tratamiento del LES.

Resultados: Se registraron 26 pacientes con TBC entre enero de 1987 y julio de 2012. La edad promedio fue de 39 ± 14 años, el tiempo medio de evolución del LES en meses fue de 83 ± 91. Las manifestaciones de LES predominantes: artritis (94%), eritema malar (65%), serositis (59%), nefropatía (55%), hematológicas (47%), Hipocolesterolemia (67%).

Tratamientos: ciclofosfamida 43%, prednisona ≥ 20 mg/día 50%, Micofenolato mofetil 25%, azatioprina 32%, Pulsos de Metil prednisolona 16%.

En 5 pacientes se hizo PPD previa a la inmunosupresión, en 4 casos el resultado fue <5mm y en un paciente de 10mm. Ninguno recibió tratamiento preventivo.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de TBC fueron: fiebre (95%), tos (55%), disnea (50%), astenia (50%), sudoración (45%). Una paciente cursó síndrome hemofagocítico.

El diagnóstico se realizó en 25 casos por confirmación bacteriológica. En un paciente por determinación de la actividad de la adenosindeaminasa (ADA) en líquido pleural.

Localización	Pacientes
Pulmones	21(81%)
Extrapulmonar	5(19%)
Hígado	1(4%)
Cervicodorsal	1(4%)
Riñón	1(4%)
Vejiga	1(4%)
Otitis	1(4%)
Osteoarticular	1(4%)
Osteomieloma	1(4%)
Piel y partes blandas	1(4%)

En 7 pacientes (27%) se registró más de una localización. La respuesta fue favorable en 18 pacientes. Hubo 2 casos de resistencia (2/24). Seis pacientes fallecieron, 2 de ellos por la TBC.

145
b

Conclusiones: Los pacientes con Lupus que cursaron Tuberculosis se caracterizaron por presentar una enfermedad activa y recibir medicación inmunosupresora. Un alto porcentaje (42%) presentó TBC extrapulmonar.

Se enfatiza la relevancia de la sospecha y búsqueda de esta complicación en todo paciente con fiebre prolongada de origen desconocido así como la necesidad de realizar tamizaje (Radiografía de tórax y PPD) y eventual tratamiento de la TBC latente en los pacientes que recibirán tratamiento inmunosupresor, incluyendo corticoterapia en dosis elevadas.

146

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) CON ETANERCEPT

M. Pereyra Stanley[1]*, C. Herrera Mora[1], M. Esquivel[1], I. Brusco[1], P. Alejandra[1], R. Cuttici[1],

[1]Hospital Pedro De Elizalde, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El 5-10% de los pacientes con AIJ son refractarios al tratamiento convencional, necesitando adicionar agentes biológicos como el Etanercept.

Objetivo: Reportar la eficacia, seguridad y causas de suspensión del tratamiento con Etanercept en una cohorte de niños con AIJ.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de AIJ (ILAR, Edmonston 2001), en control en nuestro servicio en tratamiento con Etanercept por falta de respuesta a drogas modificadoras de la enfermedad, durante 7 años de seguimiento. Se analizaron 131 historias clínicas seleccionándose 97 pacientes desde enero del 2000 a junio del 2012. Se registra la información a los 0, 6 meses y luego anualmente hasta su suspensión o falta de registro por la derivación a otro servicio. Análisis Estadístico: Stata 8 chi cuadrado.

Resultados: del total de 97 pacientes, el 37% fueron de inicio sistémico, 13% oligoartricular, 42% poliarticular, 1% psoriasisica y 7% de artritis relacionada a entesitis (SEA). A los 6 meses alcanzaron un ACR Pedi30 75%, ACR Pedi50 65% y ACR Pedi 70 48%. En general todos los subtipos mejoraron a partir del año, sin embargo los pacientes con AIJ sistémica mejoraron menos que los otros subtipos (p 0.672).

La remisión al año en el subtipo sistémico fue 18%, oligoartricular 100%, poliarticular FR(-) 32%, poliarticular FR(+) 33%, psoriasisica 100% y SEA 43%. (p = 0.000 entre el grupo no sistémico y el sistémico)

El etanercept fue discontinuado por falla primaria (grupo sistémico en el 30% y grupo no sistémico en un 18%) y por falla secundaria en el 25% y 10% respectivamente.

Durante el seguimiento se reportaron 125 eventos adversos, 9% locales, 0.8% alérgicos, 48% infecciones, 4% gastrointestinales y 11% neurológicos. Hubo 7 pacientes con eventos serios, 6 por internación y uno falleció por falla cardíaca por probable amiloidosis. El 23% no se atribuyó al Etanercept. Ninguno desarrollo tuberculosis ni malignidad.

Además de las características de la enfermedad se evaluó la medicación previa y concomitante.

Conclusiones: en nuestra cohorte el tratamiento con Etanercept fue seguro y eficaz en la mayoría de los niños; principalmente en el grupo de AIJ no sistémica.

147

SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC): ESTUDIO DESDRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES: ESTUDIO PRELIMINAR

P. Gisela[1]*, D. Pereira[1], M. García[2], A. Salas[2]

1 Hospital R. Gutiérrez, La Plata, Argentina

2 Hospital Gral San Martín, La Plata, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El SDRC afecta una o varias regiones articulares, caracterizado por dolor, edema, impotencia funcional, limitación de movilidad, cambios tróficos, inestabilidad vasomotora y desmineralización ósea. El traumatismo es el antecedente más frecuente (50%). El diagnóstico es clínico. Los métodos de imágenes más utilizados son radiografías comparativas y centellograma óseo en tres fases. Como tratamiento, es fundamental la rehabilitación.

Objetivo: Evaluar características clínicas, cambios radiológicos, terapéutica y evolución de pacientes derivados a la consulta con sospecha de SDRC

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, descriptivo y prospectivo, incluyendo pacientes mayores de 18 años, con criterios de Doury 1. Se evaluaron tiempo de evolución, antecedentes traumáticos, características clínicas, radiología simple, centellograma óseo en tres fases, terapéutica y evolución.

Resultados:

Parámetro	n	Porcentaje	Valor de p en comparación con el grupo
Sexo	80/38	68.5% / 31.5%	0.000
Edad (años) media ± DS	57 ± 11		0.000
Limitación movilidad	100	100%	0.000
Trastornos psíquicos	11/38	28.9%	0.000
Dolor	100	100%	0.000
Edema	100	100%	0.000
Impotencia funcional	100	100%	0.000
Disminución de las manos	24/29	82.8%	0.000
Artralgias	22/38	57.9%	0.000
Trastornos de la marcha	47	100%	0.000
Trastornos de la visión	8/38	21.1%	0.000
Trastornos de la audición	7/27	25.9%	0.000
Trastornos de la respiración	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la alimentación	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad sexual	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad profesional	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad deportiva	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad social	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad académica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad recreativa	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad cultural	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad religiosa	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad política	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad económica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad científica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad artística	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad deportiva	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad social	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad académica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad recreativa	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad cultural	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad religiosa	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad política	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad económica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad científica	4/27	14.8%	0.000
Trastornos de la actividad artística	4/27	14.8%	0.000

Conclusiones: El 86% de la población con SDRC fue de sexo femenino, edad promedio de 55 años, con localización más frecuente en carpo. El traumatismo fue el desencadenante principal, y la ansiedad y depresión fueron los factores psicológicos más relevantes. El dolor y limitación de movilidad, se observaron en todos los pacientes. La radiología fue patológica en alto porcentaje y el centellograma óseo en tres fases, fue anormal en el 100% de los realizados.

Entre los tratamientos realizados, los más frecuentes fueron Calcio, Vitamina D y bifosfonatos. El 96% de los pacientes presentaron respuesta favorable al tratamiento, siendo la terapia ocupacional realizada por todos los pacientes.

1Doury P et al. Algodystrophy. Diagnosis and therapy of a frequent disease of the locomotor apparatus. Berlin, Heidelberg, New-York: Springer-Verlag; 1981. p.165.

148

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN.

S. Sabores[1]*, M. Spinetto[2], E. Bresan[2], A. Beron[3], O. Gut[3], D. Dubinsky[3], G. Nasswetter[3],

[1]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina

[2]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina

[3]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION: La enfermedad de Still del Adulto es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida. Dentro de las enfermedades del tejido conectivo, representa entre un 5 a 9% de las causas de fiebre de origen desconocido. No presenta ninguna manifestación clínica ni de laboratorio patognomónica motivo por el cual el diagnóstico se realiza descartando principalmente procesos infecciosos y neoplásicos. **OBJETIVO:** Describir manifestaciones clínicas y tratamiento en pacientes con enfermedad de Still del adulto. **Evaluar** evolución de la enfermedad en los pacientes que continuaron en seguimiento en nuestra División. **METODO:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Still (Yamaguchi 1992), internados en el Hospital de Clinicas desde Marzo de 1991 a Julio de 2012. Los datos se analizaron con VCSTAT. **RESULTADOS:** Se incluyeron 22 pacientes, 14 (63%) sexo femenino, edad media al diagnóstico de 29.2 (16 - 56) años, con un promedio de evolución de los síntomas al diagnóstico de 8.2 semanas y 89.4 meses hasta la actualidad. **Manifestaciones clínicas:** Todos los pacientes presentaron fiebre, rash 19/22 (86%) solamente uno no característico, odinofagia y adenopatías 14/22 (63%), mialgias 11/22 (50%), compromiso pulmonar 11/22 (50%) (7 derrame pleural, 2 infiltrados intersticiales, 1 distress, 1 derrame + intersticio, hepatomegalia 11/22 (50%) esplenomegalia 9/22 (40%), compromiso cardíaco 9/22 (40%) (7 derrame, 2 taponamiento). **Compromiso articular:** 18/22 (81%), 7 oligoartritis, 6 monoartritis y 5 poliartitis. Las articulaciones más afectadas en orden decreciente de frecuencia fueron: rodillas, tobillos, muñecas y pequeñas articulaciones de las manos. **Laboratorio:** FAN y FR negativos en el 100%. PCR, ESD elevadas en todos los pacientes, leucocitosis con neutrofilia > 70% (100%), 14/22 (63%) GB > 15.000, ferritina > 1000 19/22 (86%), anemia de trastornos crónicos 16/22 (72%), trombocitosis y elevación de transaminasas 15/22 (68%). **Tratamiento:** AINEs 11/22 (50%), GC 100% (0.5mg/kg (31% - 1mg/kg (69%)), metotrexate 11/22 (50%) entre 15 y 20 mg/ semana, 1/11 lo recibió asociado a hidroxiquinona + sulfasalazina. **Agentes biológicos:** 4/ 22 (18%), etanercept 1, abatacept 1, infliximab 2 (con escasa respuesta rotándose a etanercept y rituximab). **Evolución:** 15 /22 (68%) continuaron en seguimiento en nuestra División, cursando con un cuadro autolimitado 6/15 (40%), intermitente 5/15 (33%), crónico 4/15 (27%). **CONCLUSION:** Nuestra serie se caracterizó por presentar manifestaciones clínicas y de laboratorio similares a las reportadas en la literatura. El diagnóstico de esta patología debe tenerse en cuenta ante cuadros de síndrome febril prolongado descartándose otras causas. Ante la refractariedad al tratamiento los agentes biológicos deben considerarse como una alternativa terapéutica.

APORTE DE CALCIO, VITAMINA D, EJERCICIO FÍSICO Y OTRAS VARIABLES, EN PACIENTES QUE CONCURREN A REALIZARSE UNA DENSITOMETRÍA OSEA

C. Crowl[*], C. Asnal1, S. Boffal,
1 Hospital Aleman, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: Se estima que la mayoría de los pacientes que concurren a realizarse una densitometría (DXA), no consumen la cantidad recomendada de calcio ni de vitamina D, ni realizan ejercicio

Objetivo: evaluar el aporte de calcio, vitamina D, ejercicio físico, y otras variables, en pacientes que concurren a realizarse una DXA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal en 100 pacientes que concurren consecutivamente a realizarse una DXA y que completaron el formulario de evaluación. Se incluyeron los formularios completos. Este consiste en preguntas sobre la ingesta de lácteos, suplementos de calcio, vitamina D, ejercicio físico, medicación, antecedentes familiares y personales de fracturas, y antecedentes de enfermedades. Posteriormente la DXA se consignaba en el mismo. Se analizó la edad, el sexo, la ingesta de lácteos, el aporte de calcio suplemento, vitamina D, ejercicio físico, medicación, antecedentes de fracturas personales y familiares, y valores de DXA.

Resultados: N=100, 95% de sexo femenino, con una edad promedio de 60,39 años (37-91). La ingesta de lácteos fue adecuada en un 9%. Un 67% consumía 2-3 porciones día. Un 7% reportaron tomar suplementos de calcio, y un 17% estaban suplementados con vitamina D. Un 63% reportó realizar ejercicio físico regularmente. La DXA reveló osteopenia en 56%, y fue normal en un 21%. Un 15% de los pacientes habían padecido una fractura (5 de cadera y 5 de carpo). Solo 1 paciente con fractura de cadera presentaba osteoporosis por DXA. La mayoría de los pacientes con ingesta adecuada de calcio presentaban osteopenia. Solo un 5% de los pacientes recibían bifosfonatos, y de estos solo 2 tenían osteoporosis por DXA

Conclusión: en nuestro trabajo solo 9% de los pacientes cumplía con las recomendaciones diarias de calcio fundamentalmente a través de lácteos y 17% de vitamina D. No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas en los resultados respecto los valores de masa ósea.

Sociedad Argentina de Reumatología
45° Congreso Argentino de Reumatología
ARTRITIS REUMATOIDEA Y TABAQUISMO: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES PULMONARES

B. Homse[1][*], S. Malm-green[1], V. Duarte[1], C. Buzzi[1], M. Mamani[1], M. Manzano[1],
[1]Rivadavia, Caba, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria autoinmune, que presenta compromiso articular y extra-articular, como por ejemplo a nivel pulmonar. Esta manifestación asociada al tabaquismo aumentan las comorbilidades de los pacientes con artritis. Nuestro objetivo fue estimar la prevalencia y el tipo de compromiso pulmonar en pacientes con Artritis Reumatoidea. **Materiales y métodos:** Se revisaron un total de 120 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea según criterios del American College of Rheumatology de 1987, mayores de 18 años, con antecedentes de tabaquismo que padecieran afección pulmonar definida como manifestaciones clínicas (síntomas y signos), imagenológicas (radiología y tomografía) pruebas funcionales y DLCO; que presentaran tabaquismo activo o abandonado tabáquico de menos de 10 años de evolución. **Resultados:** Del total de 120 historias clínicas revisadas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea con antecedentes de tabaquismo, aquellos que presentaron compromiso pulmonar fueron 48,3% (IC 39,09-57,65). Con respecto a las variables de género se encontró mayor prevalencia en el sexo femenino: 41 (34,1%) (IC 25,53-43,84) pacientes eran mujeres, y 17 (14,1%) (IC 8,48-22,38) pacientes fueron hombres. Al evaluar la forma de presentación se encontró que solo un 32% (IC 23,65-41,69) de los pacientes tenían síntomas respiratorios, y los más comunes eran tos seca y disnea clase funcional I-III. Dentro de las causas asociadas al compromiso pulmonar fueron: secundario a tabaquismo 54 (45%) pacientes, secundario a Artritis Reumatoidea 2 (1,67%) pacientes. Síndrome de Kaplan 1 (0,83%) paciente y Tuberculosis 1 (0,83%) paciente. Los pacientes fueron evaluados también por Neumología y Cardiología para investigar compromiso inherente a dichas especialidades secundario a Artritis Reumatoidea o no. De los que se encontraban con metotrexato al momento del diagnóstico de compromiso pulmonar y requirieron cambio en la conducta terapéutica fueron 6 (5%) pacientes; la droga más elegida para el cambio fue sulfasalazina, asociado a corticoides. **Conclusión:** A través de este estudio observacional y retrospectivo, lo que podemos constatar es que la prevalencia de manifestaciones pulmonares en pacientes con artritis Reumatoidea y tabaquismo es cercana al 50%, lo que coincide con la bibliografía revisada y que el compromiso respiratorio en este grupo de pacientes estudiados, es en la mayoría de los casos asintomático.

Page 1/1

Sociedad Argentina de Reumatología
45° Congreso Argentino de Reumatología
DISFUNCION DIASTOLICA DEL VENTRICULO DERECHO SIN HIPERTENSION PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION: La prevalencia de disfunción ventricular derecha aislada en pacientes con esclerodermia sistémica (ES), se ha descrito hasta en un 58% de los casos. Además, se ha observado una pobre correlación entre la disfunción diastólica ventricular derecha (DDVD) y la Presión Arterial Pulmonar (PAP) en estos pacientes, lo que sugiere que las alteraciones de la función ventricular derecha no pueden atribuirse sólo a la hipertensión pulmonar (HTP). **OBJETIVOS:** 1. Evaluar y comparar la presencia de DDVD por ecocardiograma doppler/tisular en un grupo de pacientes con ES sin HTP (E) pareados con grupo control sin esclerodermia (C). 2. Describir manifestaciones clínicas y factores de riesgo cardiovascular (FRC) asociados. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes con ES (ACR 1980) evaluados en la División de Reumatología y Cardiología del Hospital de Clínicas durante un período de 2 años (2008-2010). Se comparó con un grupo control sin esclerodermia. Se consideró DDVD: el cociente entre onda E y onda A del anillo tricuspídeo ≤ 1. Se analizaron las características clínicas, serológicas y FRC asociados en ambos grupos. Fueron excluidos pacientes con cardiopatía estructural de cualquier etiología, valvulopatía de grado moderado a severo e HTP. **RESULTADOS:** Se incluyeron 39 pacientes con ES, 36/39 (94,8%) mujeres, edad media de 53,6 años, y 11 controles 9/11 (80%) mujeres, edad media de 51,7 años. Tiempo de evolución de la enfermedad: media de 4,48 años. **Características clínicas:** 29 ES limitadas/10 ES difusas, fenómeno de Raynaud 37/39 (94,8%), úlceras digitales 12/39 (30,7%). Ningún paciente presentó afección renal ni trastornos de conducción.

Autoanticuerpos: ACA 25/39 (64%), Scl 70 5/39 (12,8%); ambos 3/39 (7,7%). **FRC asociados:** Índice de masa corporal media 25,34 (E) vs 24,35 (C); HTA 9/39 (23,08%) (E) vs 2/11 (18,18%) (E). TAS media 122/TAD media 77 (E) vs 116 TAS media/TAD 68 media (C); Frecuencia cardíaca media 76,6 (E) vs 73,4 (C). Dislipemia 8/39 (E) vs 2/11 (C).

Ecocardiograma con DDVD, ET/AT ≤ 1: 30/39 (77%) (E) vs ningún paciente (C). (p $\leq 0,001$).

Subgrupo ES: limitadas 24/30 (80%), difusas 6/30 (20%) (p=0,08). 9/12 de los pacientes con úlceras digitales presentó ET/AT ≤ 1 (p=0,84).

CONCLUSION: La presencia de DDVD en ES sin HTP, inclusive en pacientes asintomáticos y sin evidencia de otra enfermedad cardíaca concomitante, sugiere la posibilidad de afección intrínseca del miocardio por esta enfermedad. Esta DDVD podría ser predictor de HTP, por lo tanto, el control ecocardiográfico con la realización de este cociente en pacientes con ES asintomáticos, debería ser realizado periódicamente.

Page 1/1

Sociedad Argentina de Reumatología
45° Congreso Argentino de Reumatología
PATRON CITOPASMATICO TIPO M2 EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE CLINICAS

D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos anti mitocondriales (AMA) se observan en el 90-95% de pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP), hepatitis autoinmune 2-3ª y rara vez en otra patología. Pueden preceder en años al inicio clínico de la CBP. El método clásico de detección del AMA es la inmunofluorescencia indirecta (IFI) en cortes de tejido de roedores y en las células HEP2 con imagen moteada reticular en el citoplasma. El test confirmatorio es el ELISA M2 con antígeno mitocondrial purificado de origen animal (M2) o recombinante (M2-MIT3) que expone los epítopes inmunodominantes de los 3 antígenos mitocondriales reconocidos en la IFI. La CBP se asocia a Síndrome de Sjögren (SS), tiroiditis autoinmune, esclerodermia (Sch), LES y artritis reumatoidea (AR). **OBJETIVOS:** 1. Estimar la prevalencia del patrón citoplasmático moteado reticular y correlacionarlo con la presencia del Ac antiM2. 2. Evaluar el motivo de solicitud del ANA. 3. Estimar la presencia de una o más enfermedades autoinmunes. 4. Estimar el diagnóstico de certeza o presuntivo de CBP y la presencia del marcador serológico aislado. **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron los ANA realizados en el laboratorio de nuestra División entre Julio 2005 y Julio 2012. Se incluyeron los de patrón citoplasmático. Se revisaron las historias clínicas analizando motivo de consulta, enfermedad de base y características clínicas. Se consideró diagnóstico de CBP de certeza: biopsia, colestasis y Ac. antiM2 positivo; presuntivo: colestasis y Ac anti M2 positivo; marcador serológico aislado: biopsia negativa, colestasis positiva o negativa y Ac anti M2 positivo. La detección de ANA se realizó por IFI en células HEP2 (Kallestad BioRad, positivo ≥ 1/80), los Ac antiM2 por ELISA (INOVA M2-MIT3). **RESULTADOS:** De 1702 determinaciones de ANA analizadas, 50 (2,9%) tuvieron patrón citoplasmático (40 moteado reticular, 5 moteado fino denso, 2 lisosomas, 2 moteado polar tipo Golgi .1 fibrilar). El Ac. antiM2 fue realizado en 35 pacientes, resultando positivo en todos los casos. **Motivo de solicitud:** 11 derivados de: hepatología 7, dermatología 3, neurología 1, 2 control LES, 9 artralgias, 3 artritis, 4 raynaud, 3 sicca, 1 prurito, 2 FAL aumentada y 5 se desconocen. **Diagnóstico de base:** 12 SS, 7 Scl, 7 LES, 3 AR, 6 CBP Irria, 5 sin diagnóstico. **Diagnóstico de CBP de certeza:** 14/35 pacientes. **CBP probable:** 9/35. **By neg** 12/35, 10/12 con colestasis clínica y/o bioquímica: FAL aislada 4, FAL, prurito y tgp 1, FAL y ygt 2, prurito y tgp 3 y Ac.M2 aislado 2/12. **CONCLUSIÓN:** El patrón citoplasmático reticular se asoció con el Ac. AntiM2. Esto resulta la importancia de solicitar la determinación de este Ac. específico frente a esa imagen de ANA. Este hallazgo lo observamos en distintas enfermedades reumáticas con o sin manifestaciones sugestivas de CBP. Los pacientes estudiados en nuestro laboratorio son derivados principalmente por reumatólogos lo que podría sesgar la muestra con respecto al diagnóstico de base. La presencia, en nuestra serie, del Ac. AntiM2 con biopsia positiva o negativa para CBP, orienta a la búsqueda de superposición con CBP actual o futura considerando su hallazgo, un marcador predictivo de esta patología.

Page 1/1

153

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PREVALENCIA DE PIODERMA GANGRENOSO EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

H. Sueddo[1]*, M. Machado Escobar[1], M. Yacuzzi[1], R. Martinez[1], L. Gonzalez Lucero[1], V. Bellonio[1], E. Lucero[1],
[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad inflamatoria infrecuente que pertenece al grupo de las dermatosis neutrofilicas. Puede presentarse sin otro trastorno subyacente o estar asociado a una enfermedad sistémica (15 a 74%). Se ha vinculado con múltiples entidades, especialmente con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), artritis reumatoide (AR) y gammapatía monoclonal por inmunoglobulina A. La asociación de PG y Lupus Eritematoso Sistémico es infrecuente; su prevalencia oscila entre 0.6% y 1.5%.
Objetivos: Determinar la prevalencia de PG en pacientes con Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC) y sus características clínicas y epidemiológicas en una población de Tucumán. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyeron pacientes con ETC: 88 (46.8%) Lupus Eritematoso Sistémico (LES), 7 (3.7%) Síndrome Antifosfolípido Primario (SAF 1°), 26 (13.8%) Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP), 12 (6.4%) Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC), 25 (13.2%) Vasculitis Sistémica, 3 (1.6%) Síndrome de Superposición, 12 (6.4%) Dermatomiositis (DM) y 15 (8%) con otras (Síndrome de Sjögren 1°, Enfermedad de Still), controlados en el Servicio de Reumatología del Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, entre 1 de Agosto de 2007 y 31 de Diciembre de 2011. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, edad al diagnóstico de ETC, tiempo de evolución de ETC, tratamiento recibido, diagnóstico de PG, edad al diagnóstico de PG, actividad de la ETC, duración del mismo, resolución.
Resultados: Se evaluaron 188 pacientes, 167 (88.8%) de sexo femenino, edad media 37 ± 14.4 años, edad media al diagnóstico de ETC 29.8 ± 12.9 años, tiempo medio de evolución de la ETC 7.1 ± 6.9 años. Cuatro pacientes de sexo femenino desarrollaron PG, con una prevalencia del 2.12% (IC 95%; 0.6 - 5.3), tres con LES (SLEDAI medio 9 ± 7.3, SLICC medio 1.25 ± 2.5) y una con SAF 1°. La duración media de la ETC hasta la aparición de PG fue 3.25 ± 2.6 años. El tipo de PG fue clásico en todos los casos, con buena respuesta a prednisona (dosis media 30 mg/día). Rituximab se indicó en un caso de PG refractario, con buena evolución. Comparado con los pacientes que no desarrollaron PG, no hubo asociación con edad de los pacientes ni tiempo de evolución de la ETC (p=NS). **Conclusiones:** La prevalencia de PG en pacientes con ETC controlados en el servicio de Reumatología del hospital Ángel C. Padilla, Tucumán fue del 2.12%. Todos los casos se presentaron como variante clásica.

Page 1/1

154

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SÍNDROME DE SJÖGREN CON COMPROMISO PULMONAR

M. Nass Kunstmann[1]*, S. Delgado Echeverría[1], C. Aguayo Baeza[1], N. Pezo Ruiz[1], M. Seguel Breskovic[1], P. Riosse Saavedra[1],
[1]Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN El síndrome de Sjögren es una enfermedad auto-inmune que afecta a las glándulas exocrinas con infiltración linfocítica glandular y extraglandular con queratoconjuntivitis y xerostomía. Como manifestación extraglandular, el compromiso pulmonar incluye vías aéreas superior e inferior, enfermedad pulmonar intersticial, quistes pulmonares e infiltrado nodular focal o difuso. Las alteraciones serológicas más frecuentes son anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anti-La y Factor Reumatoide. A continuación presentamos el caso de un Sjögren y compromiso pulmonar. **CASO CLÍNICO** Mujer, 41 años, antecedente de muerte fetal de 20 semanas. Xerofthalmia, xerostomía, fotosensibilidad, poliartralgias, Raynaud y disnea progresiva de 2 meses de evolución, dolor hemitórax izquierdo, cefalea, fiebre y calofríos. Radiografía tórax: pleuropneumonía bilateral predominio izquierdo. Glóbulos blancos 19700, linfocitos 7880, Velocidad de sedimentación hemática 23 mm/seg, Proteína C Reactiva 1.3. Recibe antibiótico por 10 días. Un mes después, radiografía tórax control: difuminación del contorno del diafragma izquierdo. Tomografía Axial Computada (TAC) tórax: neoplasia intersticial difusa basal con patrón de fibrosis "en panel de abejas". Inicia Prednisona 60mg, Factor reumatoide y anti-Ro positivos. Evolución con artritis de rodillas, eritema facial y parestias manas. Test de Difusión Pulmonar: deterioro moderado de la difusión pulmonar, de la relación DLVA y leve del VA. Se disminuye Prednisona y se agrega Hidroxicloroquina. TAC tórax de control "aparente detención del proceso". Un año y medio posterior, en buenas condiciones, con uso de inhaladores ocasional, sin Prednisona, sólo con Hidroxicloroquina. Refiere persistencia de piel seca, xerofthalmia y xerostomía. Se plantea hipótesis diagnóstica de Síndrome de Sjögren y Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada. **DISCUSIÓN** Síndrome de Sjögren y compromiso pulmonar, tema de este caso clínico, prevalencia entre el 9 al 75%. Dentro de las complicaciones respiratorias encontramos queratoconjuntivitis, enfermedades pulmonares intersticiales, linfoma no Hodgkin, engrosamiento o efusión pleural, enfermedad tromboembólica e hipertensión pulmonar. El hallazgo histológico frecuentemente encontrado es neumonitis intersticial linfocítica y menos frecuente neumonitis intersticial u o bronquiolitis obliterante con neumonía organizada. La Enfermedad Pulmonar Intersticial es la complicación pulmonar más común. La asociación de Sjögren con Enfermedad Pulmonar Intersticial se encuentra en pacientes con compromiso glandular y extraglandular, siendo muy poco frecuente que la Enfermedad Pulmonar Intersticial sea la manifestación inicial del síndrome. La particularidad del caso clínico presentado radica en la presentación inicial predominantemente pulmonar. Los sitios más afectados son las bases pulmonares, con cambios intersticiales y opacidades en vidrio esmerilado o deslustrado. El pronóstico es benigno, sin embargo, con mayor riesgo de presentar Linfoma pulmonar. Aquellos pacientes con severo compromiso de las glándulas exocrinas y que presentan vasculitis y crioglobulinemia presentan mayor riesgo de desarrollar Linfoma. La hipocomplementemia actúa como factor de riesgo independiente de muerte prematura.

Page 1/1

155

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SÍNDROME DE CHURG STRAUSS: MANIFESTACIONES CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS SEGÚN POSITIVIDAD DEL ANCA.

S. Sahores[1]*, J. Vinicki[1], C. Mariasch[1], M. Spinetto[2], E. Bresan[2], A. Beron[3], O. Gut[3], D. Dubinsky[3], H. Laborde[1], G. Nasswetter[3],

[1]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina
[2]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina
[3]Hospital De Clinicas José De San Martín, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: En 1996 el Grupo de estudio de vasculitis francés publicó el Five-Factor Score (FFS). Es una herramienta diseñada para evaluar el pronóstico al momento del diagnóstico, siendo también de utilidad en la elección del tratamiento inmunosupresor cuando estos factores están presentes en la PAN, el síndrome de Churg Strauss (SCS) y la PAM. Este score incluye los siguientes parámetros: proteinuria >gt; 1gr/d, insuficiencia renal (creatinina 140 µmol/L), miocardiopatía, manifestaciones gastrointestinales severas, compromiso del sistema nervioso central. Pacientes con FFS = 0, 1 and ≥ 2, la mortalidad a 5 años es de 12%, 26%, and 46%, respectivamente. **Objetivo:** 1 Describir factores de mal pronóstico mediante FFS. 2 Determinar la prevalencia y manifestaciones clínicas e histológicas en base a la presencia o ausencia de ANCA. 3 Evaluar tratamientos recibidos. **Método:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de SCS ACR (1990), que consultaron a nuestra División desde marzo de 2007 a diciembre de 2011. Las variables estudiadas fueron: datos demográficos, manifestaciones clínicas e histológicas, tratamientos recibidos. Los datos de laboratorio incluidos al momento del diagnóstico fueron: hemograma completo, función renal, sedimento urinario, dosaje de IgE, PCR, VSG y Ate Anti-ANCA por IFL. Los datos se analizaron con VCAST. **Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes, 14 (66.7%) sexo masculino, edad media al diagnóstico de 54 años (17-77), en 18 (85.7%) el asma precedió al diagnóstico con un tiempo medio de 22 años (1-45). Sólo 2 pacientes recibieron inhibidores de los leucotrienos. **Laboratorio:** los ANCA fueron positivos por IFL en 8/ 22 (38%) (7 ANCA p y 1 ANCA atípico). La eosinofilia (> 10%) estuvo presente en 18/21(86%). **Manifestaciones clínicas:** pólipos nasales 13(62%); sinusitis 15(71%); compromiso cardíaco 9 (50%) (miocarditis 1, derrame pericárdico 5, ICC 7); compromiso pulmonar 14(67%) (derrame pleural 3, infiltrados 13); púrpura 9 (43%); SNP 12 (57%) (mononeuritis múltiple 7, polineuritis 5); vasculitis retiniana 2(10%). **Histología:** se realizaron un total de 11 biopsias a nueve pacientes (42%), compatibles con vasculitis 7, infiltración por eosinófilos 3 e inespecífica 1. **Mortalidad a 5 años:** 15 pacientes continuaron en seguimiento, 2/15 pacientes murieron, 1 vasculitis gastrointestinal (FFS ≥ 2), y otra un CA de mama (FFS = 1). **Tratamiento:** FFS 0= 8 pacientes (8 GC, 2 (25%) AZA, 2 (25%) Ciclofosfamida), FFS ≥ 1= 12 pacientes (12 GC, 3 (25%) AZA, 8 (67%) Ciclofosfamida).

Subgrupos	Renal	SNP	Púrpura	Cardíaco	Pulmonar	Eosinofilia	FFS ≥ 1
ANCA+ n:8	5(63%)	7(88%)	3(38%)	2(25%)	2(25%)	8(100%)	5(63%)
ANCA- n:13	1(8%)	5(39%)	6 (46%)	7(54%)	10(77%)	10(77%)	7(54%)

Conclusiones: Nuestra serie se caracterizó por presentar resultados similares a los publicados por el grupo de estudio de vasculitis francés, los pacientes con ANCA positivo se asociaron con mayor compromiso renal y neuropatía periférica. En nuestra experiencia, la mortalidad fue baja en comparación a otros estudios publicados. Las estrategias terapéuticas pueden basarse en la presencia o ausencia de parámetros clínicos, serológicos y factores de mal pronóstico.

Page 1/1

156

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS Y NEOPLASIAS EN NUESTRA COHORTE

D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],

[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION: La Dermatomiositis (DM) y Polimiositis (PM) se pueden asociar a neoplasias entre el 15 y 30%, manifestándose antes, durante o luego del inicio de éstas. La neoplasia oculta en pacientes con miositis se ha asociado a mayor edad, sexo masculino, necrosis cutánea, signo de la v o chal, miositis refractaria, compromiso de músculos respiratorios y disfagia. La presencia de intersticiopatía y Ac. Anti Jo1 tienen valor predictivo negativo para el desarrollo de neoplasia. **OBJETIVO:** 1-Estimar la prevalencia de neoplasias en nuestra cohorte con DM y PM. 2. Estimar el tiempo de aparición de cáncer en los pacientes con diagnóstico de miopatías 3-Describir los factores de riesgo asociados y manifestaciones clínicas diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron 483 historias clínicas de pacientes internados en el Hospital de Clinicas y evaluados por nuestro servicio, entre los años 2003 y 2012, seleccionándose las que presentaron diagnóstico de PM/DM. **RESULTADOS:** Se incluyeron 32 pacientes, 23DM y 9PM, 11/32 masculinos, 21/32 femeninos, mediana de edad al diagnóstico: 48 años, mediana del tiempo de evolución de la enfermedad 46 meses. No hubo diferencias significativas en la mediana de edad ni del tiempo de evolución de la enfermedad entre los pacientes que presentaron neoplasias y aquellos que no. **Neoplasias asociadas:** 4/32 (12.5%) miopatías (1 ca de mama, 2 ca de nasofaringe, 1 ca de endometrio), todas fueron DM. Se evidenciaron 2/32 lesiones preneoplásicas (asociadas a HPV) en 2 pacientes con DM. **Tiempo de desarrollo de la neoplasia:** 3 pacientes entre 3-7 meses posterior al inicio de la miopatía. En uno la precedió en 96 meses. **Manifestaciones clínicas asociadas a cáncer:** Factores predictivos positivos: signo de la v; 4/4, disfagia 2/4, compromiso de músculos respiratorios 4/4. Factores predictivos negativos: ningún paciente con neoplasia presentó compromiso pulmonar ni Jo1 +. No hubo diferencias significativas con respecto a estas manifestaciones en ambos grupos de pacientes. **Evolución:** 4/4; corticoides 1mg/kg/d, 2/4 otros inmunosupresores (1 azatioprina y 1 metotrexato), 2/4 fallecieron. 1 progresión de enfermedad de base, 1 hemorragia digestiva baja. **CONCLUSIONES:** En nuestra serie la frecuencia de neoplasias y el tiempo de presentación de las mismas, con respecto a la miositis, fueron similares a la reportada en la literatura, así como también la ausencia de intersticiopatía y Jo1 en nuestros pacientes con neoplasias. Las lesiones preneoplásicas vinculadas a HPV podrían relacionarse al uso de corticoides a dosis altas, resaltando la importancia del control ginecológico en estos pacientes. Se enfatiza el screening reiterado en búsqueda de neoplasias en este grupo, especialmente, durante los 5 años posteriores al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE SJÖGREN DE INICIO EN EDAD TARDÍA: COMPARACIÓN CON LA ENFERMEDAD DE INICIO EN EDAD TEMPRANA

F. Zazzetti[1], A. Secco[2], M. Gama[2], D. Puente Trigo[2], S. Fernandez Nacul[2], J. Barreira[1], M. Oliver[2][*], S. Véliz[1], L. Raiti[3], J. Hofman[3], P. Pucci[4], F. Caerio[5], C. Amitrano[4], C. Crow[4], A. Nitsche[4], M. Hayes Salinas[5], O. Rillo[6], G. Salvatierra[7], A. Catalan Pellet[2], N. Tamborena[8], S. Papasidero[6], L. Santiago[8], L. Encinas[5],

[1]Hospital Británico, Cuidad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
[2]Hospital Rivadavia, Caba, Argentina
[3]Htal Castex, San Martin, Argentina
[4]Hospital Aleman, Argentina
[5]Htal Privado De Cordoba, Argentina
[6]Hospital Tornú, Argentina
[7]Hpri, Argentina
[8]Omi, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Comparar las características histológicas, serológicas y manifestaciones clínicas de pacientes con Síndrome de Sjögren Primario (SSp) diagnosticado en edad tardía (≥ 60 años), con los diagnosticados en edad temprana (<math>< 60</math> años). **Materiales y métodos:** Se analizó la base de datos del GESSAR (grupo de estudio de Síndrome de Sjögren argentino), de pacientes con diagnóstico de SSp según criterios americano europeos 2002, mayores de 18 años, con al menos un control en los últimos 24 meses. Se utilizó Chi 2 o test exacto de Fisher para el análisis de las variables (categóricas), según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se realizó análisis multivariado de regresión logística. **Resultados:** De 330 pacientes, 96% eran mujeres. De estos, 236 eran ≥ 60 años (Grupo 1), y 94 pacientes eran <math>< 60</math> años (Grupo 2). No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo en ambos grupos (95% vs 97.8%, eran mujeres en los grupo 1 y 2, respectivamente; $p=0.361$). La mediana de edad al diagnóstico de los pacientes del grupo 1 fue 47 años (riq: 37-54), siendo la del grupo 2, 67 años (riq: 63-70). La mediana de edad al inicio de síntomas en el grupo 1 fue 41 años (riq: 31-51) y en el grupo 2 de 64 años (riq: 58-69). Hallamos diferencias significativas entre ambos grupos en xerostomía 215 (91.4%) vs 92 (97%); $p=0.048$; fibrosis pulmonar 4 (1.9%) vs 7 (8.33%); $p=0.014$; anticuerpos antinucleares 196 (86%) vs 67 (74%); $p=0.01$; Anti Ro 183 (78.8%) vs 57 (64.6%); $p=0.009$ y Anti La 122 (53.5%) vs 31 (35.6%); $p=0.005$; respectivamente. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en las siguientes variables: xeroftalmía (p: 1.0), tumefacción parotídea (p: 0.86), artralgias (p: 0.82), artritis (p: 0.10), púrpura (p: 0.98), síndrome de Raynaud (p: 0.39), neumonitis intersticial activa (p: 0.15), acidosis túbulo renal (p: 0.62), glomerulonefritis (p: 1.0), neuropatía periférica (p: 0.19), linfoma (p: 0.36), leucopenia (p: 0.78), anemia de trastornos crónicos (p: 0.85), hipergamaglobulinemia policlonal (p: 0.28) y Factor Reumatoideo (p: 0.37). En el análisis multivariado sólo el anti La se asoció en forma significativa e independiente con la edad al diagnóstico (OR: 0.48, IC95%: 0.29-0.80, $p=0.005$). **Conclusión:** La principal diferencia encontrada en esta cohorte de pacientes fue la mayor frecuencia de seropositividad del Anti La en los menores de 60 años.

MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS ASOCIADAS AL HIV EN PACIENTES INTERNADOS

D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones reumatológicas asociadas al HIV se han descrito ampliamente y pueden aparecer como presentación inicial de la infección. La incidencia estimada de personas en el mundo infectadas por el HIV es 2.7 millones de casos nuevos/años (OMS 2007). Desde la introducción del tratamiento anti retroviral en 1995, existe evidencia acerca de cambios en la frecuencia y naturaleza de complicaciones reumáticas en pacientes HIV. **OBJETIVOS:** 1. Estimar frecuencia de manifestaciones reumáticas asociadas al HIV en nuestros pacientes internados. 2. Describir sus manifestaciones reumatológicas. 3. Evaluar la presentación de la manifestación reumática con respecto al inicio del tratamiento con antiretrovirales. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron 483 historias clínicas de pacientes internados en el Hospital de Clínicas que fueron evaluados por nuestro servicio, entre 2003 a 2012. Se incluyeron pacientes con manifestaciones reumatológicas y HIV. Se consideró: sexo, edad, fecha de diagnóstico de HIV, intervalo o no entre esta enfermedad y la manifestación reumatológica que motivó la consulta, tratamiento o no con drogas anti retrovirales, manifestación o enfermedad reumática asociadas a infecciones concomitantes. **RESULTADOS:** 18/483 HIV+ (3.72%); 9/18 presentaron manifestaciones reumáticas asociadas al HIV (50%); 5/9 hombres (55.5%). La media de edad 42.8 años. Media de años del diagnóstico de HIV+ a la manifestación reumática 6.66 años. 7/9 (77.7%) presentaron la manifestación/enfermedad reumática previa al tratamiento anti retroviral. **Manifestaciones y/o enfermedades reumáticas:** 6/9 artralgia de miembros inferiores, 1/9 capsulitis adhesiva de hombro, 1/9 Wegener, 1/9 artritis reactiva. En 7/9 (77.7%) la manifestación reumática precedió al tratamiento con drogas anti retrovirales. **Infecciones asociadas:** 7/9 (77.7%), 1 histoplasmosis, 2 HVB, 1 HVC, 3 Sifilis (1/3 presentó CMV, herpes simple y uretritis por N. Gonorrhea en el mismo paciente). **CONCLUSIONES:** Las manifestaciones reumatológicas en nuestra serie de pacientes internados con HIV fue similar a la reportada en la literatura así como también, las artralgias fueron la manifestación más frecuente. En la mayoría de los casos estas manifestaciones precedieron al tratamiento con drogas anti retrovirales. Las infecciones asociadas presentaron alta frecuencia en estos pacientes por lo que también deberían ser tenidas en cuenta como causa de las manifestaciones reumáticas.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH (PSH) DEL ADULTO.

S. Sabores[1][*], A. Spinetto[1], E. Bresan[1], D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: La PSH es una vasculitis sistémica, caracterizada por depósitos de inmunocomplejos de IgA. En adultos, la incidencia varía entre 3.4 a 14.3/millón. El compromiso renal puede ser severo evolucionando con hipertensión arterial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda. Existen predictores de mala evolución renal que incluyen creatinina elevada al inicio, proteinuria > 1gr, HTA, proliferación extracapilar, fibrosis intersticial y atrofia tubular.

CASO CLÍNICO: Varón de 62 años, con antecedentes de tabaquismo, cirrosis secundaria a etilismo. EPOC. Comienza hace 2 meses, luego de cuadro de vías aéreas superiores, con púrpura palpable en tórax. Sin diagnóstico histológico, inició GC 30 mg con descenso gradual en un mes. Se interna por recidiva de lesiones purpúricas con progresión de las mismas a miembros inferiores y abdomen, edemas de MMII, oliguria y hematuria macroscópica en el contexto de un sím. nefrítico.

Exámenes complementarios: Laboratorio: ANA, Ac. Anti-Dna, Ro, La, Sm, Rnp, ANCA, crioglobulinas negativas, complemento normal, urea 103, creatinina 4.1. IgA sérica elevada. Sedimento urinario campo cubierto de hemates dismórficos y cilindros hemáticos. Proteinuria de 1.38 g/12hrs. VSG, PCR elevadas. **Evolución:** Inicia pulsos de GC 1g, requiere hemodilísis durante 2 semanas. Se realiza biopsia de piel: vasculitis leucocitoclásica con depósitos de IgA, riñón: Nefropatía por IgA grado III (Clasificación de LEE: 24-49% glomérulos con semilunas, esclerosis segmentaria o focal). Evolución con resolución de las lesiones cutáneas y mejoría de la función renal.

CONCLUSIÓN: La PSH del adulto puede evolucionar con complicaciones severas como este caso insuficiencia renal. El diagnóstico de esta entidad se basa principalmente en las manifestaciones clínicas. El estudio histológico de piel y riñón se debe realizar para diagnóstico diferencial con otras vasculitis de pequeños vasos. En nuestro paciente el hallazgo de depósitos de IgA en la biopsia de piel y riñón, confirmó el diagnóstico. El inicio precoz de la hemodilísis y el tratamiento inmunosupresor determinó la evolución favorable. En el estudio sistemático de la púrpura palpable, el compromiso orgánico severo debe ser descartado precozmente.

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

M. Cossatti[1][*], L. Ibañez[1], A. Alvarez[1], C. Carrizo[1], R. Arana[1], C. Perandones[1],
[1]Cemic, Argentina
[*] Presentador

Objetivo
Las manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) en LES incluye múltiples síndromes, que pueden deberse a la enfermedad de base o a intercurencias clínicas. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de casos de pacientes (pts) con LES y manifestaciones NP y describir sus características clínicas.

Materiales y Métodos
Se revisaron en forma retrospectiva, las historias clínicas de pacientes con LES y manifestaciones NP seguidos en nuestro servicio. Se consideraron los síndromes NP descriptos en ACR. Se evaluaron variables clínicas y epidemiológicas preestablecidas.

Resultados
Un total de 16 pts, (14 mujeres) con una edad mediana \pm DS al evento de 35 años \pm 15 (rango 18-62) presentaron 25 eventos NP. En 18 oportunidades el evento se debió a LES. Las manifestaciones NP fueron: convulsiones (8), síndrome confusional agudo (3), psicosis (3), ACV (2), enfermedad desmielinizante (3), meningitis (1), polineuropatía mixta (1) y mielopatía (1). Tres eventos fueron secundarios a infecciones: meningitis (2), convulsiones (1), síndrome confusional agudo (1) y 3 eventos fueron secundarios a tóxicos: síndrome confusional agudo (3), psicosis (2), convulsiones (1). Se evaluaron las serologías acumuladas de los 16 pts, siendo positivas 4 Ro, 3 nRNP, 2 Sm, 4 aCL M, 2 aCL G. Se determinó el rRNP en 4 pts, siendo uno positivo. Los pts habían recibido antipalúdicos previamente en 12 de los eventos. El evento NP se presentó con una mediana en años \pm DS, de 7 \pm 10.5 respecto al inicio del LES y un rango de 0-39 años. En los 25 eventos, la fiebre estuvo presente en 8 oportunidades, y el SLEDAI tuvo un rango de 0-30 con mediana de 8, y de 0-14 con mediana 0 si se excluyen las variables NP. El LCR fue analizado en 12 oportunidades, con los siguientes resultados: 4 normales, 2 hiper celularidad, 2 hipoglicorraquia, 5 hiperproteínoorraquia. Se realizaron 13 RMN: 7 normales, 2 isquemias, 2 desmielinización, 1 mielitis y 1 imagen ocupante. La mediana \pm DS de la dosis total acumulada de esteroides fue de 10.95 \pm 15.53 gr, con un rango de 0-43. Diecisiete eventos evolucionaron favorablemente, mientras que 3 presentaron como secuelas disartria, hemiparesia con ataxia y polineuropatía; un pte falleció.

Conclusión
-72% de los eventos fue asociado al LES y 28 % a intercurencias.
-Los síndromes clínicos no permiten predecir LES versus intercurencia.
-Ningún anticuerpo acumulado se asoció fuertemente a Síndrome NP.
-Excluidas las variables NP, el SLEDAI no mostró actividad del LES al inicio del evento.
-Los estudios complementarios mostraron amplia variabilidad en el evento.

161 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE SUSPENDIERON LA TERAPIA BIOLÓGICA

M. Leal [1]*, D. Vázquez [2], A. Quinteros [2], M. Villarreal [3], V. España [3], N. Sánchez [3], [1]Facultad De Medicina, Universidad Nacional De Tucumán, San Miguel De Tucumán, Argentina [2]Centro Integral De Reumatología, San Miguel De Tucumán, Argentina [3]Centro Integral De Reumatología, San Miguel De Tucumán, Argentina [*] Presentador

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE SUSPENDIERON LA TERAPIA BIOLÓGICA. Autores: Leal M. o., Vázquez D. I., Quinteros A. G., Villarreal M., España V., Sánchez N., Centro Integral de Reumatología, Facultad de Medicina. UNTO. Objetivos: Evaluar el índice de actividad de la enfermedad en pacientes con AR posterior a la suspensión del tratamiento con drogas biológicas. Material y Métodos: El presente es un estudio descriptivo observacional. Se estudiaron la evolución de 63 pacientes con AR del centro integral de reumatología. Quienes discontinuaron dosis, tiempos indicados, hasta la suspensión definitiva de la terapia biológica por una toma de decisión de su obra social. Solo se evaluó interrupción definitiva. Los mismos estaban en tratamiento con DMARDs y terapia biológica de acuerdo a criterios de consenso para AR. 17 fueron excluidos por no firmar consentimiento informado. El seguimiento de la enfermedad fue medido con el índice de actividad DAS28. Se midieron las diferencias entre el DAS inicial (que justifico la indicación de la última entrega por la obra social del biológico) con el DAS28 a los 6 meses, 12 y 24 meses posteriores a la suspensión. Estas diferencias fueron correlacionadas con la edad, tiempo de evolución de la AR y de tratamiento biológicos. Análisis y resultados: El 89% eran del sexo femenino y 11% masculino, con una edad promedio en el varón de 50 años y en la mujer de 43 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 3 a 25 años, con una media de 13.5. La media de duración del tratamiento fue de 32 meses. Todos los pacientes se encontraban con DMARDs: 85% MTX, 10% con leflunomida y el 5% terapia combinada con lo que continuaron después de la interrupción del biológico. El 46% (29) recibían etanercept, 33% (21) adalimumab y el 21% (13) abatacept. El total de los pacientes registraron un incremento del DAS: a los 6 meses (mín de 0,03 y un mx de 3,14) a los 12 meses (mín 0,10 el mx 3,27) a los 24 meses (mín 0,04 y el mx 2,79). El DAS de inicio a los 6 meses fue 0,66 a los 12 meses de 0,84 a los 24 meses 0,82. La media de evolución artritis fue de 13 años y el tiempo de tratamiento fue de 2,9 años. En esta población la relación fue 6,7 mayor en la mujer. La media de tiempo por tipo de biológico fue de 4,2, siendo similar al año para los tres tipos de tratamiento biológico. Se analizó el tiempo de evolución de la enfermedad y el DAS 28, de 3 a 7 años la media del DAS fue de 4,72, y de 18 años y mas, fue de 5,57. No se observó diferencia significativa entre las variaciones del DAS 28 y los diferentes tratamientos biológicos. Comentarios. En esta población estudiada la relación de AR de mujer/hombre fue de 6/1. En todos los pacientes se observó un incremento progresivo y sostenido del índice de actividad de la enfermedad luego de la suspensión del biológico. El largo tiempo de evolución de la enfermedad es una variable a tener en cuenta cuando se inicia un tratamiento con biológicos, ya que el acceso a la distribución de los mismos sigue siendo raro; deberíamos lograr una adecuada relación con las instituciones que administran las drogas a fin de eliminar esta variable no medible.

Page 1/1

162 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MANIFESTACIONES REUMÁTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PROTESIS DE SILICONAS.

M. Antonia [1]*, S. Attie [1], I. Colmegna [1], R. Arana [1], C. Perandones [1], [1]Comic, Argentina [*] Presentador

Objetivo: Las prótesis de siliconas han sido asociadas a diferentes manifestaciones reumáticas, sin embargo la información bibliográfica es aun controvertida. Motiva el presente describir una cohorte de pacientes (pts) con prótesis de siliconas.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que consultaron al Servicio de Reumatología que presentaban como antecedente la colocación de siliconas. En esta serie de casos se evaluaron los datos demográficos, manifestaciones/enfermedades reumáticas (ER) acompañantes, relación temporal de las mismas con las siliconas, y los datos de laboratorio existentes.

Resultados: Se detectaron 79 pts de sexo femenino con antecedentes de prótesis de siliconas, evaluados en el periodo 1991-2012, con edad mediana ± DS de 45 ± 10,75 y rango de 24-76 años. Las prótesis habían sido colocadas en el periodo 1966-2010 por las siguientes causas: patología mamaria (11,4%), estética (73,4%) y no especificadas (15,2%). Fueron reemplazadas 14 prótesis (17,7%). A los fines del análisis fueron excluidos 3 pacientes que presentaban cirugías posteriores al inicio de su enfermedad reumática. Veintidós pacientes (28,94%) desarrollaron ER posteriores a las prótesis: 6 Artritis Reumatoidea (7,8%), 4 Fibromialgia (5,2%), 3 Lupus Eritematoso Sistémico (3,9%), 3 Síndrome Sjögren (3,9%), y 6 pts desarrollaron Síndrome Superinfección, Fascitis Eosinofílica, Polimialgia Reumática, Sarcoidosis, Síndrome antifosfolípido, Esclerodermia respectivamente, constituyendo 1,3% cada uno. La latencia entre la prótesis y el inicio de la ER tuvo un rango de 1-25 años, con una mediana ± DS de 8,5 ± 6,96. Con respecto a los síntomas luego de la cirugía, de los 61 episodios de artralgias, 19 (31,1%) estaban asociadas y 42 (68,8%) no estaban asociadas a ER; de las 26 artritis, 20 (76,9%) estaban asociadas y 6 (23,07%) no estaban asociadas a ER. Leucopenia estuvo presente en 5pts (6,75%) (2 con y 3 sin ER). Los ANA fueron positivos en 39 pts (65%), 9 (23,07%) pts con y 30 (76,9%) pts sin enfermedad asociada. Los FR fueron positivos en 14 pts (25,9%), 5 (35,7%) con y 9 (64,3%) sin enfermedad asociada.

Conclusión: -30% desarrollo ER posterior a la Prótesis de Siliconas. -70% de los eventos de Artralgia y 23% de los de Artritis no se asociaron a ER. -50% (30/60) de los pts presentaba ANA y 17% (9/54) FR sin causa aparente

163 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DAÑO ORGÁNICO EN NIÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

M. Alvarez [1]*, V. Devés [1], M. Coronado [1], S. Meiorin [1], M. Cocucci [1], L. Arechaga [1], J. Moreno Lubertino [1], G. Espada [1], [1]Hospital Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina [*] Presentador

DAÑO ORGÁNICO EN NIÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). Alvarez, M.; Devés, V.; Coronado, M.; Meiorin, S.; Cocucci, M.; Arechaga, L.; Moreno Lubertino, JM; Espada, G. Servicio Reumatología - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Bs. As. Si bien la mortalidad en LES disminuyó significativamente en las últimas décadas, la morbilidad se incrementó, así como el daño vinculado a la actividad de la enfermedad y efectos adversos del tratamiento. Identificar factores de riesgo de daño persistente, permitirá mejorar el manejo de estos pts. **Objetivos:** 1) Evaluar daño orgánico en niños con LES 2) Determinar factores predictores asociados al mismo. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, pts con LES (ACR '97) < 18 años, seguimiento ≥ 3 años (Período '00-'09). Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Se determinaron al 1° año y última consulta (UC) actividad de la enfermedad (SLEDAI), daño (SLICC), infecciones mayores (ATB ev) y dosis acumulada de esteroides. Se definió tratamiento agresivo inicial: pulsos MTP + Ciclofosfamida (CFM) ev y/o Rituximab (RTX). **Estadística:** Análisis Descriptivo, uni, bivariado, Regresión logística, SPSS 15.0. **Resultados:** De 138 pts, 88 cumplieron criterios inclusión, 72 mujeres (82%), edad mediana al Dx 13,1 años (RIC:11,5-14,7) y tiempo X de evolución 5,7 ± 2,1 años. Al Dx: La mediana de SLEDAI fue de 12 (RIC:7-15,2). Las manifestaciones clínicas iniciales fueron: mucocutáneas 62 pts (70%) músculo esqueléticas (ME) 60 pts (68%), renales 44 pts (50%) y neurológicas 10 pts (11,4%). Recibieron tratamiento agresivo inicial 44 pts (50%).

n=88pts	Daño n (%)	SLICC mediat(r)	Daño x organos n (%)
1° año	21 (24)	0,4 (0-5)	Riñón 7 (33)SNC 6 (29)Ocular 6 (29)
UC	46 (52)	1 (0-7)	Ocular 22 (48)ME 12 (26)Riñón 5 (11)

La prevalencia de daño al 1° año fue 24% (21 pts) El daño prevalectó en Riñón (57% por Insuf. Renal Terminal), SNC (50% convulsiones) y ojos (100% cataratas) A la UC, el daño se incrementó tanto en prevalencia como en valor medio de SLICC. El 61% estaban activos (mediana SLEDAI 4 RIC: 0-6). Los órganos más frecuentemente dañados fueron ojos (100% cataratas) y ME (42% hipotrofia muscular). El daño orgánico se asoció, en el 1° año, al score medio de SLEDAI al Dx (p.012), mientras que a la UC fue la dosis acumulada de esteroides (X: 23,7g ± 12,4 g.p.04). Si bien el requerimiento de RTX y las infecciones mayores no se asociaron con daño, fueron más frecuentes en este grupo de pts. Dos pts murieron (2,3%) por infección y falla multiorgánica. No hallamos predictores de daño en esta población. **Conclusiones:** En nuestra serie de pts con LES, la prevalencia de daño fue del 52%, asociándose en el 1° año con mayor actividad de la enfermedad al Dx (SLEDAI X p.012) y posteriormente (UC) a la dosis acumulada de corticoides (p.04). A pesar de que la tasa de mortalidad disminuyó significativamente en los últimos años, la prevalencia de daño en estos pacientes sigue siendo alta. Opción: poster

Page 1/1

164 Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

TUBERCULOSIS EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

R. Cuttica [1], A. Pringe [1], M. Bruscol [1], M. Marcantonio [1], V. Cervetto [1], J. Gomez Sosa [1], G. Kondratuk [1], Y. Ameruso [1]*, [1]Hospital Pedro De Elizalde, Caba, Argentina [*] Presentador

INTRODUCCION: Actualmente, la importancia clínica de la tuberculosis (TB) se define por las altas cifras de infectados que se aproximan al tercio de la población mundial. El riesgo de desarrollar la enfermedad tras una primoinfección y padecer formas graves es mayor en niños pequeños. En cuanto a los grupos de riesgo, se mencionan los pacientes transplantados, pacientes HIV, con insuficiencia renal crónica, desnutridos graves y los pacientes que reciben terapia corticoidea ó con otros agentes inmunosupresores. De aquí se desprende un grupo importante, los pacientes con enfermedades del tejido conectivo (ETC). **OBJETIVOS:** Evaluar las características clínicas de TB en niños con ETC. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de ETC que concurren al Servicio de Reumatología del Hospital de Niños "Pedro de Elizalde" en los últimos 14 años. Criterios de Inclusión: Pacientes con diagnóstico de ETC, que durante el transcurso de cualquier tratamiento por su enfermedad de base se realizó diagnóstico de TB (primoinfección o enfermedad). **RESULTADOS:** De 2330 pacientes con enfermedad reumática diagnosticados desde Enero de 1998 hasta Junio de 2012, solo 7 (0,30%) desarrollaron TB en el curso del tratamiento, de los cuales 5 de ellos presentaron Enfermedad y 2 Primoinfección. Con un predominio de mujeres, 4 (57,15%) sobre varones, 3 (42,85%) Los diagnósticos de enfermedad reumática eran: Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) Sistémica 2 (28,57%), AIJ Poliarticular FR (+) 1 (14,28%), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) 1 (14,28%), Esclerodermia Sistémica 1 (14,28%), Enfermedad de Takayasu 1 (14,28%), Dermatomiositis Juvenil (DMJ) 1 (14,28%). Con un tiempo de evolución de la enfermedad de base al diagnóstico de TB de 5,8 años. (1,5-14 años) y una edad de presentación de TB de 13,54 años (8,10 - 18,10 años). El diagnóstico de TB se realizó por Pesquisa de Inmunosuprimido en 3 pacientes (42,85%). Un paciente (14,28%) presentó compromiso articular por TB y tres (42,85%) presentaron compromiso pulmonar, de estos últimos; dos se manifestaron como Síndrome de Impregnación y uno además presentó paniculitis tuberculosa. Solo uno de ellos presentó catastro familiar positivo (14,28%)

Pacientes	PPD	Rx Tórax	Cultivo M. Tuberculosis	Tratamiento	Duración (meses)
1	-	-	+	HRZE	9
2	-	+	+	-	-
3	+	+	+	HRZE	9
4	+	+	+	HRZE	9
5	+	-	-	H	6
6	+	+	-	HRZE	9
7	+	-	-	H	6

Al momento del diagnóstico de TB se encontraban recibiendo: 1 (14,28%) Metotrexato y corticoides (28,57%), 1 corticoide y Ciclofosfamida (14,28%), 1 corticoide y Biológico (14,28%) y 2 corticoide, Metotrexato y Biológico (28,57%): Anti-IL6 y Anti-TNF. La mortalidad de los pacientes que desarrollaron TB fue de 14,28% (1 paciente). **CONCLUSIONES:** En el paciente en tratamiento con ETC es imprescindible la pesquisa de tuberculosis dado que en el 42,85% de los mismos se realizó diagnóstico por dicho método. Observamos que tanto a menor edad del diagnóstico de enfermedad de tejido conectivo como de tuberculosis, peor es el pronóstico.

VALOR DE LA ECOGRAFIA PARA DETECTAR SINOVITIS SUBCLINICA EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP) EN REMISION CLINICA (RC)

S. Burghil[1]*, L. Guerin[1], L. Barzola[1], S. Meiorin[1], L. Blumenthal[1], G. Espada[1],
[1]Hospital Ricardo Gutiérrez, Caba, Argentina
[*] Presentador

VALOR DE LA ECOGRAFIA PARA DETECTAR SINOVITIS SUBCLINICA EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP) EN REMISION CLINICA (RC) Burghil S; Guerin L; Barzola L; Meiorin S; Blumenthal L; Espada G. Hospital Ricardo Gutiérrez. Sección Reumatología. Servicio Diagnóstico por Imágenes. CABA. La ultrasonografía (US) es una herramienta útil para detectar compromiso inflamatorio sinovial y daño anatómico en AJI, fundamentalmente en el subtipo poliarticular, pudiendo estudiar múltiples regiones simultáneamente. Aún no es utilizada en forma sistemática para confirmar la definición clínica de "sinovitis inactiva" y detectar "sinovitis subclínica". **Obj:** Describir los hallazgos US en ptes con AIJP en remisión clínica (RC). **Mét:** Estudio prospectivo. Se incluyeron ptes con AIJP (ILAR 01), en RC (Wallace'05), evaluados por clínica y ecografía en la misma semana. La US fue realizada por un ecografista ciego al examen físico; en articulaciones clínicamente inactivas, que habían estado previamente afectadas. Se consideraron hallazgos patológicos en US: Escala de grises: hipertrofia sinovial, efusión y tenosinovitis; y Power Doppler: positivo. Se definió como sinovitis subclínica: una US con hipertrofia sinovial y Doppler positivo, en ausencia de artritis clínica. Se utilizó un equipo Toshiba, modelo Nemio, con transductor de 6-12 Hz. Se analizaron variables demográficas, clínico-funcionales, de laboratorio y terapéuticas. **Análisis estadístico descriptivo (SPSS 15.0). Resultados:** Ingresaron 19 ptes, 15(79%) mujeres, edad mediana 12.9 a (RIC 11.4-16.2), tpo mediano evolución enf. 6.04 a (RIC 3.5-8.5) y tpo mediano remisión 1.53 a (RIC 1.18-2.32). AAN positivo 12 ptes (63%) y 6 (31%) FR positivo. Del total de los ptes, 17 (89%) se encontraban en remisión bajo medicación (17 MTX, 6 anti TNF, 1 CTC), 2 sin medicación. Media CHAQ 0.02 (DS± 0.06). Hallamos alteraciones estructurales por US en 11/19 ptes (58%):

Articulaciones	Nº Exploradas n=200	Nº con Alteraciones n=14 (%)	Hallazgos (Escala de grises)	Hallazgos clínicos (Hipertrofia Articular) n=8
Carpos	30	2 (6.0)	Tenosinovitis 2	0
PIF	70	1 (1.4)	Efusión 1	0
MCF	40	3 (7.5)	Efusión 3	3
Rodillas	24	3 (12.5)	Hipertrofia sinovial 1 Efusión 1 Quiste 1	1 1 0
Tobillos	36	5 (14)	Hipertrofia sinovial 3 Tenosinovitis 2	2 1

Ningún paciente presentó señal Doppler positivo. El 57% (8/14) de las articulaciones con hallazgos en escala de grises tenían hipertrofia sinovial clínica. **Conclusiones:** En nuestra cohorte de ptes con AIJP en remisión, no se detectó sinovitis subclínica por US. La prevalencia de hallazgos en escala de grises fue del 58% de los pacientes (14/200 articulaciones) indicando que la inflamación puede conducir a cambios crónicos como hipertrofia sinovial, que pueden persistir, aún a pesar de la resolución de la inflamación aguda. Esta cohorte de ptes está siendo evaluada en forma prospectiva a través de análisis ecográficos seriados, con el fin de detectar "sinovitis subclínica" y evaluar si la misma, es un signo precoz de recaída de la enfermedad. Opcion: poster

ENFERMEDAD FÚNGICA INVASIVA EN PACIENTES LÚPICOS: LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE LA PLATA

A. Esposto[1]*, M. García[1], J. Marcos[1], M. Ferrer[1], K. Aguilera[1], I. Rochia Rossi[1],
[1]Higa San Martín, La Plata, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) cursa con diversos grados de inmunodeficiencia por el déficit intrínseco propio de la enfermedad y de las terapias inmunosupresoras instauradas. Las infecciones son un evento frecuente, muchas de ellas por gérmenes oportunistas. Sin embargo los reportes de infecciones fúngicas en estos pacientes en la literatura son escasos.

Objetivo

Describir la enfermedad fúngica invasiva (EFI) ocurrida en una cohorte de pacientes con LES.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las EFI en pacientes con diagnóstico de LES (ACR82-97) atendidos entre los años 1993 y 2012. Se incluyeron solo las EFI probadas (EORTC/MSG-2008). Se excluyeron las EFI probables y posibles. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico. Se realizó el test exacto de Fisher y se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados

Se analizaron 17 pacientes con episodios de EFI de un total de 267 pacientes con LES y 536 episodios infecciosos. Edad promedio: Mujeres: 82% (5:1). Edad promedio 36 años (18-61). Tiempo medio de evolución del LES: 6 años (1-90 meses). SLEDAI: 15 (0-45). Nefropatía lúpica: 76% (13/17). Neutropenia: 47% (8/17). Media de neutrófilos: 383 mm3 (91-806). Hipocomplementemia: 71% (12/17). Internación en UTI: 47% (8/17). Dosis media de meprednisolona: 35 mg/día (4-80). Pulsos de metilprednisolona: 65% (11/17).

Pulsos de ciclofosfamida: 41% (7/17). Azatioprina: 35% (6/17). Hemodiálisis: 35% (6/17). Óbito: 65% (11/17). Formas de presentación: meningitis: 4 (23.5%); EFI diseminada: 4 (23.5%); fungemia primaria: 4 (23.5%); infección respiratoria baja: 2 (12%); infección asociada a catéter: 2 (12%); abdominal: 1 (6%). Aislamientos fúngicos: C. neoformans: 6 (35%); Candida spp.: 6 (35%); Aspergillus spp.: 2 (12%); H. capsulatum: 1 (6%); P. jirovecii 1 (6%); H. capsulatum/Alternaria spp (infección mixta): 1 (6%). En 12/17 pacientes (70%) se aisló el hongo del torrente sanguíneo.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre mortalidad y las variables analizadas.

Conclusión

Las infecciones fúngicas se detectaron en pacientes con un estado neto de inmunosupresión (enfermedad activa, hipocomplementemia, nefropatía, hemodiálisis, terapia inmunosupresora y neutropenia). En el 70% de los episodios los hongos fueron aislados del torrente sanguíneo, siendo un tercio de ellas fungemias primarias. Candida spp y C. neoformans se aislaron con mayor frecuencia. Las formas de presentación prevalentes fueron meningitis e infección fúngica diseminada. Falleció el 65% de los pacientes.

DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-SS-A/RO POR TRES MÉTODOS DIFERENTES

C. Carrizo[1]*, M. De La Vega[1], R. Arana[1], P. Etchevés[2],
[1]Cemic, Capital Federal, Argentina
[2]Bioars, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El SS-A/Ro es una ribonucleoproteína cuyo mayor epítopo antigénico lo constituyen dos glicoproteínas, una de 52 kDa y otra de 60 kDa. Desde su identificación inicial hasta el presente diferentes métodos se han utilizado para su detección. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la detección de anticuerpos anti-SS-A/Ro mediante tres técnicas diferentes: Doble difusión en agar (DD), Inmunofluorescencia Indirecta en células transfectadas (IFI) y ELISA.

Materiales y métodos: Se estudiaron 115 sueros de pacientes consecutivos a los cuales se les solicitó anti-SS-A/Ro. Los anticuerpos anti-SS-A/Ro se detectaron por DD utilizando extracto de bazo humano como antígeno, por IFI en células Hep-2000 transfectadas con cDNA humano de longitud completa que codifica para la expresión de la proteína de 60 kDa SS-A/Ro (Immunoconcepts) y un ELISA comercial cuyo antígeno son proteínas SS-A/Ro recombinantes humanas de 52 y 60 kDa (SSA Orgentec). Se siguieron los protocolos propuestos por los fabricantes. Para el análisis estadístico se utilizó Chi cuadrado considerando como diferencia significativa p < 0.05 y se consideró el índice kappa para establecer el nivel de concordancia.

Resultados: El uso combinado de los tres métodos permitió detectar anti-SS-A/Ro en 56 (49%) de las 115 muestras estudiadas. Por DD se detectaron 36 (31%), por IFI 37 (32%) y por ELISA 52 (45%). En 16 (14%) de los casos los anticuerpos se detectaron sólo por ELISA y en 3 (2.6%) sólo por IFI. La sensibilidad (S) del ELISA fue significativamente mayor a la de los otros dos métodos (p=0.03). El análisis estadístico de la concordancia entre métodos caracterizó a la misma como buena (kappa=0.71). Tabla 1

DD	IFI	ELISA	anti - Ro (+)
+	+	+	32
+	+	-	1
+	-	-	0
+	-	+	3
-	+	-	3
-	-	+	16
-	+	+	1
-	-	-	59
Total			115

Tomando como técnica de referencia la DD para detectar anti-SS-A/Ro la especificidad (E) de la IFI fue 94.9% y la de ELISA fue 79.7%.

Conclusiones:

La concordancia entre los tres métodos estudiados fue buena (kappa 0.61-0.81).

La DD y la IFI fueron similares mientras que el ELISA fue significativamente más sensible en la detección de anti-SS-A/Ro.

Tomando como método de referencia la DD, por ser el método habitualmente utilizado en nuestro laboratorio, la E de la IFI fue 94.9% y la de ELISA, 79.7%.

Las diferencias entre los métodos puede deberse no sólo a la sensibilidad del método en sí, sino también al tipo de antígeno utilizado en cada uno de ellos

169
a

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COMPROMISO INTERSTICIAL PULMONAR EN ESCLERODERMIA

G. Gomez[1]*, N. Perez[1], E. Sobrino[1], S. Arce[1], M. Gargiolo[1], M. Collado[1], L. Suarez[1], I. Colaianni[1], J. Sarano[1],
[1]Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Caba, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: conocer la frecuencia de enfermedad intersticial pulmonar (EIP) y sus características de acuerdo al perfil de anticuerpos (Ac) y a las pruebas de función pulmonar en nuestra población de pacientes con esclerosis sistémica(ES).

Material y Métodos: Pacientes que concurren al Instituto Lanari y tienen seguimiento por Reumatología y Neumología desde junio de 1998 a la fecha.

Sobre de 46 pacientes se analizaron los datos de 40 considerando la primera evaluación neumológica. Se excluyeron 6 pacientes por datos incompletos y/o pérdida de seguimiento.

Se analizó la presencia de Ac anticentromero (ACA), anti Sclero 70(scl 70), compromiso pulmonar y las pruebas de función pulmonar. Se midieron también otras variables: edad, tiempo de evolución de la enfermedad y del fenómeno de Raynaud, en años, variante de ES: limitada(ESL), difusa(ESD),esclerodermia sin esclerodermia(ES), síndrome de superposición(SS) y mortalidad.

Resultados: 36/40 fueron mujeres con una mediana de edad de 64 (30-88), 27 pacientes con ESL, 2 con SS, 2 con ESE y 9 con ESD. La mediana de edad al diagnóstico fue de 51 (23-70) para ESL y de 58 (40-86) para ESD con un tiempo de evolución de la enfermedad de 7 (1-28) y 2 años (1-4) respectivamente. El 90% tuvo FAN (+) y F de Raynaud y 27,5% tuvieron compromiso intersticial pulmonar. Al analizar según anticuerpos:

Anticuerpos	ANTICENTROMERO	ANTI SCL 70	Sin ACA Sin SCL 70
N	19 (47,5)	9(22,5)	12(30)
Mujer: hombre	19:0	5:4	12:0
Edad (mediana)	71(31-88)		60(33-71)
Edad al diag (mediana)	59,5(29-86)	48(23-77)	52,5(23-65)
Tpo evolución(años)	5,5(1-27)	2(1-9)	7(1-29)
Tpo de F de Raynaud	5(1-20)	3,5(1-20)	8(1-37)
ESL n=	16	3	8
ESD n=	1	5	3
Sme Superposición	1	0	1
CVF	2,66 L	2,31 L	2,35 L
% teórico	83(64-114)	58(47-95)	80
VEF1	2,01L	2,08L	2L
% VEF	88% (58-119)	67% (50-90)	80%
VEFICVF	78%	87%	80%
DLCO%	63	45	55
EIP	1	6 (4 NSIP,1UIP,1DAD)	4 (2 NSIP)
Hipert.Pulmonar	3	1	3
Fallecidos	0	6	0

Page 1/2

169
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

Resultados: Los pacientes con Scl 70 fueron más jóvenes al momento del diagnóstico y tuvieron menor tiempo de evolución de la enfermedad sin hallarse diferencias significativas entre los grupos. Se observó mayor frecuencia de ESD en el grupo con Scl 70 y de ESL en el grupo ACA siendo las diferencias significativas (p=0,03). Los valores más bajos de CVF y DLCO en el grupo Scl70 no alcanzaron significancia estadística. La frecuencia de EIP fue mayor en el grupo Scl70 y los pacientes fallecidos tuvieron este anticuerpo.

Conclusión: La fibrosis pulmonar en ES es irreversible y el diagnóstico temprano es vital. La frecuencia de EIP en nuestro grupo fue mayor en ESD y datos recientes afirman que el estado de anticuerpos podría ser un predictor más útil de compromiso de órgano que la categorización clínica clásica. A pesar que los pacientes con EIP recibieron tratamiento temprano con CF la mortalidad en nuestro grupo fue del 100%.

Page 2/2

170
a

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ANTICUERPOS ESPECIFICOS DE MIOSITIS Y CARACTERISTICAS CLINICAS EN PACIENTES CON POLIMIOSITIS Y DERMATOMIOSITIS

M. Gargiolo[1]*, N. Perez[1], I. Colaianni[1], L. Suarez[1], M. Collado[1], G. Gomez[1], J. Sarano[1],
[1]Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Caba, Argentina
[*] Presentador

Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades adquiridas del músculo que tienen en común debilidad muscular e inflamación en la biopsia de músculo. Los anticuerpos dirigidos contra antígenos del núcleo o citoplasma se encuentran hasta en 55% de los pacientes. La detección de anticuerpos específicos en las MI permitiría definir subgrupos con características clínicas específicas.

Objetivo: conocer la frecuencia de anticuerpos asociados a MI (AAM) y anticuerpos específicos de miositis (AEM) y describir las características clínicas de la enfermedad en nuestros pacientes.

Material y Métodos: pacientes con seguimiento por reumatología desde junio del 2000 hasta la fecha. Se midieron los siguientes anticuerpos: Fan por IIF y por test de La: Ro, La, P ribosomal, RNP, Sm, ACA, Scl 70, Pm Scl, PL-7, PL-12, Mi-2, SRP, Jo-1 y Ku.

Se analizó el tipo de miopatía inflamatoria: PM, DM pura o asociada a otra enfermedad autoinmune (síndrome de superposición), tipo de compromiso muscular, edad, fecha de diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de fenómeno de Raynaud, EMG, biopsia, compromiso pulmonar, cardíaco y asociación con neoplasia.

Resultados: de 20 pacientes, 17 fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 45 años (31-75). Se obtuvo suero de 17 (14 mujeres) para estudio de anticuerpos específicos de miositis sobre quienes se hizo el análisis final. DM= 10 y PM= 7, de los cuales 2 con PM y 1 con DM tuvieron superposición con AR, ES y LES. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 6 años (1-28). Tuviron fenómeno de Raynaud 7 pacientes y compromiso intersticial pulmonar 6. La mitad del grupo tuvo Fan (+), 4 Ro, de éstos 2 también tuvieron La y 2 RNP. De los AEM 3 pacientes tuvieron Jo1, 6 tuvieron PL 12, 2 Mi2 y 4 SRP. Ninguno tuvo PL7, Ku o Pm Scl.

En cuanto a las características clínicas:

Pacientes	Características Clínicas	Anticuerpos	Enf.pulmonar interst
1 DM	Raynaud, artritis, manos de mecánico	PL12	NO
2 DM	Trastornos deglutorios	PL12	NO
3 DM	Raynaud	Mi 2	NO
4 PM		Jo 1Ro y La	UIP
5 DM		Mi 2	NO
6 DM	Trastornos deglutorios	SRP-Ro	NO
7 DM	Superpos. ES, Raynaud	SRP-Jo1RNP, Sm, Ro	SI(vidrio esmerilado)
8 PM	Compromiso de músculos bulbares y cuello	PL12-SRPJo y La	SI (en estudio)

Page 1/2

170
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

9 DM	Raynaud, manos de mecánico	PL12-Jo 1-SRP-	NO
10PM	Superpos. ES, Raynaud	PL12	NSIP
11PM	Superpos.AR y LES	PL12	UIP

Conclusiones:

De los 11 pacientes con anticuerpos específicos de miositis positivos, 6 tuvieron especificidad anti-PL 12 y 3 anti Jo1. Lo que sugiere en esta pequeña muestra que la detección de estos anticuerpos puede ser de utilidad para el diagnóstico de MI.

5/8 pacientes con anticuerpos antisintetasa presentaron enfermedad pulmonar y ninguno de los pacientes con otras especificidades coincidiendo con la bibliografía sobre su asociación con enfermedad pulmonar intersticial.

Se detectaron anticuerpos anti-Mi2 en 2 pacientes con DM clásica con evolución clínica favorable como lo sugiere la literatura.

La detección de anticuerpos específicos en las MI colaboraría en definir subgrupos de pacientes con diferentes características clínicas y pronóstico.

Page 2/2

PLASMAFERESIS: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI DURANTE 13 AÑOS.

M. Collado[1]*, G. Gomez[1], N. Perez[1], M. Garguilo[1], I. Colaianni[1], L. Suarez[1], R. Greco[1], J. Sarano[1].

[1] Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Caba, Argentina

[*] Presentador

Objetivos: Describir nuestra experiencia desde 1999 hasta la actualidad respecto a indicaciones, complicaciones y respuesta al tratamiento en pacientes que requirieron plasmaferesis (PF).
Métodos: Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas de 31 pacientes que realizaron PF. Se utilizó un separador celular automatizado de flujo discontinuo. La sustitución del plasma removido se efectuó en Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) con plasma exclusivamente; en otras patologías con albúmina y solución fisiológica. Se consideró mejoría clínica: hemorragia pulmonar: estabilidad de la Hb, saturación normal, sin sangrado; PTT: incremento o estabilidad de plaquetas, sin esquistocitos y mejoría del Hto y LDH; rechazo agudo de trasplante renal: no requerimiento de diálisis post PF; Poliarteritis nodosa: mejoría o no empeoramiento clínico y descenso de la carga viral (HBV); enfermedades neurológicas: no requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mejoría clínica. Se clasificó el grado de las complicaciones según Nordlan (Transfus Apher Sci. 2001; 25(1):33-41) leve: no requiere intervención, moderada: requiere intervención pero no interrupción, severa: requiere interrupción y fatal: muerte por el procedimiento.
Resultados: Se analizó datos de 20 pacientes (5 Guillain Barré, 4 Lupus Eritematoso Sistémico, 3 Miastenia Gravis, 3 vasculitis, 4 Trasplante renal (2 Síndrome Urémico Hemolítico, 1 Insuficiencia renal crónica, 1 trombofilia). Mujeres 16 (80%), Mediana de edad 49 años (19-89). Se analizaron 22 indicaciones de PF (1 paciente requirió 3 procedimientos) 5 crisis miasténicas, 5 Guillain Barré, 4 rechazo agudo, 3 PPT, 2 síndrome pulmón riñón, 2 hemorragias pulmonares y 1 mononeuritis. Mediana de procedimientos: 7 (1-72). De 22 procedimientos, 19 tuvieron respuesta favorable (86,36%). Los 3 rechazos no respondieron. Se presentaron complicaciones en el 77,27%. Ningún paciente falleció debido al procedimiento.

Complicaciones	Leves	Moderadas	Severas	Fatales
Hipotensión arterial		11		
Hipocalcemia		6		
Infección		2	4	
Hipocalemia		5		
Rash cutáneo		4		
Alteración de la coagulación		2		
Paro respiratorio			1	
Convulsiones			1	
Alteración del hepatograma	1			

Page 1/2

Tratamientos concomitantes: 15 pacientes corticoides, 12 inmunosupresores, 2 biológico, 3 ARM. De 7 pacientes con enalapril 6 tuvieron complicaciones moderadas y severas. De los 7 pacientes que requirieron diálisis concomitantemente, sólo 1 (síndrome pulmón-riñón) lo requirió en forma permanente.
Conclusiones: El 86,36% de los procedimientos realizados presentó respuesta favorable para el evento agudo. La PF no fue útil para la mayoría de nuestros pacientes con rechazo agudo y para la recuperación de la función renal. Las complicaciones fueron principalmente de grado moderado y no se registraron muertes. La mayoría de los pacientes con enalapril presentó complicaciones moderadas y severas.

Page 2/2

VERSION 2 ENFERMEDADES INTERSTICIALES DEL PULMON (ILD) Y ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (CTD)

N. Wieshamm[1]*, I. Cadile[1], L. Onetti[1], E. Mussano[1],

[1] Hospital Nacional De Clínicas, Cordoba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Las ILD asociadas con las CTD son diversas e incluyen: Neumonía intersticial usual (UIP), Neumonía intersticial no específica (NSIP), Neumonía organizativa criptogénica (COP), Daño alveolar difuso (DAD) y Neumonía intersticial linfocítica (LIP). Objetivos: Determinar la prevalencia de las ILD en ptes con Colagenopatías: la proporción de ptes, con síntomas respiratorios en el momento del diagnóstico de la ILD y la prevalencia de otras lesiones a nivel pulmonar: (Nódulo Pulmonar, Bronquiectasias, Derrame pleural, etc.). Ptes. y Métodos: Estudio longitudinal de corte transversal descriptivo entre Agosto de 2009 y Abril del 2012. Se incluyeron 73 ptes. con: AR, LES, Sjogren, Esclerodermia, EMTC e Indiferenciadas. Otros datos: Edad, Sexo, Consumo de Tabaco, síntomas respiratorios crónicos (tos, disnea u otros), presencia de comorbilidades; Rx de tórax, tomografía computada de alta resolución (TACAR) y Espirometría. Se asumió como criterio funcional de Enfermedad Restringida un valor FEV1/FVC superior al 70% con FVC variable al 80% solicitando en los casos dudosos DLCO y test de la caminata de los 6 min. Se incluyó en la variable síntomas, la disnea de esfuerzo de por lo menos 6 meses de evolución y para tos crónica la presencia de cualquier tos seca o productiva de igual tiempo de evolución. Se excluyeron ptes. con antecedente de enfermedad Respiratoria o Cardiovascular coexistente (EPOC, Asma, TBC, ICC, etc). Resultados: La distribución según TACAR fue: 37(51%) ptes. con TC normal, 29(40%) con hallazgos sugestivos de ILD y 7(9%) con otras alteraciones. En el grupo de ILD se pudo observar que, según los hallazgos tomográficos se correspondían a: 21 casos con NSIP (72%), 8 casos con UIP (28%), 24 mujeres y 5 varones con edad media de 53,13 años con un rango entre 35 y 70 años. Los 2 ptes. más jóvenes de la serie (35 años) sufrieron enfermedades con comportamiento más agresivo tanto pulmonar como sistémico. En la distribución por colagenopatías se observó que de 35 ptes. con AR hubo 14 con ILD (40%), correspondiendo a: UIP=7, NSIP=7; de 12 ptes. con LES se determinó 3 con ILD (33%) siendo en todos NSIP; en 12 ptes. con Esclerodermia hubo 6 con ILD (50%) predominando el patrón de NSIP (5 casos) y uno de UIP; de 5 ptes. con Polimiositis/Dermatomiositis, 2 (40%) presentaron NSIP, en el grupo de EMTC (7 pac) 3 casos fueron NSIP, finalmente hubo 2 ptes. con Sjogren presentando 1 (50%) ILD (NSIP). Otros hallazgos: Bronquiectasias (n=3) en pac. con AR, SS y EMTC; Neumomediastino (n=1) en SS, Derrame Pleural asociado a AR (n=1), finalmente se apreciaron Nódulos pulmonares (n=2) en ptes. con AR. El síntoma predominante fue la disnea en 24 de los 29 con ILD. La tos afectó a 7 ptes. como único síntoma o asociada a disnea y 4 ptes. estaban asintomáticos. Dos ptes. fallecieron por complicaciones respiratorias. Conclusiones: La prevalencia de ILD encontrada en ptes. con colagenopatías en este estudio fue del 40%, siendo más frecuente la NSIP (72%). La diferencia de prevalencia encontrada en otros trabajos publicados, ya sea menor o mayor a la muestra, impide la comparación con tales resultados, lo que sugiere continuar la investigación en esta área.

Page 1/1

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS Y COMPROMISO PULMONAR

J. Marin[1]*, E. Lancioni[1], J. Zaccaraz[1], V. Scaglioni[1], R. Castro[1], J. Precerutti[1], L. Catoggio[1], E. Soriano[1].

[1] Hospital Italiano De Buenos Aires, Caba, Argentina

[*] Presentador

Objetivo: el objetivo del estudio es describir las características del compromiso pulmonar en pacientes con enfermedades reumáticas afiliados a un sistema de salud que se realizaron espirometrías entre junio del 2011 y julio del 2012. Material y método: se seleccionaron todos los pacientes afiliados a un sistema de salud con espirometrías realizadas entre junio del 2011 y junio del 2012. Para este análisis solo se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática y compromiso pulmonar confirmado por tomografía. Resultados: se evaluaron 3685 espirometrías, encontrándose 52 pacientes con enfermedad reumática y compromiso pulmonar. En la tabla se describen los diagnósticos y las características demográficas de los pacientes incluidos.

Diagnóstico	Número de pacientes	% del total	Sexo F (%)	Edad promedio	Tiempo evolución al Dx de enfermedad pulmonar
AR	11	21,15%	911 (81%)	72,81	2,7 años
CREST	9	17,3%	89 (89%)	67,5	previo
Esclerodermia	7	13,46%	77 (100%)	52,14	simultáneo
Artritis indiferenciada	5	9,61%	25 (40%)	75,2	6 meses
Churg Strauss	4	7,69%	24 (50%)	73,5	1,5 años
Vasculitis	2	3,85%	12 (50%)	73	previo
Wegener	2	3,85%	12 (50%)	67	simultáneo
Artritis psoriásica	1	1,92%	0	62	previo
Sarcoidosis	2	3,85%	22 (100%)	60,5	simultáneo
Dermatomiositis	1	1,92%	0%	68	simultáneo
Enf. mixta	1	1,92%	100%	55	6 años
Síndrome de superposición	1	1,92%	100%	40	previo
PMR	1	1,92%	100%	90	Sin dato
S. Sjogren	1	1,92%	100%	66	2 años
Compromiso pulmonar FAN + (*)	4	9,69%	24 (50%)	60,75	-

(*) no cumplían criterios de ninguna enfermedad. El tipo de compromiso pulmonar por tomografía fue descripto como vidrio esmerilado en todos los casos excepto en 3 pacientes con AR que presentaron bronquiectasias. El patrón espirométrico más prevalente fue el restrictivo leve excepto en CREST y esclerodermia donde predominó el patrón restrictivo moderado. Se detectó la presencia de hipertensión

Page 1/2

173
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

pulmonar (HTP) en seis pacientes: 2 con sarcoidosis, 2 con AR, 1 con CREST y 1 con Churg Strauss. Todos los casos presentaron HTP grado leve. En el grupo de AR 7/11 (64%) presentaron FAN positivo (patrón nuclear homogéneo 5/7), 3/11 presentaban FR y CCP positivos. Hubo 7 pacientes tabaquista, 9 pacientes estabaiquistas y 4 pacientes con exposición laboral a tóxicos pulmonares. Conclusiones: En este grupo de pacientes con enfermedad pulmonar el diagnóstico más frecuente fue AR, seguido de CREST y Esclerodermia. Un alto porcentaje (7/11 64%) de pacientes con AR presentaron FAN positivo. La presencia de vidrio esmerilado fue el patrón más frecuente.

Page 22

175

ASOCIACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-RO CON PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QTc EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

C. Pisoni [1]*, D. Arakaki, C. Carrizo, M. Cosatti, A. Eimon, M. De La Vega
I. Cemic, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Los anticuerpos anti-Ro se asocian con el desarrollo de bloqueo cardíaco congénito y se ha postulado que podrían ser arritmogénicos para el corazón adulto. La prevalencia de prolongación del QTc en pacientes anti-Ro positivos varía en diferentes publicaciones y el mecanismo por el que potencialmente producen estas alteraciones no se conoce. El objetivo del presente estudio es investigar la posible relación entre la prolongación del intervalo QTc y la presencia de anticuerpos anti-Ro en pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC) anti-Ro positivas y compararlos con pacientes con ETC y anti-Ro negativo.

Material y métodos: se incluyeron pacientes 49 consecutivos con ETC anti-Ro positivo y 16 controles anti-Ro negativo. Se les realizó ECG de 12 derivaciones donde un único observador ciego al diagnóstico y la serología midió el intervalo QT corregido por la fórmula de Bazett. El mismo día se realizó ionograma, calcemia, magnesemia. Se excluyeron del análisis los pacientes que tomaran drogas capaces de prolongar el QT y aquellos con alteraciones electrolíticas. Los anticuerpos anti-Ro se midieron por doble difusión (DD) y ELISA. Se consideraron anti-Ro positivos aquellos que tenían anticuerpos positivos por ambos métodos, positivos por DD solamente y positivos por ELISA solamente con un título mayor > 50 unidades. Se consideró QTc prolongado ≥ 440 msec. Se realizó estadística descriptiva, para el análisis de las variables categóricas se utilizó Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

Resultados: Las características de la población estudiada se muestran en Tabla 1.

	Anti-Ro Negativos (n=16)	Anti-Ro Positivos (n=49)	P
Edad, media (SD)	40.6 ± 11.9	45.7 ± 12.4	0.14
Sexo F, %	14 (87.5)	46 (93.9)	0.22
Depresiones, %			
LES	12 (75)	15 (30)	
SS	1 (6.3)	16 (32.7)	
ETC	2 (12.5)	9 (18.3)	
Esclerodermia	0	3 (6.1)	
EMTC	0	1 (2)	
AR	1 (6.3)	2 (4.1)	
Mixta	0	3 (6.1)	
Polimitoscleriosis	0	1 (2)	
Tiempo de evolución, años	5.4 ± 4.1	6.00 ± 6.8	0.74
Anticentromerina, %	12 (75)	27 (55.1)	0.13

Ningún paciente anti-Ro negativo y 12 (24.5%) de los pacientes anti-Ro positivos presentaron QTc prolongado $p < 0.022$.

Conclusión: Pacientes adultos con ETC y anticuerpos anti-Ro positivos tuvieron una mayor prevalencia de prolongación del intervalo QTc.

174

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CORRELACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI ADN DE SIMPLE Y DOBLE CADENA CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

C. Reimundes [1]*, C. Catoggio [1], C. Perandones [1], R. Arana [1],
[1] Cemic, Argentina
[*] Presentador

Objetivo

Correlacionar la actividad clínica del lupus eritematoso sistémico (LES) medido por el índice de ECLAM (European Consensus Lupus Activity Measurement) con los niveles séricos de anticuerpos anti ADN de doble cadena y simple cadena.

Materiales y Métodos

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas entre 2001 y 2011 de los pacientes con diagnóstico de LES seguidos en el Servicio de Reumatología, que tenían dosaje de anticuerpos anti ADN doble (ADNdc) y simple cadena (ADNsc) simultáneamente. El ADNdc fue determinado por IPI sobre Crithidia luciliae y el ADNsc por ELISA. En cada determinación serológica se estableció la actividad de la enfermedad mediante el ECLAM con datos de los 30 días previos. A los fines del análisis se estratificó la actividad del ECLAM en baja-moderada-alta y los ADNdc y ADNsc en títulos bajos y altos (≤ 1/80 y ≥ 1/160; ≤ 54 y ≥ 55 respectivamente).

Resultados

Se evaluaron 90 pts (80 sexo femenino), con mediana de edad \pm DS de 39 \pm 13 años, que contaban con 328 determinaciones. Según el ECLAM, el análisis de las 328 determinaciones mostró inactividad en 59 (18%) y actividad en 269 (82%) oportunidades. El ADNdc fue negativo en 248 (75.6%) y positivo en 80 (24.4%) oportunidades; mientras que el ADNsc fue negativo en 86 (26.2%) y positivo en 242 (73.8%) oportunidades. Utilizando el ECLAM como estándar y analizando los ADN y actividad como variables dicotómicas:

	Sensibilidad% (IC 95)	Especificidad% (IC 95)	VPPositivo% (IC 95)	VPNegativo% (IC 95)
ADNsc	78 (73-82)	44 (39-49)	86 (83-90)	30 (25-35)
ADNdc	28 (23-32)	92 (88-94)	94 (91-96)	22 (17-26)

Utilizando el ECLAM como estándar y analizando los ADN y actividad como variables ordinales:

Sensibilidad

% (IC 95)

Especificidad
% (IC 95) VPPositivo
% (IC 95)

VPNegativo

% (IC 95) ADNsc 61 (54-68) 60 (54-67) 84 (79-89) 31 (24-37) ADNdc 18 (14-22) 92 (88-95) 89 (85-93) 23 (18-28)

Conclusión

-El ADNsc muestra sensibilidad buena y especificidad intermedia para establecer actividad.

-El ADNdc muestra especificidad buena y sensibilidad escasa para establecer actividad.

-La estimación de estos indicadores de actividad mostró buena precisión.

176

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

LA CAPILAROSCOPIA EN EL ESTUDIO DEL FENOMENO DE RAYNAUD

C. Quiroz [1]*, V. Scaglioni [1], M. Bravo [1], L. Ferreyra Garro [1], M. Scolnik [1], Z. Bedran [1], M. Sabelli [1], L. Catoggio [1], E. Soriano [1],
[1] Hospital Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

Objetivos: describir las características clínicas y capilarescópicas en pacientes con fenómeno de Raynaud.

Material y métodos: se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia entre diciembre del 2009 y junio del 2012. Se seleccionaron aquellos pacientes con fenómeno de Raynaud sin diagnóstico previo. Se recolectaron los siguientes datos: diagnóstico, medicación para el Raynaud, tabaquismo, autoanticuerpos, patrón capilaroscópico e historia de úlceras digitales. Las capilaroscopías fueron realizadas por una médica reumatóloga entrenada usando un videocapilaroscopio. Se evaluaron los siguientes hallazgos anormales: megacapilares, microhemorragias y zonas avasculares. Se definieron los siguientes patrones capilaroscópicos: normal (ausencia de hallazgos anormales), esclerodermiforme (ED) incompleto (presencia de 1 o 2 hallazgos anormales) y ED completo (presencia de los 3 hallazgos).

Resultados: se incluyeron un total de 193 capilaroscopías en igual número de pacientes (169 mujeres/24 hombres; edad media de 54.8 años) de un total de 314 capilaroscopías realizadas. El tiempo de evolución del Raynaud fue una mediana de 12 meses.

Los patrones capilaroscópicos encontrados fueron patrón normal: 93 (48.2%), cambios inespecíficos: 90 (46.6%) y cambios atribuibles a patrón ED: 10 (5.18%) (9 con patrón SD incompleto y 1 con patrón ED completo).

De las 93 capilaroscopías con patrón normal, 28 (30%) presentaban FAN positivo (1 con patrón anticentromero) y de las 90 con cambios inespecíficos 40 tenían FAN positivo (8 con patrón anticentromero). De los 10 pacientes con cambios atribuibles a patrón ED 4 (3 con patrón ED incompleto) tenían FAN positivo con patrón anticentromero y fueron reclasificados a Raynaud 2ro.

La presencia de un patrón ED completo o incompleto y la presencia de un FAN positivo se asociaron con fenómeno de Raynaud secundario (OR de 12.5 (IC 5.8-26.9) y OR de 15.9 (IC 7.5-33.5), respectivamente).

En el análisis multivariado, el patrón ED se asoció con la presencia de FAN positivo (OR 3.43, IC 1.15-10.2) y con el estar recibiendo medicación para el fenómeno de Raynaud (como subgrupo de la severidad del mismo) con un OR de 4.07 (IC 1.5-10.7). El tiempo de evolución del fenómeno de Raynaud no estuvo asociado con el patrón ED encontrado ($p=0.63$).

Conclusión: La capilaroscopia permitió reclasificar como Raynaud secundario al 5.18% de los pacientes con Raynaud primario. Un grupo de pacientes con cambios inespecíficos y FAN positivo (40/193= 21%), debieran ser seguidos para evaluar la evolución de su Raynaud.

177
a

INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON BIOLÓGICOS Y DMARS CLÁSICOS, EN UN ÚNICO CENTRO.

E. Catayá[*], E. Lancioni¹, M. Acosta Felquer¹, M. Bravo¹, J. Zacarias¹, J. Rosa¹, M. Sabelli¹, M. García¹, L. Catoggio¹, E. Soriano¹,

¹ Hospital Italiano Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

[*] Presentador

OBJETIVO: Determinar la incidencia de eventos adversos (EA) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) en tratamiento con agentes biológicos (AB), y compararla con aquellos tratados con drogas modificadoras de la enfermedad clásicas (DMARs). **MATERIAL Y METODO:** se incluyeron pacientes > de 18 años con diagnóstico de AR en tratamiento con AB y DMARs. Se revisó la historia clínica electrónica en busca de: infecciones graves (IG); infecciones no graves (ING); uveítis, herpes zoster (HZ), reacciones psoriasisiformes (RS) y cancer. Se calculó la densidad de incidencia de estos eventos para cada biológico y DMARs utilizado, considerando el tiempo de exposición durante el 1° curso de tratamiento. Se estableció el tiempo de sobrevida con el fármaco solamente para el 1° curso de cada drogas. Se evaluó el hazard ratio de sufrir un EA asociado a biológicos luego de ajustar por edad, sexo, y actividad (DAS28) al inicio del tratamiento. **RESULTADOS:** se incluyeron 203 pacientes, 109 con DMARs y 84 con AB. Las características demográficas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características Demográficas

Pacientes (N)	Edad media	Tiempo medio de enfermedad	CCP + (%)	Latex + (%)
AB	61	15.8	38.8	61.3
DMARs	63	8.1	54.1	77.3

Se registraron 94 EA en 37 pacientes (39,36%) con DMARs y 109 EA en 31 pacientes (28,44%) con AB. Ajustado por el tiempo de seguimiento, el cual fue de 2,37 años (DS 1.96) en DMARs y de 3,99 años (DS 3,6) en AB, se obtuvo p=0,002.

La incidencia de EA fue de 7,1 por 100/personas/años (IC 95%5-10) con 31 eventos en los pacientes con DMARs y de 15 por 100/personas/año (IC 95%11-22) con 35 eventos en aquellos con AB, con un IRR 2.21 (1.3-3.78) p=0,0014. Ajustado por edad, sexo y DAS 28 de inicio del tratamiento el Hazard ratio 5.6 (IC 95%1.6-19.5). La densidad de incidencia por cada EA se detalla en la tabla 2.

177
b

Tabla 2. Densidad de incidencia por cada EA y tratamiento recibido.

Evento	Pacientes	Pacientes/año	IC95% (IC95%)	IC95% (IC95%)	IC95% (IC95%)	IC95% (IC95%)	IC95% (IC95%)
IG	109	636.1	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0
ING	84	527.88	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0
HZ	54	336.81	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0
RS	27	167.1	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0
IG	7	43.75	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0
ING	6	37.5	0.00000000	0	0.00000000	0.00000000	0

La sobrevida a los 2 años con AB fue de 65% (IC95%53-74) y de 77% (IC95%67-84) con DMARs. La sobrevida dentro de los AB fue para Etanercept 70% (IC95%54-81), Adalimumab 62% (IC95%40-78), Infliximab 33% (IC95%65-67) y Rituximab 81% (IC95%24-97%). **CONCLUSION:** La incidencia de EA fue mayor en los pacientes tratados con AB comparados con el tratamiento convencional, si bien solo se ajustó por sexo, edad y DAS28 basal. No hubo diferencias significativas en la incidencia de EA entre los diferentes tratamientos biológicos. A dos años la sobrevida en el tratamiento fue similar entre DMARs y AB.

178

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA USUARIOS DE METOTREXATO SUBCUTANEO CONTROLADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, SANTIAGO, UNIVERSIDAD DE CHILE CAMPUS CENTRO.

C. Martínez[1][*], C. Román[1], N. Bravo[2], M. Godoy[1], P. Sanhueza[1], P. Pozo[1], M. Alvarez[1], C. Fuentealba[1], F. Ballesteros[1], N. Cáceres[1], L. Ovalle[1], D. Pacheco[1],

[1]Universidad De Chile, Santiago, Chile

[2]Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

[*] Presentador

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA USUARIOS DE METOTREXATO SUBCUTANEO CONTROLADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, SANTIAGO, UNIVERSIDAD DE CHILE CAMPUS CENTRO. Martínez, C.; Román, C.; Bravo, N.; Sanhueza, P.; Godoy, M.; Pozo, P.; Alvarez, M.; Fuentealba, C.; Ballesteros, F.; Cáceres, N.; Ovalle, L.; Pacheco D. **Objetivos:** Conocer el nivel de discapacidad (HAQ) y calidad de vida (RAQoL) en pacientes usuarios de metotrexato subcutáneo y su asociación con antecedentes familiares de artritis reumatoide. **Material y Método:** de 140 pacientes usuarios de metotrexato subcutáneo con diagnóstico de Artritis Reumatoide según criterios del colegio americano de reumatología de 1987 (ACR 87) se seleccionó una muestra aleatoria de 42 pacientes a quienes se aplicó un formulario sociodemográfico y se utilizó la escala HAQ-20 para evaluar discapacidad y RAQoL para evaluar calidad de vida. Para realizar el análisis bivariado se categorizó la edad en menor a 65 años (n=24) y mayor o igual a 65 años (n = 18). **Resultados:** 97% eran mujeres, el promedio de edad fue de 63 años (mín 34 – máx 82) 33-3% refirió antecedentes familiares de enfermedades osteoartromusculares y un 54,7% lo desconoce. La discapacidad evaluada por HAQ-20 mostró una discapacidad leve de 27.5% y moderada-severa de 72.5%. Las dimensiones que más aportaron al puntaje final fueron alcanzar, con un promedio de 1,76 y una DS de 0,98 y agarrar con 1,73 con una DS de 1,03. Los puntajes obtenidos con el cuestionario RAQoL fue de 17,14 con una DS de 8,6; el 24,39% obtuvo menos de 10 puntos. En el análisis estratificado no se encontró asociación significativa entre discapacidad y antecedentes familiares con p chi2 de 0,52 ni entre calidad de vida y antecedentes familiares con p chi2 de 0,89. El análisis entre discapacidad y calidad de vida se obtuvo un p chi2 de 0,12 con un OR 3,42 (IC95% 0,48 – 23,28). El análisis entre discapacidad y edad, se obtuvo un p Chi2 de 0,082 con un OR de 4,2 (IC95% 0,66 – 45,07). La asociación entre edad y calidad de vida no resultó significativa. **Conclusión:** El metotrexato subcutáneo se utiliza preferentemente en pacientes con intolerancia al metotrexato oral o que requieren dosis altas de metotrexato lo que refleja indirectamente una artritis de difícil manejo. Los niveles de calidad de vida y discapacidad en este grupo son altos (72,5% moderada-severa) mostrando un nivel de asociación mayor en los grupos mayores de 65 años. Con estos resultados se podría plantear el uso domiciliario de este fármaco, en especial en mayores de 65 años evitando que deban viajar todas las semanas al hospital a inyectarse.

179

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

TERAPIA ANTI TNF-α#945; EN AMILOIDOSIS RENAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

J. Velasco Zamora[1][*], Y. Chichotky[2],

[1]Centro De Diagnóstico Y Tratamiento Dr Javier Sabatto, Berazategui, Argentina

[2]Reumatología Al Sur, Berazategui, Argentina

[*] Presentador

La amiloidosis conforma un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de material amiloide distante al sitio de síntesis, causando disfunción en el órgano que compromete. La amiloidosis sistémica secundaria a una infección o a un proceso inflamatorio de evolución crónica es la forma más común de esta entidad. El tratamiento de la amiloidosis sistémica consiste en el control de la enfermedad de base. La amiloidosis renal es una complicación frecuente de enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante sin embargo, el compromiso renal por esta entidad en pacientes con enfermedad de Still del adulto ha sido escasamente publicado en la literatura y debería ser considerado como una complicación seria de esta enfermedad. El compromiso renal en la enfermedad de Still del adulto se presenta como proteinuria y raramente con compromiso de función renal, describiéndose hallazgos histológicos tan variados como glomerulonefritis mesangial, coagulación intravascular diseminada, púrpura trombocitopénica, glomerulopatía colapsante y amiloidosis.

El objetivo del presente estudio, es reportar el caso de una paciente con enfermedad de Still del adulto quien desarrolló proteinuria persistente siete años después del comienzo de su enfermedad. El diagnóstico histológico reveló la presencia material amiloide en mesangio y capilares, compatibles con amiloidosis renal secundaria. Debido a la falta de respuesta a dosis inmoderadas de corticoides, se decidió iniciar tratamiento con un agente modulador de la respuesta biológica. La paciente mostró una rápida y sostenida respuesta con etanercept, evidenciada a través del descenso de los valores de proteinuria y parámetros clínicos. Se describe el caso clínico y se realiza una revisión de la literatura.

180

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

HEMORRAGIA PULMONAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)**P. Finucci Curi**[1]*, **F. Ceccato**[1], **A. Ortiz**[1], **S. Paira**[1],[1]Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Describir las características clínicas y pronóstico de pacientes con LES que presentaron hemorragia pulmonar. Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con seguimiento longitudinal que cumplieron criterios ACR 1982 de LES y desarrollaron hemorragia pulmonar de acuerdo a los criterios propuestos por Barile. Se analizaron datos demográficos, síntomas clínicos, laboratorio, radiografía y/o tomografía, tratamiento y pronóstico. Se consideró además la presencia de macrófagos cargados de hemoderina (δgt; 20%) en el lavado bronco alveolar (BAL), como test confirmatorio. Resultados: Se revisaron 159 historias clínicas de pacientes con LES, de los cuales 10 sufrieron un total de 13 episodios de hemorragia de pulmón, (dos pacientes en forma recidivante). La prevalencia fue del 6% en nuestra serie. La edad media fue de 25 años, siendo la manifestación inicial del lupus en 2 de 10 pacientes. Los síntomas predominantes fueron disnea (n=11), fiebre (n=10) y tos (n=7). Hemoptisis se constató sólo en 5 de los 13 episodios. En todos los pacientes se evidenció caída de la Hb, en la mitad plaquetopenia y en menos del 50% hipoxemia. En los 10 BAL realizados se demostró la presencia de hemorragia pulmonar. En 5 de los 13 episodios se requirió ventilación mecánica y en 6 (46%) se produjo el óbito, 4 de ellos debido a la misma hemorragia pulmonar. A todos los pacientes se les administró pulsos de esteroides, y a 11 además se adicionó ciclofosfamida. Sólo en 2 se hizo plasmáferesis como terapia coadyuvante. Conclusión: la sospecha de la presencia de una hemorragia pulmonar obliga al rápido estudio del enfermo para realizar un diagnóstico precoz. Esto permite instaurar un pronto y agresivo tratamiento, mejorando la probabilidad de sobrevida en este grupo de enfermos.

Page 1/1

181

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

OSTEOLISIS CATASTRÓFICA POR INFILTRACION GRANULOMATOSA CRÓNICA EN PERI-PRÓTESIS DE RODILLA EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) BAJO TRATAMIENTO CON ANTI-TNF**G. Araujo**[1]*, **G. Del Sel**[2],[1]Reumamed, Caba, Argentina
[2]Sanatorio Mater Dei, Caba, Argentina
[*] Presentador**INTRODUCCION**

La osteolisis peri-prótesis es un proceso de baja frecuencia si bien es más esperable en enfermedades inflamatorias crónicas. Sin embargo las formas más severas llamadas por algunos autores "catastróficas" son casos excepcionales. En las diferentes series, la tasa de revisión del reemplazo total de rodilla cementada es estimada en 1,5% y 4% dentro de los 5 y 10 años de la cirugía, respectivamente, siendo la osteolisis peri-prótesis la causa en el 30% de las revisiones. Se presenta un caso con osteolisis peri-prótesis de rodilla de tipo catastrófico por invasión inflamatoria granulomatosa crónica que requirió revisión dentro de los 5 años de su colocación.

CASO. Pte. de 64 años con AR de 18 años de evolución, de inicio poliarticular, seropositiva que durante 10 años estuvo en remisión con hidroclicloroquina. Al reactivarse, en 2 años provocó destrucción de un carpo y ambas rodillas requiriendo prótesis completa bilateral en el año 2006 aun bajo tratamiento secuencial con metotrexato 20 mg/sem y azatioprina 150 mg/día en asociación con 400 mg/día de hidroclicloroquina. Posterior a la cirugía, recibió por 6 meses infliximab sin respuesta por lo que se indicó etanercept 50 mg/sem con 1 mejoría global del 50% pero con persistencia de artritis en ambas rodillas. En los 5 años post-reemplazo, la rodilla derecha presentó dolor e inflamación severos con incapacidad funcional para la marcha, valgo marcado por inestabilidad ligamentaria y reducción de la longitud de la extremidad. La Rx mostró resorción completa periprótésis del componente femoral. El barrido óseo corporal con Tc99-ciprofloxacina fue sugestivo de proceso inflamatorio vs. infeccioso periprotésico proximal (femoral). En el 2011 al realizar la revisión completa de la prótesis, el componente femoral se halló suelto. Se colocó un estabilizador total con tallos endomédulares anchos y largos y cuñas distales externa e interna cementados. La anatomía patológica de múltiples muestras de hueso, sinovial, fascia y tendón revelaron hiperplasia e hipertrofia de sinoviocitos e inflamación crónica granulomatosa constituida por linfocitos, histiocitos y células gigantes multinucleadas en todas ellas sin desarrollo de gérmenes en los cultivos seriados. El dolor y la incapacidad funcional mejoraron, no obstante persiste con la inflamación articular.

COMENTARIOS. Los procesos inflamatorios en AR pueden provocar la falla en la osteointegración en reemplazos articulares. No obstante, nuestro caso es una evidencia extrema resultante de la invasión tisular de infiltrados granulomatosos crónicos relacionados con la enfermedad de base en el área periprotésica que dejaron suelto al componente femoral aun estando bajo tratamiento con agentes biológicos anti-TNF.

182

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

HIPEROSTOSIS ESQUELETICA DIFUSA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: UNA RARA ASOCIACIÓN.**A. Salas**[1]*, **J. Marcos**[1], **J. Babini**[1], **M. Garcia**[1], **A. Vulcano**[1], **J. Marcos**[1], **C. Costi**[1], **F. Giordano**[1],[1]Hija Gral San Martín, La Plata, Argentina
[*] Presentador**Introducción**

La hiperostosis esquelética difusa idiopática (HEDI) es un desorden óseo proliferativo caracterizado por la osificación y calcificación de partes blandas, principalmente ligamentos y entesis[1]. Para su diagnóstico se utilizan las definiciones radiológicas sugeridas por Resnick y Niwayama[2]. Su asociación con la Espondilitis Anquilosante (EA) ha sido reportada en menos de 15 pacientes en la literatura[3,4].

Presentación de caso

Paciente de 73 años, sexo masculino, con antecedentes de DBT tipo 2 de más de 10 años de evolución. Consulta por cervicalgia y rigidez cervical del 6 meses de evolución. Refiere antecedentes de dolor lumbar inflamatorio (DLI) desde la juventud, siendo sometido a dos cirugías de "hernias discales". Al examen físico se constata test de Schober de 1 cm, distancia trago-pared de 32 cm, flexión lumbar lateral 2 cm rotación cervical derecha 15° e izquierda de 18°. Se solicitan radiografías en las que se observan osificación del ligamento vertebral común anterior a nivel cervical y lumbar, sindesimofitos intervertebrales en columna torácica y lumbar, ausencia de compromiso de interapofisarias, y anquilosis total de ambas articulaciones sacroilíacas. Asimismo el estudio genético demuestra la presencia del HLA-B27 y B51.

Discusión

Se presenta el caso de un paciente que presenta HEDI y EA, con importante limitación de movilidad espinal. Se resalta la importancia del DLI desde las primeras etapas de la EA, y el valor de la radiografía para el diagnóstico de esta rara asociación.

Bibliografía:

- [1]Mader Reuven (2008). Proliferative bone diseases. En Kelley's textbook of Rheumatology 8th edition.
- [2]Resnick D, Niwayama G: Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis(DISH). Radiology 119:559-568, 1976.
- [3]Coexistence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and ankylosing spondylitis. Rillo OL, Scheines EJ, Moreno C, Barreira JC, Porrini AA, Maldonado Cocco JA. Clin Rheumatol. 1989 Dec;8(4):499-503
- [4]Concomitant ankylosing spondylitis and DISH. Olivieri I, Vitali C, Gemignani G, Pasero G J Rheumatol. 1989 Aug;16(8):1170-2

Page 1/1

183

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

FENÓMENO DE LUCIO: COMUNICACIÓN DE 5 CASOS**P. Finucci Curi**[1]*, **J. Solís Villarroel**[2], **J. Gallo**[3], **M. Schmid**[1], **F. Ceccato**[1], **S. Paira**[1],[1]Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina
[2]Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando Del Valle De Catamarca, Argentina
[3]Sanatorio Chaco Srl, Resistencia, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*. El Fenómeno de Lucio es una reacción por inmunocomplejos, poco usual, que se da en las formas lepromatosas de esta enfermedad y se caracteriza por una vasculitis necrotizante de los vasos de la dermis media y superficial. **Objetivo:** comunicar cinco casos de Fenómeno de Lucio. **Casos:** se presentan cinco pacientes, tres varones y dos mujeres, con una edad media de 63 años, oriundos de la provincia de Santa Fe (n=3), Chaco (n=1) y Entre Ríos (n=1). Dos se presentaron y se diagnosticaron como Lucio; otros dos tenían diagnóstico previo de lepra y uno fue diagnosticado incorrectamente como SAF 1°. Todos los pacientes se presentaron con lesiones cutáneas atribuibles al Fenómeno de Lucio en diferentes estadios evolutivos y en variadas localizaciones: púrpuras, placas y nódulos palpables indolores, vesículas, ampollas, píustulas, úlceras, zonas de necrosis y áreas cicatrizales en miembros, tronco y pabellón auricular. Además, tenían algún signo típico de la enfermedad de Hansen (alopecia de la coña de las cejas, nariz en silla de montar, perforación del tabique nasal o polineuropatía). En el laboratorio, 4 pacientes presentaron anemia, de los cuales dos tenían también leucopenia y uno pancitopenia. Un paciente presentó anticuerpos anticardiolipina positivo. En dos se evidenció VSG acelerada. En todos los pacientes se identificó el *Mycobacterium leprae* y la biopsia de piel mostro vasculitis en la anatomía patológica. Todos los pacientes fueron tratados con dapsona y esteroides; tres recibieron además clofazimine. Tres pacientes fallecieron. **Conclusión:** La lepra, y el Fenómeno de Lucio, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de los pacientes con lesiones vasculíticas cutáneas, especialmente cuando provienen de áreas endémicas.

ESCLERODERMIA Y CANCER DE PULMON: A PROPÓSITO DE 4 CASOS.

V. Caputo[1]*.

[1] Hospital Militar Central Cir My Cosme Argerich, Capital Federal, Argentina
[*] Presentador

ESCLERODERMIA Y CANCER DE PULMON: A PROPÓSITO DE 4 CASOS.

Caputo, V.D.; Romeo, C.; Venarotti, H.; Ayala, L.; Casado, G.

Servicio de Reumatología, Hospital Militar Central "Cir My Cosme Argerich"

Introducción

La esclerodermia es una enfermedad crónica, multisistémica y autoinmune que se caracteriza por vasculopatía, fibrosis localizada o difusa de la piel y a nivel visceral, y por anomalías inmunológicas. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son extremadamente heterogéneas y dependen de la presencia y grado de compromiso a nivel cutáneo y visceral.

La relación entre esclerodermia y cáncer fue objeto de investigación para muchos autores, destacándose especialmente la asociación de neoplasias de pulmón y mama con esta no muy frecuente enfermedad del tejido conectivo.

En 1953 se reportó el primer caso de esclerodermia con carcinoma de células alveolares y posteriormente otros autores trataron de demostrar la asociación entre esclerodermia sistémica y cáncer de esófago, ovario y enfermedades linfoproliferativas. El incremento de la frecuencia de cáncer de pulmón asociado a esclerodermia comparado con la frecuencia de dicha neoplasia en la población general permanece aún desconocida.

Casos Clínicos

Presentamos 4 pacientes con esclerodermia asociada a cáncer de pulmón: uno de sexo masculino de 64 años de edad y tres de sexo femenino de 36, 51 y 56 años de edad respectivamente. De los cuatro casos estudiados dos de ellos presentaban un cuadro de esclerodermia difusa y los dos restantes una variedad limitada de la misma o Síndrome CREST. Todos ellos presentaron fibrosis pulmonar extensa y ninguno de ellos era fumador.

Discusión y Conclusiones.

Nosotros concluimos que en nuestra experiencia, al igual que otros autores, el antecedente de fibrosis pulmonar extensa probablemente asociada a mecanismos inmunológicos aún desconocidos, son los factores más importantes en el desarrollo de esta grave complicación. El mecanismo íntimo de esta asociación no está del todo dilucidado y continúa siendo motivo de estudio.

Sugerimos una evaluación sistemática de los pacientes con esta enfermedad, en especial aquellos asociados a fibrosis pulmonar extensa, con el objeto de descartar tempranamente neoplasias asociadas. Ello permitirá indicar la derivación pertinente e iniciar en forma precoz un tratamiento adecuado, con el objeto de mejorar la calidad de vida y prolongar la sobrevivencia del paciente afectado.

C. Costa[1]*, J. Cavallasca[1], J. Musuruana[1], S. Marsili[1], M. Bulos[1],

[1] Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN:

El compromiso renal es una manifestación extraarticular infrecuente en los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) siendo las causas más comunes la amiloidosis o los efectos secundarios de drogas.

CASO CLINICO:

Mujer de 25 años, sin antecedentes patológicos, con 4 embarazos normales, consultó en Agosto de 2000 en el puerperio, por dolor y tumefacción de manos y pies de un mes de evolución, acompañados de rigidez matinal de 2 horas de duración. En el laboratorio presentaba Hto 34%, plaquetas 457000 mm³, VSG 50 mm/h, Factor reumatoideo (Látex) 1/512; y a nivel radiográfico osteopenia en banda en ambas manos. Se diagnosticó Artritis Reumatoidea, comenzando tratamiento con Cloroquina 100 mg cada 12 horas, Prednisona 5 mg/día e Ibuprofeno 400 mg/día, con buena evolución hasta septiembre del 2002 cuando por presentar reactivación, se agrega Metotrexate (MTX) 10 mg/semana.

En el año 2008 las radiografías de las manos mostraron osteopenia en banda, pinzamiento radiocubital y en MCF bilaterales, con erosiones en carpos y en 3 y 5ta MCF bilateral. En las radiografías de los pies presentaba erosiones en el 5to metatarso derecho. Radiografía de tórax: normal.

En febrero del 2009 se presenta con edemas de MMII (+++) infracatelar, normotensa, con sinovitis en MCF de ambas manos. En el laboratorio destacaba VSG 78 mm/h, Uremia 0.28 mg/dl, Creatinina 0.6 mg/l, Orina completa: proteínas (++), hemoglobina (++) y cilindros hialinos; con Proteinuria de 24 hs: 5 gr. La ecografía renal fue normal así como la biopsia de grasa abdominal. El laboratorio inmunológico, incluyendo FAN (Hep-2), anti-DNA nativo (Crithidia Luciliae) y ANCA; fue negativo; con C3: 92 mg/dl (VN: 100-145) C4: 17 mg/dl (VN: 20-40) y anticuerpos anti CCP positivo: 39 U/ml (<gt; 5 reactivo). Se realizó biopsia renal cuyo diagnóstico anatomopatológico fue Glomerulonefritis Proliferativa Difusa. Comenzó tratamiento con Metilprednisolona 1 g/día por 3 días, continuando con Prednisona 40 mg/día VO más Ciclofosfamida (CF) 1gr/m²/mes durante 6 meses, suspendiéndose el MTX. Finalizando el tratamiento con CF, con proteinuria de 24 hs negativa, comienza tratamiento con Azatioprina 100mg/día. En agosto del 2011 comienza nuevamente con artritis en MCF e IFP de ambas manos y rigidez matinal de 1 hora, por lo que se reinstituye el MTX 15 mg/semana y ácido fólico 5mg/semana. El laboratorio inmunológico continuó siendo negativo (FAN y ENA) con proteinuria de 24 hs (-).

CONCLUSIÓN:

La GNPD es una complicación renal característica en LES, pero puede presentarse también con menor frecuencia en AR.

SIGNO DEL SURCO EN LA FASCITIS EOSINOFILICA

J. Selsler[1], P. Pascual[1], E. Carricondo[1]*, A. Turano[1], P. Staltari[1], A. Wachs[1],

[1] Hospital Agudos Cosme Argerich, La Boca, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La fascitis eosinofílica es infrecuente. Se caracteriza por edema y engrosamiento de piel en extremidades y tronco. Tempranamente presenta infiltración de linfocitos, histiocitos, plasmocitos y eosinófilos en el tejido celular subcutáneo y fascias musculares, que evolucionan a esclerosis. Se acompaña de eosinofilia periférica y puede asociarse a neoplasias, principalmente hematológicas. Semiológicamente se evidencia un signo característico denominado "signo del surco" (groove), probablemente debido a fibrosis superficial de epidermis y dermis superficial, junto con inmovilidad del tejido conectivo que rodea los vasos y que se deprimen cuando la presión venosa periférica disminuye. **Presentación de caso:** mujer de 61 años, con antecedentes de hipotiroidismo que consultó por disnea CF III y edemas en miembros superiores e inferiores sin fovea. Al examen físico sin insuficiencia cardíaca, signo del surco (+). Laboratorio: Eosinofilia (1000 eosinófilos/mm³). Radiografía y tomografía de tórax, ecocardiograma, colagenograma, espirometría y test de la caminata de seis minutos normales. Mamografía BI-RADS 5. Con la presunción de fascitis eosinofílica se realiza resonancia magnética de miembros superiores sin hallazgos relevantes y biopsia profunda de piel con infiltración de eosinófilos e histiocitos en tejido celular subcutáneo y fascias musculares confirmando el diagnóstico. Inició meprednisona 60 mg/día con buena respuesta. Se realiza resección de tumor mamario con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrativo (ganglio centinela negativo) persistiendo esclerosis de piel afectada luego de meses de extirpación del tumor de mama. **Discusión:** Se presenta una paciente con diagnóstico de fascitis eosinofílica con hallazgos clínicos característicos (signo del surco), disnea por infiltración de músculos torácicos y asociación a tiroiditis. Existen descriptas asociaciones con enfermedades hematológicas como aplasia medular y mieloma múltiple entre otras, pero la asociación con cáncer de mama no se describe con frecuencia en la literatura.

A. Co[1]*, S. Navarro[1], F. Bedunof[1], M. Sacnún[1], J. Bada[1],

[1] Hospital Provincial De Rosario, Rosario, Argentina
[*] Presentador

La anemia hemolítica autoinmune (AHA) es una patología infrecuente con una prevalencia de 17 casos por 100.000 habitantes. Se produce por anticuerpos dirigidos contra proteínas de la membrana eritrocitaria. Se conocen tres tipos: mediada por anticuerpos calientes que hemolizan a 37°, anticuerpos fríos a 18° y mixtas. Las formas secundarias son más frecuentes que las primarias, encontrándose en lupus con una prevalencia del 5-10% , mediadas en este caso por anticuerpos calientes IgG con o sin complemento.

Se presentan 8 pacientes con AHA evaluados durante un período de 18 meses , 7 de ellos con lupus eritematoso sistémico y 1 con enfermedad indiferenciada de tejido conectivo. Se revisaron sus características clínicas , analíticas , respuesta al tratamiento y evolución a los seis meses del mismo.

Se tomó como valor de referencia de la anemia: hemoglobina $\leq 13 \text{ gr/dl}$ en varón y 11,5 g/dl en mujeres. Siete pacientes fueron mujeres , 6 con lupus y 1 con enfermedad indiferenciada de tejido conectivo. Un paciente varón con lupus. Edad promedio 35 años(20-56).

80% de los pacientes fueron portadores de hemólisis desde el comienzo de la enfermedad. El grado de actividad medido por SLEDAI al ingreso fue de 13 (5-26).

Cuatro tuvieron compromiso renal activo con consumo del complemento. La poliserositis y poliartritis fueron las asociaciones más frecuentes.

Los valores de hemoglobina oscilaron entre 3-10 gr/dl. Hubo positividad del test de Coombs y FAN en todos los pacientes , este último negativo en la enfermedad indiferenciada. Un paciente tuvo además crioglobulinas + con título $\leq 1/256$. Otros anticuerpos presentes fueron anti ADN, ENA (Ro) y anticardiolipinas en títulos elevados.

Todos los pacientes fueron tratados con dosis altas de prednisona (seis de ellos con pulsos de metilprednisolona), todos con hidrocortisona 6 mg/k/día, cuatro con pulsos mensuales de ciclofosfamida por compromiso renal . Dos de ellos con anemia refractaria recibieron además azatioprina, micofenolato mofetil, rituximab y gammaglobulina.

La evolución fue mala , con tres muertes , las cuales se debieron a intercorrientes infecciosas oportunistas : sepsis a *Cryptococcus Neoformans* y sepsis a gérmenes Gram (-) asociado a parasitosis por *Strongyloides Stercolaris* en dos.

La mortalidad no estuvo relacionada en forma directa con la hemólisis "per se" , sino de forma indirecta al grado de inmunosupresión alcanzado por la terapéutica instituida.

La AHA se encuentra asociada a manifestaciones severas de enfermedad como glomerulopatía, compromiso del sistema nervioso central y serositis. No está claro si su presencia empeora el pronóstico de la enfermedad. Generalmente es leve y responde casi siempre a esteroides en dosis altas. Se considera refractaria cuando no se puede mantener una hemoglobina mayor a 10gr/dl con dosis de prednisona igual o menor a 10 mg/día. La refractariedad obliga a tratamientos inmunosupresores severos.

188

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

DERMATOMIOSITIS Y TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST)

M. Medina[1]*, S. Papasidero[1], R. Chaparro Del Moral[1], O. Rilto[1],
[1]Hospital General De Agudos Dr. E. Tornú, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Se denomina GIST al tumor mesenquimal primario del tracto digestivo, mesenterio y retroperitoneo, que tiene como característica ser CD117 +. Los sarcomas del tracto gastrointestinal son infrecuentes (2% de todos los tumores a ese nivel), siendo el GIST 80% de los mismos. Raramente se asocia a manifestaciones paraneoplásicas, existiendo muy pocos reportes en la literatura. Presentamos un caso de dermatomiositis (DM) y GIST. Presentación del caso: Paciente de 49 años, sexo masculino, con antecedente de gastritis crónica, que requiere internación por presentarse a la consulta con astenia, eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, eritema en región anterior y posterior del tórax, debilidad muscular proximal (Kendall 4/5) de 2 meses de evolución y trastornos deglutorios de reciente inicio. Estudios complementarios: CPK x 2, aumento leve de GOT y GPT, VSG >100mm/1° hora, FAN positivo (título 1/320, patrón nucleolar), ENA negativo. Evaluación por ORL: debilidad de la pared faríngea posterior, con aspiración de líquidos y sólidos, requiriendo colocación de sonda nasogástrica. EMG y biopsia muscular compatibles con miopatía inflamatoria. Se decide administrar 3 pulsos EV de metilprednisolona (MPD) 1 gr/día y continuar con prednisona 1mg/kg/día por VO, lográndose una respuesta favorable en la fuerza muscular, mejoría de las lesiones cutáneas y normalización de los parámetros de laboratorio. Debido a la persistencia de los trastornos deglutorios, recibió nuevamente 3 pulsos de MPD y se completaron estudios. La TAC de tórax, abdomen y pelvis evidenció una formación sólida en techo gástrico y en la FEDSA se observó un tumor mamelonado y ulcerado de 3 cm de diámetro a ese nivel. Anatomía patológica: gastritis erosiva crónica con intensa actividad inflamatoria. H. Pylori +. Se realizó gastrectomía total informándose en el estudio anatomo-patológico: tumor estromal fusocelular de la pared gástrica de 5,6 x 3,8 x 2,8 cm, ubicado a 0,8 cm del margen de resección esofágica, sin atipia citológica ni necrosis tumoral; adenitis reactiva en 12 ganglios. Inmunoquímica: CD117 y actina músculo liso +; diagnóstico: GIST. El paciente evolucionó favorablemente, iniciándose el descenso de esteroides y controles por oncología. Discusión: En nuestro conocimiento, este es el primer reporte de asociación entre DM y GIST. La ausencia de informes previos en la literatura puede deberse a la baja frecuencia de este tumor y a que el mismo raramente se manifiesta como síndrome paraneoplásico. Frente a una miopatía inflamatoria que no responde a la terapéutica instaurada se debe sospechar siempre la presencia de neoplasia subyacente, como ocurrió en este paciente; estos casos requieren del tratamiento del tumor para una evolución favorable. En el GIST, el mismo consiste en su resección completa, que incluya márgenes microscópicos libres. Dada la localización en estómago (83% de los GIST gástricos presentan un comportamiento menos agresivo con respecto a los de otras localizaciones), la ausencia de atipia, metástasis invasión a órganos vecinos, en este paciente la cirugía realizada fue suficiente para el control de la enfermedad.

Page 1/1

189

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

TUMOR ENDOLARINGEO COMO FORMA DE PRESENTACION DE SINDROME DE SJOGREN .COMUNICACION DE UN CASO

N. Cusumano[1], A. Urteaga[1]*, D. Rebiglione[1], M. Abdala[1],
[1]Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina
[*] Presentador

Introducción: Los pacientes con Síndrome de Sjogren primario (SSp) presentan mayor probabilidad de desarrollar procesos linfoproliferativos a células B mono o policlonales comparados con la población general o con pacientes afectados de otras enfermedades autoinmunes.

Caso: Mujer de 44 años de edad que en enero del 2011 consulta al Servicio de Otorrinolaringología por disfoia; la laringoscopia revela una tumoración endolaringea, la cual es biopsiada. El estudio anatomopatológico y la marcación con técnicas de inmunoperoxidasa evidencian un proceso proliferativo linfoplasmocitario con una población plasmocitaria madura y policlonal vinculable a plasmocitosis mucosa. En mayo del 2012 es evaluada en el Servicio de Reumatología por sequedad bucal y ocular de 9 meses de evolución agregando un cuadro de fatiga en los últimos 2 meses. La paciente reúne criterios clínicos y de laboratorio para Síndrome de Sjogren primario según protocolo Europeo/Americano 1993

Comentarios: La experiencia de casos similares en nuestra población de pacientes con SSp con firma una vez mas que los síntomas de xerofalmia y xerostomia con frecuencia son subclínicos por largo tiempo, siendo la manifestaciones extraglandulares entre ellas los síndromes linfoproliferativos las que revelan la enfermedad.

Page 1/1

190

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

PARALISIS FACIAL BILATERAL Y SINDROME SECO COMO FORMA DE PRESENTACION DE SARCOIDOSIS.REPORTE DE UN CASO

N. Cusumano[1], G. Kluwak[1]*, A. Caminer[1], M. Abdala[1],
[1]Hospital Provincial Del Centenario, Rosario, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de carácter autoinmune, se presenta en adultos entre 20 y 50 años, los órganos afectados con mayor frecuencia son: pulmón, ganglios intratorácicos, también son frecuentes las manifestaciones oculares, del sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP).

Caso: Paciente de 52 años de sexo femenino que en el año 2006 consulta por parálisis facial izquierda agregando a los 10 días parálisis facial contralateral, 5 días más tarde es atendida por dolor periorcular agudo y pérdida fugaz de la visión, el examen oftalmológico revela uveítis anterior y posterior bilateral realizándose pulsos de metilprednisolona. Un mes después consulta al Servicio de Reumatología por artritis de articulaciones manos y rodillas, xerostomia y xerofalmia. Los exámenes complementarios revelan: signos de lesión neurogénica compatible con mononeuritis múltiple; la TAC de tórax revela adenomegalias mediastinales y laterotraqueal derecha; la biopsia de ganglio axilar derecho muestra una linfadenitis granulomatosa crónica compatible con Sarcoidosis.

Comentarios: la Sarcoidosis así como el Síndrome de Sjogren (SS) son patologías de comienzo insidioso, curso crónico y frecuentemente subclínicas lo cual hace difícil su diagnóstico, ambas pueden afectar glándulas salivales y lagrimales y ganglios linfáticos, por lo tanto el estudio histopatológico es hasta ahora el método más útil para el diagnóstico diferencial

Page 1/1

191

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MIELITIS TRANSVERSA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. REPORTE DE 3 CASOS.

A. O'byrne De Valdenebro[1]*, L. Ferreyra Mufarregue[1], J. Ruffino[1], E. Chiganer[1], M. Paolini[1], C. Lessa[1],
[1]Hospital Carlos G. Durand, Unidad De Inmunología E Histocompatibilidad, Area De Inmunología Clínica, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) ha servido como modelo de estudio de la enfermedad autoinmune. Clásicamente suele generar compromiso funcional y lesional en diversos órganos y sistemas. Se reconoce al riñón y las articulaciones como sus puntos de mayor impacto. Sin embargo muchos otros tejidos pueden sufrir las consecuencias de la actividad autoinmune del LES. Otro de los puntos potenciales de daño es el sistema nervioso (SN) en el cual pueden afectarse tanto componentes centrales como periféricos. Aunque el compromiso del SN es frecuente en el LES, algunas de sus manifestaciones pueden ser inusuales, como por ejemplo la mielitis transversa (MT). Esta entidad tiene una baja incidencia, pero hay varios reportes en la literatura médica internacional.

Objetivo: Presentar 3 casos de pacientes en quienes la MT se asoció a LES. Evaluar las similitudes y/o diferencias de nuestros casos con otros reportes de casos.

Materiales y métodos: Se revisaron las historias clínicas de las 3 pacientes y se procedió a hacer una búsqueda en bases de datos bibliográficos médicos disponibles.

Resultados: Son tres pacientes de sexo femenino, de entre 19 y los 24 años de edad al momento del diagnóstico. En dos de ellas la MT fue parte del debut del LES mientras que en la paciente restante se manifestó posteriormente. A las tres se les realizó resonancia magnética nuclear (RMN) de columna con hallazgos sugestivos de MT. En dos de los casos presentaron compromiso renal asociado a LES (glomerulonefritis lúpica clase II/III; clase IV-G [A/C]). Con relación al síndrome antifosfolípido secundario, una paciente presentó ACLAs IgM y anticoagulante lúpico positivo, por lo cual continúa anticoagulada. En las otras dos pacientes, estos autoanticuerpos fueron negativos y sólo reciben profilaxis con enoxaparina por su estado de postración. Todas recibieron tratamiento inmunosupresores sistémicos endovenosos en forma de pulsos durante la fase aguda de la MT. Se logró recuperación parcial (con respecto al déficit neurológico inicial) en una de ellas mientras que en las otras dos no hubo mejoría significativa.

Actualmente las tres pacientes continúan en seguimiento en nuestro servicio. Presentan grados distintos de actividad autoinmune asociada al LES y desde el punto de vista neurológico tienen secuelas derivadas de la MT y realizan rehabilitación. En términos generales la mayoría de los aspectos analizados en esta serie de pacientes coinciden con lo publicado en otras series de casos similares (LES + MT).

Conclusiones: La MT es una complicación rara pero debe tenerse en cuenta, ya sea como debut de LES o bien durante su evolución. El personal médico debe considerar esta posibilidad dentro de los diagnósticos diferenciales.

SINDROME DE POEMS COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO E HIPOTIROIDISMO

S. Veiga[1]*, Y. Salazar García[1], L. Peña[1], J. Scali[1],

[1]Unidad De Reumatología Y Osteología Del Hospital De Agudos Dr. Carlos Durand, Caba, Argentina
[*] Presentador**Introducción:**

Es bien conocida la relación entre el LES e Hipotiroidismo y la menor frecuencia en el varón.

El LES y el síndrome de POEMS comparten sintomatología (polineuropatía, organomegalia, edemas, endocrinopatía y cambios cutáneos), no así la proteína M monoclonal, que es criterio mayor del síndrome de POEMS.

Caso Clínico:

Varón de 17 años que comenzó en 2009 con calambres, astenia, adinamia, cefaleas, artralgias, adenopatías retroauriculares y edema facial, evaluado por primera vez en nuestra Unidad el 25/03/10. Laboratorio inicial: VSG 30mm, Acido urico 7.3, cr 1.78, urea 51, TGO 113, TGP 165, LDH 822, CPK 1265, PCR 0.06, proteinuria -, T3 <40, TSH >470, ATPO >1000, T4L <1, Serologías virales -, ANA + 1/640 patron nuclear homogéneo ENA -, Capilaroscopia: SD pattern -, EMG cruzado: tñel carpiano y canal de Guyon bilateral de miembros superiores y neuropatía de miembros inferiores tipo axo-mioclínica. Su obra social no autorizó la biopsia muscular. Proteinograma electroforético e inmunofijación, TAC de cerebro y fuerza muscular normales.

Diagnóstico:

Hipotiroidismo. Tratado con 100 mcg/d de levotiroxina y por su miopatía 10 mg/d de prednisona con buena respuesta por algunas semanas. Reagudizó el cuadro al bajar el glucocorticoide, sumándose alopecia y palpitaciones con ecodoppler cardiaco y ECG normales, la CPK bajo a 106 y el resto del laboratorio normal. Se aumentó el GC a 10 mg/d, superando el cuadro. Cinco meses después el paciente se internó con mialgias, edema de manos, serositis leve con laboratorio: ANA + mismo patrón, SM+, UIRNP+, Anti DNA+, C3 y C4 bajos, proteinuria 4.62 gr/24 hrs, punción biopsica renal con glomerulonefritis tipo IV llegando al diagnóstico de LES. Se indicó terapia de inducción y mantenimiento según esquema de la NIH.

Discusión:

Nuestro paciente no reunió criterios para el síndrome de POEMS. El hipotiroidismo con reagudización de la miopatía al bajar el glucocorticoide y la polineuropatía axono-desmielinizante de miembros inferiores, con mala evolución, hace sospechar la presencia de LES.

PROPTOSIS OCULAR COMO ÚNICA MANIFESTACION DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Y. Salazar García[1]*, S. Veiga[1], J. Scali[1],

[1]Unidad De Reumatología Y Osteología Del Hospital De Agudos Dr. Carlos Durand, Caba, Argentina
[*] Presentador**INTRODUCCIÓN:**

La GW es una enfermedad multisistémica caracterizada por vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre con inflamación, necrosis y granulomas. Afectar cualquier órgano con predilección por la vía aérea superior, pulmón y riñón.

La proptosis uni o bilateral debido es característica de la GW y puede ser su manifestación inicial.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 54 años, oriunda de Bolivia, con inyección conjuntival izquierda, proptosis progresiva izquierda y antecedente de sinusitis que presentaba en la TAC de orbitas: masa con densidad de partes blandas retroorbitaria I, que desplaza al globo ocular hacia delante, compromete la musculatura extrínseca y al N. óptico. Ocupación del seno maxilar y frontal homolateral con obliteración de las celdillas etmoidales adyacentes a la pared interna.

Se realiza biopsia de OI demostrando vasculitis granulomatosa con tinción ziehl nielsen -. En el laboratorio presentaba VSG 92 mm, serologías virales -, p y c-ANCA -, ANTI DNA -, C3-C4 normal, AFL -, FAN + 1/640 nuclear homogéneo, PPD 12 mm, sedimento urinario normal, Rx de torax y TAC TORAX normal, baciloscopia -. Se le realizó rinofibrolaringoscopia sin lesiones en tabique.

Durante su evolución fue tratada con glucocorticoide 60 mg/d y quimioprofilaxis por PPD y contacto +, sin compromiso pulmonar o renal como es esperado.

La PIO bajo de 27 a 23 mm en el primer mes de tratamiento y AV 10/10, limitación leve de movimientos oculares en ojo izquierdo.

Luego de 8 meses de seguimiento y buena respuesta al descenso de glucocorticoide (última dosis 20 mg/d), sin presentar otro signo o síntoma, ni reagudización del cuadro, la paciente abandona el tratamiento y deja de concurrir a nuestra Unidad.

CONCLUSIÓN:

La presencia de proptosis ocular como manifestación inicial de la GW es conocida, lo que caracteriza a esta paciente es la falta de compromiso sistémico a lo largo de su evolución, como así también los ANCA – en reiteradas oportunidades como sucede en un 10% de los casos.

Se tratará de una GW frustra, ya que pasados los 8 meses no presentó compromiso sistémico. La paciente reúne 2 criterios necesarios para el diagnóstico y como sólo presentaba compromiso ocular se la medicó con GC sin usar inmunosupresores.

Fue evaluada en forma interdisciplinaria para descartar granulomas de la línea media y por TBC.

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE MIEMBRO INFERIOR COMO PRESENTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO ASOCIADO A SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO SECUNDARIO.

J. Gallo[1]*, M. Schmid[1], F. Ceccato[1], S. Páira[1],

[1]Hospital Dr. José M. Cullen, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION: El riesgo de trombosis arterial en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es significativamente mayor que en la población general, siendo más frecuente durante el primer año posterior al diagnóstico. Así mismo el compromiso arterial periférico es una complicación rara de esta enfermedad presentando una incidencia del 1.3%.

OBJETIVO: Presentamos un paciente con isquemia arterial aguda de miembro inferior derecho que durante su evolución cumple criterios ACR 1982 para LES y criterios Sydney 1992 para Síndrome antifosfolipídico.

CASO: Varón de 25 años con antecedentes de hipertensión arterial no tratada, tabaquista, que presenta en forma aguda dolor, cianosis y frialdad en pierna y pie derecho. Ingresa a unidad coronaria donde se lo asume como una isquemia arterial aguda, realizándole infusión de estreptoquinasa (1.500.000 UI) durante 72 horas. Se realiza Arteriografía de miembros inferiores que evidenció oclusión de la arteria tibial anterior, posterior y pedía derecha, imágenes compatibles con trombosis arterial. Presentando 48 horas después mala evolución por lo que se realiza amputación infrapatelar derecha, iniciándose posteriormente anticoagulación parenteral. Estudios complementarios: Ecocardiograma doppler, Tomografía de tórax abdomen y pelvis normales. Laboratorio: Anti trombina III, Factor V Leyden, Proteína C y S, Déficit Protrombina G20210A normales. Anticoagulante lipico positivos en mas de dos determinaciones, linfopenia persistente, proteinuria persistente mayor a 500 mg/24 hs, FAN (hep2) 1/1250 patrón moteado, biopsia renal: Glomerulonefritis mesangial (OMS Modificada1982) con depósitos de IgM. Se inicia tratamiento con Metilprednisolona 3 gramos, seguidos de prednisona Vo 1mg/kg/día dosis dividida. Se otorga el alta hospitalaria con acenocumarol, meprednisolona 1mg/Kg/ día dosis dividida e hidroxicloroquina 400mg/día.

CONCLUSION: LES asociado con síndrome antifosfolipídico (aPL) , puede presentarse con una isquemia arterial aguda (trombosis) en 4.3% de los pacientes , estos pacientes con anticuerpos aPL positivos tienen 5.2 veces mayor riesgo de trombosis arterial.

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN EN POLIANGEITIS MICROSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO.

C. ChackeleVICIUS[1]*, G. VÍJODITZ[1], J. Ruffino[1], M. Paolini[1], G. Carballo[1], C. Lessa[1],

[1] Hospital Carlos G. Durand, Unidad De Inmunología E Histocompatibilidad, Area De Inmunología Clínica, Caba, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION: La Poliangeitis microscopica (PAM) es una vasculitis necrotizante de pequeños vasos asociada a autoanticuerpos tipo anticoplasma de neutrófilo (ANCA). El 80% presenta ANCA patrón perinuclear (ANCAp) asociado a anticuerpos anti mieloperoxidasa (MPO). Su incidencia es de 7.9 casos por millón y su distribución es similar en ambos sexos. Es la causa mas frecuente de síndrome pulmón-riñón conllevando alta morbilidad.

OBJETIVO: Presentar un caso de Síndrome Riñón-Pulmón con diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos (Poliangeitis microscopica).

DESARROLLO: Paciente de 24 años sin antecedentes de relevancia que ingresa a nuestra institución por presentar cefalea, hemoptisis, anemia con requerimiento transfusional y descompensación hemodinámica. Se realiza TAC de tórax que evidencia compromiso pulmonar bilateral en vidrio esmerilado, consolidaciones bilabales con broncograma aéreo. Se realizan hemocultivos, urocultivo, examen directo y cultivo de esputo sin rescate de gérmenes. En el laboratorio de ingreso presenta insuficiencia renal aguda con valores de creatinina: 3.01mg/dl, urea: 63 mg/dl y sedimento urinario con campo semicubierto de glóbulos rojos dismórficos. Se realiza laboratorio inmunológico que informa ANCA positivo patrón perinuclear en título 1/1280, anticuerpos anti-MPO: 113 UI/ml, anticuerpo anti-PR3: negativo, anticuerpo anti-Membrana Basal Glomerular: negativo. Se realiza punción biopsia renal que informa: Glomerulonefritis necrotizante difusa y crescentica con 60% de semilunas epiteliales. Se arriba al diagnóstico de PAM. Se inicia tratamiento inmunosupresor sistémico endovenoso con Metilprednisolona a razón de 1 gramo/día por 3 días, seguido de prednisona 1mg/kg/día vía oral junto con ciclofosfamida endovenosa 750mg/m2, ajustado a función renal, en pulsos mensuales. Se mantuvo seguimiento con TAC de tórax, sedimento urinario, función renal y dosajes de Anticuerpos anti-MPO. Actualmente la paciente se encuentra concluyendo su tratamiento de inducción, en descenso gradual de glucocorticoides, sin signos ni síntomas de actividad clínica ni en imágenes.

CONCLUSIONES: Ante la presencia de un síndrome pulmón-riñón es importante la sospecha de vasculitis asociada a ANCA como causa del mismo, y la instauración del tratamiento en forma precoz para evitar complicaciones a las cual esta entidad se asocia. En nuestra opinión, el diagnóstico y tratamiento precoz en esta paciente lograron una rápida respuesta y probablemente evitaron la progresión a falla renal con requerimiento de hemodilísis. Debe destacarse la importancia del seguimiento continuo a largo plazo por la alta tasa de recurrencia que tiene esta patología.

COMPROMISO PULMONAR AGUDO EN ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO. REPORTE DE UN CASO.

M. Mayoll[1]*, G. Vijditz[1], L. Ferreyra Mufarregue[1], J. Roteta Rocamora[1], C. Lessa[1],
[1] Hospital Carlos G. Durand, Unidad De Inmunología E Histocompatibilidad, Area De Inmunología
Clínica, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) se encuentran el fenómeno de Raynaud, artritis, artralgias, disfunción esofágica, esclerodactilia y debilidad muscular; sumado a la presencia de autoanticuerpos anti-ribonucleoproteína (RNP). Sin embargo, la EMTC puede presentar compromiso de órganos nobles, siendo el pulmón el que se asocia a mayor morbimortalidad.

Objetivo: Presentación de un caso de EMTC con compromiso pulmonar agudo.

Desarrollo: Paciente de 46 años, sexo femenino, con diagnóstico EMTC en noviembre de 2011 presentando: fenómeno de Raynaud, manos puffy, linfadenopatías y anticuerpo anti-RNP positivo. Se descarta compromiso pulmonar mediante tomografía axial computada (TAC) de tórax; volúmenes pulmonares y capacidad respiratoria de difusión de monóxido de carbono, evaluada por espirometría, sin alteraciones. Ingresó en enero de 2012 a internación presentando debilidad muscular, registros febriles diarios de diez de evolución y disnea grado III, al laboratorio presenta CPK 9700 U/L, LDH 2225 U/L, se constata derrame pericárdico y pleural bilateral. Se interpreta el cuadro como actividad de su enfermedad de base con compromiso sistémico, miopático, y pulmonar; y como diagnóstico diferencial la posible progresión o superposición con otras patologías del tejido conectivo. Se tomaron hemocultivos que cerraron sin rescates y realizó lavadobroncoalveolar con examen directo y cultivos negativos. Se inicia tratamiento inmunosupresor sistémico endovenoso con metilprednisolona 1gr/día por 3 días. Se realiza TAC de tórax de urgencia que presenta signos de actividad pulmonar inflamatoria aguda evidenciado por opacidades intersticio-alveolares (crazy-paving), y ecocardiograma bidimensional que evidencia presión de arteria pulmonar de 34 mmHg con signos de derrame pericárdico. Se decidió agregar al tratamiento ciclofosfamida 750 mg/m² en forma de pulsos mensuales endovenosos, sildenafil 75mg/día vía oral y continuar con mepredisona 1mg/kg/día vía oral. La paciente presenta buena evolución clínica con resolución de disnea, miositis y serositis, por lo cual se otorga alta hospitalaria. Completo pulsos mensuales de ciclofosfamida junto con descenso escalonado de glucocorticoides. Actualmente se encuentra asintomática, posee tomografía de tórax control que evidencia tractos fibrosos seculares, sin actividad de enfermedad de base.

Conclusión: El compromiso pulmonar se presenta en el 85% de los pacientes con diagnóstico de EMTC; dicho daño progresa desde la enfermedad intersticial hacia la fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar. Clásicamente la EMTC presenta respuesta favorable al tratamiento con glucocorticoides vía oral, pero en casos en los que se vean afectados órganos vitales la terapia debe ser agresiva e individualizada. Para estos casos debe evaluarse el empleo de drogas inmunosupresoras endovenosas asociada a glucocorticoides en altas dosis y el tratamiento temprano de la hipertensión pulmonar; con el fin de mejorar el pronóstico evitando mayor morbimortalidad.

LÚES Y VIH SIMULANDO POLIMIALGIA REUMÁTICA

D. Sevilla[1]*, R. Berruero[1], S. Veiga[1], R. García[1], S. Visentini[1], J. Scalí[1],
[1]Unidad De Reumatología - Htal. C. G. Durand, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION: La Sífilis o Lúes es una enfermedad sistémica de transmisión sexual. Producida por el Treponema pallidum spp pallidum, comienza como una enfermedad localizada, y en un segundo período produce lesiones mucocutáneas generalizadas acompañadas de síntomas generales. En su progresión, sin tratamiento adecuado hasta el 50% presentará un período terciario con graves repercusiones mucocutáneas, óseas, cardiovasculares y en el sistema nervioso. En muchos casos se encuentra superpuesta con otras enfermedades de transmisión sexual, como la infección por HIV. En estos casos su presentación clínica y los tiempos de evolución varían, generando presentaciones atípicas. Se presenta el caso de un paciente con infección por HIV y Lúes, que presento un cuadro simill Polimialgia Reumatica(PMR) como manifestación clínica de ambas infecciones.

PRESENTACION DEL CASO: Se estudió a paciente masculino de 68 años que consulta a la unidad de reumatología por dolor intenso a predominio de cinturas escapular y pelviana, con entumecimiento matinal de ambos segmentos de varias horas, sin respuesta a AINES ni analgésicos diversos. Tiene como antecedentes médicos de relevancia: epilepsia tratado con fenobarbital; psoriasis vulgar y en gota, sin uso actual, en estudio por dermatología para evaluar terapia, ambos cuadros de larga evolución. Se solicitan estudios y se indica mepredisona 20 mg/d ya que se interpreta como polimialgia reumatica. Es evaluado a los pocos días sin tener la evolución favorable, patognomónica, esperada con dicho tratamiento. Los estudios solicitados revelaron: hemograma y hepatograma sin alteraciones, ESD 60mm, PCR+, látex AR-, VDRL 16 DLS, FTA abs +, HIV+, PCR +, se le indicó penicilina G IM 2400000 mg 3 dosis por Lúes, con mejoría leve de la sintomatología de ambas cinturas, por ello se realizaron estudios más profundos y se decidió bajar dosis de esteroides gradualmente (dada la falta de respuesta a este moquema): se le hizo Tac de cerebro y punción lumbar (ambos normales) para descartar neurosífilis como causa de sus convulsiones y cefaleas. Se instauró tratamiento antirretroviral en triple esquema (azt, 3tc y efavirenz) para hiv con remisión completa del cuadro reumatológico al cabo de aproximadamente diez días.

DISCUSION: Dada la falta de respuesta al tratamiento con esteroides y la mejoría del cuadro de artralgias con el tratamiento antibiótico y antirretroviral, consideramos que el cuadro simill Polimialgia podría ser una manifestación paraínfecciosa, a descartar en su preponderancia Lútica o Retroviral o ambas, lo destacable es que las infecciones nombradas (Lúes y Hiv) no son citadas en la bibliografía como desencadenantes de manifestaciones similes a PMR.

HEPATITIS COLESTÁSICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES).

V. Segural[1]*, A. Ledda[1], M. Rivero[1], P. Zabala[1], A. Brandi[1], M. Busajm[1], F. Valdemoros[1], A. Gandur[1],
[1]Hospital Central, Ciudad, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El 25-50% de los pacientes con LES tienen alteraciones hepáticas en algún momento de su enfermedad, aunque es poco frecuente la hepatitis atribuida sólo al LES. El compromiso hepático suele ser subclínico con un curso fluctuante y respuesta favorable a dosis moderadas a elevadas de Prednisona, sin progresión a enfermedad hepática terminal. Sin embargo en algunos pacientes su curso puede ser fatal. En raras oportunidades la hepatitis es la presentación de debut del LES. Los hallazgos histopatológicos son variados. La congestión hepática y la esteatosis son los más frecuentes. Otra entidad descrita es la hepatitis colestásica con verdaderos "cilindros canaliculares de bilis", considerada poco común. **Caso clínico:** Mujer de 35 años que debuta con fiebre, pérdida de peso, ictericia, coluria y hepatomegalia. En los siguientes meses desarrolló insuficiencia hepática (Child C), artritis, poliserositis, psicosis, compromiso hematológico, cutáneo-mucoso, nefropatía (glomerulonefritis tipo IV) y miocarditis. Exámenes complementarios: GOT 576 U/L, GPT 70 U/L, FAL 2587 U/L, :GT 1455 U/L, LDH 547 U/L, Bil T 174 mg/d, D 128 mg/L, TP 15%, albúmina 15 mg/dL, colinesterasa 787 U/L. Serología viral (Hepatitis A, B, C, CMV, HIV), anti LKM, anti músculo liso, Anti mitocondriales negativos (-), ANA(+) 1/640 homogéneo, anti DNA (+), anti Sm (+), anti Ro y La (+), anti Ribosomal P (-), CH50 <8 uCH50/ml. Ecografía abdominal: hepatomegalia difusa y homogénea, sin litiasis biliar. Colangiografía: sin alteraciones. Biopsia hepática: hepatitis colestásica aguda sin signos de cronicidad ni fibrosis. Parénquima lobulillar conservado. Se observan focos inflamatorios intralobulillares con linfocitos, sin necrosis. Colestasis intracitoplasmática y canalicular (con trombos biliares). Esteatosis macrovacuolar leve (<15%). Se diagnosticó LES con afección multiorgánica. La hepatitis colestásica respondió favorablemente al tratamiento instaurado: metilprednisolona 3 bolos EV de 1g/d continuando con prednisona 1 mg/kg/d VO, bolos de ciclofosfamida 1g/mes EV, gammaglobulina EV 100g, hidroxicloroquina 200mg/d, ácido ursodesoxicólico 600 mg/d y tratamiento para la insuficiencia cardíaca con normalización de todos los parámetros de laboratorio. **Discusión:** alrededor del 6% de los pacientes con LES presentan función hepática alterada atribuible sólo a la enfermedad de base, mostrando fluctuaciones en los niveles de GOT paralelas a la actividad del LES. Se presenta el caso de una paciente con LES y hepatitis colestásica, con ictericia como manifestación inicial de la enfermedad. Su disfunción hepática progresó como parte de la actividad lúpica y respondió con éxito al tratamiento inmunosupresor. Por lo cual remarcamos la importancia de considerar al LES entre los diagnósticos diferenciales de pacientes con hepatitis colestásica.

SINDROME DE SJOGREN Y ANTIFOSFOLIPIDICO ASOCIADOS A ESPONDILOARTROPATIA SERO NEGATIVA: REPORTE DE UN CASO Y EVOLUCIÓN

N. Garrone Robles[1]*,
[1]Hospital Zenon Santillan, San Miguel De Tucuman, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El síndrome de Sjogren se asocia a colagenopatías. El primario evoluciona a Linfoma no Hodgkin. Se reporta una asociación poco frecuente de estos síndromes con una Espondiloartropatía sero negativa. Se reporta: un varón de 65 años que presenta artritis, conjuntivitis, uretritis y manifestaciones mucocutáneas, entesopatías y antecedentes de enterocolitis previa. FR: negativo, FAN positivo moteado, el resto de colagenograma normal y HLA_B27 negativo. Examen oftalmológico con LH normal. Según endoscopia colitis ulcerosa con tratamiento específico durante tres años. Sacroileitis y espón. medicado con antiinflamatorio no esteroideo. Hipotiroidismo subclínico. Dos años después presenta un edema bialpebral intenso asintomático. Presenta tumefacción parotidea derecha asintomática. A la ecografía parótidas normales y submaxilar con sialectacia. Región subparotidea con nódulos sólidos hipocóicos y adenomegalias desestructuradas. En región submandibular linfonodulos estructurados y adenomegalias de estructura conservada. Anemia látex 1/2560, Rose Ragam 1/32, Hiperagammaglobulinemia policlonal FAN 1/160 patrón moteado. Anticuerpo antiRo positivo y antiLa negativo. Permanencia de linfonodulo desestructurado submaxilar y parotídeos con un diagnóstico por biopsia de un Linfoma. Otra biopsia con hiperplasia folicular y parafofocul reactiva. Biopsia de médula ósea normal. FAN: 1/160, AntiRNP positivo y AntiRo positivo, AntiLa negativo, Beta2microglobulina: positivo, Hiperagammaglobulinemia policlonal con aumento de alfa 2. Sialofocoides linfocítica focal vinculable al Síndrome de Sjogren en biopsia de glándulas salivales. Persiste el edema ocular que mediante la TAC muestra un proceso inflamatorio y produciendo desplazamiento del globo ocular en el izquierdo. Dos años después en una RM de cerebro y órbitas: imagen secular de tipo vascular en el cerebro y persistencia del proceso inflamatorio en la región ocular. Las demás estructuras sin cambios aparentes. Sin respuesta al tratamiento con corticosteroides. Diagnóstico oftalmológico de pseudotumor inflamatorio relacionado con linfopatia proliferativa. Biopsia de glándula lagrimal: congestión de las paredes vasculares y un IHQ; con presencia de linfocitos T y B con tendencia a distribución granulomatosa, propios de una vasculitis. Anticuerpos antifosfolipídicos y anticardiolipinas positivos, hipocoplementemia total y fracción C3 y C4 con ANCA P y ANCA C negativos, FAN positivos, ICC negativos con TPProtrombina prolongados. A partir de esto se diagnostica un síndrome antifosfolipídico secundario. Se inicia tratamiento de anticoagulación y ciclofosfamida en bolo, suspendida por intolerancia. Se realiza rituximab con mejoría clínica y de laboratorio. **Discusión:** El síndrome de Sjogren y Antifosfolipídico se asocian más frecuentemente a otras colagenopatías, siendo prevalente en mujeres de mediana edad. Este caso presenta riesgos clínicos, inmunológicos y anatomopatológicos de malignización, lo que sucede más comúnmente en el Sjogren primario. Adicionalmente los anticuerpos antifosfolipídicos no se asocian tanto a las espondiloartropatías sero negativas. Por otro lado reporto una respuesta exitosa al tratamiento con Rituximab.

200

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

CORIORRETINOPATIA CENTRAL SEROSA EN DOS PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE.

G. Araujo[1]*,

[1]Reunimed, Caba, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION

La **coriorretinopatía central serosa** es una enfermedad caracterizada por el desprendimiento del epitelio pigmentario retiniano a nivel de la mácula por acumulación de líquido seroso debido a un incremento en la permeabilidad local. Se manifiesta con visión borrosa o distorsionada (metamorfopsia). Si bien su etiología es desconocida se la ha relacionado con niveles altos de cortisol y catecolaminas plasmáticas considerándose como principales factores de riesgo el uso de corticoides, la personalidad tipo A, el embarazo y el síndrome de Cushing. Otros descriptos son apnea obstructiva del sueño, enfermedades vasculares del colágeno, hipertensión arterial e infección por *H.pylori*. Generalmente es recanalizable y se autolimita en el 85% de los casos pero la forma crónica puede llevar a pérdida permanente de la visión. Los métodos que permiten su diagnóstico son el estudio de fondo de ojo con dilatación, con confirmación mediante retinofluoresceinografía y tomografía de coherencia óptica (OCT). Se presentan 2 casos uno asociado a enfermedad autoinmune definida y otro a una indiferenciada.

Caso 1 Mujer de 42 años con lupus eritematoso sistémico de 4 años de evolución bajo tratamiento con corticoides 10 mg/día de prednisona, azatioprina 150 mg/día e hidrocloquinina 400 mg/día desde su inicio. En el 2011 comienza con alteraciones visuales de tipo visión borrosa bilateral. El fondo de ojo mostró anomalías retinianas por lo que se realizó interconsulta con el especialista en retina quien le solicitó una OCT detectándose imágenes compatibles con coriorretinopatía central serosa. Las manifestaciones revirtieron totalmente sin tratamiento dentro de los 6 meses. Los factores potencialmente asociados fueron presencia de lupus y uso de corticoides.

Caso 2 Varón de 40 años con ojo seco de 6 años de evolución, un episodio de sordera unilateral que revirtió con leve secuela de origen presumiblemente autoinmune. En los 8 años previos a la consulta reumatológica presentó múltiples episodios de pérdida de visión con áreas de visión borrosa especialmente durante los periodos de stress emocional que dejaron como secuela disminución de la agudeza visual. El diagnóstico de coriorretinopatía central serosa fue realizado mediante OCT. Los estudios inmunológicos y el dosaje de cortisol plasmático fueron normales. Los potenciales factores de riesgo fueron stress emocional reiterado, personalidad tipo A, antecedentes de glaucoma y enfermedad inmunológica indiferenciada.

CONCLUSIONES. Ante manifestaciones visuales agudas o reiteradas en el marco de una enfermedad autoinmune, debe tenerse presente la posibilidad de una coriorretinopatía central serosa entre las posibles patologías asociadas a la enfermedad de base, el uso de corticoides, la personalidad y el stress emocional del paciente.

201

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN: REPORTE DE 2 CASOS CLÍNICOS TRATADOS CON RITUXIMAB Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. Pucei[1]*, S. Malnis[2], B. Varela[2], A. Nitsche[1].

[1]Servicio De Reumatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina

[2]Servicio De Neumología Hospital Alemán, Ciudad De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

INTRODUCCION: El Síndrome pulmón riñón (SPR) se caracteriza por severo compromiso pulmonar (hemorragia alveolar difusa) y renal (glomerulonefritis), de inicio habitualmente súbito que requiere tratamiento urgente y agresivo

Las opciones terapéuticas pueden incluir: corticosteroides (GC), plasmaféresis, ciclofosfamida (CCF) y Rituximab (RTX) Diversos estudios destacan el tratamiento con RTX para casos refractarios, contraindicación a CCF, y para preservar función ovárica. Presentamos dos casos clínicos de pacientes jóvenes con SPR tratadas con RTX.

Caso 1: Mujer de 30 años de edad, sana previamente, que ingresa a UTI por insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM. El laboratorio es además compatible con una insuficiencia renal crónica reagudizada. La severidad del cuadro clínico estaba determinada por una hemorragia pulmonar masiva con derrame pleural y pericárdico. Laboratorio: todos los autoanticuerpos solicitados resultaron negativos (ANA, DNAN, anti RO, anti LA, Anti Sm, Jo1, anti MBG, ANCA c y p). Biopsia Renal: glomerulonefritis crescética, 70% glomérulos con atrofia paucimune. Inicia tratamiento con pulso de GC, plasmaféresis, y luego RTX (500mg/sem x 4 semanas). Se externa con buena función pulmonar, sin hemorragia pulmonar pero con requerimiento de diálisis. A los 6 meses eleva drásticamente los reactantes de fase aguda y se decide repletar RTX, con buena respuesta. Evoluciona estable permaneciendo en diálisis.

Caso 2: Mujer de 28 años de edad con diagnóstico en 1998 de Granulomatosis de Wegener (biopsia renal). Ingresó en 2009 a UTI por hemorragia alveolar y glomerulonefritis reagudizada. Tratada con CCF en pulsos, GC, y RTX. Inicia diálisis, luego trasplante renal en 2011. Rechazo al trasplante en 2012, con anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia y nueva hemorragia pulmonar. Se realiza explante de injerto renal. GC, CCF y plasmaféresis, y ante la recaída definida por la hemorragia pulmonar pulsos de RTX.

CONCLUSION: se presentan dos mujeres jóvenes con SPR, con hemorragia pulmonar masiva, en las cuales RTX fue una opción de tratamiento, por recaídas a pesar de GC, CCF y plasmaféresis, y para preservar la función ovárica de las pacientes.

202

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MICROANGIOPATIA TROMBOTICA GLOMERULAR ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS

G. Remondino[1], P. Mannucci[1]*, L. Martinez[1], V. Alberton[1].

[1]Hospital Juan A. Fernández, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: la microangiopatía trombótica glomerular (MATG) se caracteriza histológicamente por presentar lesión focal o difusa con signos de trombosis aguda o recanalizada. Los capilares glomerulares están ocluidos por depósitos de fibrina (trombo) y por células endoteliales que proliferan hacia la luz vascular. La inmunofluorescencia directa (ID) es positiva para fibrinógeno. Los pacientes con síndrome anti-fosfolípido (SAF) primario o asociado a lupus eritematoso sistémico (LES), que desarrollan MATG, pueden evolucionar a insuficiencia renal terminal (IRT)

Presentación de los casos:

Caso 1: paciente de sexo femenino, 45 años de edad, con diagnóstico de LES y SAF caracterizado por tres abortos espontáneos, ACV isquémico, anticoagulante lúpico (AL) positivo y anticardiolipinas (aCL) positivas. En su evolución desarrolla hematuria y proteinuria. Se practica tres punciones biopsias renales (PBR). Primera PBR: glomerulonefritis (GNF) proliferativa mesangial, segunda PBR: GNF proliferativa difusa, y tercera PBR: glomérulos esclerosados con fibrosis intersticial, atrofia tubular y severa reducción de la luz arteriolar por hipertrofia miointimal y presencia de trombos. La ID muestra depósitos de fibrinógeno, IgM, C3 y C1q. Esta tercera PBR se practica ante la persistencia de sedimento urinario patológico, a pesar de recibir tratamiento inmunosupresor (ciclofosfamida 9g totales y meprednisona en altas dosis) y anticoagulación oral (ACO). Actualmente se evalúa tratamiento a seguir.

Caso 2: paciente de sexo femenino, 27 años de edad, con diagnóstico de LES asociado a AL persistentemente positivo. Cuatro años después del diagnóstico de LES presenta hematuria y proteinuria por lo que se practica PBR que informa: glomérulos aumentados de tamaño, con capilares dilatados y ocluidos por presencia de trombos; hiperplasia de la capa muscular de las arteriolas hiliares; atrofia tubular focal y fibrosis y fibrosis intersticial moderada. Arteriolas intersticiales con moderada a severa hipertrofia de su capa muscular y presencia de trombos que ocluyen totalmente la luz. La ID evidencia mínimos depósitos de IgM. Simultáneamente desarrolla hemorragia alveolar y miocardiopatía dilatada con hipokinesia global. Inicia tratamiento con metilprednisona, gamaglobulina, ciclofosfamida y ACO. Evoluciona estable y sin recaídas.

Caso 3: paciente de sexo femenino, 36 años de edad, con diagnóstico de SAF primario (cinco fetos muertos, AL positivo, aCL positivas y anti-beta 2gp1 positivas). En el puerperio de su séptimo embarazo desarrolla insuficiencia renal aguda (IRA). Se practica PBR que muestra glomérulos esclerosados, alteraciones isquémicas, arrugamientos, colapsos e irregularidades con imágenes de doble contorno, mesangiolisis, y trombos intracapilares. Arteriolas intersticiales e hiliares ocluidas por hipertrofia miointimal concéntrica y presencia de trombos intramurales. La ID evidencia depósitos de IgM, C3 y fibrinógeno. A los pocos días desarrolla ACV isquémico, TVP de miembros inferiores, miocardiopatía hipertrofica con depresión de la función sistólica, y derrame pericárdico. Es tratada con meprednisona, heparina sódica y ACO. Evoluciona a IRT

Discusión:

- 1- Las PBR de las pacientes confirman diagnóstico de MATG
- 2- En los tres casos, la MATG se asoció a otras manifestaciones clínicas de SAF con microangiopatía trombótica
- 3- En caso 1 la ACO no previno la MATG
- 4- En caso 3 la MATG evolucionó a IRT

203

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

FIEBRE MEDITERRANEA FAMILIAR. A PROPOSITO DE UN CASO.

P. Alba[1], G. Subils[1]*, L. Maurelli Torres[1], P. Asbert[1], C. Gobbi[1], A. Babinij[2], M. Yorio[2].

[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

[2]Hospital Italiano, Argentina

[*] Presentador

Introducción: la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) es una enfermedad hereditaria caracterizada por episodios cortos de fiebre recurrente, peritonitis, pleuritis y sinovitis. Afecta principalmente a pacientes de origen judío, armenio y árabes. **Caso Clínico:** mujer de 18 años de origen judío sefaradí que desde los 15 años comienza con periodos de febrícula de 37.5 de 4 o 5 días acompañados de dolor pleurítico y pericárdico y sinovitis de muñecas autolimitados con respuesta a ibuprofeno en total 4 episodios al año. Laboratorio: reactantes de fase aguda (VSG y PCR elevados ≥ 80 y de 40 respectivamente). TSH y T4 libre normales. Rx de tórax normal, ecografía abdominal normal. Serologías para CMV, EB, hepatitis A, B, C, HIV y Parvovirus B19 negativos. En año 2011 aumento de frecuencia de episodios cada 30 días con fiebre de 38.5 acompañados de dolor pleurítico, pericárdico, abdominal, y artritis de muñecas con pobre respuesta a los antiinflamatorios no esteroides, no pérdida de peso, no alopecia, no lesiones cutáneas, no fotosensibilidad, no raynaud, no compromiso del estado general, no adenopatías. Elevación de VSG 44/H, PCR positiva, ferritina normal. Anticuerpos ANA, ds-DNA, ENA, ANCA y FR negativos. Serología para hepatitis B, C, HIV, CMV y VEB negativos. Tomografía de tórax de alta resolución normal y ecocardiograma modo B normal. Perfil hormonal normal. Estudio de mutación del Gen MEFV E148Q exón 2 y M694U exón 10 positivos homocigotas. Comienza tratamiento con colchicina 1mg/día con buena evolución clínica. Conclusión: la FMF debería ser incluida como causa de fiebre periódica y episodios de serositis y artritis en ciertos grupos étnicos.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE PRESENTACION EN EMBARAZO

G. Subils[1]*, L. Propato[2], F. Guarneri[2], M. Ochandorena[2], M. Buteler[1], E. Albiero[1], C. Gobbi[1], P. Alba[1],
 [1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina
 [2]Hospital Materno Neonatal, Argentina
 [*] Presentador

La presentación del LES en embarazo es poco frecuente, y el diagnóstico diferencial con entidades propias del mismo puede ser difícil. Cuando el diagnóstico de LES es sospechado, el tratamiento debe ser iniciado para mejorar el pronóstico materno y fetal. Objetivo: describir las características clínicas de LES de presentación en el embarazo y el pronóstico materno y fetal. Pacientes y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de LES de presentación en embarazo acorde a criterios ACR asistidos en el Hospital Materno Neonatal de Córdoba en los últimos 5 años. Se evaluaron datos demográficos, manifestaciones clínicas y serológicas, el tratamiento recibido y la morbilidad materna neonatal. Resultados: El número de pacientes fue de 10. La edad materna de 27.1±2 años y el 90% de etnicidad mestiza. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron trombocitopenia (100%), compromiso renal (71%) en un 57% con insuficiencia renal, 40% artritis y 20% compromiso cutáneo. Los anticuerpos antinucleares fueron (+) en el 100% de los casos, 71% con anti-ds-DNA (+) y el 57% presente AAF (+). El diagnóstico fue realizado en el 2° trimestre en el 86% de los pacientes y el 71% desarrolló preeclampsia. Todos los pacientes recibieron tratamiento con esteroides, HCQ y terapia antihipertensiva; el 90% recibió azatioprina. En 6 pacientes se le realizó biopsia renal en el puerperio revelando GMN clase IV G en 5 pacientes y 1 Clase V con hallazgos de nefropatía por SAF en 2 de ellos. No hubo mortalidad Materna ni neonatal. Conclusión: El compromiso renal y hematológico fueron las manifestaciones más frecuentes. El diagnóstico y tratamiento precoz permiten buenos resultados materno-fetales.

INSUFICIENCIA AORTICA GRAVE COMO DEBUT DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL (EAJ)

A. Pringe[1]*, M. Brusco[1], J. Gomez Sosa[1],
 [1]Hospital Pedro De Elizalde, Caba, Argentina
 [*] Presentador

El compromiso cardiovascular en EAJ se observa en una baja frecuencia (5%) en pacientes pediátricos y en general a mas de 15 años de evolución, siendo precedido por la enfermedad articular en su mayoría.

Objetivo: Comunicar un paciente con debut de EAJ con enfermedad aortica valvular grave.

Se trata de un adolescente, de 12 años de edad, sexo masculino al que en un control de salud escolar se le detecta un soplo. Se interna, y se diagnostica insuficiencia aórtica y mitral severas, con dilatación severa de VI.

Es evaluado en el Hospital Elizalde, confirmando hallazgos ecocardiográficos compatibles con carditis reumática pura (no refería antecedentes de compromiso articular) interpretándose como Fiebre Reumática aguda por lo que inició tratamiento con meprednisona 1mg/kg/día, diuréticos y digitales penicilina benzatínica profilaxis mensual. El laboratorio mostraba ESD: 34 mm, PCR (-), hipergamaglobulinemia, curva de ASTO positiva. Se programa Cirugía de reemplazo valvular Aórtico por el severo compromiso.

Ai 4to mes comienza con poliartralgias en tobillos y región lumbosacra que genera progresiva limitación. Al examen se detecta artritis asimétrica de miembros inferiores, con entesitis y dolor sacroiliaco unilateral. El laboratorio demuestra ESD 130 mm, PCR 10.7 mg/dl. Con diagnóstico probable de EAJ inicia indometacina, se suspende cirugía de reemplazo valvular. Centellograma óseo demuestra compromiso sacroiliaco derecho, rodilla, entesitis calcáneo, apofisis L5. HLA B27 positivo. Se revaloran estudios cardiológicos con Ecocardiograma 3D y se arriba a conclusión de Insuficiencia Aórtica severa con signos de aortitis asumiendo el compromiso aórtico (válvula, anillo y pared) precediendo al debut de la enfermedad articular.

Reinicia tratamiento con corticoides 1 mg/kg, metotrexato 10 mg/m2, con mejoría franca de compromiso articular, pero sin mejoría de insuficiencia cardíaca.

Se realiza Cirugía de reemplazo valvular con válvula mecánica St Jude N° 18. Inicia anticoagulación. La anatomía patológica demostró signos de aortitis sumados al compromiso valvular. Presenta rápida recuperación postoperatoria inicial

A los 23 días del postoperatorio se interna con Sepsis secundaria a Mediastinitis por S aureus metilicino sensible. Se realizó toilette de lecho quirúrgico. A la semana desarrolla Hemorragia intraventricular, ingresa en ARM y fallece a las 48 hs.

Conclusión: Se destaca la importancia de extremar el diagnóstico diferencial frente a un cuadro clínico sospechoso de Fiebre Reumática así como también el inusual comienzo de la EAJ en este paciente .

C. Crow[*], J. Duarte, A. Bertotti

1 Hospital Aleman, Caba, Argentina

[*] Presentador

Introducción: el síndrome de Sjögren (SS) es un desorden inflamatorio crónico que se caracteriza por disminución de la secreción lagrimal y salival, conformando un complejo sicca. Estas manifestaciones de ojo y boca seca, están presentes en la mayoría de los pacientes, siendo las únicas en un 31% de los casos. Los pacientes con SS pueden tener también manifestaciones extraglandulares que comprometen numerosos tejidos, como el tejido nervioso central y periférico.

Caso: paciente de sexo femenino de 67 años, que consultó por parestias en región facial izuierda Interrogatorio negativo para sicca u otras manifestaciones. Sin antecedentes conocidos. Examen físico: bocio y osteoartritis. Laboratorio: FAN (-), latex (-), Ro: 57. La (-). TSH: 11,8. Vit D: 13. Ac antitiglobulina(+) y antiperoxidasas(+). colesterol 290. Hemograma, plaquetas, hepatograma, proteinograma electroforético normal. RMN cerebral: microangiopatía. Potenciales Evocados trigeminales: normales. Blink reflex: Normal. Biopsia de glándula salival menor: sialoadenitis linfocítica local, componente salival de SS. Foco Score: 2.6/4mm2.

Discusión: El compromiso del sistema nervioso periférico se presenta en un 10% de los casos y puede preceder al diagnóstico del SS en un 80%. En la literatura se han reportado diferentes cuadros neurológicos periféricos y centrales. La neuropatía trigeminal sensitiva pura se presenta en un 17% de los casos, se manifiesta como parestias en el área trigeminal, respetando a menudo la rama oftálmica. La biopsia de glándula salival menor debe realizarse para confirmación diagnóstica en los casos de sospecha de SS y para descartar otros diagnósticos diferenciales

El SS debe ser tenido en cuenta en la evaluación diagnóstica de pacientes con manifestaciones neurológicas del sistema nervioso periférico, aunque no exista sicca. Debe considerarse realizar una biopsia de glándula salival menor, para su consideración diagnóstica

MIELITIS LUPICA

F. Arcondo[1], A. Odzak[1], M. Zylberman[1], S. Sosa[1]*, F. Di Tullio[1], A. Wachs[1],
 [1]Hospital Agudos Cosme Argerich, La Boca, Argentina
 [*] Presentador

Introducción: La mielitis lúpica es de baja prevalencia (1-2%) y en el 39 % de los casos es la manifestación inicial del Lupus eritematoso sistémico. Resulta fundamental un diagnóstico precoz ya que el retraso en el tratamiento provoca mayor discapacidad y secuelas. **Presentación de caso:** Hombre de 30 años con antecedentes de fiebre, poliartralgias, artritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones que consulta por paraparesia progresiva (3/5) de cuatro días de evolución, constipación y retención aguda de orina. El examen físico demostró la presencia de TA 180/100, edemas 2/6 miembros inferiores, globo vesical, paraparesia flácida moderada, hiporreflexia patelar y aquiliana y ausencia de nivel sensitivo. Fondo de ojo normal. Se realiza resonancia magnética de columna y cerebro que evidencia áreas focales hiperintensas a nivel de región protuberancial y mesencéfalo posterior con compromiso periaquecuductal en secuencias T2 y FLAIR. En columna dorsolumbar: se evidencia en T2 imagen hiperintensa longitudinal intramedular de D5 a D10. Hallazgos compatibles con probable mielitis a determinar. Líquido cefalorraquídeo: 320 leucocitos (80%) mononuclear, hipoglicorraquia (20 g/l) e hiperproteinorraquia 1.61 (g/l). Directo y cultivos negativos para gérmenes comunes. PCR para TBC y neurovirus (-); lámpara de hendidura normal. HIV (-). Se constata hematuria en rango glomerular y proteinuria en rango nefrótico. Con diagnóstico presuntivo de mielitis transversa en contexto de lupus eritematoso sistémico y glomerulonefritis lúpica asociada se inicia metilprednisolona EV 1g/d (3 dosis) y pulso de ciclofosfamida (1g) al cuarto día de internación, observándose recuperación de la marcha y control esfinteriano al décimo día. Se recibe biopsia renal: Glomerulonefritis lúpica grado IV y anticuerpos ANA positivo (homogéneo 1/1280), antiDNA positivo (1/1280), C3:38.5 mg/dl, C4 2.66 mg/dl, Factor reumatoideo negativo, VDRL 16 dils con FTAbs (-). Ac anticardiolipina IgG (+). Se externa con metilprednisolona 60 mg/d VO y continúa con pulsos mensuales de ciclofosfamida. **Discusión:** la mielitis lúpica puede ser la manifestación inicial del LES. La fuerza muscular mayor a 3/5 al ingreso se asocia con un mejor pronóstico mientras que la edad, el sexo, la duración o actividad del lupus, el compromiso longitudinal en la resonancia, la concentración de proteínas en líquido cefalorraquídeo y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos no son variables de pronóstico significativas. El tratamiento temprano dentro de las dos semanas del inicio de la mielopatía se asocia a resultados clínicos favorables.

208

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA DE RODILLA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS GOTOSA CRONICA. REPORTE DE UN CASO.

D. Ajila Barreiro[1]*, C. Ascimani Peña[1], E. Kerzberg[1],
[1]Hospital Jm. Ramos Mejía, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La sinovitis vellonodular pigmentada (SVNP) puede presentarse a cualquier edad, el grupo etáreo más afectado es en la tercera y cuarta década de la vida, involucra a ambos sexos por igual, tiene una incidencia de 1.8 por cada millón de habitantes. Es una neoplasia de etiología desconocida, benigna, agresiva, con proliferación sinovial y depósitos de hemosiderina, que afecta de forma difusa el revestimiento sinovial de la articulación y de la vaina tendinosa. Puede evolucionar a una presentación maligna, pero es extremadamente raro. Hasta el 80% de los casos se da de forma unilateral en las articulaciones de las rodillas; también puede afectar otras articulaciones como la de los pies, tobillos o caderas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, con peso de 132 Kg. y talla de 175 cm, con diagnóstico de artritis gotosa crónica desde hace 5 años, en tratamiento irregular. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y tratamiento de larga data con diuréticos tiazídicos. Presenta poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones (carpo derecho, segunda y tercera interfalángicas proximales de manos, bilateral, codo y rodilla derecha) con períodos de actividad y remisión; bursitis y tofos en codo izquierdo. El cuadro tiene buena respuesta a tratamiento para artritis gotosa, excepto rodilla izquierda; se solicita Resonancia Magnética en donde se observa masa tumoral que invade la zona posterior de la cavidad articular, se realiza biopsia por artroscopia confirmando el diagnóstico de SVNP.

Discusión: Luego de una revisión exhaustiva, no se encontró estudios anteriores de asociaciones de SVNP en pacientes con Artritis gotosa. Incluso la aparición junto a otras patologías reportadas en las diferentes revisiones son más bien de tipo anecdóticas. Por este motivo nos pareció interesante realizar esta revisión en base a este caso, para hacer hincapié en que no debemos tener en mente solo a las infecciones y a las patologías cristalinas en pacientes con monoartritis crónica, sino que también pensar en un posible origen tumoral, mucho más si no responden a tratamientos específicos.

Page 1/1

209

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

REPORTE DE UN CASO: QUILOTORAX Y QUILOASCITIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

E. Bresan[1], D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: Se definen quilotórax y quiloascitis como la presencia de linfa en la cavidad pleural y peritoneal secundaria a bloqueo o daño de conductos linfáticos. En el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), el mecanismo sería multifactorial. Existen 5 casos reportados por actividad de la enfermedad. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 36 años, LES desde los 21 años, quilotórax de 3 años de evolución interpretado como traumático. Se interna para estudio de síndrome ascítico edematoso. **Examen físico:** rash malar, livedo reticularis, derrame pleural bilateral. **Laboratorio:** FAN + 1/320 patrón Ho/Mo. Ac. DNA. Ro, La, Sm, RNP positivos. IL, aCL, anti beta 2GPI, crioglobulinas y Ac. celiaca negativos. C3 normal, C4 y CH50 bajos. Linfopenia sin leucopenia, PCR elevada. Hipoalbuminemia. Ig normales. Proteinuria de 24 hrs y sedimentario urinario normales. **Marcadores tumorales:** negativos. **Líquido ascítico:** 590 células/mm³ 89% linfocitos, células mesoteliales reactivas, ADA negativo, quilomicrones +, FAN + Ho 1/160 antiDNA + L. **Estudios de malabsorción:** Sudán III, clearance intestinal α 1, antitripsina, α 1 antitripsina sérica normal. **TAC de tórax:** Derrame pleural bilateral, engrosamiento de septos interlobulillares por distensión de linfáticos. **Espirometría:** restricción severa. **Ecosonido doppler:** derrame pericárdico leve a moderado. **PSAP:** 32 mmHg. **Centellograma corporal total:** sistema linfático permeable, calibre normal. A nivel pélvico trayecto irregular y tortuoso con dilataciones. **Evolución:** Se interpreta el cuadro como secundario a actividad, inicia 3 pulsos de 1g de metilprednisolona, seguido de meprednisona 60 mg. Reduce su peso en más de 10 kg y 10 cm de perímetro abdominal. **CONCLUSION:** La principal causa de serositis quílosa no traumática, es el linfoma. Se debe solicitar: examen citológico e histológico de pleura, peritoneo, MO e intestino y TAC toraco-abdomino-pelviaca. En nuestro caso, se descartó neoplasia. La presencia de linfopenia, rash malar e hipocomplementemia, orientaron a la actividad de la enfermedad como posible causa. La respuesta a GC sugeriría a la inflamación de conductos linfáticos como mecanismo causal. En pacientes con serositis quílosa idiopática el LES debe considerarse como diagnóstico diferencial.

Page 1/1

210

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

COREA COMO MANIFESTACION INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

A. Roggero[1]*, A. D'angelo[1], M. Jorfen[1], R. D'ippolito[1], P. Toni[1], D. Cera[1],
[1]Hospital De Emergencia Dr Clemente Alvarez, Rosario, Argentina
[*] Presentador

COREA COMO MANIFESTACION INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO D'Angelo AM; Roggero AP; Cera D; D'Ippolito R; Toni P; Jorfen M Servicio Clínica Médica. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Rosario. Santa Fe. **INTRODUCCION:** La corea figura entre las posibles formas de presentación del lupus eritematoso sistémico (LES) siendo infrecuente como manifestación inicial. Presentamos el caso de una paciente que presenta movimientos coreicos que conllevan al diagnóstico de LES. **CASO CLINICO:** Mujer de 18 años, que consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por movimientos coreicos de los 4 miembros y disartria. Examen físico: vigil, globalmente orientada, presentaba disartria, movimientos coreicos en los 4 miembros, hiperreflexia patelar bilateral, estable hemodinamicamente, afebril. Rx tórax, ECG, ecocardiograma y RMI de cerebro con contraste sin alteraciones. Laboratorio: Hto 37.7 %, Hb 12.6 mg/dl, GB 3900 mm³, plaquetas 169000 mm³, glicemia 104 mg%, uremia 25 mg%, Na 132 mEq/L, K 3.2 mEq/L, Ca 9.1 mg%, GOT 35 mU/ml, GPT 25 mU/ml, FAL 157 mU/ml, bilirrubina total 0.8 mg/dl, TP 9.9", KPTT 35", subunidad Beta negativo, VES 95, TSH y T4: valores normales, exudado faríngeo y antiestreptolisina O negativos, HIV negativo, VDRL: 1/16 dils, Fla- abs negativa, HVB y HVC: no reactivo. Látex AR y Rose Ragan: no reactivo. FAN: 1/5120 patente homogénea. Anticoagulante lupico 1.8. Anticardiolipinas: IgM 24 MPLU/ml, IgG 110 MPLU/ml. Anti beta 2 glicoproteína: IgM 46 SGU, IgG 128 SGU. Anti DNA: 1/30, ENA: 80 U. Complemento: C3 83 mg%, C4 6 mg%, CH50 10 U. Orina 24hs: proteinuria 0.16 gr/24hs. Hemocultivos: negativos. De acuerdo a los resultados serológicos, el cuadro clínico y sin otra causa de las manifestaciones neurológicas se arriba al diagnóstico de LES con manifestación neurológica. Se instaura tratamiento con haloperidol y corticoides, la paciente evoluciona con mejoría gradual de los movimientos coreicos y la disartria hasta su resolución. **DISCUSION:** Las manifestaciones neurológicas en el LES pueden ser comunes, dentro de ellas la corea es poco frecuente, y suele ir acompañada de otros síntomas neurológicos. Estudios previos en adultos han demostrado que las enfermedades neuropsiquiátricas en el LES se asocian significativamente con la presencia de anticardiolipinas y anticoagulante lúpico. Parece posible que la corea puede ser causada por mecanismos inmunes asociados con Síndrome Antifosfolípido o alteraciones de la microcirculación cerebral debido a la oclusión trombótica de los capilares. La presentación de corea en una paciente joven puede ser sugestiva de LES, y obliga a diagnosticar esta patología en forma temprana, ya que constituye un factor de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad.

Page 1/1

211

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

HISTOPLASMOSIS SIMULANDO PIODERMA GANGRENOSO EN ARTRITIS SERONEGATIVA

E. Bresan[1], D. Dubinsky[1], G. Nasswetter[1],
[1]Hospital De Clinicas Jose De San Martin, Caba, Argentina
[*] Presentador

La histoplasmosis es una micosis endémica provocada por el *Histoplasma Capsulatum*. Las lesiones cutáneas se hallan en 10 a 15 % de los pacientes, la vasculitis es poco frecuente, pudiendo llevar a un diagnóstico erróneo. El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad ulcerativa de la piel de origen desconocido. El diagnóstico diferencial incluye micosis profundas y vasculitis. **CASO CLINICO**

Mujer de 60 años con poliartritis seronegativa no erosiva de 13 años de evolución tratada con metotrexato, leflunomida y meprednisona. Se interna por úlceras cutáneas asociadas a celulitis.

Examen físico: úlcera en cara externa de tobillo y dorso de pie izquierdo (10 x 15 cm) con bordes irregulares, fondo necrohemorrágico, úlceras satélites de menor tamaño, sinovitis en 3° y 5° PIF derechas y muñeca izquierda. **Laboratorio:** complemento normal, FR, FAN, anticuerpos anti DNA, Ro, La, Sm, RNP, ACCP, aFL, crioglobulinas negativos. ANCA patrón atípico positivo 1/40.

Buena evolución de la celulitis con ATB aunque hubo progresión de las úlceras. Con diagnóstico presuntivo de PG, se inicia meprednisona 1mg/kg/día sin respuesta. **Biopsia de piel:** vasculitis necrotizante de pequeños vasos con granulomas extravasculares en empalizada. La PCR para *Histoplasma capsulatum* fue positiva en sangre y negativa en piel. Se suspende medicación inmunosupresora e inicia itraconazol con excelente respuesta.

CONCLUSIONES Presentamos una paciente con antecedente de artritis seronegativa no erosiva que desarrolló úlceras en miembro inferior izquierdo simulando un PG con hallazgo de vasculitis necrotizante en la biopsia y diagnóstico de histoplasmosis mediante PCR. La localización anatómica de las lesiones cutáneas ayuda a diferenciar el PG idiopático del infeccioso, pero la biopsia permite el diagnóstico e iniciar el tratamiento óptimo. Si existe progresión de la lesión con el tratamiento inmunosupresor se debería plantear nuevamente el diagnóstico, dado que el patrón histológico atípico de la histoplasmosis, sugiriendo vasculitis, hace necesario buscar un agente infeccioso con segunda biopsia y tinciones especiales para documentar histoplasmosis y realizar PCR en sangre entera en aquellos pacientes donde la metodología clásica arroja resultados negativos.

Page 1/1

MIOCLONIAS EN PACIENTE CON LUPUS

M. Calligaris[1][*], M. Moreno[1], F. Valtorta[1], A. D'angelo[1], S. Alfano[1], N. Mujica[1],
[1]Hospital De Emergencias Dr. Clemente Alvarez, Rosario, Argentina
[*] Presentador

MIOCLONÍAS EN PACIENTE CON LUPUS. Calligaris, M.; Valtorta F; D'Angelo A; Moreno M.C; Mujica N; Alfano S. Servicio de Clínica Médica. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez y Hospital Intendente Carrasco, Rosario, Provincia de Santa Fe. **Introducción:** La prevalencia de manifestaciones neurológicas en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es alta, y su presencia constituye un signo de mal pronóstico, pues conlleva una mortalidad de 45 % a los cinco años. Ellas pueden estar relacionadas con la afectación directa del sistema nervioso, ser secundarias a la disfunción de otros órganos perturbados por la enfermedad o a los tratamientos empleados. Presentamos el caso de un paciente con mioclonias asociadas a lupus. **Caso clínico:** Paciente masculino de 19 años con antecedente de convulsiones en la infancia, con diagnóstico de LES con nefritis lúpica tipo IV, en tratamiento con prednisona 1mg/kg/día, que consulta por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por mioclonias y convulsiones tónico clónicas generalizadas desencadenadas tras estímulos táctiles. Al examen físico presentaba mioclonias a predominio de miembros superiores y rostro que ceden con el sueño. En el laboratorio, anemia leve, normocítica normocrómica, látex AR: 3UI/ml. FAN: + 1/2560, patente Homogénea. ENA reactivo, Anti DNA reactivo 1/1280, Anti-ds-DNA reactivo, Anti-Sm reactivo, C3: 25mg/dl, C4:5mg/dl, Anticoagulante lúpico 1 (ausente), Anticardiolipinas, B2 glicoproteína, pendiente resultados. Presenta RMI y TAC de cráneo, y EEG sin alteraciones. Se interpreta el cuadro como neurolupus. Se realizan pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida endovenosa seguido de prednisona a 1 mg/kg/día y anticonvulsivantes. **Discusión:** La afectación del sistema nervioso es una de las principales causas de morbilidad en pacientes con LES, que se traduce en una gran variedad de manifestaciones clínicas, trastornos psiquiátricos o convulsiones. Aunque los síntomas neuropsiquiátricos pueden aparecer en cualquier momento de la evolución del LES, es más frecuente que coincidan con una exacerbación durante los 2 primeros años de la enfermedad. Pueden ser el resultado de un fenómeno primario relacionado directamente con la patogenia autoinmune del LES o bien un evento secundario. El neurolupus es un diagnóstico de exclusión. El LCR es típicamente normal y el electroencefalograma con frecuencia patológico, pero inespecífico. La técnica de neuroimagen recomendada es la RMI, ya que detecta lesiones hasta en un 80% de sujetos con neurolupus. La evaluación de los pacientes con afectación del SNC es uno de los mayores retos en el manejo del LES. El problema más importante es la necesidad urgente de decidir si la afectación cerebral es orgánica o funcional y si es primaria o secundaria a otros eventos que acontecen en el curso de la enfermedad.

En el caso de nuestro paciente, cabe destacar, que las mioclonias son manifestaciones neurológicas infrecuentes en el neurolupus, por lo que consideramos necesario e importante tener en cuenta esta forma de presentación.

Page 1/1

ESTUDIO DE PACIENTES LUPICOS MUJERES VS HOMBRES DE UN UNICO CENTRO

M. Schmid[1][*], S. Páira[1],
[1]Hospital Jm Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El LES tiene una incidencia en varones =4% a 22%. Diversos autores observaron que la artritis, serositis y DNA son las manifestaciones mas prevalentes al inicio en hombres, presentando ademas un peor pronostico.

Material y Metodo: Estudio observacional y retrospectivo de historias clinicas del servicio de Reumatologia del Hospital JMCullen, identificándose 175 pacientes con LES (ACR 1982), desde julio 1987 hasta marzo 2012. Se compararon en ambos sexos: edad media al momento de la consulta (años) y al momento del diagnostico de LES (tiempo en que cumplió 4 criterios ACR), tiempo de evolución y de seguimiento del LES (meses). Se consignaron sintomas, signos clinicos, actividad (SLEDAI), laboratorio, presentados por los pacientes en la 1° consulta (1° contacto con el paciente por el LES:TD), Índice de daño acumulado (SDI), tratamiento y sobrevida en ambos grupos. Se compararon los pacientes LES masculinos con otras series.

Metodo Estadístico: Test de Chi-Cuadrado, exacto de Fisher, curva de sobrevida (Kaplan Meier). Se considera significancia alfa=0.05

Resultado: De 175 pacientes LES, 160 eran mujeres y 15 hombres (9%). Al comparar los pacientes de sexo masculino vs. Femenino, se observo que los primeros tenian mas fiebre (p<0.013), alopecia (p<0.05),serositis (p<0.002), linfopenia (p<0.02), VSG elevada (p<0.030) y mayor indice de daño acumulado (SDI) a predominio del compromiso Neuropsiquiatrico de manera estadisticamente significativa. No hubo diferencias en relación a la edad ,al momento de consulta,tiempo de evolución y seguimiento, tratamientos administrados ni sobrevida entre ambos grupos. Los datos observados en este estudio no difieren con la mayoría de las series publicadas.

Conclusión: 9% de los pacientes eran de sexo masculino, quienes presentaron mayor alopecia, fiebre, serositis, linfopenia y VSG elevada;mayor indice de daño al comienzo de la enfermedad,con compromiso neuropsiquiatrico en forma estadisticamente significativa. No hubo diferencias significativas, en tratamiento, actividad y sobrevida en ambos grupos.

Page 1/1

TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR Y VENAS RENALES EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET

E. Martínez[1], C. Urquiola[1], G. Rodríguez Gil[1], E. Castell[1][*],
[1]Irrredim, Bahía Blanca, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica de causa desconocida, que se caracteriza por el compromiso mucocutáneo y ocular recurrente. Afecta con mayor frecuencia a mujeres, aunque el compromiso es más grave en varones y ancianos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 50 años de edad con diagnóstico de Enfermedad de Behçet desde 2005. Siempre fue tratado con esteroides y colchicina. Durante su evolución presentó un episodio trombotico en 2005 y una neuritis óptica en 2008. En abril de 2012 presenta rebrote de su enfermedad, siendo medicado con Esteroides más Metotrexate. En Mayo de 2012, ingresa al servicio de internación por dolor abdominal de 10 días de evolución, difuso, con deterioro del estado general y febrícula. Se realiza ecografía abdominal que evidencia dilatación aneurismática de arteria mesentérica de 4 cm, de diámetro y aproximadamente 7 cm, de largo. Por Doppler se detecta también imagen compatible con trombosis de vena cava inferior y de ambas venas renales. En el laboratorio se observa eritrosedimentación elevada (120 mm), anemia normocítica, función renal conservada. No se pidieron anticuerpos anticardiolipinas dado que fue anticoagulado previamente. Se solicita angioresonancia para confirmar hallazgos previos, con resultados positivos. Se interpreta el cuadro como reagudización de su enfermedad de base y se inicia tratamiento con corticoides y azatioprina (para su enfermedad de base) y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (para la trombosis venosa profunda) con buena respuesta al mismo con desaparición del dolor abdominal y mejoría de los parámetros de laboratorio. Al alta, continúa con tratamiento inmunomodulador y anticoagulación oral, manteniéndose libre de síntomas hasta la fecha. Esta en plan de evaluación la resolución del aneurisma mesentérico. **Conclusión:** Presentar un paciente con Enfermedad de Behçet con complicaciones vasculares poco frecuentes, por lo que es importante, frente a síntomas abdominales intensificar su evaluación con métodos de imágenes.

Page 1/1

PANUVEITIS BILATERAL ASOCIADA A POLICONDRITIS RECIDIVANTE

A. Casabona[1][*], M. Krenr[1], M. Felia[1], N. Ruiz Casanova[1], R. Acosta[1], G. Grosso[1],
[1]Hospital San Roque, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad multisistémica rara, autoinmune, caracterizada por episodios recurrentes de inflamación y destrucción de los tejidos cartilagosos.

CASO CLÍNICO: Varón, 47 años, consulta en marzo de 2011 por desprendimiento de retina de ojo izquierdo secundario a uveítis posterior, de un mes de evolución, tratado con meprednisona 80mg/d y corticoide local sin respuesta. Además, rinorrea, secreciones nasales por orofaringe y tos seca de 5 meses de evolución. **Laboratorio:** VSG: 50mm/h; Proteína C Reactiva: 1/80; Serología negativa para Toxoplasmosis, CMV, VDRL, HIV, AgHBs, Anti VHC, ANA, AntiDNA, ACL, AL, ANCAP y ANCA. HLAB27y PPD (-). Se realiza virectomía y cirugía de retina, constándose desprendimiento total, compromiso macular, intensa fibrosis e isquemia generalizada. Se continua con meprednisona 60mg/d disminuyendo en forma escalonada la dosis. En agosto de 2011 comienza con vértigo, ojo derecho rojo, doloroso y visión borrosa. **Examen Físico:** inyección conjuntival mixta, edema de córnea, cámara anterior forme, tyndall (+), membrana flotante, midriasis pupilar media hiporeactiva, catarata subcapsular posterior. Presión intraocular: 27/3 mmHg. Condritis nasal con deformidad en silla de montar. Hipoacusia derecha neurosensorial y neumonías a repetición. **Biopsia de mucosa nasal:** hiperqueratosis, acantosis, foco de necrosis e infiltrado inflamatorio mononuclear. **Tomografía de tórax:** disminución del calibre de la traquea (10mm). Se diagnostica PR, según criterios de Mc Adams y Michet y se decide realizar 3 pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con buena respuesta.

DISCUSIÓN:

1- La afectación ocular es común en la PR, pero la panuveítis bilateral es de presentación excepcional y puede poner en peligro la visión.

2- Es importante sospecharla clínicamente ya que no existen pruebas específicas, y el diagnóstico temprano podría evitar la ceguera.

Page 1/1

TOCILIZUMAB EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA, ANTE LA FALLA DE TRES BLOQUEANTES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (ATNF). EXPERIENCIA DE DOS CASOS.

R. García Salinas[1]*, S. Magri[1], P. Arturi[1], D. Giacomone[1], A. Arturi[1],
[1]Área De Reumatología Y Enfermedades Autoinmunes, Hospital Italiano De La Plata, La Plata, Argentina
[*] Presentador

En psoriasis en placa como en artritis psoriásica, luego de la falla a drogas modificadoras, los aTNF son la opción para continuar con el tratamiento. En Argentina los aTNF aprobados para estas patologías son el infliximab, el adalimumab y el etanercept. Un problema difícil de resolver es la falta de eficacia o presencia de eventos adversos cuando se han utilizado los tres disponibles, en estos casos tocilizumab podría ser una opción de uso. **Objetivo:** Describir la eficacia y la seguridad de tocilizumab en dos casos de psoriasis y artritis psoriásica, que fallaron a tres aTNF. **Desarrollo:** Caso 1: paciente femenina de 45 años de edad con diagnóstico de psoriasis y artritis psoriásica, sin compromiso axial, de 10 años de evolución, cumpliendo criterios de CASPAR: psoriasis en piel, artritis periférica, distrofia ungueal, factor reumatoideo negativo y evidencia de proliferación ósea en radiografías. Luego de haber recibido combinación de Metotrexato 25 mg parenteral con leflunomida 20 mg por día oral, se inició terapia biológica con etanercept durante 1 año, luego, por falla secundaria, infliximab 4 meses y por nueva falla secundaria se pasó a adalimumab 40 mg, con falla primaria a los 3 meses de iniciado, con los siguientes parámetros clínicos: DAS28: 5,8, HAQ: 1,2, PASI: 39,2; reactivos de fase aguda, ERS: 56, PCR: 18. Se inició Tocilizumab a dosis de 8 mg/kg/ dosis EV. Datos clínicos a los 6 meses DAS28:6,2, HAQ: 1,2, PASI: 38; reactivos de fase aguda ERS: 40, PCR: 12 y evidencia clara de progresión de la enfermedad. Caso 2: paciente femenina de 42 años con diagnóstico de psoriasis y artritis psoriásica, sin compromiso axial, 14 años de evolución, cumpliendo criterios de CASPAR: psoriasis en piel, artritis periférica, factor reumatoideo negativo y evidencia de proliferación ósea en radiografías. Luego de haber recibido Metotrexato 25 mg parenteral por más de 3 años, se inicia terapia biológica con infliximab durante 1 año, luego por falla 2ra, etanercept por 7 meses y por nueva falla 2ra se roto a adalimumab 40 mg, con falla primaria, con los siguientes parámetros clínicos: DAS28: 6,13, HAQ: 2, PASI: 39; reactivos de fase aguda ERS: 80, PCR: 26, se decidió iniciar Tocilizumab a dosis de 8 mg/kg/ dosis EV cada 4 semanas. Datos clínicos a los 6 meses DAS28: 3,2, HAQ: 1, PASI: 25; reactivos de fase aguda ERS: 20, PCR: 6 y evidencia de mejoría de la enfermedad. **Conclusión:** Podemos observar dos casos de falla a tres terapias biológicas aTNF, con similares características. Actualmente solo contamos con algunos reportes de casos de tratamientos de esta patología con Tocilizumab, por lo tanto es escasa información al momento de la toma de decisiones. En nuestra experiencia contamos con dos tipos de respuesta distintas documentados con la clínica, uno con empeoramiento y otro con mejoría demostrable.

Page 1/1

PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO PRESENTACION DE AR

N. Manzano[1]*, J. Selser[1], J. Bouzat[1], A. Turano[1], P. Pascual[1], A. Riopedre[1],
[1]Hospital Agudos Cosme Argerich, La Boca, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La pericarditis constrictiva es una manifestación inicial infrecuente de la Artritis Reumatoidea. Se ve en varones seropositivos entre la quinta y sexta década de la vida, artritis reumatoidea nodular y de larga evolución. Es mandatorio el tratamiento de la enfermedad reumatológica y pericardica para evitar las complicaciones de esta enfermedad. **Presentación de caso:** Varón de 66 años, tabaquista (80 paquetes/año). Consulta por disnea clase funcional III-IV, edemas en miembros inferiores y dolor pleurítico de tres semanas de evolución. Al ingreso TA 180/100 taquicárdico, taquipleico, regular mecánica ventilatoria con matidez hasta D5. Edemas infrapatelares, hepatomegalia y artalgias en articulaciones metacarpofalángicas. Electrocardiograma :taquicardia sinusal, microvoltaje, ondas T negativas de V1 a V5. Radiografía de tórax :opacidad homogénea de concavidad superior en campo medio y base pulmonar derecha compatible con derrame pleural. Tomografía de tórax,abdomen y pelvis con derrame pleural derecho, engrosamiento pericárdico homogéneo sin calcificaciones y dilatación de Vena cava inferior. Ecocardiograma doppler compatible con pericarditis constrictiva. Cineconorangiografía normal. Laboratorio con Factor reumatoideo(-) con antipeptidos citrulinados 348 UI/ml, Factor antinuclear 1/80 patrón nucleolar, anti DNA no reactivo. Líquido pleural 125 células 95% monocelulares (exudado), citología (-), cultivo y directo BAAR y gérmenes comunes (-), PCR M. Tuberculosis (-), ADA (-).Evoluciona con artritis de campo y rodilla con radiografías normales y se solicita nuevo Factor Reumatoideo: positivo. Se inicia metotrexate 10 mg semanales y glucocorticoides 8 mg/día con diagnóstico de artritis reumatoidea temprana. Se indican diuréticos para tratamiento sintomático de la pericarditis constrictiva con buena respuesta clínica. Conducta expectante en cuanto a pericardiectomía. Actualmente en seguimiento conjunto con reumatología en tratamiento con DMARD. **Conclusión:** La pericarditis constrictiva representa el 5% de las afecciones cardíacas de la artritis reumatoidea y es infrecuente como manifestación inicial extraarticular de la enfermedad, una vez diagnosticada debe tratarse precozmente junto a la enfermedad reumatológica para evitar consecuencias clínicas de su progresión.

Page 1/1

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: PRESENTACION DE CINCO CASOS

M. Dondio[1]*, L. Oga[1], M. Foglia[1], R. Acosta[1], N. Ruiz Casanova[1], G. Grosso[1],
[1]Hospital San Roque, Cordoba, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Still del Adulto (ESDA), suele presentarse como fiebre de origen desconocido, rash cutáneo y artritis leve. Su diagnóstico precoz es difícil, obliga a descartar infecciones, neoplasias y conectivopatías. Se describe una variante paraneoplásica. La falta de marcadores serológicos y la ambigüedad de presentación hacen que su diagnóstico constituya un verdadero desafío

OBJETIVO: Reportar 5 casos de ESDA y comparar los datos obtenidos con resultados de otras series.

CASOS CLÍNICOS: Se identificaron 5 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Still del Adulto (Yamaguchi 1992, Fautrel 2002) en quienes se descartaron procesos infecciosos, neoplásicos y autoinmunitarios. Se recogieron datos de manifestaciones clínicas y analíticas, evolución y tratamiento indicado.

ANÁLISIS: De los 5 casos 4 fueron mujeres, entre 16 y 77 años de edad; 2 pacientes fueron mayores de 50 años (51 y 77).

Todos presentaron fiebre en picos mayor de 39°C de 1 semana de duración, eritema asalmado evanescente coincidente con registros febriles, leucocitosis mayor de 10000 con 80% de neutrófilos y odinofagia. Hubo artalgias de grandes y pequeñas articulaciones, simétrica de más de 15 días de evolución 3/5 oligoartritis simétrica 2/5, Adenopatías, esplenomegalia 2/5 casos. Otras manifestaciones clínicas fueron: mialgias y debilidad muscular (2 casos), dolor abdominal y compromiso pulmonar (1 caso), diarrea y vómitos (1 caso). Todos registraron ferritina sérica entre 1398 y 4058 ng%, FR y ANA negativos, hubo aumento de GOT (76-327) GPT (35-309) GGT (65 y 404) FAL (251-784) LDH (555-802) y VSG >100 mm en 4 pacientes y 1 caso con aumento de bilirrubina y proteinuria.

Respecto de los antecedentes patológicos 1 paciente refirió vitiligo, otro paciente, diabetes tipo 2, tuberculosis y cáncer de mama y otro, microlitiasis renal.

El tratamiento incluyó metprednisona y AINES (5/5), en dos pacientes se agregó metotrexato y una recibió hidroxiquinolina. Dos recibieron antibióticos y 1 tratamiento tuberculostático empírico, suspendidos en todos los casos por falta de respuesta.

El retraso diagnóstico máximo fue de ocho años. La evolución fue buena, de curso monocíclico, en los 3 pacientes menores de 50 años. Los mayores tuvieron mala evolución y sufrieron complicaciones, tales como coagulación intravascular diseminada y síndrome de distrés respiratorio del adulto, que terminaron en óbito.

CONCLUSIÓN: Los datos obtenidos en nuestra serie son similares a los obtenidos por otros autores como Reginato, Riera Alonso, Wouters, Ota, Cush y Appenzeller.

Page 1/1

HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA, PÚRPURA DE HENOC SCHÖNLEIN. REPORTE DE CUATRO CASOS

D. Vidal[1]*, M. Rama[1], L. Franco[1], M. Apaz[1],
[1]Hospital De Niños De La Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) es la vasculitis primaria aguda más frecuente en los niños. Clínicamente incluye: rash papuloeritematoso, artritis, dolor abdominal y nefritis. Las bullas hemorrágicas son una presentación rara en niños, su incidencia es del 2%. La presencia de tales lesiones no parecería ser pronostica ni estar asociada a nefritis. En la mayoría de los casos el tratamiento es conservador pudiendo utilizarse corticoides para los casos de gravedad. El curso es benigno en la mayoría de los pacientes. **Caso Clínico I:** Adolescente, 15 años, antecedente PHS 2 años previos que presenta lesiones maculopapulares y de aspecto flictenular con centro violáceo en ambos miembros inferiores. Hallazgos clínicos: Dolor y edema de ambos tobillos, lesiones papuloeritematosas puniformes en torax, miembros superiores e inferiores, lesiones ampollares de 10 cm de diámetro, de contenido hemático en miembros inferiores. Presentó compromiso intestinal. Métodos Complementarios: ecografía abdominal: engrosamiento del antro gástrico, hematoma pared duodenal. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica, depósitos granulares de Ig A y C3 en vasos de dermis superficial. Tratamiento: pulsos de metilprednisolona.

Caso Clínico II: niño, 8 años previamente sano, que presenta lesiones purpúricas en MMII. Hallazgos clínicos: Abundantes lesiones purpúricas confluentes en los 4 miembros y tronco, lesiones ampollares de contenido turbio en dorso de ambos pies, edema en ambos tobillos y muñecas. Tratamiento: metilprednisolona VO 2 mg/kg/día.

Caso Clínico III: niño, 5 años, presenta lesiones petequiales en MMII, dolor en tobillos y manos. Hallazgos clínicos: púrpura palpable y lesiones vesiculosas de contenido serohemático en miembros inferiores, gluteos, antebrazo, manos e hipogastrio. Artritis ambos tobillos, y dolor abdominal. Métodos complementarios: biopsia de piel: vasculitis neutrofílica de pequeños vasos. Lesiones necróticas en epidermis con depósito de Ig A. Tratamiento: metilprednisolona VO 2 mg/kg/día

Caso Clínico IV: niña, 5 años antecedente de PHS 3 meses previos, tratada con pulsos de metilprednisolona por compromiso abdominal que 5 días previos a la consulta comienza con fiebre, vómitos con sangre, hematuria y artritis. Hallazgos clínicos: púrpura palpable generalizada pruriginosa, lesiones ampollares penetrantes en miembros inferiores de contenido serohemático. Métodos complementarios: sedimento urinario patológico, ecografía abdominal: engrosamiento de pared de colon ascendente. Tratamiento: metilprednisolona VO 2 mg/kg/día

Discusión: Si bien desde 1990 se han propuesto criterios para su diagnóstico, presentaciones atípicas, como las ampollares, nos obligan a replantearnos el diagnóstico de una patología que de otra manera no presentaría grandes dificultades en su evaluación diagnóstica.

Page 1/1

220

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ERITROMELALGIA: REPORTE DE CASOS

D. Vidal[1]*, M. Rama[1], L. Franco[1], M. Apaz[1],

[1]Hospital De Niños De La Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Introducción: raro síndrome clínico definido por la tríada de eritema, hipermia y dolor intermitente de las extremidades. Incidencia de 0,25 a 1,5/100.000 personas/año. La forma idiopática o primaria, más frecuente, aparece más comúnmente antes de los 30 años. Su origen es desconocido. La forma secundaria se asocia a condiciones tales como diabetes, lupus, hipertensión o procesos mieloproliferativos. No existen tratamientos con efectos estandarizados, aunque hay reportes de combinaciones de drogas con variados resultados.

Típicamente presenta un curso crónico y se asocia con una considerable discapacidad durante los episodios. **Caso I:** Niña, 11 años, antecedente eritema, edema y dolor en ambas manos y pies con distribución en guante y calcetín que calmaba al sumergirlos en agua fría. Signos de maceración en dorso de manos y descamación. Hiperestesia de la piel afectada. Valoración psicológica: componente emocional debido a disfunción familiar por proceso de separación de los padres. Tratamiento: metadona, clonazepam, gabapentina, lidocaína (goteo continuo) ibuprofeno y aspirina. Permaneció internada 10 días. Tratamiento ambulatorio: gabapentina y psicoterapia.

Caso II: Niño, 12 años, presentó dolor urente, eritema y edema en región palmo plantar bilateral. El dolor calmaba al sumergir los miembros en agua fría. Eritema malar. Hiperestesia en las cuatro extremidades. El cuadro se inició tres semanas previas. En tratamiento psicológico debido a la reciente muerte de su madre. Tratamiento: clonazepam, gabapentina, codeína y paracetamol. Se observó respuesta fluctuante al tratamiento. Se agregó: lidocaína (goteo continuo) y escitalopram. Internado por 15 días. Tratamiento ambulatorio: codeína, paracetamol, gabapentina, clonazepam, escitalopram y psicoterapia. Luego de 21 días reingresa con recaída. Se mostró descontrolado, violento, refirió alucinaciones y miedo a la muerte. Se agregó citrato de magnesio, risperidona y se realizó bloqueo raquídeo L1-L5 con bupivacaína y fentanilo. Luego de 17 días se dio el alta con: gabapentina, clonazepam, escitalopram citrato de magnesio, risperidona, ibuprofeno y psicoterapia.

Caso III: Niña, 11 años, antecedente de edema y peticas en muñecas, manos y tobillos, dolor urente y eritema en manos, antebrazos y cara que alivia bajo agua fría. Historia de tratamientos psiquiátricos por mala relación con miembros de su familia y problemas de adaptación escolar. Se indicó codeína y naproxeno. Pasados 10 días, empeora el dolor en manos y cara por lo que se internó. Tratamiento: ibuprofeno, codeína, clonazepam, lidocaína (goteo continuo) y gabapentina. Luego de 48 hs. se otorgó alta con codeína, gabapentina y clonazepam. **Discusión:** Si bien este raro trastorno ha sido asociado a trastornos orgánicos de diversa índole, en nuestros casos el factor común fue un desequilibrio emocional o psiquiátrico

Page 1/1

221

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

POLIARTRITIS NODOSA EN PEDIATRÍA

M. Ramos[1]*, D. Vidal[1], L. Franco[1], M. Apaz[1],

[1]Hospital De Niños De La Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina
[*] Presentador

Introducción

La Poliarteritis Nodosa es una vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre comprometiéndose más frecuentemente piel, nervios periféricos, articulaciones y riñón. Rara en la infancia, existen dos formas de la enfermedad, cutánea y sistémica, siendo la primera más frecuente en pediatría.

Presentación de casos

Entre los años 2005 y 2011 se presentaron 4 casos de Poliarteritis Nodosa, con edades comprendidas entre los 2 y 11 años. La relación hombre/mujer fue de 1. Dos pacientes presentaron forma cutánea mientras que los otros 2 restantes desarrollaron polineuritis y compromiso renal. Todos presentaron síntomas constitucionales (fiebre, decaimiento, pérdida de peso). Las manifestaciones cutáneas fueron variadas: peticas en un paciente, lesiones nodulares dolorosas en cara, tronco y miembros en los cuatro niños, lesiones eritematosas y cianóticas con necrosis central e isquemia digital y de la punta de la nariz en una paciente. Artritis de grandes articulaciones (rodillas, tobillos, muñecas) en todos los casos. El compromiso renal se presentó en 2 pacientes, con proteinuria, hematuria, función renal alterada e hipertensión arterial, en uno de ellos se realizó Angiografía renal normal. Solo un paciente presentó migrañas y agudamiento no doloroso de ambos testículos.

Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron: VSG y PCR aumentadas, hiperleucocitosis, anemia y leucocitosis, AELO aumentada en 3 pacientes, ANA, ANCA C y P, y serología para hepatitis B y C: negativos. En una paciente se halló PPD de 16 mm por lo que fue tratada con isoniazida por 6 meses. Se realizó biopsia de piel profunda en 3 pacientes confirmando la vasculitis necrotizante de pequeños vasos, y de nervio sural en el cuarto, donde se informa neuropatía axonal y vasculitis de vasa nervorum en un patrón focal. Solo en dos casos se realizó inmunofluorescencia observándose predominantemente depósitos de Ig G y C3, y en uno de Ig A. El grupo fue inicialmente tratado con corticoides y 3 pacientes requirieron tratamiento inmunosupresor con Ciclofosfamida.

Discusión

Aunque rara, tener presente a la Poliarteritis Nodosa en niños con síntomas sistémicos, nódulos en piel, neuropatía periférica y compromiso renal. En nuestros pacientes con la forma cutánea el pronóstico fue muy bueno, no presentaron recaídas tras la suspensión de la medicación. Las formas sistémicas, en cambio, requirieron tratamiento esteroideo e inmunosupresor por tiempo prolongado.

Page 1/1

222

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

OSTEONECROSIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

R. Gontero[1]*, M. Bedoya[1], E. Benavente[1], S. Roverano[1], S. Paira[1],

[1]Hospital J M Cullen, , Argentina
[*] Presentador

Introducción: La osteonecrosis (ON) es una de las manifestaciones articulares con mayor morbilidad en el LES (incidencia 2,8-40%). Más frecuente en cabeza femoral, suele ser bilateral, afectando 2 o más articulaciones. Se asocia con ciertas manifestaciones clínicas, comorbilidades, anticuerpos, tratamiento esteroideo e inmunosupresor. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de ON y factores asociados al desarrollo de ON en LES. Realizar un análisis descriptivo de las ON. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 158 pacientes con LES (criterios ACR 1982), comparando datos demográficos, de laboratorio, manifestaciones clínicas, SLICC, SLEDAI, tratamiento citotóxico y esteroideo. En pacientes con ON se analizó tiempo de evolución y edad al diagnóstico de ON, forma de presentación, articulación comprometida, método diagnóstico, clasificación Ficat-Arlet y tratamiento realizado. **Método Estadístico:** Test de Mann Whitney, t de Student, Fisher, Chi-2 y curva de Kaplan Meier. **Resultados:** La ON se presentó en 15/158 pacientes (9,5%), 13 mujeres y 2 hombres. La mediana de edad al diagnóstico de ON 30 años (r:16-66) y del tiempo de evolución hasta el diagnóstico de ON 35 meses (r:1-195). En los 15 pacientes hubo 34 articulaciones con ON, 23 sintomáticas y 22 diagnosticadas por RNM. 26 ON fueron en caderas (24 bilaterales), 4 en rodillas y 4 en hombros. En 10 pacientes la ON afectó 2 articulaciones. Al inicio, 28 articulaciones estaban en estadio I-II y al final, 14 en estadio III-IV. 29 se trataron con reposo y 8 caderas requirieron reemplazo articular. El desarrollo de ON se asoció con aspecto cushing (p=0,014) OR 4,16 (IC 1,4-12,6) y SLICC 2do año (p=0,042). No se encontró relación con manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, tratamiento citotóxico, dosis acumulada de esteroides, dosis promedio diaria de esteroides, pulsos de metilprednisolona, ni actividad. Todos los pacientes con ON recibieron antipalúdicos, a diferencia de un 77 % de aquellos sin ON. **Conclusiones:** La proporción de ON fue del 9,5 %, mayoría mujeres, 76% caderas (27) y 92% bilateral. Asociándose significativamente con aspecto cushing y daño al 2do año. No se halló relación con el tratamiento.

Page 1/1

223

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO, UNA INFRECUENTE MANIFESTACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

M. Quispe Villanueva[1]*, V. Wernicke[1], E. Baran[1], N. Granero[1], M. Lojo[1], M. Lazzarino[1],

[1]Higa Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina
[*] Presentador

Introducción: El síndrome de pulmón encogido (SPE) es una rara manifestación del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), caracterizado por disnea inexplicada, patrón restrictivo en los test de función pulmonar y elevación diafragmática. La prevalencia en la población lúpica es aproximadamente 0,5%. Su diagnóstico es de exclusión. **Caso clínico:** Mujer de 26 años con diagnóstico de LES, de cuatro años de evolución. Consulta por disnea aguda y dolor torácico, refiriendo episodios similares nocturnos asociados a hipotensión arterial. A antecedentes: poliartrosis simétrica no erosiva, fotosensibilidad, alopecia difusa, ojo seco. FAN 1/2560 patrón homogéneo, anti DNA nativo 1/80, anti SSA/Ro 137 U/ml, anticuerpos anticardiolipinas (ac): IgM35 MPL, IgG11 GPL. Anticoagulante lúpico negativo. Anemia ferropénica. Pérdida de gesta de 7 meses por eclampsia. Tratamiento: Azatioprina 100 mg/d, Hidroxicloroquina 400 mg/d, Meprednisolona 8 mg/d. Examen físico: afebril, taquipneica, taquicárdica, auscultación pulmonar normal, poliartrosis, alopecia difusa. Laboratorio: Hematocrito 31%, alcalosis respiratoria. Radiografía y Tomografía axial computada de alta resolución torácica (TACAR) y angiotomografía: elevación diafragmática y atelectasias laminares bilaterales. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. SLEDAI 8. Dímero D: positivo, ac IgM25 MPL, IgG <15 GPL. Se instituye Meprednisolona: 60 mg/día y ante la sospecha de Tromboembolismo pulmonar (TEP) se inicia anticoagulación. Evolución: presenta mejoría sintomática, persiste con artritis y dolor torácico. Continúa anticoagulada, con Azatioprina y descenso de esteroides. Aproximadamente al año, agrega disnea progresiva que empeora en posición supina y a pequeños esfuerzos más leucopenia (2400/ml) y hematuria microscópica. La espirometría computarizada curva flujo-volumen muestra un patrón restrictivo con CVF1 58 l (valor esperado: 3,86), VEF1 1,21 l (valor esperado: 3,31) en sedestación, con una caída del 59,82% (normal <10%) acostada. TACAR y ecocardiograma: persisten las alteraciones previas. SLEDAI 11. Con sospecha diagnóstica de Síndrome de pulmón encogido se aumenta Meprednisolona: 40 mg/d, se asocia Teofilina 200 mg/d y se cambia Azatioprina por Mofetil Micofenolato. Evidenciándose mejoría clínica y espirométrica, se suspende la anticoagulación.

Discusión: Hasta la fecha se han reportado 81 casos de este raro síndrome. Nuestro paciente, al igual que la mayoría de los casos descritos es de sexo femenino y tiene anticuerpos anti-SSA/Ro. Esta manifestación se presentó asociada a una reactivación de su enfermedad de base, bajo tratamiento inmunosupresor. Si bien nuestro primer diagnóstico fue TEP, ante la progresión del cuadro clínico, ausencia de estudios que evidencien embolia pulmonar, elevación diafragmática y patrón restrictivo en la espirometría se diagnostica Síndrome de Pulmón Encogido. Este cuadro debería ser considerado en el estudio de pacientes con lupus y disnea.

Page 1/1

SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ASOCIADO A LINFOMA B Y DESORDEN NEUROLÓGICO

C. Costa[1]*, J. Cavallasca[1], J. Musuruana[1], C. Martínez[2],
 [1]Hospital J. B. Irrazábal, Santa Fe, Argentina
 [2]Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina
 [*] Presentador

INTRODUCCION: Un 5% de los pacientes con Síndrome de Sjögren (SS) desarrollan linfoma maligno, siendo de mayor frecuencia los de célula B y de bajo grado.

Hasta un 48% de los pacientes con SS pueden presentar compromiso del sistema nervioso central, siendo la mielopatía muy infrecuente (1%). Los autoanticuerpos anti-Ro y anti-neuronal están involucrados en la patogénesis. El compromiso de 3 o más segmentos medulares durante el episodio agudo de mielitis se conoce como Neuromielitis óptica o enfermedad de Devic. El anticuerpo anti acuaporina 4 es marcador de esta enfermedad, existiendo un 50% de pacientes seronegativos.

CASO CLINICO: Mujer de 50 años, comienza en octubre de 2003 con poliartralgias, xerostomía, xeroftalmia y leucopenia. Laboratorio inmunológico: FAN (Hep2): 1/320 Motado; Anti-Ro (+). Con Anti-DNA, ACA, FR (Latex y RR) negativos y complemento normal. Se diagnostica Síndrome de Sjögren Primario e inicia tratamiento con hidroxiquina 400 mg/día.

En el año 2008 agrega tumefacción de parótida izquierda. Biopsia de parótida: histoarquitectura alterada por la presencia de un proceso linfoproliferativo con presencia de lesiones linfopetiales. Estudio IHQ: Linfoma B, tipo MALT de bajo grado. Se realiza Radioterapia.

En Julio del 2009 inicia con parestias en miembros inferiores y dolor en cinturón con distribución segmentaria a nivel de D6, posteriormente agrega paraplejía flácida, nivel sensitivo (D6) y trastornos esfinterianos, compatible con síndrome medular. RMN de médula dorsal con gadolinio: lesión que compromete la médula a nivel de DIV a DVII, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2, con localización intramedular central, sin realce con contraste. LCR: proteínas aumentadas; PCR para VEB, Herpes simple, CMV, VVZ, HIV y VDRL negativos; BOC negativo. Anticuerpos anti NMO IgG: negativo. Se diagnostica mielitis transversa y comienza tratamiento con metilprednisolona 1gr/día por 5 días, luego prednisona 20mg/día.

En julio de 2012 recurre con cuadriparesia asimétrica a predominio izquierdo y trastornos esfinterianos, al examen físico: signos piramidales bilaterales. Recibiendo 5 pulsos de metilprednisolona y luego prednisona 20mg/día. RMN de encéfalo y columna cervical: imágenes focales hiperintensas a nivel del cuerpo calloso en FLAIR y T2, y a nivel cervical aumento de espesor del cordón medular y alteración de su intensidad de señal entre C1 y C6, observándose en localización central área hiperintensa en T2 y de supresión grasa e hipointensa en T1, compatible con mielitis.

CONCLUSION: La enfermedad medular desmielinizante autoinmune se puede asociar a Síndrome de Sjögren; ya sea como mielitis transversa, mielitis transversa longitudinal extensa o Enfermedad de Devic.

GRANULOMATOSIS SARCOIDAL NECROTIZANTE. PRESENTACION DE UN CASO

R. Guglielmo[1]*, M. Semelis[1], S. Ale[1], F. Kiriyluk[1], E. Mondello[1], L. García[1],
 [1]Centro Médico Deragopyan, Caba, Argentina
 [*] Presentador

Presentación clínica

Mujer de 28 años, asintomática. Único antecedente, hace 10 años, lesiones nodulares en ambos miembros inferiores, indolores, que aparecían y desaparecían con el ejercicio. La biopsia arrojó el diagnóstico de "vasculitis paniculitis granulomatosa".

Hallazgos imagenológicos

En RX de tórax se visualizo opacidad nodular en lóbulo inferior izquierdo.

Se realizo TC, donde se observo en el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo, imagen nodular de bordes irregulares, difusos que contacta con la cisura la cual retrae, y está asociada a imágenes focales satélite en su vecindad.

Se realizaron controles sucesivos de la lesión hasta que se decide adoptar una conducta quirúrgica un año después del hallazgo. El resultado de la anatomía patológica fue: "Bronquiectasias múltiples abscedadas confluyentes".

En TC control post-quirúrgica (un año después aprox.) se evidenciaron múltiples imágenes nodulares de distribución aleatoria bilaterales, llamando la atención dos de ellas, basales derechas que presentaban "signo del halo", lo que motivo a una re-evaluación de la anatomía patológica arrojando el diagnóstico de: "Granulomatosis sarcoidal necrotizante"

Discusión

La Granulomatosis Sarcoida Necrotizante es una enfermedad infrecuente, hay 116 casos publicados, hasta el año 2000. Se presenta más frecuentemente en mujeres entre la tercera y séptima década, con la presencia de nódulos subcutáneos de origen vasculítico, acompañados de múltiples nódulos pulmonares con "signo del halo" en los hallazgos radiológicos. Menos frecuente es la presentación nodular pulmonar única, como en el caso presentado. La clínica se caracteriza por fiebre, sudoración, disminución de peso y fatiga, asociado a síntomas respiratorios inespecíficos (tos, disnea y/o dolor pleurítico), es infrecuente el compromiso sistémico, pero lo es aún más la ausencia sintomatológica como en este caso.

Los diagnósticos diferenciales son la Tuberculosis y la Granulomatosis de Wegener.

Se cree que esta patología es una variedad de sarcoidosis o esta íntimamente relacionada con ella, ya que entre ellas existen similitudes que permiten considerarlas dentro de una misma familia de trastornos.

El diagnóstico esta siempre dado por la anatomía patológica.

Es una entidad de curso benigno, con remisión espontánea o tras el tratamiento esteroideo y/o inmunosupresor.

Conclusión

El objetivo de este trabajo es profundizar en el conocimiento de esta patología infrecuente, debiendo ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de los nódulos pulmonares con "signo del halo".

ARTERITIS DE TAKAYASU. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

M. Colazo[1]*, L. Encinas[1], E. Miretti[1], S. Fiorentino[1], A. Tabares[2], V. Sauri[1],
 [1]Hospital Privado Centro De Cordoba, Reumatología, Córdoba, Argentina
 [2]Hospital Privado Centro De Cordoba, Servicio De Vascular, Córdoba, Argentina
 [*] Presentador

INTRODUCCION: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis poco frecuente, progresiva y de etiología desconocida. Mayor incidencia en mujeres entre 10 - 40 años. Compromete arterias de gran calibre como la aorta, sus ramas principales y arteria pulmonar. El cuadro clínico es variable, dependiendo de la arteria comprometida y su evolución está marcada por exacerbaciones y remisiones. La angiografía es el método de elección para el diagnóstico (estenosis y aneurismas de vasos afectados).

PRESENTACION DE CASOS: Se analizaron 6 pacientes que consultaron en el Hospital Privado de Córdoba (2008 - 2012) con diagnóstico de AT (ARA 1990). Se utilizó la Clasificación Angiográfica de Numano para evaluar tipo y extensión de compromiso vascular. Edad promedio 35 años, todos sexo femenino. Evolución de la enfermedad entre 4 a 288 meses. El tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico de AT fue de 1 mes a 2 años (Promedio: 6 meses). Manifestaciones clínicas: Cefalea (4 pacientes), mareos (3), alteraciones visuales (4), claudicación en miembros superiores (4), e inferiores (2), fiebre (1) e hipertensión arterial de novo(2). 5 pacientes presentaron VSG >gt; 30 mm/h al inicio. Serología inmunológica negativa en todos. Clasificación Angiográfica: 3 pacientes estadio V, 2 estadio II B y IV. Complicaciones graves: 1 paciente con accidente cerebrovascular isquémico recurrente, secueclar. Otro con hipertensión arterial severa, refractaria y un caso de re-estenosis arteria renal intervenida quirúrgicamente. Terapéutica realizadas Metotrexato (3), Esteroides (4), Intervenciones quirúrgicas (1), Etanercept y posterior Rituximab.

DISCUSION: La Arteritis tiene una importante morbi- mortalidad dependiendo de la presencia de complicaciones isquémicas del territorio afectado, (cardiovasculares, retinopatía, hipertensión arterial secundaria, ACV). Sin embargo, la combinación de esteroideos, agentes citotóxicos e intervenciones quirúrgicas han mejorado supervivencia. La presencia de alteraciones vasculares tan severas en pacientes jóvenes, la progresión inevitable, y el pronóstico sombrío nos hace poner énfasis en nuestras habilidades como semiólogos y nuevas propuestas de tratamientos en pacientes refractarios a la terapéutica habitual convencional.

En este trabajo no existieron conflictos de intereses.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE RETROSPECTIVA

C. Drago[1]*, A. Ortiz[1], S. Paira[1],
 [1]Hospital Cullen, Santa Fe, Argentina
 [*] Presentador

Objetivo: Evaluar actividad y daño orgánico del lupus eritematoso sistémico durante el embarazo y el puerperio, desenlaces obstétricos y la relación con variables socio-demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. **Material y Métodos:** Evaluación retrospectiva de pacientes embarazadas con LES (ACR 1982), 3 16 años y al menos 3 visitas durante el embarazo. Se estudió: edad al momento del embarazo, tiempo de evolución y seguimiento del LES, manifestaciones clínicas previas, durante el embarazo y puerperio. FAN (Hep-2), anti-DNA (Crithidia), C3-C4 (trimestral), aCL IgG e IgM, AL, anti Ro / SSA anti La / SSB; al inicio del embarazo. Actividad del LES (SLEDAI & #8805;2) previa al embarazo y puerperio. Daño orgánico previo y posterior al embarazo (SLICC & #8805;1). Actividad durante el embarazo: SLEDAI trimestral. **Análisis estadístico:** Mann Whitney o Wilcoxon, según correspondiera a muestras independientes o dependientes, comparación de proporciones o pruebas de independencia: prueba exacta de Fisher. Significancia estadística: 0.05. **Resultados:** Se evaluaron 71 embarazos desde 1987 al 2012, 20 fueron excluidos. 51 embarazos en 37 pacientes la edad media: 27 años, tiempo medio evolución: 63 meses y de seguimiento: 44 meses, promedio de 6 consultas. Promedio edad gestacional: 36 meses, promedio peso al nacer: 2.5 kg. Hubo 5 partos prematuros, 4 abortos, 4 malformaciones fetales, 4 amenazas aborto y 4 bajo peso al nacer y 1 pérdida fetal. No hubo relación entre edad, tiempo de seguimiento, evolución y actividad previa con la actividad durante el embarazo. Se encontró relación entre daño previo y actividad durante el embarazo (p 0.012). Ninguna variable se relacionó con el desenlace obstétrico. Antipalúdicos previos y durante el embarazo no mostraron relación con la actividad, SLICC final y desenlace obstétrico. El uso de ciclofosfamida previa al embarazo influyó en el SLICC final (p 0.022) y desenlace patológico (p 0.044). C3 (p 0.025) y C4 (p 0.030) mostraron relación con la actividad durante el embarazo. Ningún laboratorio se relacionó con el desenlace obstétrico. **Conclusión:** No hubo relación entre actividad previa y actividad durante el embarazo. Las pacientes con más daño previo se activaron más durante el embarazo. El uso de ciclofosfamida previa al embarazo y el daño se relacionaron con más desenlaces patológicos.(Poster)

MANIFESTACIONES INUSUALES DE HISTOPLASMOSIS EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

C. Drago[1]*, E. Benavente[1], A. Zunino[1], F. Ceccato[1], R. Gontero[1], S. Paira[1],
[1]Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Objetivo

Describir la coexistencia de 7 pacientes con enfermedades reumáticas e infección concomitante con Histoplasma capsulatum.

Casos

Describimos 7 pacientes (4 con artritis reumatoidea, 2 con lupus eritematoso sistémico y uno con dermatomiositis) con infección por Histoplasma capsulatum, que se presentaron de la siguiente forma: 3 con úlceras en la lengua, 2 con perforación del tabique nasal, una tenosinovitis, una panniculitis y uno eritema nodoso. Todos ellos recibieron corticosteroides, metotrexato, antimaláricos, leflunomida y un paciente había recibido un agente biológico (abatacept). El diagnóstico se realizó mediante biopsia de piel en 3 casos, biopsia de tabique nasal en 2 casos, biopsia lingual en 1 caso y biopsia de tendón en el caso restante. De los 7 pacientes 2 fallecieron; una paciente con diagnóstico de Histoplasmosis diseminada subaguda y la otra paciente con diagnóstico de Histoplasmosis diseminada crónica.

Conclusión

Las enfermedades del tejido conectivo y la histoplasmosis comparten varios hallazgos clínicos. Por lo tanto la histoplasmosis puede ser mal diagnosticada como una enfermedad del tejido conectivo o un brote de la misma.

MANIFESTACIONES SISTEMICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE COCAINA: COMUNICACIÓN DE UN CASO

J. Gallo[1]*, M. Schmid[1], A. Ortiz[1], S. Paira[1],
[1]Hospital Dr. José M. Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La cocaína es una sustancia farmacológicamente activa que modifica la respuesta inmune y aumenta la susceptibilidad a infecciones. Hasta el momento no ha sido descrita una asociación entre el uso de cocaína y la inducción del Lupus eritematoso sistémico (LES). La misma puede presentar: accidentes cerebros vasculares, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria aguda por hemorragia pulmonar, trombocitopenia y ANCAe positivo, imitando a enfermedades reumáticas.

Objetivo: Comunicar un paciente consumidora de cocaína en forma crónica que se presenta con manifestaciones mucocutáneas, anemia hemolítica, trombocitopenia severa, ginecorragia, ACV hemorrágico y hemorragia pulmonar, diagnosticándose como Purpura trombocitopenica idiopática que responde satisfactoriamente al tratamiento con Rituximab.

Caso: mujer de 38 años de edad, tabaquista, etilolista, hipertiroidea y consumidora de cocaína de 20 años de evolución, con el antecedente de haber consumido cocaína horas previas, ingresa a unidad de terapia intensiva por presentar fiebre, disnea de clase funcional III, hemoptisis, insuficiencia respiratoria aguda, ginecorragia, anemia severa, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia severa. La radiografía de tórax mostraba un infiltrado bilateral tipo alveoloso con patrón alveolar, siendo tratada con gammaglobulina. Consultan al servicio de reumatología sugiriéndose un Lavado bronquio alveolar, que confirma el diagnóstico de Hemorragia pulmonar (observándose mas del 90% de macrófagos con hemosiderina). Evoluciono con ACV hemorrágico. Se indica terapéutica con metilprednisolona 1gr/día por 3 días, ciclofosfamida y plasmáferesis. La paciente persiste con plaquetopenia severa anemia hemolítica no microangiopática, FAN (hep2) 1/200, ANCAe y anti Ro positivo, por lo cual comienza con Rituximab 375 mg/m²/dosis durante 4 semanas. Evoluciono hemodinamicamente estable sin signos de sangrado y recuperación del recuento plaquetario. Se otorgó el alta hospitalaria con meprednisolona 1mg/Kg./día en dosis divididas.

Conclusión: El uso crónico de cocaína puede imitar enfermedades reumáticas, las pruebas serológicas disponibles no son capaces de diferenciar entre estas entidades. Solo una alta sospecha clínica, con una amplio conocimiento de las manifestaciones reumáticas pueden ayudar al correcto diagnóstico y manejo apropiado en tales casos.

ENFERMEDAD DE KIKUCHI –FUJIMOTO ASOCIADA CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

G. Herrera[1]*, M. Della Maggiora[1], M. Morón[1], C. Borlenghi[1], G. Mazzoccoli[1], E. De Simone[1],
[1]Hospital Churrucá - Visca, Argentina
[*] Presentador

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o linfadenitis necrotizante histiocítica se presenta con adenopatías, fiebre y neutropenia. De etiología desconocida se relaciona a compromiso viral o enfermedades autoinmunes, siendo importante el diagnóstico precoz de estas asociaciones dado que modifican el pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

CASO REPORTE: Paciente de sexo femenino de 29 años, que en septiembre de 2009 presenta adenopatía submaxilar derecha, y cervical homolateral, de dos meses de evolución. Sin fiebre ni deterioro del estado general. Se realiza TAC de macizo craneo-facial y cuello que informa presencia de adenomegalia. Con serología viral para hepatitis A, B y C, Citomegalovirus, Epstein Barr, toxoplasma, Chagas, HIV negativos. La biopsia ganglionar concluye diagnóstico de enfermedad de Kikuchi en 7 ganglios linfáticos: con áreas de necrosis de distribución paracortical e histiocitos espumosos adyacentes. Durante los 2 meses posteriores la masa disminuye de tamaño espontáneamente.

Un año después la paciente comienza con Fenómeno de Raynaud, poliartralgias generalizadas, alopecia y sinovitis de manos. Presenta FAN 1/1000 (Imagen moteada) anti-DNA, Latex, Anticitrulina y Anti Sclero 70 negativos, ERS 45, anticentrómero y Anti-RNP fuertemente positivos. Capilaroscopia: 2 megacapilares en 4to dedo derecho. La paciente inicia nifedipina e hidroclicloroquina con buena respuesta clínica.

Discusión: Nuestro caso apoya la teoría que la enfermedad de Kikuchi y los desórdenes reumáticos pueden compartir una etiología común. Dado que la patogenia no es clara, y se ha postulado que una enfermedad autoinmune o un virus pueden inducir degeneración celular y necrosis ganglionar, esto favorece la presentación de pacientes que desarrollan algunas enfermedades autoinmunes luego que se les diagnostica la enfermedad de Kikuchi. Predomina en mujeres menores de 40 años, tal el caso de nuestra paciente.

Destacamos que es imprescindible la biopsia ganglionar para el diagnóstico de certeza y realizar estudios que descarten procesos infecciosos, autoinmunes y neoplasias.

HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

C. Goizueta[1]*, M. Yacuzzi[1], M. Bertolaccini[1], V. Bellomio[1], E. Lucero[1],
[1]Hospital Angel C. Padilla, Argentina
[*] Presentador

La infección por Strongyloides Stercoralis (Ss) se manifiesta por síntomas digestivos. En hiperinfección, existe diseminación del parásito con sobreinfecciones bacterianas sistémicas, especialmente por gérmenes Gram negativos. Los factores de riesgo más importantes son inmunosupresión y utilización de corticoides, por su capacidad de alterar la función eosinofílica.

Presentación de casos: Se describe la forma de presentación y evolución de 4 pacientes con Enfermedad Del Tejido Conectivo (ETC) e infección por Ss.

Caso	Dg tiempo de evolución	Edad (años)	Tratamiento (dosis acumulada, g)	Manifestaciones digestivas	VEDA	Manifestaciones hematólogicas	Manifestaciones de hiperinfección
1	AR 20 años	44	PDN (10.7) MTX (3.6) ETN (4.8)	Diarrea	Candidiasis esofágica	Anemia ferropénica refractaria al tratamiento	Sepsis hemocultivo (+) Salmonella y coprocultivo (+) Ss
2	AR17 años	64	PDN (27) MTX (2.8)	Vómitos, epigastralgia y pérdida de peso	Úlceras gástricas biopsia (+) Ss	Anemia refractaria al tratamiento, plaquetopenia	Deterioro neurológico, púrpura, neumonía, shock séptico BA L(+), Ss y hemocultivo (+) Serratia. Fallece

231
b

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

3	LES 2 años	29	HCQ (36) MMF (570) PDN (5)	Vómitos, epigastralgia y pérdida de peso	Gastroduod enopatía erosiva biopsia (+) Ss	Anemia no ferropénica plaquetope nia	Deterioro neurologic o, respiratorio púrpura y sepsis cultivo espudo (+) E. Coli
4	LES reciente dg	26		Diarrea, pérdida de peso y vómitos		Anemia ferropénica plaquetope nia	Shock séptico, IRAB, falla hepática aguda, púrpura. Parasitológ ico (+) Ss

Dg: diagnóstico, VEDA: video endoscopia digestiva alta, AR: Artritis Reumatoidea, LES: Lupus Eritematoso Sistémico, PDN: prednisona, MTX: metotrexato, ETN: etanercept, HCQ: hidroxicloroquina, MMF: mofetil micofenolato, BAL: lavado bronquioalveolar, IRAB: infección respiratoria aguda baja. En nuestra serie, todas las pacientes presentaron síntomas digestivos y anemia como manifestación predominante de la infección por Ss, y ninguna presentó eosinofilia. Tres de ellas tuvieron una evolución grave con falla multiorgánica, y una falleció como causa de la misma. La complicación más frecuente fue la sobreinfección bacteriana por gérmenes Gram negativos. En todos los casos, el diagnóstico diferencial entre hiperinfección, sepsis y actividad de la enfermedad resultó dificultoso debido a la superposición de los síntomas y signos de estas patologías.

Conclusión: En pacientes inmunodeprimidos, es necesaria la búsqueda, diagnóstico precoz y tratamiento específico de esta parasitosis, ya que la hiperinfección es un cuadro con severas complicaciones y alta mortalidad. La presencia de síntomas gastrointestinales y anemia refractaria al tratamiento debe orientar la búsqueda de esta patología en estos pacientes

Page 2/2

232

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

VASCULITIS RETINIANA EN EL POSTPARTO COMO FORMA DE PRESENTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Arnalde[1], P. Toni[1], L. Duarte[1], V. Campana[1], S. Sábato[1]*, A. Celentano[1],
[1]Hospital De Emergencias Dr Clemente Alvarez, Rosario, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico es la enfermedad autoinmune que con mayor frecuencia compromete la gestación. Su prevalencia es de 1/1660-2952 partos, el 89% ya diagnosticado antes. Las exacerbaciones se dan con más frecuencia en el segundo, tercer trimestre, en el postparto y hasta el final del puerperio. La vasculitis retiniana es una condición que puede ocurrir como una entidad idiopática aislada o en asociación con enfermedades inflamatorias sistémicas como LES. Su presencia puede ser un signo temprano para el diagnóstico de esta enfermedad.

CASO CLINICO: Paciente de 27 años cursando puerperio mediato de parto normal y endometritis postparto. Consultó por visión borrosa astenia y palpitaciones. Signos vitales normales. Palidez cutáneo mucosa generalizada, escleras subictericas, soplo sistólico 3/6 polifocal, hepatomegalia indolora, fondo uterino intraumbilical, indurado e indoloro. Hcto 9.6 %, Hb 3 mg/dl, GB 25100 mm3, VES 120 mm/hora, plaquetas 307000 mm3, LDH 1347 mU/ml, FAL 353 mU/ml, bilirrubina indirecta 2.5 mg/dl, haptoglobina 0.44 g/l, albúmina 2.8 g %, prueba de COOMBS +, VDRL 2 diluciones, TPHA no reactivo, complemento normal, anticardiolipina y anticogulante lipico positivos, FAN SSA-RO, SSB-LA y ENA reactivos. Líquido pleural trasudado, FAN 1/320 patrón nuclear y tinción SSA-RO, negativo para células neoplásicas. Ecografía abdominal: hepatomegalia severa y esplenomegalia moderada, ascitis moderada. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve, derrame pleural bilateral leve. Fondo de ojo: hemorragias y exudados algodonosos compatibles con vasculitis retiniana en actividad afectando hasta polo posterior. Se realizó pulsos de metilprednisolona y glucocorticoides orales a dosis inmunosupresora y transfusiones de hemafes revirtiendo el cuadro con mejoría clínica evidente.

DISCUSIÓN: El embarazo y el puerperio son factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades inflamatorias sistémicas. El LES es la enfermedad autoinmune que con mayor frecuencia se encuentra en el embarazo, debido a su mayor prevalencia en la población de mujeres en edad fértil. Las alteraciones retinianas fueron descriptas en cerca del 25% de los casos y las características halladas corresponden a oclusión arterial, encontrándose exudados algodonosos, infartos retinianos y del disco óptico. La importancia de la vasculitis retiniana radica en que los vasos de la retina pueden expresar enfermedades sistémicas antes, durante o después de otras alteraciones y es un signo de alerta en donde la terapia inmunosupresora esta fuertemente indicada. En nuestro caso su presencia facilitó el diagnóstico final lo que permitió un tratamiento temprano evitando así la principal complicación de esta entidad que es la ceguera.

Page 1/1

234

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELETICAS INICIALES EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO FINAL DE ENFERMEDAD ONCOLOGICA

M. Farfan[1]*, S. Galindo[2], H. Torres[1], J. Chain[2], M. Mazza[1], D. Flores[1], A. Guzman[1],
[1]Hospital MaternoInfantil De Salta, Salta, Argentina
[2]Hospital Del Niño Jesus, San Miguel, Argentina
[*] Presentador

Las neoplasias causan frecuentemente dolor Musculo-esquelético (ME) en pacientes pediátricos, en etapas tempranas pueden ser confundidas con enfermedades Reumáticas, por tal motivo es necesario tener un alto índice de sospecha a fin de evitar retrasos diagnósticos. **Objetivo:** Conocer cuáles son las características clínicas de niños con dolor-ME remitidos a Reumatólogos pediatras del norte argentino, con diagnóstico oncológico final. **Material Métodos:** Se estudiaron retrospectivamente H-clínicas (2008-2012), analizando variables demográficas, clínicas, laboratorio, radiológicas y evolución final. Análisis estadístico: Descriptivo. (EPI info 06). **Resultados:** Estudiamos 16 pies, edad Ẍ 8,8a (r2-15), 10 (62.5%) varones, el tiempo Ẍ a la 1ª consulta reumatológica fue 39d (r4-120), con Ẍ de 48d a la Oncológica; 56% realizaron 1 a 3 consultas. Se observó fiebre en 62%, pérdida de peso/astenia 50%, adenopatías 31%, hepatomegalia 37%, esplenomegalia 31%. El tiempo Ẍ al inicio del dolor fue 6d (r1-30), 37% comenzó con dolor ME. El sitio 1º de dolor fue MM.II, en 62%, MM.SS. 25% y 2/16 vertebral. Intensidad del dolor: 56% moderado y 25% severo, con cojera en 14pts y postración en 4/16. Artralgia: en 9/16pts, (rodilla 33%, cadera/tobillo 25%, codo 12%). Artritis: en 4/16 (oligoartricular), con afección de tobillos/tarso/MCF/codo, siempre acompañadas de dolor extraarticular; 87% presento dolor óseo (piernas 62%, muslos 43%, cadera/tobillo 25%, codo 12%). Metastasis se vio en 5/16. Fractura: en 2pts, (tibia y D8-9). Laboratorio inicial: Anemia leve 37%, moderada 25%, severa 1pte; 2 tenían laboratorio normal. En un tiempo Ẍ de 7 días, relacionado al laboratorio inicial se vieron cambios que favorecieron el diagnóstico (31% se diag. c/laboratorio inicial): GB-Ẍ 4722, HB-Ẍ 8(r6-11), HTO-Ẍ 27%;(r21-34), Pla-q-Ẍ 137000, LDH-Ẍ 1387 (77% con valores altos), VSG-Ẍ 91;(r45-125), (100% VSG elevada), 47% tenía citopenia severa al diagnóstico. Radiología: 56% tenían imágenes normales, Perioistitis 25%, rarefacción ósea/osteopenia/tumefacción de partes blandas 18%, imagen-lítica en 2/16pts (6/16 con >1 alteración radiográfica). Diagnóstico oncológico: LLA-B 10pts, LLA-pre-B 3pts, linfoma 2 y Hepatoblastoma 1pte. Tiempo Ẍ al diagnóstico fue 78d (r8-540). Motivos de demoras fueron: 9 pts evolución del cuadro y 3pts mal diagnóstico inicial. En 7/16 se planteó inicialmente enfermedad reumática y 1pte tenía AIJ desarrollando LLA a 18m del seguimiento **Conclusión:** La neoplasia prevalente fue LLA-B, el dolor-ME en 37% fue el primer síntoma, predominó en MM.II, 87% tenían dolor óseo, Perioistitis fue la alteración principal. En 43% se planteó diagnóstico Reumatológico inicial.

Page 1/1

235

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

SINDROME ANTISINTETASA CON TUMOR OVARICO; ¿HALLAZGO O ASOCIACIÓN?: PRESENTACION DE UN CASO

H. Figueredo[1]*, C. Gomez[1],
[1]Sección Reumatología, Instituto Medico Kira Popowich, Formosa, Capital, Argentina
[*] Presentador

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) (dermatomiositis, polimiositis, miositis por cuerpo de inclusión) son enfermedades autoinmunes sistémicas poco frecuente. Determinar anticuerpos antisintetasa define un subgrupo dentro de las MII; el Síndrome antisintetasa caracterizado por miopatía inflamatoria, enfermedad pulmonar intersticial, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico y artritis; con mal pronóstico, mayor mortalidad y pobre respuesta al tratamiento. Hasta un tercio de los pacientes con MII se asocian a un tumor maligno antes o después del inicio de los síntomas. (ovario, pulmón páncreas, etc).

Caso: mujer de 57 años con antecedente de poliartrits de manos con rigidez matinal, latex (+) en 2007; con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) inicia meprednisona, metotrexato e hidroxicloroquina con mejoría, al año por lesiones cutáneas más ANA (+) asumida como AR+LES continuando con azatioprina 50 mg/d, MPD 10mg/d, hidroxicloroquina 400mg/d. En 2010 fenómeno de Raynaud, infecciones respiratorias y disnea progresiva; luego astenia y debilidad muscular. Al examen en 2011; debilidad muscular proximal (3/5) de los cuatro miembros, artritis en muñecas, lesión eritematoviolacea en párpados (heliotropo), piel áspera y quebradiza en dedos de manos (manos de mecánico) con fenómeno de Raynaud, a nivel respiratorio, subepitantes e hipoventilación. **laboratorio:** CK 1206 mU/ml (VN 25- 185), VSG 90 mm, ANA (+) a título bajo. Anti Ro (+), anti Jo-1 (+) (x2). Anti CCP (-). **TACAR:** patrón fibroso bilateral. **Espirometría:** Restricción moderada. **Capilaroscopia:** patrón SD. **EMG y biopsia muscular:** sin cobertura. **Diagnóstico:** Síndrome antisintetasa, Dermatomiositis. Se realiza meprednisona a dosis inmunosupresora, azatioprina 150 mg día, hidroxicloroquina 400mg/d, calcio, vitD, bifosfonato. A los tres meses de tratamiento, fuerza muscular 5/5 y mejoría de la disnea. CK 15 mU/ml, LDH 428 mU/ml, VSG 18mm, continuando con meprednisona.30-40mg/día. En ecografía y TAC de pelvis: en anexo derecho masa lobulada con contenido líquido y tabiques de 3,9 x 3,5 cm. **MarcadoresTumorales:** ca125: 12,9, CEA: 1,17, PAP(-), manografía (-). Como complicación al tratamiento fracturas aplastamiento vertebral dorsal. En enero 2012 extirpación de tumor ovárico. Anatomía patológica: leiomioma ovárico negativo para células neoplásicas. Evolución favorablemente y en marzo se retira totalmente glucocorticoides.

Discusión: los anticuerpos antisintetasa están presentes en el 20-30% de las MII, siendo el anti Jo-1 el más específico de miositis. Si bien es clara la asociación de malignidad y dermatomiositis, esta asociación en el síndrome antisintetasa sería menos frecuente.

Motivo la presentación de este caso la baja frecuencia del síndrome antisintetasa y la buena respuesta al tratamiento, encontrándose además en nuestra paciente un tumor ovárico benigno, siendo llamativa la mejoría clínica y haber podido suspender los glucocorticoides luego de su extirpación. Está pendiente reevaluación del tacto biopsia.

PROLIFERACIÓN DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES EN AR : PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Bedoya[1]*, F. Ceccato[1], A. Albertengo[2], S. Paira[3],

[1]Hospital Dr. Jose Maria Cullen, Santa Fe, Argentina

[2]Hospital Intrarupe, Santa Fe, Argentina

[3]Hospital Dr. Jose M. Cullen, Santa Fe, Argentina

[*] Presentador

Introducción: Síndrome de Pseudo- Felty es una complicación rara de la AR de larga evolución. Se caracteriza por neutropenia persistente sin otra causa que la justifique, asociado a la presencia en sangre periférica y médula ósea de una expansión clonal de linfocitos atípicos.

Objetivos: Describir un caso de Proliferación LGG y sus diferencias con Síndrome de Felty

Caso: Mujer de 53 años con AR seropositiva, erosiva, no nodular (criterios ACR 1987) de más de 10 años de evolución tratada solo con DAINE; que ingresa a oftalmología por perforación espontánea de cornea secundaria a xerofthalmia. Al examen físico paciente adelgazado, marcha disbásica, disminución de la fuerza cintura pelviana y escapular 3/5, manos : Hipotrofia músculos interóseos, desviación cubital, dedos en cuello de cisne, artritis 2°MCF y proliferación MCF, deformidad en flexión con de ambas rodillas, resto del examen normal. Los análisis de laboratorio informan: anemia, neutropenia persistente, linfocitosis, VSG 40, FR (Látex) 1/1280, CCP <gt; 200, FAN (Hep-2) 1/640, DAS28 5,38 HAQ 2750. Se realizaron los siguientes métodos complementarios: Rx columna cervical P y PMF: subluxación AA de 4mm, Rx manos F: erosiones marginales, erosiones por compresión, y desviación cubital, Rx pies: erosiones, ecografía abdominal que es normal y frotis de sangre periférica con células mononucleares grandes de núcleo redondo y citoplasma abundante con gránulos azurófilos compatibles con linfocitos grandes granulares (LGG). Se decide comenzar tratamiento con DARME constatándose franca mejoría de la neutropenia.

Conclusión: A diferencia del Felty el mismo se presenta con linfocitosis y LGG en sangre periférica con posibilidades de progresar a leucemia de no mediar el tratamiento con DARME

SINDROME ESCLERODERMIFORME COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GAMAPATÍA MONOCLONAL

M. Verando[1]*, C. Borlenghi[1], M. Della Maggiora[1], G. Herrera[1], M. Morón[1], E. De Simone[1],

[1]Complejo Médico Policial Churrucua Visca, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

[*] Presentador

Introducción: El esclerodema es un trastorno del tejido conectivo infrecuente de causa desconocida que se caracteriza por la presencia de induración cutánea. Puede asociarse a síndromes febriles, diabetes y gamapatías monoclonales. Su prevalencia es desconocida y no parece haber predominancia en sexo.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 63 años que consultó por presencia de induración cutánea en rostro, zona de escote, cuello de 2 meses de evolución. Al examen físico presentó Score de Rodman Modificado (mRSS) 6 y disminución de apertura bucal. En antecedentes personales refirió tabaquismo (no activo) y exposición laboral previa a solventes. Se solicitaron estudios, y a los 15 días el paciente consultó nuevamente por progresión de induración hacia hombros (mRSS: 8) asociada con astenia y adinamia. Se internó y se realizaron estudios: VSG 118 mm/h; Proteínograma con banda policlonal entre κ#946;1 y 2; Anticentrómero positivo; biopsia de piel que demostró leve hiperqueratosis epidérmica y en dermis escasos linfocitos con aspecto esclerohialino del colágeno (vinculable con Esclerodermia). Se realizaron otros estudios a fin de descartar causas secundarias sin resultados relevantes. El cuadro clínico fue interpretado como esclerosis sistémica progresiva y se inició tratamiento. A los 3 meses el paciente evolucionó con mayor induración cutánea (mRSS: 9) disfagia progresiva, empeoramiento de síntomas generales y severa cervicalgia. Se internó para reevaluación: se constató anemia, persistencia de VSG acelerada, proteínograma electroforético con aumento de fracción κ#946; (banda homogénea). Ig M elevada, y negatividad para anticuerpo anticentrómero. La RMN de columna cervicodorsal demostró alteración de la señal medular de cuerpos vertebrales compatibles con mieloma. El resultado de la biopsia de médula ósea fue proliferación clonal mielomatosa. El caso fue interpretado como mieloma múltiple asociado a esclerodema y se inicia tratamiento específico.

Conclusión: El cuadro clínico del esclerodema puede semejar esclerodermia aunque su localización predomina en tronco cara, cuello, y es raro en extremidades. En nuestro paciente, la baja especificidad de los síntomas iniciales, asociado a una biopsia compatible y anticuerpos positivos inclinó el diagnóstico hacia esclerodermia. Sin embargo la rápida progresión, las manifestaciones generales y las alteraciones hematológicas que finalmente se sucedieron permitieron arribar al diagnóstico preciso.

DEBUT LÚPICO EN PACIENTE CON GRAVE COMPROMISO LARÍNGEO EN PUERPERIO

M. Morón[1]*, M. Della Maggiora Maricel[1], M. Verando[1], G. Herrera[1], J. Nocera[1], E. De Simone[1],

[1]Complejo Médico Churrucua-visca De La Pfa, Cap Fed, Argentina

[*] Presentador

El lupus eritematoso sistémico puede comprometer múltiples órganos, siendo el compromiso laríngeo poco frecuente con una incidencia del 0,3 al 30%. La mayoría de las lesiones responden al tratamiento con glucocorticoides, otros requieren inmunosupresores o incluso taqueostomía.

Se presenta el caso de una paciente de 28 años que comienza luego de cesárea con síndrome febril, artritis de interfalángicas proximales, edema de miembros inferiores, adenomegalias submaxilares, serositis pleural izquierda, úlceras orales en lengua en sacabocado, dolorosas, disfonía, odinofagia y proteinuria de 4,5 gramos/24 horas.

Es evaluada por el Servicio de Otorrinolaringología que realiza una rinofibrolaringoscopia donde se observa edema de aritenoides izquierdo con fijación de cara anterior y lesión ulcerada blanquecina en un tercio posterior de cuerda vocal izquierda: congestión laríngea con adecuado cierre glótico.

En el laboratorio se constata anemia normocítica normocromica, FAN 1/2000 homogéneo, C3 41, C4 14, Anti DNA positivo, PCR 9, VSG 132, Anti centrómero: 140 U, Anti RNP negativo.

Debido al compromiso renal y laríngeo, se indica tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día.

Al momento de realizar punción biopsia renal, evoluciona con cuadro de obstrucción de vía aérea superior, que requiere intubación orotraqueal y traqueotomía de urgencia en Unidad de Terapia Intensiva. Se realiza nueva rinofibrolaringoscopia que informa parálisis de cuerda vocal izquierda, edema grado 2 de ambas cuerdas vocales. Se indica tratamiento con 3 pulsos de solmedrol.

Luego de tratamiento con corticoides, la proteinuria es de 1,06 gr./24 horas, pendiente punción biopsia renal por Nefrología

Última rinofibrolaringoscopia : cuerdas vocales con edema de sus 2/3 anteriores con leve aumento de la luz glótica, subglotis libre, sin estenosis, reflejo supra y subglótico conservados

Se realiza video deglución : trayecto con menor calibre que a momentos se distiende en c6 c7 dejando pasar líquidos y reteniendo semisólidos incordiando con el resto de la peristalsis esofágica Debido a este resultado la paciente se alimenta por sonda nasogastrica

Actualmente recibe tratamiento con meprednisona 1 MG/Kg /DIA, citrato de calcio con vitamina d3, hidroxiquinina 400 MG/día

Conclusión: Los pacientes con síntomas de vía aérea superior como como ronquera, odinofagia o disnea, deben ser evaluados para descartar compromiso laríngeo e iniciar tratamiento. El compromiso laríngeo en el lupus puede presentarse como una leve inflamación hasta obstrucción severa de la vía aérea. En general, a diferencia del compromiso laríngeo en artritis reumatoidea, responden al tratamiento con esteroides.

EMBARAZO EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Alessio[1]*,

[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

[*] Presentador

Introducción. El embarazo en mujeres con hipertensión pulmonar (HP) esta asociado con un alto índice de mortalidad de alrededor del 30 al 56%. La mayoría de las muertes maternas ocurren en el parto o puerperio.

Objetivo: presentación del manejo clínico y obstétrico de la paciente embarazada con LES e HTP. **Caso Clínico.** Mujer de 35 años de edad con diagnóstico de LES (2001) nefropatía lúpica grado IV e HP (PSAP 55 mmHg) tratada con:sildenafil 100 mg/d, MMF 2 grs/d, HCQ y anticoagulación oral. Paciente presenta test

de embarazo +. Eco doppler a las 11 semanas de gestación: PSAP de 90-95 mmHg. Cateterismo cardíaco: No respuesta a la administración de adenosina. Paciente se niega a finalizar el embarazo. Se cambia MMF por AZA y comienza con enoxaparina. Cursando embarazo de 24 semanas, ingresa a UTI de Hospital Materno Neonatal con signos de sobrecarga ventricular derecha. **Eco doppler:** VI: movimiento septal anormal paradójico. 60% Vp con dilatación anular, dilatación del tronco y sus ramas. Vt: dilatación anular aurícula y ventrículo derecho dilatado con función sistólica conservada. **Doppler:** IT moderada con PSAP 80mm Hg. Comienza c sildenafil a 200 mg día, digoxina y furosemida. Se traslada a Hospital Córdoba para monitoreo hemodinámico. A la semana 29 de gestación presentaba dilatación de cavidades derechas con función de VD conservada. TAPSE 2.1 – 2.2. Doppler: Psap: 85 mm Hg. Cesárea e interrupción del embarazo a las 31 semanas por RCIU. Tratamiento con iloprost 48 hs pre cesárea con colocación de catéter Swan-Ganz, no ARM. Nace niño vivo 900 grs. Progresó de manera estable con NBZ con iloprost. A los 45 días post cesárea: Psap: 85 Tramiento con Bosentan. **Conclusión:** La HP en embarazo tiene alta mortalidad. La mejoría en la sobrevida materno-fetal puede ser atribuida al avance en la terapia y al manejo multidisciplinario.

240

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

ARTERITIS DE TAKAYASU. CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS FASE PREISQUÉMICA/ISQUÉMICA DE LA ENFERMEDAD

C. Battagliotti[1]*, M. Karakachoff[1], A. De Irujo[1], L. Sposito[1],
[1]Hospital De Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Introducción:

La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica idiopática, inflamatoria granulomatosa de las grandes arterias, la aorta y sus ramas principales; ocasionalmente afecta las arterias pulmonares.

Es común en adulto joven, en pediatría constituye la tercera causa de vasculitis primaria idiopática, siendo pocos los casos registrados.

El cuadro clínico puede dividirse en una fase inicial prestenótica, con síntomas inespecíficos pudiendo pasar inadvertidos y una segunda fase estenótica con síntomas de isquemia del órgano afectado. Un diagnóstico y tratamiento oportuno, tendería a minimizar el daño.

Presentación de casos:

Primer Caso 2002: Paciente de 10 años, femenina, ingresa a terapia intensiva por un cuadro convulsivo, tónico clónico generalizado de veinte minutos de duración.
Al examen físico: se constata hipertensión arterial con diferencia en los cuatro miembros. Superiores Der. 175/140 Izq 205/140. Inferiores. Der. 190/130. Izq. 170/120.
Ausencia de pulso radial derecho, Soplo en región cardíaca izq, y en fosa ilíaca derecha Refería retinopatía leve desde los 9 años posterior a un traumatismo ocular y pérdida de peso, calambres, cefaleas, epistaxis en los últimos meses.
Laboratorio analítico e inmunológico negativo Ecodardiaca: hipertrofia del ventrículo izquierdo.
Centeleografía renal: disminución franca de la perfusión renal derecha. Angiografía: estenosis de la aorta y sus ramas principales, ambas subclavas, ilíacas y renales Recibe corticoides y se derivada para angioplastia. Evoluciono con estenosis de las angioplastias. Reaparecen nuevos síntomas a los 3 años, en esta oportunidad se agrega fiebre y reactantes de fase aguda acelerados con empeoramiento de las oclusiones.

Segundo caso 2011 masculino, 10 años con antecedentes de internación por meningitis aséptica, cefaleas a los 8 años. Consulta por síndrome febril recurrente pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, cefalea , migrañas y artralgias con lesiones nodulares cuya biopsia resultó un eritema nodoso atípico. Como hallazgo de laboratorio VSG:120mm.

Al inicio recibe tratamiento con tuberculostático permanece afebril 6 meses y recae agregando dolor abdominal y se autoderiva a otro centro que repite los estudios, encontrando en la TAC de abdomen engrosamiento de la pared de la Aorta abdominal; confirmando el diagnóstico con angiografía. Tratado con corticoides evoluciona favorablemente.

Discusión:

En el primer caso el diagnóstico fue tardío cuando las oclusiones vasculares produjeron los síntomas de isquemia con daño orgánico severo. Mientras que en el segundo paciente el diagnóstico se hizo en la fase preisquémica.

La AT requiere una alta sospecha para arribar al diagnóstico y lograr un abordaje terapéutico oportuno. Los síntomas inespecíficos como fiebre, vómitos y disminución de peso deberán ser tenidos en cuenta; a los que se agregan signos vasculares, y marcadores de inflamación; confirmando el diagnóstico con imágenes del sistema cardiovascular.

241

SÍNDROME DE ERASMUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Romero1[*], M. Lara1, E. Bacigalupo1, J. Venditti1, M. Rivero1, J. Barreira1
1 Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La esclerodermia sistémica es una enfermedad que produce fibrosis tisular y vasculopatía. Su etiología es desconocida, intervierdan en su patogenia factores genéticos, autoinmunes y ambientales, entre ellos la exposición ocupacional a sílice. Es nuestro objetivo comunicar un paciente con esclerodermia sistémica que desarrolló silicosis pulmonar durante la evolución de su enfermedad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 41 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que desarrolló esclerosis sistémica difusa en 2007, trabajando en la industria arenera 4 años previos al diagnóstico. Presentó compromiso rápidamente progresivo de la piel, úlceras digitales de miembros superiores, frotos tendinosos, artritis, afectación esofágica con hipoperistalsis e hipotonía del esfínter esofágico inferior, pérdida de peso y mialgias progresivas sin elevación de enzimas musculares. En el laboratorio se halló: ANA 1/80 patrón nuclear y anti-Scl70 positivo. Capilaroscopia: patente tardía de esclerodermia. Un año posterior al diagnóstico comenzó con disnea progresiva e incapacidad ventilatoria restrictiva leve, DLCO 59% y patrón de Neumonía Intersticial No Específica en la tomografía. Recibió 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida 1gr y meprednisona 10mg/día, manteniéndose estable durante 2 años y luego presentó exacerbación de la disnea, con leve descenso en la DLCO (55%) e infiltrado en vidrio esmerilado difuso, engrosamiento septal, bronquiectasias, opacidades lineales con tendencia a la consolidación en la tomografía de tórax. Se realizó biopsia pulmonar que fue compatible con Neumonía Intersticial Usual con la presencia de nódulos esclerohialinos concéntricos subpleurales con morfología compatible con depósito de sílice. Actualmente recibe meprednisona 20mg/día, bosentan 125mg/12hs, sildenafil 150mg/día, ácido acetil salicílico 81mg/día, diltiazem 60mg/día, enalapril 5mg/día, esomeprazol 80mg/día y buprenorfina parches 10 mg /semana.

Discusión: La asociación de esclerodermia sistémica y la exposición ocupacional a sílice ha sido comunicada desde hace décadas (Erasmus 1957). Un metaanálisis reciente demostró que la exposición a este mineral incrementa el riesgo en menos del 0,5% de esclerosis sistémica sobre todo en varones, induciendo la producción de autoanticuerpos. Nuestro paciente con esclerodermia sistémica desarrolló compromiso intersticial pulmonar de tórpida evolución asociado al depósito de sílice. En este grupo de pacientes con esclerodermia y compromiso intersticial pulmonar, se debería contemplar la necesidad de la biopsia pulmonar en aquellos sin una respuesta adecuada al tratamiento habitual.

242

Sociedad Argentina de Reumatología

45° Congreso Argentino de Reumatología

NEFRITIS LUPICA ACTIVA, VALVULOPATIA MITRAL SEVERA, SAF Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO

C. Calle Montoro[1]*, D. Sposito[1], C. Encalada[1], R. Loo[1], G. Pacheco[1], J. Scali[2],
[1]Unidad De Reumatología Dr. C. G. Durand, Caba, Argentina
[2]Unidad De Reumatología Y Osteología Del Hospital De Agudos Dr. Carlos Durand, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción:La valvulopatía mitral es una complicación severa del LES. Su tratamiento es difícil decisión por alta morbimortalidad (reemplazo valvular, etc.).Caso: Mujer de 20 años con diagnóstico de LES de 6 años de evolución por: rash malar, serositis, linfopenia, anemia hemolítica y glomerulonefritis tipo IV (OMS), FAN + (1/1280), Anti DNA (1/1280) e hipocomplementemia; que recibió 13 pulsos de ciclofosfamida y corticosteroides a dosis inmunosupresoras. Presentó varios episodios de neumonía en últimos 2 años, tratados con antibioterapia y reducción de inmunosupresores, persistiendo con proteinuria y hemáticas dismórficas a pesar de tratamiento con micofenolato mofetil a dosis variables. Una segunda biopsia renal (2010), evidenció GN Tipo IV, actividad 10/24 cronicidad 3/12 con proteinuria 0.74 g/L, Urea 86 mg/dl, creatinina 1.09 mg/dl; Cl Cr: 56 ml/min por lo que se reinstaura meprednisona a 1mg/kg/día y MFM 2 g/día. Se prescribe AAS 100mg/día por aCLs + IgG 20 y anticoagulante lúpico + dudoso con aparición de úlceras bimaleolares. En mayo de 2011, la paciente es internada por disnea, taquipnea, edemas en MI, taquicardia y fiebre realizándose Ecocardiograma con restricción de apertura de válvula mitral, engrosamiento de valva anterior, valva posterior fija, insuficiencia mitral severa, PSAP: 57 mmHg, insuficiencia cardíaca moderada sin agrandamiento cardíaco ni vegetaciones. Mejoró con tratamiento diurético, enalapril, pentoxifilina, hidroxycloquina, meprednisona, micofenolato, por lo que fue extermada.En Ateco Clínico hospitalario se decidió no intervenir quirúrgicamente su valvulopatía.En Septiembre de 2011 ingresa a guardia por hemiplejía fascio braquío crural derecha, livedo reticularis en miembros inferiores y superiores, hematomas espontáneos.RMN/ Angioresonancia: ACV isquémico léntico capsular izquierdo. Inició anticoagulación con acenocumarol a RIN: 3.9, con mejoría clínica.Conclusión: Presentamos paciente con LES, nefritis lupica activa persistente, pese a tratamiento inmunosupresor prolongado; complicada en los últimos años con SAF, valvulopatía mitral severa y ACV. Consideramos importante remarcar la alta morbimortalidad de la misma y difícil resolución de sus complicaciones en la actualidad.

243

PAQUIMENINGITIS ASÉPTICA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE ACTIVIDAD EN POLICONDRIITIS RECIDIVANTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Romero1[*], M. Lara1, L. Leoncejas1, P. Bonardo1, M. Rivero1, J. Barreira1
1 Hospital Británico De Buenos Aires, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune multisistémica de baja prevalencia que afecta principalmente estructuras cartilagosas hialinas. Las manifestaciones neurológicas son infrecuentes, correspondiendo al 3% de los casos. Presentamos un paciente con policondritis que presentó meningitis aséptica como recaída de su enfermedad.

Presentación del caso: Varón de 61 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la juventud, tabaquismo, depresión y policondritis recidivante de 10 años de evolución con compromiso auditivo y ocular. Un año previo al ingreso presentó recaída con afectación laringea, recibió corticoides orales por 2 meses sin seguimiento posterior. Ingresó a nuestro hospital por trastorno en la marcha, debilidad de MMII, pérdida de peso, astenia y equivalentes febriles de dos meses de evolución. Al examen: debilidad simétrica proximal 4/5 en MMII, arreflexia patelar y aquilea con signo de Babinski bilateral, hipopalestesia y marcha atáxica, Romberg positivo y mioclonías de MMII. No presentó exacerbación del compromiso de vías aéreas superiores, inferiores, pabellón auricular, ni oftalmológico. En el LCR se hallaron: 64 células con predominio mononuclear, proteínas 0.9g/dl, glucorraquia 52mg/dl (glucemia 95mg/dl), cloro 114mEq/L. La resonancia de cerebro con gadolinio mostró realce leptomeníngeo generalizado a nivel de cisuras y convexidades. El estudio de velocidades de conducción sensitiva y motora evidenció neuropatía periférica sensitiva-motriz por compromiso axonal. En el laboratorio: ANA, anti-DNAc, anti-Ro, anti-La, ANCA-C/P y FR fueron negativos, niveles de complemento normal, PCR 26 mg/dl y VSG 68mm/hr. PPD negativa. En la biopsia de meninges el cultivo para BAAR y hongos fueron negativos y la anatomía patológica no evidenció células neoplásicas. Se descartaron otras causas infecciosas. Con el diagnóstico de paquimeningitis aséptica recibió 3 pulsos de metilprednisolona 1g, continuando con meprednisona 1mg/kg/día y ciclofosfamida 1g mensual. Presentó mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio a la semana de iniciado el tratamiento. Actualmente internado en centro de tercer nivel.

Discusión: Nuestro paciente desarrolló una paquimeningitis aséptica con reactantes de fase aguda elevados sin otros hallazgos clínicos de actividad. Se han reportado 18 casos de compromiso neurológico, la mayoría por meningitis aséptica recurrente y en algunos de ellos como manifestación inicial de la enfermedad. La baja prevalencia de la policondritis recidivante y más aún de la afectación neurológica debe ser tenida en cuenta en el manejo de estos pacientes, ya que la respuesta al tratamiento inmunosupresor suele ser favorable.

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERMITEMATOSO SISTÉMICO; PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Gauna[1]*, D. Puente Trigo[1],
[1]Hospital Rivadavia, Caba, Argentina
[*] Presentador

Introducción El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la afectación de múltiples órganos y sistemas, y la presencia de gran variedad de anticuerpos y complejos inmunes. Los síntomas gastrointestinales son frecuentes en los pacientes con lupus, y son debidos a efectos adversos a la medicación o infecciones. La enteropatía primaria más frecuente es la vasculitis mesentérica, seguida por la gastroenteropatía perdedora de proteínas, la pseudo obstrucción intestinal, la pancreatitis aguda y enfermedad celíaca. Presentación de caso Paciente de 46 años de edad, que se presentó con diarrea, vómitos y descenso de peso de 15 kg, de 3 meses de evolución e inadecuada respuesta al tratamiento higiénico dietético y antibiótico, por lo que requirió internación. Al interrogatorio refería fotosensibilidad y úlceras orales. Al examen físico se evidenciaba palidez muco-cutánea generalizada, abdomen con dolor difuso, timpánico y ruidos hidroaéreos disminuidos, edemas bilaterales en tercio inferior de miembros inferiores. Presentaba anemia, plaquetopenia, e hipocomplementemia. ANA 1 / 640. Anti Smith, RNP, Ro y La positivos. La biopsia duodenal mostraba infiltrado inflamatorio inespecífico. En la tomografía de abdomen y pelvis se visualizaba la vesícula biliar con paredes engrosadas; dilatación intrahepática, del Colédoco y del Wirsung, dilatación uretero pielocalicial. Vejiga con paredes engrosadas. Dilatación de intestino delgado y engrosamiento de la pared, sin signos de stop. De acuerdo a estas características, se arribó al diagnóstico de pseudo obstrucción intestinal en el contexto de un debut lúpico.

Discusión La pseudo obstrucción intestinal asociada a lupus eritematoso sistémico es una entidad rara, con mayor prevalencia en mujeres jóvenes de países orientales, predominando en períodos de actividad del lupus. Puede presentarse con dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos, disminución o ausencia de ruidos hidroaéreos, diarrea, constipación y pérdida de peso. La tomografía de abdomen y pelvis con y sin contraste sigue siendo el método de elección en el diagnóstico de esta entidad, mostrando hallazgos típicos. El manejo consiste en analgésicos, antibióticos y proquímicos. Los corticoides a altas dosis se consideran el pilar del tratamiento. También pueden utilizarse drogas inmunosupresoras, como azatioprina, ciclosporina A o ciclofosfamida. En conclusión, destacamos que esta entidad debe reconocerse como una enfermedad severa, e inusual como forma de presentación en el lupus eritematoso sistémico de acuerdo a la literatura internacional y en nuestra experiencia, cuyo diagnóstico oportuno y tratamiento temprano mejoran la calidad de vida y disminuyen la morbilidad.

Page 1/1

AFECCIÓN PULMONAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA. A PROPOSITO DE UN CASO.

V. Gilhí[1]*, D. Guizardo[1], J. Milanesio[1], M. Abdala[1],
[1]Servicio De Reumatología Y Colagenopatía Hospital Provincial Centenario. Facultad De Ciencias Médicas, Rosario, Argentina
[*] Presentador

INTRODUCCION: la artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, que afecta predominantemente a las pequeñas articulaciones sinoviales. Sin embargo suele comprometer otros órganos y sistemas. Estas afecciones extra articulares pueden estar presentes en un 40 % de los casos, siendo la vasculitis y el compromiso pulmonar las que le confieren peor pronóstico.

PRESENTACION CASO CLINICO: Paciente de 61 años de sexo masculino con diagnóstico de AR hace 7 años sin tratamiento que consulta por disnea de un año de evolución. Antecedentes farmacológicos: diclofenaco 50 mg / día y prednisona 5 mg / día que discontinuó hace años. EF: TA: 120/80 FC 100 FR 18,afebril. Respiratorio: rales subcrepitantes bibasales sin traje ni uso de músculos accesorios. Sinovitis de 5MCF: 3 Y 5 IFP demano derecha, 4 MCF Y 4 IFP de mano izquierda VAS: 5 DAS 28: 2. Laboratorio: HCTO: 44 HB: 12.8 GB: 11.400 VES: 40 GLUCEMIA: 138mg/dl UREMIA 72 mg/dl CREATIN: 1.56 mg/dl IONOGRAMA: 143/3.999 Hepatograma normal. FR 1/256 ROSE RAGAN + ANTI CCP + **RX MANOS:** pinzamientos simétricos, osteopenia yuxtaarticular, erosiones. **RX PIES:** erosiones óseas. **RX TORAX:** infiltrados intersticiales bilaterales bibasales y en campo medio. **ESPIROMETRIA:** patron restrictivo moderado sin respuesta a broncodilatadores. **TAC DE TORAX DE ALTA RESOLUCION:** reticulacion subpleural, bronquiectasias, reticulacion y engrosamientos de los septos, areas en vidrio esmerilado y alveolitis. **ECOCARDIOGRAMA:** VI normal, Al levemente dilatada (40.7), pericardio sin derrame. Resto s/p. Se inicia tratamiento con prednisona 20 mg / día e hidrocloloquina 400 mg/día con buena respuesta clínica y funcional.

DISCUSION: Si bien no existe un consenso universalmente establecido sobre cual es el mejor esquema farmacológico para tratar el compromiso pulmonar en pacientes con AR, existe una tendencia a utilizar corticoides a altas dosis. En nuestro paciente obtuvimos una buena respuesta clínica con la combinación de hidroxicloroquina y corticoides. En nuestra búsqueda bibliográfica encontramos al menos un artículo publicado en este año que abona a favor de nuestra experiencia clínica con dosis altas de corticosteroides y DMARS. Creemos pues, que dicho esquema debería tenerse en cuenta ya que podría ser beneficioso en pacientes seleccionados.

ARTERITIS DE TAKAYASU; EVALUACION DE 7 PACIENTES

M. Bedoya[1]*, A. Ortiz[1], S. Roverano[1], S. Paira[1],
[1]Hospital Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Introducción: La Arteritis de Takayasu compromete la aorta, sus ramas y la arteria pulmonar. Sus manifestaciones clínicas dependen de la arteria afectada y el patrón de afectación arterial muestra diferencias en las distintas regiones del mundo, de acuerdo con las influencias étnicas. La ERS y ANGIO-TAC son utilizados para evaluar su actividad

Objetivos: Evaluar la situación demográfica, clínica, laboratorio, compromiso arterial, y los resultados angiográficos de 7 pacientes con AT (criterios ACR 1990).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, se revisaron 7 historias clínicas. **Resultados:** Todos eran mujeres, la edad media al diagnóstico fue de 33 años, 1 tuvo antecedente de TBC, la diferencia de pulso, TA y soplos estaban presentes en 6/6 pacientes, cefalea en 4/6, carotidinia en 2/6 y Raynaud en 1/6 al momento del diagnóstico, los criterios ACR más frecuentes al diagnóstico fueron diferencia TA, anomalidades arteriográficas en 6 pacientes y claudicación en 5. En 6/7se observó compromiso de subclavia izquierda y en 3/7 de Aorta infrarenal y arteria renal izquierda. La clasificación angiográfica más frecuente fue tipo V en 7/7 pacientes. Todos recibieron corticoides y 6 metotrexato constatóndose disminución de la ERS en 4/4 pacientes y mejoría en la ANGIO-TAC en 2/3 pacientes. **Conclusión:** Predomina en mujeres, el diagnóstico se retrasa casi 3 años. La mayor frecuencia de afectación arterial se observó en la arteria subclavia izquierda seguida por la arteria renal homolateral. El tipo más frecuente de clasificación angiográfica de la arteritis de Takayasu (Takayasu Conference, 1994) fue tipo V similar a las series publicadas por Brasil, India, Tailandia. La mayoría de los pacientes recibieron corticoide y metotrexato. (Poster)

Page 1/1

HEMOCROMATOSIS QUE SIMULA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO; PRESENTACION DE UN CASO

M. Bedoya[1]*, E. Benaventes[1], A. Ortiz[1], S. Paira[1],
[1]Hospital Cullen, Santa Fe, Argentina
[*] Presentador

Objetivo: Describir un caso de hemocromatosis que simula enfermedad del tejido conectivo.

Caso: Hombre de 44 años de edad que refiere un cuadro de un año y medio de evolución caracterizado por astenia y lesiones eritemato-escamosas en zonas foto-expuestas, acompañado de hiperpigmentación facial con síndrome febril, mialgia, debilidad proximal de cintura pelviana que ceden parcialmente AINES. En el examen físico presenta hiperpigmentación facial homogénea. Lesiones eritemato escamosas de bordes sobre elevados y centros páldos localizadas en miembros superiores, inferiores y en región antero- posterior del tórax, con zonas de hiper queratosis. Coloración violácea bípalebral. Disminución de la fuerza 3/5 en cintura pelviana, mialgias generalizadas, hipotrofia miembros inferiores. A nivel abdominal hepatomegalia hasta fosa iliaca derecha y adenopatías axilares blandas, indoloras no adheridas a planos profundos. Resto del examen físico normal. EL laboratorio informo anemia, ferritina 2000, leucocitosis, VES 80 mm¹/h, FAL, GOT, GPT, CPK, LDH y aldólasa elevadas, FAN (Hep 2) 1/100, DNA (Cripfilidia) negativo, C3 y C4 disminuidos. Proteimuria de 1025 mg/l/ en 24h. Se realizó biopsia de piel con hiperqueratosis, y biopsia renal donde se reconoce leve atrofia tubular inferior al 20 % con presencia de pigmento hemosiderínico a nivel del epitelio tubular, escasos hematíes y cilindros hemáticos. Aterioesclerosis de grado leve con incipiente esclerohialinosis.

Conclusión: La hemocromatosis puede presentar astenia, fiebre, debilidad muscular proximal y simétrica, lesiones eritematoescamosas, hiperpigmentación, y elevación de enzimas musculares, manifestaciones que pueden confundir el diagnóstico con enfermedades del tejido conectivo.

Page 1/1