

# 47° Congreso Argentino de Reumatología

---

14 al 17 de octubre de 2014

Centro de Convenciones - Salta - Argentina



## SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

COMISIÓN  
DIRECTIVA  
2013-2015

### Presidente

Dr. Gustavo Citera

### Vicepresidente

Dr. Alejandra Babini

### Presidente anterior inmediato

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

### Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

### Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

### Vocales titulares

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

### Vocales suplentes

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

### Revisores de cuentas

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

### Director de la Revista

Soriano Enrique R.

### Co-Directores

Alba Paula y Scublinsky Darío

### Comité Científico

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

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

### Comité Organizador del Congreso

#### Presidente

Dr. Gustavo Citera

#### Presidente Pasado

Dr. Bernardo A. Pons-Estel

#### Vicepresidente Primero

Dr. Alejandra Babini

#### Vicepresidente Segundo

Dr. Cruz Lascano

#### Secretario

Dr. Enrique R. Soriano

#### Tesorero

Dr. Oscar L. Rillo

#### Presidente Comité Científico

Dr. Marcos G. Rosemffet

#### Comité Científico

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

#### Comité de Organización Interna

Dr. Cruz Lascano  
Dr. María Elena Crespo  
Dr. Alejandra Abalos  
Dr. Emilio Buschiazzo  
Dr. Luis García  
Dr. Verónica Lencina  
Dr. David Carrillo  
Dr. Vicente Juárez  
Dr. Ana Lía Gervilla  
Dr. Cinthya Retamozo  
Dr. Leticia Ibanez Zurlo  
Dr. Cristóbal Heredia  
Dr. Miguel Plaza  
Dr. Adolfo Sánchez

### Comité de Prensa y Difusión

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

### Comité de Relaciones Internacionales

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

---

Publicación trimestral  
© **MV Comunicación & Marketing**® 2014

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

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

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

Editada por  
**MV Comunicación & Marketing**®

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

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

Salta, 14 de Octubre de 2014

Estimados colegas y amigos, es un placer para todo el equipo SAR poder encontrarnos en el marco de un nuevo Congreso Argentino de Reumatología. Por primera vez en la historia de la SAR, un Congreso Argentino se realiza en la ciudad de Salta. Queremos, en primer lugar, agradecer a toda la Comisión Directiva de la filial Salto-Jujeña por todo el apoyo que hemos recibido para la organización del Congreso y, en particular, al Dr. Adolfo Sánchez sin cuya ayuda y dedicación todo hubiese sido más difícil.

**La SAR continúa y profundiza su actitud federal.** La Inspección General de Justicia, aprobó el nuevo estatuto de la SAR, el cual permite la creación de una filial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por esta razón, la Asociación de Reumatología de la Ciudad de Buenos Aires (ARCBA) se ha constituido formalmente en la novena filial de la SAR.

**Las Filiales de la SAR ofrecen RIMA a sus socios.** Desde este año y con un gran esfuerzo RIMA es entregado de manera gratuita y con mayor número de créditos por las filiales a sus socios. Invitamos con mucho agrado a todos aquellos que aún no son socios de su filial a regularizar su situación para poder acceder a esta importante herramienta. Las filiales son el sustento de la Sociedad madre, por lo cual consideramos de gran importancia su desarrollo y crecimiento continuo.

**El proyecto SARFILINE** continúa activo y las filiales que han ganado el mismo (Provincia de Buenos Aires, Tucumán y Córdoba) se encuentran activamente realizando los proyectos.

**El proyecto Nacional de Educación continúa activo.**

Las clases del Curso Superior continúan transmitiéndose online a todo el país, y los primeros egresados ya recibieron el diploma habilitante de médico especialista en reumatología otorgado por la SAR y el Ministerio de Salud de la Nación. Nuevamente entregamos 8 becas de pasantías cortas en el exterior para permitir que nuestros jóvenes reumatólogos hagan su experiencia en importantes centros de reumatología del mundo. De igual manera continúa el otorgamiento de becas SAR-ACR como estímulo para difundir la investigación realizada en nuestro país. Gracias al **Convenio con la Sociedad Española de Reumatología**, ya iniciamos el primer proyecto de investigación conjunta con el grupo de estudio de Lupus de la SAR.

**Este año hemos rediseñado la página del Congreso Argentino** y hemos desarrollado una aplicación para tabletas y teléfonos celulares, para que todos cuenten con la información actualizada de los oradores, conferencias y las diferentes sesiones del mismo.

Hemos recibido 236 abstracts de trabajos de investigación que serán presentados durante el Congreso, y felicitamos a todos aquellos que con gran esfuerzo han decidido compartir su investigación con los colegas.

Quiero agradecer a todos los miembros del equipo de la SAR el compromiso constante y la dedicación incondicional que muestran. Queremos agradecerles especialmente a Horacio Storch y María Pia Vattuone por su dedicación permanente y por hacernos la vida más sencilla.

Agradecemos también a todas aquellas empresas que confían en nosotros y que apoyan de manera ética la gestión de la SAR.

En nombre de todo este equipo, queremos darles la bienvenida al 47to Congreso Argentino de Reumatología y esperamos que disfruten del mismo. Nuestro compromiso es continuar creciendo y mejorando, para lo cual necesitamos de la crítica y el apoyo de ustedes. *"Hay muchas cosas que no sabemos, pero que no podemos aprender, ninguna".*

Muchas gracias por todo su apoyo.

Gustavo Citera,  
*en representación del equipo SAR*

## Becas SAR ACR

Micaela Ana Cosatti	CEMIC, Buenos Aires
Maria Noelia Antoniol	CEMIC, Buenos Aires
Josefina Marin	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Valeria Scaglioni	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Tomás Cazenave	Instituto de Rehabilitación Psicofísica Buenos Aires
Fernando Dal Pra	Instituto de Rehabilitación Psicofísica Buenos Aires
Maximiliano Bravo	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Mariana Pera	HIGA Gral.San Martín, La Plata
Lucila Beatriz Marino	Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”.
Laura Mariela Encinas	Hospital Privado de Córdoba/ Hospital "Raúl A.Ferreira"
Marina Scolnik	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Maria Julieta Gamba	Hospital "Dr.C Argerich", Buenos Aires
Vanesa Duarte	Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”
María Eugenia Lara	Hospital L.C. Lagomaggiore, Mendoza
Valeria Arturi	HIGA Gral. San Martín, La Plata
Marina Oliver	Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”
Walter Spindler	Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán
Christian Waimann	Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires
Johana Belen Zacarias Hereter	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
María Celeste Orozco	Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires
Oswaldo Luis Cerda	Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires
Facundo Vergara	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires

## Becas Pasantías Cortas 2014

Juan Pablo Vinicki:	Hospital de Clínicas, Buenos Aires
Josefina Marín:	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Lucila Beatriz Marino:	Hospital Rivadavia, Buenos Aires
Raúl Sueldo:	Hospital Angel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán (Tucumán)
María Laura Acosta Felquer:	Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires
Ana Clara Caminer:	Hospital Centenario, Rosario (Santa Fe)
Claudia Pena:	H.I.G.A San Martín, La Plata (Buenos Aires)
Laura Mariela Encinas:	Hospital Privado de Córdoba, Córdoba

## [índice autores]

Abalos, A.	P 174	Alvarez, AP.	O 16	25,33,83,102	
Abdala, M.	O 7	Alvarez Bollea, M.	P 87	103,108	
	P 34,38,74,	Alvarez, C.	P 44	Barrios, B.	P 188
	82,113,125,	Alvarez, D.	P 117	Bartel, GG.	P 23
	171,172,175,	Alvarez, M.	P 68	Basack, N.	P 87
	215	Amador, A.	P 189	Battagliotti, C.	O 16
Acevedo, R.	P 9	Ameruso, Y.	P 69,162,198		P 168,206
Acosta Felquer, ML.	P 40,45,121,	Amitrano, C.	P 20,26,32	Beber, SE.	P 87
	133	Andrush, A.	P 94	Bedoya, ME.	P 115
Acosta, R.	P 43	Antonini, G.	P 200,201	Belini, A.	P 209
Acosta, RD.	P 111,186,197	Antoniol, MA.	P 144	Bellomio, V.	O 11
Adriani, S.	P 193,196	Antoniol, MN.	P 148		P 83,134
Aguayo, C.	P 192	Antoniol, N.	P 107	Bellomio, VI.	P 1,2
Aguero, S.	O 16	Anzardi, J.	P 217	Bellusci, AD.	P 182
Aguila Maldonado, RA.	P 83	Aparicio, L.	P 116	Benegas, M.	P 52,135
Aguila, R.	P 93,112	Apaz, MT.	O 16	Benigni, L.	P 77
Aguilar, G.	P 87	Aquino, E.	P 209	Benitez, A.	P 91
Aguilera, G.	P 129	Araneda, M.	P 192	Bennasar, G.	P 21,25,38
Aguilera, K.	P 15	Arizo, A.	P 87		113,210
Aguirre, MY.	P 93	Arnez, C.	P 105	Benzaquen, N.	P 32
Aicardi, P.	P 202	Arquez, G.	P 2	Benzaquen, N.	O 7
Airoldi, C.	P 52,135	Arrocena, H.	P 87		P 21,38
Akselrad, MJ.	P 213	Arturi, AS.	P 22,95	Benzaquén, N.	P 4,6
Alba, P.	O 5	Arturi, P.	P 22,95	Benzaquen, NR.	P 86
	P 3,4,6,27,28	Arturi, V.	O 14	Benzaquén, NR.	P 90,98
Albertengo, A.	P 185		P 80,112,146	Berbotto, GA.	P 19,124
Alberti, ML.	P 18	Asbert, P.	P 4,6	Berman, A.	O 7,11
Albiero, A.	P 4,6	Asnal, C.	P 20,21,32		P 34,38,113
Albiero, E.	P 3,4,6,21,27	Asnal, CA.	P 26		125,134
	28,41,150	Aste, NM.	P 102	Berman, H.	O 3,7,11
Albiero, J.	P 28	Astesana, P.	P 4,6		P 34,38,113
Albina, A.	P 87	Audisio, M.	O 3		125,134
Alcaraz, M.	P 126,152		P 4,6,101	Berra, ML.	P 57,97
Alegre, C.	P 66	Avid, E.	P 166	Berruazo, R.	P 10,127,190
Alessio, D.	P 4,6	Avila, V.	P 119,128,159	Bertiller, E.	O 10
Alevato, M.	P 166	Aznar, M.	P 87		P 37,38,75
Alianak, M.	P 74	Azulay, G.	P 65		113,121
Alievi, A.	P 83	Azzaro, S.	P 93	Bertolaccini, MC.	O 9
Allé, G.	P 193,196	Bacciedoni, V.	P 87		P 2,5
Allievi, A.	P 56	Baied, C.	P 177,183,194	Bertoli, A.	O 16
Alonso, M.	P 108		219		P 4,6
Alonso, MD.	P 29	Balderrama, L.	P 10,127	Bertoli, AM.	O 3
Alonso, V.	P 193,196	Baldessari, EM.	P 103	Betancur, G.	P 1,51,132,
Alvarellos, A.	O 11,16	Baldominir, C.	P 170		136,137,138
	P 4,6,86,90,98	Baldomir, C.	P 207,208	Betancur, GV.	O 1
	113,134	Balsa, A.	P 41		P 34
Alvarellos, T.	O 2,3,11	Bande, JM.	P 188	Biañ, M.	P 107
	P 134	Baños, A.	P 209	Bietti, J.	P 87
Alvarez, A.	O 5	Barbaglia, AL.	P 2	Blas, R.	P 96
	P 83,107,189	Barbieri, MA.	P 87	Bohr, A.	P 13
Álvarez, A.	P 109	Barreira, JC.	O 1,16	Bolesina, M.	P 87
Alvarez, AC.	P 38,98,113,125		P 1,21,23,24	Bollini, R.	P 59,149

Borghi, MV.	P 98				
Borgia, V.	P 12,145,176				
Bottinelli, Y.	P 57,83,97				
Bottone, D.	P 129				
Bouret, D.	P 72				
Bovea, G.	P 194				
Brance, ML.	P 154,155,164				
	178,179				
Bravo, M.	O 10,13				
	P 75,114,118				
Bresan, E.	P 83				
Britos, M.	P 55				
Brusco, MI.	P 69,162,198				
Buchovsky, G.	P 87				
Buliubasich, S.	P 101				
Burkett, A.	P 191,199				
Busajm, M.	P 16				
Busamia, B.	P 27,150				
Buschiazzo, E.	O 15				
	P 9,139				
Buschiazzo, EA.	P 29,42,49				
Cabagna, G.	P 124				
Cabrera, PS.	P 195				
Cadile, I.	P 84,100,101				
	122,200,201				
	205				
Caeiro, F.	O 7,16				
	P 21,32,34,38				
	86,90,98,113				
	125				
Caeiro, JP.	P 86				
Cajigas, D.	P 41				
Calizaya Enriquez, G.	P 156				
Caminer, A.	P 171,175				
Campana, V.	P 11				
Canaletti, MC.	P 77				
Capozzi, MN.	O 12				
	P 17,187				
Cappuccio, A.	O 16				
Capra, RH.	P 90				
Caprarulo, C.	O 16				
Caputo, FM.	P 97				
Caputo, MF.	P 57,83				
Caputo, VD.	P 110				
Caracciolo, J.	O 8,12				
	P 188				
Caracciolo, JA.	P 58				
Cardiel, M.	P 44				
Cardozo, N.	P 158				
Carlevaris, L.	P 21,36,38,62				
	113,210				
Carlevaris, LR.	P 25				
Caro, FM.	P 18				
Carrillo I	O 15				
	P 33,46,47,65				
	73,131,139				
	141,153				
Carrizo, C.	P 109				
Carrizo, G.	P 2				
Casalla, L.	O 12				
		P 17,187			49,51,61,63
Casas, HA.	P 57,83,97				64,65,73,113
Casas, M.	P 199				116,125,131
Castañeda, O.	P 44				132,136,137
Castaños					138,139,141
					153
Menescardi, MS.	P 4,6				
Castelli, G.	P 44				Civit, E.
Castillo, M.	P 167				P 12,145,176
Castro De Delrio, GB.	P 158				Claus, L.
Catalan Pellet, A.	O 2,6				P 177
	P 32,125				Cogo, K.
Catalán Pellet, A.	P 38				P 219
Catalán Pellet, AC.	P 21,25				Colazo, M.
Catalán Pellet, S.	P 165,166,167				P 4,6,21,32
	180,181,191				Colazo, MA.
Catay, E.	O 10				P 86,90,98
	P 37				Colazzo, M.
Catay, ER.	O 13				P 83
	P 75,114,118				Collado, MV.
	121				P 1,103,106
Catoggio, C.	P 144,148				Collado, V.
Catoggio, LJ.	O 10				O 1
	P 30,53				P 83
Cavallasca, JA.	P 85,203,204				Colombres, F.
Cavallo, L.	P 9				O 7,11
Cavillon, E.	O 16				P 2,34,38,113
Cayetti, A.	O 2				125,134
	P 136				Conte, MS.
Cazenabe, T.	P 116				P 19,124
Cazenave, T.	O 3				Cordova, N.
	P 61,63,64,65				P 119
	73,153				Córdoba, N.
Cazon, J.	P 174				P 128
Ceballos, MF.	P 86				Correa, MA.
Ceccato, F.	O 2,7				O 12
	P 34,38,60				Cosatti, MA.
	113,115,125				O 5
Cejas, N.	P 43				P 144,148
Cerda, O.	O 7,15				Cosentino, V.
	P 34,38,46,47				P 8,76,104,105
	139				Cosentino, VL.
Cerda, OL.	P 131,141				P 103
Cervetto, V.	P 69,162,198				Costa, CA.
Chackelevicius, C.	P 213				P 85,203,204
Chain, JJ.	P 87				Costaguta, A.
Chandran, V.	P 50,140				P 168
Chaparro del					Costi, A.
Moral, R.	O 1,2,7,8,11,12				P 93
	P 32,34,38,58				Costi, AC.
	113,125,134				P 112
Chaparro del					Costi, C.
Moral, RE.	P 52,135				P 83
Chaparro, R.	P 83				Cousseau, ML.
Chavarría, C.	P 11				P 110
Christiansen, S.	P 53				Couto, E.
Cisterna, M.	P 192				P 68
Citera, G.	O 2,3,7,10,15				Creimerman, BN.
	16				P 161
	P 33,34,35,38				Cremonuzzi, D.
	44,46,47,48				P 11
					Crespo Amaya, G.
					P 14,21,36,62
					Crespo Espindola, ME.
					P 29,42,49
					Crespo, G.
					P 32,34,38
					Crespo, M.
					O 2,7
					P 34,38,113
					125
					Cristofari, A.
					P 2
					Crow, E.
					P 21,32
					Cruzat, V.
					P 83
					Cuadros, S.
					P 82,172,175
					215
					Cuello, MF.
					P 87
					Curci, AM.
					P 94
					Curti, A.
					P 83
					Cusa, MA.
					P 110
					Cuttica, R.
					P 69,162,198
					Dal Pra, F.
					O 1,2,7
					P 1,34,38,113
					125
					Dalurso, L.
					P 211
					Damico, A.
					P 83
					Damil Castro, R.
					P 126,152
					Danielsen, M.
					O 5
					Dávila, A.
					P 74
					Dávila, S.
					P 11

De Cillis, V.	P 13
De Cunto, C.	P 55
de la Barrera, MI.	P 91
De la Sota, M.	O 16
De la Vega, M.	O 16
de la Vega, MC.	P 91
Degano, A.	P 87
Del Rio, F.	P 87
Della Maggiora, M.	P 202,209
Dellepiane, A.	O 12
Delrio, D.	P 158
Demarchi, J.	P 21,32
Demarchi, M.	P 3,27,28
Derecho, E.	P 72
Deves, V.	P 68
Di Castelnuovo, V.	P 107
Di Genaro, MS.	P 96
Diaz, C.	P 107
Diaz, D.	P 200
Diaz, K.	P 10,127
Diaz, M.	O 16 P 83
Díaz, ML.	P 108
Diez, S.	P 10
Dilela, N.	P 107
Diomedí, M.	P 150
Dip, R.	P 2
Dondio, MJ.	P 111,186,197
Dotto, G.	P 3,28
Drago, C.	P 71,125,143 147,169
Drago, CAMI.	P 79
Dragosky, M.	P 87
Drelichman, G.	P 87
Duarte, V.	P 14
Duarte, VM.	P 36,62
Duartes Noé, DE.	P 23,24
Dubinsky, D.	O 16 P 83,165,166 180,181
Dulong, L.	P 16
Durigan, V.	P 156
Dzembrowski, SA.	P 161
Earsman, G.	P 24
Eiman, A.	O 16
Eimon, A.	O 5 P 83,107,109
Elena, G.	P 87
Eletti, M.	P 163,211
Encinas, L.	P 4,6,34,83
Encinas, LM.	O 16 P 86
Eraña, D.	P 91
Espada, G.	P 67,68,70
Espindola Echazu, M.	P 2
Espinel, D.	P 207
Esposito, M.	P 83
Esposito, AS.	P 15
Etchegoyen, C.	P 77
Etcheverry, M.	P 69,162,198

Exeni, I.	O 16
Farfán, C.	P 130
Fay, J.	P 35
Fecchio, C.	P 91
Feldman, L.	P 87
Fernández, AE.	P 72
Fernandez Escobar, N.P	P 87
Fernandez, G.	P 87
Fernandez, I.	P 87
Fernández, M.	P 182
Fernández, ME.	P 18
Fernandez Nacul, S.	O 6
Fernandez, O.	P 160
Fernandez, R.	P 87
Ferreya Garrot, L.	O 11 P 40,45,134
Ferreya Garrot, LG.	P 133
Ferreya, L.	O 13 P 75
Ferreya	
Mufarregue, LR.	P 83
Figueroa Casas, JC.	P 74
Figueroa, R.	P 195
Finucci Curi, P.	P 115
Florentino, MS.	P 86
Fita, Y.	P 201
Fleischmann, R.	P 35
Fleitas, G.	P 214
Flores Balverdi, J.	P 216
Fonseca, E.	P 82,172,175
Fontana, S.	P 150
Fontaneto, E.	P 28
Fortes, P.	P 106
Franco, K.	P 41
Fynn, A.	P 87
Gagliardi, S.	P 136
Gagliardi, SA.	P 46,139
Galan, M.	P 209
Galano, S.	P 69,162
Galindo, L.	O 9 P 1,2,5
Gallardo, M.	O 10 P 30,37,121
Gallardo, MA.	P 26
Gallino Yanzi, J.	O 7,15 P 46,47,131 139,141
Gallo, J.	P 102,169,185 211,212
Galvan, G.	P 87
Galván, LS.	P 23,24,25
Gamba, J.	P 91
Gamba, MJ.	P 187
Gambra, I.	P 130
Gamoneda, C.	P 93
Gandino, IJ.	P 55,56,92
Gandulfo Galarza, M.	P 72
García, A.	P 13
García Ciccarelli, A.	P 12,145,176
García, E.	P 44

García Faura, L.	P 104
García, M.	O 11 P 134
García, M.	O 10 P 125
García, MA.	O 2,7,14 P 34,83,93,110
García, MA.	O 16 P 15,38,80,112 113,146
García- Mónaco, R.	P 133
García, MV.	P 114,118,121
García, R.	P 10,127
García Salinas, RN.	P 22,95
García Saucó, M.	P 160
García-Mónaco, R.	P 40
Gargiulo, MA.	P 106
Garzon, MI.	P 86
Gauna, C.	P 170,207,208
Gauna, M.	O 7
Gazzoni, MV.	P 100,101
Genovese, O.	P 8,76
Gerling Morgado, CD.	P 99
Gervasoni, V.	P 7
Gervilla, A.	P 174
Gervilla, AL.	P 26,42
Giacomone, D.	P 22,95
Giordano, F.	P 214
Giraldo, CL.	P 33
Girard Bosch, MP.	P 22,52,95,135
Giuponi, J.	P 68
Gladman, DD.	P 50,140
Gobbi, C.	O 16 P 3,4,6,21,27 28,150
Godoy, A.	P 77
Goizueta, C.	O 9 P 5
Gomez, G.	O 1,16 P 1,83,103,106
Gómez, MG.	P 91
Gomez, RA.	P 106
Gontero, R.	P 78,81,125
Gonzalez, A.	P 83
González	
Gusmán, MC.	P 46
Gonzalez	
Guzman, MC.	P 131,141
González	
Guzmán, MC.	O 15 P 47,139
Gonzalez, I.	P 207
Gonzalez Lucero, L.	O 9 P 1,2,5,103
Gonzalez, M.	P 163
González, MC.	P 65,73,153
Gonzalez, P.	O 6
Goñi, SI.	P 77
Gordon, S.	P 99
Gorlino, CV.	P 96

Goymil, V.	P 105,117
Graf, C.	P 83
Granda, A.	P 130
Granel, A.	O 16
Greca, A.	P 193,196
Grees, S.	P 198
Greloni, G.	P 53
Grosello, T.	P 99
Grosso, G.	P 43
Grosso, GB.	P 111,186,197
Guaraz, G.	P 195
Guelbert, N.	P 87
Guerrero, G.	P 166
Guinsburg, M.	O 8
Gutfraind, E.	P 177,183
Guzman, R.	P 120,123
Hamdani, S.	P 130
Haye, MJ.	O 16
Haye Salinas, M.	P 4,6
Haye Salinas, MJ.	O 7
	P 34,38,86,90
	98,113,125
Helling, CA.	O 5
Henares, E.	P 163
Heredia, C.	P 129
Heredia, M.	P 67
Herrera Comoglio, R.	P 100,101
Herrera, G.	P 202
Ianovsky, O.	P 76
Ibañez, LS.	P 208
Ibañez, S.	P 207
Iotti, R.	P 107
Iriarte Padula, MP.	P 57,83,97
ITurralde, C.	P 99
Ivernizzi, B.	P 59,149
Jaller, J.	P 44
Jaureguiberry, R.	P 87
Ju, Y.	P 10,127
Ju Yung, C.	P 219
Juarez, LA.	P 2
Juárez, RV.	P 29,42,49
Juarez, V.	O 2,7
	P 1,9,34,38,113
	125
Jung, G.	P 157
Jurado, R.	P 200
Kantor, G.	P 87
Karacachoff, M.	P 168
Kerzberg, E.	P 8,76,117
Kerzberg, EM.	P 103,104,105
Khoury, M.	P 33,103,108
Khoury, MC.	P 23,24,25
Kilstein, J.	P 66
Klein, M.	P 170,207,208
Kluwak, G.	P 74,171,172
	215
Knobel, E.	P 72
Kohan MP	O 15
	P 58,139
Kondratiuk, G.	P 69,162,198

Kotak, S.	P 48,120,123
Kwok, K.	P 44
Laborde, H.	P 33,103,180
	191
Lago, M.	P 76
Lagrutta, M.	P 193,196
Laguarde, M.	P 77
Lancioni, E.	P 30,83,116
Landa, M.	P 108
Landi, M.	O 2,7,15
	P 34,38,46,47
	103,113,131
	139,141
Lanza, V.	P 87
Lara, ME.	P 33,103,108
Lares, J.	P 156
Larribite, A.	P 157
Larroude, MS.	O 16
	P 87,110
Lascano, C.	P 42,174
Lastra, C.	P 84,205
Laurito, C.	P 219
Lazaro, H.	P 2
Lazzarino, MR.	P 77,173
Leal, M.	P 34,38,113
Leal, MO.	P 2
Leavi, S.	P 11
Lecchini, L.	P 107
Ledda, A.	P 16
Ledesma, C.	O 7
	P 34,38,125
Lefimil, M.	P 192
Legurguro, G.	P 112,146
Leiva, M.	P 170
Lencina, MV.	P 29,42,49
Leoni, A.	P 200
Lerosse, C.	P 188
Lessa, C.	P 213
Lizarraga, A.	O 2
	P 51,103,132
	136,137,138
Llamado, L.	P 48
Lojo, MN.	P 77,173
Longo, A.	P 107,109
López Pérez, MJ.	P 4,6
Lopez, R.	P 119
López, R.	P 128
Lucana, L.	P 91
Lucero, CB.	P 98
Lucero, E.	O 9
	P 1,2,5
Luna, GA.	P 195
Machado, D.	P 120,123
Machado Escobar, M.	P 103
Machado	
Escobar, MA.	P 1,5
Machado, MA.	P 2
Macias, M.	P 130
Maffei, A.	P 70
Magri, SJ.	P 22,95

Maldonado	
Cocco, CA.	P 46
Maldonado Cocco, J.	O 11
	P 134
Maldonado Cocco, JA.	O 15
	P 47,131,139
	141
Maldonado Ficco, H.	P 50,140
Maldonado, G.	P 119,128,142
	159,218
Maldonado, MA.	P 35
Maldonado, PR.	O 9
	P 5
Malm- Green, S.	O 5
Maman, M.	P 113
Mamani, M.	O 6,7,12,16
	P 14,20,21,26
	31,34,36,39
	62,125,156
	210
Manciola, E.	P 15
Mantero, N.	P 198
Manzano Escalier, M.	P 14,36,62
Manzano, M.	P 38
Marcaida, PM.	P 156
Marcos, J.	O 2,7,14
	P 34,38,80,112
	113,125,146
Marengo, MF.	P 59,149
Mariani, MC.	P 150
Marin, J.	O 5
	P 40,45,89,133
Marino Claverie, L.	P 36,62,156
Marino, L.	O 2
	P 14,34,38,125
	210
Marino, M.	O 7
Maro, A.	P 87
Marquez, M.	P 87
Martinez, A.	P 1
Martinez Alvarado, J.	P 174
Martinez, AM.	P 182
Martinez, BA.	P 83
Martinez, J.	P 59,149
Martínez, J.	P 119,128
Martínez, LA.	P 184
Martinez Muñoz, A.	O 1,11
	P 38,134
Martínez Muñoz, A.	O 2,7
	P 34,113,125
Martinez RN	P 1,5
Martire, MV.	O 12
	P 14,36,39,62
	156
Martire, V.	O 2
	P 21
Martiré, V.	P 32,38
Mas, L.	O 3
Mas, LA.	O 2
Mata, D.	P 91

Maurelli, L.	P 3
Mayer, M.	P 32
Mayer, MM.	P 1,21,23,24 25,103
Medina	
Bornachera, D.	O 5
Medina, C.	P 170
Medina, MA.	O 8,12 P 58,188
Medina Mayer, M.	O 5
Meiorin, S.	P 67,68,70
Mele, L.	P 120,123
Melián, A.	P 77
Mendiburo, L.	P 189
Mengotti, A.	P 214
Menon, M.	P 59,149
Mercado, JA.	P 144,148
Merino, E.	P 77
Merlo, P.	P 128
Messina, OD.	P 91
Micelli, M.	P 8,76,105
Migliore, N.	P 211
Miranda, I.	P 16
Miretti, E.	O 11 P 134
Missakian, S.	P 151
Mola, E.	P 41
Molina, C.	P 184
Molina, MJ.	P 2,26,31
Monat, P.	P 157
Monjo, I.	P 41
Montoya, S.	P 8,76
Montoya, SF.	P 103
Mora, GF.	P 88,94
Morales, E.	P 127
Morales, M.	P 116
Morales, MJ.	P 4,6
Morales, P.	P 5
Moreno, I.	P 128
Moreno, L.	P 128,218
Moreno Lubertino, J.	P 70
Moreno, M.	P 119,128
Moron, MI.	P 202
Moyano, E.	P 101
Moyano, S.	P 66,92
Muller, K.	P 87
Munarriz, A.	P 96
Muñoz, S.	O 5 P 83,107
Muñoz, SA.	P 56,184
Murciano, R.	P 72
Mussano, E.	O 16 P 84,100,101 122,151,200 201,205
Musuruana, JL.	P 85,203,204
Mysler, E.	P 44
Nardi, N.	P 182
Nass, M.	P 192
Nasswetter, G.	P 165,166,167

	180,181
Navarro, S.	P 7
Navarta, A.	O 13 P 75
Navarta, DA.	O 3
Navarta Ortiz, DA.	P 40,133
Neman, V.	P 182
Neme, V.	P 3
Nieto, R.	P 7
Nitsche, A.	P 20,21,26,31
Noboa, D.	P 128
Norscini, J.	P 116
Nuñez Ibañez, L.	P 72
Nuñez, J.	P 128
Nuño, L.	P 41
Ochoa y Gomez, MV.	P 82,172
Ochoa y Gómez, MV.	P 175
Ojeda, A.	P 54
Olea, AC.	P 2
Oliver, M.	O 6,11 P 26,31,134,210
Olmedo, V.	P 102,163,217
Onetti, L.	P 4,6,84,100 101,122,200 201,205
Orden, AO.	P 56
Orozco, C.	O 7,10 P 34,52,125 135
Orozco, MC.	O 1 P 1,51,132,136 137,138
Ortiz, A.	O 11 P 60,79,102 115,134,163 169,211,212 217
Otero, MJ.	P 77,173
Ottone, L.	P 8,76
Pacheco, G.	P 10,127,130 199
Paez Mena, O.	P 126,152
Paira, S.	O 2,7,11,16 P 34,38,60,71 78,79,81,102 113,115,134 143,147,163 169,185,211 212,217
Palacios, G.	P 33
Palatnik, M.	P 154,155,164 178
Paniego, FM.	P 191
Paolini, V.	P 209,213
Papasidero, S.	O 1,8,12 P 21,32,83,188
Papasidero, SB.	P 58
Paredes, A.	P 159
Paredes, C.	P 128
Paredes, P.	P 119

Parodi, R.	P 193,196
Paulin, F.	P 18
Paz, S.	P 2
Pechini, S.	P 177
Pedano, V.	P 27
Pedersen, R.	P 120,123
Pedrosa, P.	P 16
Pellicciotti, M.	P 74
Pelosso, M.	P 27
Pena, C.	P 93,146
Pena, CE.	O 14 P 15,80,83,112
Pendon, G.	P 83,93
Pendón, G.	O 5
Pendon, GP.	P 214
Pendón, GP.	P 110
Pepe, G.	P 3
Pera, M.	O 14 P 146
Pera, MA.	P 80,112
Pera, OL.	P 2
Peralta, N.	P 43
Perandones, CE.	P 144,148
Pereira, D.	P 83
Pereira, DA.	P 110,214
Pereyra, C.	P 199
Perez Araña, E.	P 126,152
Perez Bertana, MN.	P 144,148
Perez Dávila, A.	O 16
Pérez Dávila, A.	P 13
Perez, N.	P 180
Pérez, N.	P 167
Pezo, N.	P 192
Picco, E.	P 216
Piermatei, N.	P 185
Piovesan, MM.	P 167
Pirola, JP.	P 21,32,86,90 98
Pisoni, C.	P 83,107,109
Pisoni, CN.	O 5
Pissani, P.	P 104
Pizoni, C.	P 212
Pizzolato, R.	P 151
Plaza, MA.	P 129
Pompermayer, LE.	O 4 P 92
Ponce De Leon, D.	P 44
Pons Estel, B.	O 16 P 83
Porta, S.	P 8,76,105
Prado, AV.	P 57
Presas, JL.	P 184
Pretini, MJ.	P 117
Pringe, A.	P 69,162,198
Pucci, P.	P 20,21,26,32
Puente Trigo, D.	P 36,62
Puerta Franchi, R.	P 181,191
Pujal, G.	P 87
Py, G.	O 3 P 101

Quevedo, PA.	P 24	Romero, JD.	O 9	Santiago, ML.	P 21
Quintana, M.	P 38		P 33,108	Santorio, PM.	P 161
Quintana, R.	O 7	Rosa, J.	O 3,7,10,13	Sapag Durán, S.	P 180
	P 7,34,83,113		P 34,37,38,39	Sarano, J.	O 1,5
	125		40,45,75,113		P 1,26,83,103
Quinteros, A.	O 7,16		114,116,118		106
	P 2,34,113,125	Rosa, JE.	P 133	Sattler, ME.	P 19,124
Quinteros, C.	P 200	Rosemfet, M.	O 10,15	Saurit, V.	O 16
Quiroga Rogel, M.	P 129		P 65		P 4,6,83,86,90
Quispe Vilanueva, ML.	P 77,173	Rosemfet, MG.	O 3		98,113,125
Rabago, C.	P 59,149		P 61,63,64,73	Savio, V.	P 4,6
Radominski, S.	P 44		153	Scaglioni, V.	O 4,7
Raggio, JC.	P 19,124	Rossi, I.	P 87		P 34,53,54,55
Raiti, L.	P 21,32,110	Roverano, S.	O 5		89,125
Ramia, VH.	P 186		P 60,71,78,81	Scalese, C.	P 160
Rapetti, M.	P 87		115	Scali, J.	P 130
Rebiglione, D.	P 171,172,215	Rozzatti, MS.	P 27,28	Scali, JJ.	P 10,127,190
Redondo, G.	P 91	Rueda, ML.	P 198	Scarafia, S.	O 6
Reichel, P.	P 87	Ruiz, A.	P 87		P 14,20,26,31
Reimundes, C.	P 144,148	Ruiz Casanova, N.	P 43,111,186	Scatolini, L.	P 202
Remondino, G.	P 182		197	Schaefer, HM.	P 129
Rengel, S.	P 2	Ruta, J.	P 75	Scheines, E.	P 13
Retamal, E.	P 109,189	Ruta, S.	O 13	Schejtman, A.	P 158
Retamozo, CM.	P 42		P 39,40,45,133	Schenone, A.	P 87
Reynoso, EFV.	P 5	Saavedra, L.	P 10	Scherbarth, HR.	P 99
Rillo, O.	O 2,7,8,11,16	Sabelli M	O 10	Schiel, A.	P 33,103,108
	P 32,33,34,38		P 114,118,121	Schiff, M.	P 35
	44,83,113	Sacnum, M.	O 16	Schneeberger, E.	O 10,11
	125,134,169		P 125		P 134
Rillo, OL.	O 1,12	Sacnún, M.	O 7	Schneeberger, EE.	O 15
	P 21,52,58,135		P 7,34,38,113		P 46,47,49,51
	188	Saez, D.	P 33		52,116,131
Riopedre, A.	P 91	Salas, A.	O 2,7,11		132,135,136
Ríos, C.	P 119,128,159		P 34,38,93,113		137,138,139
	218		125,134,146		141
Risk, MR.	P 72	Salas, AP.	O 14	Scolnik, M.	O 4
Rispolo, D.	P 168		P 80,83,110,112		P 30,37,53,54
Rispolo, D.	P 206	Salazar Garcia, Z.	P 10,127		55,92,102,121
Risueño, F.	P 83,110	Salgado, A.	P 41	Scribano Parada, MP.	P 201
Rivello, H.	P 212	Salinas, A.	P 44	Secco, A.	O 2,6,7
Rivero, M.	P 33,103,108	Salvatierra, G.	O 7		P 14,21,25,32
	110		P 21,34,38,113		34,36,38,62
Rivero, MA.	P 24		125		113,125,156
Rivero, MG.	P 16	Sanchez, A.	P 1		210
Roa, O.	P 130	Sánchez Alcover, MJ.	P 12,145,176	Segovia, C.	P 200
Robledo, H.	P 87	Sánchez Andía, C.	P 109	Seguel, M.	P 192
Robles, NV.	P 2	Sánchez, JA.	P 29,42	Segura, V.	P 16
Roccia Rossi, I.	P 15	Sandobal, C.	P 60,71	Seleme, G.	P 2
Rodriguez Skegro, J.	P 5	Sandoval, C.	P 143	Sequeira, G.	P 8,104,105
Rodriguez, V.	P 188	Sandoval, VA.	P 156	Sevilla, D.	P 10,127
Rojas Tessel, IR.	P 29	Sansinanea, P.	O 14	Sheane, BJ.	P 140
Rojas Tessel, R.	P 42,49,216		P 15,26,80,83	Shen, Q.	P 120,123
Rojo Cella, R.	P 44		110,112,146	Silvera, E.	P 43
Rolon, R.	P 219	Santa Cruz, MJ.	O 8	Simon, JA.	P 120,123
Romanini, F.	O 11	Santaella, P.	P 101	Sinigaglia, F.	O 12
	P 14,134	Santana M	O 9	Slago, M.	P 87
Romano, O.	P 2		P 1,2,5	Sleiman, A.	P 216
Romero, F.	P 44	Santiago, L.	O 6	Soares, S.	O 16
Romero, J.	O 1		P 32,36,62	Soldano, J.	P 83
	P 83			Sommerfleck, F.	O 11

	P 49,51,132,134 136,137,138
Soria Alcívar, MR.	P 88
Soria, F.	P 215
Soriano, E.	O 11,16 P 40,83,125,134
Soriano, ER.	O 4,7,10,13 P 30,34,37,38 39,45,53,54 55,75,89,92 113,114,116 118,121,133
Sosa, A.	P 83
Sosa, V.	P 7
Spindler, A.	O 11 P 83,134
Spindler W	O 3,11 P 83,134
Spinetto, A.	P 83
Spirakis, AE.	P 88
Stancich, MI.	P 122,200
Suarez, LV.	P 106
Suehiro, R.	P 123
Sueldo HR	O 9 P 2,5
Svetta, MJ.	P 82
Taboada, MC.	P 100,101
Tamashiro, H.	P 96
Tamborenea, MN.	P 21
Tamborenea, N.	P 32
Tartara, A.	P 68
Tepper, A.	P 70
Testi, A.	O 14 P 146
Testi, AC.	P 80,112
Thavaneswaran, A.	P 50,140
Tombini, D.	P 170
Torres, AI.	P 2
Triana, J.	P 8,76
Troitiño, CJ.	P 156
Tsai, W-C.	P 48
Tubert, G.	P 182
Ugolini, A.	P 160
Uña, CR.	P 91
Valdemoros, MF.	P 16
Valente, R.	P 35
Valerio, MC.	P 12,145,176
Vallejo, C.	P 128,142
Vallejo, G.	P 70
Vallet, J.	P 192
Van der Heijde, D.	P 35
Vandale, JM.	P 171
Varela, CF.	P 53
Vargas, S.	P 128
Vasquez, DL.	O 7 P 2,125
Vassarotto, N.	P 200,201
Vazquez, M.	P 208
Vazquez, MF.	P 207
Vega, C.	P 68

Velasco Zamora, JL.	O 12
Velazco, D.	P 9
Velez, S.	P 32
Velez, SD.	P 21,23,24,25
Veloso, E.	P 125
Velozo, E.	O 16 P 83
Velozo, EJ.	O 2,7 P 34,38,113
Veltri, IA.	P 103
Ventura, R.	P 128
Vera, C.	P 128
Verando, M.	P 202
Vergara, F.	O 10 P 37,75,89,121
Verna, G.	P 165
Vigliano, M.	P 3
Vila, D.	O 6
Villa, N.	P 91
Villarruel, I.	P 168
Viluron, N.	P 157
Vinicki, JP.	P 165,166,180
Viola, D.	P 175
Visentini, S.	P 10,127,190
Vlahos, B.	P 120,123
Volpacchio, M.	P 167
Vulcano, A.	P 146
Vulcano, AE.	P 112
Waimann, C.	P 61,63,64
Waimann, CA.	O 2,7 P 34,59,113 125,149
Waisman, G.	P 116
Watman, N.	P 87
Wei, J.	P 48
Weinblatt, ME.	P 35
Werner, M.	P 4,6,101,200 201
Wernicke, VC.	P 77,173
Xavier, RM.	P 120,123
Yacuzzi, MS.	P 1,2,5,103
Yacuzzi, S.	P 83
Yantorno, ML.	P 15
Yorio, M.	P 3,150
Yosuda, S.	P 182
Zabala, P.	P 16
Zacarias, J.	P 89,116
Zaffarana, C.	O 12
Zaffarana, CA.	O 2,15 P 46,47,131 139,141
Zamora, N.	O 3,11 P 49,51,61,63 64,65,73,132 134,136,137 138,153
Zamora Sabando, M.	P 69,162,198
Zamuz, A.	P 158
Zapata, MP.	P 82,171,215
Zarate, G.	P 87

Zárate, L.	O 12 P 17,187
Zazzetti, F.	P 21,23,24,25 83,102
Zenteno, A.	P 76
Zenteno, L.	P 8
Zerbo, MC.	P 97
Zirone, S.	P 87
Zunino, A.	P 60
Zuquiarre, J.	P 200
Zurita, C.	P 142

# 47° Congreso Argentino de Reumatología

---

14 al 17 de octubre de 2014

Centro de Convenciones - Salta - Argentina

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

Sección orales	15 de octubre	01 a 04
Sección orales	15 de octubre	05 a 08
Sección orales	16 de octubre	09 a 12
Sección orales	16 de octubre	13 a 16

01

15-10-2014  
08:00 - 09:00Presentación de trabajos orales plenarios  
Salón Lapacho y Los Cardones

O01

**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO "SYSTEMIC LUPUS ACTIVITY QUESTIONNAIRE" (SLAQ) PARA EVALUAR ACTIVIDAD EN LUPUS ERMITEMOSO SISTÉMICO (LES)**A Martínez Muñoz<sup>1</sup>, S Papisidero<sup>1</sup>, R Chaparro del Moral<sup>1</sup>, OL Rillo<sup>1</sup>, V Coliada<sup>1</sup>, G Gomez<sup>2</sup>, J Sarano<sup>3</sup>, J Romero<sup>3</sup>, JC Barreira<sup>3</sup>, GV Betancur<sup>4</sup>, MC Orozco<sup>4</sup>, F Dal Pra<sup>4</sup><sup>1</sup> Hospital de Agudos "Dr. E. Tornu", Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Investigación Médica Dr. A. Lanari, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP), Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** En las enfermedades reumáticas además de la evaluación de la actividad de la enfermedad y del daño acumulado interesa conocer la percepción del paciente de su enfermedad. En el año 2003 Karlson y col., desarrollaron el SLAQ como un cuestionario auto-reportado para evaluar la actividad del LES en los últimos 3 meses, el cual demostró buen desempeño en diferentes estudios a nivel poblacional. El cuestionario consta de 24 ítems en formato Likert con un rango de 0-47. **OBJETIVO:** Determinar la validez y reproducibilidad para su uso en Argentina de una versión adaptada del SLAQ en pacientes con LES. **MATERIAL Y MÉTODO:** Para la adaptación se realizó la traducción y retraducción del cuestionario del inglés al español, de acuerdo a las guías desarrolladas para tal fin por Beaton y col. La validación se llevó a cabo en un estudio multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1997/ACR-SLICC 2012) y se excluyeron aquellos con enfermedades infecciosas agudas o crónicas y/o comorbilidades no estables que pudiesen confundir los resultados del SLAQ. Se evaluaron: datos demográficos, clínicos y parámetros de laboratorio. Los pacientes completaron SLAQ (se consignó el tiempo de respuesta en segundos), y la escala Likert de Brote de la Enfermedad. El médico en forma ciega para el SLAQ, completó: SELENA-SLEDAI, SLICC e Índice de Exacerbación del LES. La reproducibilidad se evaluó en un grupo de 19 pacientes que respondieron nuevamente el SLAQ entre los 3 a 7 días de la primera evaluación. Estadística: Se compararon las variables categóricas mediante Chi2 o prueba exacta de Fisher y las variables continuas con prueba t y ANOVA con pruebas post hoc. Validez constructiva: El SLAQ se comparó con otros índices utilizando Coeficiente de Correlación de Spearman ( $r_s$ ). La confiabilidad se determinó por Alfa de Cronbach. Se evaluó la reproducibilidad mediante el Coeficiente de Correlación Interclase (CCI). Paquete estadístico utilizado: SPSS versión 20.0. **RESULTADOS:** Se incluyeron 40 pacientes (97% mujeres), con un promedio de edad de 40 ± 13 años. Étnica: 50% Mestizos, 45% Blancos y 5% Amerindios. La mediana del tiempo de evolución del LES fue 116 (RIQ: 49-192) meses; SLEDAI 2 (2-4); SLICC 0 (0-1); 11 pacientes (27.5%) presentaron un Índice de Exacerbación del LES leve a moderado y 5 (12%) severo. El promedio de VSG fue 31 ± 23 mm/1<sup>h</sup> h, la PCR de 2.5 ± 5 mg/dl, C3: 91 ± 30 mg/dl y C4: 19 ± 14 mg/dl. El SLAQ tuvo una mediana de 7.5 (RIQ 3-11), con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.84 (p<0.001). La mediana del tiempo de respuesta fue de 159 (RIQ 88-290) segundos. EL CCI entre el SLAQ basal y su reevaluación fue de 0.95 (p<0.001). Siete pacientes (17.5%) presentaron brote leve autorreportado por Likert, 4 (10%) brote moderado y 1 (2.5%) severo. No encontramos correlación entre el SLAQ y SELENA-SLEDAI ( $r_s$  0.1) y entre SLAQ y EVA médico ( $r_s$  0.2). A su vez, el SELENA-SLEDAI correlacionó con EVA médico ( $r_s$  0.5 p<0.05). Comparación de índice de Exacerbación del LES (No Flare/leve-moderado/severo) y SLAQ (media±DE) (ANOVA): No Flare (n=24)=5.9±5.2; Flare leve-moderado (n=11)=9±6; Flare severo (n=5)=11.8±9 (p=0.1). **CONCLUSIONES:** El SLAQ demostró ser una herramienta reproducible con buena consistencia interna. No demostró validez, al menos con este número de pacientes. Muestra una tendencia a puntajes más altos ante brotes más severos aunque no estadísticamente significativos. No demostró correlación con el SELENA-SLEDAI. Limitación del trabajo: tamaño muestral de pacientes pequeño como para dilucidar su verdadera utilidad en nuestro medio. Se debería evaluar en un mayor número de casos.

02

O02

**FRECUENCIA DE ANTÍGENOS LEUCOCITARIOS HUMANOS EN REGIÓN DR EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA EN ARGENTINA. EVALUACIÓN DE SU UTILIDAD COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA PARA DISCRIMINAR PACIENTES CON ARTRITIS INDIFERENCIADA Y ARTRITIS REUMATOIDEA**F Dal Pra<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, M Landi<sup>1</sup>, CA Waimann<sup>1,2</sup>, A Cayetti<sup>1</sup>, CA Zaffarana<sup>1</sup>, A Lizarraga<sup>1</sup>, F Ceccato<sup>3</sup>, S Paira<sup>3</sup>, A Catalan Pellet<sup>4</sup>, A Secco<sup>4</sup>, L Marino<sup>4</sup>, V Martire<sup>4</sup>, T Alvarez<sup>5</sup>, LA Mas<sup>5</sup>, J Marcos<sup>6</sup>, MA Garcia<sup>6</sup>, A Salas<sup>6</sup>, A Martínez Muñoz<sup>7</sup>, R Chaparro del Moral<sup>7</sup>, O Rillo<sup>7</sup>, EJ Vellozo<sup>8</sup>, V Juez<sup>9</sup>, M Crespo<sup>9</sup><sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Dr. Hector Cura, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Hospital San Martín de la Plata, Argentina. <sup>7</sup> Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornu", Argentina. <sup>8</sup> Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. <sup>9</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Estudios previos han demostrado la asociación del HLA-DR con el riesgo de desarrollo y severidad de Artritis Reumatoidea (AR), sin embargo estos alelos pueden variar entre diversas poblaciones.

**OBJETIVO:** Evaluar la frecuencia de HLA-DR en pacientes con diagnóstico de AR, comparados con donantes sanos de la población general Argentina. Y por otro lado determinar la utilidad de la tipificación de estos alelos para discriminar pacientes con AR y AI en pacientes con artritis temprana.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se diseñó un estudio de casos y controles. Los casos se definieron como pacientes con diagnóstico de artritis temprana pertenecientes a una cohorte argentina de pacientes con artritis temprana (≤2 años de evolución). Se eligieron dos grupos controles. El primero, proveniente de la cohorte mencionada, incluye pacientes con diagnóstico de AI. El segundo fue obtenido del registro nacional de donantes cadavéricos (Controles sanos, Cs) del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante de Argentina (INCUCAI). Se determinaron las frecuencias génicas de los alelos del loci HLA-DR. Se calculó el odds ratio (OR) para desarrollo de AR en la población general y en pacientes con AI. Los grupos fueron comparados mediante el test de Pearson de chi2 ajustado para múltiples comparaciones por el método de Bonferroni (valor de p luego de ajuste, Pc). Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0.05.

**RESULTADOS:** Incluimos un total de 1859 sujetos: AR=347; AI=52; Cs=1460. En comparación con Cs, los pacientes con AR presentaron una mayor frecuencia de DR4 [AR=50% vs Cs=31%, OR 2.3 (1.7 - 2.8), Pc<0.0001], DR9 [AR=12% vs Cs=7%, OR 1.9 (1.3 - 2.8), Pc=0.02], y menor frecuencia de DR7 [AR=13% vs 21%, OR 0.6 (0.4 - 0.8), Pc=0.02], DR11 [AR=10% vs 21%, OR 0.4 (0.3 - 0.6), Pc<0.0001], DR15 [AR=9% vs 15%, OR 0.5 (0.4 - 0.8), Pc=0.04]. Al comparar pacientes con AR y AI, no se observaron diferencias en la frecuencia de pacientes heterocigota u homocigota para DR4 entre ambos grupos. Por otro lado, los pacientes con AI tuvieron mayor frecuencia de DR7, DR11 y DR15 que los pacientes con AR (23%, 21%, 17% vs 13%, 11% 9%, respectivamente), pero esta diferencia perdió significancia estadística luego de ajustar para múltiples comparaciones.

**CONCLUSIONES:** En la población argentina, poseer el antígeno HLA-DR4 y DR9 se asoció a un mayor riesgo de AR, mientras que los antígenos DR7, DR11 y DR15 se asociaron con menor probabilidad de esta enfermedad. Por otro lado, la tipificación de los alelos del loci HLA-DR no fue de utilidad para discriminar AR y AI en los pacientes con artritis temprana.

03

O03

**PREVALENCIA DE ENTESOPATÍA SUBCLÍNICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS**T Cazenave<sup>1</sup>, N Zamora<sup>1</sup>, M Audisio<sup>2</sup>, AM Bertoli<sup>2</sup>, G Piv<sup>2</sup>, W Spindler<sup>4</sup>, H Berman<sup>4</sup>, J Rosa<sup>4</sup>, DA Navarta<sup>5</sup>, T Alvarez<sup>6</sup>, L Mas<sup>6</sup>, G Citera<sup>7</sup>, MG Rosemfiel<sup>7</sup><sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Sección Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Instituto Reumatológico Strusberg, Córdoba, Argentina. <sup>4</sup> Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina.**Objetivos:**

La ultrasonografía (US) es considerada una herramienta útil para detectar entesopatía subclínica. No existen estudios que evalúen compromiso entésico detectado por US en familiares de pacientes con espondilioartritis (EspA). **Objetivos:** 1) Evaluar y comparar la prevalencia de entesopatía subclínica detectada por US en familiares asintomáticos de primer grado de pacientes con EspA y en controles sanos (CS); 2) Evaluar posibles asociaciones entre hallazgos US, variables clínicas y la presencia de HLA-B27.

**Métodos:**

En un estudio transversal multicéntrico se incluyeron familiares de primer grado asintomáticos de pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (FEA) (Criterios de New York) o Artritis Psoriásica (FAPs) (Criterios CASPAR), y un grupo de CS apareados por edad y sexo. Cada sujeto fue sometido a evaluación clínica y ecográfica. En todos los sujetos del grupo FEA se determinó la presencia de HLA-B27. En los datos demográficos y clínicos se incluyeron la presencia de comorbilidades, la actividad física y el índice de masa corporal (IMC). Dos reumatólogos ciegos al examen clínico realizaron la evaluación US. Se evaluaron diez sitios entésicos bilateralmente: tendón del cuádriceps, inserción proximal y distal del tendón rotuliano, tendón de Aquiles y la fascia plantar. Se definió a la entesopatía ultrasonográfica (EU) como la presencia de al menos una de las siguientes características: engrosamiento, erosión, entesofitos y/o bursitis. Se calculó el Índice US de Entesitis de Glasgow (GUESS), con un rango del 0 al 36, siendo 36 el puntaje más alto. Un modelo alternativo se puso a prueba, con la adición de señal Power Doppler (PD). Las diferencias entre los grupos se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado y ANOVA con análisis post-hoc (Games Howell). El acuerdo interobservador entre ambos ecografistas se estimó mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI).

**Resultados:**

Se incluyeron 101 sujetos de 5 centros de reumatología (FEA = 44, FAPs = 13, CS = 44). Los hallazgos clínicos y demográficos fueron comparables entre grupos. Cincuenta y dos por ciento eran hombres con una mediana de edad de 32 años (RIC: 24.5-41.5) y una mediana de IMC de 25.4 (RIC: 22.07-28.14). Dieciocho sujetos FEA (40.9%) eran HLA-B27 positivo. Se evaluaron un total de 1010 sitios entésicos. Ochenta y nueve de los 101 sujetos (88.1%) presentaron al menos una EU, siendo la presencia de entesofito en el tendón de Aquiles, engrosamiento en las inserciones proximal y distal del tendón rotuliano (51%, 46% y 40%, respectivamente) los hallazgos más frecuentes. La US demostró una mayor frecuencia de entesopatía en familiares de pacientes con espondilioartritis (FEA + FAPs), en comparación con CS en los siguientes sitios: bursa subcuadrática izquierda (15.8% vs 2.3% p = 0.04), engrosamiento en la inserción proximal del tendón rotuliano izquierdo (12.3% vs 0% p = 0.018) y engrosamiento del tendón de Aquiles izquierdo (15.8% vs 0% p = 0.005). La puntuación media del GUESS en los tres grupos fue: FEA: 5.16 ± 3.22, FAPs: 4.15 ± 5.33 y CS: 3.52 ± 2.69. La puntuación media del GUESS fue significativamente mayor en el grupo FEA en comparación con CS (p = 0.031). La puntuación media del GUESS fue mayor en sujetos positivos para HLA-B27 en comparación con los negativos (5.50 ± 3.34 vs. 4.92 ± 3.18, p = 0.56).

**Conclusiones:**

Los familiares de primer grado de pacientes con EspA mostraron una mayor frecuencia de entesopatía y una puntuación de GUESS mayor que los controles sanos. Se necesitan estudios en el tiempo para determinar si estos hallazgos tienen implicancia en el desarrollo de la enfermedad.

04

O04

**ESTACIONALIDAD EN LAS RECAÍDAS DE PACIENTES CON VASCULITIS ANCA**LE Pompermyer, M Soolnik, V Scaglioni, ER Soriano  
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

**Introducción:** la patogénesis de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) es multifactorial y comprende tanto factores genéticos como ambientales (por ej exposición a sílice, infecciones por *Staphylococcus aureus*, etc). Los factores ambientales estacionales podrían determinar no sólo el inicio de la enfermedad sino también las recaídas.

**Objetivos:** evaluar en los pacientes con vasculitis ANCA seguidos en nuestra institución si existe estacionalidad en las recaídas de la enfermedad.

**Métodos:** se revisaron las historias clínicas electrónicas del período 2000-2014 de los pacientes que presentaban como diagnóstico Granulomatosis de Wegener o Granulomatosis con Poliangeititis (GPA), Churg Strauss o Granulomatosis con poliangeititis y eosinofilia (GPAE), Poliangeititis Microscópica (PAM) o vasculitis, así también como las de aquellos pacientes que presentaban ANCA positivo por inmunofluorescencia o anticuerpos anti-proteinasa 3 o anti-mieloperoxidasa por ELISA en la base de laboratorio del hospital. Se incluyeron aquellos que cumplían criterios diagnósticos de vasculitis asociadas a ANCA (Chapel Hill 2012). Se incluyeron para este análisis aquellos pacientes que durante el seguimiento presentaron recaídas de su enfermedad. Se identificaron las fechas de las recaídas y se agruparon según la estación del año.

**Resultados:** de un total de 84 pacientes con vasculitis ANCA identificados atendidos en nuestra institución entre el año 2000 y 2014, 26 pacientes (31%) presentaron recaídas de su enfermedad [GPA = 11, GPAE=7, PAM=4 y vasculitis limitada a riñón (VLR) =4] con un total de 30 recaídas. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Las recaídas fueron más frecuentes en otoño-invierno (n=21) vs primavera-verano (n=9) (p=0,004) para el total de los pacientes, y fue significativamente más frecuente en otoño-invierno para los pacientes con diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeititis y de Churg Strauss.

**Conclusiones:** en esta cohorte de pacientes con vasculitis ANCA, las recaídas en pacientes con diagnóstico de GPA y Churg Strauss fueron más frecuentes en otoño-invierno, lo que podría indicar la influencia de factores ambientales estacionales como gatillos de los brotes. Un mejor conocimiento de estos factores nos permitiría establecer medidas preventivas con el objetivo de mejorar la morbilidad de estos pacientes.

Tabla 1. Estación del año de las recaídas

	Recaídas otoño-invierno (n=21)	Recaídas primavera-verano (n=9)	P
Total de pacientes con vasculitis ANCA recaídos	21	9	<b>0,004</b>
GPA	11	4	<b>0,03</b>
Churg-Strauss	6	1	<b>0,03</b>
PAM	3	1	0,5
VLR	1	3	0,5

05

15-10-2014 09:05 - 10:00  
Presentación de trabajos orales simultáneos Salón El Típal

**005**  
**PRODUCTIVIDAD LABORAL EN LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO: RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**  
Má Cosatti<sup>1</sup>, S Muñoz<sup>2</sup>, P Albs<sup>3</sup>, CA Helling<sup>4</sup>, S Roverano<sup>5</sup>, J Sarano<sup>6</sup>, S Malm-Green<sup>7</sup>, M Danielsen<sup>8</sup>, D Medina Bornachera<sup>9</sup>, A Alvarez<sup>10</sup>, A Eimon<sup>11</sup>, G Penedón<sup>12</sup>, M Medina Mayer<sup>13</sup>, J Marín<sup>14</sup>, CN Pisoni<sup>15</sup>  
<sup>1</sup>CEMIC, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Fernández, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Córdoba, Argentina. <sup>4</sup>OMI, Argentina. <sup>5</sup>Hospital J. M. Cullen, Argentina. <sup>6</sup>Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina. <sup>7</sup>Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>8</sup>Hospital Regional, Argentina. <sup>9</sup>Hospital Penna, Argentina. <sup>10</sup>Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata, Argentina. <sup>11</sup>Hospital Británico, Argentina. <sup>12</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo**  
Evaluar en los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) el impacto que tiene la enfermedad sobre la productividad laboral.

**Pacientes y métodos**  
Se incluyeron 171 pacientes consecutivos con diagnóstico de LES según los criterios ACR 1987. La productividad laboral se evaluó con el cuestionario Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI-versión 2.0). Se relevaron datos socio-demográficos, situación laboral, tipo de empleo, demanda física laboral (escala Soler-Pujol), y las características clínicas de la enfermedad. Se utilizó el Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) y el Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology (SLICC/ACR) para medición de actividad y daño. Para evaluar calidad de vida se utilizó el cuestionario Lupus Quality of Life versión española (LupusQoL).

**Resultados**  
Ciento cincuenta y cinco (91%) pacientes fueron de sexo femenino; la media de edad fue de 40 ± 12 años. El 51% fueron mestizos, el 39% blancos y el 10% amerindios. El 80 % de los pacientes tenían más de 12 años de educación y el 35 % no tenían cobertura de salud. En la tabla 1 se detallan los datos demográficos y las características clínicas.

Características clínicas	n=171
Edad: años (media ± DE)	40 ± 12
Años de enfermedad: media ± DE	10 ± 9
SLEDAI: mediana (IQ 25-75)	0 (0.5-4.5)
SLICC: mediana (IQ 25-75)	0 (0.5-1)
Score de Charlson: mediana (IQ 25-75)	1 (1-2.5)
VAS fatiga, media ± DE	4 ± 3
VAS dolor, media ± DE	3.5 ± 4.8
VAS global paciente, media ± DE	1.7 ± 2
VAS global médico, media ± DE	2.8 ± 2.8
LupusQoL dominio salud física, media ± DE	72.2 ± 23.5
LupusQoL dominio salud emocional, media ± DE	64.6 ± 23.4
LupusQoL dominio carga a otros, media ± DE	56.1 ± 33.5
LupusQoL dominio relaciones íntimas, media ± DE	67 ± 32.6
LupusQoL dominio imagen corporal, media ± DE	69.5 ± 28.3

Chententa y seis pacientes (51%) trabajaban y 84 (49%) no trabajaban al momento del estudio (desempleados, jubilados, amas de casa y estudiantes). Setenta y un pacientes (83%) realizaban trabajos sedentarios de acuerdo a la escala Soler-Pujol. De los pacientes que estaban empleados, 54 (62%) no habían trabajado horas de trabajo en la semana previa, mientras que 21 (24%) pacientes trabajaron 8 o más horas.

La media de horas perdidas de trabajo en la semana previa debido al LES fue de 2.8 (DS 7.8), y el promedio de horas trabajadas fue de 29 (DS 20.6).

Treinta y seis pacientes (41%) reportaron disminución de la capacidad laboral. La media de la alteración de la capacidad laboral media con una escala Likert de 0 a 10 cm fue 2.4 (DE 2.8).

En el análisis univariado la productividad laboral no experimentó una reducción significativa en los pacientes con SLEDAI ≥ 6 o SLICC ≥ 1 (p>0.05). Sin embargo, los pacientes que reportaron más dolor, fatiga y peores escores en los dominios salud física y emocional del LupusQoL vieron reducida su productividad laboral (p<0.05).

En el análisis de regresión logística, la disminución de la capacidad laboral ajustada por edad, duración de la enfermedad, VAS de dolor, VAS de fatiga, dominios salud física y emocional del LupusQoL, se observó que solo la variable salud física se asociaba en forma significativa y como protectora de la capacidad laboral (OR=0.84; IC95=0.71-0.98).

**Conclusiones**  
En nuestro trabajo, la actividad de la enfermedad y el daño acumulado no se relacionaron en forma significativa con una disminución de la productividad laboral. Solo una mejor percepción de la salud física de los pacientes, determinada por el dominio salud física del LupusQoL, se asoció a una mayor capacidad laboral en el análisis final.

07

**007**  
**SOBREVIDA DE MONOTERAPIA CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. EXPERIENCIA DE UNA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA EN ARGENTINA**  
CA Waimann<sup>1,2</sup>, G Citera<sup>1</sup>, M Landi<sup>1</sup>, F Dal Pra<sup>1</sup>, O Cerdá<sup>1</sup>, C Orozco<sup>1</sup>, J Gallino Yanzi<sup>1</sup>, F Ceccato<sup>1</sup>, S Paira<sup>1</sup>, M Gauna<sup>1</sup>, A Secco<sup>1</sup>, M Mamani<sup>1</sup>, M Marino<sup>1</sup>, F Caero<sup>1</sup>, MJ Hays Salinas<sup>1</sup>, N Benzaquen<sup>1</sup>, J Rosa<sup>1</sup>, V Scaglioni<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>, J Marcos<sup>1</sup>, MA García<sup>1</sup>, A Salas<sup>1</sup>, A Martínez Muñoz<sup>1</sup>, R Chaparro del Moral<sup>1</sup>, O Rillo<sup>1</sup>, A Bergami<sup>1</sup>, H Berman<sup>1</sup>, F Colombres<sup>1</sup>, E Veloso<sup>1</sup>, V Juárez<sup>1</sup>, M Crespo<sup>1</sup>, A Quinteros<sup>1</sup>, G Salvatierra<sup>1</sup>, C Ledesma<sup>1</sup>, M Sacnun<sup>1</sup>, R Quintana<sup>1</sup>, M Abdala<sup>1</sup>, DL Vasquez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Instituto De Rehabilitación Psicosocial, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Dr. Hector Cura, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. <sup>4</sup>Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>5</sup>Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. <sup>6</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>7</sup>Hospital San Martín de la Plata, Argentina. <sup>8</sup>Hospital General De Aguados "Dr. E. Tornu", Argentina. <sup>9</sup>Centro Médico Privado De Reumatología De Tucumán, Argentina. <sup>10</sup>Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. <sup>11</sup>Hospital Señor Del Milagro, Argentina. <sup>12</sup>Centro Integral De Reumatología, Argentina. <sup>13</sup>Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. <sup>14</sup>Hospital Provincial De Rosario, Argentina. <sup>15</sup>Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

**Introducción:** En la Argentina la monoterapia con Metotrexato (MTX) continúa siendo la estrategia de inicio más utilizada en pacientes con artritis temprana. Sin embargo, la tolerancia y eficacia de la misma puede variar de un individuo a otro, especialmente fuera de los ensayos clínicos donde los pacientes son homogéneos en cuanto a sus características clínicas y comorbilidades.

**Objetivo:** evaluar la sobrevida de la monoterapia con MTX en pacientes con artritis reumatoide (AR) temprana y variables asociadas a la misma.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR vírgenes de tratamiento con drogas modificadoras de la AR (DMAR) y agentes biológicos pertenecientes a una cohorte prospectiva de artritis temprana (52 años de evolución). Los pacientes fueron evaluados en forma trimestral. Los datos recolectados incluyeron características clínicas, sociodemográficas, dosis, frecuencia y clase de droga. El desenlace primario fue sobrevida de monoterapia con MTX. La misma fue estimada de acuerdo al método de Kaplan-Meier, definiéndose sobrevida de la droga como el tiempo desde su inicio hasta la suspensión de la misma o última visita de seguimiento. Adicionalmente se desarrolló un modelo proporcional de Cox con el objetivo de evaluar posibles predictores de sobrevida. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.

**Resultados:** Incluímos un total de 563 pacientes, con una media de seguimiento de 24 ± 16 meses. La duración de la enfermedad fue de 7 ± 6 meses, 82% eran mujeres, con una edad media de 51 ± 14 años. La media de DAS28 y de HAQ durante el seguimiento fue de 4.0 ± 1.2 y 0.9 ± 0.6, respectivamente. A lo largo del seguimiento, la droga más utilizada fue Metotrexato [MTX, 505 (90%)], seguida de Lefunomida [LFN, 193 (34%)], Hidroxicloroquina [HCQ, 105 (19%)] y Sulfasalazina [SFZ, 22 (4%)]. La media de dosis máxima alcanzada de MTX fue de 18 ± 4 mg/sem. Doble terapia fue indicada en 225 (32%) pacientes (MTX-LFN=160 (28%), MTX-HCQ= 69 (12%), Otra doble terapia= 20 (4%). Solo 16 (3%) recibieron triple terapia y 29 (5%) requirieron agentes biológicos. Del total de 384 (68%) de los pacientes que comenzaron tratamiento con MTX en monoterapia, 150 (40%) presentaron falla, con una sobrevida media de 26 meses (tasa de falla= 0.027/paciente-mes de seguimiento). Las causas más frecuentes de falla fueron: 75% comienzo de doble terapia, 12% suspensión de tratamiento (Evento adverso=17%, Decisión paciente=39%, Falta cobertura=11%, Otro=33%), 9% roto DMAR (Evento adverso=54%, Decisión paciente=8%, Falta cobertura=8%, Otro=30%), 3% acción de TB y 1% comienzo de triple terapia. En el análisis multivariado ser más joven, presentar mayor actividad de la enfermedad basal y utilizar dosis iniciales de esteroides superiores a 10 mg/día se asociaron significativamente con mayor sobrevida de la monoterapia con MTX (tabla 1).

**Conclusiones:** En la práctica diaria 4 de cada 10 pacientes con AR temprana fallan a la monoterapia con MTX, debiendo ser combinada con otra droga en el 80% de los casos y suspendida en el 20% restante. Los pacientes más jóvenes, con mayor actividad de la enfermedad basal y aquellos que reciben dosis iniciales de esteroides superiores a 10 mg/día presentan una mayor sobrevida de esta monoterapia.

Tabla 1. Análisis multivariado

	HR	valor-p	IC95%	
Sexo Masculino	0.958	0.856	0.605	1.518
Edad	0.985	0.018	0.972	0.997
Meses de evolución	1.008	0.631	0.976	1.041
DAS28	1.155	0.033	1.012	1.319
Demora a primera DMAR (meses)	0.999	0.724	0.997	1.002
Dosis inicial MTX (mg/sem)	1.016	0.585	0.960	1.075
Dosis inicial de esteroides				
<10 mg/día	-----	-----	-----	-----
10-20 mg/día	1.780	0.001	1.254	2.527
>20 mg/día	3.338	0.008	1.365	8.163

06

**006**  
**VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ULTRASONOGRAFÍA PAROTÍDEA COMPARADA CON LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**  
L Santiago, A Secco, D Vila, P Gonzalez, S Fernandez Nacul, M Oliver, S Scarafia, A Catalan Pellet, M Mamani  
Hospital Rivadavia, Argentina.

**Objetivo**

Si bien la Biopsia de Glándula Salival Menor (BGSJM) es un procedimiento mínimamente invasivo, no está exento de complicaciones y algunos pacientes tienen contraindicaciones para realizarla. Es por ello que el objetivo de nuestro estudio es determinar el valor diagnóstico de la ultrasonografía parotídea (US) en aquellos pacientes con sospecha de Síndrome de Sjögren Primario (SSp) en los que se decide realizar una BGSJM.

**Materiales y métodos**

En todos los pacientes se realizó US de ambas glándulas parotídeas y BGSJM. Ambos procedimientos fueron realizados por reumatólogos ciegos y experimentados. Se utilizó un equipo MyLab 25 (Esaote Italia) con un transductor lineal de 10-18 MZ. Se definieron las siguientes variables: homogeneidad, áreas hipocogénicas, focos hiperecogénicos, power doppler (PD), márgenes graduados de 0 a 2 (0: bien definido, 1: borrosos, 2: mal definidos), y también se midió el tamaño de la glándula parotídea. Se consideró a la BGSJM como Patrón oro, utilizándose la clasificación histopatológica modificada de Chisholm y Mason, tomando los grados III y IV como positivos.

De acuerdo al número y tipo de variables ultrasonográficas halladas, se definieron cuatro tipos de compromisos con la siguiente clasificación: **A:** presencia de heterogeneidad en glándula parotídea unilateral o bilateral, **B:** presencia de cualquier tipo de variable (excluyendo heterogeneidad) en glándula parotídea unilateral o bilateral, **C:** presencia de tres o más variables (cualquier tipo de variable) en glándula parotídea unilateral o bilateral, **D:** presencia de cualquier hallazgo en ambas glándulas parotídeas.

Se determinó sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, RV y ABC para cada tipo de compromiso ecográfico descripto.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 51 pacientes (BGSJM positivas 15 y 36 negativas), de los cuales fueron 96.1% mujeres y 3.9% hombres, con una mediana de edad 53.5 (RIC 42-59), duración de los síntomas 2.5 años (RIC 1-7).

	S (IC 95%)	E (IC 95%)	VPP	VPN	RV	ABC
A	47% (33-60)	69% (57-82)	39% (26-52)	77% (64-88)	15 (7-32)	58% (43-73)
B	33% (20-46)	86% (77-96)	50% (36-64)	76% (64-87)	24 (8-71)	60% (46-73)
C	33% (20-46)	75% (63-87)	36% (23-49)	73% (61-85)	13 (5-33)	54% (40-68)
Bilateral	40% (27-53)	75% (63-87)	40% (27-53)	75% (63-87)	16 (7-37)	58% (43-72)

**Conclusión:** comparado con la BGSJM la US demostró ser una herramienta con buena especificidad. Dado que habitualmente se solicita la BGSJM cuando el SSp no puede descartarse a través de otros métodos no invasivos, consideramos a la clasificación US B como la de mayor utilidad para la práctica diaria.

08

**008**  
**CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES QUE CONCURREN POR PRIMERA VEZ A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**  
MJ Santa Cruz, MA Medina, S Papisidero, R Chaparro Del Moral, M Guinsburg, O Rillo, J Caracciolo Hospital DR. E. TORNU, Argentina.

Los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) son fármacos ampliamente utilizados en el ámbito de la Reumatología. Debido a la mayor probabilidad de enfermedad gastrointestinal (GI) y cardiovascular (CV) en pacientes con factores de riesgo que consumen AINEs, se desarrollaron diversas recomendaciones con el fin de prevenir dichas complicaciones. Por lo tanto, los objetivos de este trabajo fueron evaluar la frecuencia del consumo de AINEs al momento de consultar por primera vez a un servicio de Reumatología de demanda espontánea; y analizar el correcto cumplimiento de las recomendaciones para la toma de estos fármacos. **Materiales y métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos > 18 años que consultaron por primera vez a nuestro Servicio por dolor musculoesquelético durante el período comprendido entre el 2/1 al 30/5 de 2014. Se registraron características demográficas, motivo de consulta, comorbilidades, tabaquismo, tensión arterial, peso, talla, tratamiento actual [consumo de AINEs (modo de uso e indicación médica), uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), esteroides, anticoagulantes orales, aspirina a bajas dosis] y perfil lipídico.

También se consignó el tratamiento indicado al finalizar la consulta. Para realizar el cálculo de riesgo GI se tuvo en cuenta el Consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología para el uso apropiado de AINEs; y para el riesgo CV se empleó la tabla de predicción de riesgo CV para América Latina de la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Análisis de datos: estadística descriptiva, la comparación por grupos (AINEs vs No AINEs) se realizó mediante Chi2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas y Prueba t o pruebas no paramétrica según cada caso para las variables continuas. **Resultados:** Se incluyeron 304 pacientes (81% mujeres), con un promedio de edad de 56±15 años. Las causas más frecuentes de consulta fueron: poliartalgias (57.6%) y gonalgia (10.2%). Las comorbilidades más prevalentes fueron diabetes (7.6%) y ACV (4.6%). El 16.8% eran tabaquistas. Los valores de tensión arterial promedio fueron: 130±22/81±13; IMC promedio: 27.9±6. Consumían al menos un AINE 168 pacientes (55.3%), 13 (4.2%) más de un AINE y 123 (40.5%) no recibían AINEs al momento de la consulta. Los más utilizados fueron Ibuprofeno (42.3%) y Diclofenac (39.6%). El 53% usaban los fármacos de forma continua. Sólo el 42% de los pacientes recibían el AINE por prescripción médica. No se hallaron diferencias significativas en las variables evaluadas entre los pacientes que consumían AINEs y aquellos que no lo hacían. El tratamiento con IBP en los pacientes que ingerían AINEs se puede observar en la tabla. De los 181 pacientes que consumían AINEs previo a la consulta, se continuó con dicho tratamiento en el 51.4% de los casos; y con respecto a aquellos pacientes que no lo recibían, se indicaron los mismos en el 31.7%. El médico tratante al final de la consulta tomó una conducta correcta en el 89% de los casos en relación a la indicación de IBP y AINEs con respecto al riesgo GI. Se evaluó también el riesgo CV en 270 pacientes: 85% presentaban <10% de riesgo, en el 11% el riesgo fue de 10%<20%, en el 2% el riesgo fue de 20%<30%, 1.5% presentaron riesgo 30%<40%, y solo 0.3% presentó riesgo CV ≥40%. Con respecto al riesgo CV y el tipo de AINE indicado, en ningún caso se indicó inhibidores específicos de la COX-2. **Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes que consultaron consumían AINEs en forma habitual, habiendo sido indicado por un médico en el 40% de los casos. La mayoría de estos pacientes presentaban riesgo GI moderado/alto, de los cuales solo 28.3% recibían adecuada protección GI. De aquellos pacientes que recibían AINEs, solo se consideró que requerían dicho tratamiento el 50%. Tras evaluar la conducta tomada por el médico tratante, se observó un buen cumplimiento de las recomendaciones.

	Con IBP n=36	Sin IBP n= 145
Riesgo GI bajo n= 74	7(9,5%)	67(90,5%)
Riesgo GI moderado n= 66	13(19,7%)	53(80,3%)
Riesgo GI alto n= 41	16(39%)	25(61%)

09

16-10-2014  
09:00  
Presentación de trabajos orales plenarios  
Salón Lapacho y Los Cardones

**O09**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL SOCIOEDUCATIVO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

HR Suedjo<sup>1</sup>, MC Bertolacci<sup>1</sup>, PR Maldonado<sup>1</sup>, C Goizueta<sup>1</sup>, L Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, M Santana<sup>1</sup>, L Galindo<sup>1</sup>, JD Romero<sup>1</sup>, E Lucero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Servicio de Reumatología - Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología - Hospital Británico - Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Un adecuado régimen terapéutico es el pilar en el manejo del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Reportes previos han demostrado asociación entre bajo nivel socioeducativo y falta de adherencia al tratamiento indicado en diversas patologías.

**Objetivo:** Evaluar adherencia al tratamiento en pacientes con LES y determinar su relación con nivel socio-educativo y actividad de la enfermedad.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron consecutivamente pacientes con LES (criterios ACR 1982/1997), de 2 centros de Argentina, mayores de 18 años, entre los meses de abril y julio de 2014 que se encontraban recibiendo al menos una droga específica para la enfermedad. Fueron excluidos pacientes con déficit visual severo y/o deterioro neurocognitivo previo. Se estudiaron variables demográficas, relacionadas al LES (tiempo de evolución, SELENA SLEDAI, SLICC/DI, medicación actual y polimedicación), socio-educativas (nivel educativo, años de escolaridad efectivos, ocupación, cobertura social y nivel socioeconómico según escala Graffar). Para la evaluación de adherencia global al tratamiento del LES se utilizó autoquestionario CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology). Para hidrocorticoquina, glucocorticoides y otros inmunosupresores orales: metotrexato (MTX), azatioprina (AZA), micofenolato mofetil (MMF), autoquestionario de Morisky Green (MG). La evaluación de adherencia a medicación parenteral: ciclofosfamida (CF), MTX, belimumab (BEL) y rituximab (RTX), se realizó a través de observación directa. Análisis Estadístico: estadística descriptiva; para variables categóricas: test Chi 2 y test exacto de Fisher; test T para variables continuas y Coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró nivel de significancia p=0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 110 pacientes, 91% sexo femenino, edad media de 37 ± 12.5 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad 9.9 ± 7.8 años, entre los meses de SLEDAI y SLICC de 2.07 ± 3.3 y 0.9 ± 1.5, respectivamente. La media de años efectivos de educación fue 11.4 ± 4.1 y solo una paciente era analfabeta, 40% de los pacientes estaba desempleado al momento del estudio, 55% tenía cobertura social pública con provisión de medicación, Contaban con certificado de discapacidad por LES 50%. Tenían nivel socioeconómico medio bajo 51% y 7% bajo. Recibían hidrocorticoquina 80%, glucocorticoides 65%, MMF 20% y el 86% del total de los pacientes se encontraba polimedicado (3 medicamentos). El 63% de los pacientes presentó buena adherencia global al tratamiento con medicación oral, evaluado por CQR, cuya mediana fue de 85 puntos (33 a 100). La adherencia evaluada por MG fue buena para la mayoría de los pacientes (56% para hidrocorticoquina, 57% para glucocorticoides y 57% para otros inmunosupresores orales). La principal causa de falta de adherencia al tratamiento fue el olvido de la toma de los mismos (24%). Menor nivel educativo se asoció a mala adherencia al tratamiento por CQR y mala adherencia a hidrocorticoquina por MG (p<0.0001). Al clasificar los pacientes según SLEDAI (4 o 2+), se observó que aquellos con menor SLEDAI tenían mayor nivel educativo y buena adherencia al tratamiento (p<0.008). Se encontró asociación entre polimedicación y menor adherencia a glucocorticoides orales (p<0.02). No hubo asociación entre adherencia al tratamiento oral y edad, tiempo de evolución de la enfermedad, SELENA SLEDAI, SLICC/DI, nivel socioeconómico ni ocupación. La adherencia a medicación parenteral fue de 80% (12/15). Las causas de mala adherencia fueron: el olvido de la fecha de administración (CF y MTX) en 2 pacientes y retraso en adquirir la medicación (MTX) en uno. Menor nivel socioeconómico se asoció a falta de adherencia al tratamiento parenteral (p<0.03); no hubo asociación con SELENA SLEDAI, SLICC/DI, nivel educativo ni ocupación.

**Conclusiones:** La adherencia al tratamiento oral y parenteral fue buena en pacientes con LES. Menor nivel educativo se asoció a menor adherencia al tratamiento oral. Pacientes con menor actividad del LES presentaron mayor nivel educativo y buena adherencia al tratamiento oral. La adherencia a medicación parenteral se asoció a menor nivel socioeconómico.

10

**O10**  
**EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA, DESESPERANZA APRENDIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

F Vergara<sup>1</sup>, E Bertiller<sup>1</sup>, M Gallardo<sup>1</sup>, M Bravo<sup>1</sup>, E Catay<sup>1</sup>, M García<sup>1</sup>, M Sabelini<sup>1</sup>, C Orozco<sup>2</sup>, E Schneeberger<sup>2</sup>, M Rosemffet<sup>2</sup>, G Citera<sup>2</sup>, J Rosa<sup>2</sup>, LJ Catoggio<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación Reumatológica Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**Introducción:** la artritis reumatoide (AR) afecta a los pacientes desde un punto de vista cognitivo y emocional. Uno de los factores cognitivos relevantes es la autoeficacia percibida (AP), definida como las habilidades que tiene el individuo para hacer frente y adaptarse a la enfermedad. La desesperanza aprendida (DA) consiste en una inadecuada percepción de la enfermedad, lo que genera sensación de indefensión, pasividad y pérdida de la autoestima. Existe evidencia en la literatura que los pacientes con un alto nivel de AP tienen menor dolor, menor DA y mayor capacidad funcional. También se demostró que los pacientes con mayor DA experimentan mayor severidad del dolor y discapacidad funcional.

**Objetivos:** evaluar la asociación entre AP y DA con la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y el nivel educativo de pacientes con AR. Como objetivo secundario, se comparará el grado de AP y DA, entre pacientes en remisión y aquellos que no lo están.

**Materiales y métodos:** se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACURELAR 2010, atendidos en 3 centros de Reumatología en forma ambulatoria, entre marzo y mayo de 2014. Durante la visita de inclusión se recogieron los siguientes datos: edad; sexo; tiempo de evolución de la enfermedad; situación socioeconómica (Graffar); nivel educativo; recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas (28 articulaciones); actividad de la enfermedad por CDAI (Clinical Disease Activity Index); funcionalidad (HAQ-A) dolor mediante escala visual analógica (EVA); fatiga (EVA); evaluación global de la actividad de la enfermedad por el médico y el paciente (EVA); rigidez matinal (EVA), pesquisa para depresión psicogénica (CES-D-7, escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos, versión abreviada); AP (medida por la escala de autoeficacia para la Artritis, validación al idioma español); DA medida a partir del Índice de Actitudes Reumatoideas (RAI, validación al idioma español).

**Análisis estadístico:** se calcularon estadísticos descriptivos. Las correlaciones se calcularon mediante la prueba de Pearson. AP y DA se compararon entre los pacientes en remisión y con enfermedad activa.

**Resultados:** Se incluyeron 115 pacientes. Las características demográficas y clínicas se muestran en la tabla. Como era esperable hubo una correlación significativa negativa entre DA y AP (r=-0.52; p<0.001). Hubo una correlación positiva significativa entre DA y dolor (r = 0.68; p<0.001); HAQ (r = 0.65; p<0.001), y CDAI (0.48; p<0.001); y una correlación negativa entre la AP y dolor (r = -0.48; p<0.001), HAQ (r = -0.47; p<0.001) y CDAI (r = -0.44; p<0.001). Hubo una fuerte correlación entre DA y AP con el nivel educativo (r = -0.17 y 0.21, respectivamente). Los pacientes en remisión, acorde a un CDAI < 2.8, (n = 37), tuvieron significativamente mayor AP (70.7 (DS: 11.8) vs 56.3 (DS: 14.7), p<0.001) y menor DA (7.3 (DS: 2.8) vs 11.9 (DS: 4.8) p<0.001), comparados con los pacientes que no estaban en remisión.

**Conclusión:** la DA y la AP se correlacionaron con el grado de dolor, discapacidad funcional y actividad de la enfermedad, en pacientes con AR. No hubo correlación con el nivel educativo. Estos factores cognitivos son potencialmente modificables y de gran relevancia clínica.

Característica	n=115
Mujeres, n (%)	94 (82)
Edad, media (DS)	58 (13)
Años desde el diagnóstico, media (DS)	12 (10)
Nivel educativo	
Primario incompleta, n (%)	7 (6)
Primario completa, n (%)	21 (18)
Secundario incompleto, n (%)	12 (10)
Secundario completo, n (%)	32 (28)
Terciario, n (%)	23 (20)
Universitario, n (%)	20 (17)
Factor reumatoideo positivo, n (%)	77 (73)
Anti-CCP positivo (n= 82), n (%)	69 (84)
CDAI, Mediana (RIQ)	4.9 (2-12)
HAQ-A, Mediana (RIQ)	0.5 (0-1.25)
Dolor (EVA), Mediana (RIQ)	22 (6-50)
DA, Mediana (RIQ)	9 (6-14)
AP, Mediana (RIQ)	63 (53-74)

11

**O11**  
**ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO (HLA) B27 Y OTRAS VARIANTES ALÉLICAS DEL LOCUS B EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TEMPRANA EN ARGENTINA**

F Colombres<sup>1</sup>, A Berman<sup>1</sup>, V Bellonio<sup>1</sup>, H Berman<sup>1</sup>, A Spindler<sup>1</sup>, W Spindler<sup>1</sup>, J Maldonado Cocco<sup>2</sup>, N Zamora<sup>3</sup>, E Schneeberger<sup>2</sup>, F Sommerfeck<sup>2</sup>, A Martínez Muñoz<sup>2</sup>, R Chaparro del Moral<sup>3</sup>, O Rillo<sup>3</sup>, A Ortiz<sup>3</sup>, S Pairs<sup>4</sup>, E Miretti<sup>5</sup>, A Alvarellos<sup>5</sup>, M García<sup>5</sup>, A Salas<sup>5</sup>, F Romanini<sup>6</sup>, M Oliver<sup>6</sup>, L Ferreyra Garrot<sup>7</sup>, E Soriano<sup>8</sup>, T Alvarellos<sup>8</sup>  
<sup>1</sup> Centro médico privado de Reumatología, Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de HLA-B27 y otras variantes alélicas del Locus B en pacientes con Espondiloartritis Temprana (EspA), y compararla con la población general Argentina.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes con EspA de reciente comienzo (<3 años evolución) del Consorcio de Espondiloartritis Temprana (CONEAR), según criterios de clasificación ASAS axial 2009 o ASAS periférico 2010. Los pacientes con Artritis Psoriásica (APs) se clasificaron según criterios CASPAR. Se incluyó un grupo control con 1000 individuos sanos. Se recolectaron variables clínicas y demográficas. Las variantes alélicas del locus B del HLA fueron tipificadas por ADN LABType® SSO (One lambdaB, Inc), seguida de un análisis de flujo utilizando tecnología Luminesx (Bio-Lyx 200, BioRad). Análisis estadístico: se utilizó test chi2 y test exacto de Fisher para variables cualitativas, test t para variables cuantitativas. El p value fue corregido (pC) por el número de alelos comparados.

**Resultados:** Se incluyeron 208 pacientes con EspA temprana, 123 (59%) sexo masculino, edad media 41.25 años (DS 13). El 49% fueron Caucásicos, 32% Mestizos y 19% Amerindios. Setenta y ocho pacientes con diagnóstico de APs, 56 con EspA axial no-radiográfica, 43 Espondilitis Anquilosante, 25 Artritis Reactiva, y 6 con Artritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal. El tiempo mediano de evolución fue 18 meses (RIQ: 6-36). La Tabla 1 muestra la prevalencia de HLA-B27 y otros alelos del locus B en pacientes y controles, y la tabla 2 la prevalencia de HLA-B27 de acuerdo a la Etnia.

Tabla 1

Alelos	Espondiloartritis n (%)	Controles n=1000 (%)	OR (CI 95%)	p	pC
<b>B27</b>	60/166 (36.1)	31 (3.1)	<b>17.7 (10.3-30.2)</b>	<b>0.0001</b>	<b>&lt;0.0012</b>
<b>B35</b>	29/111 (26.1)	233 (12.5)	1.16 (0.7-1.9)	NS	NS
<b>B44</b>	21/111 (18.9)	208 (11.2)	0.9 (0.5-1.5)	NS	NS
<b>B39</b>	17/111 (15.3)	110 (5.9)	1.5 (0.8-2.6)	NS	NS
<b>B51</b>	15/111 (13.5)	141 (7.5)	0.9 (0.5-1.7)	NS	NS
<b>B38</b>	14/111 (12.6)	52 (2.8)	<b>2.6 (1.2-5.7)</b>	<b>0.025</b>	<b>0.3</b>
<b>B62</b>	12/111 (10.8)	107 (5.8)	2.08 (0.9-4.2)	NS	NS
<b>B18</b>	11/111 (9.9)	94 (5)	1.06 (0.5-2.1)	NS	NS

Tabla 2

Etnia	HLA B27 -	HLA B27 +
<b>Caucásicos</b>	44 (57%)	33 (43%)
<b>Mestizos</b>	35 (65%)	19 (35%)
<b>Amerindios</b>	24 (77%)	7 (23%)

En pacientes con APs 3/51 (5.8%) fueron positivos para HLA-B27. Al comparar alelos B del HLA entre APs y EspA el B62 fue más frecuente en APs [APs=19.4% vs EspA=6.7%, OR 3.3 (1-11) p=0.05]. Discutimos el valor del componente genético del criterio de clasificación ASAS axial en nuestra población latinoamericana.

**Conclusión:** La prevalencia de HLA-B27 en la población general Argentina fue del 3%. La prevalencia de HLA-B27 en nuestros pacientes con EspA Temprana fue de 36.1% y fue más frecuente en pacientes caucásicos. Encontramos una baja prevalencia de HLA-B27 en APs que lo reportado previamente. El HLA-B38 estuvo asociado a la presencia de Espondiloartritis.

12

**O12**  
**VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) Y SOMNOLENCIA DIURNA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

F Sinigaglia<sup>1</sup>, R Chaparro del Moral<sup>1</sup>, S Papisidero<sup>1</sup>, OL Rillo<sup>1</sup>, MA Medina<sup>1</sup>, J Caracciolo<sup>1</sup>, A Dellepiane<sup>2</sup>, C Zaffarana<sup>2</sup>, MA Correa<sup>2</sup>, L Casalla<sup>2</sup>, L Zarate<sup>2</sup>, MN Capozzi<sup>2</sup>, MN Capozzi<sup>2</sup>, MN Capozzi<sup>2</sup>, MV Martire<sup>3</sup>, M Maman<sup>3</sup>, JL Velasco Zamora<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Hospital General de Agudos "Dr. E Tornú", Argentina. <sup>2</sup> CEMEC Casilda, Argentina. <sup>3</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP), Argentina. <sup>4</sup> Hospital A Posadas, Argentina. <sup>5</sup> Hospital B. Rivadavia, Argentina. <sup>6</sup> Reumatología al Sur-Berazategui, Argentina.

**Introducción:** El Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), definido como el cese del flujo respiratorio por oclusión total o parcial de la vía aérea sin abolición del estímulo respiratorio central, afecta al 2-4% de la población. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración (ronquidos y apneas asociadas) son comunes y afectan a más del 20% de las personas, siendo la somnolencia diurna el principal signo clínico de la apnea nocturna. En Artritis Reumatoidea (AR), el SAHOS se ha observado en el 7.5 al 30.8% de estos pacientes, existiendo escasa información sobre la relación entre este síndrome y las características de la AR.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia del riesgo de SAHOS en pacientes con AR y su asociación con dolor, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, somnolencia diurna, ansiedad y depresión.

**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico, observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de AR (ACR 1987, y/o ACR/EULAR 2010) y se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de Apnea en tratamiento, otras Coughopatías y Fibromialgia. Se consignaron datos socioeconómicos según Escala de Graffar modificada, datos clínicos y comorbilidades. El riesgo de SAHOS se valoró mediante el Cuestionario de Apneas del Sueño de Berlín y la somnolencia diurna mediante la Escala de Epworth. Además se realizaron: Escala Analógica Visual de Dolor (EVA Dolor), RAPID3, DAS28 y Escala de Ansiedad y Depresión (HADS A y HADS D). Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva, prueba de Chi cuadrado, test t de Student y regresión logística binaria para el análisis multivariado tomando como variable dependiente tener riesgo de SAHOS.

**Resultados:** Se incluyeron 168 pacientes con AR, 91% mujeres, con un promedio de edad de 53±12 años y mediana de tiempo de evolución 84 meses (RIQ 48-144). El promedio del DAS28 fue 4±1.4, RAPID3 11.7±7 y HAQ 1.1±0.75. El 86% estaba tratado con DMAR no biológicos (la mayoría con metotrexato como monoterapia), un 34% recibía DMAR biológicos, 40% AINES y 28% esteroides. Además 13 pacientes se encontraban en tratamiento con benzodiazepinas y 12 antidepressivos. El IMC promedio fue 27±5, 31% presentaban sobrepeso (IMC 25-29.9) y 31% eran obesos (IMC ≥30). El 29% tenía diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). La mayoría (64%) eran de clase socioeconómica baja (Graffar IV-V).

El riesgo de SAHOS según el Cuestionario de Berlín fue observado en 71 pacientes (42%) y somnolencia diurna según Escala de Epworth en 50 pacientes (29.7%). Los pacientes con riesgo de SAHOS presentaron mayor IMC (29±5 vs 26±5, p<0.001), mayor actividad de la enfermedad tanto por DAS28 (4.5±1.4 vs 3.7±1.2, p<0.001) como por RAPID3 (14±7 vs 10±6, p=0.002) y peor capacidad funcional por HAQ (1.3±0.7 vs 0.9±0.7, p<0.001). Hubo una mayor frecuencia de HTA en pacientes con riesgo de SAHOS (42% vs 19%, p<0.002) y mayor somnolencia diurna (43% vs 25%, p<0.02). También se observó diferencia en la Escala de Ansiedad (HAD-A) (9.2±4 vs 6.5±4, p<0.001) y Depresión (HAD-D) (7.5±3 vs 5.4±3, p<0.001). No hubo diferencias en la escala de dolor, uso de esteroides y DMAR biológicos y no biológicos entre pacientes con y sin riesgo de SAHOS.

Las variables asociadas independientemente al riesgo de SAHOS fueron el IMC (OR 1.14 IC95% 1.052-1.235, p=0.001) y el DAS28 (OR 1.13 IC95% 1.006-2.459, p=0.047).

**Conclusiones:** El riesgo de Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño fue del 42% en los pacientes con Artritis Reumatoidea evaluados y el mismo se asoció al índice de masa corporal y a la actividad de la enfermedad.

13

16-10-2014

14:30 - 15:30

Presentación de trabajos orales simultáneos  
Salón Jacarandá

O13

**EVALUACIÓN ECOGRÁFICA CON DOPPLER COLOR DE LAS ARTICULACIONES SACROILIÁICAS EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO**M Bravo, ER Calay, A Navarta, L Ferreyra, J Rosa, S Ruta, ER Soriano  
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, Argentina.

**Introducción:** La utilidad de la ecografía en la evaluación de las articulaciones sacroiliacas (SI) todavía no ha sido completamente establecida y continúa siendo objeto de debate y estudio.

**Objetivo:** Evaluar el valor diagnóstico de la ecografía con Doppler color (DC) para la detección de lesiones inflamatorias activas en articulaciones sacroiliacas en pacientes con dolor lumbar inflamatorio crónico.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años, con dolor lumbar inflamatorio crónico (presencia de dolor lumbar de más de 3 meses de evolución, de inicio insidioso, que empeora con el reposo y mejora con el ejercicio y con exacerbación nocturna) y sin diagnóstico definido de espondiloartritis (pacientes con riesgo de presentar espondiloartritis aún no detectada). Todos los pacientes fueron estudiados con una resonancia magnética (RM) de articulaciones SI, solicitada por su traumatólogo o médico clínico de cabecera. Se incluyeron como grupo control a pacientes consecutivos con diagnóstico establecido de espondilitis anquilosante (EA), según criterios de Nueva York modificados, quienes también tenían evaluación de las articulaciones SI por RM. Se utilizaron las siguientes secuencias de RM: T1 y STIR y la sacroilitis por RM se definió por la presencia de edema óseo, de acuerdo a los criterios del grupo ASAS.

La valoración clínica incluyó BASDAI, BASFI y HAQ. La evaluación ecográfica fue realizada por un reumatólogo entrenado en esta técnica, quien desconocía todos los datos clínicos, radiológicos y de RM de los pacientes. Se utilizó un equipo ecográfico My Lab 70 (Esaote), provisto de un transductor convexo multifrecuencia (1-8 MHz). Se investigó en todos los casos la presencia o ausencia de aumento de la vascularización por DC a nivel de ambas articulaciones SI, siguiendo los métodos y procedimientos estandarizados de referencia. En los casos con señal DC positiva a nivel de las articulaciones SI, se utilizó el Doppler espectral y se midió el índice de resistencia (IR), el cual debía ser < 0.75 para confirmar la sacroilitis desde el punto de vista ecográfico. Se calculó la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) para el diagnóstico de sacroilitis por ecografía, utilizando a la RM como método estándar de referencia.

**Resultados:** se incluyeron un total de 44 pacientes, 34 con lumbalgia inflamatoria crónica sin diagnóstico definitivo de espondiloartritis y 10 con EA. Veinticuatro (54%) eran del sexo masculino; la edad media fue de 40 años (DE: 11). La mediana de duración de la enfermedad fue de 2 años (IQR: 0,5 a 10 años). La media del valor del BASDAI fue de 4,8 (DE: 2,4), BASFI de 3,6 (DE: 2,7), y HAQ de 0,6 (DE: 0,5). Se detectó sacroilitis por RM en 21 pacientes (48%), 4/10 (40%) del grupo con EA y 17/34 (50%) del grupo con dolor lumbar inflamatorio crónico.

La sensibilidad global para el diagnóstico de sacroilitis por ecografía fue del 62% (IC 95%: 48-76%) y la especificidad del 91% (IC del 95%: 83 a 99,6%). El VPP fue del 87% (IC 95%: 77-97%) y el VPN del 72% (IC 95%: 59-86%).

La ecografía en los pacientes con EA mostro una sensibilidad del 75% (IC 95%: 48-100%), una especificidad del 83% (IC del 95%: 60-99), un VPP del 75% (IC 95%: 48-100%) y un VPN del 83% (IC 95%: 60-99%), mientras que en los pacientes con dolor lumbar inflamatorio crónico tuvo una sensibilidad del 59% (IC 95%: 42-75%), una especificidad del 94% (IC 95%: 86-100%), un VPP del 91% (IC del 95%: 81-100%) y un VPN del 70% (IC 95%: 54-89%).

**Conclusiones:** La ecografía con DC mostro una adecuada especificidad con una menor sensibilidad para el diagnóstico de sacroilitis, utilizando como método de referencia a la RM. No se encontraron diferencias significativas respecto a las propiedades diagnósticas de la ecografía entre los 2 grupos de pacientes (dolor lumbar inflamatorio crónico vs EA definida). Se requieren de estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

14

O14

**ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA, CAUSAS DE MUERTE Y FACTORES PRONÓSTICOS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE ARGENTINA**

P Sansinanea, AP Salas, J Marcos, CE Pena, A Testi, M Pera, V Arturi, MA Garcia HIGA "Gral San Martín" de La Plata, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** la Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad progresiva e incapacitante. La historia natural de la enfermedad varía desde una condición relativamente benigna hasta una enfermedad progresiva con alto riesgo de mortalidad. Conocer los factores que condicionan la supervivencia de los enfermos con ES permitiría establecer el pronóstico y llevar a cabo estrategias diagnósticas y terapéuticas dirigidas.

**OBJETIVO:** analizar la supervivencia, causas de muerte y factores pronósticos en una serie de pacientes con ES.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se estudiaron 100 pacientes con ES durante el periodo 1983-2013 en un único centro hospitalario. Criterios de inclusión: Pacientes que cumplieron los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología 1980 (ACR) y edad ≥ 18 años. Criterios de exclusión: ES temprana, enfermedad del tejido conectivo que presente superposición con ES, síndromes esclerodermiformes. Los pacientes fueron clasificados según los criterios ACR y se dividieron según la extensión de la afectación cutánea en forma limitada y forma difusa. Se valoraron variables demográficas, clínicas (cutáneas, pulmonares, cardíacas, digestivas y renales) y de laboratorio en el cual se incluyeron parámetros generales y anticuerpos antinucleares (anti-Scl70, anti-centrómero). La supervivencia acumulada a los 5, 10, 15 y 20 años fue estimada por el método de Kaplan-Meier y el método de Cox fue utilizado para identificar factores pronósticos.

**RESULTADOS:** se incluyeron 83 mujeres y 17 varones. La relación mujer: varón fue de 4:1. La edad de inicio fue de 43,5 ± 16 años y la edad de diagnóstico fue de 47,61 ± 14,7 años. El 63% presentaban ES limitada y el 37% difusa.

Se registraron 16 óbitos. Las causas de muerte estuvieron relacionadas directamente con ES en 9 pacientes (56%), de los cuales 5 (31,2%) fallecieron por causas pulmonares (Enfermedad pulmonar intersticial/Hipertensión pulmonar), 3 (18,7%) de causa cardíaca (arritmias y miocardiopatía primaria), 1 por hemorragia digestiva (ectasia vascular gástrica antral). Las muertes no relacionadas con ES fueron asociadas a infecciones, cáncer y cirrosis biliar primaria. De los que fallecieron 10 tenían ES difusa y 6 ES limitada. Cuando se compararon las curvas de supervivencia se encontraron supervivencias menores en la forma difusa con diferencias estadísticamente significativas (p=0,04). La supervivencia global a los 5, 10, 15 y 20 años fue de 89%, 83%, 75% y 69% respectivamente. La estimación de la supervivencia de la forma limitada fue de 92%, 90%, 84% y 82% respectivamente, en tanto que en la forma difusa fue del 84%, 71% 65%, y 54%. En el análisis multivariado los factores independientes de mal pronóstico fueron el compromiso cutáneo difuso (p= 0.03; HR 3.38; IC95% 1.10-10.41) y el compromiso pulmonar (p 0.05; HR 3.25; IC95% 0.98-10.79).

**CONCLUSIONES:** las causas de muerte fueron relacionadas con la ES, principalmente cardiopulmonares. Los factores pronósticos independientes que tuvieron consecuencias significativas en la supervivencia fueron: la forma difusa y el compromiso pulmonar. No se hallaron diferencias en cuanto a supervivencia en base a los anticuerpos anti-centrómero y anti scl70

15

**O15 VALIDACIÓN DEL ÍNDICE COMPUESTO DAPSA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA EN ARGENTINA**J Gallino Yanzí<sup>1</sup>, M Landi<sup>1</sup>, O Cerda<sup>1</sup>, CA Zaffarana<sup>1</sup>, EE Schneeberger<sup>1</sup>, M Rosemfiel<sup>1</sup>, MC González Cuzzán<sup>1</sup>, I Cerrillo<sup>1</sup>, JA Maldonado Cocco<sup>1</sup>, MP Kohan<sup>2</sup>, E Buschuzzi<sup>3</sup>, G Citera<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Dr. E. Tornú, CABA, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El DAPSA (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) es un índice compuesto que sirve para medir actividad del compromiso articular en la Artritis Psoriasica (APs). Se obtiene de la sumatoria de articulaciones tumefactas (66), dolorosas (68), proteína C reactiva (PCR mg/dl), dolor y actividad global del paciente (0-10cm) según escala visual graduada (EVG). **OBJETIVOS:** Validar el índice compuesto DAPSA en una cohorte de pacientes con APs y comparar su rendimiento con otros índices compuestos de actividad articular y con la ultrasonografía (US).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, formas clínicas de la enfermedad, comorbilidades y tratamiento actual. Se evaluó rigidez matinal, dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico y fatiga por Escala Visual Graduada (EVG), recuento de articulaciones tumefactas (66) y dolorosas (68), dactilitis y entesitis por BASMI. Psoriasis cutánea por PASI y compromiso ungueal por PNSS. Movilidad axial por MASEI, calidad de vida por ASQoL y PsAQoL, capacidad funcional por HAQ-A y BASFI y actividad por BASDAI. Se asignaron entrosedimentación (ERS) en mm/hr y PCR en mg/dl. Se calcularon los índices compuestos DAS28, DAPSA, CDAI, SDAI, CPDAI e IAS. En un subgrupo de pacientes se realizó recuento de articulaciones tumefactas (66) mediante ecografía consignando como positivas aquellas articulaciones con power Doppler II o III y se calculó un DAPSA ecográfico. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Para comparar variables continuas se utilizó test de T Student y ANOVA y para categóricas test de Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher. Correlación por test de Spearman. Análisis de regresión lineal múltiple. Una p<0.05 fue considerada significativa.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 112 paciente, 57 hombres (50.9%), con una edad mediana de 54 años (RIC 42-63) y un tiempo mediano de evolución de 9 años (RIC 5-15). PCR m 0.32mg/dl (RIC 0.02-0.91), ERS m 20mm/hr (RIC 11.2-30.7), EVG de dolor m 5cm (RIC 2.5-7), EVG de actividad del paciente m 5cm (RIC 2-6) y EVG global del médico m 3cm (RIC 1.4-7.5). La mediana de DAS 28 fue de 3.38 (RIC 2.58-4.31), IAS 12.7 (RIC 6.9-19.3), CDAI 10 (RIC 5.5-16), SDAI 11.3 (RIC 5.7-17), DAPSA 14.3 (RIC 7.22-4) y HAQ-A 0.75 (RIC 0.25-1.12). DAPSA presentó muy buena correlación con DAS 28 (Rho:0.85), IAS (Rho:0.94), CDAI (Rho:0.95), SDAI (Rho:0.94) y N° de articulaciones dolorosas (Rho:0.84) y buena con BASDAI (Rho:0.68), CPDAI (Rho:0.58), ASQoL (Rho:0.63), PsAQoL (Rho:0.51), BASFI (Rho:0.58), HAQ-A (Rho:0.59), N° de articulaciones tumefactas (Rho:0.69), EVG de dolor (Rho:0.79) y EVG de actividad del paciente (Rho:0.72). La mediana del DAPSA ecográfico fue de 10.6 (RIC 8.5-17.9) y presentó muy buena correlación con DAPSA (Rho:0.94) y buena con DAS28 (Rho:0.72), CPDAI (Rho:0.61) y BASDAI (Rho:0.71). Las mujeres presentaron mayores niveles de DAS28 (3.8 vs 3.1, p=0.02), CPDAI (7.1 vs 5.36, p=0.009) y DAPSA (18.6 vs 13.73, p=0.05). La edad y el tiempo de evolución no correlacionaron con el DAPSA. Los pacientes con dactilitis presentaron valores significativamente mayores de DAPSA y DAS 28, no así en otros índices compuestos. En un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando el DAPSA como variable dependiente, todos los componentes se asociaron significativamente en forma independiente (p<0.001). Al dividir los pacientes según el criterio de Minimal Disease Activity (MDA), el DAPSA discriminó significativamente ambos grupos. (media 4.9±4.21 vs 20.6±12.5) al igual que el resto de los índices compuestos.

**CONCLUSIÓN:** El DAPSA es un índice válido, confiable y de cálculo sencillo para medir actividad articular periférica en pacientes con APs y además presenta excelente correlación con la evaluación ultrasonográfica.

16

O16

**INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES TRATADOS CON DROGAS BIOLÓGICAS. BIODASAR LM Encinas<sup>1</sup>, MJ Have<sup>1</sup>, F Casero<sup>1</sup>, A Avarelos<sup>1</sup>, G Gomez<sup>2</sup>, A Granel<sup>1</sup>, G Citera<sup>3</sup>, M De la Vega<sup>4</sup>, E Soriano<sup>5</sup>, A Quinteros<sup>6</sup>, I Exeni<sup>7</sup>, O Rillo<sup>8</sup>, C Gobbi<sup>9</sup>, A Eiman<sup>10</sup>, AP Alvarez<sup>10</sup>, D Dubinsky<sup>11</sup>, A Bertoli<sup>12</sup>, A Cappuccio<sup>13</sup>, E Cavillon<sup>14</sup>, E Velozo<sup>14</sup>, M Diaz<sup>15</sup>, M Sacum<sup>16</sup>, B Pons Estel<sup>16</sup>, E Mussano<sup>17</sup>, M Mamani<sup>18</sup>, MA Garcia<sup>19</sup>, M De la Sota<sup>1</sup>, MT Apaza<sup>2</sup>, S Paira<sup>2</sup>, MS Larroude<sup>2</sup>, C Caprarulo<sup>2</sup>, S Agüero<sup>2</sup>, C Battagliotti<sup>2</sup>, S Soares<sup>2</sup>, A Perez Davila<sup>22</sup>, JC Barreira<sup>23</sup>, Y Sauri<sup>24</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Investigación Médica A. Lanari, Argentina. <sup>3</sup> Htal San Roque de Gonnet, Argentina. <sup>4</sup> Instituto de Rehabilitación Psico Física, Argentina. <sup>5</sup> Clínica, Argentina. <sup>6</sup> Htal Italiano de Bs As, Argentina. <sup>7</sup> Centro Integral de Reumatología, Argentina. <sup>8</sup> Htal Córdoba, Argentina. <sup>9</sup> Htal Tornú de Bs As, Argentina. <sup>10</sup> Htal JM Penna, Argentina. <sup>11</sup> Htal Clínicas CABA, Argentina. <sup>12</sup> Clínica Reina Fabiola, Argentina. <sup>13</sup> Htal Milstein Bs As, Argentina. <sup>14</sup> Sanatorio Adventista del Plata, Argentina. <sup>15</sup> Htal Zonal de Bariloche, Argentina. <sup>16</sup> Htal Provincial de Rosario, Argentina. <sup>17</sup> Htal Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. <sup>18</sup> Htal Bernardino Rivadavia Bs As, Argentina. <sup>19</sup> Htal San Martín de la Plata, Argentina. <sup>20</sup> Htal Cullen Sta Fé, Argentina. <sup>21</sup> Htal de Niños Dr. Alasia, Argentina. <sup>22</sup> Htal de Rehabilitación M. Rocca, Argentina. <sup>23</sup> Htal Británico CABA, Argentina.

**Introducción**

La terapia con medicamentos biológicos se utiliza con frecuencia para el tratamiento de enfermedades autoinmunes.

Los pacientes tratados con estas drogas tienen un mayor riesgo de infecciones, entre ellas las infecciones oportunistas (IO).

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia y gémenes causantes de las IO en pacientes (ptes) con enfermedades reumáticas tratadas con drogas biológicas y comparar con los controles tratados con drogas modificadoras de la artritis reumatoide (DMARD) no biológico.

Establecer si el tratamiento concomitante y la presencia de comorbilidades se asocian con la presencia de IO en los pacientes tratados con biológicos.

**Materia y método**

Biobadasar es la base de datos de ptes con diagnósticos de enfermedades reumáticas según criterios aceptados, tratados con fármacos biológicos y controles tratados con DMARD no biológicos; de Argentina, creada en 2010. Las IO son causadas por agentes patógenos (bacterias, virus, hongos, parásitos o protozoos) que por lo general no causan enfermedad en una persona inmunocompetente (OMS).

El análisis estadístico se realizó utilizando Test t y chi cuadrado. Se determinó odds ratio (OR) y los intervalos de confianza del 95%, una p<0.05 se consideró significativa. Se realizó análisis multivariado de regresión logística para valorar las variables asociadas a la presencia de IO ajustados por edad, sexo y tiempo de evolución.

**Resultados**

Se incluyeron 2356 ptes, 1275 (54.0%) tratados con drogas biológicas y 1081 (46.0%) controles; eran mujeres 1862/2356 (79.0%), edad media 53.83 (DE 6.02) años. La artritis reumatoide fue el diagnóstico más frecuente 1829/2356 (77.6%).

La IO se diagnosticaron en 45/1275 (3.5%) de los pacientes tratados con drogas biológicas, mientras en 12/1081 (1.1%) de los controles (OR 3.2, IC95% 1.7-6.2; p=0.0004).

En cuanto a los gémenes causantes en los pacientes con biológicos se encontró, Herpes Zoster en 27 ptes, candidiasis en 5, tuberculosis en 5, histoplasma 2, citomegalovirus 1, pneumocistis 1, blastocystis 1, cryptosporidium 1, echinococcus 1 y proteus 1. En los controles Herpes Zoster 10, candidiasis 2 y tuberculosis 1. Requiere internación 7/45 (15.5%) pacientes de los tratados con biológicos y ninguno de los controles.

En los pacientes con biológicos la mediana del número de meses desde el inicio de la enfermedad hasta la presentación de la IO fue de 128.0 (RIC 48.5-280.5); y en los controles de 128.0 (RIC 49.0-203.5). La IO se presentó con una mediana de 9 meses (RIC 4.0-18.0) desde el inicio de las drogas biológicas.

Evaluando el tipo de droga biológica se observó que de los 156 ptes que recibieron tratamiento con Abatacept presentaron IO mientras recibían este tratamiento 8 (5.1%), de los 134 con Infliximab 5 (3.7%), de los 124 con Rituximab 4 (3.2%), de los 369 con Adalimumab 10 (2.7%) y de los 702 con Etanercept 18 (2.6%).

En el análisis multivariado la presencia de IO en los ptes tratados con biológicos se asoció con la presencia de cáncer (OR 5.9, IC95% 1.8-21.5; p=0.007), de insuficiencia renal (OR 4.6 IC95% 1.1-20.0; p=0.04) y el uso de corticoides (OR 3.36, IC95% 1.6-7.0; p=0.001).

**Conclusiones**

Las IO fueron más frecuentes en los pacientes tratados con drogas biológicas que en los controles.

La IO más frecuente en ambos grupos fue Herpes Zoster.

La presencia de cáncer, insuficiencia renal y el uso de corticoides se asoció independientemente con la presencia de IO en los pacientes tratados con drogas biológicas.

# 47° Congreso Argentino de Reumatología

---

14 al 17 de octubre de 2014

Centro de Convenciones - Salta - Argentina

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

Sección pósters	15 de octubre	001 a 075
Sección pósters	16 de octubre	076 a 153
Sección pósters	17 de octubre	154 a 219

01

15-10-2014

10:00 a 11:30 hs

15:30 a 16:30 hs

Presentación de Posters Plenarios  
Salón Los Nogales

P001

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ARGENTINA DE LUPUS QUALITY OF LIFE (LUPUSQOL), CONFIABILIDAD Y CONCORDANCIA CON EUROQOL 5D**MA Machado Escobar<sup>1</sup>, MS Yacuzzi<sup>1</sup>, RN Martínez<sup>1</sup>, L Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, VI Bellomio<sup>1</sup>, M Santana<sup>1</sup>, L Galindo<sup>1</sup>, MM Mayer<sup>2</sup>, JC Barreira<sup>2</sup>, J Sarano<sup>3</sup>, G Gomez<sup>3</sup>, MV Collado<sup>3</sup>, A Martínez<sup>4</sup>, MC Orozco<sup>5</sup>, G Betancur<sup>5</sup>, F Dal Pra<sup>6</sup>, A Sanchez<sup>6</sup>, V Juarez<sup>6</sup>, E Lucero<sup>1</sup><sup>1</sup> Servicio de Reumatología - Hospital Ángel C. Padilla - Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología - Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Instituto Lanari - Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Hospital de Agudos Dr. E. Tornú - Buenos Aires, Argentina. <sup>5</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica - IREP - Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Salta, Argentina.**Introducción:** Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune que afecta la calidad de vida de los pacientes. Existen diferentes instrumentos específicos que miden calidad de vida relacionada a la salud en LES, con versiones validadas al español. Dentro de ellos, LupusQol ha mostrado ser una herramienta específica para evaluar calidad de vida en LES existiendo una versión traducida en Argentina pero aún no validada.**Objetivos:** Determinar la reproducibilidad y validez de una versión Argentina de LupusQOL en pacientes con LES.**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron 147 pacientes, en forma consecutiva, de 6 centros de Argentina, con diagnóstico de LES (ACR 1982/1997), durante los meses de Abril a Julio de 2014. Se evaluaron variables demográficas, socioeconómicas, SLEDAI, SLICC/DI, comorbilidades y tratamiento. Se distribuyó a los pacientes la versión traducida argentina del cuestionario LupusQol y el cuestionario EuroQol 5D (EQ 5D) como gold estándar. Se repitió cuestionario (re-test) a los 15 días a 33 de ellos. Para el análisis de la consistencia interna y confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclassa. Para la validez convergente con EQ 5D se utilizó: análisis de clases latentes para establecer categorías homogéneas a partir de las respuestas para cada dominio del LupusQol y para el total, y con ellas, usando curvas ROC, se establecieron los puntos de corte del score del cuestionario y validez discriminante de las clases latentes. Para la validez discriminante de LupusQol con SLEDAI y SLICC/DI, se usó curvas ROC. Para el análisis se utilizó software R, Stata 10 y SPSS 19.**Resultados:** de 147 pacientes incluidos, 93.2% fueron mujeres, edad media 36.45 ± 11.15 años, tiempo medio de evolución de 2.7 ± 9.05 años, SLEDAI medio 2.7 ± 3.05 y SLICC/DI medio 1.3 ± 1.7; fueron positivos para AAN el 91.8% y AntiDNAN el 50.3%. El Test-Retest presentó un alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclassa de 0.947, evidenciando óptima consistencia interna. Se establecieron como puntos de corte del EQ 5D el valor 0.739 y para LupusQol el valor 63 para discriminar buena o mala calidad de vida. También se definieron puntos de cortes para cada dominio de LupusQol estableciendo 2 clases o categorías en cada uno de ellos. LupusQol mostró moderada correlación con EQ 5D (r=0.59, p<0.0001) y moderada a alta concordancia para clasificar calidad de vida (Kappa = 0.74, IC95% [0.54, 0.95]). LupusQol no fue un instrumento útil para discriminar actividad o daño acumulado del LES (área bajo la curva 0.54).**Conclusiones:** La versión argentina del LupusQol es un instrumento que presenta validez, confiabilidad y reproducibilidad para evaluar calidad de vida en pacientes con LES.

02

P002

**PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN TUCUMÁN**L Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, AL Barbagli<sup>2</sup>, VI Bellomio<sup>2</sup>, MC Bertolaccini<sup>2</sup>, MA Machado<sup>2</sup>, HR Sueldo<sup>2</sup>, MS Yacuzzi<sup>2</sup>, G Carrizo<sup>2</sup>, NV Robles<sup>2</sup>, S Rengel<sup>2</sup>, A Cristofari<sup>2</sup>, MO Leal<sup>2</sup>, DL Vasquez<sup>2</sup>, A Quinteros<sup>2</sup>, G Seleme<sup>2</sup>, MJ Molina<sup>2</sup>, OL Pera<sup>2</sup>, R Dip<sup>2</sup>, AC Olea<sup>2</sup>, AI Torres<sup>2</sup>, M Espindola Echazu<sup>2</sup>, G Arquez<sup>2</sup>, H Lazaro<sup>2</sup>, F Colombres<sup>2</sup>, LA Juarez<sup>2</sup>, O Romano<sup>2</sup>, S Paz<sup>2</sup>, M Santana<sup>2</sup>, L Galindo<sup>2</sup>, E Lucero<sup>2</sup><sup>1</sup> Sociedad de Reumatología de Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Estadística - Facultad de Medicina - UNT, Argentina.**Introducción:** Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es el paradigma de las enfermedades autoinmunes que afecta principalmente a mujeres en una relación de 9:1. En Inglaterra y EEUU la prevalencia varía de 12-42 casos/100000 habitantes y la incidencia de 1-3 casos/100000 habitantes. No existen datos de incidencia y prevalencia de LES en Argentina**Objetivos:** Determinar la prevalencia e incidencia de LES en la provincia de Tucumán. **Material y método:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes internados y ambulatorios de 4 hospitales de la provincia y asistidos por todos los médicos de la Sociedad de Reumatología de Tucumán (n=28) exceptuando un centro. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de LES (4 criterios ACR 1982/1997) residentes en la provincia de Tucumán y con al menos dos controles entre Enero de 2005 y Diciembre de 2012. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otra enfermedad autoinmune concomitante. Se analizaron variables demográficas, relacionadas a la enfermedad (fecha de diagnóstico, edad, mortalidad, causa de muerte y manifestaciones clínicas).

Los datos poblacionales fueron extraídos del censo nacional 2010. La provincia de Tucumán tiene 17 departamentos con una población de 1.448.716 habitantes, 45% se encuentra en área centro y el 65% restante distribuida en áreas este, oeste y sur. La población mayor de 16 años es de 1.011.188 habitantes.

La prevalencia fue calculada como el número de casos por 100000 habitantes en el período 2005 a 2012 y la incidencia anual al mismo período.

**Resultados:** Se identificaron 353 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 30.5 ± 11.7 años, 93.5% fueron mujeres. La prevalencia fue de 25.6 casos/100000 habitantes (IC 95% 22.6-28.8) y ajustado por edad (≥ 16 años) fue de 36.7 casos/100000 habitantes (IC 95% 32.8-41.1). La incidencia anual fue en 2005 de 1.8 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.2-2.9), 2006 de 2 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.2-3.2), 2007 de 1.4 casos/100000 habitantes (IC 95%; 0.7-2.4), 2008 de 2.1 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.2-2.9), 2009 de 2.2 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.3-3.3), 2010 de 2.2 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.2-3.3), 2011 de 2.8 casos/100000 habitantes (IC 95%; 1.9-4) y 2012 de 4.2 casos/100000 habitantes (IC 95%; 2.9-5.8). Se encontró un aumento significativo de la incidencia al comparar los períodos 2005 y 2012 (p=0.0019). La mortalidad fue del 9.1%, siendo las infecciones la causa más frecuente (14/32). El cambio de la tasa de muertes corregida por años de seguimiento es similar al cambio de la tasa de incidencia corregida por años de seguimiento a través de los períodos.**Conclusiones:**

La prevalencia de LES en la provincia de Tucumán fue del 36.7 casos/100000 habitantes. La incidencia anual fue en 2005 de 1.8 y en 2012 de 4.2 casos/100000 habitantes. Este es el primer trabajo de prevalencia e incidencia de LES en una población de Argentina.

03

P003

**SÍNDROME METABÓLICO EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO**M Vigiliano<sup>1</sup>, L Maurelli<sup>1</sup>, P Alba<sup>1</sup>, C Gobbi<sup>1</sup>, G Pepe<sup>1,2</sup>, M Demarchi<sup>3</sup>, V Neme<sup>3</sup>, G Dotto<sup>3</sup>, E Albiero<sup>3</sup>, M Yoro<sup>3</sup><sup>1</sup> Unidad de Reumatología, Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, UNC, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Laboratorio. Hospital Córdoba, Argentina.**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome Metabólico (SM) ha mostrado ser altamente prevalente en las enfermedades reumáticas. Pocos estudios han evaluado la prevalencia de SM en pacientes con Síndrome Anti fosfolípido Primario (SAFP).**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de SM en pacientes con SAFP.**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron pacientes con diagnóstico de SAFP de acuerdo a los criterios de Sidney, en el Servicio de Reumatología del Hospital Córdoba desde mayo a julio del 2013 y controles apareados por edad y sexo. Se recolectaron datos demográficos, de altura, peso, perímetro abdominal (PA), índice de masa corporal (IMC) y TA. Los estudios de laboratorio incluyeron: glucemia, colesterol total (CT), HDL, LDL, Triglicéridos (TG), e insulinemia (IN).

Los pacientes fueron clasificados por la presencia de SM de acuerdo a las 3 definiciones de World Health Organization (WHO), Adult Treatment Panel III (ATP III) e Internacional Diabetes Federation (IDF). p&lt;0.05 fue considerado significativo.

**RESULTADOS:** El n total de pacientes fue de 21, 18 mujeres, con una media de edad de 37.7 años, y el grupo control fue de 19, 17 mujeres, con una media de edad de 39.2 años. El peso, PA, IMC fueron de 76.7 kg, 93.5, y 28.5 en SAFP y de 66.6 Kg, 81.3, 24 en grupo control (p=0.13, p=0.008, p=0.06). Los valores de glucemia, CT, HDL, LDL, TG e IN fueron 112.5, 180, 52.7, 114.9, 116.8, 13.7 en SAFP, y de 97.4, 189.6, 69.6, 114.95, 76.3 y 7.5 en grupo control (p=0.81, p=0.48, p=0.004, p=0.93, p=0.06, p<0.005). 52.4 % de los pacientes con SAFP cumplieron criterios de SM acorde a la OMS y 47.6% acorde a ATP III e IDF y ninguno en el grupo control.**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de SM es alta en SAFP en este estudio y estos resultados deben ser confirmados en un número mayor de pacientes.

04

P004

**TASA ACUMULADA DE DISCAPACIDAD LABORAL Y FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. DATOS PRELIMINARES**A Bertoli<sup>1</sup>, MJ López Pérez<sup>1</sup>, P Alba<sup>1</sup>, A Albiero<sup>3</sup>, E Albiero<sup>3</sup>, D Alessio<sup>2</sup>, A Alvarez<sup>4</sup>, P Asbert<sup>5</sup>, P Astesana<sup>6</sup>, M Audisio<sup>6</sup>, N Benzaquén<sup>6</sup>, MS Castaños Menescardi<sup>7</sup>, M Colazo<sup>8</sup>, L Encinas<sup>9</sup>, M Haye Salinas<sup>9</sup>, MJ Morales<sup>1</sup>, L Onetti<sup>9</sup>, V Saurit<sup>4</sup>, V Savio<sup>10</sup>, M Werner<sup>9</sup>, C Gobbi<sup>1</sup><sup>1</sup> Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Materno Neonatal, Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Sanatorio Francés, Córdoba, Argentina. <sup>7</sup> Instituto Reumatológico Strusberg, Córdoba, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Ferreyra, Córdoba, Argentina. <sup>9</sup> Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina. <sup>10</sup> Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina.**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica que impacta no sólo en el estado general de salud de los pacientes sino también en su calidad de vida. Como resultado de esto, los pacientes pueden experimentar limitaciones funcionales importantes que afectan, entre otras, su capacidad laboral.**Objetivo:** Describir la frecuencia y los factores asociados a discapacidad laboral en los pacientes con LES en la provincia de Córdoba.**Pacientes y método:** Diseño observacional, transversal en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1987. Se examinaron variables socio-demográficas, clínicas (manifestaciones clínicas acumuladas, tiempo de evolución, actividad de la enfermedad evaluada por SELENA SLEDAI, comorbilidades utilizando el SLICC *Damage Index* y el índice de co-morbilidades de Charlson) y calidad de vida utilizando Lupus PRO. La discapacidad laboral, nuestra variable de interés, fue determinada por reporte de los pacientes (es el lupus el motivo por el cual Ud. dejó de trabajar?). La tasa acumulada de discapacidad laboral se calculó con el método de sobrevivencia de Kaplan-Meier. Las variables asociadas a discapacidad laboral se estimaron a través de un análisis univariado (U de Mann-Whitney y Chi-cuadrado) y multivariado (regresión logística). La significancia estadística en la regresión se definió como un valor de p ≤ 0.05.**Resultados:** Se incluyeron 165 pacientes, 143 (87%) de sexo femenino, con una mediana (RIC) de edad al diagnóstico de 26.5 (18.0) años y 108.0 (144) meses de evolución de la enfermedad. Ochenta y tres (50%) pacientes estaban empleados al momento del diagnóstico y 70 (42%) al final del seguimiento. De los pacientes empleados en algún momento desde el diagnóstico, 40 (24%) atribuyeron al LES el motivo por el cual dejaron de trabajar. La tasa acumulada de discapacidad laboral fue de 6% al año, 27% a los cinco años y 38% a los 10 años. En el análisis multivariado, la discapacidad laboral se asoció a un nivel socio-económico más bajo (OR=2.92, IC95% 1.28-6.66; p=0.011) y un nivel de calidad de vida más bajo (OR=0.92, IC95% 0.86-0.98; p=0.016).**Conclusiones:** La tasa auto-reportada de discapacidad laboral en esta población de pacientes es alta, alcanzando casi un 40% a los 10 años. Ninguna variable exclusivamente relacionada con las manifestaciones ni con la gravedad de la enfermedad se asociaron a discapacidad laboral; por el contrario, el nivel socio-económico y la de calidad de vida tienen un mayor impacto sobre la capacidad de trabajar de estos pacientes. Esto último implicaría, que toda intervención a disminuir la discapacidad laboral debería tener un abordaje más amplio que el simple control de la enfermedad y co-morbilidades derivadas de la misma.

05

**P005**  
**ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**  
C Goizueta<sup>1</sup>, L Gonzalez Lucero<sup>1</sup>, MC Bertolaccini<sup>1</sup>, PR Maldonado<sup>1</sup>, HR Suedo<sup>1</sup>, RN Martinez<sup>1</sup>, MS Yacuzzi<sup>1</sup>, MA Machado Escobar<sup>1</sup>, M Santana<sup>1</sup>, L Galindo<sup>1</sup>, EFV Reynoso<sup>1</sup>, P Morales<sup>2</sup>, J Rodriguez Keizer<sup>3</sup>, E Lucero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Servicio de Reumatología - Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Odontología - Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes - Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina.

**Introducción:** En la última década se estableció asociación entre enfermedad periodontal (EPO) crónica y las enfermedades cardiovasculares (ECV). Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presenta mayor frecuencia de aterosclerosis y factores de riesgo cardiovasculares tradicionales. La prevalencia de enfermedad periodontal (EPO) en LES se encontró en cerca del 60% de poblaciones estudiadas; sin embargo pocos estudios evaluaron la asociación entre LES, ECV y EPO.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con LES y su relación con factores de riesgo cardiovascular.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal. Se determinó EPO en pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1982/1997) entre los meses de Mayo a Julio del 2014, mediante evaluación odontológica utilizando el Índice de placa de Lee y Silness con medición de bolsas y placa bacteriana en las cuatro caras de cada diente en ambas arcadas.

Se excluyeron pacientes con prótesis dentaria, embarazo, otras enfermedades del tejido conectivo y drogas que pudieran afectar la evaluación odontológica.

Se evaluaron variables: demográficas, relacionadas al LES: edad al diagnóstico y tiempo de evolución, uso y dosis de glucocorticoides en los últimos 6 meses, inmunosupresores, SELENA-SLEDAI, variables de laboratorio: eritrosedimentación (VSG mm), PCR ultrasensible (PCRus mg/l), colesterol (mg/dl), triglicéridos (mg/dl), HDL (mg/dl) y LDL (mg/dl).

Variables cardiovasculares: presencia de Síndrome Metabólico (criterios ATP III), Índice de Masa Corporal (IMC peso/talla<sup>2</sup>: kg/m<sup>2</sup>), riesgo de ECV a 10 años mediante ecuación estándar de Framingham (riesgo bajo, intermedio o alto) y según valor de PCRus (bajo < 1- intermedio 1-3 y alto > 3 mg/l).

Presencia de Diabetes Mellitus (DBT- Criterios OMS 1999), Hipertensión Arterial (HTA por recomendaciones JNC VIII), hipercolesterolemia (colesterol  $\geq$  200mg/dl) y tabaquismo.

Se realizó ecografía doppler de vasos del cuello mediante ecógrafo con transductor lineal con multifrecuencia de 7.5 a 12 Mhz, con medición del Espesor Intima Media combinado (EIMC) de arteria carótida común, bulbo carotídeo y carótida interna y número de placas de aterosclerosis.

Variables odontológicas: presencia de EPO según severidad y extensión.

Análisis Estadístico: estadística descriptiva; para variables categóricas: test Chi 2 y test exacto de Fisher; test T para variables continuas. Se consideró nivel de significancia p<0,05.

**Resultados:** De 62 pacientes evaluados, 12 se excluyeron por prótesis dentarias de ambas arcadas. Se incluyeron 43 pacientes, 93% (n=40) mujeres, edad media de 34,2  $\pm$  11,7 años y edad media al diagnóstico del LES de 24,2  $\pm$  8,3 años, tiempo de evolución de la enfermedad 10  $\pm$  9 años y mediana de SELENA SLEDAI de 2,7 (0-17).

Se encontraban en tratamiento con GC en los últimos 6 meses 65,1% (n=28), 27,6% (n=8) con dosis >0,5mg/kg/día. El 47,6% (n=10) utilizaba Mifeprestolol Mofetil, 23,8% (n=9) Azatioprina, y 14,3% (n=3) Ciclofosfamida y Belimumab respectivamente.

Se observó una prevalencia de enfermedad periodontal de 48,8% (IC 95; 33,3 – 64,5); 23,3% (n=10) de tipo leve o moderada de ambas arcadas, 16,3% (n=7) de una arcada y 9,3% (n=4) con gingivitis marginal crónica.

De 43 pacientes, 16,3% (n=7) cumplían criterios para diagnóstico de SM, 25,6% (n=11) sobrepeso y 18,6% (n=8) obesos. El 28% (n=12) presentaron hipercolesterolemia; dos eran diabéticos y uno tabaquista.

El riesgo de ECV a 10 años fue bajo en 65,2% (n=28) e intermedio en 20,6% (n=9). Se realizó ecodoppler de vasos del cuello a 32 pacientes con una media del EIMC de 0,5  $\pm$  0,8mm. Ningún paciente presentó placas de aterosclerosis.

No se encontró asociación entre EPO y SM, DBT, hipercolesterolemia, PCRus, IMC, SLEDAI ni tratamiento (p=NS).

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedad periodontal fue 48,8%. No hubo asociación entre EPO y riesgo cardiovascular.

07

**P007**  
**MANIFESTACIONES CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE COMIENZO JUVENIL Y ADULTO**  
V Gervasoni<sup>1</sup>, S Navarro<sup>1</sup>, R Nieto<sup>1</sup>, R Quintana<sup>1</sup>, V Sosa<sup>1</sup>, M Saconín<sup>1</sup>  
Hospital Provincial de Rosario. Rosario. Santa Fe, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es más común entre mujeres en edad reproductiva. Un 15-20% de los casos se presentan antes de los 18 años y raramente aparece antes de los 5 años. En las formas juveniles, la relación mujer/hombre disminuye a 3-5 a 1, dependiendo tanto de la incidencia y prevalencia del área geográfica estudiada como también de los diferentes grupos étnicos. Se ha descrito que cuando la enfermedad comienza en edades tempranas, las formas de presentación son más severas e inusuales que en los adultos, tanto clínicamente como en relación a los hallazgos serológicos e inmunológicos. Esto podría implicar el uso de terapias más agresivas con corticoides y/o inmunosupresores, con la consecuente morbilidad, efectos secundarios y secuelas a largo plazo.

**OBJETIVO:** Investigar y comparar las características clínicas, serológicas y de tratamiento, de un grupo de pacientes con LES de comienzo juvenil y otro de comienzo adulto.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** se incluyeron 51 pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1997) de manera consecutiva que realizaron sus controles en el servicio, desde julio de 2011 hasta la fecha. Fueron recabados datos demográficos, variables clínicas, serológicas y tratamientos utilizados.

Del total de los 51 pacientes, 11 (22%) tuvieron un comienzo juvenil (menor a 18 años), siendo el resto de comienzo adulto. Se tomaron para el análisis los datos recabados en las visitas regulares durante los dos años de control de la enfermedad a partir del año 2011. Los datos fueron analizados con SPSS versión 22.

**RESULTADOS:** Sexo grupo adulto, 37 F (92%) 3 M (8%); grupo juvenil, 10 F (91%), 1 M (9%). Edad media al inicio de los síntomas: adultos 32 años (18 a 65), niños 14 años (11 a 17). Tiempo al diagnóstico en adultos: 1,3 años promedio, niños 3 años. En relación a la raza, en adultos el mayor porcentaje fueron mestizos (55 %), en tanto que en niños este mismo porcentaje fue de blancos. En lo referente a las manifestaciones clínicas, las mucocutáneas fueron las más frecuentes en ambos grupos (90%). Las manifestaciones renales se hallaron en 27,5 % de los adultos y un 45,4 % de los niños (p 0,25). Neuropsiquiátricas (convulsiones, psicosis y cefaleas) se encontraron en un 25 % de los adultos y 64 % en juveniles (p 0,016). En las manifestaciones hematológicas no hubo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo el grupo juvenil presentó mayor presencia de leuco y linfopenia. Tampoco hubo diferencias entre los síntomas generales (astenia, pérdida de peso, mialgias), serositis, manifestaciones articulares, presencia de FAN (100 % positivos ambos grupos), antiADN, y anticardiolipinas. Un paciente en el grupo juvenil (9%) y cinco (13%) en el grupo de adultos presentaron síndrome antifosfolípido. En relación al tratamiento: en ambos grupos el 100% recibió hidroxicloroquina. Un 55% de pacientes adultos requirió menos de 0,5 mg/kg de prednisona y un 35% más de 1 mg/kg, siendo iguales los porcentajes en los niños. Terapias con inmunosupresores (ciclofosfamida, micofenolato, azatioprina, rituximab y metotrexato) fueron requeridas en un 31% del total de los pacientes: 4/11 juveniles (36%) y 12/40 adultos (30%). En la mayoría éstas fueron utilizadas por compromiso renal.

**CONCLUSIONES:** de los datos analizados encontramos un mayor porcentaje de manifestaciones neuropsiquiátricas en el grupo juvenil, con una p significativa. El compromiso renal, así como la leuco y linfopenia también fueron más frecuentes en niños, aunque en forma no significativa. No se constató ninguna muerte en el grupo total. Destacamos que todos los pacientes (100%) en ambos grupos recibieron hidroxicloroquina y que la media al diagnóstico en los niños fue de 3 años, por lo cual debe considerarse que el diagnóstico precoz es de fundamental importancia en este grupo. Más de la tercera parte de los pacientes en ambos grupos requirió dosis inmunosupresoras de esteroides, hecho a ser considerado siempre, en un intento de evitar la morbilidad asociada en ambos grupos, pero particularmente en niños.

06

**P006**  
**IMPACTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA PRODUCTIVIDAD LABORAL: DATOS PRELIMINARES DE PACIENTES DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**  
A Bertoli<sup>1</sup>, MJ López Pérez<sup>1</sup>, P Alba<sup>1</sup>, A Albiero<sup>1</sup>, D Alessio<sup>2</sup>, A Alvarelos<sup>3</sup>, P Asbert<sup>4</sup>, P Astesana<sup>5</sup>, M Audisio<sup>6</sup>, N Benzaquén<sup>7</sup>, MS Castañón Menescardi<sup>8</sup>, M Colazo<sup>9</sup>, L Encinas<sup>10</sup>, M Haye Salinas<sup>11</sup>, MJ Morales<sup>12</sup>, L Onetti<sup>13</sup>, V Saurit<sup>14</sup>, V Saino<sup>15</sup>, M Wiener<sup>16</sup>, C Gobbi<sup>17</sup>  
<sup>1</sup> Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Materno Neonatal, Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Sanatorio Francés, Córdoba, Argentina. <sup>7</sup> Instituto Reumatológico Strussberg, Córdoba, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Ferreyra, Córdoba, Argentina. <sup>9</sup> Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina. <sup>10</sup> Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Dado que el lupus eritematoso sistémico (LES) tiende a ocurrir durante los años productivos de la vida, es una enfermedad que implica no sólo costos directos en salud, sino también costos indirectos tanto a nivel individual como en la sociedad, entre ellos los relacionados al impacto en la productividad laboral.

**Objetivo:** Describir el impacto del LES en la productividad laboral y las variables asociadas a la misma en los pacientes de la provincia de Córdoba.

**Pacientes y método:** Diseño observacional, transversal, en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1987. Se examinaron variables socio-demográficas, clínicas (manifestaciones clínicas acumuladas, tiempo de evolución, actividad de la enfermedad evaluada por SELENA SLEDAI, comorbilidades utilizando el SLICC Damage Index y el Índice de co-morbilidades de Charlson) y calidad de vida utilizando Lupus PRO. La productividad laboral se examinó con el Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Specific Health Problem (WPAI-SHP), versión específica para LES que consta de cuatro ítems: % de tiempo laboral perdido, % de afectación en el trabajo, % total de afectación laboral y % de afectación de actividades no laborales. Las variables asociadas a la productividad laboral se estimaron a través de un análisis univariado (UV) (U) de Mann-Whitney y correlación de Spearman) y multivariado (MV) (regresión lineal). La significancia estadística en la regresión se definió como un valor de p  $\leq$  0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 165 pacientes, 143 (87%) de sexo femenino, con una mediana (RIC) de edad al diagnóstico de 26,5 (18,0) años y 108,0 (144) meses de evolución de la enfermedad. La mediana (RIC) del tiempo laboral perdido fue de 0 (33,0)%, de la afectación en el trabajo de 10,0 (60,0)%, de la afectación laboral 4,15 (75,0)% y de la afectación de actividades no laborales 40,0 (70,0)%. La Tabla muestra la asociación de las diferentes variables con la productividad laboral por análisis UV. En el análisis MV el Lupus PRO se relacionó inversamente con el % de tiempo laboral perdido (OR= -0,74, IC 95% -1,45—-0,04; p=0,039), el % de afectación en el trabajo (OR= -1,28, IC 95% -2,04—-0,49; p=0,002), el % total de afectación laboral (OR= -1,29, IC 95% -2,05—-0,53; p=0,001) y el % de afectación de actividades no laborales (OR= -0,97, IC 95% -1,39—-0,55; p<0,001) mientras que el nivel socio-económico bajo con el % de afectación de actividades no laborales (OR= 13,48, IC 95% 1,99—24,96; p=0,022).

WPAI	% Tiempo laboral perdido	% Afectación en el trabajo	% Total de afectación laboral	% Afectación actividades no laborales
Edad	Rho= 0,08 p= 0,479	Rho= 0,01 p= 0,930	Rho= 0,08 p= 0,476	Rho= - 0,02 p= 0,491
Género femenino	U= 388,5 p= 0,975	U= 357,5 p= 0,632	U= 365,0 p= 0,714	U= 1054,5 p= 0,055
Nivel socio-económico (medio bajo)	U=575,0 p= 0,858	U=578,0 p= 0,896	U=580,5 p= 0,920	U=2067,5 p= 0,001
Tiempo evolución	Rho= -0,108 p=0,339	Rho= -0,09 p=0,383	Rho= -0,11 p=0,346	Rho= -0,04 p=0,658
SLICC Damage Index	Rho= 0,289 p= 0,009	Rho= 0,19 p= 0,088	Rho= 0,14 p= 0,201	Rho= 0,25 p= 0,0001
Índice Charlson	Rho= 0,358 p= 0,001	Rho= 0,15 p= 0,169	Rho= 0,22 p= 0,051	Rho= 0,25 p= 0,001
SELENA SLEDAI	Rho= 0,259 p= 0,020	Rho= 0,22 p= 0,050	Rho= 0,27 p= 0,017	Rho= 0,26 p= 0,001
Lupus PRO	Rho= -0,476 p<0,001	Rho= -0,48 p<0,001	Rho= -0,49 p<0,001	Rho= -0,48 p<0,001
Escala Visual Actividad por el paciente	Rho= 0,048 p= 0,255	Rho= 0,038 p= 0,26	Rho= 0,038 p= 0,27	Rho= -0,61 p= 0,001
Criterios acumulados	Rho= 0,159 p= 0,158	Rho= 0,17 p= 0,126	Rho= 0,15 p= 0,186	Rho= 0,17 p= 0,003

**Conclusiones:** La productividad laboral se encuentra moderadamente afectada en esta población de pacientes con LES. Ninguna variable exclusivamente relacionada con las manifestaciones ni la gravedad de la enfermedad se asociaron a la productividad laboral; por el contrario, la misma se ve afectada por el nivel socio-económico y la calidad de vida de los pacientes.

08

**P008**  
**DÉFICIT COGNITIVO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES**  
S Porta, V Cosentino, J Triana, L Zenteno, L Ottono, O Genovese, M Micelli, G Sequeira, S Montoya, E Kerzberg  
Hospital J.M Ramos Mejía, CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan a menudo dificultades cognitivas, siendo la mayoría subclínicas, fluctuante y afectando la atención, memoria y destreza motora. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) ha propuesto una batería de test de 1 hora para diagnóstico de déficit neurocognitivo (DN), según el cual se definió declinación neurocognitiva a aquellos que tenían entre 1,5 a 1,9 desviaciones estándar (SD) de la media en alguna de las pruebas, déficit si el SD era  $\geq$  2. A su vez, el DN es focal si una sola área se encuentra afectada y multifocal si compromete 2 o más áreas.

**OBJETIVO:** estudiar la frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes con LES y sus principales características clínicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se reclutaron pacientes desde 01/2013 hasta 06/2014, los cuales cumplían al menos 4 criterios ACR/SLICC 2012 para diagnóstico de LES. Se realizó a todos la batería de test de 1 hora. Se dividió la muestra en dos grupos: aquellos que obtuvieron una puntuación menor de 2 SD en algunas de las pruebas (Normal o Border) y aquellos que presentaron un alteración mayor a 2 SD. Se calculó actividad de la enfermedad mediante SLEDAI, daño acumulado mediante SLICC, ansiedad y depresión mediante HADS y nivel socioeconómico mediante escala de GRAFFAR. Se registró el tratamiento al momento de la evaluación, el tiempo de evolución, el comienzo de los síntomas en meses y la escolaridad en años. Se aplicó criterios de Saporio para diagnóstico de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípicos (SAF). Se realizó a todos los pacientes Mini Mental (MMSE).

**RESULTADOS:** Se evaluaron 84 pacientes (73 mujeres y 11 hombres). La edad promedio fue 32,5 años (SD  $\pm$  12 años). De los 84 pacientes, 43 eran de origen caucásicos, 23 mestizos, 15 amerindios, 1 asiático, 2 afroamericanos. Presentaron déficit en la atención 48 pacientes, 38 en la memoria, y 2 en la destreza motora. Los pacientes tenían un SLEDAI (mediana) de 2 (R=4), un SLICC (mediana) de 0 (R= 1) una educación promedio de 10 años (SD 3) y un 82 meses (mediana) de duración de la enfermedad (R=87,5). El 33,3% de los pacientes presentaban declinación neurocognitiva o eran normales (GRUPO 1) y 66,7% de los pacientes presentaron déficit focal o déficit multifocal (GRUPO 2).

	Normal o border GRUPO 1	Déficit focal o multifocal GRUPO 2	P
N	28 (33,3%)	56 (66,7%)	-
Edad	32,7 (SD 12)	32,3 (SD 12)	0,9
Caucásicos	21,4%	29,8%	0,08
Años de escolaridad (promedio)	11,9 (SD 2,7)	10,1 (SD 3,1)	<b>0,01</b>
Tpo de enf. En meses (mediana)	103 meses(R=115,7)	69 meses(R=81,5)	<b>0,02</b>
Graffar 4-5	17,9%	46,4%	<b>0,15</b>
MMSE (mediana)	30 (R=1)	29 (R=1,5)	<b>&lt; 0,001</b>
Tto. Con HCQ	92,9%	91,1%	<b>0,6</b>
Tto. Con corticoides	35,7%	66,1%	<b>0,02</b>
Tto. Con inmunosupresores	17,9%	26,8%	<b>0,5</b>
SAF	67,9%	85,7%	<b>0,1</b>
Ansiedad	9,5%	14,3%	<b>0,46</b>
Depresión	3,6%	8,3%	<b>1</b>
SLEDAI (mediana)	2 (R=4)	2(R= 4)	<b>0,5</b>
SLICC (mediana)	0 (R=1)	0(R=1)	<b>0,2</b>

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con déficit neurocognitivo tenían menos años de escolaridad, un mayor porcentaje recibían corticoterapia y el tiempo de evolución de la enfermedad fue menor. No se observaron diferencias en la actividad o el daño al momento de la evaluación. La presencia de ansiedad, depresión y SAF fue similar en ambos grupos.

09

P009

**INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

V Juarez, E Buschiazio, L Cavallo, D Velazco, R Acevedo  
Hospital Señor del Milagro, Argentina.

**Introducción:** Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica crónica, de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos y complejos inmunes. Las infecciones ocurren tanto al inicio de la enfermedad como en etapas tardías, y son causa directa de muerte en 30% a 60% de los casos y motivo de hospitalización hasta de 30%. Cabe destacar que las tasas de morbilidad por infección no han disminuido en los últimos 30 años. Concurran a determinar este aumento intrínseco del riesgo de infección la carga genética del paciente, los trastornos derivados de la propia enfermedad, presencia de comorbilidades y las drogas utilizadas en su tratamiento.

**Objetivos:** Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con lupus, determinar la localización, etiología y factores (comorbilidades, tratamiento y tiempo de diagnóstico de la patología de base) asociados a las infecciones en pacientes con LES.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron 50 historias clínicas de pacientes del Hospital Señor del Milagro con el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico durante el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del 2007. Se recogieron los datos en una planilla donde se consignaron las variables: edad, sexo, tipo de infección, tiempo de diagnóstico de patología de base, presencia o ausencia de comorbilidades (HTA, Diabetes, Etilismo, etc.) y tratamiento recibido (Corticoterapia y Antipalúdicos)

**Resultados:** Se logro obtener el seguimiento de todos los pacientes. La mediana fue de 39 años, (S: 12,26), el 89,8% fueron de sexo femenino. El 44,9% de los pacientes presentaron infecciones, en orden de frecuencia fueron: Infección en Aparato Respiratorio el 50%, infección en Aparato Urinario el 27,3%, infecciones de piel y partes blandas en el 9,1%. Se obtuvo el rescate bacteriológico en el 18% de los casos, en los cuales se aisló en el 52% bacilos ácido alcohol resistentes (Mycobacterium Tuberculosis), el 28% bacilos gram negativos (E. Coli - Eikenella) y un 22% cocos gram positivos (Staphylococcus Aureus). La relación entre Comorbilidades e Infección presento p: 0,071, entre Corticoterapia a dosis no inmunosupresora e Infección presento p: 0,253, Corticoterapia a dosis inmunosupresora e Infección p: 0,698, Antipalúdicos e Infección p: 0,782, el tiempo de diagnóstico e Infección p: 1,000.

**Conclusiones:** En este trabajo hubo tendencias (no significativas quizás por el numero de pacientes) a asociar las comorbilidades con la presencia de infecciones. No se realizó comparación entre comorbilidades e infección (Diabetes, HTA, Etilismo, etc.) por la baja cantidad de pacientes. Se observó que los pacientes que tuvieron infecciones eran más jóvenes y comparando los extremos de tiempo de diagnóstico de su patología, no hubo diferencias entre la cantidad de infectados.

10

P010

**EVENTOS TROMBÓTICOS EN SME DE SJÖGREN PRIMARIO**

K Diaz, Z Salazar Garcia, R Berruero, D Sevilla, G Pacheco, Y Ju, L Balderrama, R Garcia, L Saavedra, S Diez, S Visentini, JJ Scali  
HTAL CARLOS G. DURAND, Argentina.

El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune con alto niveles de respuesta de células B y anticuerpos contra Antígenos nucleares (SS-A y SS-B). La presencia de Anticuerpos antifosfolípidos y el Sme. Antifosfolípido, con respecto a la prevalencia de su asociación con eventos trombóticos permanece aún no del todo clara.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de eventos trombóticos en pacientes con SSp y su asociación con autoanticuerpos.

**Materiales y métodos:** Fueron evaluados 50 pacientes con SSp (Criterios Euroamericanos), agrupándolos según edad, genero, estilo de vida, comparándolos con controles sanos.

Para determinar la prevalencia y la significancia clínica de los de los anticuerpos anti fosfolípidos, IgM/ IgG, anticardiolipinas (aCL) IgM/ IgG, anti B2 GP1y Anti coagulante lúcido (positividad acorde a criterio de sydney), proteína S, anexina 5, FR, PCR, ANA, Anti Ro, Anti LA y crioglobulinas en una cohorte de 50 pacientes con SSp según criterios europeos.

Fueron randomizados los pacientes de acuerdo a la positividad o negatividad de anticuerpos antifosfolípidos.

**Resultados:** Pacientes con eventos trombóticos presentaron positividad para Anti Ro (100%) y para anticuerpos Anti LA (50%). Cuatro pacientes con SSp (8%) tuvieron manifestaciones de antifosfolípido (livedo reticularis/racimosa, TVP, ACV todos fueron anti LA positivo. Anticuerpos antifosfolípidos fueron hallados en 15 de los pacientes (30%): el Anticoagulante lúpico fue el mas prevalente los antifosfolípidos seguido por anti B2 GP1 Anticardiolipina. IgG en 10 pacientes (20%) tuvo títulos bajos, títulos moderados (6%) y altos títulos 2 pacientes (4%) e IgM en 3 pacientes (3 y 2 tuvieron títulos moderados y altos respectivamente). Ocho pacientes (16%) tuvieron anticuagulantelúpico; anti B2 GP1 fue encontrado en un solo paciente ( 2%). Un paciente con anticoagulante lúpico, antifosfolípidos y anti B2 GP1 tuvo trombosis venosas recurrentes. Un caso presento crioglobulinemia. Un paciente con altos títulos con antifosfolípidos presento abortos recurrentes espontáneos. Eventos trombóticos en 5 pacientes (10%) (ACV en dos, infarto de miocardio en uno, y TVP en los 5), pero ninguno en controles. La edad media del ACV fue de 40 años. Dos pacientes con eventos trombóticos (también presentaron ACV) tuvieron síndrome antifosfolípido (Criterios de Sydney) y fueron positivos exclusivamente para anticoagulante lúpico. Comparando los pacientes con (n15) y sin (n35) Ac antifosfolípido revelo similar edad pero predominancia femenina. Livedo reticularis (29 % vs. 5%), ACV (4 vs. 0%) y TVP (9 vs 1%) fue significativamente mas alto en pacientes antifosfolípidos positivos. No se hallaron diferentes frecuencias de factores de riesgos para hipertensión dislipidemia diabetes, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, anticonceptivos, en pacientes con o sin Anti fosfolípidos.

**Conclusión:** Solo el Anti coagulante lúpico mostró una tendencia significativa considerado como un posible marcador para Sme. Anti fosfolípido. Pacientes con serologías positivas para ac Anti fosfolípidos mostraron mayores eventos trombóticos, aunque su prevalencia fue del 30% en este grupo de pacientes. La mayor asociación fue hallada con Ac Anti La y Ro.

11

P011

**EFFECTO DE LA TERAPIA LÁSER DE BAJA INTENSIDAD SOBRE EL ESTRÉS OXIDATIVO Y LA HISTOMORFOMETRÍA EN MIOPATÍA INFLAMATORIA EXPERIMENTAL**

C Chavarria<sup>1</sup>, S Dávila<sup>2</sup>, S Leavi<sup>2</sup>, D Cremonesi<sup>1,2</sup>, V Campana<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional de La Rioja- IIICSHUM, Argentina. <sup>2</sup> Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Aunque existen numerosos antecedentes sobre la Terapia Láser de Baja Intensidad (LLLT), los resultados son aún muy controvertidos referidos al mecanismo de acción, dosimetrías y efectos. Es por ello, que la determinación de los acontecimientos celulares y moleculares de la interacción de LLLT con el sistema muscular, sería determinante para el conocimiento y optimización de la terapia en las Ciencias Biomédicas. Las hipótesis sobre el mecanismo de acción de LLLT: Helio-Neón (He-Ne) y Arseniuro de Galio (As.Ga) se centran en la mitocondria, por lo cual se planteó el siguiente Objetivo: evaluar su efecto fotobiológico en un modelo experimental de miopatía inflamatoria, valorando biomarcadores de estrés oxidativo: óxido nítrico (NO) y grupos carbonilo, alteraciones de la ultraestructura e histomorfometría muscular y mitocondrial.

**Materiales y métodos:** Se utilizaron 70 ratas hembras, cepa Wistar, distribuidas en 7 grupos: A. control, B. injuriado y sacrificado a las 24 hs., C. injuriado y sacrificado a los 10 días, D. injuriado y tratado con láser de He-Ne, E. injuriado y tratado con láser de As.Ga, F. irradiado con láser de He-Ne y G. irradiado con láser de As.Ga. La miopatía se indujo con una única inyección intramuscular de carragenina  $\lambda$  en el miembro posterior izquierdo. Las variables fueron determinadas por espectrofotometría. El análisis histomorfológico se realizó por microscopía óptica y electrónica. LLLT se realizó durante 10 días consecutivos (9,5 J/cm<sup>2</sup>). Se clasificó la inflamación en: ausente, moderada y severa. La cuantificación de mitocondrias se realizó según una escala de alteraciones: Grado I, apariencia normal; Grado II, tamaño normal, con crestas dilatadas; Grado III, de mayor tamaño al normal y se observan algunas crestas o restos de ellas y Grado IV, tamaño muy por encima al normal, tumefacción, aclaración de la matriz, separación anormal de la membrana interna y externa. El análisis estadístico de los datos cuantitativos se realizó aplicando Test de Fisher y para los datos categóricos Chi-cuadrado-Test de Pearson, estableciéndose diferencia significativa para p<0.05.

**Resultados:** En el grupo con miopatía se evidenció un incremento significativo de NO (p<0,05), grupos carbonilos (p<0,01) e inflamación intensa, comparado con los grupos control y con los grupos con miopatía y tratados con LLLT mostrando también inflamación moderada y leve. Las alteraciones estructurales en músculo y mitocondrias producidas por la carragenina (Grado II, III y IV de alteración mitocondrial) mostraron una regresión significativa luego de LLLT (Grado I de alteración), confirmando su positiva repercusión a nivel mitocondrial. LLLT por si sola no provocó cambios sobre los niveles de NO y grupos carbonilo a nivel sistémico, ni tampoco variaciones estructurales a nivel tisular y mitocondrial. No hubo diferencias significativas entre los resultados de los grupos tratados con Láser de Helio-Neón y el de Arseniuro de Galio.

**Conclusiones:** LLLT en miopatía inflamatoria experimental marcó un significativo efecto antiinflamatorio y antioxidante demostrado por los niveles sistémicos de óxido nítrico y grupos carbonilo, correlacionándose con la histomorfología muscular y mitocondrial.

12

P012

**EVALUACIÓN SEGÚN CUESTIONARIO WOMAC Y ESCALA VAS DOLOR EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS INGRESADOS EN SISTEMA DE REHABILITACIÓN**

A García Ciccarelli, MJ Sánchez Alcover, V Borgia, MC Valerio, E Civit

Hospital Nuestra Señora Del Carmen, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

La osteoartritis es una enfermedad articular de evolución crónica caracterizada por un lento y gradual desarrollo del dolor articular, rigidez y limitación de la movilidad. El ejercicio terapéutico está recomendado en estos pacientes; lo que incluye fortalecimiento muscular con ejercicios aeróbicos, de resistencia, balance e hidroterapia y elongación. Los resultados pueden ser objetivados mediante cuestionario WOMAC y escala VAS dolor.

Se ha demostrado que la rehabilitación integral en pacientes con osteoartritis mejora el dolor y la capacidad funcional.

**OBJETIVO:**

Evaluar respuesta al dolor y capacidad funcional en pacientes con osteoartritis por criterios ACR y Radiológicos, ingresados en sistema de rehabilitación de nuestro hospital.

**DESEÑO:**

Análisis secundario longitudinal prospectivo pre y postratamiento, ingresados en Servicio de rehabilitación, durante el periodo enero-julio 2014.

**MÉTODOS:**

48 pacientes, mujeres 33 (68,75%), hombres 15 (31,25%), media de 69,64 años, rango (50 a 84 años), con diagnóstico de osteoartritis de rodilla y cadera, en seguimiento durante 6 meses. A los mismos se les efectuó cuestionario WOMAC y escala VAS dolor pre-tratamiento; inicial y a los 6 meses.

Se programó rehabilitación integral, basada en: hidroterapia con ejercicios de contrarresistencia, sin resistencia y con diferentes niveles de hundimiento; kinesioterapia con ejercicios isométricos, isotónicos de tipo concéntricos, excéntricos y elongación muscular. Luego de un periodo de 3 meses se continuó con tratamiento domiciliario.

No se modificó medicación durante el estudio.

Se excluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca, reemplazo/prótesis de rodilla y/o cadera y fibromialgia.

**RESULTADOS:**

38 pacientes (79,16%) completaron el estudio ; 2 pacientes (4,16%) no terminaron por cirugía de catarata, 2 (4,16%) internados por patología infecciosa, 3 (6,25%) abandonaron el tratamiento, 3 (6,25%) no se conoció situación; los valores de cuestionario WOMAC pretratamiento mostraron una media de 45,36 puntos, postratamiento 29,44, esto arrojó un 64,90% de mejoría (34 pacientes mejoraron según cuestionario WOMAC el resto no obtuvo cambios). Valores VAS dolor pretratamiento media de 6,89 puntos, postratamiento 3,86; se encontró mejoría en el 56% de los pacientes.

**CONCLUSIÓN:**

La rehabilitación integral es eficaz para disminuir el dolor, mejorar la rigidez y la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla, por lo que debería ser una opción de peso en el tratamiento inicial, lo cual puede ser objetivado por los resultados que arrojan diferentes cuestionarios de evaluación como en este caso WOMAC y VAS dolor.

PALABRAS CLAVE: Osteoartritis, rehabilitación, tratamiento, WOMAC, VAS.

WOMAC: Western Ontario and Mc Master universities Osteoarthritis index

VAS: Visual analogue scale.

13

P013

## TAPING EN RIZARTROSIS

V De Cillis, A García, A Pérez Dávila, A Bohr, E Scheines  
Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** la osteoartritis (OA) de manos es una de las patologías articulares más frecuentes en la consulta diaria. Una de las localizaciones de la OA comúnmente afectada es la articulación del trapecio 1° metacarpiana (TPM), denominada rizartrosis, que puede traer, además del dolor, alteraciones funcionales. Respecto al tratamiento, guías nacionales e internacionales recomiendan el uso de ortesis y ejercicio. El taping o vendaje neuromuscular, actúa sobre estímulos propioceptivos generando analgesia sin limitación de la movilidad articular. Es ampliamente utilizado en el área deportiva habiéndose demostrado su beneficio. Existen antecedentes de su uso en la OA de rodilla disminuyendo su dolor y la discapacidad. Existe también un estudio piloto en pacientes con artritis reumatoidea, demostrando que su uso incrementa significativamente la fuerza muscular comparando con los pacientes que reciben terapias tradicionales.

**OBJETIVO:** evaluar los efectos de la aplicación de taping, comparado con el tratamiento convencional, en un programa de rehabilitación de rizartrosis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** fueron incluidos pacientes de ambos sexos, mayores de 45 años con OA primaria que cumplan los criterios clínicos grado II,III de Eaton, y radiológicos grado 2-3 de Kellgren y Lawrence. Todos los enfermos podían recibir tratamiento estable con antiinflamatorios no esteroides, así como drogas de acción modificadora estable en los últimos 6 meses. Fueron excluidos aquellos pacientes que recibieran infiltraciones en la TPM dentro de los últimos 6 meses. Fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, el GRUPO TAPING (GT) en donde se realizó un vendaje para la TPM y el GRUPO FÉRULA (GF) a quienes se les realizó una ortesis tipo Spica corta en termolombleable. Todos iniciaron un programa de ejercicios específicos y fueron instruidos en principios de protección articular (PPA). Fueron evaluados al inicio y al mes de tratamiento dolor (VAS), fuerza muscular (dinamómetro Jamar), habilidad y destreza (picking up test), capacidad funcional Australian Canadian Osteoarthritis Hand Index: AUSCAN. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba T Student del programa Excel versión 2010.

**RESULTADOS:** fueron ingresados 40 pacientes, 20 en el GF y 20 en el GT. Ambos grupos mejoraron significativamente el dolor al mes de tratamiento con respecto a la evaluación basal GF= Xi: 5.8 - Xf: 4.2 (p.0013) y GT= Xi:6.1 - Xf: 3.05 (p.0003) y el AUSCAN total GF= Xi:40 - Xf:35 (p.0028), GT= Xi: 39 - Xf:29 (p.007). En cuanto a las sub escalas del AUSCAN ambos grupos mejoraron significativamente el dolor y la función, solo se encontró una mejoría estadísticamente significativa en la rigidez en el grupo taping GT= Xi:2.65 - Xf:1.95 (p.004).

**CONCLUSIÓN:** en la población estudiada encontramos que ambas modalidades terapéuticas son recomendadas en el tratamiento de rehabilitación conservadora de la rizartrosis, observándose mejoría en los parámetros de dolor y función. Sin embargo el presente estudio indica que se obtienen mejores resultados en la evaluación de la rigidez en el grupo taping comparando con el grupo férula.

14

P014

## VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DURUÓZ EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA CON ESCLERODERMIA

V Duarte, G Crespo Amaya, MV Martire, M Manzano Escalier, S Scarafia, L Marino, F Romanini, A Secco, M Mamani  
Hospital Rivadavia, Argentina.

**Introducción.** El índice Duruóz (ID) es una herramienta confiable para la evaluación de la funcionalidad de las manos en pacientes con esclerodermia. El objetivo de nuestro estudio fue adaptar y validar el cuestionario ID en una población argentina con esclerodermia.

**Métodos.** Para la validación, 3 reumatólogos adaptaron y tradujeron al español la versión original en francés y la versión final fue re-traducida al francés por una persona bilingüe. Para evaluar la validez constructiva, se utilizó la escala visual analógica (EVA) global del paciente, EVA para cada una de las preguntas de la misma actividad, el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) y el Score modificado de Rodnan para evaluar la piel. Una submuestra asistió a una segunda visita para evaluar la reproducibilidad, sin modificaciones en el tratamiento en relación con la visita anterior. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o medianas con su rango intercuartil (RIC). El coeficiente de Spearman se utilizó para cuantificar el grado de correlación entre los diferentes EVA, HAQ y Rodnan con la puntuación total. Se utilizó el coeficiente de correlación intraclassa (CCI) para evaluar la reproducibilidad y el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna.

**Resultados.** 45 pacientes con diagnóstico de esclerodermia se incluyeron en el estudio. 84,44% eran mujeres, con una edad de 51 ± 13,72 años (DS), 48,89% mestizos, mientras que 46,67% eran de raza blanca, con una duración de la enfermedad de 24 meses (RIC: 18-60). 64, 44% de los pacientes tenían diagnóstico de esclerodermia limitada; 77, 78% eran diestros y el 53, 33% tuvieron manifestaciones extra cutáneas. El raynaud estuvo presente en el 93, 33%, las cicatrices puntiformes en 33, 33% y las úlceras digitales en el 26, 67%. La mediana de la puntuación del cuestionario total fue de 4, 5 (RIC: 0-26), del EVA global fue de 49 (RIC: 10-50), del HAQ 0,3 (RIC: 0-1) y del Rodnan 5 (RIC: 2-11). La correlación entre la puntuación total de ID y el EVA global del paciente fue de 0, 58, con el HAQ fue 0, 63 y con el Rodnan fue 0, 08 El coeficiente de correlación entre el EVA y cada grupo de preguntas para la misma actividad en el ID, mostró una buena correlación para las preguntas que se refieren a las actividades de cocina (0,60; 0,71; 0,67; 0,67; 0,59; 0,62; 0,55), así como para vestirse (0,69; 0,65; 0,57), de higiene (0,61; 0,56), y para las preguntas de oficina (0, 56; 0,73). Hubo un excelente nivel de correlación en las preguntas relacionadas con las actividades de motricidad fina, con un valor máximo de 0, 78. La reproducibilidad fue 0, 88 (IC del 95% 0,76-0,99) y la consistencia interna según Cronbach alfa fue 0,98.

**Conclusión.** Los resultados de este estudio mostraron que el índice Duruóz es un cuestionario confiable y válido para esta población argentina con esclerodermia.

15

P015

## CONSULTORIO DEL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO HIV. EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS PREVIOS A LA INMUNOSUPRESIÓN. DATOS PRELIMINARES

AS Esposito, I Rocca Rossi, K Aguilera, ML Yantorno, P Sansinaeana, CE Pena, E Manciola, MA Garcia HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, Argentina.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones en los pacientes con enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de morbi-mortalidad en nuestro medio debido a los defectos inmunológicos intrínsecos de las mismas como, asimismo, de las terapias inmunosupresoras a las que son sometidos.

En el Servicio de Infectología se creó el Consultorio de Paciente Inmunocomprometidos (CPI) con el objetivo de crear un ámbito que permitiera la adecuada evaluación de dichos pacientes antes de recibir la terapia inmunosupresora y la adopción de medidas preventivas tales como inmunizaciones y/o quimioprofilaxis.

Según nuestro conocimiento es el primer Consultorio Externo con estas características a nivel provincial.

## OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es analizar los datos preliminares que hemos recolectado en la atención de los pacientes con enfermedades reumáticas. En esta etapa inicial se describen las características clínicas y resultados de estudios de laboratorio y otros métodos complementarios que se han realizado para su evaluación en la primera y segunda visita como asimismo las intervenciones realizadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y observacional de los pacientes con enfermedades reumáticas enviados al CPI desde enero a julio de 2014. A dichos pacientes se les realizó una Historia clínica donde consta, esencialmente, sus antecedentes infecto-contagiosos, tratamientos reumatológicos previos y evaluación de factores de riesgo para enfermedades endémicas y/u ocupacionales; laboratorio general y, según antecedentes personales, clínicos y epidemiológicos, la determinación de VDRL, Elisa HIV, EIA y Elisa para Chagas, IgG para Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Virus de Epstein Barr, Herpes Simple 1 y 2, Varicela Zoster, Sarampión, Rubéola, HTLV 1 y 2; serología para Hepatitis A, B y C; dosaje de Inmunoglobulinas A, M y G; investigación coproparasitológica y, eventualmente, hisopado nasal para la pesquisa de colonización por *S. aureus* y *Aspergillus* spp. en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Wegener. Telerradiografía de tórax y Reacción de Mantoux para descartar infección tuberculosa latente (ITL). Se indicó la aplicación de vacunas según edad, antecedentes y vacunas recibidas constadas (Triple bacteriana acelular, *Haemophilus influenzae*, Influenza anual, Hepatitis B, Hepatitis A y vacuna anti-neumocócica)

## RESULTADOS

Tuvieron evaluación inicial 83 pacientes con enfermedades reumáticas, de los cuales 54 (65%) concurren a la segunda consulta. El 35 % (29/83), 34 % (28/83) y 7% (6/83) correspondieron a pacientes con LES, Artritis Reumatoidea y Vasculitis, respectivamente. El 24% restante (20/83) fueron pacientes con diagnósticos de espondiloartritis, Síndrome de Sjögren, dermatomiositis, esclerodermia, Enfermedad de Behçet, etc. Al momento de su evaluación el 41% (34/83) ya había recibido tratamiento Inmunosupresor en los últimos 6 meses (terapias biológicas o corticoides a altas dosis, ciclofosfamida, metotrexato-micofenolato). Presentaron serologías positivas para Enfermedad de Chagas: 3.4% (2/58); Sífilis: 7% (5/71); Hepatitis B: 7.6% (5/66), un caso en etapa aguda; Hepatitis C: 8.2% (4/49); Hepatitis A: 81.8% (27/33); Toxoplasmosis: 51% (31/61). Deficiencia de Inmunoglobulinas A/G/M: 7.2% (4/55), 16.3% (9/55) y 14.5% (8/55) respectivamente. Dos pacientes presentaron TB previa. Se realizó la reacción de Mantoux en 55 pacientes. De ellos, el 12.7% (7/55) fueron positivos (2/7 con booster). No hubo serologías positivas para HIV ni HTLV-1 y 2. No se detectó *Strongyloides stercoralis*, ni brucelosis en los pacientes con epidemiología positiva. En 8 casos se retrasó el inicio de la inmunosupresión para permitir el tratamiento de la ITL y evolución de la hepatitis viral aguda.

Las inmunizaciones indicadas y dosis aplicadas al momento de la evaluación fueron: HVB: se indicó al 85.5% (71/83), iniciaron el plan de vacunación 65% (46/71). Influenza: indicadas 91.6% (76/83), aplicadas 65.7% (50/76). Vacuna conjugada contra neumococo-13 valente: indicadas 92.8% (77/83), aplicadas 57% (44/77).

## CONCLUSIÓN

En este análisis de la experiencia de una consulta organizada para la evaluación infectológica de pacientes inmunocomprometidos, se evidencia la utilidad del tamizaje exhaustivo previo a la terapia inmunosupresora, generando la posibilidad de una intervención infectológica activa que permita realizar las inmunizaciones correspondientes, diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos.

16

P016

## HEMORRAGIA PULMONAR DIFUSA INMUNOMEDIADA: ANÁLISIS DE 20 CASOS.

P Pedrosa, L Dulong, I Miranda, V Segura, P Zabala, MF Valdemoros, A Ledda, M Busajm, MG Rivero  
Hospital Central de Mendoza, Argentina.

## Introducción

La hemorragia pulmonar difusa es una emergencia médica que requiere un alto nivel de sospecha, diagnóstico oportuno y tratamiento precoz. La hemorragia originada en la microcirculación pulmonar puede tener diferentes etiologías, como enfermedades infecciosas, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, infarto pulmonar, enfermedades autoinmunes sistémicas y secundarias a drogas o fármacos. Su variada forma de presentación y alta mortalidad indican la necesidad de un manejo rápido y agresivo.

## Objetivo

Analizar las características epidemiológicas, clínicas y morbiomortalidad de las hemorragias pulmonares difusas en pacientes internados en un hospital general de agudos, seguidos por el servicio de Inmunología Clínica.

## Materiales y métodos

Estudio protocolizado, observacional, retrospectivo. Criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico de hemorragia pulmonar difusa, según criterios de Barile et col., seguidos por el servicio de Inmunología Clínica en el período de 2010 a 2014. Criterio de exclusión: sospecha de etiología no inmunomediada.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central y de dispersión. Se expresan las variables en media (DS) y % (IC95%). Se analizan con test de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y test de Student; criterio de significación error alfa menor a 5%. Se utilizó Epi Info 7.

## Resultados

Se incluyeron 20 casos de hemorragia pulmonar. La edad media fue 39.5 años (DS±16.54), siendo mayores de 65 años el 5% (IC95%0,13-24.87). En cuanto al sexo, el 55% (IC95%31,53-76.94) fueron hombres. La mediana de permanencia fue 26 días (6-47días). La distribución por etiología fue 9 pacientes con vasculitis asociada a ANCA (4 GPA y 5 PAM), 7 con LES, 3 con síndrome de Good Pasture, 1 secundario a drogas (cocaína). La hemorragia pulmonar fue la primera manifestación de enfermedad en el 25% de los casos (IC95%8,66-49.1). El síntoma inicial fue: tos en el 90% (IC95%69,3-98.77), la disnea y hemoptisis en un 85% (IC95%62,11-96.79) y 80% (IC95%56,34-94.27) respectivamente. La fiebre se observó en un 45% (IC95%23,06-68.47). Todos (100%) presentaron caída de Hb  $>2$ g/dL y anemia. El 75% (IC95%50,9-91.34) presentó un cuadro respiratorio de rápido inicio con constante hipoxemia en el 70% (IC95%45,72-88.11) de los casos. El 85% (IC95%62,11-96.79) presentó inicialmente infiltrados alveolares en la Rx de tórax. La mediana de demora diagnóstica fue 9 días (4-30). Durante la evolución, todos (100%) presentaron infiltrados alveolares en Rx de tórax. Se le realizó TAC de tórax al 55% (IC95%31,53-76.94) de los pacientes y el 90.9% (IC95%61,97-97.81) presentó hallazgos compatibles con hemorragia. A ningún paciente se le realizó biopsia pulmonar. Se realizó BAL con presencia de macrófagos cargados con hemosiderina en un 85% (IC95%62,11-96.79) y en el 15% (IC95%) restante el diagnóstico se confirmó mediante la presencia de sangre en tubo endotraqueal durante la intubación. Requiere internación en UTI el 60% (IC95%36,05-80.88) con una mediana de permanencia de 10.5 días (5-30). El 45% (IC95%23,06-68.47) necesitó ARM. En cuanto al tratamiento de inducción, todos (100%) recibieron glucocorticoides en pulsos, 80% (IC95%56,34-94.27) ciclofosfamida EV, 35% (IC95%15,39-59.22) plasmáferesis y 15% gammaglobulina EV (IC95%3,21-37.89). La mortalidad durante el evento fue del 30% (IC95%11,89-54,28) y se relacionó con la hemorragia en el 66,67% (IC95%22,28-95,67) de los casos. En el análisis comparativo de mortalidad, la internación en UTI y el uso de ARM se relacionó con mayor número de muertes (100% vs 42,85%,  $p=0,0168$  y 100% vs 21,42%,  $p=0,0012$  respectivamente). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo.

## Conclusión

En la muestra analizada las causas más frecuentes de hemorragia pulmonar en patologías inmunomediadas fueron las vasculitis asociadas a ANCA y LES y en el 25% de los pacientes fue la primera manifestación de enfermedad. La tos, disnea y hemoptisis fueron la presentación clínica más frecuente. Se confirmó la hemorragia mediante BAL en un 85%. La importancia de este cuadro radica en su mortalidad que fue del 30% en nuestra serie. La internación en UTI y el requerimiento de ARM son marcadores de mal pronóstico. La sospecha diagnóstica y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

17

**P017**  
**VÍAS DE ACCESO A LA PRIMERA CONSULTA REUMATOLÓGICA (TRABAJO PRELIMINAR)**  
 L Zárate, L Casalla, MN Capozzi  
 Hospital Nacional Alejandro Posadas, El Palomar, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Ha sido ampliamente demostrado que el diagnóstico temprano de las enfermedades reumáticas mejora su pronóstico, calidad de vida y capacidad funcional. Por ello es de suma importancia impulsar la consulta oportuna al reumatólogo. Es de nuestro interés evaluar cuáles son las vías de contacto entre los pacientes y los médicos reumatólogos para realizar la primera consulta.

**Objetivo:**

1- Describir cuáles son las vías de contacto entre los pacientes y el médico reumatólogo que motivan la primera consulta.  
 2- Determinar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta en nuestra población.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes de ambos sexos,  $\geq 18$  años, evaluados por 2 médicos de nuestra sección entre el 21/04 y 22/07 de 2014. Se consignaron: edad, sexo, nivel educativo, obra social (OS) y/o prepaga, empleo (sí/no), jubilado/pensionado, acceso a internet (IT) u televisión (TV). Datos de la primera consulta: si fue programada, espontánea o durante la internación, motivo de consulta (MC), tiempo de evolución (TE) de los síntomas en semanas (sem), vía de acceso (espontánea, derivación médica u otro profesional de la salud, recomendación, cambio de reumatólogo, campaña publicitaria, charlas a la comunidad, grupo de pacientes); en caso de derivación: especialidad y lugar de atención del derivante. En los pacientes con  $\geq 6$  sem de evolución se constataron los motivos que generaron la demora en la consulta. Se consignaron diagnóstico y tratamiento previo.

**Resultados:** Durante el período evaluado se realizaron 852 consultas. De éstas, 215 fueron de primera vez: 80.5 % eran mujeres, edad promedio  $55 \pm 13$  años; sólo el 32.5% tenían obra social y el 67.5% restante no tenía cobertura; promedio de años de educación:  $7.4 \pm 3.7$ . El 35.8% se encontraba empleado y un 34% pensionado/jubilado. Con respecto a los medios de comunicación, la mayoría tenía TV (98.2%), pero sólo el 46.52% utilizaba IT. Los MC más frecuentes fueron artralgias (34.9%), artritis (13.5%), osteoartritis (12%), artritis reumatoidea (12%) y cervicalgia (6.5%). Mediana de TE: 104 sem (RIC 236). Motivos más frecuentes de demora  $\geq 6$  sem para consultar: 42 % seguimiento por otra especialidad, 8.4% dificultad para acceder al turno con reumatología y 6% motivos personales. Las vías de contacto con el especialista fueron: 58,13% derivación de otro médico, 20,46% espontánea, 9,8% cambio de reumatólogo, 8,3% recomendación de amigos y/o familiares, 2,8% derivado por otro profesional de la salud no médico y 0,46% por campaña publicitaria. Especialidades médicas que derivaron con mayor frecuencia: 40,8% clínica médica y 36,8% traumatología. Al momento de la evaluación el 51% se automedicaba. Al 15% se le realizó el diagnóstico en la consulta inicial. Al analizar las consultas por artritis y AR, las medianas de TE fueron respectivamente 52 y 312 sem (RIC 92 y 338). Con respecto a las artritis, 32% se encontraba en seguimiento por otra especialidad, 28% desestimó los síntomas y 20% tuvo dificultad para conseguir turno con el especialista. Y en el caso de las AR, el 78% realizó cambio de reumatólogo y el sólo el 11% se seguía con otra especialidad.

**Conclusión:** La primera consulta a nuestro servicio fue realizada mayormente a través de la derivación por médicos clínicos y traumatólogos. Tanto en forma global como en el caso particular de las artritis, la demora en la consulta se debió principalmente al seguimiento de los pacientes por parte de otro especialista. De acuerdo a nuestros hallazgos sería de suma importancia continuar con un sistema de educación para la comunidad y capacitación para profesionales de salud sobre la importancia de una consulta oportuna con el reumatólogo.

18

**P018**  
**NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL Y SU CIRCUNSTANCIA: SIMILARES CARACTERÍSTICAS EN DISTINTOS CONTEXTOS**  
 F Paulin<sup>1,2</sup>, FM Caro<sup>2</sup>, ME Fernández<sup>2</sup>, ML Alberdi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Juan A. Fernández, Argentina. <sup>2</sup> Hospital María Ferrer, Argentina.

**Introducción:** Es conocido el comportamiento de la neumonía intersticial usual (NIU) en su forma idiopática (Fibrosis Pulmonar Idiopática o FPI), así como el de ciertas enfermedades de tejido conectivo (ETC) con compromiso pulmonar, especialmente cuando se presentan en forma de neumonía intersticial no específica (NINE). Sin embargo hay incertidumbre con respecto a las características de la NIU cuando se presenta con autoanticuerpos aislados o en contexto de una ETC definida.

**Objetivos:** Conocer la implicancia de los autoanticuerpos en pacientes con FPI comparándola con la FPI sin autoanticuerpos y Enfermedad no caracterizada del tejido conectivo (ENCTC) con enfermedad intersticial pulmonar (EPI). Conocer la implicancia de una ETC definida en pacientes con NIU, comparándola con FPI.

**Métodos:** Trabajo analítico de corte transversal. De los pacientes que asistieron a un consultorio especializado en EPI entre marzo 2012 y marzo 2014 se seleccionaron aquellos con diagnóstico de FPI según criterios vigentes y se los clasificó según la positividad o no de FAN (IFI con un corte  $\geq 1/80$ ) y/o FR (nefelometría con corte  $\geq 35$  UI/ml). También se seleccionaron los pacientes con ETC (definidos según criterios de referencia) cuya TAC o informe de patología fuera compatible con NIU, y los pacientes con ENCTC (definida según criterios de Kinder modificados) y EPI. Se analizó edad, sexo, tabaquismo, síntomas de reflujo gastroesofágico, datos de laboratorio inmunológico, y características de la enfermedad pulmonar (grado de disnea, patrón tomográfico, y estudio funcional respiratorio) al debut de la enfermedad respiratoria. Se compararon: 1) FPI con vs sin autoanticuerpos 2) FPI con autoanticuerpos vs ENCTC 3) NIU ETC vs FPI global. Estadística: Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje, y las continuas en media y DS. Para el análisis se utilizó el test de la t o Chi2 según el tipo de variable.

**Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes: 48 pacientes con FPI (29 sin autoanticuerpos, 8 con autoanticuerpos y 11 en que no se realizó la determinación), 9 con NIU ETC (4 AR, 2 Enfermedad no caracterizada del tejido conectivo, 1 Miopatía inflamatoria, 1 Síndrome de Sjogren y 1 Enfermedad Mixta del tejido conectivo) y 14 con ENCTC y EPI. Con respecto a las comparaciones realizadas:

1) FPI con vs sin autoanticuerpos: no se encontraron diferencias en cuanto a sexo, media de edad, tabaquismo, síntomas de reflujo, grado de disnea, CVF% y DLCO%. 2) FPI con autoanticuerpos vs ENCTC y EPI: observamos en el grupo ENCTC una tendencia a mayor proporción de mujeres [78% vs. 37%; p=0.081], una mayor positividad de fan [100% vs. 62%; p=0.036], mayor FVC% [ $65,21 \pm 14,8$  vs.  $47,88 \pm 14,78$ ; p=0.02] y DLCO% [ $45,46 \pm 12,78$  vs.  $31,20 \pm 7,69$ ; p=0.03]. En la TAC de tórax, el grupo ENCTC presentó con menor frecuencia NIU típica [ $14,2\%$  vs.  $87,5\%$ ; p=0.001].

3) FPI vs NIU ETC: no se encontraron diferencias en cuanto a sexo, media de edad, tabaquismo, síntomas de reflujo, grado de disnea, CVF% y DLCO%.

**Conclusiones:** En esta serie no se encontraron diferencias entre grupos que comparten la condición de NIU, independientemente de la presencia o no de autoanticuerpos o una ETC. Sin embargo al comparar FPI con autoanticuerpos vs ENCTC, esta última mostró menos frecuentemente patrón de NIU y a su vez demostró ser diferente en varias características clínicas y funcionales. De confirmarse la similitud entre los distintos tipos de NIU, estos hallazgos podrían tener implicancias diagnósticas y terapéuticas (ante la aparición reciente de fármacos que apuntan directamente a combatir la fibrosis). Este trabajo tiene limitaciones, como el diseño (corte transversal) y tamaño muestral en algunos grupos. Hacen falta trabajos prospectivos y con mayor cantidad de pacientes para aclarar estos interrogantes.

19

**P019**  
**AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES DE PRIMERA CONSULTA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**  
 MS Conte, ME Sattler, JC Raggio, GA Berbotto  
 Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

**Introducción:**

El uso de los medicamentos se encuentra ampliamente difundido en la práctica diaria de la medicina, constituyendo la principal medida en el manejo de las enfermedades. Estas sustancias no son inocuas y suponen un efecto orgánico, que usado de manera indiscriminada puede resultar en diversos efectos no deseados.

La automedicación, entendida según lo OMS como "la medicación sin consejo médico", asociada a dolencias crónicas como las que suceden en nuestro consultorio, retrasa la consulta médica e incrementa la morbilidad.

Dentro de la reumatología, el desconocimiento de la amplia variedad de patologías existentes y por lo tanto la falta de alarma para concurrir a consultar en la especialidad, lleva a que los pacientes utilicen la automedicación retrasando el diagnóstico.

Se lleva a cabo este estudio para registrar y conocer el porcentaje de automedicación en pacientes que consultan por primera vez en nuestro servicio de Reumatología.

**Objetivo:**

Describir la prevalencia de automedicación en pacientes que consultan por primera vez en un consultorio de reumatología.

**Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra corresponde a los pacientes que consultaron por primera vez en el servicio de Reumatología del Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria, Santa Fe) en el período que comprende del 1 de mayo al 1 de julio de 2014.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta anónima que consta de seis preguntas simplificadas para la correcta interpretación de las mismas. Al comienzo se indagó sobre las características socio-demográficas.

**Resultados:**

Del total de 250 consultas en 60 días, se encuestaron 50 pacientes de primera vez, siendo el 84% de sexo femenino. Con relación a los rangos etarios el 18% tiene entre 20 y 50 años, 32% entre 50 y 65 años; y 50% mayores de 65 años. La educación primaria completa se observó en el 56% de los pacientes, la incompleta en el 18%. La educación secundaria se completó solo en el 10% e inconclusa en el 12%. El 4% presentaba educación terciaria incompleta. Con respecto al comienzo de los síntomas, el 78% de los pacientes presentaba un curso crónico con dolencias de más de tres meses de evolución. El 72% de la muestra reconocían automedicarse asociando el consumo de más de un medicamento analgésico en el 48% de los casos. El 50% de nuestros pacientes fueron derivados por la especialidad de clínica médica y el 20% por la especialidad de medicina general y de familia, generando un total entre ambas del 70% de las consultas.

**Conclusiones:**

Podemos decir que, un alto porcentaje de los pacientes que consultan se automedican. Este acto se podría asociar a una baja escolaridad y a la demora que presentan los pacientes en solicitar atención en los centros sanitarios, considerando además que ésta es una práctica socialmente arraigada, que poco tiene que ver con el saber científico. Como consecuencia se suscitan reacciones adversas y errores en la medicación, favoreciendo el retraso en la atención médica. Más de la mitad de los pacientes utilizaban más de un fármaco para el alivio de la sintomatología, sin tener en cuenta el perfil de seguridad de estos medicamentos, sus dosis máximas ni la respuesta individual a los mismos. Es importante mencionar que los pacientes fueron derivados en su mayoría por la especialidad de clínica médica fortaleciéndola como guía en la compleja trayectoria del paciente por el sistema sanitario.

20

**P020**  
**ENFERMEDAD DE POMPE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MUSCULAR EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA**  
 P Pucci<sup>1</sup>, C Amitrano<sup>1</sup>, C Asnati<sup>1</sup>, S Scarafía<sup>2</sup>, A Nitsche<sup>1</sup>, M Mamiani<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Aleman, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Rivadavia, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad de Pompe (EP) es un trastorno hereditario del metabolismo del glucógeno, por déficit de la enzima alfa glucosidasa (GAA), que produce acumulación de glucógeno lisosomal y destrucción tisular. La presentación clínica de la EP tardía se caracteriza por debilidad muscular proximal de miembros inferiores, lengua y tronco; que puede provocar compromiso respiratorio. La CPK puede encontrarse elevada, en valores hasta 15 veces el límite superior normal. Los hallazgos en el EMG son inespecíficos o con patrón miofásico. La biopsia muscular certifica el diagnóstico por el acúmulo de glucógeno intrafibrilar. La determinación de la GAA mediante el test de la gota facilita el diagnóstico de EP.

**Objetivo:** evaluar el diagnóstico de EP en pacientes con: CPK elevada, enfermedad muscular en estudio (definida por dolor o debilidad muscular, EMG miofásico, enzimas musculares elevadas y/o biopsia compatible); pacientes sin diagnóstico etiológico luego de 6 meses de seguimiento; o con diagnóstico etiológico inicial de miopatía inflamatoria, y sin respuesta al tratamiento durante 6 meses; y familiares directos de pacientes con EP.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes asistidos entre el 1 de Enero de 2010 y 30 de Junio de 2014 con enfermedad muscular en estudio durante al menos 6 meses, sin diagnóstico etiológico, o con mala evolución a pesar del tratamiento; y/o con CPK elevada en al menos dos determinaciones; a quienes se les realizó el Test de la Gota. Los pacientes fueron evaluados mediante: examen físico, con evaluación de la fuerza muscular de 4 miembros y de cabeza y cuello (Escala de Kendall); fuerza muscular de la lengua (el paciente presiona con la lengua el lado interno de la mejilla, mientras el operador intenta oponerse a la presión con el pulgar, clasificando la debilidad en leve, moderada o severa); test de la marcha; evaluación de la incorporación de la posición de acostado desde el piso a posición de pie (Maniobra de Gowers; patológica cuando el paciente debe replear para incorporarse por afeción de los músculos del tronco). Se realizaron tests de laboratorio; EMG de 4 miembros; Test de la Gota para evaluación de GAA; Rx de Tórax y biopsia muscular. Se utilizaron como métodos estadísticos Chi cuadrado y Test de Student.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 20 pacientes (10 masculinos y 10 femeninos); con edad promedio 51 años (rango 26-81): 2 fueron positivos para Test de la Gota; 4 presentaron Miositis, 2 trastornos del metabolismo fosfocálcico, 2 Hipotiroidismo y 2 Síndrome de Sjogren. 11 pacientes presentaron alterados los test de fuerza muscular (2 con EP, 4 Miositis, 3 trastornos endocrinológicos, 1 SAF y 1 sin diagnóstico), 4 presentaron test de la marcha patológico (1 con SAF y 3 Miositis), 3 pacientes presentaron test de la lengua patológico, 2 de ellos con Test de la Gota positivo, y 1 con Miopatía presentó esta prueba patológica. 5 presentaron Maniobra de Gowers patológica (2 EP y 3 con trastornos endocrinológicos). En 17 pacientes la CPK estaba elevada (solo 4 con valores superiores a 1000UI/l). 3 pacientes tenían CPK normal, pero con alteraciones en las pruebas de fuerza muscular. No se encontró relación entre CPK elevada y test de fuerza muscular patológico (p 0,65); ni con test de la lengua (p 0,3); ni con test de la marcha (p 0,53); ni con Gowers (p 0,71). 12 pacientes realizaron EMG; 8 con patrón miofásico; y 1 mixto. Los pacientes con EP presentaron EMG con patrón miofásico. Solo 5 habían realizado biopsia de músculo; 4 con resultado normal, y 1 patológico (compatible con miopatía inflamatoria).

**Conclusiones:** La EP deberá considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes en estudio por miopatías. Se debe sospechar en pacientes con debilidad muscular proximal, compromiso de músculos respiratorios, paravertebrales, espinales, y de la lengua (característicamente patológicos) y CPK elevada, pero en valores inferiores a 1000UI/l. El diagnóstico temprano permitirá insituir el tratamiento enzimático específico antes que el daño muscular sea irreversible.

21

### P021 TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

G Crespo Amaya<sup>1</sup>, A Secco<sup>1</sup>, V Martire<sup>1</sup>, L Carlevaris<sup>1</sup>, G Bennasar<sup>1</sup>, M Mamani<sup>1</sup>, MM Mayer<sup>2</sup>, F Zazzetti<sup>3</sup>, SD Velez<sup>4</sup>, JC Barreira<sup>5</sup>, A Nitsche<sup>6</sup>, C Asna<sup>7</sup>, E Crow<sup>8</sup>, P Pucci<sup>9</sup>, F Casero<sup>9</sup>, N Benzaquen<sup>9</sup>, JP Pirota<sup>9</sup>, M Colazo<sup>9</sup>, OL Rilto<sup>9</sup>, S Papisidero<sup>9</sup>, J Demarchi<sup>9</sup>, L Raiti<sup>9</sup>, MN Tamborena<sup>9</sup>, ML Santiago<sup>9</sup>, C Gobbi<sup>9</sup>, E Albiero<sup>9</sup>, G Salvatierra<sup>9</sup>, AC Catalán Pellea<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital B, Rivadavia, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Británico, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Alemán, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Tornú, Argentina. <sup>6</sup> Clínica Bessone, Argentina. <sup>7</sup> OMI, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Córdoba- Sanatorio Allende de Córdoba, Argentina. <sup>9</sup> IPRI, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Actualmente no existe evidencia científica suficiente que avale el uso de drogas inmunosupresoras en el Síndrome de Sjögren Primario (SSp), así como en qué situaciones clínicas está justificado su uso.

**OBJETIVO:** Conocer cuáles fueron los fármacos inmunosupresores y las manifestaciones clínicas más frecuentes que motivaron la indicación de los mismos en una cohorte Argentina, multicéntrica, de pacientes con SSp; y a su vez, evaluar las características clínicas que diferenciaron a los pacientes que requirieron esta terapéutica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizaron los datos de pacientes con diagnóstico de SSp según criterios americano europeos 2002, incluidos en la base del Grupo de Estudio de SSp Argentino (GESSAR). Se consideró tratamiento inmunosupresor a las siguientes drogas: metotrexate, azatioprina, ciclofosfamida, leflunomida, micofenolato, rituximab y/o prednisona en dosis mayor o igual a 20 mg/día o equivalentes.

**RESULTADOS:** De un total de 431 pacientes evaluados, 72 (16,7%) recibieron una o más drogas inmunosupresoras. El 91,6% de estos últimos eran de sexo femenino, con una mediana de edad de 59,4 años [RIC: 52-66,5] y de duración de la enfermedad de 5 años [RIC: 4-8]. El 60% de este grupo recibió además tratamiento inmunomodulador con hidroxicloroquina. Las drogas inmunosupresoras más utilizadas fueron: prednisona (40,3%), metotrexate (34,7%), azatioprina (23,6%), ciclofosfamida (9,7%), rituximab (5,6%), micofenolato (4,2%), leflunomida (2,8%). El 6,9% recibieron más de un fármaco.

Las manifestaciones clínicas que motivaron su empleo fueron: artritis (50,8%), tumefacción parotídea (28%), púrpura (19,7%), neuropatía periférica (18,3%), compromiso pulmonar (13,9%), hepatitis autoinmune (8,33%) y glomerulonefritis (5,1%). Las diferencias estadísticamente significativas encontradas al compararse el grupo que recibió inmunosupresores con el resto de los pacientes que no lo recibieron fueron: edad [59,4 vs 53,8; (p < 0,01)], años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico [5 vs 3; (p < 0,01)]; densidad de C3 [27 vs 12,3; (p < 0,01)]; artritis [50,8 vs 29,4; (p < 0,01)]; púrpura [19,7 vs 5,5; (p < 0,01)]; intersticiopatía pulmonar [13,9 vs 6,3; (p: 0,02)] y hepatitis autoinmune [8,25 vs 3,75; (p < 0,01)]. En el análisis multivariado (ajustado por edad y años de evolución desde el diagnóstico), tomando al tratamiento inmunosupresor como variable dependiente, las variables asociadas en forma significativa e independiente con esta indicación fueron artritis [OR: 2,5; IC 95%: 1,5-5; (p < 0,01)] y púrpura [OR: 4,7; IC 95%: 1,9-10,4; (p < 0,01)].

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte solo un bajo porcentaje de pacientes recibió tratamiento con drogas inmunosupresoras y las más utilizadas fueron Metotrexate y Azatioprina. Las principales manifestaciones que presentaron los pacientes a quienes se les indicó este tipo de tratamiento fueron artritis y púrpura.

22

### P022 ESTRATEGIAS PARA LA DERIVACIÓN OPORTUNA: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA DIARIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN REUMATOLOGÍA

RN García Salinas, MP Girard Bosch, SJ Magni, P Arturi, D Giacomone, AS Arturi Reumatología y Enfermedades Autoinmunes - Hospital Italiano de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

#### Introducción

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno tienen un impacto positivo en el pronóstico de las enfermedades, tanto en reumatología como en el resto de las especialidades. Desde el advenimiento de las clínicas de artritis temprana y de lumbalgia inflamatoria, múltiples han sido las estrategias para lograr que los médicos de atención primaria, clínicos y ortopedistas, deriven a los pacientes en forma precoz al especialista.

En el presente estudio mostramos el impacto cuantitativo de la implementación de diferentes estrategias para la concientización de los médicos derivadores.

#### Objetivo

Evaluar la eficacia de la implementación de una estrategia de derivación precoz para pacientes con sospecha de patología reumática.

#### Materiales y métodos

Se revisaron las historias clínicas (HC electrónica) de las consultas realizadas durante 4 meses consecutivos previos y posteriores a la implementación de la estrategia de derivación. Se consideró derivación, cuando el derivador o el reumatólogo lo registraban en la HC, la misma debía ser dentro del período evaluado y corresponder a la institución. La estrategia de derivación implementada abarcó la realización de dos talleres (uno dirigido a traumatólogos y otro a clínicos y jefes de guardia del hospital), la difusión por los canales institucionales y la creación de consultorios de demanda espontánea.

#### Resultados

Durante el primer período el servicio realizó un total de 1027 consultas, de las cuales 130 fueron derivaciones (12,6% IC95 10,7-14,8). Las consultas efectuadas luego de la implementación del plan de derivación fueron 1199 con 202 derivaciones (17% IC95 14,7-19); la diferencia entre ambos períodos fue estadísticamente significativa (p 0,003).

En cuanto a los profesionales derivadores se observó una diferencia significativa entre ambos períodos con los médicos clínicos (tabla 1). En la tabla 2 se describen los motivos de derivación más frecuentes.

Tabla 1

	Derivados antes de la estrategia (n=130)	Derivados después de la estrategia (n=202)	p
Derivados por clínica (% IC95)	24 (18%, 12-26)	70 (34,6%, 28-41)	p 0,00002
Derivados por ortopedia (% IC95)	106 (81,5%, 73-87)	132 (65,3%, 58-71)	p 0,3

Tabla 2

	Derivados antes de la estrategia (n=130)	Derivados después de la estrategia (n=202)
Artralgias (% IC95)	35 (27%, 19-35)	80 (39,7%, 32-46)
Artritis (% IC95)	27 (20,7%, 14-29)	25 (12,3%, 8-17)
Lumbalgia (% IC95)	35 (27%, 19-35)	50 (24,7% 19-31)
Otros (% IC95)	33 (25,3%, 18-33)	47 (23,3%, 17-29)

#### Conclusiones

En nuestra experiencia la implementación de estrategias de derivación fue valiosa, puesto que, encontramos un incremento en el número de derivaciones realizadas por médicos clínicos, manteniéndose estable el flujo por parte de los traumatólogos.

Consideramos que las mismas deben perdurar en el tiempo para continuar advirtiendo acerca del beneficio del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades reumatológicas y autoinmunes.

23

### P023 FRECUENCIA DE VASCULITIS CUTÁNEA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y ASOCIACIÓN A FACTORES CLÍNICOS Y SEROLÓGICOS

GG Bartel, MM Mayer, SD Velez, F Zazzetti, LS Galván, DE Duartes Noé, MC Khoury, JC Barreira Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de Sjögren Primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por el compromiso de glándulas exocrinas por infiltración linfocitaria. La xerostomía y la xerofalmitis son las manifestaciones inicialmente más frecuentes encontradas además de una amplia variedad de manifestaciones clínicas extraglandulares y serológicas. La frecuencia de vasculitis fue documentada en un 9-10% y dentro de las manifestaciones dermatológicas la vasculitis cutánea es la de mayor prevalencia. Las variedades histopatológicas halladas son vasculitis leucocitoclástica, necrotizante y linfocítica. Así mismo esta afección puede asociarse a parámetros clínicos (artritis, neuropatía periférica, Raynaud, glomerulonefritis, etc) y de laboratorio (AAN, Factor Reumatoideo, Anti-Ro/SSA, Anti-La/SSB hipocomplementemia, crioglobulinas).

**Objetivo:** Describir la frecuencia de Vasculitis en pacientes con SSp e identificar sus características clínicas, manifestaciones extraglandulares y pruebas serológicas relacionadas.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 185 pacientes con SSp evaluados en el Servicio de Reumatología mayores 18 años que cumplieron con los criterios Americano-Europeos del 2002 y que fueron evaluados al menos una vez en el último año. Se consignaron datos demográficos, clínicos, serológicos, estudios complementarios, biopsias de glándulas salivales menores y biopsia cutánea. Se consideró presencia de vasculitis por biopsia compatible. Se excluyeron otras causas. Debido a la baja frecuencia, para comparar grupos se incluyó a todos los pacientes con vasculitis (n=13) y se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes sin vasculitis (n=52) con una relación 1:4. Se tomó un alfa de 0,05.

**Resultados:** Se analizaron 185 pacientes con SSp, 95,13% (n=176) de género femenino, con una edad de 54,60 años (rango 19-89) tiempo de evolución de la enfermedad 71,69 meses (rango=1-420); de los cuales 13/185 (7,02%) presentaron vasculitis cutánea. No hubo diferencias significativas entre el grupo con vasculitis cutánea y sin vasculitis con respecto a edad, género y tiempo de evolución. El análisis histopatológico evidenció vasculitis leucocitoclástica (n=12) y linfocítica (n=1). Al comparar las manifestaciones clínicas y de laboratorio, la presencia de vasculitis cutánea se asoció significativamente con positividad para Anti-La/SSB. Los pacientes con vasculitis cutánea presentaron mayor frecuencia de sialoadenitis recurrente, hipocomplementemia, positividad para AAN, positividad para Ro/SSA e hipergammaglobulinemia comparados con los controles. (tabla 1) Ningún paciente desarrolló linfoma.

Manifestación	Grupo con Vasculitis n=13 (%)	Grupo sin Vasculitis n=52 (%)	p
Sialoadenitis recurrente	6 (46,15)	10 (19,23)	0,053
Raynaud	4 (30,77)	8 (15,38)	0,18
Mononeuritis Múltiple	1 (7,69)	0 (0)	0,2
Anti-Ro/SSA	13 (100)	41(78%)	0,27
Anti-La/SSB	12 (92,31)	22 (43,1)	0,004
Alfa Fodrina	4 (30,77)	6 (11,54)	0,1
AAN	13 (100)	44 (84,62)	0,14
Hipergammaglobulinemia	10 (76,92)	24 (61,54)	0,25
Hipocomplementemia	8 (66,67)	13 (38,24)	0,08

**Conclusiones:** En nuestra población la frecuencia de vasculitis cutánea fue de 7,02 % similar a lo publicado en otras series. Los pacientes con vasculitis cutánea presentaron mayor frecuencia de Anti-La/SSB con diferencia significativa. Si bien hubo una mayor frecuencia de otras manifestaciones extraglandulares y la presencia de factores de mal pronóstico en el grupo con vasculitis no alcanzó significancia estadística.

24

### P024 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES CLÍNICOS Y SEROLÓGICOS DE MAL PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

PA Quevedo, MM Mayer, SD Velez, F Zazzetti, LS Galván, MA Rivero, MC Khoury, G Earsman, DE Duartes Noé, JC Barreira Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la disfunción de las glándulas exocrinas y se encuentra asociada mayormente a manifestaciones sistémicas. Según las diferentes series, se han identificado como indicadores de mal pronóstico a la parotiditis recurrente, púrpura palpable, leucopenia, hipergammaglobulinemia, crioglobulinemia y la hipocomplementemia a predominio de la fracción C4. Nuestro objetivo fue de evaluar la frecuencia de factores de mal pronóstico en pacientes con SSp y su asociación con manifestaciones sistémicas. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios americano-europeos de SSp desde junio de 2000 hasta julio de 2014.

Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas y serológicas. Se tomó como indicadores de mal pronóstico la hipocomplementemia a predominio de la fracción C4, leucopenia, crioglobulinemia, hipergammaglobulinemia, púrpura palpable y parotiditis recurrente. Para comparar grupos se incluyó a todos los pacientes con al menos un factor de mal pronóstico (casos) y se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes con SSp sin dichos factores (controles). Para comparar grupos se utilizó la prueba Mann - Whitney para variables numéricas y prueba de chi cuadrado o test de Fisher para variables categóricas según correspondiera, se consideró significativa p < 0,05. **Resultados:** Se analizaron 185 pacientes de los cuales 94,6% (175/185) eran de género femenino. La edad media de la población fue de 54 (19-89) años y su tiempo de evolución fue de 60 (12-420) meses. Se halló la presencia de factores de mal pronóstico en el 60,54% (112/185). El más frecuente fue hipergammaglobulinemia en 45,4% (84/175), seguido por la hipocomplementemia en 27,7% (51/112), sialoadenitis recurrente en 21,6% en (40/112), leucopenia 13,6% (25/112), púrpura palpable 8,11% (15/112), y crioglobulinemia 3,83% (7/112). Dentro de las manifestaciones sistémicas se halló fenómeno de raynaud en 15,1% (28/112), dismotilidad esofágica en 11,3% (21/112) y vasculitis en el 7% (13/112). En el análisis de casos y controles el grupo con factores de mal pronóstico presentó un tiempo de evolución de la enfermedad en meses de 44 (2-278) vs 66 (1-420) (p = 0,030) y una media de edad de 53 (19-85) vs 57 (31-89) (p=0,212) respectivamente. El 92,8% (104/112) eran de género femenino vs 97,2% (71/73) del grupo control. En el grupo de casos se encontró el compromiso pulmonar intersticial en el (8,04% vs. 0% - p=0,04), siendo NSIP vs UIP (5,36% vs 2,68%), la polineuropatía periférica se halló (15,1% vs 5,4% - p=0,04), vasculitis cutánea (11,6% vs 0% - p = 0,003). **Conclusiones:** La frecuencia de los pacientes con SSp y factores de mal pronóstico fue 60,54%. La hipergammaglobulinemia, hipocomplementemia a predominio de C4 y la sialoadenitis recurrente fueron los más frecuentes. Presentaban de forma significativa vasculitis cutánea, polineuropatía periférica, compromiso pulmonar intersticial y menor tiempo de evolución de la enfermedad. Debido a la frecuencia de los factores de mal pronóstico en pacientes con SSp, se sugiere su búsqueda sistemática.

### P025 COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ANÁLISIS DEL GRUPO GESSAR

MM Mayer<sup>1</sup>, SD Velez<sup>1</sup>, F Zazzetti<sup>1</sup>, LS Galván<sup>1</sup>, G Bannasar<sup>1</sup>, LR Carlevaris<sup>1</sup>, A Secco<sup>1</sup>, MC Khoury<sup>1</sup>, AC Catalán Pellet<sup>1</sup>, JC Barreira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Grupo GESSAR, Argentina. <sup>2</sup> Departamento de Estadística del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune caracterizada por disfunción de las glándulas exocrinas. Hasta el 85% de los pacientes con SSp pueden presentar compromiso sistémico. La frecuencia de manifestaciones neurológicas en el Sjögren oscila entre 0-70%, dependiendo de los criterios de inclusión y métodos de diagnóstico utilizados. La neuropatía periférica (NP) suele ser sensitiva, sensitiva/motora o autonómica. Es un evento tardío y se presenta asociada a púrpura palpable, crioglobulinemia, hipocomplementemia a predominio de la fracción C4 y un mayor riesgo de desarrollo de linfoma. **Objetivo:** describir la frecuencia de NP en pacientes con SSp e identificar características clínicas y serológicas relacionadas. **Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes que cumplieron los Criterios de Clasificación americano-europeos para SSp incluidos en la base GESSAR. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, electromiogramas (EMG) y biopsias correspondientes. Se consideró la presencia de NP de acuerdo a la clínica y posterior EMG compatible evaluado 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 1:4. Para comparar grupos se utilizó la prueba Mann-Whitney para variables numéricas y prueba de chi cuadrado o test de Fisher para variables categóricas según correspondía, se consideró significativa p<0.05. **Resultados:** De los 388 pacientes analizados, 95 % eran de género femenino. La edad media fue de 55 años (21-87) y la edad al diagnóstico de 50 años (20-89). La frecuencia del compromiso NP fue del 11.68 % (43/368). En este grupo la edad de inclusión fue de 61 años (41-87) y la edad al diagnóstico 52 (21-86). La neuropatía sensitiva fue hallada en 63% (28/43), predominando el compromiso de fibras finas en el 41.8 % (18/43), polineuropatía axonal en el 20.9 % (9/43) y ataxica en el 2.3 % (1/43), la manifestación somatosensitiva fue del 37% (16/43) se evidenció con compromiso axonal el 30.2 % (13/43) y neuropatía múltiple en el 6.98 % (3/43), ninguno presentó afección autonómica. Los pacientes con NP presentaron 34 % (15/43) sialoadenitis recurrente, 37% (19/43) artritis, 4 % (2/43) glomerulonefritis, 27 % (11/43) Raynaud, 11 % (5/43) vasculitis, 23% (10/43) púrpura palpable, 7% (3/43) acidosis tubular renal, 30% (12/43) leucopenia, 60% (23/43) hipergammaglobulinemia, 48% (17/43) déficit de C3, 66% (24/43) déficit de C4, 85% (35/43) Anti Ro/SSA, 51% (22/43) Anti La/SSB, 72% (29/43) FR y 41% (16/43) crioglobulinemia. Al comparar grupos (43 casos vs 172 controles) los pacientes con NP presentaron de manera significativa vasculitis (11.73 % vs 1.74 %; p=0.002), púrpura palpable (23.81% vs 4.71% p=0.000), acidosis tubular renal (7.69% vs 1.23% p=0.020), leucopenia (30.77% vs 12.16% p= 0.005), hipocomplementemia a predominio de C3 (48.57% vs 10.31% p= 0.000) y de C4 (66.67% vs 18.28% p=0.000), positividad para Anti Ro/SSA (85.37% vs 66.67% p=0.019), positividad para FR (47.87% vs 52.11% p=0.022), crioglobulinemia (42.11% vs 10.98% p=0.000) y mayor frecuencia de hipergammaglobulinemia (60.53% vs 44.64% p=0.09), raynaud (27.50 vs 11.64 p=0.051) y glomerulonefritis (4.66 vs 0.58 p=0.018), aunque sin significancia estadística. El 47.22% del grupo con NP recibía tratamiento inmunomodulador con hidrocortisona en dosis de 400 mg/día, el 11.11% en dosis 200 mg y el 41.67 % no se encontraba recibiendo esta droga. Ningún paciente presentó linfoma. **Comentarios:** La frecuencia de NP fue de 11.68% (43/368); datos similares a los hallados en otras series. La afección más frecuente fue la de fibras finas y el compromiso somatosensitivo axonal. La presencia de NP se asoció significativamente a vasculitis, púrpura palpable, acidosis tubular renal, crioglobulinemia, leucopenia, hipocomplementemia de las fracciones C3 y C4 y positividad para Anti Ro/SSA y FR. En este grupo encontramos mayor frecuencia de hipergammaglobulinemia, raynaud y glomerulonefritis aunque no alcanzó significancia estadística. Si bien otros factores de mal pronóstico no se asociaron al compromiso periférico, 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.

### P026 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS MANOS Y COMPROMISO BUCAL EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

MJ Molins<sup>1,2</sup>, AL Gervilla<sup>2,3</sup>, P Sansinanes<sup>3,4</sup>, J Sarano<sup>5</sup>, CA Asnañ<sup>6</sup>, C Amitrano<sup>6,8</sup>, P Pucci<sup>6</sup>, M Mamani<sup>6</sup>, M Oliver<sup>6,9</sup>, S Scarafía<sup>6,5</sup>, MA Gallardo<sup>7,8</sup>, A Nitsche<sup>1,5,8</sup>  
<sup>1</sup> Consultorios de Medicina Integral (CMI), Yerba Buena, Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Hospital San Roque, San Salvador de Jujuy, Argentina. <sup>3</sup> HIGA Gral. San Martín de La Plata, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, CABA, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Alemán, CABA, Argentina. <sup>6</sup> Hospital Rivadavia, CABA, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>8</sup> GESAR-ESP, Argentina.

**Introducción:** La esclerodermia (ESP) es una enfermedad huérfana, autoinmune y sistémica. El compromiso funcional de las manos en ESP puede deberse a la presencia de úlceras digitales (UD) o a la contractura en flexión de los dedos (CFD) por afectación de partes blandas, generando diversos grados de discapacidad y repercusión en las actividades de la vida diaria. El compromiso de la boca y las alteraciones en la fisonomía del rostro en ESP se manifiestan por disminución de la apertura bucal, alteraciones dentarias, síndrome sicca, trastornos deglutorios y alteración en la apariencia del rostro. A pesar de que el compromiso de manos, boca y rostro tiene importante impacto funcional no es de rutina en la práctica diaria la realización de tests que objetiven el grado de discapacidad. **Objetivos:** Evaluar discapacidad de las manos de los pacientes con ESP mediante el empleo del test de Cochin y Kapanjidi modificado. Evaluar discapacidad de la boca en pacientes con ESP mediante una escala de discapacidad bucal (Mouth Handicap in Systemic Sclerosis: MHSS). **Material y métodos:** Estudio multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron 74 pacientes con ESP (criterios ACR 1980) de 7 centros de reumatología. Se determinó edad, sexo, edad al diagnóstico, tiempo de evolución, tipo de ESP (difusa o limitada), presencia y localización de UD, CFD, puño completo o incompleto, amputación, espontánea o quirúrgica y resorción ósea de falange distal de dedos de las manos. Se valoró funcionalidad y movilidad de manos mediante: escala Cochin de funcionalidad de mano; cuestionario autoadministrado con 18 preguntas de actividades de la vida diaria (de 0: sin dificultad a 5: imposible de realizar, resultado máximo: 90); test Kapanjidi modificado; medición por reumatólogo de 3 subtests: 1-Oposición del pulgar, 2-Flexión de los 4 dedos largos y 3-Extensión de los dedos 4 largos con un resultado de 0 (peor movilidad) hasta 100 (mejor movilidad) y valoración de discapacidad de boca en ESP mediante MHSS: cuestionario autoadministrado sobre actividades de la vida diaria que involucra boca y fisonomía del rostro con 12 preguntas (0 es nunca y 4 es siempre, resultado total máximo de 48). **Análisis estadístico:** Frecuencias, test de chi cuadrado, test exacto de Fisher, test T, test de Mann-Whitney y Coeficiente de correlación lineal. Un p<0.05 fue considerado significativo. **Resultados:** Del total de pacientes, 87.8% fueron mujeres de 53.6 ± 13.4 años, con una edad al diagnóstico de 47.0 ± 14.3 años y un tiempo de evolución de 86.1 ± 79.6 meses. ESP difusa se observó en el 60.8% de los pacientes. El 79.7% presentó esclerodactilia. El 21.6% del total de pacientes con ESP presentaron UD, 13.5% en la forma difusa y 8.1% en la limitada. Solo 3 pacientes presentaron amputación, 2 en forma espontánea y 1 quirúrgica. CFD y resorción de falange distal se observó en el 28.4% y en el 10.8% de los casos respectivamente. El 35.1% de los pacientes presentaron puño incompleto. Los resultados fueron para el test de Cochin de 22.7 ± 22.7, el test Kapanjidi modificado de 78.9 ± 26.1 y el test de MHSS de 21.9 ± 12. Las mujeres presentaron menor edad (p=0.01), menor edad al diagnóstico (p=0.03) y mayor score de MHSS (p=0.02). No hubo asociación significativa al comparar tipo de ESP con presencia de UD y CFD. La presencia de esclerodactilia estuvo asociada con mayor edad (p=0.03), mayor tiempo de evolución (p=0.03), mayor frecuencia de CFD (p=0.004), mayor puño incompleto (p=0.001), mayor score de Cochin (p=0.007) y de MHSS (p=0.002) y menor score de Kapanjidi (p=0.0001). Los pacientes sin UD tuvieron menor frecuencia de CFD (p=0.0001), menor resorción de falange distal (p=0.001) y mayor frecuencia de puño completo (p=0.0001). Los pacientes con UD, CFD, puño incompleto y resorción ósea presentaron significativamente mayor score de Cochin y menor score de Kapanjidi modificado y mayor score de MHSS (p<0.05 en todos los casos). **Conclusiones:** 1- Las mujeres presentaron mayor compromiso de la cavidad oral y alteraciones de la fisonomía del rostro que los hombres. 2- Tanto los pacientes con esclerodactilia como aquellos con UD, CFD, puño incompleto y resorción ósea de falange distal presentaron mayor discapacidad funcional de manos y boca probablemente relacionada con mayor severidad de enfermedad.

### P027 B2MICROGLOBULINA SÉRICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

MS Rozzatti<sup>1</sup>, B Busamía<sup>2</sup>, V Pedano<sup>1</sup>, M Pelosso<sup>1</sup>, C Gobbi<sup>3</sup>, P Alba<sup>2</sup>, E Albiero<sup>2</sup>, M Demarchi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Servicio de Bioquímica Hospital Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Unidad de Reumatología Hospital Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, UNC, Argentina.

**Introducción:** La β2microglobulina (β2m) es una proteína sérica de bajo peso molecular que en condiciones normales se encuentra en bajas concentraciones. En pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp) se encuentra aumentada en suero y en glándulas salivales sugiriendo correlación con la infiltración linfocitaria. También se han correlacionado concentraciones elevadas de β2m en pacientes con SSp asociado a linfoma. No se encontró en la revisión bibliográfica realizada antecedentes del uso en nuestro medio de la determinación de β2m en el diagnóstico y/o seguimiento clínico de pacientes con SSp. **Objetivos:** 1) Determinar los niveles séricos de β2m en pacientes con SSp y compararlos con los de pacientes con diagnóstico de otras patologías autoinmunes y sujetos sanos. 2) Evaluar la sensibilidad (S) y especificidad (E) diagnóstica de la β2m en pacientes con SSp. **Materiales y métodos:** Grupo 1: 19 pacientes con SSp según el Grupo Consenso Americano-Europeo. Grupo 2: 28 pacientes con otras patologías autoinmunes distintas a SSp clasificados de acuerdo a los criterios diagnósticos correspondientes (LES Colegio Americano de Reumatología 1997, ACR Colegio Americano de Reumatología 2010, SSc Colegio Americano de Reumatología 1980, HAI Grupo Internacional de la Hepatitis Autoinmune 1992). Grupo 3: Se incluyeron veinticuatro sujetos normales. Se procesaron muestras de suero obtenidas de los pacientes durante su visita al laboratorio alícuotadas y conservadas a -20°C.- **Determinación de proteína β2m:** se realizó por técnica de ELISA. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando los programas estadísticos Instat y MEdcalc. Para la comparación de las medias se utilizaron test paramétricos (ANOVA). La sensibilidad y especificidad diagnóstica fueron calculadas por medio de curvas ROC. **Resultados:** Niveles de β2m sérica: En ambos grupos de pacientes se obtuvo una media superior al título de corte propuesto por el fabricante (3 mg%). Al analizar los valores de β2m se evidenció un aumento estadísticamente significativo en el Grupo 1 (pacientes con SSp) respecto al Grupo 3 (sujetos sanos) (6.19mg/dl vs 2.53mg/dl p<0.001) y respecto al Grupo 2 (pacientes con otras patologías autoinmunes) (6.19 vs 4.38mg/dl p<0.01). Por otra parte en el Grupo 2 los valores de β2m también estuvieron aumentadas con respecto al Grupo control (4.38mg/dl vs 2.57mg/dl p<0.01). **S y E diagnóstica:** fueron evaluados a los fines de determinar la utilidad diagnóstica de la β2m sérica en pacientes con SSp, frente a la población de pacientes sin la patología (Grupo 2 y Grupo 3). Los resultados obtenidos fueron: S= 78.9, E= 70.6, Área bajo la curva= 0.752 (IC= 0.635-0.848). El valor de corte obtenido para nuestra serie de pacientes fue de 3.9 mg%, ligeramente superior al establecido por los fabricantes (3 mg%). **Conclusiones:** En nuestro estudio transversal valores de β2m séricos superiores a 3.9 mg% permitieron discriminar pacientes con SSp de pacientes con otras patologías autoinmunes y de sujetos sanos con una S cercana al 80 % y una E de 70%. El aumento sérico de β2m podría reflejar un estado de hiperactividad inmunológica y avala el potencial del uso de la β2m como marcador serológico en pacientes con SSp.

### P028 EVALUACIÓN DE B2 MICROGLOBULINA COMO MARCADOR DE HIPERACTIVIDAD INMUNOLÓGICA EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M Demarchi<sup>1</sup>, MS Rozzatti<sup>1</sup>, G Dotto<sup>1</sup>, E Fontaneto<sup>1</sup>, P Alba<sup>2</sup>, J Albiero<sup>3</sup>, E Albiero<sup>3</sup>, C Gobbi<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Servicio de Bioquímica Hospital Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, UNC, Argentina. <sup>3</sup> Unidad de Reumatología Hospital Córdoba, Argentina.

**Introducción:** En pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp) se observa un aumento sérico de β2 microglobulina (β2m) que podría reflejar un estado de hiperactividad inmunológica de células B asociado al desarrollo de manifestaciones extraglandulares y de linfomas acompañado de una marcada hipergammaglobulinemia, consumo de complemento, crioglobulinemia y presencia de múltiples autoanticuerpos. **Objetivos:** 1) Comparar los niveles de los predictores de actividad inmunológica: Factor Reumatoide (FR), Inmunoglobulinas séricas (Igs) G, A, M, C3, C4, β2m entre pacientes con SSp, pacientes con otras patologías autoinmunes y sujetos sanos 2) Correlacionar los niveles de β2m con los niveles de los predictores de actividad inmunológica 3) Comparar la sensibilidad (S) y especificidad (E) diagnóstica de la β2m y C4 en pacientes con SSp. **Materiales y métodos:** Grupo 1: 19 pacientes con SSp según el Grupo Consenso Americano-Europeo. Grupo 2: 28 pacientes con otras patologías autoinmunes clasificados de acuerdo a los criterios diagnósticos correspondientes (LES ACR 1997, ACR ACR 2010, SSc ACR 1980, HAI Grupo Internacional de la Hepatitis Autoinmune 1992). Grupo 3: 24 sujetos normales. Muestras de suero: obtenidas de los pacientes durante su visita al laboratorio alícuotadas y conservadas a -20°C.- **Determinación de Ig G, A y M, factores del complemento C3 y C4 séricos por inmunoturbidimetría.-Determinación de proteína β2m:** por ELISA. **Análisis estadístico:** se utilizaron los programas Instat y MEdcalc. Para la comparación de las medias se utilizaron ANOVA y Kruskal Wallis según la distribución de los datos analizados. La sensibilidad y especificidad diagnóstica fueron calculadas por medio de curvas ROC. **Resultados:** Niveles de β2m sérica: Al analizar los valores de β2m se evidenció un aumento estadísticamente significativo en el Grupo 1 (pacientes con SSp) respecto al Grupo 3 (sujetos sanos) (6.19mg/dl vs 2.53mg/dl p<0.001) y respecto al Grupo 2 (pacientes con otras patologías autoinmunes) (6.19 vs 4.38mg/dl p<0.01). Por otra parte en el Grupo 2 los valores de β2m también estuvieron aumentadas con respecto al Grupo control (4.38mg/dl vs 2.57mg/dl p<0.01). **Inmunoglobulinas séricas.** El Grupo 1 presentó aumento estadísticamente significativo de Ig A e Ig G respecto al grupo 3 de sujetos controles (p<0.05 y p< 0.001) respectivamente. El grupo 2 sólo presentó aumento estadísticamente significativo de Ig G respecto al Grupo control (p<0.001). **Factores de complemento C3 y C4 séricos:** Al analizar el factor C3 no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Con respecto al factor C4 al comparar las medias, los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa en los Grupos 1 y 2 respecto al Grupo 3 (p< 0.05 y p< 0.001 respectivamente), no observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes. **Factor Reumatoide:** a pesar que el Grupo 1 presentó niveles aumentados de FR (55 ± 60 UI/ml) con respecto al Grupo 2 (29 ± 50 UI/ml) y al Grupo 3 (9 ± 1 UI/ml) las diferencias no fueron significativas debido a que se observa una gran dispersión en los datos con valores de DS muy elevados. **Análisis de Correlación:** No se observó correlación entre la β2m y los parámetros predictivos (Igs A, G y M, C3, C4 y FR). **Comparación de S y E diagnóstica:** las áreas bajo la curva de β2m (0.752) y C4 (0.540) mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre ambas (p= 0.022). La β2m mostró mayor S y E que C4 en nuestra serie de pacientes (S=78.9 vs 66.7 y E= 70.6 vs 51.0). **Conclusiones:** los pacientes con SSp mostraron aumento de Ig G e Ig A, disminución de C4 y aumento de la β2m que reflejaría un estado de activación de la célula B. sin embargo, en este estudio transversal la β2m se comporta como mejor parámetro sérico que el C4 sérico para discriminar pacientes con SSp de pacientes con otras patologías autoinmunes y sujetos sanos. Son necesarios estudios prospectivos longitudinales para determinar la utilidad de β2m en el seguimiento de pacientes con SSp y su asociación con manifestaciones extraglandulares y síndromes linfoproliferativos.

29

P029

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CAPILAROSCÓPICAS Y DE OXIMETRÍA ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD, Y SUS ASOCIACIONES EN LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA**MV Lencina, EA Buschiazio, IR Rojas Tessel, RV Juárez, JA Sánchez, MD Alonso, ME Crespo Espindola  
Hospital Señor del Milagro (Salta), Argentina.

En el abordaje de estudio de pacientes con fenómeno de raynaud (FR) se consideran: sus características clínicas, los autoanticuerpos asociados, y el uso de métodos complementarios, tales como la capilaroscopia. Debido al fenómeno vasoconstrictor observado en el raynaud, se podría sospechar un descenso en la oximetría arterial periférica, constituyendo éste un método complementario útil, accesible e inocuo para la evaluación del medio interno de estos pacientes. Los **OBJETIVOS** del presente estudio fueron (1) evaluar las características clínicas, capilaroscópicas y de oximetría periférica en pacientes con FR, (2) estudiar si las características clínicas están relacionadas con cambios capilaroscópicos y de la oximetría de pulso, y (3) detectar asociaciones entre las diversas características evaluadas en los pacientes con esclerodermia (ES). **MATERIAL Y MÉTODO:** Se incluyeron pacientes con FR, derivados al consultorio de capilaroscopia, entre los meses de mayo y julio de 2014. Se consideraron variables sociodemográficas, de la enfermedad subyacente, factores de riesgo cardiovascular, y enfermedades concomitantes. Se realizó la observación capilaroscópica y oximetría arterial periférica de pulso de 2do-5to dedos de ambas manos, en la misma consulta. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Las variables continuas fueron expresadas en mediana y RIC, y las categóricas en N° y %. Se compararon las variables categóricas mediante Chi2 o Test Exacto de Fisher, y las continuas con Test de Student o Mann Whitney. Se consideró una p<0.05 como significativa. **RESULTADOS:** Se incluyeron 77 pacientes, eran mujeres 73 (94.8%), con una edad mediana de 39 años (RIC=29.51). En relación al FR: el 63.6% lo referían como trifásico, bifásico 27.3% y monofásico 9.1%, la mediana del tiempo de evolución fue de 4 años (RIC=1-10). Tenían úlceras y/o amputaciones digitales el 4% respectivamente. Los diagnósticos fueron: ES 22(29%), Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 13(17%), Sjogren (SS) 6(8%), Artritis Reumatoidea 6(8%), Raynaud 1° 9(12%), y otros 21(26%). Tenían FAN(+) 57% de los pacientes (44/61), siendo el patrón más frecuente el moteado (59%). Capilaroscopia: presentaron cambios inespecíficos 41(53.2%), patrón SD 23(29.9%) y capilares normales 13(16.9%). De los pacientes con patrón SD, 11(48%) tenían patrón activo y 12(52%) patrón tardío, no se observaron pacientes con patrón temprano. En los pacientes con ES: 20(91%) presentaron patrón SD y 2(9%) cambios inespecíficos, en LES, SS y Raynaud 1° presentaron cambios inespecíficos y capilares normales: 12 (92.3%) y 1 (7.7%), 5 (83%) y 1 (17%), y 4 (44.4%) y 5 (55.5%) respectivamente. Oximetría: la mediana de saturación (excluyendo los dedos no saturables) fue 97% (RIQ=95.8-97.7), desaturaron sólo 2 pacientes (2.6%), si bien 21(27.3%) presentaron descenso de la saturación <95% o imposibilidad de saturar alguno de los dedos evaluados. Al comparar los pacientes con esclerodermia con el grupo de pacientes con otros Enfermedades del Tejido Conectivo, se observó que presentaron de manera estadísticamente significativa, mayor presencia de amputaciones digitales (3/22 vs 0/55 p=0.02), uso de vasodilatadores (8/22 vs 5/55 p=0.007), patrón SD 10/22 vs 3/55, p<0.001), descenso de la saturación (X % de saturación en ES: 92.2% vs 97.2% en otras ETC, p=0.005), e incapacidad para realizar la oximetría periférica en algún dedo (dedos no saturables) (11/22 versus 4/55, p<0.001). Asimismo se observó tendencia a mayor presencia de FAN (+) (16/18 vs 28/43 p=0.06), úlceras digitales (3/22 vs 1/55 p=0.07), y desaturación periférica en todos los dedos (2/22 vs 0/55, p=0.07). Al analizar el grupo total de pacientes, se observó que la presencia de patrón SD en la capilaroscopia (vs normal y cambios inespecíficos) se asoció de manera significativa a menor media de % de saturación arterial periférica (89.8% vs 95.5% vs 95.7%, p<0.0011). **CONCLUSIONES:** Si bien el 50% de los pacientes con esclerodermia presentaron algún dedo no saturable o con disminución de la saturación <95%, el resto de los dedos del mismo paciente evidenciaron oximetría periférica normal. En el grupo total de pacientes la presencia de patrón SD en la capilaroscopia se asoció a descenso en la oximetría periférica, si bien este patrón se observó casi exclusivamente en los pacientes con esclerodermia.

30

P030

**ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR EN ESCLERODERMIA: LIMITADA VERSUS EXTENSA**M Gallardo, M Scolnik, E Lancioni, ER Soriano, LJ Catoggio  
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

**Introducción:** la clasificación de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y enfermedad intersticial pulmonar (EIP) en aquellos con EIP extensa y aquellos con EIP limitada ha demostrado tener valor pronóstico. **Objetivo:** evaluar retrospectivamente la utilidad de la clasificación en EIP extensa y limitada en la toma de decisiones terapéuticas y en el pronóstico en los pacientes con ES y EIP atendidos en nuestra institución

**Material y métodos:** se revisaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con ES atendidos en nuestra institución entre el año 2000 y 2013. Se incluyeron aquellos con enfermedad intersticial pulmonar observable en Radiografía o TAC de tórax. Se revisaron las TAC de tórax y las pruebas funcionales respiratorias y se dividió a los pacientes en aquellos con enfermedad intersticial extensa (compromiso por TAC > 20% y CVF < 70% en algún momento del seguimiento) y limitada (aquellos con TAC < 20% y CVF > 70% mantenidos durante todo el seguimiento). Se analizaron los tratamientos recibidos según criterio del neumatólogo tratante y la mortalidad

**Resultados:** se identificaron 56 pacientes con ES y EIP (32 con SSC difusa, 11 con acroesclerosis y 14 con CRIST). Fueron clasificados en EIP extensa (n=27), EIP limitada (n=9) y en 20 pacientes los datos fueron insuficientes para poder clasificarlos (falta de acceso a las imágenes y/o estudios funcionales) (ver tabla). Se observó que los pacientes con EIP limitada no recibieron tratamiento inmunosupresor al ser el compromiso pulmonar y si recibieron el 71.4% de los que tenían EIP extensa. Murieron 6 pacientes a lo largo del seguimiento, 5 de ellos con EIP extensa y ninguno con EIP limitada (p=0.3), y en todos la causa de muerte estuvo relacionada con la enfermedad

**Conclusiones:** los reumatólogos tratantes no indicaron tratamiento inmunosupresor a los pacientes con ES y EIP limitada, y luego de 4.2 años ningún paciente de este subgrupo falleció. La identificación de los pacientes con ES y EIP limitada parecería seleccionar a aquellos con bajo riesgo que no requieren tratamiento específico. Los pacientes con EIP extensa tuvieron una mortalidad de 18.5% a 4 años de seguimiento y en todos la causa de muerte estuvo relacionada con la enfermedad

	Enfermedad intersticial extensa (TAC > 20% y/o CVF < 70%) (n=27)	Enfermedad intersticial limitada (TAC < 20% y CVF > 70%) (n=9)	P (EIP extensa vs limitada)	Enfermedad intersticial con datos insuficientes (n= 20)
Mujeres, n (%)	24 (88.9)	9 (100)	0.6	16 (80)
Edad al diagnóstico, años	52.3 (16.5)	59.6 (12.8)	0.2	54.5 (14.9)
Medida (DS)				
Difusas	18 (66.7)	3 (33.3)	0.12	11 (55)
Acroesclerosis	3 (11.5)	2 (22.2)	0.6	6 (30)
Esclerodactilia	6 (22.2)	4 (44.4)	0.2	3 (15)
Scl-70, n (%)	12(22 (54.5)	5(9 (55.6)	1	6(17 (35.3)
Anticentromero, n (%)	4(22 (18.2)	3(9 (33.3)	0.4	2(17 (11.8)
FAN nucleolar	3/22 (13.6)	3/9 (33.3)	0.5	1/17 (5.9)
Atc específicos neg	3/22 (13.6)	1 (11.1)	1	8/17 (47)
Sin datos de Atc	5	0	0.7	3
Compromiso GI superior, n (%)	15 (55.6)	4 (44.4)	0.7	8 (40)
Úlceras digitales, n %	10 (37)	1 (11)	0.2	4 (20)
Hipertensión pulmonar por ecocardiografía, n %	5/21 (23.8)	0/9	0.3	1/13 (7.7)
Tratamiento, n (%)	15/21 (71.4)	0/9 (0)	<b>0.005</b>	3/9 (33.3)
Ciclofosfamida, n	15	0		3 (15)
Micofenolato, n	3	0		0
Azatioprina, n	1	0		0
Rituximab, n	5	0		0
Corticoides, n	10	0		1 (5)
Tiempo de seguimiento, años, mediana (RIQ)	4 (9.3)	4.2 (2.6)	0.3	0.5 (1.6)
Muertes, n (%)	5(18.5)	0	0.3	1(5)
Muertes en tratados	2	0		1
Muertes en no tratados	3	0		0

31

P031

**RELACION DE ESCLERODACTILIA, ÚLCERAS DIGITALES, CALCINOSIS Y RESORCIÓN ÓSEA CON PATRÓN CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA**MJ Molina<sup>1</sup>, M Oliver<sup>2</sup>, S Scaraffia<sup>2</sup>, M Mamani<sup>2</sup>, A Nitsche<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Consultorios de Medicina Integral (CMI), Yerba Buena, Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Rivadavia, CABA, Argentina.

**Introducción:** Las úlceras digitales (UD) se observan en más del 50% de los pacientes con esclerosis sistémica progresiva (ESP). Los hallazgos capilaroscópicos realizados con lupa estereó bi o tri ocular (40x) que mejor se correlacionan con el índice capilaroscópico de riesgo para el desarrollo de UD, mediante videocapilaroscopia, son la disminución franca del número de capilares y el antecedente de UD previas. La resorción ósea y la calcinosis como consecuencia de la isquemia digital prolongada y de UD con evolución tórpida pueden presumirse clínicamente pero se confirman mediante radiografía de manos. En nuestro conocimiento, no se hallaron

**Objetivo:** Evaluar la relación entre la presencia de esclerodactilia, úlceras digitales, calcinosis y resorción ósea con los diferentes patrones capilaroscópicos en pacientes con ESP.

**Material y método:** Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de ESP (criterios ACR 1980). Se determinó edad, sexo, edad al diagnóstico, tiempo medio de evolución de ESP y tipo de ESP (difusa y limitada). Se evaluó presencia de UD activa y cicatrizada, presencia de esclerodactilia, hallazgos capilaroscópicos de los 8 dedos de ambas manos con lupa estereó (40x): 1- normal, 2- SD pattern temprano, 3- SD pattern activo y 4- SD pattern tardío y Rx de ambas manos (frente y oblicua) en búsqueda de calcinosis y resorción ósea. Se evaluó la relación de presencia de UD, esclerodactilia y alteraciones radiológicas con patrón capilaroscópico. Análisis estadístico: Se empleó frecuencia, test T, test chi-cuadrado y test exacto de Fisher. Un valor de p<0.05 fue considerado significativo.

**Resultados:** De 32 pacientes evaluados, 84.4% fueron mujeres con una edad media de 50.9 ± 12.7 años, edad media al diagnóstico de 46.6 ± 13.0 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 58.1 ± 54.9 meses. El 82.3% de los pacientes presentaron ESP difusa y el 18.8% limitada. Esclerodactilia se observó en el 53.1% de los casos. El 15.6% de los pacientes tuvieron UD cicatrizadas (3 en pacientes con ESP difusa y 2 con ESP limitada). La resorción ósea de falange distal de los dedos de las manos fue clínicamente presumida en 2 pacientes (6.3%) confirmándose por Rx de manos. La mayoría de los pacientes presentó Rx normal (81.3%) pero se evidenció resorción ósea en el 9.4% de los pacientes (n=3) y calcinosis en 3 pacientes (9.4%). Los pacientes con calcinosis radiológica no tuvieron resorción ósea y viceversa. Las alteraciones radiológicas se observaron en 4 pacientes con ESP difusa y en 2 con ESP limitada. El 78.2% de los pacientes presentó capilaroscopia anormal, de estos el 18.8% tuvo SD pattern temprano, el 28.1% SD pattern activo y el 31.3% SD pattern tardío. La mayoría de las capilaroscopias anormales se observaron en ESP difusa (76% vs. 24%, p=N/S). Por otro lado, la presencia de esclerodactilia se asoció significativamente con mayor frecuencia de la UD y anormalidades radiológicas (resorción ósea y calcinosis). De los 5 pacientes con UD cicatrizadas, cuatro tuvieron SD pattern tardío y 1 SD pattern activo. La capilaroscopia en pacientes con esclerodactilia fue anormal en la mayoría de ellos (95.1% vs. 5.9%, p=0.03); 17.6% SD pattern temprano, 35.3% SD pattern activo y 41.2% SD pattern tardío.

**Conclusiones:** 1- La mayoría de los pacientes con ESP presentaron alteraciones capilaroscópicas. 2- Los cinco pacientes con UD presentaron hallazgos capilaroscópicos anormales: SD pattern activo y tardío. 3- Los pacientes con esclerodactilia tuvieron más frecuentemente patrón capilaroscópico anormal (activo/tardío), calcinosis y resorción ósea.

32

P032

**TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA Y MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**J Demarchi<sup>1</sup>, S Papisidero<sup>1</sup>, R Chaparro del Moral<sup>1</sup>, O Rillo<sup>1</sup>, V Martiré<sup>2</sup>, G Crespo<sup>2</sup>, A Secco<sup>2</sup>, A Catalan Pellet<sup>2</sup>, C Amirano<sup>2</sup>, E Crow<sup>2</sup>, C Asnal<sup>2</sup>, P Pucci<sup>2</sup>, F Caero<sup>2</sup>, N Benzaguen<sup>2</sup>, JP Pirola<sup>2</sup>, M Colazo<sup>2</sup>, M Mayer<sup>2</sup>, S Velez<sup>2</sup>, N Tamborenea<sup>2</sup>, L Santiago<sup>6</sup>, L Raiti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina. <sup>2</sup> Hospital B. Rivadavia, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Alemán, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Organización Médica de Investigación (OMI), Argentina. <sup>7</sup> Clínica Bessone, Argentina.

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica sistémica autoinmune caracterizada por un espectro clínico que incluye síntomas SICCA y múltiples manifestaciones extraglandulares (MEG). El empleo de Hidroxicloroquina (HCQ) en SSP ha sido analizado durante los últimos años en diferentes estudios tanto retrospectivos como prospectivos y doble ciego, en su mayoría no mostraron beneficios significativos en el síndrome SICCA. Hasta el presente no se han realizado ensayos clínicos que evalúen el uso de HCQ en relación a MEG. Por lo tanto, el objetivo de nuestro trabajo fue comparar las MEG en pacientes con SSP tratados y no tratados con HCQ. **Material y métodos:** Estudio multicéntrico, retrospectivo. Se analizaron las Historias Clínicas de los pacientes con SSP, ingresando para este estudio aquellos que tuvieron registrado el seguimiento en el centro correspondiente por al menos un año. Se excluyeron los pacientes con Fibromialgia, Hepatitis autoinmune, Cirrosis biliar primaria y Colangiitis Esclerosante Primaria. Se consignaron datos demográficos, características de la enfermedad y tratamiento recibido. Se definió tratamiento con HCQ a la toma de la misma en forma continua por más de 3 meses. Se evaluó el uso de HCQ y su relación con MEG. **Análisis estadístico:** análisis descriptivo de las variables estudiadas y comparación entre grupos mediante Test Chi<sup>2</sup> o Exacto de Fisher. **Resultados:** Se incluyeron 221 pacientes de 7 centros de Reumatología de Argentina, tanto del ámbito público como privado. El 97% (216 pacientes) eran mujeres con un promedio de edad de 56 ± 14 años. La mediana de tiempo de evolución fue de 48 meses (RIQ 12-75). Ciento sesenta y ocho pacientes (26%) recibían tratamiento con HCQ, de los cuales 18 (11%) lo recibieron de forma intermitente o tuvieron que abandonarlo. La mediana del tiempo durante el cual recibieron tratamiento con HCQ de manera continua fue de 45 meses (RIQ 25-76). Las MEG más frecuentemente reportadas fueron hipergamaglobulinemia en 56 pacientes (25%), artritis en 46 (21%) y fatiga en 30 (13.6%). En menor número se informó: F. de Raynaud (9.5%), anemia de trastornos crónicos (7.2%), adenopatías (6.8%) y neuropatía periférica (6.6%). Menos del 5% de los pacientes presentaron manifestaciones cutáneas, pulmonares y/o renales. Se reportaron sólo 2 pacientes con Linfoma. Requiritieron tratamiento inmunosupresor 28 pacientes (16.6%), de los cuales 13 se encontraban recibiendo HCQ. Al comparar la frecuencia de MEG en pacientes que recibían tratamiento con antipláquetos vs aquellos que no lo recibieron, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** No encontramos diferencias al comparar la presentación de MEG en pacientes con SSP que fueron tratados con HCQ vs aquellos que no lo recibieron, lo cual coincide con lo reportado en la literatura. Esta observación debe interpretarse teniendo en cuenta la naturaleza retrospectiva de este trabajo. Consideramos que otros estudios son necesarios para evaluar la eficacia de esta droga en SSP.

**P033**  
**ESTENOSIS DE LAS ARTERIAS CUBITAL Y RADIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA, COMPARADO CON UN GRUPO CONTROL.**  
 ME Lara<sup>1</sup>, G Palacios<sup>1</sup>, JD Romero<sup>1</sup>, I Carrillo<sup>2</sup>, CL Giraldo<sup>2</sup>, M Rivero<sup>1</sup>, H Laborde<sup>1</sup>, A Schiel<sup>1</sup>, M Khouri<sup>1</sup>, O Rillo<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, D Saez<sup>1</sup>, JC Barreira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Británico, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Tornú, Argentina.

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad de etiología autoinmune, con fibrosis progresiva de la piel y otros órganos, y anomalías micro y macrovasculares. El daño endotelial ha sido reconocido como el pilar central de la patogénesis de la ES, sugiriéndose como uno de los eventos iniciales. Existen escasos reportes acerca de la prevalencia del compromiso de los grandes vasos en miembros superiores (MSS) y menos aún de su relación con la presencia de úlceras digitales. **Objetivos:** Describir la frecuencia de estenosis arterial de MSS en pacientes con ES; evaluar si los pacientes con ES tienen más compromiso arterial al compararlos con un grupo control y analizar si existe relación entre la presencia de estenosis macrovascular y el desarrollo de úlceras digitales. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 57 pacientes con diagnóstico de ES, según la clasificación del ACR1980 y 21 pacientes sin ES (grupo control). Los pacientes con ES, se clasificaron en dos grupos: con (A) y sin úlceras digitales (B). A todos los participantes se les realizó una ecografía doppler arterial de MSS. Análisis estadístico: media±DS variables numéricas, porcentajes categóricas, IC95%, prueba de Mann-Whitney, Test de Fisher, Odds Ratio (OR), selector automático FORWARD STEPWISE, Test de Hosmer y Lemeshow. **Resultados:** La presencia de estenosis en al menos una arteria cubital se objetivó en 18 de 57 pacientes con ES (31%) y en ninguno de los 21 controles (p=0.003). La presencia de estenosis en al menos una arteria radial se objetivó en 9 de 57 pacientes con ES (15%) y en uno de los 21 controles (p=0.19). **Análisis univariado** en tabla 1. En el **modelo multivariado**, los mejores predictores de úlceras digitales fueron la edad de inicio de Raynaud antes de los 40 años (OR 5.3 IC95%1.54-18.22, p=0.008) y la presencia de patrón tardío en la capilaroscopia (OR 4.4 IC95%1.29-15.63, p=0.018). El área bajo la curva ROC fue de 0.76 y el Test de Hosmer y Lemeshow fue no significativo (p=0.54). En la **tabla 2** se presenta la probabilidad de úlceras calculada por el modelo y la observada en la muestra según grupos con diferente combinación de predictores. **Conclusiones:** El daño endotelial se ha propuesto como uno de los primeros cambios fisiopatológicos en la esclerosis sistémica. En la presente serie, la estenosis cubital se observó con frecuencia en los pacientes con Esclerosis Sistémica. Sin embargo, el tamaño de la muestra no permitió ajustar los resultados por posibles confundidores. El compromiso de los grandes vasos en pacientes con ES no se asoció a la presencia de úlceras digitales. Los mejores predictores de úlceras digitales fueron la edad de inicio de Raynaud antes de los 40 años y la presencia de patrón tardío en la capilaroscopia.

Tabla 1. Análisis univariado. Grupos A y B.

	A % (n=25)	B % (n=32)	Valor de p	OR (IC 95%)
Edad > 45 años	20 (5)	34 (11)	0.02	4.2 (1.22-14.64)
Sexo masculino	16 (4)	12 (4)	0.4	
Edad al inicio de primer síntoma no Raynaud ± DS	37 ± 14	50 ± 9	0.0018	
Raynaud a edad <40 años	28 (7)	46 (15)	0.005	5.3 (1.68-17)
Estenosis radial	12 (3)	18 (6)	0.4	0.59 (0.13-2.64)
Estenosis cubital	32 (8)	31 (10)	0.9	1 (0.33-3.18)
Compromiso esofágico	52 (13)	50 (16)	0.5	
Score de Rodnan >14	28 (7)	34 (11)	0.079	2.8 (0.88-8.87)
AAN positivo (IFI)	84 (21)	81 (26)	0.5	
Anti-Sci70 positivo (ELISA)	20 (5)	18 (6)	0.5	
SD pattern tardío	70 (14)	30 (7)	0.013	4.54 (1.43-14.37)

Tabla 2. Probabilidad de úlceras según la combinación de predictores.

Predictor	Valor por predicción del modelo	Valor observado en la muestra
Ninguno	18.51%	20.83%
Inicio de Raynaud <40 años ó patrón SD tardío	50.53%-54.65%	47.83%
Inicio de Raynaud <40 años y patrón SD tardío	84.42%	90%

**P035**  
**RESPUESTAS CLÍNICAS SEGÚN LA DURACIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA EN EL ESTUDIO AMPLÉ (COMPARACIÓN ENTRE ABATACEPT Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON AR, NAÍVE DE TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS, QUE RECIBEN METOTREXATO DE BASE: RESULTADOS A 2 AÑOS)**  
 G Citera<sup>1</sup>, M Schiffl<sup>2</sup>, ME Weinblatt<sup>3</sup>, R Valente<sup>4</sup>, D Van der Heijde<sup>5</sup>, MA Maldonado<sup>6</sup>, J Fay<sup>7</sup>, R Fleischmann<sup>7</sup>  
<sup>1</sup>Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup>University of Colorado, Denver, Estados Unidos. <sup>3</sup>Brighton & Women's Hospital, Boston, Estados Unidos. <sup>4</sup>Arthritis Center of Nebraska, Lincoln, Estados Unidos. <sup>5</sup>Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos. <sup>6</sup>Bristol-Myers Squibb, Princeton, Estados Unidos. <sup>7</sup>University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Estados Unidos.

**Antecedentes:** la duración de la enfermedad tiene un impacto considerable en la respuesta al tratamiento con DMARDs en los pacientes (pac.) con AR. Aquellos con un tiempo de evolución mayor de la enfermedad no responden tan bien a MTX como los pac. con AR tratados en estadio temprano.

Los datos que ayudan en la toma de decisiones, en especial, en una etapa temprana del curso de la enfermedad, tienen utilidad clínica significativa en el tratamiento de los pac. que reciben DMARDs biológicos. **Objetivos:** evaluar los resultados clínicos en los pac. con AR en estadio temprano (duración de la enfermedad ≤ 6 meses) tratados con abatacept (ABA) o adalimumab (ADA) por vía subcutánea (SC) en comparación con los pac. cuya duración de la enfermedad es > 6 meses, según los datos a 2 años del estudio AMPLÉ.

**Métodos:** AMPLÉ es un estudio fase IIIb, aleatorizado, cegado para el investigador, de 2 años de duración. Se aleatorizó a pac. con AR (NAÍVE DE TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS) a recibir a MTX a recibir 125 mg de ABA SC por semana o 40 mg de ADA SC cada dos semanas, con MTX de base.

Se analizó la duración de la enfermedad al inicio(≤ 6 meses y > 6 meses para cada tratamiento) en la población con intención de tratar y, además, se evaluó por subgrupos según la duración de la enfermedad y el tratamiento las proporciones de pacientes que alcanzaron una respuesta ACR20, 50 y 70; la remisión (rem.; definida por el Índice de Actividad de la Enfermedad Clínica [CDAI] ≤2.8, el Índice Simplificado de Actividad de la Enfermedad [SDAI] ≤3.3 y la escala boleana si); la baja actividad de la enfermedad [LDA; CDAI ≤1.0, SDAI ≤1.1] o la mejoría en la función física (Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad [HAQ-DI] ≥0.3).

**Resultados:** 646 pac. fueron aleatorizados y tratados con ABA SC (n=318) o ADA SC (n=328) y tratamiento de base con MTX (71 y 70 pac. con duración de la enfermedad ≤ 6 meses; 247 y 258 pac. con duración de la enfermedad > 6 meses). Las características iniciales fueron equilibradas entre los subgrupos clasificados de acuerdo a la duración de la enfermedad, excepto en un alto porcentaje de pacientes de sexo masculino con duración de la enfermedad ≤ 6 meses tratados con ADA en comparación con otros subgrupos. Entre los pac. con duración de la enfermedad ≤ 6 meses, el 23.9% (ABA SC) y el 30.0% (ADA) de los pac. discontinuó el tratamiento del estudio; el 19.8% (ABA SC) y el 24.0% (ADA) de los pac. con duración de la enfermedad > 6 meses discontinuaron. Las respuestas clínicas por duración de la enfermedad luego de 1 año (criterio de valoración primario del AMPLÉ) y de 2 años se resumen en la tabla.

Duración de la enfermedad al inicio	Respuesta ACR			SDAI		CDAI		Criterios boleanos		HAQ-DI
	≥0	≥1	≥2	Rem.	LDA	Rem.	Rem.	Rem.		
<b>Porcentaje de pacientes con respuesta luego de 1 año</b>										
≤ 6 meses	46.9	46.9	29.9	44.9	21.9	42.9	22.9	12.9	44.9	
> 6 meses	57.1	57.1	47.1	43.1	23.1	53.9	19.9	9.9	54.9	
<b>1 año de tratamiento</b>										
≤ 6 meses	53.7	44.9	38.3	61.8	26.9	46.5	23.7	13.8	58.5	
> 6 meses	65.5	40.4	29.7	45.7	28.9	64.9	26.9	18.9	58.1	
<b>Porcentaje de pacientes con respuesta luego de 2 años</b>										
≤ 6 meses	36.3	42.9	28.2	43.6	22.9	44.8	22.2	13.8	42.9	
> 6 meses	52.8	37.1	21.4	40.3	26.9	61.2	18.9	12.2	47.4	
<b>&gt; 6 meses</b>										
≤ 6 meses	66.7	46.9	32.1	46.6	33.7	60.9	14.7	29.9	64.7	
> 6 meses	62.0	48.2	31.4	41.9	30.8	66.2	13.5	29.9	58.9	

**Conclusión:** a diferencia de lo que se observa con los DMARDs, los datos de este análisis post hoc del estudio AMPLÉ demuestran que los pac. tratados con DMARDs biológicos efectivos (abatacept o adalimumab SC), ya sea que fueran tratados en una etapa temprana del curso de la enfermedad (≤ 6 meses) o en una etapa tardía, alcanzaron respuestas similares a través de una gama de mediciones clínicas

**P034**  
**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADO A REMISIÓN SOSTENIDA Y LIBRE DE DROGAS EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA**

M Landi<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, CA Waimann<sup>1</sup>, F Dal Pra<sup>1</sup>, O Cerda<sup>1</sup>, C Orozco<sup>1</sup>, GV Betancur<sup>1</sup>, F Ceccato<sup>1</sup>, S Pairea<sup>2</sup>, G Crespo<sup>3</sup>, L Marino<sup>4</sup>, M Mamani<sup>5</sup>, A Secco<sup>6</sup>, F Caeiro<sup>7</sup>, MJ Haye Salinas<sup>8</sup>, L Encinas<sup>9</sup>, J Rosa<sup>9</sup>, V Scaglione<sup>9</sup>, ER Soriano<sup>9</sup>, J Marcos<sup>9</sup>, MA Garcia<sup>9</sup>, A Salas<sup>9</sup>, A Martínez Muñoz<sup>9</sup>, R Chaparro del Moral<sup>9</sup>, O Rillo<sup>9</sup>, A Berman<sup>9</sup>, H Berman<sup>9</sup>, F Colombres<sup>9</sup>, EJ Velozo<sup>9</sup>, V Juarez<sup>10</sup>, M Crespo<sup>10</sup>, A Quinteros<sup>11</sup>, M Leal<sup>11</sup>, G Salvia<sup>12</sup>, C Ledesma<sup>12</sup>, M Sacún<sup>13</sup>, R Quintana<sup>13</sup>, M Abdala<sup>14</sup>  
<sup>1</sup>Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>4</sup>Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. <sup>5</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup>Hospital San Martín de la Plata, Argentina. <sup>7</sup>Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornú", Argentina. <sup>8</sup>Centro Médico Privado De Reumatología de Tucumán, Argentina. <sup>9</sup>Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. <sup>10</sup>Hospital Señor Del Milagro, Argentina. <sup>11</sup>Centro Integral De Reumatología, Argentina. <sup>12</sup>Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. <sup>13</sup>Hospital Provincial De Rosario, Argentina. <sup>14</sup>Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

**Introducción:** La remisión temprana y sostenida continúa siendo el estándar de oro en pacientes con artritis temprana.

**Objetivos:** estimar la prevalencia de remisión clínica, sostenida y libre de drogas en pacientes con artritis temprana y evaluar y variables asociadas a la misma.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 87) y artritis indiferenciada (AI) vírgenes de tratamiento con drogas modificadoras de la AR (DMAR), pertenecientes a una cohorte prospectiva de artritis temprana (≥1 articulación inflamada y ≤ 2 años de evolución). Los pacientes fueron evaluados en forma trimestral. Los datos recolectados incluyeron características clínicas, sociodemográficas y tratamiento. Remisión fue definida de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2010. Se evaluaron 4 desenlaces: remisión clínica, remisión libre de drogas, remisión libre de esteroides (pacientes recibiendo DMAR pero no esteroides) y remisión sostenida (definida como pacientes que persistían en remisión en la última visita). Remisión fue definida de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2010. Para el análisis se utilizó el método de Kaplan-Meier, definiéndose tiempo a la remisión como el período desde la visita basal hasta la fecha de remisión o última visita de seguimiento. Los pacientes fueron estratificados de acuerdo al diagnóstico inicial y final: AI-AI, AI-AR, AR-AR, respectivamente. Para la comparación inter-grupos se utilizó log-rank test. Con el fin de determinar posibles predictores de remisión, se desarrolló un modelo multivariado proporcional de Cox. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0.05.

**Resultados:** Incluímos un total de 684 pacientes: AI-AI=125 (18%), AI-AR= 127 (19%) y AR-AR= 432 (63%). La media de seguimiento fue de 21 ± 16 meses (1228 pacientes-año). El DAS28 y HAQ basales fueron de 5.2 ± 1.3 y 1.2 ± 0.8, respectivamente. La duración de la enfermedad fue de 7 ± 6 meses, 81% eran mujeres, con una edad media de 51 ± 15 años y el 81% eran seropositivos para factor reumatoide (FR). En la visita basal, 625 (98%) de los pacientes no se encontraban en remisión. De este grupo, un 36% alcanzó remisión durante el seguimiento a una mediana de tiempo de 12 meses, pero solo 54% persistieron en remisión sostenida hasta la última visita (mediana de tiempo de seguimiento posterior a primera remisión: 17 meses). Remisión libre de esteroides y libre de drogas fue alcanzada por el 21% y 31% de los pacientes, respectivamente. La probabilidad de alcanzar remisión durante el seguimiento fue de 0.29/paciente-año, 0.13/paciente-año, 0.07/paciente-año; para remisión clínica, libre de esteroides y libre de drogas, respectivamente. No hubo diferencias en las tasas de remisión entre los grupos diagnósticos. En el análisis multivariado, sexo masculino y diagnóstico inicial de AR se asociaron a mayor probabilidad de presentar remisión (HR=1.70, p=0.001 y HR=1.43, p=0.03, respectivamente), mientras que mayores valores de HAQ y mayor duración de la enfermedad se asociaron a menores chances de alcanzar remisión (HR=0.77, p=0.01 y HR=0.95, p=0.001, respectivamente).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, 36% de los pacientes con artritis temprana alcanzaron remisión clínica. Sin embargo la mitad presentó una recaída durante el seguimiento. Una menor duración de la enfermedad, menor discapacidad, sexo masculino y diagnóstico inicial de AR se asociaron a una mayor probabilidad de alcanzar remisión.

**P036**  
**UTILIDAD DE LOS CRITERIOS ESTRICTOS DE REMISIÓN PARA EVALUAR LA AUSENCIA DE ACTIVIDAD SUBCLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDEA**

MV Martire, D Puente Trigo, VM Duarte, G Crespo Amaya, M Manzano Escalier, L Carlevaris, L Marino Caeiro, A Secco, M Mamani, L Santiago  
 Hospital B. Rivadavia, Argentina.

**Introducción – Objetivo:** Se ha visto que pacientes que logran la remisión medida por DAS28 aún persisten con sinovitis subclínica de manos y pies evaluada por ecografía. En el último tiempo se han propuesto criterios más estrictos como el CDAI, SDAI y booleanos ACR EULAR. En este trabajo nos proponemos conocer el valor de los diferentes criterios estrictos de remisión como test diagnóstico con la ecografía considerada como test de referencia o patrón oro en pacientes en remisión por DAS28.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron consecutivamente pacientes en remisión por DAS28 menor a 2.6. Se aplicaron los criterios estrictos de remisión. Un reumatólogo especializado en ecografía músculoesquelética, quien desconocía el estado de actividad clínica y de laboratorio realizó el estudio ecográfico de manos y pies. Se realizó una evaluación sistemática en escala de grises y técnica doppler con transductor lineal multifrecuencia (10 -18) en los cortes longitudinales y transversales de articulación radiocarpiana, segunda y tercera articulación metacarpofalángica, segunda y tercera interfalángica proximal en ambas manos, segunda a quinta articulación metatarsofalángica bilateral. Se consideró como casos, a la ausencia sinovitis grado II-III y/o Power doppler II-III. Se definió a los controles a aquellas ecografías con al menos uno de estos signos de actividad. Consideramos test diagnóstico positivo al estado de remisión según los diferentes criterios más estrictos. Se calculó sensibilidad, especificidad, razón de verosimilitud positivo, Valor predictivo positivo (VPP), Valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva (ABC).

**Resultados:** Se realizaron 100 ecografías en 78 pacientes, 80% eran mujeres (n=80) y la media de edad 52,7 DS 12. No hubo diferencias en cuanto a la edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos, ni en la positividad del FR y AntiCCP entre los casos y controles. De las ecografías realizadas 58 no presentaron actividad y en 42 se encontró sinovitis y/o PD grado II-III. En la tabla 1 el estado de remisión de los pacientes y en la tabla 2 los resultados.

Tabla 1

	Ecografía Sin actividad en manos ni pies n (%)
Remisión por booleanos n:45	16 (36)
No Remisión por booleanos n:55	26 (47)
Remisión por SDAI n:70	29 (41)
No Remisión por SDAI n:30	13 (43)
Remisión CDAI n: 62	26 (41)
No remisión por CDAI n:38	16 (42)

Tabla 2

	Booleanos % (IC95)	CDAI % (IC95)	SDAI % (IC95)
Sensibilidad	38 (29-48)	62 (53-71)	69 (60-78)
Especificidad	50 (40-60)	38 (28-47)	29 (20-38)
VPP	36 (26-45)	42 (32-52)	41 (32-51)
VPN	53 (43-63)	58 (48-68)	57 (47-66)
LR positivo	8 (5-12)	12 (9-15)	10 (7-14)
ABC	44 (34-54)	50 (40-60)	49 (40-58)

**Conclusión:** Consideramos que en esta población, que ya se encuentra en remisión por DAS28, ninguno de los tres criterios de remisión es de gran valor para excluir a los pacientes que presentan actividad por ecografía.

37

**P037**  
**CORRELACION ENTRE FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: ¿CUÁNTO INFLUYE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?**  
F Vergara, M Gallardo, E Bertiller, E Catay, M Scolnik, J Rosa, ER Soriano  
Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

**Introducción:** el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) evalúa la discapacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Existe correlación entre el HAQ y la actividad de la enfermedad medida por diferentes índices; sin embargo, esta relación podría variar de acuerdo a la duración de la enfermedad.  
**Objetivo:** Correlacionar la actividad de la enfermedad con la discapacidad funcional en pacientes con AR de diferentes tiempos de evolución.  
**Materiales y métodos:** se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, atendidos en forma ambulatoria entre marzo y mayo de 2014. Durante la visita de inclusión se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas (28 articulaciones), actividad de la enfermedad por CDAI (clinical disease activity index) y funcionalidad (HAQ-A).  
**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes, 91 mujeres (88%), con una media de edad de 60 años (DS 14). Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. La correlación entre el HAQ y CDAI para el total de los pacientes mostró un r=0,50 (p<0,001). En los pacientes con menos de 5 años de evolución (n=38) la correlación fue superior, r=0,69 (p<0,0001), y en los pacientes con más de 5 años de enfermedad (n=66) fue de 0,48 (p<0,001). El HAQ fue significativamente más elevado en los pacientes que no estaban en remisión por CDAI, y esto fue más evidente en pacientes con larga evolución (tabla 2).  
**Conclusiones:** la correlación del HAQ con la actividad de la enfermedad medida por CDAI fue mejor en pacientes con menor tiempo de evolución de la enfermedad. El mejor valor de corte de HAQ para discriminar pacientes en remisión fue de 0,125 en pacientes con menos de 5 años de enfermedad y de 0,875 en pacientes con mayor evolución.

Característica	N= 104
Edad, media (DS)	60 (14)
Sexo femenino, n (%)	91 (88)
Años de diagnóstico, mediana (RIQ)	7 (2-14)
Pacientes con menos de 5 años de evolución, n (%)	38 (37)
Pacientes con más de 5 años de evolución, n (%)	66 (63)
Factor Reumatoideo, n(=96), n (%)	62 (65)
Anti-CCP positivo, n(=87), n (%)	71 (82)
CDAI, media (DS)	8,9 (10)
HAQ, media (DS)	0,64 (0,7)
EVA dolor, media (DS)	29 (26,3)
EVA global paciente, media (DS)	27 (27)
EVA global médico, media (DS)	22 (20)
Metotrexate, n (%)	83 (80)
Biológico, n (%)	33 (32)
Corticoides, n (%)	25 (24)

	CDAI remisión (n=33)	CDAI no remisión (n=71)	Valor p
HAQ, media (DS), total pacientes	0,18 (0,4)	0,85 (0,8)	<0,0001
HAQ, media (DS), pacientes < 5 años evolución	0,03 (0,1)	0,55 (0,7)	0,0105
HAQ, media (DS), pacientes > 5 años evolución	0,29 (0,5)	1 (0,8)	0,0002

39

**P039**  
**ENTRENAMIENTO COMBINADO VIRTUAL Y PRESENCIAL EN ECOGRAFÍA APLICADA A LA REUMATOLOGÍA: ¿ES SUFICIENTE PARA VALORAR INFLAMACIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDEA?**  
S Ruta<sup>1</sup>, J Rosa<sup>1</sup>, MV Martini<sup>1</sup>, M Mamani<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

**Introducción:** la ecografía musculoesquelética aplicada a la reumatología ha ganado un importante terreno en la evaluación de pacientes con artritis reumatoide (AR). Una de sus ventajas es ser "operador dependiente" y su larga curva de aprendizaje, por lo que se han propuesto distintos enfoques para su enseñanza.  
**Objetivo:** evaluar la capacidad alcanzada para la detección y cuantificación de hallazgos inflamatorios por ecografía en pacientes con AR, luego de un periodo de entrenamiento combinado "a distancia y presencial" de 6 meses.  
**Métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Las evaluaciones ecográficas fueron realizadas por una residente de reumatología de 200 años (MM), luego de un periodo de entrenamiento combinado "a distancia y presencial" de 6 meses, y por un reumatólogo entrenado en dicha técnica con más de 6 años de experiencia (SR) en evaluación ecográfica de pacientes con afecciones reumáticas. El entrenamiento consistió en un Curso Universitario Semipresencial de 4 meses que incluye aspectos básicos e intermedios de Ecografía para reumatólogos según lineamientos de EULAR y PANLAR. Se dicta a través de Internet (Campus Virtual) y contiene un módulo presencial de 3 días. Luego del curso, el entrenamiento continuó con actividad presencial, primero pasiva observacional y luego con realización de estudios en el consultorio dedicado a ecografía reumatológica durante 2 meses, con un total de 30 horas semanales. Al finalizar el entrenamiento, los pacientes fueron evaluados por los 2 operadores (MM y SR). Ninguno conocía los datos clínicos sobre la actividad de los pacientes ni sus datos radiológicos, y fueron ciegos a los hallazgos del otro operador. Las articulaciones evaluadas bilateralmente fueron: carpos, 2da y 3ra MCFs y 2da y 3ra IFPs, valorándose la presencia/ausencia de distensión de la capsula articular y de aumento de la vascularización por señal power Doppler (PD), y esta última fue cuantificada semicuantitativamente de 0 a 3. Se evaluaron también bilateralmente los tendones del 4to y 6to compartimento extensor y los tendones flexores del 2do y 3er dedo. Se valoró la presencia/ausencia de distensión de la vaina sinovial (DVS) y de aumento de la vascularización por señal PD.  
**Resultados:** se incluyeron 20 pacientes con AR con una evaluación total de 40 carpos, 80 MCFs, 80 IFPs, 80 tendones extensores y 80 tendones flexores. Fueron 12 mujeres (60%), edad media de 65,4 años (DS: 2,61), media de ERS: 28,95 (IC95%: 20,86-37,03), media de DAS28: 3,58 (IC95%: 2,97-4,18), media de evolución de la enfermedad de 66,4 meses (DS: 13,81), 80% tenían FR positivo y 75% anti-CCP positivo. La tabla 1 y la tabla 2 muestran el grado de acuerdo entre los 2 operadores respecto a los hallazgos inflamatorios evaluados.  
**Conclusiones:** el presente trabajo mostró una excelente reproducibilidad respecto a la cuantificación (evaluación semicuantitativa) de la señal PD a nivel articular y una buena a excelente reproducibilidad en la detección de compromiso inflamatorio (evaluación dicotómica) a nivel tendinoso y articular, entre los 2 operadores con distinto grado de experiencia en esta técnica de imagen. Este enfoque de entrenamiento ecográfico combinado "a distancia y presencial" de 6 meses podría ser un proceso de aprendizaje que permita lograr una adecuada capacidad para valorar el compromiso inflamatorio a nivel de manos en pacientes con AR.

Articulaciones		Coeficiente de correlación intraclass, variables semicuantitativas (0 a 3)	
Unweighted kappa, variables dicotómicas (0/1)			
Carpos DCA	Carpos señal PD	MCFs 2da y 3ra DCA	MCFs 3ra señal PD
0,722 (0,494-0,95)	0,847 (0,845-1)	0,700 (0,535-0,864)	0,789 (0,610-0,968)
IFPs 2da y 3ra DCA	IFPs 3ra señal PD	Carpos 2da y 3ra DCA	Carpos señal PD
0,627 (0,412-0,843)	0,480 (0,0-0,976)	0,902 (0,7145-1,091)	0,799 (0,463-1,135)
MCFs 2da y 3ra DCA	MCFs 3ra señal PD	IFPs 2da y 3ra DCA	IFPs 3ra señal PD
0,836 (0,519-1,153)	0,836 (0,519-1,153)	0,836 (0,519-1,153)	0,836 (0,519-1,153)

Tendones unweighted kappa, variables dicotómicas (0/1)		Coeficiente de correlación intraclass, variables semicuantitativas (0 a 3)	
Extensores del carpo 4to y 6to, DVS	Extensores del carpo 4to y 6to, señal PD	Flexores de los dedos 2do y 3ro, DVS	Flexores de los dedos 2do y 3ro, señal PD
0,5868 (0,2361-0,9375)	0,661 (0,0008-1)	0,9163 (0,7533-1)	0,5522 (0,0551-1)

38

**P038**  
**ASOCIACIÓN ENTRE CONDICIONES PRO INFLAMATORIAS CRÓNICAS Y ANTICUERPOS ANTI PEPTIDO CITRULINADO CÍCLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA**  
L Marino<sup>1</sup>, A Secco<sup>1</sup>, V Martini<sup>1</sup>, M Manzano<sup>1</sup>, G Crespo<sup>1</sup>, L Carlevaris<sup>1</sup>, G Bennisar<sup>1</sup>, F Dal Pra<sup>2</sup>, G Citera<sup>3</sup>, M Landi<sup>4</sup>, O Cerda<sup>5</sup>, A Martínez Muñoz<sup>6</sup>, R Chaparro Del Moral<sup>7</sup>, O Rillo<sup>8</sup>, F Colombres<sup>9</sup>, A Berman<sup>10</sup>, H Berman<sup>11</sup>, J Marcos<sup>12</sup>, MA Garcia<sup>13</sup>, A Salas<sup>14</sup>, F Caero<sup>15</sup>, AC Alvarez<sup>16</sup>, MJ Haye Salinas<sup>17</sup>, N Benzaquen<sup>18</sup>, J Rosa<sup>19</sup>, E Bertiller<sup>20</sup>, ER Soriano<sup>21</sup>, F Ceccato<sup>22</sup>, S Paire<sup>23</sup>, C Ledesma<sup>24</sup>, G Salvatierra<sup>25</sup>, M Leal<sup>26</sup>, V Juarez<sup>27</sup>, M Crespo<sup>28</sup>, EJ Velozo<sup>29</sup>, M Sacunin<sup>30</sup>, M Quintana<sup>31</sup>, M Abdala<sup>32</sup>, A Catalán Pellet<sup>33</sup>

<sup>1</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>2</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosofica, Argentina. <sup>3</sup> Hospital General De Agudos Dr. E. Tornar, Argentina. <sup>4</sup> Centro Medico Privado De Reumatología, Argentina. <sup>5</sup> HICA San Martín La Plata, Argentina. <sup>6</sup> Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. <sup>9</sup> Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. <sup>10</sup> Centro Integral De Reumatología, Argentina. <sup>11</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina. <sup>12</sup> Sanatorio y Universidad Adventista Del Plata, Argentina. <sup>13</sup> Hospital Provincial De Rosario, Argentina. <sup>14</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

**Introducción / Objetivo:** La citrulinización de proteínas es un mecanismo de regulación postradecuacional fisiológico normal y se ha observado que niveles elevados de proteínas citrulinadas son característicos de cualquier proceso inflamatorio crónico. Por lo tanto, el aumento de la citrulinización y la producción de anti-CCP no estarían restringidos a la artritis reumatoide (AR). El objetivo de nuestro estudio fue analizar si los pacientes con AR temprana que presentan anti-CCP positivos tienen una mayor frecuencia de antecedentes de condiciones proinflamatorias crónicas que aumenten la citrulinización en comparación con los pacientes negativos para anti-CCP en el momento del diagnóstico.  
**Métodos:** Se incluyeron pacientes con AR temprana según criterios de clasificación ACR/EULAR pertenecientes a la cohorte prospectiva CONAART (Consorcio Argentino de Artritis Temprana). Se analizó la asociación entre la positividad de anticuerpos anti-CCP y la historia previa al diagnóstico de AR de condiciones proinflamatorias crónicas (enfermedad cardiaca, enfermedad vascular periférica, ictus isquémico o hemorrágico, hipertensión, dislipemia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus, hipotiroidismo, tuberculosis, alcoholismo y tabaquismo).  
**Resultados:** Se incluyeron 557 pacientes con artritis reumatoide temprana, 396 con anticuerpos anti-CCP positivos ( $\geq 25$  UI / ml) y 161 con anticuerpos anti-CCP negativos. No hubo diferencias entre los pacientes anti-CCP negativos y los anti-CCP positivos con respecto a la edad ( $51 \pm 14$  vs  $50 \pm 14$  años,  $p = 0,76$ ) y el sexo femenino (83% vs 80%,  $p = 0,42$ ). Los pacientes con anticuerpos anti-CCP negativos experimentaron significativamente mayor frecuencia de dislipemia (14% vs 5%,  $p < 0,01$ ) y de consumo de alcohol (7% frente al 3%,  $p = 0,03$ ). No se encontró asociación entre la positividad de anti-CCP y enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad vascular periférica, ictus isquémico o hemorrágico, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus, hipotiroidismo, tuberculosis ni tabaquismo. El análisis multivariado de regresión logística tomando al anti-CCP como variable dependiente, encontró asociación significativa e independiente tanto de la dislipemia [OR = 0,39 (0,17 - 0,89);  $p = 0,03$ ] como del alcoholismo [OR = 0,29 (0,15 - 0,55);  $p < 0,01$ ] con la negatividad de los anticuerpos anti-CCP.  
**Conclusión:** En esta cohorte con artritis reumatoide temprana, no encontramos mayor frecuencia de antecedentes de condiciones pro inflamatorias crónicas en pacientes con anticuerpos anti-CCP positivos. Sin embargo, los anticuerpos anti-CCP negativos se asociaron significativamente y de forma independiente con los antecedentes de dislipemia y el alcoholismo.

40

**P040**  
**ANORMALIDADES ECOGRÁFICAS DE ENTESIS Y UNAS DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA. ¿SE PUEDE SOSTENER LA TEORÍA ÓRGANO-ENTESAL?**  
ML Acosta Felquer<sup>1</sup>, L Ferrerya Garró<sup>1</sup>, J Marín<sup>1</sup>, DA Navarra Ortiz<sup>1</sup>, S Ruta<sup>1</sup>, J Rosa<sup>1</sup>, R García-Mónaco<sup>2</sup>, E Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Clínica Médica, Sección Reumatología, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina, Argentina. <sup>2</sup> Servicio Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El compromiso ungueal está relacionado con el desarrollo de artritis psoriásica (APs). La una está unida a la entesis y, de acuerdo con la teoría órgano-entésal, se demostró que el compromiso ungueal en psoriasis (PsO) se asocia con una entesopatía sistémica. La asociación del compromiso ungueal y entesis a nivel de la articulación interfalángica distal (IFD) no ha sido estudiado hasta la actualidad.  
**Objetivo:** evaluar la asociación del compromiso ungueal y la entesitis de la articulación IFD en pacientes con PsO y APs.  
**Pacientes y métodos:** se incluyeron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de PsO (n=43) y APs (n=48), evaluados en consultorios ambulatorios de dermatología y reumatología, respectivamente. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de osteoartritis de articulaciones IFD. La evaluación clínica de las entesis fue realizada por un reumatólogo entrenado. Un dermatólogo entrenado realizó la evaluación de la severidad de la piel a través del PASI (Psoriasis Area and Severity Index) y el compromiso ungueal por el mNAPSI (modify Nail Psoriasis Severity Index). La evaluación ecográfica fue realizada por otro reumatólogo entrenado en la técnica, quien desconocía los datos clínicos de los pacientes. Se evaluaron en forma bilateral las siguientes áreas: inserción del segundo a cuarto tendón extensor y flexor a nivel de la base de las articulaciones IFD. Se utilizaron las definiciones de OMERACT, quien define a la entesopatía ecográfica como una "anormalidad hipocogénica de las entesis (pérdida de la estructura fibrilar normal), y/o aumento del espesor del tendón o ligamento en su inserción ósea (podrían verse focos hiperecogénicos consistentes con calcificaciones), visto en dos planos perpendiculares, con la presencia de señal Doppler de poder, y/o cambios óseos, incluidos los entesofitos, erosiones o irregularidad en la cortical."  
Se determinó la prevalencia (IC 95%) de las anomalías ecográficas y se compararon las mismas en los distintos grupos de estudio (PsO y APs) con y sin compromiso ungueal.  
**Resultados:** Se incluyeron 91 pacientes. Las características demográficas y clínicas se muestran en la tabla 1.

Características	PsO (n=43)	APs (n=48)
Mujeres, n (%)	22 (51)	21 (44)
Diagnóstico, años (DS)	11 (8,3)	6 (7,7)
Compromiso de uñas, n (%)	22 (51)	26 (54)
PASI, promedio (DS)	4,4 (5)	2,8 (4)
mNAPSI, promedio (DS)	6,6 (9,2)	8,7 (12,4)
Tratados con DMARS, n (%)	10 (23)	31 (65)
Tratados con AntiTNF, n (%)	2 (5)	11 (23)

De los pacientes con PsO (28%, IC 95% 15-44) y 21 pacientes con APs (44 % IC 95% 29-59) presentaron entesopatía ecográfica en por los menos 1 IFD (p=0,132). La relación del compromiso ungueal y entesopatía y las distintas características ecográficas en cada uno de los grupos se muestran en la tabla 2. La anomalía ecográfica de las entesis más frecuentemente encontrada fue la presencia de cambios óseos (entesofitos, erosiones o irregularidad de la cortical).

	PsO (n=43)	APs (n=48)
	Con compromiso ungueal (n=22)	Sin compromiso ungueal (n=21)
Entesopatía, n(%, IC 95%)	7 (32; 14-55)	9 (35; 17-56)
Area hipocóica (pérdida de estructura fibrilar normal), n(%, IC 95%)	0 (0)	6 (27; 11-48)
Doppler poder (aumento de la vascularización) > 1, n(%, IC 95%)	3 (14; 3-35)	0 (0)
Cambios óseos (entesofitos, erosiones, irregularidades en la cortical), n(%, IC 95%)	7 (32; 14-55)	10 (45; 24-68)

En el análisis de regresión logística, ninguna de las variables se asoció con entesopatía de las articulaciones IFD.  
**Conclusiones:** La entesopatía de las IFD es frecuente en pacientes con PsO y APs. No hubo asociación entre el compromiso ungueal y la entesopatía de las articulaciones IFD en ninguno de los grupos estudiados. Nuestros datos no sostienen la teoría órgano entésal a nivel de las articulaciones IFD. Este estudio recibió un grant de Janssen Cilag Farmacéutica S.A

**P041**  
**ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PRIMEROS MIL PACIENTES CON ARTRITIS PRECOZ EN HOSPITAL LA PAZ, MADRID**  
 A Saigado<sup>1</sup>, I Monjo<sup>2</sup>, K Franco<sup>2</sup>, D Cajigas<sup>2</sup>, L Nuño<sup>2</sup>, A Balsa<sup>2</sup>, E Moia<sup>2</sup>, E Albiero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Hospital La Paz, España.

#### INTRODUCCIÓN

La inflamación articular es un síntoma común a múltiples patologías leves a graves incluso con importantes consecuencias clínicas. Debido a esto se creó en el Hospital La Paz una unidad que tiene como objetivo valorar las artritis de reciente comienzo cuyo requisitos fundamentales incluyen inflamación, dolor o derrame en más de una articulación, rigidez matutina y duración mayor a veinticuatro semanas.

#### OBJETIVOS

Describir las características clínicas de mil pacientes con artritis de reciente comienzo.

#### MÉTODOS

Se utilizó la base de datos de artritis de inicio del Hospital Universitario La Paz desde febrero de 1993 hasta diciembre de 2013. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos según diagnóstico inicial: en artritis indiferenciadas (AI), artritis reumatoide (AR) y otros diagnósticos. Se analizaron las formas de presentación, parámetros clínicos y analíticos al inicio, en tres periodos de tiempo diferentes: 1993-2004, 2005-2008, 2009-2013. Finalmente se determinó diagnóstico final y factores de riesgo para el desarrollo de Artritis Reumatoide.

#### RESULTADOS

De los 1072 pacientes analizados, la causa más frecuente de diagnóstico inicial fue la Artritis Indiferenciada en un 35%, de los cuales el 17,1 % fueron finalmente AR. Se diagnosticaron 66 nuevos casos de AR. Al inicio el grupo de pacientes con AR presentaron mayor actividad clínica y valores superiores en los parámetros analíticos en comparación con los grupos de AI y Otros. Los factores asociados de manera significativa al desarrollo de AR fueron ser fumador/ex-fumador, sexo femenino y la presencia de aCCP. El tiempo de demora hasta el comienzo de tratamiento fue significativamente menor en el último período de tiempo, que se corresponde a menor nivel de actividad, diagnóstico y tratamiento más temprano.

#### CONCLUSIÓN

- La importancia de la evaluación de los pacientes con artritis reciente radica en potenciar la detección precoz de aquellos con artritis reumatoide de otros cuadros autolimitados, para optimizar tratamientos y disminuir morbilidad y complicaciones.
- El diagnóstico y tratamiento temprano, permite disminución de los niveles de actividad de la enfermedad en artritis temprana.
- Ser fumador /ex-fumador, mujer, y la presencia de ACCP positivos, aumenta el riesgo de AR.

**P042**  
**ALTA PREVALENCIA DE PPD ANÉRGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

ME Crespo Espíndola<sup>1</sup>, JA Sánchez<sup>1</sup>, AL Gervilla<sup>2</sup>, CM Retamozo<sup>3</sup>, MV Lencina<sup>1</sup>, RV Juárez<sup>1</sup>, R Rojas Tessel<sup>1</sup>, C Lascano<sup>2</sup>, EA Buschiazzi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Señor del Milagro (Salta), Argentina. <sup>2</sup> Hospital San Roque (Jujuy), Argentina. <sup>3</sup> CEDyR (Orán), Argentina.

**Introducción** – La PPD es uno de los métodos más utilizados en nuestro medio para pesquisa de tuberculosis (TBC) latente. Se ha reportado con anterioridad una alta prevalencia de PPD anérgica en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de PPD anérgica en una población de pacientes con AR de la consulta ambulatoria.

**Materiales y métodos** – Se realizó un estudio de corte transversal, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 1987 o 2010 de la consulta pública o privada. Se consignó sexo, edad, tiempo de evolución de la AR, presencia de nódulos, positividad de factor reumatoideo (FR), tratamiento, actividad por DAS28 y capacidad funcional por HAQ. Se consignó valor de PPD en mm y se realizó radiografía de tórax frente. **Estadística** – se expresaron las variables categóricas en frecuencia y porcentaje y las continuas en mediana y rango intercuartil. Se compararon las variables categóricas mediante chi2 o test exacto de Fisher, y las continuas por test de T o Mann Whitney según correspondiera. Se consideró significativa una p < 0.05.

**Resultados** – Se incluyeron 69 pacientes, 67 (97.1%) de sexo femenino, con una edad mediana de 53 años (42.9 – 59.9), tiempo de evolución de 8 años (4-13). Hubo baja prevalencia de carencia de algún servicio básico (Agua, Luz, Gas, Cloacas), y solo 6 pacientes (8.7%) ganaban menos de 3000 pesos/mes. Presentaban nódulos 16 (23.5%), FR positivo 68 (98.6%) y la mediana de HAQ fue de 1.5 (1-2) y de DAS28 5.53 (3.64-6.59). Con respecto a los tratamientos, la mediana de dosis de corticoides fue 5 mg/día (0-10), se encontraban en tratamiento con Metotrexato 52 pacientes (75.4%) y con Terapia Biológica 12 (17.4%). Solo 2 pacientes presentaban antecedente de TBC y 8 (11.2%) presentaron Rx de tórax patológica. Hubo 60 pacientes con PPD = 0 (87%). No se encontró asociación entre la PPD = 0 y tiempo de evolución, capacidad funcional, actividad de la enfermedad, dosis de corticoides, uso de metotrexato o terapia biológica. Tampoco hubo asociación con variables socioeconómicas (ingreso familiar o servicios básicos).

**Conclusión** – Se halló una alta prevalencia de PPD anérgica en pacientes con AR a pesar de pertenecer a una población endémica de TBC, y vacunada con BCG.

**P043**  
**EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE DOS TÉCNICAS PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS CITRULINADOS EN ARTRITIS REUMATOIDEA**  
 N Cejas, N Peralta, E Silvera, N Ruiz Casanova, R Acosta, G Grosso  
 Hospital San Roque. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) se diagnostica principalmente por las manifestaciones clínicas y la presencia de autoanticuerpos. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) en el año 2010 agregó a los criterios de clasificación los anticuerpos contra péptidos citrulinados (APC). Los APC constituyen una población heterogénea de anticuerpos que reaccionan con una variedad de péptidos citrulinados, como flagrina (CCP1), péptidos cíclicos (CCP2, CCP3) y vimentina mutada (Anti-MCV). Varios estudios han recomendado a los Anti-MCV como un mejor marcador diagnóstico ya que la vimentina se encuentra en la membrana sinovial y se correlaciona con la severidad de la AR y el índice de actividad de la enfermedad (DAS 28). Los Anti-MCV poseen muy buena especificidad (89%) pero baja sensibilidad (77%), por ello se desarrollaron nuevos test como los péptidos cíclicos de alta sensibilidad (*high sensitive*), (anti-CCP *hs*), los cuales se basan en la determinación de péptidos cíclicos citrulinados obtenidos de la vimentina mutada, para mejorar su sensibilidad diagnóstica.

**Objetivo:** Comparar ambos métodos, Anti-CCP *hs* y Anti- MCV, determinando su sensibilidad y especificidad en la población estudiada.

**Materiales y método:** Es un estudio retrospectivo de corte transversal en el cual se determinaron los Anti-MCV y Anti-CCP *hs* en los sueros de 160 pacientes que presentaban artritis, los cuales tenían solicitud de anticuerpos anti citrulina, en el período comprendido entre Junio de 2013 a Junio de 2014. La población estudiada fue de 133 mujeres y 27 varones, entre 15 y 81 años (52 ±13). Según los criterios del ACR 2010, 58 presentaron AR (48 mujeres y 10 varones) y los restantes 102 pacientes (85 mujeres y 17 hombres), otras patologías relacionadas (no AR). La determinación de los anticuerpos se realizó por ELISA según las indicaciones del fabricante, siendo los valores de corte utilizados en ambas técnicas: negativo < 20 U/ml. Para el análisis estadístico se utilizó el Programa MedCalc 12.7. La exactitud diagnóstica de Anti- MCV y de Anti-CCP<sub>hs</sub> se describió como sensibilidad y especificidad con un intervalo de confianza del 95%. Los valores de p < 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

**Resultados:** De los 58 pacientes con AR, 45 (77.5%) fueron positivos para Anti- MCV y 41 (70.7%) para Anti-CCP *hs*. En los restantes 102 se obtuvieron 35 (34.3%) positivos para Anti- MCV y 9 (8.8 %) para Anti-CCP *hs*. Se comparó la sensibilidad y especificidad de ambos test, utilizando el valor de corte recomendado de 20 U/ml (Tabla I).

Tabla I: Sensibilidad y especificidad de Anti-MCV y Anti-CCP *hs*.

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	Valor predictivo positivo (IC 95%)	Valor predictivo negativo (IC 95%)	Odd ratio	
Anti-MCV	78 (65 - 87)	68 (58 - 77)	58 (46 - 69)	84 (74 - 91)	7.2 (3.4-15.2)	p < 0.0001
Anti-CCP <i>hs</i>	71 (57 - 82)	91 (84 - 96)	82 (69 - 91)	85 (76 - 91)	24.9(10,3- 0.6)	p < 0.0001

La concordancia entre ambos métodos fue moderada (*Kappa*: 0.525). Mediante curvas ROC se estableció el valor de corte más apropiado para cada ensayo: 50 U/ml para Anti- MCV (sensibilidad 74% y especificidad 89%) y de 27 U/ml para Anti-CCP *hs* (sensibilidad 70 % y especificidad 94 %).

**Conclusiones:** En la comparación de ambos métodos, el nuevo ensayo para Anti-CCP *hs* no provee mayor sensibilidad que Anti-MCV pero sí mayor especificidad en la población estudiada para el valor de corte de 20 U/ml recomendado por el fabricante.

**P044**  
**SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN AMÉRICA LATINA Y EL RESTO DEL MUNDO**

G Citera<sup>1</sup>, E Mysler<sup>2</sup>, O Rillo<sup>3</sup>, O Castañeda<sup>4</sup>, F Romero<sup>5</sup>, A Salinas<sup>6</sup>, S Radominski<sup>7</sup>, M Cardiel<sup>8</sup>, J Jaller<sup>9</sup>, C Alvarez<sup>10</sup>, D Ponce De Leon<sup>11</sup>, G Castelli<sup>12</sup>, E Garcia<sup>13</sup>, K Kwok<sup>14</sup>, R Rojo Cella<sup>15</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Clínica Angloamericana, Lima, Perú. <sup>5</sup> Hospital Arzobispo Loayza, Lima, Perú. <sup>6</sup> Hospital Nacional Alberto Sabogal, Bellavista, Callao, Perú. <sup>7</sup> Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. <sup>8</sup> Centro de Investigación Clínica de Morelia, Morelia, México. <sup>9</sup> Centro de Reumatología y Ortopedia, Barranquilla, Colombia. <sup>10</sup> Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <sup>11</sup> Pfizer Inc, Lima, Perú. <sup>12</sup> Pfizer Inc, Buenos Aires, Argentina. <sup>13</sup> Pfizer Inc, Collegeville, PA, Estados Unidos. <sup>14</sup> Pfizer Inc, New York, NY, Estados Unidos. <sup>15</sup> Pfizer Inc, Groton, CT, Estados Unidos.

**Objetivos:** Tofacitinib es un inhibidor oral de la Jnasa china para el tratamiento de la AR. La seguridad fue evaluada en poblaciones de pacientes de América Latina (AL) y el resto del Mundo (RDM).

**Materiales y métodos:** Los datos de los pacientes que recibieron tofacitinib 5 ó 10 mg BID ± DMARDs no biológicos de fondo fueron agrupados a partir de seis estudios de Fase 2, seis de Fase 3 y dos de extensión a largo plazo (LTE; datos hasta Abril de 2013; en curso al momento del análisis, base de datos no cerrada). Las tasas de incidencia (TI; eventos/100 pacientes-año) de los eventos de seguridad de especial interés fueron comparadas entre estas dos poblaciones de pacientes, combinadas con todas las dosis de tofacitinib.

**Resultados:** Las poblaciones de AL y el RDM incluyeron a 984 (91% mujeres; edad promedio 48.7 años) y 4687 (81% mujeres; edad promedio 53.0 años) pacientes, respectivamente. Las TI de los eventos de seguridad de interés especial fueron, de manera general, consistentes entre AL y el RDM (Tabla).

**Conclusión:** En total, en pacientes con AR tratados con tofacitinib, se observó un perfil de seguridad similar entre las poblaciones de AL y del RDM.

#### Tasas de incidencia de los eventos de seguridad de especial interés

Eventos/100 pacientes-año (IC del 95%)	América Latina N=984 (2148,33 pacientes-año)	Resto del Mundo N=4687 (10515,68 pacientes-año)
Infecciones serias	2.35 (1.78-3.11)	3.05 (2.73-3.40)
Tuberculosis	0.05 (0.01-0.33)	0.24 (0.16-0.35)
Infecciones oportunistas (excluyendo tuberculosis)	0.28 (0.13-0.62)	0.25 (0.17-0.36)
Todo herpes zoster	3.39 (2.68-4.29)	4.39 (4.00-4.83)
Herpes zoster severo	0.09 (0.02-0.37)	0.31 (0.22-0.44)
Malignidades (excluyendo cáncer de piel no melanoma)	0.42 (0.22-0.81)	0.93 (0.77-1.14)
Linfoma	0	0.08 (0.04-0.15)
Mortalidad por toda causa*	0.47 (0.25-0.87)	0.24 (0.16-0.35)

\*Dentro de los 30 días de la última dosis del medicamento de estudio

45

**P045**  
**¿PUEDE UN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA CUMPLIR CRITERIOS DE MDA (MÍNIMA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD) Y TENER ARTICULACIONES INFLAMADAS Y/O DOLOROSAS?**  
 J Marín, ML Acosta Felquer, L Ferreyra Garrot, S Ruta, J Rosa, ER Soriano  
 Sección Reumatología, Servicio Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación PM Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

**Introducción:** Para la evaluación de pacientes con artritis psoriásica (APs) se ha creado una medida compuesta denominada Mínima Actividad de la Enfermedad (Minimal disease activity (MDA)) que incluye varios aspectos clínicos: artritis, psoriasis cutánea, entesitis, dolor, evaluación de la actividad de la enfermedad por el paciente, y capacidad funcional. Un paciente se encuentra en MDA si cumple 5 de los 7 criterios. En teoría, un paciente puede estar en MDA y tener varias articulaciones inflamadas y/o dolorosas.

**Objetivos:** evaluar el número de pacientes que cumplen criterios de MDA y presentan articulaciones inflamadas y/o dolorosas, y analizar la frecuencia de los distintos componentes del MDA que impiden que el paciente logre la actividad mínima de la enfermedad.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de APs, según criterios CASPAR. Todos los componentes del MDA fueron evaluados por un único reumatólogo entrenado. Los pacientes fueron clasificados en MDA si cumplían 5 de los siguientes 7 criterios: número de articulaciones dolorosas (AD; 0-68) ≤ 1; número de articulaciones inflamadas (AI; 0-66) ≤ 1; PASI ≤ 1 o BSA ≤ 3%; escala visual analógica de dolor del paciente (EVA; 0-100) ≤ 15; percepción global de la actividad de la enfermedad por el paciente (EVA actividad; 0-100) ≤ 20 mm; Health Assessment Questionnaire (HAQ; 0-3) ≤ 0.5; y dolor en los puntos de entesitis (0-13) ≤ 1. Se calculó el porcentaje de pacientes que cumplían con MDA y que presentaban 2 o > articulaciones inflamadas y/o dolorosas. También se analizaron los porcentajes de los distintos componentes del MDA responsables de que los pacientes cumplieran con sólo 4 de los 7 criterios.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes, de los cuales 41 cumplían con los criterios de MDA. Las características demográficas y clínicas de todos los pacientes se muestran en la tabla. De los 41 pacientes que cumplían con los criterios de MDA, solo un paciente (2.4%) presentó más de 2 articulaciones dolorosas (3 articulaciones dolorosas), y otros dos pacientes tuvieron más de 2 articulaciones inflamadas (un paciente con 2 articulaciones y otro paciente con 3 articulaciones inflamadas). Globalmente el 7.3% de los pacientes que cumplieron con los criterios de MDA presentaron un número clínicamente significativo de articulaciones inflamadas y/o dolorosas. De los pacientes en MDA, solo el 24 % cumplieron con los 7 criterios; un 32% y un 43% cumplieron con 6 y 5 criterios, respectivamente. De los 42 pacientes que no estaban en MDA, 17 (40.5%) cumplieron 4 de los 7 criterios. En este grupo de pacientes los componentes del MDA que no se cumplieron con mayor frecuencia fueron: EVA de dolor por el paciente ≤ 15= 100%; EVA global de actividad de la enfermedad por el paciente; 0-100 ≤ 20 mm = 76.5%; y PASI ≤ 1 = 65%. Los porcentajes de pacientes que no cumplieron con el recuento de articulaciones dolorosas, HAQ, recuento de articulaciones inflamadas y dolor en los puntos de entesitis fueron de tan sólo el 29 %, 18 %, 6% y 6 %, respectivamente.

Características	MDA (n=41)	No MDA (n=42)	P
Sexo masculino (%)	23 (56)	21 (50)	0.578
Edad media en años (DS)	55.6 (13.6)	51.2(14.3)	0.1528
Duración media de la enfermedad en meses	36 (12.96)	31.5 (10.48)	0.3460
Media de dolor EVA mm (DS)	17.5 (20.1)	52.7 (20.1)	<0.0001
Media de actividad global de la enfermedad EVA mm (DS)	14 (18.2)	47.2 (21.2)	<0.0001
Media de articulaciones inflamadas (DS)	0.3 (0.6)	2.7 (2.6)	<0.0001
Media de articulaciones dolorosas (DS)	0.3 (0.6)	1.8 (2.6)	0.0003
Media de HAQ (DS)	0.15 (0.37)	0.43 (0.51)	0.0047
Media de entesitis (DS)	0.12 (0.33)	0.48 (0.87)	0.0121
Media de PASI (DS)	1.5 (2.2)	3.8 (4.8)	0.0074
Media de DAS28 (DS)	2.3 (0.71)	3.7 (1.1)	<0.0001
Media de CPDAI (DS)	2.1 (1)	4 (1.9)	<0.0001
Media de VSG (DS)	19.8 (14.2)	24.8 (19.5)	0.1737
Porcentaje de pacientes con >=2 articulaciones dolorosas	1 (2.4)	27 (64.3)	<0.0001
Porcentaje de pacientes con >=2 articulaciones inflamadas (%)	2 (4.9)	18 (43)	0.002

**Conclusiones:** aunque teóricamente posible, solo una minoría de pacientes en MDA presentaron un número clínicamente significativo de articulaciones inflamadas y/o dolorosas. El grado de dolor y actividad global de la enfermedad medidos por EVA y el PASI fueron los dominios que con mayor frecuencia evitaron cumplir con MDA en aquellos pacientes que reunieron 4 de los 7 criterios.

46

**P046**  
**SITUACIÓN LABORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN ARGENTINA**  
 CA Zaffarana, O Cerda, J Gallino Yanzi, M Landi, EE Schneeberger, I Carrillo, MC González Gusmán, CA Maldonado Cocco, SA Gagliardi, G Citera  
 Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina.

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una artropatía inflamatoria que produce deterioro de la calidad de vida, la capacidad funcional y el desempeño psicosocial de los pacientes, causando un impacto negativo sobre su capacidad productiva. En diferentes series entre un 20 y 50% de los pacientes con APs se encuentran desempleados a causa de la enfermedad, y muchos padecen disminución de su capacidad productiva, resultando en un elevado ausentismo laboral.

**Objetivos:** Evaluar la situación laboral de los pacientes con APs y analizar factores asociados a la desocupación.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se recolectaron datos sociodemográficos: edad, sexo, cobertura social, años de escolaridad, situación laboral, tipo de ocupación según clasificación de J. Pujol, tiempo de desocupación y ausentismo dentro de los 6 meses previos a la entrevista. Se obtuvieron datos relacionados a la enfermedad (tiempo de evolución, forma de inicio y evolución) y presencia de comorbilidades. La actividad de la enfermedad periférica se evaluó mediante recuento de 66/68 articulaciones e índices compuestos DAS28 y DAPSA. Se incluyeron los cuestionarios: DLQI, PsAQoL, HAQ-A, RAPID3, BASFI y BASDAI. Se evaluó la severidad del compromiso cutáneo mediante PASI, y la entesitis mediante el MASES. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva. Test de Student, Mann Whitney, Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher. Regresión logística múltiple para determinar variables asociadas a desocupación. Se consideró significativa una p<0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes con APs según criterios CASPAR, con una mediana de edad de 52 años (RIC 40.2-61.7). 46 (52.9%) eran de sexo femenino. El tiempo mediano de evolución de APs fue de 10 años (RIC 6-17). 64 pacientes (76.2%) tenían cobertura social y 28 (32.2%) tenían certificado de discapacidad. 61 pacientes (70.1%) estaban ocupados, y el tipo de ocupación era: 15 amas de casa, 14 oficios, 8 comerciantes, 6 profesionales, 6 empleados administrativos, 5 estudiantes, 4 docentes y 3 obreros. El promedio de días de trabajo perdidos por enfermedad en los 6 meses previos a la entrevista fue de 14.33 ± 8.54. 28 pacientes (32.2%) estaban desocupados. 13 de ellos (46.4%) estaban desocupados debido a la APs. 10 (35.7%) estaban jubilados o pensionados y 5 (17.9%) habían perdido el empleo por otra causa. Al excluir del análisis a los pacientes jubilados/pensionados, los pacientes desocupados eran significativamente más jóvenes (44±12.5 años vs 53±12.6 años, p=0.09), y presentaban mayores índices de actividad de la enfermedad (BASDAI 5.7±2.9 vs 4.1±2.8, p=0.03, RAPID 15.7±4.4 vs 10.5±3.4, p=0.04, DAPSA 20.5±10.7 vs 16.5±5.16 p=0.6, DAS28 4.2±1.3 vs 3.5±1.4, p=0.06), mayor discapacidad funcional (HAQ-A 1.2±0.8 vs 0.7±0.6, p=0.01) y peor calidad de vida (PsAQoL 12.1±3.7 vs 6.8±6, p=0.001). No se encontraron diferencias en cuanto al sexo, tiempo de evolución de la APs y de la psoriasis cutánea, cobertura social, posesión de certificado de discapacidad y otras medidas de evaluación. En la regresión logística múltiple las variables independientemente asociadas a desocupación fueron menor edad [Exp (β) 0.9 (IC 95% 0.8-0.9), p=0.004] y la discapacidad funcional [HAQ-A Exp (β) 7.1 (IC 95% 1.9-25.7), p=0.003].

**Conclusiones:** La prevalencia de desocupación relacionada con la enfermedad en pacientes con APs fue 15%. Las variables asociadas independientemente a desocupación en APs fueron: menor edad y peor capacidad funcional.

47

**P047**  
**SOBREVIDA DE METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**  
 CA Zaffarana, M Landi, O Cerda, J Gallino Yanzi, EE Schneeberger, I Carrillo, MC González Gusmán, JA Maldonado Cocco, G Citera  
 Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El metotrexato (MTX) y la leflunomida (LFN) son consideradas drogas modificadoras de enfermedad (DME) de primera línea para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs). Existen pocos datos respecto de la sobrevida de estas drogas en pacientes con APs, la mayoría de ellos cuentan con un bajo número de pacientes e incluyen también pacientes con artritis reumatoidea.

**OBJETIVOS:** Estimar la sobrevida al MTX y LFN en pacientes con APs, evaluar las principales causas de discontinuación y determinar los factores asociados a mayor tasa de sobrevida de estas dos drogas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes ≥ de 18 años con diagnóstico de APs (según criterios CASPAR). Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos incluyendo forma de inicio y de evolución de la enfermedad. La actividad de la enfermedad periférica se evaluó por medio del recuento articular de 66 y 68 articulaciones tumefactas y dolorosas, respectivamente y por los índices compuestos DAS28 y DAPSA. Se incluyeron los cuestionarios DLQI ("Dermatology Life Quality Index"), ASQoL, PsAQoL, HAQ-A, BASDAI y BASFI. Se calculó el índice compuesto CPDAI. El compromiso cutáneo se evaluó utilizando el PASI. Asimismo, se valoró la presencia de daclititis y sitios de entesitis (MASES). Se consignaron los tratamientos recibidos, dosis, causas de discontinuación y eventos adversos.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Prueba de T, con test de Levene para homogeneidad de varianzas o test de Mann Whitney para comparar las variables continuas, y prueba de Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher para las continuas. Curvas de sobrevida de Kaplan Meier y Log Rank. Análisis de regresión de Cox. Se consideró significativa una p menor a 0.05.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 87 pacientes con APs, con una mediana de edad de 52 años (RIC 40.2-61.7) y un ligero predominio del sexo femenino (52.9%). El tiempo mediano de evolución de la APs fue de 10 años (RIC: 6-17) y de la psoriasis cutánea de 21 años (RIC 14-32). 70 pacientes (80.5%) recibieron tratamiento con MTX, de los cuales 23 pacientes (32.9%) lo suspendieron, siendo los principales motivos de discontinuación los eventos adversos (47.8%) y la falta de eficacia (17.4%). La mediana de supervivencia a MTX fue de 13 años (rango 8.5-17.4). La sobrevida acumulada fue de 55% a 10 años. No se observaron diferencias en la sobrevida al MTX según edad, sexo, tiempo o forma de evolución de la enfermedad. Sin embargo, aquellos pacientes en tratamiento esteroideo presentaron significativamente mayor sobrevida al mismo (X 16.4±2.3 años vs X 10±2 años, p=0.01).

16 pacientes (18.4%) habían recibido tratamiento con leflunomida, de los cuales 9 (56.25%) lo suspendieron, el tiempo mediano de supervivencia fue de 6 años (rango 1.6-10.3). Motivos de discontinuación: eventos adversos (44.4%), falta de eficacia (33.3%) y otros (22.3%). La sobrevida acumulada fue de 35% a 10 años. La sobrevida de leflunomida se vio influenciada por la edad de los pacientes, observándose mayor sobrevida en los pacientes ≥ de 50 años (X 5.5±1.5 años vs X 3.3±1 años, p=0.03).

**CONCLUSIONES:** En pacientes con APs, el MTX resultó ser la DME más frecuentemente utilizada (80.5%), seguida de LFN (18.5%). La sobrevida acumulada de MTX fue mayor que con leflunomida y se vio favorecida por el uso concomitante de esteroides. Los principales motivos de discontinuación de ambas medicaciones fueron los eventos adversos y la falta de eficacia.

48

**P048**  
**EFICACIA CLÍNICA Y DE IMÁGENES DE ETANERCEPT EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA TEMPRANA EN PACIENTES DE AMÉRICA LATINA, EUROPA CENTRAL Y ASIA**

G Citera<sup>1</sup>, J Wei<sup>2</sup>, W-C Tsai<sup>3</sup>, S Kotak<sup>4</sup>, L Llamado<sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. <sup>2</sup> Chung Shan Hospital Médico de la Universidad, Taiwan. <sup>3</sup> Hospital Médico de la Universidad, Taiwan. <sup>4</sup> Pfizer Inc, Estados Unidos. <sup>5</sup> Pfizer Inc, Filipinas.

**Antecedentes/Objetivo:** Actualmente se recomiendan los agentes anti-TNF para el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA) resistente a los NSAID, pero se dispone de información limitada sobre la eficacia en la espondiloartritis axial no radiográfica (nr-axSpA) en pacientes de América Latina (Latam), Europa Central y Asia. El objetivo de este análisis fue a comparar la eficacia de etanercept con el placebo después de 12 semanas de tratamiento a doble ciego en pacientes con nr-axSpA que tenían una respuesta insuficiente a los NSAID.

**Métodos:** Los pacientes reclutados de Latam, Europa Central y Asia cumplieron con los criterios de la ASAS para axSpA, no cumplieron con los criterios modificados de NY para la EA, tenían síntomas con una duración de 3 meses-5 años, una puntuación del índice BASDAI de ≥4 a pesar del uso actual de NSAID y habían fallado en ≥2 de NSAID. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir 50 mg de etanercept o placebo por semana y continuar recibiendo el respaldo de NSAID. La aleatorización se estratificó según sacroileitis (positiva/negativa en la RM) y según la región geográfica. El primer punto de medición primario fue ASAS40 en la semana 12 (mITT). Se llevó a cabo una RM de las articulaciones espinales y sacroiliaca en los valores iniciales y en la semana 12 y se analizaron usando el método de puntuación SPARCC (promedio de dos lectores centrales independientes).

**Resultados:** En los valores iniciales, 111 pacientes tuvieron una edad promedio de 32 años (rango, 18-48 años); 67% eran de sexo masculino; la duración promedio de la enfermedad fue de 2.4 años (rango, 4 meses-5 años). Un total de 85%, 41% y 88% tuvieron resultado positivo en la RM, PCR elevados o resultado positivo en la RM y/o resultado positivo en PCR, respectivamente; 75% y 9% tuvieron HLA-B27 positivo o psoriasis. Una gran cantidad de pacientes en el grupo de etanercept versus el grupo de placebo alcanzaron el criterio de la ASAS40 y experimentaron grandes mejoras en todos los criterios de evaluación clínicos en la semana 12 (tabla); etanercept se asoció con una mejora significativa versus el placebo en la evaluación de puntuación SPARCC, dolor de espalda, inflamación en la RM, presentismo y médica global (p<0.05). Se observaron mejoras significativas en la población general de este ensayo clínico (N=215, mITT de población), con respecto a la mayoría de los puntos de medición clínicos, funcionales y de calidad de vida.<sup>1,2</sup>

**Conclusiones:** En esta población de pacientes de Latam, Europa Central y Asia con nr-axSpA activo temprano que tuvieron una respuesta inadecuada a ≥2 de NSAID, etanercept fue más efectivo que el placebo para la disminución de la actividad de la enfermedad y la inflamación observada en la RM. Fueron necesarios análisis posteriores para determinar las posibles influencias sobre las diferencias en los resultados entre esta población en comparación con la población general del estudio de nr-axSpA.

**Referencias:**

- Dougados M, et al. Ann Rheum Dis 2013. 2013;72(Supl):87.
- Dougados M, et al. Artritis y reumatismo. 2013;65(10):S656.

Criterio de medición	ETN50 + NSAID N=54	placebo + NSAID N=57	Valor de P*
	% de pacientes que lograron el criterio de evaluación		
ASAS40	14/53 (26.4)	9/57 (15.8)	0.180
ASAS20	27/53 (50.9)	22/57 (38.6)	0.176
remisión parcial de ASAS	10/53 (18.9)	6/57 (10.5)	0.274
ASAS S#B	18/53 (34.0)	8/55 (14.5)	0.013
BASDAI50	24/53 (45.3)	16/57 (28.1)	0.064
<b>Parámetro</b>	<b>Promedio en punto basal (DE) [Promedio A desde el punto basal (EE)]</b>		
hsCRP, mg/l	4.9 (6.9) [-2.2 (1.3)]	7.6 (12.5) [2.8 (1.2)]	0.032
ESR	24.1 (20.4) [-9.5 (2.4)]	26.0 (19.4) [-2.8 (2.1)]	0.008
BASDAI	5.9 (1.9) [-2.0 (0.4)]	6.3 (1.7) [-1.5 (0.3)]	0.180
BASFI	4.2 (2.5) [-1.3 (0.3)]	4.1 (2.5) [-0.9 (0.3)]	0.158
BASFI	4.2 (2.5) [-1.3 (0.3)]	4.1 (2.5) [-0.9 (0.3)]	0.158
Puntuación SF36 PCS <sup>1</sup> (0-100)	5.0 (8.1) [-2.2 (0.7)]	3.4 (5.5) [-1.4 (0.6)]	0.223
Puntuación SF36 RCC articulación sacroiliaca (0-72)	7.4 (8.4) [-3.2 (0.9)]	6.3 (5.9) [-0.4 (0.8)]	0.001
Dolor de espalda nocturno <sup>2</sup> (0-10)	5.1 (2.9) [-1.8 (0.4)]	5.4 (2.3) [-0.9 (0.4)]	0.040
Dolor de espalda total <sup>2</sup> (0-10)	5.0 (2.7) [-1.8 (0.4)]	5.3 (2.3) [-0.9 (0.4)]	0.025
Evaluación médica global <sup>2</sup> (0-10)	5.5 (2.1) [-2.4 (0.3)]	5.0 (2.2) [-1.6 (0.3)]	0.023
EQ-5D índice de discapacidad <sup>2</sup> (0-1)	0.6 (0.3) [0.1 (0.1)]	0.6 (0.3) [0.1 (0.0)]	0.278
SF-36 MCS <sup>2</sup> (0-100)	40.1 (11.0) [2.2 (1.6)]	41.6 (11.3) [2.1 (1.4)]	0.964
SF-36 PCS <sup>2</sup> (0-100)	40.6 (8.6) [4.7 (1.2)]	39.2 (8.0) [2.8 (1.0)]	0.090
HADS-Ansiedad <sup>2</sup> (0-21)	7.0 (4.1) [-1.4 (0.6)]	7.7 (4.6) [-0.9 (0.6)]	0.437
HADS-Depresión <sup>2</sup> (0-21)	6.3 (4.4) [-0.6 (0.6)]	5.8 (4.1) [0.1 (0.5)]	0.322
ASQoL <sup>2</sup> (0-18)	8.4 (5.0) [-1.5 (0.8)]	7.8 (5.2) [-0.8 (0.7)]	0.367
ASWIS	9.9 (5.4) [-1.7 (0.8)]	11.1 (5.2) [-0.7 (0.7)]	0.210
WPAI-Ausentismo	7.0 (20.5) [-0.6 (4.1)]	4.1 (12.0) [-3.9 (3.9)]	0.395
WPAI-Presentismo	19.6 (18.7) [-24.7 (6.1)]	32.3 (24.9) [-12.8 (5.9)]	0.047
WPAI-Actividad general insuficiente	21.4 (20.1) [-23.9 (6.5)]	33.3 (26.2) [-13.1 (6.2)]	0.086
WPAI-Actividad insuficiente	28.3 (25.3) [-14.8 (6.0)]	37.4 (25.2) [-6.1 (4.3)]	0.006

\* Valores de p entre los grupos de tratamiento en la semana 12. Caso observado. Todo dato demás sobre MITT, LOCF. Los países en este análisis son Argentina, Colombia, República Checa, Hungría, Rusia y Taiwan.

## P049

## ¿PUEDE LA PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (FM) INFLUENCIAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)?

EA Buschiazio<sup>1</sup>, N Zamora<sup>2</sup>, F Sommerfleck<sup>2</sup>, R Rojas Tessel<sup>1</sup>, EE Schneeberger<sup>2</sup>, RV Juárez<sup>1</sup>, MV Lencina<sup>1</sup>, ME Crespo Espindola<sup>1</sup>, G Citera<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Señor del Milagro, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Argentina.

La Espondilitis Anquilosante (EA) es la enfermedad prototipo de compromiso axial de las Espondiloartritis. Estudios previos han demostrado que el diagnóstico concomitante de fibromialgia (FM) puede tener impacto sobre las medidas dependientes de los pacientes. El **OBJETIVO** de este trabajo es determinar la influencia del diagnóstico de FM en las medidas de evaluación de pacientes con EA.

**MATERIALES Y MÉTODOS** – Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EA (Criterios Nueva York 1987) de la consulta ambulatoria. Se consignaron datos sociodemográficos (sexo, edad), relacionados a la enfermedad (tiempo de evolución, tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento realizado: uso de AINE, pamidronato, drogas de acción mediata (DAM), terapia biológica). La capacidad funcional se evaluó por BASFI y la actividad de la enfermedad por BASDAI y ASDAS-VSG, la presencia de entesitis se evaluó por índice de MASES. Se definió la presencia de FM concomitante mediante los criterios ACR 1990 y ACR 2010 y se midió el impacto de la misma mediante el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Se contabilizaron el número de puntos fibrosícticos presentes al examen físico. **Análisis Estadístico: Estadística descriptiva:** Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Las variables categóricas se compararon mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher y las continuas mediante Test de T o Mann-Whitney. **Análisis multivariado** (regresión logística múltiple) tomando como variable dependiente la presencia de FM. Se consideró un valor de p < 0.05 como significativo.

**RESULTADOS** – Se incluyeron 33 pacientes, 30 varones (90.9%), con una mediana de edad de 41 años (31-52.5), tiempo mediano de evolución de 11 años (2.5-23.5), una mediana de BASDAI de 4.4 (2.3-6.7) y BASFI 4.1 (1.35-7.7) y ASDAS 2.48 (1.72-3.58), MASES 2 (0.5-4), ASQoL 9 (1.5-13). Veintiseis (81.8%) se encontraban en tratamiento con AINE, y 14 (42.4%) con anti-TNF $\alpha$ . La prevalencia de FM según los criterios ACR 2010 fue de 2/33 (6.1%) y según ACR 1990 4/33 (12.1%), con lo cual en total 6/33 (18.2%) presentaron diagnóstico de FM por algún criterio. Al comparar los 6 pacientes con FM vs no FM concomitante. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, edad, ni tiempo de evolución. En los pacientes con FM se encontró mayor MASES (5.5 vs 1.59, p < 0.0001) y peor ASQoL (13.8 vs 6.59, p = 0.001), peor BASDAI (6.6 vs 4.05, p = 0.04), ASDAS (3.66 vs 2.47, p = 0.02), FIQ (63 vs 32.1, p = 0.005) y tendencia a un peor BASFI (6.9 vs 4, p = 0.06). No se encontraron diferencias entre grupos con respecto a los niveles de reactantes de fase aguda, ni al tratamiento concomitante. En el análisis multivariado solamente una peor calidad de vida medida por ASQoL se mantuvo significativamente asociada a la presencia de FM.

**CONCLUSIÓN** – Los pacientes con EA y FM concomitante presentan peor calidad de vida, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y mayor índice entésico.

## P050

## EL DAÑO ARTICULAR NO ESTÁ ASOCIADO CON EL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

H Maldonado Ficcó, A Thavaneswaran, V Chandran, DD Gladman  
 Toronto Western Hospital, Canadá.

**Introducción:** la asociación entre el tabaco y la progresión del daño radiológico ha sido establecida en artritis reumatoidea (AR) y espondilitis anquilosante (EA), pero esta asociación no ha sido establecida en artritis psoriasica.

**Objetivo:** determinar el efecto del tabaco en el daño articular clínico en pacientes con artritis psoriasica (APs).

**Métodos:** de un total de 1306 pacientes pertenecientes a una cohorte observacional seguidos prospectivamente desde 198 hasta 2014, un total de 1107 pacientes comenzaron tratamiento después de la primera visita y fueron incluidos en el análisis. Daño articular clínico se definió como una limitación del rango de movimiento mayor al 20% no estando relacionado con inflamación, la presencia de contracturas, flexión, anquilosis o cirugía en una articulación. Se evaluó el consumo de tabaco desde la primera visita hasta la aparición del daño articular. Se definió a los pacientes según en hábito de fumar en "no fumadores", "ex fumadores" y "actuales fumadores". Se utilizó análisis de regresión de Cox para determinar los factores predictivos de daño articular incluyendo edad, sexo, dactilitis, hábito de fumar, recuento articular, tratamiento y HLA-B27.

**Resultados:** de los 1107 pacientes, 55.6% de sexo masculino con una media de edad de 46 años, evolución de la psoriasis de 17.4 años y de la APs de 8.4 años a la primera visita. 55.6% de los paciente eran no fumadores, el 24.4% eran ex-fumadores y un 12.4% eran fumadores. 7.9% tenían daño articular y 26% dactilitis a la primera visita. Sexo masculino, HLA-B27 (+), mayor edad al diagnóstico de APs, daño clínico a la primera visita, la presencia de dactilitis y articulaciones inflamadas se asociaron con mayor daño radiológico mientras que los fumadores y ex fumadores se asociaron con una menor probabilidad de desarrollar daño articular clínico comparado con los no fumadores.

**Conclusión:** a diferencia de lo que ocurre en AR y EA el daño articular clínico no se asocio con el hábito de fumar, pero se asocio con las características de la enfermedad.

## P051

## OBESIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y SU INFLUENCIA SOBRE PARÁMETROS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD

MC Orozco, A Lizarraga, N Zamora, G Betancur, F Sommerfleck, EE Schneeberger, G Citera  
 Instituto de Rehabilitación Psicofísica, CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad impacta en la salud y la calidad de vida de las personas. Algunas series reportan alta prevalencia de obesidad en la Espondilitis Anquilosante (EA).

**OBJETIVOS:** Estimar la frecuencia de obesidad en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax) y evaluar su asociación con características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal de pacientes consecutivos  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de EsPax según criterios NY modificados 1987 y/o ASAS 2009. Se consignaron datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad), datos relacionados con la enfermedad (tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones extra-articulares, comorbilidades, tratamiento recibido) así como presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados: TBQ, HTA, DBT, DLP y sedentarismo. Todos los pacientes completaron los cuestionarios BASDAI, BASFI y ASQoL. La evaluación global de la enfermedad tanto por el paciente como por el médico se determinó mediante escala visual graduada (EVG). Se realizó examen físico con medición de talla (cm), peso (Kg), circunferencia abdominal (cm), tensión arterial en posición sentada luego de 5 minutos de reposo (promedio de dos registros), recuento articulaciones tumefactas (44), entesitis (índice de MASES). Se calculó IMC (Peso/Talla<sup>2</sup>). Se tomaron muestras de sangre en ayunas (12 hs) para determinar glucemia en ayunas, valores de colesterol total, HDL, LDL, TG y reactantes de fase aguda (ERS y PCR). Se clasificaron los pacientes según la *Clasificación internacional del estado nutricional de la OMS* (Organización Mundial de la Salud) en: *Normal: IMC 18.5-24.9; Sobre peso: IMC  $\geq 25$ ; y Obesidad: IMC  $\geq 30$  a su vez subclasificada en grado I: IMC 30-34.9, grado II: IMC 35-39.9 y grado III: IMC  $\geq 40$ .* Radiografías de columna cervical perfil, columna lumbar frente y perfil, sacroiliacas, y caderas fueron evaluadas por un observador ciego mediante índice de BASRI. **Análisis Estadístico:** Estadística descriptiva. T test y ANOVA. Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher. Modelo de regresión logística múltiple utilizando la presencia de obesidad como variable dependiente con el fin de estimar las variables independientemente asociadas.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 190 pacientes con diagnóstico de EsPax, de los cuales 187 presentaban los datos necesarios para la evaluación. El peso mediano fue 77.65 Kg (RIC 64-86), la talla mediana fue 169 cm (RIC 160-175). La mediana de IMC fue 26.67 (RIC 23.7-29.44). Según la clasificación del estado nutricional de la OMS: 63 pacientes (33.7%) tenían IMC normal, 80 (42.8%) sobrepeso y 44 (23.5%) obesidad. Los pacientes con obesidad fueron subclasificados en grado I 29 (65, 9%), II 9 (20,5%) y III Obesidad mórbida 6 (13,6%). Los pacientes obesos presentaron mayor tiempo de evolución de la enfermedad vs aquellos con IMC normal (24.5 $\pm$ 14.55 años vs 16.8 $\pm$ 12.8 años, p=0,01) y tuvieron mayor edad (51.7 $\pm$ 13.7 años vs 41.3 $\pm$ 13.8 años, p=0,001). Los pacientes obesos presentaron peor capacidad funcional (BASFI 4.9 $\pm$ 2.8 vs 3.5 $\pm$ 2.5 p=0,02) y peor calidad de vida (ASQoL 8.3 $\pm$ 4.7 vs 3.5 $\pm$ 2.5 años, p=0,02). No encontramos diferencias significativas en la actividad de la enfermedad ni tampoco en la presencia de otras comorbilidades o en tratamientos recibidos. En el análisis multivariado y ajustando para edad y tiempo de evolución solo el sexo masculino estuvo asociado a obesidad.

**CONCLUSIÓN:** Casi el 70% de los pacientes con EsPax presentaron sobrepeso u obesidad. Los pacientes obesos fueron más frecuentemente hombres con peor capacidad funcional y calidad de vida.

**P052 CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REACTIVA Y POST INFECCIOSA**

M Benegas<sup>1</sup>, RE Chaparro del Moral<sup>1</sup>, OL Rillo<sup>1</sup>, C Airolidi<sup>1</sup>, C Orozco<sup>2</sup>, EE Schneeberger<sup>2</sup>, MP Girard Bosch<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Servicio de Reumatología del Hospital de Agudos Dr. E. Tornú, CABA, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP), CABA, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Italiano de la Plata, Argentina.

La capacidad funcional y la calidad de vida se encuentran afectadas en diversas enfermedades reumáticas, principalmente en Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante. Sin embargo, aún se desconoce el grado de compromiso de las mismas en aquellos pacientes con diagnóstico de Artritis Reactiva (A.Re)

**Objetivos:** Evaluar calidad de vida y capacidad funcional en una cohorte de pacientes con diagnóstico de A.Re y post-infecciosa y su correlación con diversas variables clínicas, actividad de la enfermedad y daño radiológico.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de A.Re (criterios de Calin 79) y artritis post-infecciosa. Se recolectaron datos demográficos y clínicos, entre ellos: dolor, rigidez matinal, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico, evaluados mediante una escala visual analógica (EVA), recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, índices de actividad de la enfermedad según DAS-28, índice de entesis (MASES) y compromiso axial a través de BASDAI y BASMI. La capacidad funcional se valoró a través del HAQ, el HAQs (Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropathies) y el BASFI. Así mismo, la calidad de vida se evaluó según EuroQol (EQ-5D), clase funcional (Hochberg '91) y el daño radiológico según el método de Sharp/Van der Heijde y BASRI. Además se consignó la presencia de comorbilidades y la posesión o no de certificado de discapacidad debido a enfermedad articular.

**Análisis estadístico:** se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y correlación entre variables numéricas con coeficiente de correlación de Spearman (r<sub>s</sub>).

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes, 13 con A.Re y 4 con artritis post-infecciosa, el 70% fueron de origen urogenital, 12% gastrointestinal, 12% respiratorio y 6% otros. En el 47% no hubo rescate de gérmenes, 23.5% fueron secundarios a Chlamydia trachomatis y 6% fueron secundarios a Micoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum, Hly, Estreptococo y Enterococo respectivamente. El 82% fueron de género masculino, media de edad: 38±12 años y mediana de tiempo de evolución del compromiso periférico: 30 meses (RIC 19-120) y del compromiso axial: 27 meses (RIC 19-132). De 9 pacientes con dosaje de HLA-B27, 7 fueron positivos (78%). El 41%, 35% y 23% tenían compromiso mono, oligo y poliarticular respectivamente. El 47% desarrollaron compromiso axial y el 23.5% y el 47% presentaron dactilitis y entesitis respectivamente. La manifestación extrarticular más frecuente fue el compromiso oftalmológico (uveítis 24% y conjuntivitis 18%) y con respecto a las comorbilidades, el tabaquismo (41%). La media de EVA dolor fue de 25±25, actividad de la enfermedad por el paciente 24±24 y por el médico 30±24, rigidez matinal 21±27, DAS-28 2,18±0,95, BASDAI 2,83±2 y MASES 1±2. El promedio de HAQ fue 0,33±0,47, HAQs 0,15±0,38 y BASFI 3,2±3. La mayoría pertenecían a una clase funcional 1 (76%) y el 23.5% tenían certificado de discapacidad. La clinimetría según BASMI mostró que de 8 pacientes con compromiso axial, 2 tenían rotación cervical menor a 70° y distancia intermolear menor a 100 cm, la media de Schober fue de 4.3±1, trago pared 12±2 cm y flexión lateral lumbar 15±4. Todas las dimensiones presentaron problemas moderados en el EQ-5D: dolor/malestar 47%, actividades cotidianas 47%, cuidado personal 35% y tanto movilidad como ansiedad/depresión 25.5% respectivamente. Los dominios que mostraron compromiso severo fueron: movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión en 6% de la muestra respectivamente y la media de VAS del estado de salud 55±30. A nivel de daño radiológico la mediana del total del Sharp/Van der Heijde fue de 2 (RIC 0-7) y la media de BASRI total: 3,3±2.7. Tanto el HAQ y BASFI como el EQ-5D, no mostraron correlación con ninguna de las variables en estudio.

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes, la capacidad funcional medida tanto por HAQ, HAQs y BASFI mostraron un leve compromiso, a diferencia de la calidad de vida, en la que la mitad de los pacientes presentaron compromiso moderado a severo en las dimensiones de dolor/malestar y actividades cotidianas. No hubo correlación con ninguna de las variables en estudio, probablemente debido al bajo número de la muestra, por lo cual se deberán realizar estudios a futuro para confirmar o no dichos hallazgos.

**P053 NUEVA CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LAS GLOMERULONEFRITIS ASOCIADAS A ANCA: ¿ES IMPORTANTE EN EL PRONÓSTICO Y SOBREVIVENCIA RENAL?**

V Scaglioni<sup>1</sup>, M Scolnik<sup>1</sup>, LJ Catoggio<sup>1</sup>, CF Varela<sup>1</sup>, G Gronlón<sup>2</sup>, S Christiansen<sup>2</sup>, ER Soriano<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y Fundación PM Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Los cambios histopatológicos en la biopsia renal son el gold standard para establecer el diagnóstico de glomerulonefritis (GN) asociada a anticuerpos antiplasma de neutrófilos (ANCA). En 2010 el grupo de trabajo internacional de patología renal desarrolló una nueva clasificación histológica para GN ANCA. Esta clasificación divide a las GN ANCA en 4 categorías: focal (≥50% de glomerulos normales), crescentic/semilunares (≥50% de glomerulos con semilunares), mixed/mixta (<50% normal, <50% semilunares, <50% esclerosis glomerular global) y sclerotic/esclerótica (≥50% esclerosis glomerular global). Se ha demostrado que estas categorías al inicio se correlacionan fuertemente e independientemente con la función renal al año y a los cinco años de seguimiento.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar si el esquema propuesto por la nueva clasificación se asocia con la función renal y sobrevida renal al año de seguimiento en una cohorte de pacientes con diagnóstico de vasculitis asociadas a ANCA a los que se les realizó una biopsia renal por sospecha de GN paucimune.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron en forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico histológico de GN ANCA entre Enero de 2001 y Mayo del 2013 que tenían al menos 1 año de seguimiento. Las biopsias renales fueron reavalsadas y re-clasificadas de acuerdo a la nueva clasificación. Se registraron los datos de creatinemia, tasa de filtrado glomerular (GFR), requerimiento de diálisis, uso de inmunosupresión y plasmáferesis, muertes, etc.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes (77.2% mujeres, tabla 1). La edad media fue 63.7 (SD: 17.5), 25 (56.8%) pacientes fueron ANCA P positivos, 14 (31.8%) ANCA C positivos y 5 (11.3%) fueron ANCA negativos. Cuatro pacientes murieron durante el seguimiento (uno en cada categoría). Hubo una diferencia significativa en el filtrado glomerular al año basado en la clasificación histopatológica (tabla 2). La clase focal se asocio con un mayor GFR al diagnóstico, mientras que la clase con semilunares, mixta y esclerótica se asociaron con GFR más bajos. La clase con semilunares se asocio a mayor recuperación del filtrado glomerular al año, mientras que la categoría esclerótica no mostró incremento en el GFR al año.

TABLA 1. Características Generales

	Focal (n 11)	Semilunares (n 14)	Mixta (n 15)	Esclerótica (n 4)	P
Edad, media (SD)	68.6 (15.4)	54.0 (16.9)	69.2 (15.3)	63.5 (24.5)	.25
Mujeres, n (%)	10 (90.9)	9 (64.2)	12 (80.0)	3 (75)	
GFR basal (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ), media (IGR)	46.9 (12-78)	13.6 (9-17)	33.4 (20-53)	13.4 (6-17)	.0008
Tratamiento, n (%)					
Metilprednisolona	8 (86)	14 (100)	8 (53)	2 (50)	
Ciclofosfamida	9 (82)	13 (93)	12 (80)	2 (50)	
Rituximab	0 (0)	0 (0)	2 (13)	0 (0)	
Plasmáferesis	1 (9)	5 (36)	0 (0)	0 (0)	
Diálisis al diagnóstico, n (%)	1 (9)	4 (29)	2 (13)	3 (75)	
Diálisis al año, n (%)	0 (0)	1 (7.4)	0 (0)	2 (50)	

TABLA 2. Cambios del Filtrado Glomerular.

Clase Histológica h	GFR basal (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ), media	GFR al año (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ), media	Delta incremento GFR medio (año-basal)	Muertes durante el primer año, n (%)	
Focal	11	46.9	57.1	5.2*	1 (9.0)
Semilunares	14	13.6	49.7	35.8*#	1 (7.1)
Mixta	15	33.4	46.9	12.1#	1 (6.6)
Esclerótica	4	13.4	12	-1.5	1 (25)

\* p=0.008; # p=0.026.

**Conclusión:** Nuestro estudio mostró asociación entre la clase con semilunares y una recuperación significativa del GFR al año del diagnóstico así como una asociación entre la clase esclerótica y una reducción del GFR al año. Estos resultados respaldan el uso de esta nueva clasificación histopatológica para determinar el pronóstico renal en pacientes con GN ANCA.

**P054 ¿ES LA BIOPSIA TEMPORAL EL GOLD STANDARD EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES?**

M Scolnik<sup>1</sup>, A Ojeda<sup>2</sup>, V Scaglioni<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, FCM-UNA, Paraguay.

**Introducción:** la única forma de confirmar el diagnóstico de Arteritis de Células Gigantes (ACG) es una biopsia de arteria temporal que muestra inflamación mononuclear y a menudo con células gigantes. Sin embargo, las biopsias pueden no siempre mostrar los infiltrados debido a que estos suelen ser segmentarios. Algunos métodos de imágenes pueden ayudar en el diagnóstico como la ecografía doppler de arterias temporales. Cuando la sospecha clínica es fuerte y la biopsia temporal es negativa o no puede realizarse, los pacientes son tratados igualmente como ACG.

**Objetivo:** analizar en los pacientes con ACG tratados en nuestro hospital el valor de la biopsia temporal en relación con el curso clínico de la enfermedad.

**Materiales y métodos:** se revisaron retrospectivamente las historias clínicas electrónicas de los pacientes atendidos en nuestro hospital entre el año 2000 y 2013 con el problema vasculitis, arteritis de células gigantes o arteritis temporal. Aquellos que cumplían criterios ACR 1990 para ACG fueron incluidos. Se recolectaron los datos clínicos y se revisaron las biopsias temporales. Una ecografía Doppler de arterias temporales fue realizada por un ecografista especializado si era solicitada por el reumatólogo tratante y la presencia del signo del halo fue considerada como compatible con el diagnóstico de ACG.

**Resultados:** se incluyeron 101 pacientes con diagnóstico de ACG, 79 mujeres (78.2%) con una edad media al diagnóstico de 74.9 años (DS 8.1). La biopsia de arteria temporal fue positiva en 52 pacientes, negativa en 21 y no se realizó en 28. En la tabla se muestran las características clínicas de los pacientes agrupados según el resultado de la biopsia. En el análisis multivariado se observó que el pulso temporal anormal al examen físico tuvo un OR de 19.7 (IC 2.9-131.9) para predecir una biopsia positiva. Tener síntomas de polimialgia reumática (PMR) y la edad también se asoció a una biopsia positiva (OR 4.5, IC 1.03-19.4 y OR de 1.11, IC 1.01-1.24, respectivamente). No se encontraron otras diferencias significativas en la presentación clínica, tratamiento, recaídas ni recurrencias entre los grupos. La ecografía doppler se realizó en 42 pacientes (41.6%). La ecografía tuvo una sensibilidad global del 29%, y una sensibilidad de 25% y especificidad de 84% versus la biopsia temporal. Ayudó en el diagnóstico de 2 pacientes con biopsia negativa y en 8 sin biopsia realizada.

**Conclusiones:** el pulso temporal anormal al examen físico, los síntomas de PMR y la edad se asociaron con una biopsia positiva. La forma de presentación, el tratamiento y las recaídas/recidivas fueron similares entre los pacientes con biopsia positiva, negativa o sin biopsia. En nuestra experiencia, el juicio clínico del médico continúa siendo relevante en el diagnóstico de ACG, ayudado por la biopsia temporal y en menor medida por la ecografía doppler.

	Total de pacientes con ACG (n=101)	Biopsia temporal positiva (n=52)	Biopsia temporal negativa (n=21)	Biopsia temporal no realizada (n=28)
Mujeres, n (%)	79 (78.2)	39 (75)	24 (86)	22 (79)
Edad al diagnóstico, media, años (DS)	74.9 (8)	76 (6)	71 (9)	76 (10)
Seguimiento, mediana, años (RIC)	3.6 (2.3)	3.2 (2.7)	2.2 (3.6)	2 (2.1)
Cefaleas, % (IC 95%)	80.2 (72-88)	78.8 (67-90)	71.4 (51-91)	88.8 (77-101)
Síntomas oculares, % (IC 95%)	45.5 (36-55)	48 (34-62)	48 (25-70)	39 (21-58)
Claudicación mandibular, % (IC 95%)	39.6 (30-49)	48 (34-62)	28.5 (8.5-49)	33.3 (15-52)
Polimialgia Reumática, % (IC 95%)	39.6 (30-49)	53.8 (40-68)	33.3 (12-54)	33.3 (15-52)
Pulso temporal anormal, % (IC 95%)	44.6 (35-54)	55.8 (41-69)	9.5 (1.2-30.4)	46.4 (27.5-66)
Eritrosedimentación al diagnóstico, mm/1 h, media (DS)	67 (31)	71(27)	68 (30)	60 (36)
Pulsos endovenosos de metilprednisolona, n (%)	15 (14.9)	10 (19.2)	4 (19.1)	1 (3.6)
Dosis inicial de meprednisolona oral, mg/día, media (DS)	42.8 (16.9)	44 (20)	42 (14)	39.9 (12)
Duración del tratamiento, mediana (RIC)	19 (25)	22 (19)	18 (31)	14 (18)
Recaídas durante la reducción de esteroides, n (%)	31 (30.7)	17 (32.7)	7 (33.3)	7 (25)
Recurrencias luego de finalizado el tratamiento inicial, n (%)	7 (6.9)	4 (7.7)	1 (4.8)	1 (3.7)
Uso de otros inmunosupresores, n (%)	11 (10.9)	7 (13.5)	3 (14.3)	1 (3.6)

**P055 PÚRPURA DE SCHONLEIN HENOCH EN NIÑOS Y ADULTOS**

LJ Gandino<sup>1</sup>, M Britos<sup>2</sup>, M Scolnik<sup>1</sup>, V Scaglioni<sup>1</sup>, C De Cunto<sup>3</sup>, ER Soriano<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Sección Reumatología, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** la severidad de las manifestaciones clínicas y el pronóstico de los pacientes con púrpura de Schonlein Henoch (PSH) varía en las distintas series reportadas. Los pacientes adultos con PSH parecerían tener manifestaciones más severas y peor evolución que los pacientes pediátricos.

**Objetivo:** investigar las manifestaciones clínicas, de laboratorio, tratamiento y evolución de los pacientes con PSH atendidos en nuestra institución y comparar entre niños y adultos.

**Materiales y métodos:** se revisaron retrospectivamente las historias clínicas electrónicas de los pacientes atendidos en nuestro hospital entre el año 2000 y 2013 con el problema vasculitis o púrpura de Schonlein Henoch. Se incluyeron aquellos pacientes que cumplían criterios EULAR/PRINTO/PRES 2010 de PSH y aquellos que a pesar de no cumplirlos fueron considerados como PSH por los reumatólogos tratantes. Se recolectaron los datos clínicos, de tratamiento, evolución y se revisaron las biopsias de piel y renales cuando las hubiera. Se consideró pacientes adultos a los que iniciaron sus síntomas luego de los 20 años.

**Resultados:** se incluyeron 158 pacientes con diagnóstico clínico de PSH, 146 niños (92.4%) y 12 adultos (7.6%). En la tabla se muestran las características de los pacientes, manifestaciones clínicas, tratamientos y recaídas. Los pacientes adultos presentaron mayor compromiso renal, mayor necesidad de tratamiento con corticoides e inmunosupresores, en ninguno se identificó claramente un cuadro clínicamente desencadenante (probablemente por subdiagnóstico) y al final del seguimiento 2 pacientes adultos quedaron con insuficiencia renal crónica (IRC) versus un solo niño (p=0.015). En 17 pacientes de los 41 con compromiso renal se realizó biopsia renal (5/8 adultos y 12/33 niños), con hallazgos compatibles con glomerulonefritis proliferativa con depósitos de Ig A en 16 de ellos.

**Conclusiones:** en concordancia con lo previamente descrito en otras cohortes, pudimos observar que en los pacientes adultos con PSH atendidos en nuestra institución se observó mayor frecuencia de compromiso renal y de IRC que en los niños, con requerimiento de tratamiento más agresivo.

	Niños (n=146)	Adultos (n=12)	p
Hombres, n (%)	81 (55.5)	7 (58.3)	1
Edad al diagnóstico, media, años (DS)	7.6 (4)	46.6 (19)	----
Cumplen criterios EULAR/PRINTO/PRES, n (%)	103 (70.5)	9 (75)	1
Seguimiento, mediana, años (RIC)	2.2 (8)	2.9 (11)	0.4
Manifestaciones clínicas iniciales			
Púrpura, n (%)	146 (100)	11 (92)	0.08
Dolor abdominal, n (%)	71 (49)	5 (42)	0.8
Proctorragia, n (%)	11 (8)	1 (8)	1
Edemas, n (%)	46 (31)	1 (8)	0.1
Artritis, n (%)	30 (21)	2 (17)	1
Atralgalias, n (%)	48 (33)	3 (25)	0.8
Renal, n (%)	33 (28)	8 (67)	0.01
Desencadenante			
Cuadro viral de vias aéreas	27 (19)	0 (0)	0.2
Infección por Estreptococo	28 (19)	0 (0)	0.1
Desconocida	92 (63)	12 (100)	0.009
Tratamiento			
Expectante	87 (60)	2 (17)	0.005
AINEs	34 (23)	1 (8)	0.5
Corticoides	36 (25)	7 (58)	0.02
Inmunosupresores	1 (0.7)	3 (25)	0.001
Pacientes con Recaidas, n (%)	25 (17)	1 (8)	0.7
Insuficiencia renal crónica al final del seguimiento, n (%)	1 (0.7)	2 (17)	0.015
Muerte, n (%)	0	1 (8)	0.08

56

**P056**  
**USO DE RITUXIMAB EN LA POLIANGITIS CON GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA (SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS)**

J Gandino<sup>1</sup>, AO Orden<sup>2</sup>, A Allievi<sup>3</sup>, SA Muñoz<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires  
Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Juan Antonio Fernández, Buenos Aires, Argentina.

**Antecedentes:**

El tratamiento de inducción de la poliangitis con granulomatosis eosinofílica (EGPA) con factores de mal pronóstico consiste en glucocorticoides (GC) y ciclofosfamida (CF). El mantenimiento se realiza con GC y azatioprina. Un significativo número de pacientes son refractarios, presentan efectos adversos o recaen haciendo necesario la búsqueda de alternativas terapéuticas. En ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) rituximab (RTX) demostró ser tan eficaz como la CF en la inducción y en el mantenimiento de la poliangitis microscópica y la poliangitis con granulomatosis; tales ECAs no incluyeron pacientes con EGPA.

**Objetivo:**

Revisar y analizar la literatura publicada sobre el uso de RTX en el tratamiento de la EGPA.

**Métodos:**

La búsqueda se realizó en MEDLINE y LILACS (1965 y 1986 respectivamente hasta febrero de 2014). Se seleccionaron trece manuscritos, en los que se examinaron los siguientes datos: edad, sexo, órganos/sistemas afectados cuando se indicó RTX, estado clínico de la enfermedad (definido como recaída, intolerancia o refractariedad al tratamiento, o nuevo diagnóstico), determinación de ANCA, recuento de eosinófilos y de linfocitos B en sangre periférica, número de fármacos inmunodepresores utilizados antes y durante el tratamiento con RTX, posología de RTX, evolución clínica y eventos adversos de los pacientes.

**Resultados:**

Se incluyeron para el análisis 27 pacientes con EGPA (55% de sexo masculino). La mediana de seguimiento fue de 15 meses (3-60 meses). La indicación de RTX fue por enfermedad refractoria (n= 20), recaída (n=5) y nuevo diagnóstico (n=2). Los órganos más afectados fueron los pulmones, el SNP, el riñón y los ojos. Catorce pacientes fueron ANCA +, 10 ANCA - y en 3 pacientes el ANCA no fue reportado. Se observó remisión clínica en el 62% (n=17) y respuesta en el 29% (n=8) de los pacientes. Cuando se comparó el porcentaje de remisión y respuesta de los pacientes según el estatus del ANCA, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,18). En 5 pacientes se reportaron eventos adversos, dos de los cuales debieron suspender la infusión de RTX por reacción alérgica grave. Tres (12%) pacientes recayeron, y no se reportaron muertes.

**Conclusiones:**

El RTX pareciera ser útil y bien tolerado en el tratamiento de los pacientes con EGPA refractoria, en recaída y con nuevo diagnóstico, independientemente del estatus del ANCA. Es necesario la realización de ECAs para confirmar estos hallazgos.

57

**P057**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS**  
ML Berra, Y Bottinelli, MF Caputo, MP Iriarte Padua, AV Prado, HA Casas  
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

La Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) es una enfermedad multisistémica caracterizada por focos de vasculitis necrotizante y formación de granulomas, con preferencia por el compromiso de vías respiratorias superiores, pulmones y riñones. Las manifestaciones otorrinolaringológicas son frecuentes (90%) y variadas, incluyendo sinusitis, perforación del tabique, otitis media, y estenosis subglótica (ES). La ES puede presentarse entre el 9-23%, ya sea al inicio de la enfermedad o como una manifestación tardía. En general responde al tratamiento con corticoides y agentes citotóxicos, pero a veces, las lesiones estenóticas pueden persistir o progresar a pesar del control de la actividad de la enfermedad.

**OBJETIVO:**

Evaluar las características clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la ES en una serie de pacientes con diagnóstico de GPA en un hospital público.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes con clínica sugerente de ES secundaria a GPA diagnosticados en nuestro servicio entre junio de 1998 y junio de 2014. El diagnóstico de vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y su clasificación se realizó de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR), del consenso de Chapel Hill del 2012 y al algoritmo de Watts.

La categorización de la enfermedad en cada paciente, se estableció de acuerdo a la clasificación del Grupo Europeo de Estudio de Vasculitis (EUVAS). En todos los casos se realizó la determinación de ANCA por inmunofluorescencia indirecta (IFI) y de anti-mieloperoxidasa (anti-MPO) y anti-proteína 3 (anti-PR3) por ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA).

Se analizaron los datos de los pacientes consignando sexo, edad al diagnóstico, formas clínicas de presentación, manifestaciones iniciales, historia de intubación endotraqueal, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), marcadores sistémicos de inflamación, características de la estenosis subglótica, tiempo de seguimiento, tratamiento y evolución.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron 28 pacientes con GPA. El tiempo promedio de seguimiento fue de 75,8 meses. La distribución por sexo fue 16 mujeres (57%) y 12 varones (43%), de los cuales, 6 (21%) desarrollaron ES. Los pacientes con ES fueron todos de sexo femenino, con edad promedio al diagnóstico de 45 (15-68) años.

La categorización de la enfermedad de acuerdo al grupo EUVAS fue: localizada en 2 pacientes, sistémica temprana en 2, generalizada en 1 y refractoria en 1. Ninguno presentó compromiso renal.

La determinación de ANCA fue positiva en 4 (66,6%) pacientes, 2 de ellos con anti-PR3 positivo y compromiso sistémico generalizado.

Ninguno tenía antecedentes de ERGE o intubación endotraqueal y sólo uno era ex tabaquista. Los pacientes con ES presentaron compromiso otorrinolaringológico al momento del diagnóstico y fue una manifestación de debut en la mitad de ellos. Se evaluaron con fibroscoposcopia, evidenciándose estenosis de la luz traqueal, en todos los casos menor a 10 mm y en un compromiso del cartilago cricoideo.

La terapéutica realizada no fue igual en todos los casos. Dos pacientes fueron tratados solo con inmunosupresión y los otros cuatro con terapia combinada de inmunosupresión y dilatación de la estenosis (1 con infiltración intralesional con mitomicina y corticoides). Ninguno requirió la realización de traqueostomía.

Tres pacientes presentaron recaída de la ES bajo tratamiento inmunosupresor. Se intensificó el tratamiento en todos, en uno se realizó dilatación e inyección intralesional con corticoides y en otro plasmáferesis por hemorragia alveolar.

De los 3 pacientes con recaída de ES, uno tenía compromiso sistémico temprano y dos generalizado, uno de los cuales fue refractario y recibió rituximab. Presentaron buena evolución a la terapéutica respecto al compromiso de la ES. Una paciente presentó una segunda recaída de la estenosis subglótica, recibió tratamiento combinado con dilatación de la estenosis y tratamiento inmunosupresor.

**CONCLUSIÓN:**

En nuestra serie observamos:

1. Predominio de sexo femenino en el desarrollo de ES.
2. Puede presentarse en ausencia de otros signos de actividad de la enfermedad o bajo tratamiento inmunosupresor.
3. El tratamiento local con dilatación y aplicación de corticoides intralesional parece ser una opción de tratamiento que podría prolongar el intervalo de tiempo sin síntomas y evitar la cirugía abierta en pacientes con ES sin compromiso de otro órgano.

58

**P058**  
**DESEMPEÑO DEL RAPID3 (ROUTINE ASSESSMENT OF PATIENT INDEX DATA) EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA, CADERA Y MANO**

MP Kohan, MA Medina, SB Papisidero, R Chaparro del Moral, OL Rillo, JA Caraccio  
Hospital General de Agudos Dr. E. Tornó, Argentina.

El RAPID3 es un cuestionario autorreportado, originalmente desarrollado para la valoración de pacientes con Artritis Reumatoidea, conformado por tres dominios (función física, dolor y valoración global del paciente). Puede calcularse en menos de 10 segundos. Recientemente se lo ha empleado en pacientes con osteoartritis (OA) de rodillas y/o caderas, demostrando ser una herramienta útil y rápida en comparación con el WOMAC. El mismo no fue evaluado para el compromiso de OA de manos. Por lo tanto los objetivos de este trabajo fueron: determinar si existe correlación entre el RAPID3 y otros cuestionarios utilizados en pacientes con OA de manos (AUSCAN) y cadera y/o rodilla (WOMAC); y comparar el tiempo que demanda la realización de los mismos por parte del paciente y su cálculo por parte del médico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio analítico observacional de corte transversal. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes  $\geq 50$  años con diagnóstico de OA de rodillas, caderas y/o manos según criterios ACR '86, '90 y '91 respectivamente. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de fibromialgia concomitante. Se consignaron datos demográficos y características de la OA, así como la articulación con mayor dolor al momento de la consulta para su valoración. Todos los pacientes completaron el RAPID3 y además aquellos con OA de mano realizaron el AUSCAN y los que tenían diagnóstico de OA de rodillas y/o caderas el WOMAC. Se midió en segundos el tiempo requerido por los pacientes para completar cada cuestionario y el necesario para su cálculo.

**Análisis estadístico:** Se analizaron los datos con el coeficiente de correlación de Spearman, test t y Mann Whitney.

**RESULTADOS:** se evaluaron 104 pacientes, 92% de los cuales eran mujeres, con un promedio de edad de  $65 \pm 7$  años y un IMC de  $29 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>. La mediana de tiempo de evolución era de 48 meses (RIQ 24-87). Noventa y siete por ciento eran OA primaria y el 61,5% de los pacientes presentaban OA de rodilla como la articulación más sintomática. Al comparar el WOMAC y el RAPID3, se observó una correlación de 0,66. Al evaluar el RAPID3 con la subescala de función del WOMAC se alcanzó una correlación de 0,75 y con la subescala de dolor de 0,43. En todos los casos la relación fue estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). La correlación entre RAPID3 y WOMAC Ab fue de 0,68 ( $p < 0,001$ ). Se observó una correlación entre el RAPID3 y el AUSCAN de 0,62 ( $p < 0,01$ ). En comparación con el WOMAC, el tiempo requerido por los pacientes para completar el RAPID3 fue menor (147 vs 226 segundos,  $p < 0,001$ ) como así también el tiempo para calcularlo (7,4 vs 20,7 segundos,  $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio se observó correlación entre el RAPID3 y el WOMAC, y el mismo requirió un menor tiempo para su realización y cálculo. Por lo tanto, podría ser una herramienta útil para evaluar pacientes con OA de rodilla y caderas.

59

**P059**  
**IMPACTO ECONÓMICO DE LA OSTEOARTRITIS TERMINAL DE CADERA Y RODILLA**

CA Waimann<sup>1,2</sup>, MF Marengo<sup>1,2</sup>, J Martinez<sup>1,2</sup>, B Ivernizzi<sup>1</sup>, M Menon<sup>1,2</sup>, R Bollini<sup>1,2</sup>, C Rabago<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escuela Superior de Ciencias de Salud, UNICEN, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Dr. Hector Cura, Olavarría, Argentina. <sup>3</sup> Facultad de Ciencias Económicas, UNICEN, Argentina.

**Introducción:** La osteoartritis terminal de rodilla y cadera (OA terminal) constituyen una de las mayores causas de discapacidad en el mundo, representando una carga para los sistemas de salud y economía de los diferentes países.

**Objetivo:** determinar el impacto económico de la OA terminal en pacientes en lista de espera de primer reemplazo total de cadera o rodilla.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes pertenecientes a una cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de osteoartritis terminal de cadera o rodilla en lista de espera para cirugía de reemplazo articular total, excluyendo pacientes con un reemplazo articular previo. Los pacientes fueron evaluados en forma basal, previa a la cirugía, y luego trimestralmente posterior a la misma, con un seguimiento planeado de un año post-reemplazo. Los datos recolectados incluyeron características sociodemográficas, farmacoeconómicas, clínicas y régimen terapéutico. Todos los pacientes completaron los siguientes cuestionarios: Índice Europeo de Calidad de Vida – EUROQOL – 5D (EQ – 5D, rango 0 a 1 donde 1 es la mejor calidad de vida), Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Function Short Form (KOOS-PS, rango 0-100 donde 100 es la peor capacidad funcional), Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Function Short Form (HOOS-PS, rango 0-100 donde 100 es la peor capacidad funcional) y Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Specific Health Problem (WPAI-SHP). Para este análisis sólo se incluyeron datos provenientes de la visita basal previos a la cirugía. Se realizó estadística descriptiva, determinándose la distribución de la calidad de vida, capacidad funcional, deterioro porcentual en las actividades diarias a causa de la osteoartritis, utilización de recursos en salud y requerimiento de ayuda por terceros a cargo. En estas dos últimas variables solo se tomó en cuenta situaciones relacionadas con la OA.

**Resultados:** Previo al envío del resumen, se llevaban incluidos 17 pacientes de un total de 21 cirugías de reemplazo total primaria en pacientes con OA-terminal de cadera y rodilla. La edad media era de  $74 \pm 5$ , presentaban una evolución media de la enfermedad de 10 años (rango 1,4 – 40,1) y el 47% eran mujeres. Todos los pacientes se encontraban jubilados al momento de la visita. El 53% presentaban coxartrosis y 47% gonartrosis primaria. Los scores de HOOS-PS y KOOS-PS fueron de  $59 \pm 21$  y  $65 \pm 20$ , respectivamente. La media de calidad de vida fue de  $0,50 \pm 0,25$  y los pacientes presentaron una media de deterioro porcentual en las actividades diarias de  $68 \pm 23$  (medida por WPAI-SHP). En cuanto a la utilización de recursos, la media de visitas médicas fue de 0,75 visitas/mes y 2 secciones rehabilitación/mes. Solo se registró una internación previa a la cirugía. El 44% de los pacientes requirió ayuda por terceros.

**Conclusión:** La osteoartritis terminal de rodilla y cadera impacta severamente sobre la calidad de vida de los pacientes, con una reducción del 50% por debajo de los niveles óptimos. A su vez deteriora la capacidad para realizar las actividades diarias en un 68%, requiriendo en el 44% de los casos ayuda por terceros.

## P060

## COEXISTENCIA DE CRISTALES DE UMS Y CPPD EN UN MISMO PACIENTE

S Roverano, C Sandobal, A Ortiz, F Ceccato, A Zunino, S Páira  
Hospital José María Cullen, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los cristales de urato monosódico (UMS) son patognomónicos de gota, mientras que los de profosfato (CPPD) son el hallazgo típico de condrocalcinosis (que suele asociarse a osteoartritis (OA)). La coexistencia de ambos cristales ha sido comunicada por algunos autores en reporte de casos, pero las consecuencias clínicas de esta asociación no han sido comentadas.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de coexistencia de cristales de UMS y CPPD en líquido sinovial (LS) y observar si estos pacientes son más severos que los que presentan uno solo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, revisándose las fichas de los exámenes de LS realizados por un mismo operador entre 1994-2014. Criterios inclusión: muestras de LS con cristales de UMS, CPPD y ambos en un mismo paciente (articulación o de bursa, sintomáticos o no), examinados con microscopio Nikon (aumento 40x) en fresco, con campo oscuro y microscopía de luz polarizada. Exclusiones: LS secundarios a traumatismos. Se detalló sexo del paciente, edad y número de brotes articulares durante el año que se realizó el examen del LS (definiendo de esta manera "severidad"). Se registró la presencia de comorbilidades y de otras enfermedades reumáticas como artritis reumatoidea y espondiloartritis seronegativas. Se compararon estos datos entre los pacientes con UMS, CPPD y co-existencia de ambos cristales.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Para variables continuas se usó media o mediana con desviación estándar (DS) o rango (r); para las cualitativas se usó frecuencia y porcentajes. Para comparar variables múltiples: test de ANOVA y Kruskal-Wallis. Un valor de  $p < 0.05$  fue considerado significativo.

**RESULTADOS:** Se revisaron 1030 fichas de exámenes de LS. 183 (18%) tenían cristales, que pertenecían a 145 pacientes. 115 muestras eran de hombres, 65 de mujeres y de 3 no se obtuvo el dato. En 80 muestras se halló UMS (44%), en 75 CPPD (41%) y en 15 se halló coexistencia de ambos (8%). En la tabla 1 se describen los datos demográficos de los pacientes y del LS y número de brotes articulares. Del grupo UMS+CPPD 3/14 pacientes tenían AR y uno EASN; del grupo UMS 5/ 62 pacientes tenían EASN y del grupo CPPD (n= 60) 4 pacientes tenían AR, 1 EASN, 1 polimialgia reumática y 6 OA. (Chi-cuadrado:  $p < 10^{-7}$ )

Tabla 1. datos demográficos y del examen del LS y número de brotes articulares

características	UMS N pac=62	CPPD N pac=60	UMS+CPPD N pac=14	p
Nº muestras de LS	80	75	15	
Sexo (nº pacientes/%)				<10 <sup>-7</sup>
Masculino	56 (90%)	19 (32%)	12 (92%)	
Femenino	3	41	2	
No dato	3	0	0	
Edad (años- media) en 1ª muestra (= 34-92)	55,5 (= 34-92)	60,36 (= 31-88)	52 (=42-75)	0,031
Ritmo celular LS (Mediana-rango) No dato: 23 muestras (50-95,050)	5,800 (50-95,050)	690 (50-38.000)	7,175 (600-50.200)	0,007
Articulación afectada				
Rodilla	53 muestras	49 muestras	9 muestras	
Muñeca	4	0	0	
Bursa	4	4	1	
Tofo	4	0	0	
No dato	12	15	3	
Otras articulaciones	6	7	2	
Nº brotes articulares				
Media (DS)	2,21 (1,19)	1,89 (1,25)	3 (1,11)	
Mediana (rango)	2 (1-5)	1 (1-5)	3 (1-4)	0,023
Comorbilidades (Nº pac/%)				
si	34 (55)	27 (45)	9 (64)	
no	6	6	2	
no dato	22	26	3	

## CONCLUSIONES:

- La coexistencia de UMS+CPPD fue del 1,45% de las muestras (15/ 1030). Jaccard y col hallaron una coexistencia de 0,36% (17/4620), mientras que Robier y col. lo hallaron en un 7,7% (6/ 78 muestras). No está claro si hay una relación causa-efecto entre articulación osteoarticular y gota. Estos pacientes tuvieron mayor número de brotes articulares de manera significativa y de comorbilidades (más severos), destacándose predominancia de enfermedad articular inflamatoria subyacente (AR- EASN) y recuentos celulares inflamatorios.

- Los pacientes del grupo CPPD fueron más viejos y con predominancia de OA, reflejando la alteración que conduce a una mayor producción de fosfato inorgánico.

- Similar a lo observado por Oliviero y col. hallamos una proporción significativa de EASN en el grupo UMS, donde fue notorio el recuento celular inflamatorio del LS y la menor edad de los pacientes, mayoritariamente masculinos.

- Considerando las limitaciones de un estudio retrospectivo y observacional, se destaca la importancia de un estudio simple, económico y reproducible que ayude en la terapéutica de comorbilidades de pacientes con diagnóstico aún ya establecido.

## P061

## ÍNDICE ULTRASONOGRÁFICO SIMPLE PARA EL MONITOREO DIARIO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: VALIDEZ Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO

T Cazenave<sup>1</sup>, C Waimann<sup>2</sup>, N Zamora<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, MG Rosemff<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Sección Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Olavarría, Argentina.

**Objetivos:** El ultrasonido (US) ha demostrado ser una herramienta sensible y específica para evaluar pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo, la aplicación de esta técnica en la práctica clínica diaria es aún objeto de debate. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la validez y la sensibilidad al cambio de un índice US simple (R.E.U.M.A.SCORE) de 4 articulaciones que podría aplicarse en el monitoreo diario de los pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con AR (según Criterios ACR / EULAR 2010). Los datos clínicos y ecográficos se recogieron en el momento basal, 3 y 12 meses. Cada paciente fue evaluado por clínica y ecografía en 28 articulaciones (DAS 28). El Power Doppler (PD) y la sinovitis en escala de grises (EG) fueron graduadas de 0 a 3, de acuerdo con las normas OMERACT. Se analizaron tres scores ecográficos: 4 articulaciones (radio e intracarpiana y segunda metacarpo-falángica bilateral), 6 articulaciones (4 + quintas metatarsofalángicas bilateral), y 28 articulaciones. Los 3 índices US son resultado de la adición de la puntuación del PD y la sinovitis en EG, siendo los rangos: 0-36, 0-48, 0-174, respectivamente. Se evaluaron las propiedades psicométricas del índice de 4 articulaciones en comparación con los otros índices US, incluyendo criterio, validez de constructo y consistencia interna (coeficientes  $\alpha$  de Cronbach). La sensibilidad al cambio se midió a los 12 meses con respuesta media estandarizada (RME) y se clasificó según el tamaño del efecto de Cohen. Se definió el cambio mínimo importante (CMI) como un cambio de 1,96 veces el error estándar de medición.

**Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes. Todos los pacientes completaron las visitas anuales. La edad media fue de 53  $\pm$  10 años, el 85% eran mujeres, y la duración media de la enfermedad fue de 8  $\pm$  5 años. La media de DAS28 al basal fue de 4,8  $\pm$  1,5. La media del índice US de 4 articulaciones fue de 12  $\pm$  6 (subescala Doppler: 5  $\pm$  3; subescala EG: 6  $\pm$  3). El índice US mostró una confiabilidad aceptable y una moderada a buena correlación con DAS28 e índices US de 6 y 28 articulaciones (Tabla 1). El índice US de 4 articulaciones fue capaz de medir cambios del estado clínico (RME= 0,98, gran tamaño del efecto). Un cambio en el índice  $\geq$  5 fue definido como cambio mínimo importante. La evaluación US del índice de 4 articulaciones fue rápida, tomando 5 minutos por paciente, en comparación con 8 y 35 minutos para los índices de 6 y 28 articulaciones, respectivamente.

Índice US	Basal media +/-DE	Efecto piso	Efecto techo	Coef.Cronbach	CMI	RME	Correlaciones US 6 (r)	US28 (r)	DAS28 (r)
4 articulaciones	12+/-6	0%	0%	0.84	4.9	0.98	0.96*	0.80*	0.60*
6 articulaciones	14+/-7	0%	0%	0.84	5.5	0.94	---	0.83*	0.65*
28 articulaciones	34+/-20	0%	0%	0.94	5.0	0.72	---	---	0.77*

\*  $p < 0,05$

**Conclusiones:** El índice US de 4 articulaciones mostró ser una herramienta válida para detectar y monitorear la actividad de la enfermedad en pacientes con AR. Su rapidez y su alta capacidad de detectar cambios clínicos hacen de este índice una herramienta viable y útil en la práctica reumatológica diaria.

## P062

## VALORACIÓN DE LA EXACTITUD DE LOS CRITERIOS DE REMISIÓN EN RELACIÓN A LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN MANOS Y PIES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

MV Martire, D Puente Trigo, VM Duarte, G Crespo Amaya, M Manzano Escalier, L Carlevaris, A Secco, M Mamani, L Santiago, L Martín Clavero  
Hospital B. Rivadavia, Argentina.

**Introducción - Objetivo:** en la actualidad uno de los principales objetivos del tratamiento de la Artritis reumatoidea es alcanzar la remisión. Se han propuesto criterios más estrictos como el CDAI, SDAI y booleanos ACR EULAR. Al igual que al DAS28 se les critica la exclusión de la evaluación de las articulaciones de los pies. Nuestro objetivo es evaluar el grado de acuerdo que existe entre el estado de remisión medida por diferentes criterios y la ausencia de actividad evaluada por ecografía de manos y pies.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR EULAR 2010 en estado de remisión definida por DAS28<2.6. Se evaluó si cumplían criterios más estrictos (CDAI, SDAI, booleanos, booleano sin EVA). Un reumatólogo especializado en ecografía musculoesquelética, quien desconocía el estado de actividad, realizó el estudio ecográfico de manos y pies. Se realizó una evaluación sistemática en escala de grises y técnica power doppler con transductor lineal multifrecuencia 10-18 en los cortes longitudinales y transversales de articulación radiocarpiana, segunda y tercera articulación metacarpo-falángica, segunda y tercera interfalángica proximal en ambas manos, segunda a quinta articulación metatarsofalángica bilateral. Se definió ausencia de actividad si el paciente no presentaba sinovitis exudativa grado II y III, ni power doppler grado II y III en ninguna de las articulaciones evaluadas.

**Resultados:** Se realizaron 100 ecografías en 78 pacientes, 80% eran mujeres (n=80) y la media de edad 52.7 DS 12. No hubo diferencias en cuanto a la edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos, ni en la positividad del FR y AntiCCP entre los pacientes con y sin actividad ecográfica. En la tabla 1 se detalla el estado de remisión de los pacientes evaluados y en la tabla 2 el grado de acuerdo entre los diferentes criterios de remisión y la ausencia de actividad evaluada por ecografía en manos y en la Tabla 3 en pies.

Tabla 1	Ecografía con actividad en manos n (%)	Ecografía con actividad en pies n (%)	Ecografía sin actividad en manos n (%)	Ecografía sin actividad en pies n (%)
Remisión por booleanos n:45	26 (58)	8 (18)	19 (42)	37 (82)
No Remisión por booleanos n:55	26(47)	15 (27)	29 (53)	40 (73)
Remisión por booleanos sin EVA n:71	30 (42)	18 (25)	41 (58)	53 (75)
No remisión por booleanos sin EVA n:29	26 (86)	5 (17)	3 (14)	24 (83)
Remisión por SDAI n:70	34 (48)	19 (27)	36 (52)	51 (73)
No Remisión por SDAI n:30	25 (83)	4 (13)	5 (17)	26 (87)
Remisión CDAI n: 62	51 (82)	17 (27)	11 (18)	45 (72)
No remisión por CDAI n:38	28 (73)	6 (15)	10 (26)	32 (84)

Tabla 2	Criterios de remisión	Concordancia	C95
Booleanos ACR/EULAR	k-0,1	0,3-0,09	0,22-0,53
Booleanos sin EVA	k 0,4	0,11-0,42	0,21-0,07
SDAI	k 0,27	0,11-0,42	
CDAI	k-0,07	0,21-0,07	

Tabla 3	Criterios de remisión	Concordancia	C95
Booleanos ACR/EULAR	k 0,09	0,09-0,24	
Booleanos sin EVA	k-0,09	0,26-0,09	
SDAI	k -0,15	0,31-0,02	
CDAI	k-0,13	0,3-0,04	

**Conclusion:** No hubo concordancia entre el estado de remisión medida por los diferentes criterios estrictos y la ausencia de actividad evaluada por ecografía de pies en la población estudiada. Sólo se encontró concordancia aceptable con los criterios booleanos que excluyen el EVA en la evaluación de manos.

## P063

## ULTRASONOGRAFÍA EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA DIARIA. ¿CUÁL ES EL APORTE DEL EXAMEN ECOGRÁFICO SOBRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA?

T Cazenave<sup>1</sup>, C Waimann<sup>2</sup>, N Zamora<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, MG Rosemff<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Sección Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Olavarría, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La ultrasonografía US se ha convertido en una herramienta de apoyo para el manejo diario de los pacientes reumatológicos. Sin embargo, cuándo y cómo utilizarla continúa siendo un motivo de discusión en las diferentes guías. **Objetivo:** determinar el valor agregado del recuento articular ecográfico, en comparación con el recuento clínico para la medición de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio de corte transversal, incluyendo pacientes con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Los pacientes fueron evaluados clínica y ecográficamente. El examen clínico incluyó recuento articular de 28 articulaciones, escala visual analógica (EVA) global de la enfermedad y velocidad de entrosedimentación (ERS). La evaluación ecográfica estuvo a cargo de dos reumatólogos con experiencia en US ciegos a la exploración clínica, e incluyó el examen de las 28 articulaciones pertenecientes al índice de DAS28. La señal Power Doppler (PD) y la escala de grises (EG) fueron graduadas de 0 a 3, de acuerdo a los estándares de OMERACT. Se realizó el recuento de articulación inflamadas de acuerdo a 5 criterios: uno clínico (Clínico) y cuatro ultrasonográficos. Para estos últimos, se definió inflamación articular de acuerdo a diferentes estándares: a) criterios OMERACT (presencia de PD $\geq$ 1 y/o EG $\geq$ 1, US-OMERACT); b) Presencia de PD $\geq$ 1 (US- PD1); c) Presencia de PD $\geq$ 2 (US-PD2); d) Presencia de PD=3 (US-PD3). Adicionalmente se determinó el DAS28 para cada recuento articular y el porcentaje de pacientes clasificados en remisión de acuerdo al mismo (DAS28s2.6).

**Resultados:** Incluimos un total de 49 pacientes. La duración de la enfermedad fue de 8  $\pm$  5 años, 85% eran mujeres, con una edad media de 53  $\pm$  10 años. En la tabla 1 se describen los diferentes recuentos articulares y el índice de actividad resultante de los mismos. La utilización de criterios OMERACT ultrasonográficos para definir inflamación articular fue el método que detectó inflamación con mayor frecuencia. El recuento de articulaciones inflamadas utilizando únicamente al grado de señal PD, no resultó superior a la evaluación clínica para detectar pacientes activos de la enfermedad.

Recuento de 28 articulaciones	Media +/- DE*	DAS28 (según cada recuento)*	Remisión por DAS28
Clínico	5.6 +/- 4.8	4.8 +/-1.5	3 (6%)
US-OMERACT	15.6 +/- 6.1	5.3 +/- 1.3	0 (0%)
US-PD1	5.9 +/- 4.9	4.8 +/- 1.5	3 (6%)
US-PD2	3.2 +/- 3.3	4.6 +/- 1.4	4 (8%)
US-PD3	0.4 +/- 0.8	4.3 +/- 1.3	5 (10%)

\* US-OMERACT fue significativamente mayor que el resto de los recuentos articulares. El recuento US-PD3 fue significativamente menor que el resto.

\* El DAS28 calculado de acuerdo al recuento US-PD3 fue significativamente menor que el calculado con el US-OMERACT

**Conclusion:** Nuestro estudio muestra que la evaluación ecográfica según criterios OMERACT es actualmente el método que más frecuentemente detecta inflamación articular. Sin embargo, el recuento articular clínico continua siendo un método confiable. Sólo un 6% de los pacientes que presentaban remisión de acuerdo al examen clínico, fueron reclassificados como activos luego la evaluación ecográfica. Por otro lado, la utilización aislada del PD para la detección de inflamación articular no resultó superior al examen clínico, requiriéndose la cuantificación de escala de grises en forma conjunta.

64

P064

**UTILIDAD DE LA CUANTIFICACIÓN DE SINOVITIS ULTRASONOGRÁFICA COMO PREDICTOR DE BROTE ARTICULAR EN ARTICULACIONES CLÍNICAMENTE INACTIVAS**T Cazenave<sup>1</sup>, C Waimann<sup>2</sup>, N Zamora<sup>3</sup>, G Citera<sup>1</sup>, MG Rosemffet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Sección Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Olavarría, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Diversos estudios han demostrado que un alto porcentaje de articulaciones presentan inflamación en la ultrasonografía (US) a pesar de encontrarse clínicamente inactivas. Actualmente, existe controversia en la conducta a seguir en este tipo de situaciones, planteándose la duda de si un cambio en la conducta terapéutica evitará una reactivación clínica de dicha articulación.

**Objetivo:** determinar la utilidad de la evaluación ultrasonográfica como predictor de brote articular a corto plazo en articulaciones clínicamente inactivas de pacientes con artritis reumatoidea (AR).

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio de cohorte, incluyendo pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR-EULAR 2010). Los pacientes fueron evaluados basalmente y a los 3 meses, incluyendo examen clínico y ecográfico de 28 articulaciones. La señal Power Doppler (PD) y la escala de grises (EG) fueron graduadas de 0 a 3, de acuerdo a los estándares de OMERACT, obteniéndose una score ultrasonográfico global (US-global) resultante de la adición de ambas escalas (rango 0-6, siendo 6 el mayor grado de sinovitis ecográfica). Basalmente, las articulaciones fueron clasificadas en activas vs. inactivas de acuerdo al examen clínico (inflamadas vs. no inflamadas). Con el fin de evaluar la capacidad de la US para predecir brote articular, se desarrolló un análisis de regresión logística múltiple utilizando al score US-global basal como variable independiente ajustado por la presencia o no de dolor articular. Se definió como desenlace primario a la presencia de brote articular clínico (inflamación articular al examen físico en articulación previamente inactiva) a los tres meses de seguimiento. En base al modelo multivariado se calculó el área bajo la curva (AUC) y la probabilidad del desenlace para los diferentes niveles de afectación ecográfica.

**Resultados:** Incluímos un total de 49 pacientes. La duración de la enfermedad fue de 8 ± 5 años, 85% eran mujeres, con una edad media de 53 ± 10 años. Se evaluaron un total de 1372 articulaciones, de las cuales 1079 (79%) se encontraban clínicamente inactivas. Estas articulaciones presentaron una media de score US-global de 0.6 ± 0.8 (PD= 0.1 ± 0.3; EG= 0.5 ± 0.6). Ninguna articulación clínicamente inactiva presentó un US-global=6 y sólo 79 (7%) de las mismas poseían señal PD (PD grado =1=61 (6%), PD grado 2=17 (2%), PD grado 3=1 (<1%). A los 3 meses, 55(5%) de las articulaciones inactivas presentaron una reactivación clínica. En el análisis multivariado, una mayor graduación del score US-global [coef.= 0.54 (IC95%= 0.30-0.78)] se asoció independientemente a mayor probabilidad de brote articular a los 3 meses (AUC=0.64). El gráfico 1 muestra la probabilidad de presentar un brote articular a los tres meses de acuerdo a la graduación ultrasonográfica basal.

Score US basal por articulación	Probabilidad de brote articular a 3 meses
0	2.9%
1	6.5%
2	10.3%
3	16%
4	19.1%
5	37%

**Conclusión:** La evaluación ecográfica podría resultar de ayuda para la toma de decisiones en articulaciones clínicamente inactivas. La probabilidad de presentar una reactivación clínica a los tres meses varía del 3 al 37% dependiendo de los hallazgos ecográficos encontrados.

66

P066

**NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA: ¿VINERON PARA QUEDARSE?**S Moyano<sup>1,3</sup>, J Kilstein<sup>1</sup>, C Alegre<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Perón, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Vall d'Hebron, España. <sup>3</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar qué porcentaje de pacientes que cumple criterios antiguos de fibromialgia (FM) es clasificado correctamente con los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 2010, valorar si hay correlación entre puntos y áreas dolorosas así como los signos y síntomas que permitan predecir un tipo específico de FM e identificar aquellos que presenten mayor correlación con la afectación vital de la enfermedad.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyeron 206 pacientes con diagnóstico clínico previo de FM. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, puntos dolorosos, puntos control, áreas dolorosas, presencia de fatiga, alteraciones del sueño y trastornos cognitivos, síntomas somáticos, tipo de FM, presencia de otras enfermedades reumatológicas y la puntuación promedio del cuestionario de impacto de la fibromialgia (F.I.Q.).

**Resultados:** Los nuevos criterios diagnósticos clasificaron correctamente el 87.03% de los casos que cumplen con la antigua definición. Ningún criterio fue superior al otro para valorar el impacto de la enfermedad. El 74.87% de los pacientes presentó una afectación vital severa. Se evidenció un predominio del tipo de FM somatizador. El tipo hiperalgesico presentó un promedio de F.I.Q. más bajo que los tipos depresivo y somatizador.

Tabla 1. Características generales de la muestra

VARIABLES	
Edad (años / x-DS)	53,71 (± 9,48)
Sexo femenino (%)	196 (95,1)
Años de evolución de la enfermedad (x-DS)	8,04 (± 5,84)
Criterios ACR 1990 positivos (%)	185 (89,8%)
Tipos de fibromialgia (n / %)	
Somatizador	113 (68,5%)
Depresivo	34 (20,6%)
Hiperalgesico	18 (10,9%)
F.I.Q. (puntos / x-DS)	68,86 (± 18,6)

DS: desvío standard; F.I.Q.: Fibromyalgia Impact Questionnaire.

Tabla 2. Diferencia de F.I.Q. según los criterios de FM del ACR 1990 y 2010.

Criterios ACR	Media de F.I.Q.	n
1990		
No	44,53 (±25,26)	19
Si	71,43(±15,78)	180
2010		
No	51,53 (±20,86)	30
Si	71,94 (±16,41)	169
Total	68,86 (±18,60)	199

n: muestra; FM: fibromialgia.

Tabla 3. Promedio de F.I.Q. según tipo de FM.

Tipo de FM	n	F.I.Q. promedio
Depresivo	32	75,34 (±13,62)
Hiperalgesico	18	51,83 (±23,29)
Somatizador	112	73,96 (±14,52)
Total	162	

**Conclusión:** Los criterios del ACR 2010 constituyen una manera simple de evaluar pacientes con FM y tienen en cuenta las manifestaciones subjetivas de la enfermedad. Los nuevos criterios deben convivir con los criterios antiguos; aportan una mayor comprensión y facilitan el manejo de esta patología tan prevalente.

65

P065

**UTILIDAD DE UN CURSO INTENSIVO DE ULTRASONOGRAFÍA EN EL ENTRENAMIENTO DE REUMATÓLOGOS**MC González<sup>1</sup>, N Zamora<sup>1</sup>, I Carrillo<sup>1</sup>, T Cazenave<sup>1</sup>, G Azulay<sup>2</sup>, G Citera<sup>1</sup>, M Rosemffet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. <sup>2</sup> Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

El avance de la ultrasonografía (US) en la práctica reumatológica, ha hecho de ésta técnica un elemento útil, facilitando realizar diagnósticos certeros, tomar decisiones terapéuticas, monitorizar evolución de la enfermedad y realizar procedimientos de punción-aspiración o infiltración. Estas ventajas, han generado la necesidad de capacitarse; encontrándose disponibles diferentes formas de entrenamiento (tutorías, cursos virtuales y presenciales) que permiten adquirir los principios básicos para iniciarse en el uso de esta herramienta.

**Objetivo:** diseñar el primer curso presencial intensivo de US destinado a reumatólogos con la finalidad de comprobar su utilidad en el aprendizaje de ésta técnica.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se invitó a participar a 20 médicos reumatólogos de diferentes puntos del país interesados en el uso de ésta herramienta. El curso se dictó durante 3 días, el mes de abril del corriente año. Previo al curso, fue enviado material de lectura a los correos electrónicos de los participantes. Al inicio del curso se realizó un examen de opción múltiple con 19 preguntas de conocimientos anatómo-regionales e interpretación de imágenes ecográficas. Reumatólogos con experiencia en US y un radiólogo especializado en ésta técnica dictaron el curso. Se formaron 4 grupos que rotaban por cada máquina. El programa incluía: manejo de botonera, principios básicos de la técnica, introducción regional anatómica con práctica en voluntarios sanos y en pacientes con diferentes patologías (AR, OA, EASN, Cristales), presentación de casos clínicos y práctica de infiltración guiada por US. Al final del curso se repitió el mismo examen para evaluar el conocimiento adquirido.

Para el análisis estadístico se realizó estadística descriptiva.

**RESULTADOS**

En la evaluación anatómo-regional se encontró dificultad en el reconocimiento de estructuras anatómicas de tobillo, hombro y codo, siendo la rodilla la región mejor reconocida. En 17/19 preguntas se observó aumento del 74.61 % de participantes que responden satisfactoriamente. En la segunda evaluación 3 de las preguntas fueron respondidas correctamente por el 100% de los participantes. La performance mejoró luego del entrenamiento en el 84.2% de las respuestas.

Pregunta	Día 1 Porcentaje de participantes que contestaron correctamente	Día 3 Porcentaje de participantes que contestaron correctamente	Contenido de la pregunta
1	42,1	73,7	Anatomía hombro
2	31,6	57,9	US hombro
3	26,3	78,9	Anatomía codo
4	47,4	73,7	US codo
5	52,6	73,7	Anatomía carpo
6	42,1	73,7	US carpo
7	67,9	62,6	Anatomía mano
8	78,9	100	US mano
9	36,8	84,2	US mano
10	57,9	63,2	Anatomía cadera
11	63,2	57,9	US cadera
12	78,9	94,7	Anatomía rodilla
13	84,2	100	US rodilla
14	85,9	100	US rodilla
15	57,9	57,9	US rodilla
16	5,3	26,3	Anatomía tobillo
17	52,6	78,9	US tobillo
18	31,6	47,4	US tobillo
19	68,4	84,2	US tendón de aquiles

**CONCLUSIONES**

Un curso presencial intensivo de US musculoesquelética es útil para mejorar la curva de aprendizaje de reumatólogos que tengan interés en el uso de ésta herramienta para su práctica diaria.

67

P067

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE ADOLESCENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA**M Heredia, S Meiorin, G Espada  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica prevalente en la infancia. No sólo ocasiona discapacidad motora y afectación de la calidad de vida, sino también emociones negativas en pacientes y familias. **Objetivos:**-Evaluar el funcionamiento familiar (grado de disfunción) y sus áreas afectadas: -Conocer y comprender cómo la enfermedad "es vivida" por los adolescentes y sus padres (su percepción de la información, del diagnóstico) y -Analizar su impacto en la vida cotidiana. **Pacientes y métodos:** estudio observacional, de cohorte prospectivo (cuali y cuantitativo). Los pacientes ingresaban al estudio en forma consecutiva desde el consultorio externo de Reumatología -Se entrevistaron adolescentes con AIJ (ILAR 2001) y un familiar cuidador. Se analizaron variables demográficas, clínico-funcionales y socioeconómicas. Los instrumentos utilizados fueron: a-cuestionario de capacidad funcional: CHAQ (Moroldo MB y col 1998) -b) cuestionario auto administrable de "funcionamiento familiar": *Cómo es tu/su familia* (OMS/OPS 1996) -c) Entrevista semi-estructurada basada en Medicina Narrativa (Charon 1993) cuyo marco de investigación fue diseñado para evaluar tópicos específicos tales como "comprensión del diagnóstico", "percepción de la información médica", "impacto y vivencias relacionadas a la enfermedad".

**Resultados:** Se evaluaron 39 pacientes (26 mujeres) y 42 familiares cuidadores. El subtipo de AIJ prevalente fue la forma oligoartricular (16 pts -41%). La edad X al Dx de la enfermedad fue de 8.7 años (DS 3.7), la edad X a la entrevista de 13.9 años (DS 2.49), y el tiempo medio de evolución de enfermedad fue de 5.2 años (DS 3.8). Los pacientes no presentaban deterioro funcional al momento de la entrevista (CHAQ X 0.23 -DS 0.41). La prevalencia de disfunción familiar (vulnerabilidad) fue del 43.5% (17/39 familias), la misma se asoció significativamente a un mayor tiempo de evolución y a una menor edad de inicio de la enfermedad (p.001 y p.03 respectivamente). Las áreas más afectadas fueron "fuentes de apoyo al adolescente" y "cohesión familiar". Respecto a la narrativa, mediante la entrevista se detectó un alto impacto emocional en el paciente y su familia (ej: "comprendo pero no asumo" "me preocupa su futuro" "mi hijo comenzó a aislarse" "odio la enfermedad y no quiero saber nada de ella"). Se requirió algún tipo de intervención (médica, psicológica, escolar) en 19 familias.

**Conclusiones:** La alta prevalencia de disfunción familiar y los hallazgos observados a través del enfoque narrativo permitieron demostrar que, a pesar de la buena capacidad funcional de los pacientes al momento de la evaluación, el "diagnóstico" de la enfermedad y su "peregrinaje" (trayectoria, cronicidad de la enfermedad) determinaron cambios en la personalidad del paciente, en el vínculo padre-hijo y en las actividades familiares. Estos resultados enfatizan la importancia de la evaluación psicossocial (cuali y cuantitativa) como parte integral del abordaje del paciente con AIJ, para lograr ajustes en la adaptación familiar a la enfermedad crónica y la elaboración de estrategias de intervención.

**P068**  
**LUPUS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: PRONÓSTICO VISUAL A LARGO PLAZO EN PACIENTES TRATADOS CON METOTREXATE DE INICIO**  
C Vega, M Alvarez, V Deves, S Meiorin, A Tartara, E Couto, J Giuponi, G Espada  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la causa más frecuente de uveítis crónica anterior en la infancia (12 -15% de los pts). Esta manifestación se asocia con complicaciones, como cataratas, queratopatía en banda y glaucoma las cuales en ocasiones pueden estar presentes desde el diagnóstico. El objetivo de tratamiento es alcanzar la inactividad ocular, remisión o actividad mínima, logrando un buen pronóstico visual minimizando el desarrollo de complicaciones. El abordaje terapéutico de la uveítis incluye desde esteroides tópicos y sistémicos hasta el uso de agentes inmunosupresores, y biológicos sobre todo Anti-TNFalfa. A pesar de que el MTX es elegido como el IS de 1ra línea, el 30% de los pacientes mostraron refractariedad durante el 1° año de tratamiento. **Objetivos:** - Evaluar si los niños que logran inactividad ocular en el primer año de tratamiento tienen mejor pronóstico visual final a largo plazo - Determinar predictores de falla al tratamiento sistémico en niños con uveítis asociada a AIJ.

**Pacientes y Métodos:** **Criterios de Inclusión:** -Pacientes con Uveítis Anterior Crónica asociada a AIJ (< 16 años -ILAR 2001) -Bajo tratamiento sistémico inmunosupresor (sin respuesta al tratamiento esteroideo) -Seguimiento mayor o igual a 1 año. Se analizaron variables demográficas, clínicas (de la AIJ y de la uveítis), serológicas y terapéuticas; al inicio, al año y a la última consulta (UC). Se definió "enfermedad ocular inactiva al año": a la ausencia de inflamación ocular (0 células en cámara anterior durante un mínimo de 4 visitas consecutivas/año), y "falla al tratamiento": a la adición o cambio a otros agentes terapéuticos ante la falla al MTX (período de 3 meses) (SUN Working Group 2005)

**Análisis estadístico:** descriptivo, Chi X<sup>2</sup>, T Test y análisis de regresión. SPSS 15.0.  
**Resultados:** Se incluyeron 47 pts, edad X al Dx de Uveítis fue de 5,6 años (±3a), tiempo X de seguimiento fue de 7,7 años (±4,6a). La categoría más frecuente de AIJ fue la oligoartricular (44 pts, 94%). Cuarenta y dos (89.3%) eran positivos para anticuerpos antinucleares. Veintidós (46.8%) presentaron uveítis bilateral al Dx. Todos los pts recibieron MTX como droga de primera línea y el mismo fue incorporado a una mediana de tiempo desde el Dx de 1 mes (RIC 0-2). Veintiocho pts (59%) refractarios al MTX requirieron tratamientos múltiples (CyA, MMF, Ag, Biológicos) El tiempo medio a la falla al MTX fue de 3,6 ±2 años. Al año del Dx de Uveítis, el 53% (25/47 pts) alcanzaron inactividad ocular, 18/25 (72%) sostuvieron la inactividad bajo MTX como monoterapia (curso mono cíclico) y 6/18 (30%) alcanzaron la remisión completa. A pesar de no hallar diferencias significativas en las variables analizadas entre ambos grupos (los que inactivaron al año y los que no) cabe destacar una mayor proporción de pts varones en el grupo respondedor y un mayor número de complicaciones y mala agudeza visual inicial en los pts que persistieron activos. Comparando el grupo de pts con actividad ocular sostenida (n:21) vs los que desarrollaron flare posterior a la inactivación bajo MTX al 1er año (n:7); este último grupo requirió con menor frecuencia terapia inmunosupresora secuencial para controlar la inflamación ocular. De estos 7 pts, el 57% alcanzó remisión completa (tpo X de seguimiento de 7,3 años).

**Conclusión:** Si bien todos los pts iniciaron MTX en forma temprana (dentro del mes del Dx), la mitad de la muestra (53%) alcanzó inactividad ocular al primer año, y ésta se sostuvo a largo plazo en el 72% de estos pts. Este último grupo alcanzó buena agudeza visual final (0,85 en ambos ojos). Cabe señalar que no se hallaron factores predictores de refractariedad al tto. en esta cohorte de ptes.

**P069**  
**PREVALENCIA DE INTOLERANCIA AL METOTREXATE EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**  
G Kondratuk, Y Ameruso, S Galano, M Etcheverry, M Zamora Sabando, MI Brusco, A Pringe, V Cervetto, R Cuttica  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

#### INTRODUCCIÓN

El metotrexate (MTX) es una droga modificadora de enfermedad reumática (DMARD, en sus siglas en inglés) de primera elección para el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ). Como efectos adversos, las manifestaciones gastrointestinales son las más comunes. Se exploró el trabajo de Bulatovic y colaboradores cuyo objetivo se centró en diseñar un cuestionario validado para definir los síntomas gastrointestinales y conductuales secundarios al uso de MTX (intolerancia al MTX) y determinar su prevalencia en pacientes con AIJ. El score de severidad de intolerancia al MTX o MISS (MTX Intolerance Severity Score) se desarrolló para tal fin. Concluyeron que el uso del MISS presentaba una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de intolerancia al MTX. Además, hallaron una alta prevalencia de intolerancia entre los pacientes con AIJ.

#### OBJETIVOS

Estimar prevalencia de intolerancia al MTX en pacientes con AIJ utilizando el score de severidad de intolerancia al MTX.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño:** Transversal. **Población:** Pacientes entre 2 a 19 años con diagnóstico de AIJ según criterios de la Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR, sus siglas en inglés) desde el 15 de Junio al 18 de Julio de 2014 inclusive. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. Para determinar la prevalencia de intolerancia al MTX, se utilizó el cuestionario MISS donde se incluyeron efectos adversos gastrointestinales y alteraciones de conducta de tipo anticipatorio, asociados y postadministración.

El puntaje que se brindó a cada ítem fue 0 (Sin síntomas), 1 en síntomas leves (sin interrupción del tratamiento), 2 en síntomas moderados (sin alteración de la vida cotidiana) y 3 en síntomas severos (suspensión del tratamiento). Se definió intolerancia al MTX con un score total mayor o igual 6 puntos. **Criterios de Inclusión:** Pacientes con diagnóstico de AIJ a través de los criterios ILAR cuyo tratamiento conste de MTX de presentación oral y/o parenteral. Pacientes que aceptaron participar del estudio, firmando los consentimientos y/o asentimientos correspondientes. **Criterios de exclusión:** Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades del tejido conectivo. Pacientes con diagnóstico de AIJ que no se encontraban recibiendo MTX como tratamiento. Pacientes con mala adherencia a los tratamientos, independientemente de recibir MTX como tal. Patologías digestivas u otras asociadas o no a la AIJ que dificultaban la evaluación.

#### RESULTADOS

Se rescataron 76 pacientes encuestados (54 niñas/22 niños). La edad promedio fue de 10,6 años (min 3-máx 19). La mayoría tenían como diagnóstico AIJ subtipo oligoartricular persistente (43%) seguido del subtipo poliarticular factor reumatoideo (FR) negativo (18%) y sistémico (18%). El tiempo medio de tratamiento fue de 51 meses (min 1-máx 141).

La vía de administración predominante fue la oral (76 %) y la media de dosis/superficie corporal fue 12,6 mg/m<sup>2</sup> (min 5-máx 21,5). Se encontró que 12 pacientes (15.8%) presentaron intolerancia, fundamentalmente a la vía oral (17% vs 11%) sin significancia estadística.

Existió una correlación significativa entre la presencia de alteraciones conductuales y gastrointestinales (p 0.001) y de ésta última con el subtipo oligoartricular persistente (p 0.0013).

No existieron asociaciones significativas entre intolerancia al MTX y edad, sexo, dosis, vía de administración, duración del tratamiento y escala análogo/visual del médico.

#### DISCUSIÓN

A través de la utilización del MISS, se llegó a la conclusión que el porcentaje de intolerancia observada al MTX es bajo, en comparación con la población europea (15.8% vs 50.5%). Lo más frecuente en nuestra población fueron los síntomas conductuales.

La prevalencia de intolerancia estuvo más relacionada con la vía de administración oral, en contraposición a lo ocurrido en el estudio europeo.

Otra diferencia rescatada es que los autores europeos encontraron mayor intolerancia a mayores dosis de metotrexate.

#### CONCLUSIÓN

El MTX juega un papel importante en la inducción de efectos adversos gastrointestinales y conductuales de tipo anticipatorio y asociativa para ambas vías de administración. La ocurrencia frecuente de los síntomas anticipatorios se basa en la presencia de mecanismos de condicionamiento clásicos donde un estímulo no condicionado produce una respuesta de iguales características, tales como el dolor abdominal o los vómitos.

**P070**  
**HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ)**  
J Moreno Lubertino, S Meiorin, G Espada, A Maffei, A Tepper, G Vallejo  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune con compromiso multiorgánico y curso impredecible.

La hemorragia alveolar (HA) es una manifestación de aparición poco frecuente (prevalencia < 5%), pero de evolución potencialmente fatal. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la presencia de alteraciones radiológicas y de laboratorio. El reconocimiento temprano y la institución de un tratamiento precoz son cruciales en mejorar la sobrevida de los pacientes con esta complicación. . Son escasos los reportes sobre el cuadro clínico, evolución y pronóstico de la HA en la población pediátrica con LES.

#### Objetivo:

1- Describir las formas de presentación, evolución y modalidades terapéuticas en una serie de pacientes con LES juvenil y hemorragia alveolar. 2-Revisión de la literatura.

#### Pacientes y métodos:

Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (ACR 97) con edad de inicio < 16 años, que presentaron hemorragia alveolar (Período 1997- 2014). Se definió hemorragia alveolar como la presencia de nuevos infiltrados en la radiografía (Rx) o tomografía (TAC) de tórax sugestivos de hemorragia alveolar, caída abrupta de la hemoglobina = 2 gr/dl (sin evidencia de sangrado en otro sitio), acompañado o no de los siguientes signos o síntomas: disnea y/o hipoxemia. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, metodología diagnóstica (laboratorio, imágenes y estudios funcionales) y terapéuticas al momento del episodio. Se determinó actividad de la enf. por SLEDAI-2K (02) y daño por SLICC (96). An. Estadístico: Descriptivo, curvas de sobrevida Kaplan-Meier (SPSS 15.0).

#### Resultados:

Siete de 268 ptes con LESJ presentaron al menos 1 episodio de hemorragia alveolar durante su evolución (Prevalencia 2.6%), 5 eran mujeres (71.4%), con edad mediana al diagnóstico de LES 12.6 años (RIC 10.5-14.3) y tiempo mediano evolución enf. 3.3 años (RIC 0,6- 5,6). En 5 ptes. (71.4%) los episodios de HA aparecieron dentro de los 3 meses del diagnóstico, y fue la forma de presentación al debut de la enfermedad en 2 adolescentes. Todos los pacientes presentaron tos, disnea e hipoxemia, mientras que hemoptisis solo se observó en 2 ptes. (28.6 %). Opacidades alveolares difusas en TAC de tórax fueron observadas en la totalidad de los pacientes. Sólo en 1 de 5 (20 %) en quienes se efectuó prueba de DLCO; mostró un incremento respecto de los valores basales. Lavado broncoalveolar no se realizó en ningún pte. en el momento agudo. Las manifestaciones clínicas concomitantes observadas fueron: fiebre 7ptes (100%), citopenias 6 ptes (85.7%), glomerulonefritis 5 ptes (71.4%), y compromiso musculoesquelético en 4 niños (57.1%), con un score X SLEDAI de 20 (DS 8,04). En cuanto al manejo terapéutico, todos los pacientes recibieron Metilprednisolona

EV 30 mg/kg y Ciclofosfamida en pulsos mensuales. Debido a la severidad de la complicación, 3 ptes (42.8 %) requirieron plasmáferesis. Oxigenoterapia suplementaria y asistencia respiratoria mecánica como soporte, se emplearon en 100 % y 28.5 % de los niños, respectivamente. La tasa de sobrevida fue de 71.5% (2 ptes. fallecieron debido a HA y compromiso multisistémico refractarios a múltiples medidas terapéuticas agresivas). Episodios recurrentes de HA (n=3) solo se observaron en 1 pte, quien en su perfil serológico presentaba altos títulos de ANCA (patrón periférico, 1 /1280), en quien se empleó terapia biológica con Rituximab con respuesta parcial

#### Conclusión:

En nuestra serie de pacientes juveniles con LES, la prevalencia de hemorragia alveolar fue 2.6%, siendo la forma de presentación en 2 casos (28.5%). Todos los ptes, se encontraban clínicamente activos al momento de la HA (SLEDAI X 20), y requirieron tratamiento inmunosupresor agresivo, incluido el empleo de plasmáferesis en 3 ptes (42.8%). Dos ptes fallecieron debido a compromiso multiorgánico concomitante (28.5%).

**P071**  
**ECOGRAFÍA ARTICULAR VERSUS EXAMEN DE LÍQUIDO SINOVIAL PARA DETECCIÓN DE ENFERMEADES CRISTÁLICAS**  
S Roverano, C Drago, C Sandobal, S Paira  
Hospital José María Cullen, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El examen de líquido sinovial (LS) es un procedimiento útil para el diagnóstico de enfermedades cristálicas (aún en articulaciones asintomáticas), constituyendo la "regla de oro". Desde el punto de vista ecográfico, los cristales de urato monosódico (UMS) se depositan en la superficie del cartilago articular, mientras que los de pirofosfato (CPPD) lo hacen en el interior del mismo visualizándose como "manchas" hiperecogénicas focales o difusas. La ecografía podría ser un método no invasivo para diagnosticar tanto gota como enfermedad por CPPD, pudiendo detectar precozmente tofos, microtofos y erosiones.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO:** Determinar si existe una correlación entre ambos métodos, evaluando la sensibilidad y especificidad de este método.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** estudio retro-prospectivo. Se revisó el archivo de LS examinados entre junio 1994 y marzo 2014. Criterios Inclusión: pacientes con de cristales de UMS, CPPD, coexistencia de ambos en bursas y articulaciones (síntomas o no) e hidroxipatita. Exclusiones: LS 2° a traumatismos. El examen de LS fue realizado por un solo operador a ciegas. Los pacientes incluidos cumplieron criterios de Wallace 1977 para gota y de Resnick 1977 para enfermedad por depósito de CPPD. Luego fueron citados para realizar ecografía de rodillas y carpos, realizado por un solo operador a ciegas con un equipo Esaote My Lab 25 con transductor lineal de alta frecuencia (10 Mhz -18 Mhz). Se tomaron datos demográficos (sexo- edad al momento de este estudio) y de la enfermedad de base. El número de brotes articulares se tomó durante el año correspondiente a la extracción del LS. Luego se compararon los hallazgos ecográficos y de LS.

**MÉTODOS ESTADÍSTICOS:** Para las variables continuas se usó la media o mediana. Para las cualitativas se usó frecuencias y porcentajes. Se calculó sensibilidad, especificidad y valores predictivos (positivo y negativo), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se usó software EPIDAT 3.1.

**RESULTADOS:** Se examinaron 1030 muestras de LS en 20 años, identificándose cristales en 183 de ellas (140 pacientes). 18 pacientes accedieron a realizarse la ecografía de rodillas y muñecas (investigándose 72 articulaciones sintomáticas y asintomáticas). Eran 14 hombres y 4 mujeres, edad al momento del estudio: 58 años (mediana, r= 34-70). Los datos demográficos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: Datos demográficos, articulación comprometida y datos de líquido sinovial				
	UMS	CPPD	UMS+CPPD	hidroxipatita
Nº pacientes	10	5	2	1
Sexo M/F	10/0	1/4	2/0	1/0
Edad (años)	53.5 (r=34-65)	66 (r=40-70)	42	69
Articulación	Rodilla: 8 pac Nód MCF-1 pac Tibioastrag: 1 pac	Rodilla: 5	Rodilla	Hombro
Rcto celular/mm <sup>3</sup> (mediana)	11.875 (r= 50- 95.050)	1550 (r=690-5800)	25.400	600
Nº brotes articulares/año	Mediana: 1,875 Mediana: 1.5 (r=1-3)	Mediana: 2,6 Mediana: 2 (r=1-5)	4	1

r= rango pac: paciente

Sensibilidad del LS para el UMS: 80% (IC= 50-100); especificidad: 63% (IC= 23-100). La ecografía tiene un valor predictivo positivo (VPP): 73%; el valor predictivo negativo (VPN): 71%. Para el CPPD, la sensibilidad del examen del LS: 40% (IC= 0-93); la especificidad: 69% (IC= 40-98). El VPP de la ecografía es del 33% (IC= 0-80) y el VPN es del 75% (IC= 46-100).

#### CONCLUSIONES:

- La ecografía en este estudio determinó la presencia de cristales en 15/18 pacientes. Se halló el doble contorno típico de gota en 8 pacientes. Es más segura para detectar cristales de UMS que de CPPD (VPP 73% y 33% respectivamente).

- En 11/15 pacientes coincidió el examen ecográfico con el microscópico.

- El sexo masculino predominó en los grupos UMS y UMS+CPPD, siendo el recuento celular del líquido articular notoriamente mayor en estos grupos (LS inflamatorios vs. no inflamatorio del grupo CPPD solo).

Limitaciones del estudio: bajo número de pacientes y no se detalló el tiempo de evolución de los pacientes, no pudiendo evaluar la precocidad de hallazgos por este método.

La ecografía sería un método útil, sobre todo en aquellas articulaciones pequeñas (como la 1ª metatarsofalángica) donde es difícil obtener la obtención de LS, y para seguimiento de los pacientes.

**EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO**

R Murciaño<sup>1</sup>, E Knobel<sup>1</sup>, AE Fernández<sup>1</sup>, MR Risk<sup>2</sup>, E Derecho<sup>3</sup>, L Nuñez Ibañez<sup>2</sup>, M Gandufo Galarza<sup>2</sup>, D Bouret<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General de Agudos Dr. Dalmasio Velez Sarsfield, Argentina. <sup>2</sup> Itba-Conicet, Argentina.

**Introducción**

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) tipo I se caracteriza por la rápida desmineralización de aspecto moteado debido al adelgazamiento desigual de la cortical, más acentuada periarticular; asociada a tumefacción dolorosa de tejidos blandos, tras un traumatismo. Se han publicado pocos trabajos en la literatura respecto a la evaluación radiológica en estos pacientes.

**Objetivo**

Definir patrones de desmineralización y resorción ósea en pacientes con SDRC tipo I, a través de la radiología y establecer si existe una relación con el tipo de traumatismo desencadenante y variables demográficas.

**Material y métodos**

Se examinaron 30 pacientes con diagnóstico de SDRC tipo I durante el período 2013-2014; provenientes de Consultorios Externos. Se registraron edad, género, tipo de traumatismo y estadio clínico (agudo, distrofico, atrófico). Para la fractura (Fx) de muñeca se utilizó la Clasificación Universal o de Rayhack, basada en la estabilidad de la Fx y si esta es extraarticular o intrarticular. Se realizaron radiografías comparativas de miembros. Cuatro tipos de hallazgos fueron descriptos, según la Clasificación de Genant y col: edema de partes blandas, osteopenia, resorción ósea cortical y erosión articular. Grados de severidad radiológica: G0=normal; G1=borderline; G2=definido, leve o moderado; G3=severo.

El Edema del tejido blando fue valorado con la medición del grosor de la piel interdigital, la distensión capsular y el aspecto reticulado, mediante regla milimétrica y lupa.

**Resultados**

Se utilizó el test de asociación o de independencia para realizar el análisis estadístico del examen radiológico, que consiste en una tabla de frecuencias que se realiza con el chi cuadrado permitiendo verificar la asociación o independencia entre las variables estudiadas. De los 30 pacientes, 29 (97%) fueron mujeres. La edad media fue de 66.6 (14.1). 28/30 (93.3%) tuvieron Fx de muñeca y 2 pacientes (6.7%) esguince de tobillo. De 28 Fx, 16 (57.2%) fueron Tipo I; 5 (17.8 %) Tipo II; 6 (21.4%) Tipo III y 1 (3.6%) Tipo IV. Estadio clínico: 25/30 (83.3%) agudo, 5/30(16.7%) distrofico. Exámen radiológico: Edema de partes blandas: difuso 28/30(93.3%), periarticular 2/30 (6.7%)p<0.001; Osteopenia difusa 9/30 (30%), periarticular 21/30(69.9%) p=0.018;erosiones: radiocarpiana 21/30 (90%),MCF/MTF 8/30 (26.7%); PIF 8/30(26.7%); DIF 1/30 (3.3%) p<0.001; Resorción ósea: subperióstica 23/30(90%), intracortical 5/30(16.7%), endosteal 1/30(3.3%) p<0.001.Cuando se compararon con la edad y el género no hubo diferencia significativa. En la Fx tipo I, edad 77(5) y G3 vs edad 66(16) y G0, la osteopenia periarticular fue más frecuente p= 0.023.En los tipos de Fx restantes no hubo diferencia significativa.

No hay asociación entre el tipo de edema (difuso o periarticular) y el grado de diagnóstico (normal a severo), la frecuencia de los casos no se distribuyen uniformemente.

**Conclusiones**

En los pacientes con SDRC hubo un franco predominio femenino. La Fx de muñeca tipo I extraarticular tipo Colles fue la más frecuente. El 83.3% presentaban estadio clínico agudo. El examen radiológico fue significativo para edema de partes blandas difuso, osteopenia periarticular, resorción ósea subperióstica y erosiones intracorticales de predominio proximal. En la Fx tipo I la osteopenia periarticular fue más frecuente en forma significativa y la tendencia de la edad fue mayor según el grado de severidad radiológica.

**ASOCIACIÓN ENTRE EL DOLOR ARTICULAR REFERIDO POR EL PACIENTE Y LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y ULTRASONOGRÁFICA REALIZADA POR EL REUMATÓLOGO**

N Zamora, MC González, T Cazenave, I Carrillo, G Citera, MG Rosemiffet IREP, Argentina.

**Introducción:** En pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), el dolor articular puede estar influenciado por diversos factores. Existen estudios que han demostrado un pobre nivel de acuerdo entre el médico y el paciente en la evaluación del dolor.

La ultrasonografía (US) es una herramienta validada para la detección de sinovitis en pacientes con AR. Sin embargo, poco estudios se han enfocado en estudiar la asociación de la sinovitis detectada por US con la presencia de dolor referido por el paciente.

**Objetivo:** Evaluar el dolor en articulaciones metacarpofalángicas (MCF) de pacientes con diagnóstico de AR y su posible asociación con hallazgos clínicos y US.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010 con dolor referido en al menos una articulación (MCF). Se consignaron datos sociodemográficos y relacionados con la enfermedad. La capacidad funcional fue evaluada por HAQ y la actividad por DAS28 y RAPID3. El examinador evaluaba además en una escala visual análoga (EVA) de 0 a 100 la intensidad del dolor en el examen por cada articulación. El paciente, a su vez evaluaba el dolor espontáneo general en manos por EVA de 0 a 100 e individualmente en cada MCF por dos escalas: EVA de 0 a 100 y escala de Likert (leve, moderado, severo). El examen US fue realizado por 2 ecografistas ciegos a los datos clínicos e incluyó la evaluación de MCF (primera a quinta bilateral) por escala de grises (EG) de cara dorsal (Sinovitis 0-3) y palmar (presencia/ausencia) y power-doppler (PD) graduada (0-3) en cara dorsal y palmar (presencia/ausencia). Se realizó un score ecográfico articular proveniente de la suma de los valores de sinovitis por EG en ambas caras y PD (0-80). Estadística: Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se analizaron por t-test y ANOVA y las categóricas Chi<sup>2</sup>. Correlaciones por Spearman. Índice de concordancia por Kappa. Un valor de p<0.05 se consideró significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 45 pacientes, 89% de sexo femenino 100% seropositivas para FR, con una media de edad de 55±10 años y una evolución mediana de la enfermedad de 120 (RIC 81-228) meses. Presentaron una mediana de DAS-28 de 4.9 (RIC 4.2-6.1), HAQ 1.3750 (RIC 0.875-1.875) y de RAPID-3 de 15 (RIC 12-20). 93% tenían al menos una DDMAR y 33% estaban con agentes biológicos. La media de VAS de dolor en manos fue de 63±19mm y la de VAS global de 55±23. La media de articulaciones inflamadas fue de 5±5 y de dolorosas de 7.5±6. El score ecográfico de MCF presentó una media de 9.4±5. Se observó una correlación aceptable entre el score US y las articulaciones inflamadas y dolorosas (Rho=0.5). La correlación con los índices de actividad de la enfermedad y capacidad funcional fue menor: con DAS28 (Rho=0.4), HAQ y RAPID (Rho=0.3). Hubo buena concordancia entre las articulaciones inflamadas con la presencia de señal Doppler (Kappa=0.4 p=0.02) pero no con la sinovitis por EG (Kappa=0.07 p=NS). El score ecográfico fue útil para discriminar los pacientes con moderada y alta actividad de la enfermedad por DAS28 (Kappa=0.023). Se observó asociación entre el EVA palpatorio del médico y la presencia de dolor por Likert del paciente (p=0.003). Con respecto al dolor referido por EVA de cada articulación y la US se observó asociación significativa con PD en el 50% de las articulaciones, siendo la segunda MCF de ambas manos la que presentó mayor asociación (p=0.010). No se observó asociación entre dolor referido y EG (p=NS).

**Conclusiones:** En este estudio la US correlacionó aceptablemente con el examen clínico y con los índices de actividad de la enfermedad y capacidad funcional. El dolor referido por el paciente se asoció de forma significativa con el examen clínico articular y con la presencia de señal PD en la mitad de las articulaciones evaluadas. Es necesario entender la utilidad y la importancia de combinar los autoquestionarios, la semiología articular y herramientas como la US en la práctica diaria para abordar el manejo del paciente de manera adecuada.

**ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO Y COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL: HALLAZGOS EN ESPIROMETRÍA Y TOMOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN.**

G Kluiwuk<sup>1</sup>, M Pellucioti<sup>2</sup>, A Dávila<sup>3</sup>, M Alianak<sup>4</sup>, JC Figueroa Casas<sup>5</sup>, M Abdala<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neumología del Hospital Centenario, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Neumología del Hospital Centenario, Argentina. <sup>3</sup> Instituto de Inmunología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. <sup>4</sup> Servicio de Diagnóstico por imágenes del Hospital Centenario, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades del colágeno pueden comprometer casi todos los órganos del cuerpo y el sistema respiratorio es uno de los más frecuentemente afectados. Pese a esto no se conoce con exactitud la prevalencia de enfermedad pulmonar.

**OBJETIVOS:** evaluar la funcionalidad pulmonar mediante test de espirometría y los hallazgos imagenológicos mediante TACAR de tórax determinando la existencia de compromiso pulmonar intersticial en pacientes con diferentes enfermedades del tejido conectivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo de pacientes evaluados interdisciplinariamente entre los servicios de Neumología, Neumología y Diagnóstico por Imágenes del Hospital Centenario atendidos entre Diciembre de 2012 y Junio de 2014. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad del tejido conectivo que tuvieran historia clínica completa, test de espirometría y tomografía de alta resolución de tórax.

Se consideraron como variables la edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, hábito tabáquico, hallazgos en TACAR de tórax y resultados del test de espirometría.

Las mediciones espirométricas se realizaron con el espirómetro VITALOGRAPH SPIROTRAC IV, versión 4.24 con las tablas de 'ATS/ERS TASK FORCE. STANDARDIZATION OF LUNG FUNCTION TESTING 2005'. Los resultados fueron clasificados como patrón normal, obstructivo y restrictivo y sub clasificados en leve, moderado y severo.

Las TACAR de tórax fueron evaluadas por radiólogo experimentado y realizadas con equipo Toshiba Active de 16 canales, desde el opérculo torácico hasta las cúpulas diafragmáticas en serie sin contraste, procesando las imágenes en filtro para parénquima pulmonar con visualización de 1mm cada 1 mm. El análisis se realizó en base a la presencia de: patrón en panel, patrón en vidrio esmerilado, derrame pleural, engrosamiento pleural, bronquiectasias, nódulos, engrosamiento septal, quistes, bronquioloectasias y granulomas calcificados.

**RESULTADOS:** en el período determinado fueron realizadas 72 espirometrías a pacientes con colagenopatías. Tras hacer una revisión sistemática de las historias clínicas de estos pacientes se excluyeron 41 por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una población total de estudio de 31 pacientes. La distribución de las colagenopatías fue la siguiente: esclerodermia: 10 (32,2%); AR: 8 (25,8%); LES: 5 (16,2%); Sjögren: 3 (9,6%); DM: 2 (6,4%); Granulomatosis de Wegener: 1 (3,2%); Spa: 1 (3,2%); Síndrome antisintetasa: 1 (3,2%)

De todas las patologías el tiempo promedio de evolución fue de 7,7 ± 7,38 años, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 32 años. Discriminado por patología el tiempo medio para esclerodermia fue de 7,7 ± 6,6 años, 15,2 ± 10,8 para LES, 0 ± 5,6 años para AR, 5,5 ± 0,7 años para síndrome de Sjögren, y de 7,5 ± 9,2 años para la dermatomiositis. Un solo paciente presentó espondilartropatía cuyo tiempo de evolución fue de 3 meses (0,25 años), un paciente presentó Granulomatosis de Wegener cuyo tiempo de evolución fue de 3 años y uno presentó síndrome antisintetasa cuyo tiempo de evolución fue de 1 año.

Del total de la población estudiada, 25 fueron mujeres y 6 varones, con una edad que varió entre los 16 y 71 años con un promedio de 52 ± 12,5 años.

El 64,5% (20) no era tabaquista; el 19,3% (6) sí era tabaquista y el 16,2% (4) era ex tabaquista. Los hallazgos en la espirometría fueron, en número de pacientes: patrón obstructivo leve: 3; moderado 5 y severo: 3. Patrón restrictivo leve: 2, moderado: 2, severo: 0. Espirometrías normales: 16.

Hallazgos en la TACAR tórax: patrón normal: 7; patrón panel: 6; patrón vidrio esmerilado: 8; derrame pleural: 2; engrosamiento pleural: 5; bronquiectasias: 4; nódulos: 5; engrosamiento septal: 5; quistes: 2; bronquioloectasias: 3; granulomas calcificados: 2.

**CONCLUSIÓN:** la tomografía computarizada de alta resolución tiene una alta sensibilidad en la detección de la enfermedad parenquimatosa y de la vía aérea, facilitando la correcta indicación del tratamiento en estos pacientes.

El diagnóstico y el manejo clínico de estos pacientes es difícil y debe basarse en la combinación de distintas aproximaciones diagnósticas: la clínica, el laboratorio y las técnicas de imagen y estudios funcionales del pulmón.

**EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE AMBAS MANOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR?**

M Bravo, ER Catay, L Ferreyra, A Navarta, E Bertiller, F Vergara, J Ruta, J Rosa, ER Soriano  
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, Argentina.

**Introducción:** El dolor es el principal síntoma de la fibromialgia (FM). Hasta la fecha, no ha sido totalmente aclarada la relación entre la inflamación y/o cambios estructurales en pacientes con FM que presentan dolor localizado a nivel de las manos.

**Objetivo:** describir la prevalencia de los diferentes hallazgos ecográficos a nivel de las manos en pacientes con FM.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de FM según criterios ACR 1990 que presentaban dolor en las manos y se les realizó una evaluación ecográfica de las pequeñas articulaciones de las manos. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes definidas y/o pacientes con FM secundaria. La evaluación ecográfica fue realizada en todos los casos por un reumatólogo entrenado que desconocía los datos clínicos. Se utilizó un ecógrafo My Lab 70 (Esaote) provisto de un transductor lineal de 6-18 MHz. La valoración ecográfica incluyó tanto escala de grises como el Doppler de poder (DP), de acuerdo con los métodos estándar de referencia. Se evaluaron las siguientes articulaciones de ambas manos: carpos, articulaciones metacarpofalángicas (MCFs), interfalángicas proximales (IFPs) e interfalángicas distales (IFDs). La presencia o ausencia de los siguientes hallazgos anormales fue valorada a nivel articular: distensión de la capsula articular (DCA), debido a la presencia de hipertrofia sinovial y/o líquido sinovial, aumento de la vascularización por la presencia de señal DP y cambios degenerativos por la presencia de osteofitos. La presencia de tenosinovitis (presencia de distensión de la vaina del tendón (DVS) y/o señal DP) fue evaluada a nivel de los tendones flexores de los dedos y de los 6 compartimentos extensores del carpo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 94 pacientes con FM. Noventa y un pacientes (96,8%) eran mujeres, la edad media fue de 57,4 años (DS: 12,1). La duración media de la enfermedad fue 2,7 años (DS: 1,8). Se detectó DCA en 6 pacientes (6,4%) a nivel de las articulaciones IFPs, en otros 6 pacientes (6,4%) en articulaciones MCFs y en 8 (8,1%) pacientes a nivel del carpo. Se encontró tenosinovitis en 12 pacientes (12,7%) en los compartimentos de los tendones extensores del carpo y en 7 pacientes (7,4%) en los tendones flexores de los dedos. Ninguno de los pacientes con DCA a nivel articular y/o DVS a nivel tendinoso mostró aumento de la vascularización anormal por la presencia de señal PD. Treinta (32%) pacientes presentaron osteofitos en las pequeñas articulaciones, y 19 (20,2%) presentaron cambios degenerativos a nivel de la articulación trapecio-metacarpiana (rizartrosis). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ERS, PCR, el factor reumatoide y los niveles de CCP entre los pacientes con y sin hallazgos ecográficos anormales (p ≥ 0,05 para todas las comparaciones).

**Conclusiones:** Una minoría de los pacientes con FM y dolor en las manos mostraron hallazgos ecográficos inflamatorios en escala de grises (DCA) y ninguno de ellos mostró aumento de la vascularización por señal DP. La presencia de cambios degenerativos (osteofitos) fue el hallazgo ecográfico anormal más frecuente.

76

16-10-2014  
10:00 a 11:30 hs  
15:30 a 16:30 hs  
Presentación de Posters Plenarios  
Salón Los Nogales

#### P076 DESEMPEÑO DEL CSI PARA RASTREO DE SÍNTOMAS DE DÉFICIT NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Miceli, S. Porta, V. Cosentino, A. Zenteno, J. Triana, O. Genovese, L. Ottone, M. Lago, O. Ianovsky, S. Montoya, E. Kerzberg  
Hospital J. M. Ramos Mejía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

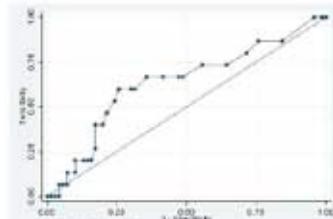
**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico (LES) el déficit neurocognitivo (DN) es una de las más comunes, siendo detectada entre un 10%- 80%. El comité Ad Hoc de Lupus Neuropsiquiátrico definió disfunción Neurocognitiva como "un déficit significativo en alguna de las siguientes funciones cognitivas: atención compleja, habilidades ejecutivas, memoria, procesamiento visual-espacial, lenguaje y velocidad psicomotora". Esta alteración puede llegar a ser de moderada a severa, pero lo más frecuente es que los pacientes tengan un déficit leve, subclínico y fluctuante, que muchas veces puede pasar desapercibido ante los ojos del especialista. El comité recomienda una batería de test de una hora, que es el "gold standard". Dado que es complejo de realizar a todos los pacientes, es necesario encontrar una herramienta de screening, práctica, autoadministrada y que demande menor tiempo.

**OBJETIVO:** Evaluar el desempeño del CSI (Cognitive Symptoms Inventory) como herramienta para rastreo de deterioro neurocognitivo en pacientes con LES.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se evaluaron 85 pacientes los cuales cumplieron al menos 4 criterios ACR/ SLICC 2012 para LES durante el periodo comprendido entre 01/2013 a 6/2014. Todos los pacientes realizaron el CSI, cuestionario autoadministrado que provee información sobre la autopercepción del paciente de sus funciones cognitivas durante las actividades diarias, en el último mes. Está compuesto por 21 preguntas de las cuales deberán responder mediante un sistema de puntaje: 1) es un problema algunas veces 2) es un problema, la mayor parte del tiempo 3) es un problema todo el tiempo 4) es imposible de hacer 0) no aplica. Los valores obtenidos de la misma se encuentran en un rango 0 a 63. Estas 21 preguntas evalúan diferentes dominios neurocognitivos (atención-concentración, memoria inmediata, iniciación de funciones ejecutivas y patrón de reconocimiento). En esa misma visita se suministró el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para determinar si estos dos factores influyen en el desempeño del CSI. En una segunda visita en el servicio de neurología, fue realizada la batería de test de 1 hora, la cual evalúa: memoria, atención, razonamiento abstracto, funciones ejecutivas y esfera visual-espacial. La misma fue realizada por un médico neurólogo especialista en deterioro neurocognitivo ciego tanto del resultado del CSI como del HADS. Aquellos pacientes que presentaron en algunas de las pruebas del gold standard un desvío estándar de 1.5, fueron definidos como un caso de déficit neurocognitivo.

**RESULTADOS:** Se identificaron 70 individuos con deterioro cognitivo entre los 85 pacientes, lo que representa una prevalencia de 82,35 % (IC 95 %: 72,57, 89,77).

Figura 1 curva ROC: área e intervalos de confianza del 95%



El área bajo la curva ROC del CSI para el diagnóstico de deterioro cognitivo fue del 63,34 % con un intervalo de confianza del 95% para la misma de 52,38 % a 73,7 %, los cuales se encuentran por encima del valor de no-discriminación (0.5). El área bajo la curva para los pacientes con ansiedad o depresión fue de 58,3 % mientras que para los pacientes sin ansiedad o depresión fue de 54 %, las diferencias no fueron estadísticamente significativas  $p=0,8095$

**CONCLUSIONES:** La prevalencia encontrada fue de un 82,35% en esta edad, probablemente porque se utilizó como punto de corte del gold standard 1,5 SD de la media, incluyendo también a los pacientes con declinación neurocognitiva. El CSI demostró tener un desempeño pobre como método de screening. El mismo no se vio influenciado por la

presencia de ansiedad y depresión. Las publicaciones son controversiales entre sí respecto de las diferentes herramientas utilizadas para este tipo de compromiso de lupus neuropsiquiátrico. Se necesitan más estudios para su valoración en la práctica diaria.

77

#### P077 COCIENTES PROTEÍNA-CREATININA Y ALBÚMINA-CREATININA EN LA PRIMER ORINA DE LA MAÑANA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Quispe Vilanueva, VC Wernicke, MJ Otero, MN Lajo, MR Lazzarino, MC Canaletti, A Godoy, M Laguarda, A Melián, L Benigni, E Merino, SI Goñi, C Etchegey

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUADOS RODOLFO ROSSI, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La proteinuria en orina de 24 horas es el estándar de oro para el monitoreo del compromiso renal en pacientes con lupus. Su recolección es dificultosa, dependiendo de la colaboración del paciente. Como alternativa, el cociente Proteína/Creatinina en la primera orina de la mañana (P/C) ha demostrado una buena correlación con la Proteinuria de 24h (P24h) en otras nefropatías. La albuminuria se ha relacionado con el daño precoz glomerular en HTA y DBT. De modo similar, se ha estudiado el cociente Albúmina/Creatinina en primera orina de la mañana (A/C) obteniéndose resultados satisfactorios. Existen guías y consensos que recomiendan la aplicación de estos índices en diversas patologías renales.

En 2013 presentamos un estudio preliminar en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) donde se halló una buena correlación P/C- P24h. Actualmente, ampliamos la muestra e incluimos la correlación A/C- albuminuria de 24h (A24h) en aquellos con proteinuria menor a 300 mg/día.

**OBJETIVO:** Analizar las correlaciones: cociente Proteína/Creatinina y cociente Albúmina/Creatinina en la primera orina de la mañana con Proteinuria y Albuminuria de 24 horas respectivamente en pacientes lúpicos. Evaluar la influencia del aclaramiento de Creatinina.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal prospectivo. Se evaluaron 52 pacientes (p) con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997, con o sin nefropatía previa e independientemente del tratamiento recibido. Atendidos por consultorio externo en el Servicio de Reumatología, entre marzo-2013 y agosto-2014. Se recolectaron muestras de orina de 24 horas y primera de la mañana. Siendo 80 muestras para el estudio de proteinuria y 37 para albuminuria. Se registró sexo, edad, años de diagnóstico de LES, antecedente de diabetes(DBT), hipertensión arterial (HTA), nefropatía previa, aclaramiento de creatinina(CiCr) en ml/min, proteinuria y albuminuria en orina de 24 h(mg/24h), proteinuria(mg/dl), albuminuria(mg/l) y creatinuria en primera orina de la mañana (mg/dl). Calculamos los índices P/C y A/C, ambos en mg/g.

Analizamos la correlación P/C-P24h, considerando los rangos de proteinuria menor a 300 mg/24h y entre 300-3500 mg/24h. Y A/C-A24h en aquellos con P24h<300mg. Evaluamos la correlación P/C-P24h según valores de CiCr tomando como valor de corte 60 ml/min

En el análisis estadístico se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman (CCS). Consideramos significancia estadística un  $p<0,05$ .

**RESULTADOS:** De los 52 p, 4(7,7%) fueron hombres y 48(92,3%) mujeres, mediana de edad de 39 años(rango(r): 19-62), mediana de tiempo de evolución de LES de 6 años(r: 1- 32). Presentaron HTA: 13p y solo 1 DBT. Antecedente de compromiso renal:28p(53,8%).

Los valores de CiCr, P24h y A24h obtenidos y las relaciones P/C y A/C, se muestran en la tabla 1.

	CiCr (ml/min)	P24h (mg/24hs)	P/C (mg/g)	A24h (mg/24hs)	A/C (mg/g)
Mediana	79,82	145	115	13,8	15,74
Rango	36,15-275,95	30-3490	10-4969	3,02-130,8	2,13-405,52
n	80	80	80	37	37

Obtuvimos una correlación significativa P/C-P24h y entre A/C-A24h. Los CCS obtenidos se muestran en la tabla 2.

	P24h <300 mg/24hs	P24h ≥ 300mg/24hs
P/C(mg/g)-P24h(mg/24hs)	0,6169 $p<0,0001$ n=52	0,7461 $p<0,0001$ n=28
A/C(mg/g)-A24h(mg/24hs)	0,8082 $p<0,0001$ n=37	

El estudio de la influencia del CiCr sobre la correlación P/C-P24h mostró una correlación significativa tanto para CiCr <60 ml/min, con un CCS de 0,9016,  $p<0,0001$  como para CiCr ≥60 ml/min con CCS de 0,8801,  $p<0,0001$ .

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio mostró una buena correlación de P/C-P24h a proteinurias mayores a 300mg/24h y A/C-A24h a proteinurias de 300-3500 mg/24h. No observamos influencia del aclaramiento de Creatinina sobre el índice P/C. No incluimos proteinurias en rango nefrótico. Estos hallazgos refuerzan nuestros resultados publicados en el estudio preliminar, y apoyarían el uso del cociente P/C para el seguimiento de pacientes lúpicos ambulatorios, coincidiendo con lo reportado por otros autores.

78

#### P078 EFECTO DE LOS ANTIPALÚDICOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R Gontero, S Roverano, S Paiva  
HOSPITAL J. M. CULLEN, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** los antipalúdicos (AP) demostraron que disminuyen el número de brotes y el daño orgánico en los pacientes con LES, son protectores de la ocurrencia de osteoporosis, eventos trombóticos y vasculares y poseen un efecto antiinflamatorio e hipolipemiante, jugando un rol protector en la sobrevida.

**OBJETIVO:** analizar la contribución del uso de AP en la sobrevida de pacientes con LES, independientemente de las características socioeconómicas, demográficas y clínicas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** fueron incluidos pacientes con LES (≥4 criterios ACR 1982 - 1997), edad ≥ 16 años, vistos entre 1987-2014 y seguidos al menos durante un año. Los pacientes fueron clasificados según exposición a AP en tomadores (≥ 70 % del tiempo de seguimiento) y no tomadores (< 70%). Se analizaron: edad en la primera consulta, sexo, obra social, años de educación, tabaquismo, duración de la enfermedad (tiempo desde el diagnóstico hasta última visita o muerte), tiempo de seguimiento, número de criterios ACR al momento del diagnóstico, presencia de manifestaciones clínicas y de laboratorio, actividad (SLEDAI) en la primera consulta, daño (SLICC 1 año), número de hospitalizaciones debidas al LES, uso de esteroides, azatioprina o ciclofosfamida.

**Análisis estadístico:** análisis descriptivo de todas las variables. Las categóricas fueron comparadas por test de  $\chi^2$  y las continuas por t Student o Mann Whitney según correspondía. Modelo de regresión logística e índice de propensión (IP).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 151 pacientes con LES (141 mujeres), edad media en la primera consulta: 30,6 años, tiempo de evolución:(media ± DS) 105,45 ± 82,43 meses. Ciento dos pacientes reunieron 4 criterios al diagnóstico y 49 ≥ 5, con un SLEDAI (n=60): mediana 8 (r=1 - 30). Ochenta pacientes (54%) fueron hospitalizados una o más veces debido al LES. Hubo 97 pacientes tomadores y 54 no tomadores, no hallándose diferencias significativas en las variables clínicas, demográficas, de laboratorio, actividad, daño, número de hospitalizaciones y tratamiento entre ambos grupos. Luego se compararon los pacientes vivos (n=131) versus muertos (n=20), hallándose que una mayor proporción de pacientes fallecidos tuvieron compromiso pulmonar ( $p=0,04$ ) y uso de ciclofosfamida ( $p=0,012$ ). Además, una mayor proporción de pacientes vivos contaron con obra social ( $p=0,04$ ).

Al aplicar IP se observó que aquellos pacientes con enfermedad menos severa y mejor estado socioeconómico (mayor quintil) tuvieron mayor probabilidad de ser tomadores de antipalúdicos. En relación a la mortalidad, los antipalúdicos tendrían una tendencia a la protección con respecto a la supervivencia (estadísticamente no significativo).

**CONCLUSIÓN:** Factores como la presencia de obra social, años de educación, actividad del LES, daño y muerte no han sido influenciados por la toma o no de AP (a diferencia de lo observado por Alarcón y col., quienes tuvieron mayor número de fallecidos entre los no tomadores). Una mayor proporción de pacientes fallecidos en nuestro grupo mostraron presencia de compromiso pulmonar y uso de ciclofosfamida (perteneciendo quizás a un subgrupo más severo), mientras que mayor proporción de pacientes vivos contaban con una obra social. Los pacientes con LES más leve y mejor estado socioeconómico tuvieron mayor probabilidad de ser tomadores. Si bien tomar AP tendría un efecto protector en relación a la mortalidad, este efecto no es estadísticamente significativo. Quizás se debiera aumentar el número de pacientes para llegar a una conclusión más definitiva.

79

#### P079 ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE PROSPECTIVA

CAMI Drago, A Ortiz, S Paiva  
Hospital José María Cullen, Argentina.

##### Introducción:

El manejo de pacientes Lúpicos embarazadas puede ser dificultoso. La enfermedad puede afectar al embarazo y viceversa, es necesario saber que medicación podemos usar durante el mismo, la mayoría de la literatura se basa en series retrospectivas. Los trabajos prospectivos no cuentan con un número de pacientes significativos y hay dificultades en definir actividad de la enfermedad.

##### Objetivo:

Evaluar: actividad en un grupo de pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) durante el embarazo y puerperio, comparándolo con grupo control de similares características no embarazadas, variables socio-demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas asociadas a actividad en LES. Daño orgánico por el LES durante el embarazo y puerperio. Desenlaces obstétricos en pacientes con LES y relación con variables clínicas (incluyendo actividad y daño orgánico, antecedentes obstétricos), de laboratorio y terapéuticas.

##### Materiales y métodos:

Estudio observacional prospectivo y retrospectivo.

Se incluyeron pacientes con las siguientes características:

1. Pacientes embarazadas con diagnóstico de LES criterios ACR 1997, de edad  $\geq 16$  años.
2. Pacientes no embarazadas con diagnóstico de LES criterios ACR 1997, edad  $\geq 16$  años de edad (período fértil).

Se estudiaron los siguientes datos: Edad de inicio del embarazo, Tiempo de evolución (desde que cumple criterios), Tiempo de seguimiento (desde 1° consulta) al momento del embarazo. Manifestaciones clínicas previas y durante el embarazo. Manifestaciones clínicas durante el puerperio (1 mes posterior al final del embarazo). Definiciones de los desenlaces obstétricos según las siguientes citas: Petri et al Arthritis rheum 1991 ;34 (12):1538, CC Mok, RW Wong, Postgrad Med 2001; 77:157. Actividad del LES previa al embarazo: a través de escala de SLEDAI año previo al embarazo. Actividad  $\geq 3$ . Actividad del LES durante el embarazo: a través de escala de SLEDAI y LAIP aplicada al 1°-2° y 3° trimestre del embarazo. (Brote: cambio LAI-P $\geq 0,25$  o SLEDAI  $\geq 3$ ). SLEDAI en puerperio. Daño orgánico por el LES previo al embarazo (SLICC  $\geq 1$ ) a través del puntaje de SLICC/ACR ID registrando el más cercano a la fecha de embarazo (2 meses como máximo) y comparándolo con SLICC 1 mes posterior al parto. Laboratorio mensual: HEMOGRAMA, QUÍMICA (HEPATO-RENAL), ORINA (SEDIMENTO-PROTEINURIA-CLERANCE), Ac. Úrico, Velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva. PRIMERA VISITA: Antígeno nuclear extraíble (Ro/SSA-La/SSB-Sm), Anticuerpos antifosfolípido (aCL IgG-M) y anticoagulante lúpico. PRIMERA VISITA, 4to y 7to MES: Factor antinúcleo-anti-DNAse-C3 C4. **Análisis estadístico:** debido al tamaño de la muestra se usaron pruebas no para métricas: \* comparación de medias: 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:

15 pacientes y 20 embarazos seguidos desde año 2010 a 2014, 19 pacientes no embarazadas como grupo control. Las pacientes embarazadas eran más jóvenes que las del grupo control (P: 0,009). 5 brotes en LES 1°, 2° y 3° trimestre (SNC, hematológico, renal, piel y articular), 3 brotes durante el puerperio. C4 disminuido se relacionó con brote durante el embarazo (P: 0,036). Desenlaces obstétricos 3 amenazas de aborto, 2 abortos y 2 bajo peso. SLICC previo al embarazo  $\geq 1$  se relacionó con desenlace obstétrico patológico (P: 0,05 OR = 12). Dos pacientes aumentaron el índice de daño al final del embarazo: 1) 0 a 1; 2) 3 a 4. 1 paciente presentó puntaje SLICC de 5 al final pero no hubo datos del puntaje al inicio. Todas las pacientes embarazadas recibieron antipalúdicos.

##### Conclusión:

No hubo diferencia de actividad entre las pacientes Lúpicas embarazadas y los controles. La actividad del LES previa al embarazo no se relacionó a brotes del LES durante el embarazo. Los pacientes que tuvieron brotes durante el embarazo presentaron C4 disminuido. Las pacientes con mayor índice de daño previo al embarazo tuvieron peor desenlace obstétrico. Dos pacientes aumentaron el índice de daño al final del embarazo.

**P080**  
**CORTICOIDES EN NEFRITIS LÚPICA. EVENTOS ASOCIADOS A DOSIS ALTAS EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN**  
V Arturi, MA Pera, AC Testi, P Sansinanea, AP Salas, J Marcos, CE Pena, MA García  
HIGA Gral. San Martín de La Plata, Argentina.

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) afecta a más de la mitad de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y su presencia aumenta la morbilidad y la mortalidad. Los corticoides son el tratamiento de base habitual, sin embargo la fórmula de 1mg/kg/día se encuentra abalada por la costumbre y dosis menores podrían ser igual de eficaces con menor desarrollo de daño irreversible y eventos adversos.

**Objetivo:** Primario: Comparar la incidencia de infecciones graves en pacientes con nefritis lúpica clase III, IV y/o V que recibieron dosis altas en el tratamiento de inducción versus los que recibieron dosis menores. Secundario: Comparar la incidencia de los siguientes eventos adversos: diabetes, cataratas, fracturas osteoporóticas, necrosis ósea avascular (NOA), accidente cerebrovascular (ACV) y cardiopatía isquémica.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con nefritis lúpica, mayores de 15 años, asistidos en un Hospital de Referencia entre el 01/01/03 y el 01/01/14, que recibieron tratamiento de inducción con corticoides.

Se revisaron las historias clínicas y los eventos adversos, en particular las complicaciones infecciosas. Se definió infección grave a aquella que requiere internación, tratamiento antibiótico endovenoso o compromete la vida del paciente.

Se compararon los resultados entre quienes recibieron dosis altas de corticoides en la inducción (prednisona oral  $\geq 40$ mg/día y/o pulsos intravenosos de metilprednisolona  $\geq 1000$ mg por 3 días) versus dosis menores (prednisona < 40mg/día y/o pulsos de metilprednisolona < 500mg por 3 días).

Las variables continuas fueron analizadas con media y desvío estándar. Para variables categóricas se procedió a su dicotomización, y se utilizó test de significación para tablas de 2x2, Chi cuadrado, con un intervalo de confianza 95%.

**Resultados:** Se registraron 40 pacientes con nefritis lúpica en quienes se contaba con la documentación necesaria para este protocolo.

Clase histológica: IV 67.5%, III 20% y V 12.5%. 27 pacientes recibieron dosis altas de corticoides y 13 dosis menores.

El 62.9 % de los pacientes que recibieron dosis altas de corticoides vs. 46.1% de los que recibieron dosis menores presentaron complicaciones infecciosas graves (P=0.31, OR 1.98, IC95% 0.51-7.58). El tiempo de evolución desde la nefropatía a la infección fue de 39.1 meses (0-155). En dos pacientes se aisló Klebsiella Sp, en tres Cándida Sp, y el resto en los cuales hubo rescate de germen se hallaron las siguientes bacterias: E.Coli, Enterococo, Acinetobacter, Stafilococo coagulasa negativo en cada uno de 4 pacientes, un paciente presentó una infección grave por Herpes Zóster y otro una TBC miliar. Hubo 5 casos de TBC, con un tiempo promedio de evolución desde la nefropatía de 38 meses.

En su evolución una paciente fallece a causa de reactivación de LES asociada a infección (sepsis a punto de partida de infección de partes blandas) y tres pacientes presentan pérdida de seguimiento en el último año.

Evento adverso	Baja dosis%	Alta dosis%	P 0.05	OR	IC95%
Infecciones Graves	46.15	62.96	0.31	1.98	(0.51-7.58)
TBC	15.38	11.11	0.70	0.68	(0.10-4.71)
DBT	15.38	0	0.37	0.28	(0.17-0.47)
Fracturas Osteoporóticas	7.69	0	0.14	0.30	(0.19-0.49)
NOA	15.38	18.51	0.80	1.25	(0.20-7.50)
ACV	7.69	11.11	0.73	1.50	(0.14-15.99)
Cardiopatía Isquémica	0	3.7	0.48	0.66	(0.53-0.83)

**Conclusiones:** El 57% de los pacientes con NL cursó un evento infeccioso grave. No se encontró diferencia significativa entre quienes recibieron dosis superiores o menores a 40 mg/día de prednisona en la inducción lo cual refuerza el concepto que dosis por encima de 6-7 mg/día son predisponentes a infecciones en los pacientes con LES y se deben buscar estrategias terapéuticas que permitan el uso de dosis bajas y por el mínimo tiempo necesario.

**P081**  
**RELACION ENTRE LA TOMA DE ANTIPALÚDICOS Y PRESENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.**  
R Gontero, S Roverano, S Páira  
HOSPITAL J. M. CULLEN, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los antipalúdicos (AP) son utilizados en Lupus eritematoso sistémico (LES) para diferentes manifestaciones clínicas, para reducir la tasa de brotes y por sus efectos antiinflamatorios, antitrombóticos e hipolipemiantes.

**OBJETIVO:** Evaluar el efecto de los antipalúdicos en las manifestaciones clínicas, actividad, número de internaciones, eventos tromboticos, diabetes y dislipemia en nuestra población de pacientes con LES.

**MATERIAL Y MÉTODO:** se incluyeron pacientes con  $\geq 4$  criterios ACR 1997 para LES, edad  $\geq 16$  años, vistos entre los años 1987 y 2014, seguidos como mínimo durante 1 año. Para evaluar el efecto de los Antipalúdicos, se dividió el tiempo total de seguimiento de cada paciente en: "Períodos de tratamiento": desde comienzo o reinicio de la toma de AP hasta la suspensión por cualquier motivo, finalización del seguimiento o muerte. Debían tener al menos una duración de 6 meses.

"Período de no tratamiento": tiempo en el que el paciente no recibió AP, debiendo tener una duración mínima de 3 meses.

En cada período se registraron manifestaciones clínicas nuevas, datos de laboratorio, número de brotes (medidos por SLEDAI), efectos adversos y se registró tratamiento esteroideo (GCC) e inmunosupresor.

**Análisis estadístico:** prueba t o de Mann Whitney, prueba  $\chi^2$  o exacta de Fisher. La significancia estadística adoptada fue de 0.05.

**RESULTADOS:** se incluyeron 152 pacientes (142 mujeres), edad media al diagnóstico 29,35 años  $\pm 10,9$ , y una media de tiempo de seguimiento de 93,3  $\pm 73,66$  meses. Se identificaron 252 períodos: 152 fueron de Tratamiento, con una duración (media) de 64,4  $\pm 53,7$  meses y 100 de no tratamiento con una duración (mediana) de 18,5 meses (=3 - 284). En los períodos de no tratamiento se encontró mayor proporción de rash malar (p=0,03), fotosensibilidad (p=0,005) y alopecia (p=0,021); compromiso renal (p=0,085) y serositis (p=0,084). En los períodos de tratamiento se halló mayor frecuencia de necrosis ósea (p=0,018) y Factor antinuclear (FAN) positivo (p=0,023). No se encontraron diferencias en el resto de las manifestaciones clínicas, otros datos de laboratorio, número de brotes, presencia de diabetes, dislipemia ni tratamientos instituidos. Ocho pacientes presentaron efectos adversos a los antipalúdicos (5%).

**CONCLUSIONES:**

- Los AP son usados en LES leve a moderado (compromiso cutáneo, musculoesquelético, serositis y síntomas constitucionales). Meinao y col. hallaron menor frecuencia de lesiones cutáneas en los pacientes tratados, similar a nuestra población: observamos que los pacientes en los períodos de no tratamiento presentaron mayor frecuencia de rash malar, alopecia, fotosensibilidad, compromiso renal y serositis (aunque estos dos últimos sin significancia estadística).

- En los períodos de tratamiento los pacientes presentaron mayor proporción (de manera estadísticamente significativa) de necrosis ósea y FAN positivo. Quizás pudiera deberse a mayor uso de esteroides en etapa previa por actividad del LES (dato que no fue evaluado en este estudio)

- Los períodos de tratamiento fueron mucho más prolongados que los de no tratamiento, lo que demuestra una buena adherencia de los pacientes al mismo.

- No se encontraron diferencias entre ambos períodos en relación a otras manifestaciones clínicas, número de brotes ni evento muerte. Este hecho podría deberse a que tampoco se hallaron diferencias en el uso de GCC ni inmunosupresores.

**P082**  
**ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

E Fonseca<sup>1</sup>, MP Zapata<sup>1</sup>, S Cuadros<sup>1</sup>, MV Ochoa y Gomez<sup>1</sup>, MJ Svetta<sup>2</sup>, M Abdala<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Centenario. Carrera de especialización en Reumatología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Centenario. Laboratorio de Inmunidad Celular, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son un grupo de anticuerpos dirigidos contra diversos antígenos, los más frecuentemente identificados por su importancia clínica son los anticuerpos contra proteinasa 3 (Pr3) y contra mieloperoxidasa (MPO), aunque pueden ser reactivos a otros antígenos incluyendo: elastasa, cathepsina G, lactoferrina y azurina. La inmunofluorescencia indirecta (IFI) identifica tres patrones de estos anticuerpos: citoplasmático (c-ANCA), perinuclear (p-ANCA) y atípico; los anticuerpos antinucleares (ANA) pueden interferir en la interpretación, principalmente en patente p-ANCA, y es necesario en estos casos identificar por ELISA el antígeno específico. Estos anticuerpos están generalmente asociados a vasculitis primarias, pero se ha observado en otras patologías como el Lupus eritematoso sistémico (LES).

**OBJETIVOS:** Analizar la presencia de test de ANCA positivo en pacientes con diagnóstico de LES. Como objetivo secundario se evaluó la presencia de dichos anticuerpos en pacientes con nefritis lúpica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se analizó la base de datos de pacientes con diagnóstico de LES del servicio de Reumatología del Hospital Centenario de Rosario en los últimos 20 años, con colaboración del Laboratorio de inmunidad celular de nuestro hospital. Se incluyeron un total de 112 pacientes con diagnóstico de LES, según criterios del ACR (1987), los cuales tenían informado test de ANCA por IFI, y subdivididos en pacientes con nefritis (diagnosticados por punción biopsia renal) o sin nefritis.

**RESULTADOS:** Del total de 112 pacientes analizados el 65% (73) presentaba positividad para el test de ANCA y 35% (39) fue negativo. En los pacientes con ANCA positivo el patrón por IFI más frecuente fue el perinuclear (86,3%), de los cuales solo en el 32% (17) se realizó ELISA para identificar antígenos MPO y Pr3, siendo en el 94,1% (16) negativos. De los pacientes con nefritis (37) el test de ANCA fue positivo en el 75,6 % (28).

**CONCLUSIONES:** En estudios recientes se ha observado que en el LES entre un 15 a 20% de los pacientes tienen un test de ANCA positivo, predominantemente p-ANCA. En nuestro estudio encontramos un mayor porcentaje que el descripto, predominando el mismo patrón; además observamos que el test de ELISA para MPO y Pr3 fueron en su mayoría negativos, pudiendo relacionarse a que el patrón p-ANCA en los pacientes con LES estaría dirigido contra otros antígenos específicos. Esto se ha evidenciado en otros estudios en los cuales se han determinado por ELISA la positividad contra lactoferrina, elastasa, cathepsina G, lisozima. Con respecto a los pacientes con nefritis lúpica, en un estudio realizado por Chin et al informaron que los ANCA fueron predominantemente positivos en la población con nefritis lúpica que en pacientes con LES sin nefritis (p<0.05). En nuestro estudio observamos que la mayoría de los pacientes con nefritis tenían positivo el test de ANCA.

**P083**  
**MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE LOS PACIENTES VARONES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

RA Aguila Maldonado<sup>1</sup>, CE Pena<sup>1</sup>, C Costi<sup>1</sup>, AP Salas<sup>1</sup>, P Sansinanea<sup>1</sup>, B Pons Esteff<sup>2</sup>, R Quintana<sup>2</sup>, A Spindler<sup>3</sup>, V Spindler<sup>4</sup>, V Bellomio<sup>5</sup>, C Pisoni<sup>6</sup>, A Alvarez<sup>7</sup>, C Graf<sup>8</sup>, D Pereira<sup>9</sup>, F Pandon<sup>10</sup>, F Rtsueño<sup>11</sup>, A Curti<sup>12</sup>, S Yacuzzi<sup>13</sup>, A Eimon<sup>14</sup>, A Sosa<sup>15</sup>, M Espósito<sup>16</sup>, A Gonzalez<sup>17</sup>, J Sarano<sup>18</sup>, V Collado<sup>19</sup>, G Gomez<sup>20</sup>, E Velozzo<sup>21</sup>, JC Barreira<sup>22</sup>, J Romero<sup>23</sup>, A Damico<sup>24</sup>, F Zazzetti<sup>25</sup>, D Dubinsky<sup>26</sup>, E Bressan<sup>27</sup>, A Spinetto<sup>28</sup>, V Cruzat<sup>29</sup>, V Sauri<sup>30</sup>, L Encinas<sup>31</sup>, M Colazza<sup>32</sup>, E Soriano<sup>33</sup>, E Lancioni<sup>34</sup>, O Rillo<sup>35</sup>, S Papisidero<sup>36</sup>, R Chaparro<sup>37</sup>, J Soldano<sup>38</sup>, A Alievi<sup>39</sup>, S Muñoz<sup>40</sup>, HA Casas<sup>41</sup>, MF Caputo<sup>42</sup>, Y Bottinelli<sup>43</sup>, MP Iriarte Padua<sup>44</sup>, M Diaz<sup>45</sup>, BA Martinez<sup>46</sup>, LR Ferreyra Mufarregue<sup>47</sup>, MA Garcia<sup>48</sup>

<sup>1</sup> HIGA San Martín de la Plata, Argentina. <sup>2</sup> Rosario, Argentina. <sup>3</sup> Tucumán, Argentina. <sup>4</sup> CEMIC, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Pienna, Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Paraná, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Gutiérrez, La Plata, Argentina. <sup>8</sup> Bahía Blanca, Argentina. <sup>9</sup> Mendoza, Argentina. <sup>10</sup> Hospital Eva Perón, San Martín, Argentina. <sup>11</sup> Instituto Lanari, Argentina. <sup>12</sup> Hospital Británico, Argentina. <sup>13</sup> Hospital de Clínicas, Buenos Aires, Argentina. <sup>14</sup> Córdoba, Argentina. <sup>15</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>16</sup> Hospital Tornu, Buenos Aires, Argentina. <sup>17</sup> Santa Fe, Buenos Aires, Argentina. <sup>18</sup> Buenos Aires, Argentina. <sup>19</sup> H Posadas, Buenos Aires, Argentina. <sup>20</sup> Bariloche, Argentina. <sup>21</sup> H Duran, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta a ambos sexos, aunque con neto predominio de las mujeres. Diversos estudios poblacionales han demostrado que la enfermedad en los varones cursa con las manifestaciones típicas de la enfermedad pero en general con una tendencia a mayor severidad.

**Objetivo:** Analizar el impacto del género sobre las manifestaciones clínicas e inmunológicas de pacientes varones registrados por el GESAR LES y compararlos con los datos de la población femenina del mismo registro.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES. Se evalúan datos demográficos, criterios de diagnósticos acumulados (ACR 82/97), criterios de actividad (SLEDAI) al momento del ingreso al estudio, índices de daño acumulado (SLICC Damage Index -SDI) y laboratorio inmunológico. El análisis estadístico fue realizado con test de Chi-Cuadrado, test exacto de Fisher o test de T, según correspondiera.

**Resultados:** En un período de 6 meses se registraron 670 pacientes de 23 centros de Argentina. Los varones fueron 83 (12,4%) y las mujeres 587 (87,6%). La edad promedio al ingreso al estudio fue igual en ambos sexos: 38 años (19-77) los varones y 38 (15-77) las mujeres.

La edad al diagnóstico de la enfermedad fue de: 31 años (9-68) y 30 años (7-67) y el tiempo de evolución de la enfermedad en meses fue de 93 (1-312) y 102 (0-492), respectivamente.

Manifestaciones	Varones		Mujeres		p	OR	IC
	N	%	N	%			
Eritema malar	43	51,8	406	69,1	0,0016	0,48	0,29-0,78
Eritema discoide	16	19,2	83	14,1	0,21	1,45	0,75-2,68
Fotosensibilidad	39	46,9	410	69,8	0,00003	0,38	0,23-0,63
Úlceras orales	29	34,9	271	46,1	0,055	0,63	0,37-1,03
Artritis	58	69,8	478	81,4	0,013	0,53	0,31-0,93
Serositis	28	33,7	180	30,6	0,571	1,15	0,68-1,92
Nefropatía	47	56,6	281	47,8	0,168	1,42	0,87-2,33
SNC	12	14,4	58	9,8	0,278	1,54	0,72-3,08
Hematológicas	46	55,4	315	53,6	0,763	1,07	0,66-1,76
SAF	13/81	15,6	57	9,7	0,08	1,78	0,85-3,50
Anti-ADNn	52	62,6	332	56,5	0,359	1,25	0,76-2,08
SLEDAI $\geq 10$	43	51,8	380	64,7	0,030	0,59	0,36-0,96
SLEDAI $\geq 1$	111	13,2	111	18,9	0,205	0,62	0,29-1,23
SLICC $\geq 1$	42	50,6%	244	41,5	0,286	1,31	0,81-2,11

**Conclusiones:** El 12% de la población de pacientes con LES registrados por el GESAR fueron de sexo masculino. La enfermedad en los varones se caracterizó por cursar con menos compromiso cutáneo (eritema malar y fotosensibilidad) y artritis.

La presencia de actividad de la enfermedad al ingreso al estudio fue menor en los varones pero cuando se analizó la actividad severa esta no mostró diferencias en ambos sexos. No se observaron otras diferencias significativas en cuanto a manifestaciones clínicas o índice de daño permanente.

Siendo las manifestaciones cutáneas y articulares formas clínicas muy frecuentes de la enfermedad la ausencia de las mismas podría llevar a un retraso o error en el diagnóstico en los pacientes varones con Lupus.

84

**P084**  
**DETECCIÓN DE ANOMALÍAS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL ECOCARDIOGRAMA DOPPLER**

C Lastra, I Cadile, L Onetti, E Mussano  
Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmune, de etiología desconocida, de naturaleza crónica y manifestaciones clínicas variadas, con episodios repetidos de exacerbaciones y que se caracteriza serológicamente por la presencia de múltiples autoanticuerpos. El corazón no resulta ajeno a la multiplicidad de sus manifestaciones, pudiendo afectarse todas sus estructuras (tanto el miocardio, pericardio, endocardio, vasos sanguíneos e incluso el tejido de conducción). El Ecocardiograma Doppler (EcoD) está reconocido como una técnica útil en la valoración de los pacientes con compromiso cardíaco, proporcionando una descripción exacta, anatómica y funcional del mismo.

**Objetivos:**

1. describir la prevalencia de anomalías cardíacas en ptes. con LES mediante la utilización del EcoD transtorácico
2. analizar la prevalencia de los anticuerpos anticardiolipinas (ACL) en la muestra
3. identificar la existencia de correlación entre la presencia de ACL y las anomalías cardíacas halladas.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional en 58 ptes, mayores de 17 años, ambos sexos, que acudieron a control ambulatorio a un servicio de Reumatología en un periodo de 17 meses.

**Resultados:** el 93,1% (n:54) fueron mujeres y 6,9% (n:4) hombres, con una media etaria de 43 años. De ellos, el 44% (n:26) era de raza mestiza y 39% (n:22) eran blancos, procedentes de la provincia de Córdoba el 83% (n:48). El 84,5% (n: 49) presentaba como único diagnóstico LES y un 15,5% (n:9) además padecía de síndrome antifosfolípido (SAF). El tiempo medio de evolución en todos los pacientes fue de 9 años. Con respecto a la presencia de ACL, el 12,1% (n:7) de los pacientes con LES y 13,8% (n:8) de aquellos con SAF tenían ACL IgG (+) mientras que el 14,8% (n:8) de pacientes con LES y 10,8% (n:7) con SAF eran ACL IgM (+).

Hallazgos en el EcoD

- derrame pericárdico leve (grado I): 19% (n:11) de los cuales 1,7% (n:1) tenía ACL IgM (+) y 9,1% (n:4) IgG (+)

- agrandamiento de cavidades cardíacas: 3,4% (n:2) ACL (-);

- deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo: 12,1% (n:7), de éstos el 3,4% (n:2) ACL IgM (+) y 5,2% (n:3) ACL IgG (+)

- afectación valvular: 37, 9% (n:22) siendo la insuficiencia mitral el hallazgo más frecuente (81,81%, n: 18), seguido por insuficiencia tricuspídea (54,54%, n:12) e insuficiencia aórtica (27,27%, n:6). De éstos, 6,9% (n:4) presentaban ACL IgG (+) y 5,2% (n:3) ACL IgM (+).

ECG: 53,4% (n:31) mostraron trazado electrocardiográfico normal, y 41,4% (n:24) taquicardia sinusal, de los cuales 8,3% (n:2) tenían ACL IgM (+) y 4,1% (n:1) ACL IgG (+).

**Conclusión:** Observamos que un 78% de los ptes. (n:45) presentó un Eco D alterado en al menos un área, siendo el hallazgo más frecuente la insuficiencia mitral. Estas alteraciones no guardaron relación con la presencia de anticuerpos anticardiolipinas IgM e IgG. Destacamos la importancia de la utilización del Eco D como rutina en la detección de anomalías cardíacas en ptes. lúpicos.

86

**P086**  
**MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

MA Colazo<sup>1</sup>, NR Benzaquen<sup>1</sup>, JP Pirola<sup>1</sup>, LM Encinas<sup>1</sup>, MJ Haye Salinas<sup>1</sup>, F Caeiro<sup>1</sup>, MF Ceballos<sup>1</sup>, A Alvarellos<sup>1</sup>, MS Fiorentino<sup>1</sup>, JP Caeiro<sup>2</sup>, MI Garzon<sup>2</sup>, V Saurit<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Servicio de Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Servicio de Infectología, Argentina.

**Introducción:** La infección por el VIH/SIDA constituye un problema de salud en la actualidad. El advenimiento de la terapia anti retroviral (TARV) mejoró significativamente la sobrevida de éstos pacientes. La incidencia de manifestaciones reumatológicas (MR) varía entre 4 - 71 % según las series publicadas, presentando diversas características clínicas a lo largo de la evolución de la enfermedad.

**Objetivos:** 1) Evaluar la frecuencia de MR en pacientes infectados por HIV. 2) Relacionar las MR con el estadio de la enfermedad y el tratamiento anti retroviral asociado.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas (HC) de 320 pacientes de edad  $\geq$  18 años, con serología positiva para VIH que consultaron en nuestro Hospital. Se excluyeron los pacientes que no tenían datos clínicos en la HC, enfermedad metabólica, traumatismo previo y consumo de estatinas. Se determinaron las características demográficas, clínicas y tratamiento. Se estableció comparación de las variables categóricas con Test exacto de Fisher y de las variables cuantitativas por T Test o Test Mann Whitney tomando como significativa una p  $\leq$  0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 246 pacientes de 320 analizados. 208/246 (84,5%) fueron varones. La edad media fue 41 años (DS: 10,8). El 30% (N: 73) tenían algún tipo de comorbilidad: HTA 8% (N: 20), Depresión 6,5% (N: 17); enf oncológica/hematológica 3,7% (N: 9), enf Neurológica 2,9% (N: 7), enf Cardio-Vascular 2,9% (N: 7), enf Respiratoria 2,5% (N: 6), Insuficiencia renal 0,4% (N: 1) y otras patologías 2,5% (N: 6). El 85,7% (209/246) estaban bajo tratamiento con TARV. Las MR se presentaron en 82/246 (33,3%) de los pacientes. Presentaron artritis 14% (N: 33), De los cuales, monoartritis (N: 11) 4,6%, Poliartitis (N: 22) 9,5 % (Entre ellas: Artritis psoriásica: N 1, Artrópata por cristales N: 3. Espondiloartrópata por EII: 1) Lumbalgia 9,4% (N: 23), mialgias 5% (N: 12), Raynaud 1,5% (N: 3), LES 0,41 % (N: 1), Purpura 0,41 % (N: 1), Fiebre Reumática 0,41 % (N: 1), SAF 0,41 % (N: 1). En el análisis Bi variado se compararon las MR con los valores de CD4, carga viral y la TARV y no se encontró relación significativa entre la presencia de las mismas y el SIDA o TARV.

**Conclusión:** Un tercio de los pacientes con HIV tuvieron en su evolución algún tipo de manifestación reumática (Las más frecuentes: Poliartitis y Lumbalgia). No se encontró asociación entre dichas manifestaciones, el estadio de la enfermedad y la TARV.

85

**P085**  
**FERTILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS TRATADAS CON CICLOFOSFAMIDA**

CA Costa, JA Cavallasca, JL Musuruana  
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

**Introducción:**

La ciclofosfamida (CF) es un agente alquilante que daña los mecanismos de reparación del ADN celular, con mayor impacto en las células de rápida división. Por sus efectos inmunomoduladores bien conocidos tiene amplias indicaciones en manifestaciones graves de enfermedades autoinmunes. Un efecto adverso común del tratamiento con CF es la infertilidad.

**Objetivo:**

Evaluar la fertilidad en mujeres que recibieron tratamiento con CF.

**Materiales y métodos:**

Se evaluaron retrospectivamente 31 pacientes, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (n=26), Esclerosis Sistémica (n=3), Vasculitis sistémica (n=1) y Artritis Reumatoide (n=1). Se recolectaron datos demográficos, dosis acumulada de CF, duración del tratamiento, amenorrea y embarazos. Todas las pacientes recibieron CF endovenosa, por compromiso renal (n=23); hematológico (n=2); neurológico (n=1) y vasculitis (n=5). La dosis administrada fue 1mg/m2.

**Resultados:**

La edad media al diagnóstico fue 25 años (12 – 32), la CF se administró a una edad media de 27 años (15 – 35), la dosis acumulada de CF fue de 7 g (Rango 1 – 22). De las 31 pacientes, 16 (51,6%) tuvieron embarazos previos al tratamiento con CF, mientras que luego del tratamiento 10 (32,3%) lograron quedar embarazadas, sólo 3 de estas últimas tenían embarazos previos. Se registró un embarazo intratratamiento. No encontramos diferencia estadísticamente significativa entre embarazos previos a la CF y luego de la CF (p=0,1005). En el grupo que se embarazó luego del tratamiento con CF la dosis de CF promedio fue mayor (10,2 vs 8,2 g), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística (p=0,416). Las que se embarazaron luego del tratamiento con CF tenían en promedio una edad menor (p=0,114). De las 8 pacientes que no registraron ningún embarazo durante el seguimiento, 7 no tenían pareja.

**Conclusión:**

Este estudio demuestra la seguridad relativa de la CF en dosis estándares sobre la fertilidad.

87

**P087**  
**EVALUACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 1**

MS Larroude<sup>1</sup>, G Aguilar<sup>2</sup>, I Rossi<sup>3</sup>, G Drelichman<sup>4</sup>, N Fernandez Escobar<sup>5</sup>, N Basack<sup>6</sup>, M Slago<sup>4</sup>, A Schenone<sup>4</sup>, A Fynn<sup>4</sup>, MF Cuello<sup>5</sup>, R Fernandez<sup>2</sup>, A Ruiz<sup>2</sup>, P Reichel<sup>6</sup>, N Guelber<sup>7</sup>, H Robledo<sup>8</sup>, N Watman<sup>9</sup>, M Bolesina<sup>9</sup>, G Elena<sup>9</sup>, SE Beber<sup>9</sup>, G Pujal<sup>10</sup>, G Galvan<sup>10</sup>, JJ Chai<sup>11</sup>, A Arizo<sup>12</sup>, J Bietti<sup>12</sup>, M Aznar<sup>13</sup>, M Dragosky<sup>14</sup>, M Marquez<sup>14</sup>, L Feldman<sup>15</sup>, K Muller<sup>15</sup>, S Zironi<sup>16</sup>, G Buchovsky<sup>17</sup>, V Lanza<sup>18</sup>, I Fernandez<sup>19</sup>, R Jaureguiberry<sup>20</sup>, MA Barbieri<sup>21</sup>, A Maro<sup>21</sup>, G Zarate<sup>22</sup>, G Fernandez<sup>22</sup>, M Rapetti<sup>23</sup>, A Degano<sup>24</sup>, G Kantor<sup>25</sup>, A Albina<sup>26</sup>, M Alvarez Bollea<sup>27</sup>, H Arocena<sup>28</sup>, V Bacciedoni<sup>29</sup>, F Del Rio<sup>30</sup>  
<sup>1</sup>HOSPITAL CESAR MILSTEIN, Argentina. <sup>2</sup>Centro de diagnóstico E. Rossi, Argentina. <sup>3</sup>Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", CABA, Argentina. <sup>4</sup>Laboratorio de Neuroquímica "Dr. N.A. Charnoles", Argentina. <sup>5</sup>Hospital de Niños "Sor María Ludovica" La Plata, Argentina. <sup>6</sup>Hospital CEPSI Eva Perón, Santiago del Estero, Argentina. <sup>7</sup>Hospital Provincial de Niños "Santa Trinidad", Córdoba, Argentina. <sup>8</sup>Hospital Ramos Mejía, CABA, Argentina. <sup>9</sup>Hospital de Niños "Pedro de Elizalde", CABA, Argentina. <sup>10</sup>Hospital "Dr. Julio C. Peraldo", Chaco, Argentina. <sup>11</sup>Hospital del Niño Jesús, Tucumán, Argentina. <sup>12</sup>Hospital Iturraspe, Santa Fe, Argentina. <sup>13</sup>Instituto Médico Platense, La Plata, Argentina. <sup>14</sup>Hospital de Oncología "M. Curie" Buenos Aires, Argentina. <sup>15</sup>Clinica Modelo de Tandil, Poía, Buenos Aires, Argentina. <sup>16</sup>Clinica del Niño del Rosario, Santa Fe, Argentina. <sup>17</sup>Hospital Escuela de Corrientes, Argentina. <sup>18</sup>Hospital Materno Infantil de Mar del Plata, Poía, Buenos Aires, Argentina. <sup>19</sup>Hospital de Del Viso, Poía, Buenos Aires, Argentina. <sup>20</sup>Hospital de San Martín, La Plata, Argentina. <sup>21</sup>Hospital Alemán, CABA, Argentina. <sup>22</sup>Hospital Pirovano, CABA, Argentina. <sup>23</sup>Hospital de Niños de San Justo, Poía, Buenos Aires, Argentina. <sup>24</sup>Sanatorio General Sarmiento, Poía, Buenos Aires, Argentina. <sup>25</sup>Hospital Durand, CABA, Argentina. <sup>26</sup>Consultorio Particular, Mar Del Plata, Prov. Buenos Aires, Argentina. <sup>27</sup>Sanatorio Allende de Córdoba, Argentina. <sup>28</sup>Hospital Centenario, Gualagaychu, Entre Ríos, Argentina. <sup>29</sup>Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad de Gaucher (EG) es el trastorno metabólico de depósito lisosomal más frecuente. Es una enfermedad crónica, progresiva y sistémica. La infiltración y la acumulación de macrófagos anormales en la médula ósea cargados con glucocerebrósidos provocan presión mecánica intraósea junto con liberación de enzimas y otras sustancias desde las células de Gaucher. Su expresión clínica está asociada con diversas complicaciones: fracaso del remodelado, osteopenia, osteonecrosis, osteosclerosis, crisis de dolor óseo, fracturas patológicas y retardo del crecimiento.

La osteopenia en la EG se ha reportado en 44% en niños, 76% en adolescentes y 54 % en adultos.

**Objetivos:** evaluar la densidad mineral ósea (DMO) en nuestros pacientes por absorciometría de rayos X dual (DXA). **Materiales y métodos:** desde abril del 2012 determinamos la DMO (densidad mineral ósea) y la valoración clínica en 116 pacientes con DXA (absorciometría de rayos X dual), 100% de los pacientes recibía terapia de reemplazo enzimática (TRE). Mediana de edad: 25,8 años (6,2-79,2). Mediana de dosis: 58 (11-120) UI/kg/dosis cada 2 semanas. Mediana del tiempo en TRE: 9,4 años (1,2 - 24,4). La DMO se midió con un aparato Lunar Prodigy en columna lumbar y cuello femoral en pacientes > de 20 años, columna lumbar y corporal total en < de 20 años, utilizando las normativas de la ISCD (International Society Clinical Densitometry). Los criterios de exclusión para la realización de la DMO fueron: osteonecrosis, artropatías, alteraciones vertebrales. Metodología estadística: prueba de chi 2, test de Kruskal Wallis y Mann Whitney. **Resultados:** presentaron DMO normal 89 pacientes (77%), baja masa ósea (BMO) 15 (13%) y osteoporosis (OP) 12 (10,3%). Población pediátrica: (n=43) detectamos 4 pacientes (9,3%) con BMO y 3 (7%) con OP (Z-score  $\leq$  -2 + fractura). Población adulta: (n= 73) observamos 11 pacientes (15%) BMO y 9 (12%) OP. La DMO fue analizada de acuerdo a la clasificación de grupos pronósticos del Grupo Argentino de diagnóstico y tratamiento de EG. Grupo 1 (sin enfermedad ósea (EO) presentó DMO normal, grupo 2 (con EO reversible), 3 (con EO irreversible crónica) y 4 (con EO irreversible aguda) presentaron OP el 3,2 %, 18% y 10% y BMO 19%, 16% y 5% respectivamente (p = 0,058). Las variables OP y BMO se asociaron con > retraso diagnóstico y > retraso en el inicio del tratamiento (p= 0,001). Infiltración medular se asoció significativamente con disminución de masa ósea (p=0,049). La variable OP se asoció con presencia de fracturas 58% (p<0,001). Al examen físico los pacientes con OP tuvieron < rango de movimiento en cadera y deformidad articular (p= 0,001). **Conclusión:** El hallazgo de menor prevalencia en OP en nuestra población se podría relacionar al largo tiempo de TRE. El aumento en la DMO como meta terapéutica no alcanza para lograr una buena salud ósea.

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAHEPÁTICAS EN LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C Y SU RELACIÓN CON EL GENOTIPO VIRAL**

GF Mora, MR Soria Alcívar, AE Spiraquis  
Hospital Militar Central, Argentina.

**Antecedentes:** La infección por virus de la hepatitis C es considerada una pandemia, que afecta a 180 millones de personas. En Argentina tiene una prevalencia del 2% en la población general. La tercera parte de estos pacientes presenta manifestaciones extrahepáticas, fundamentalmente autoinmunes.

**Objetivos:** 1. Establecer la prevalencia de manifestaciones extrahepáticas en pacientes infectados por virus de la hepatitis C. 2. Relacionar la presencia de manifestaciones extrahepáticas con el genotipo viral.

**Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hepatitis C desde Octubre de 2002 hasta Octubre de 2012. Se excluyeron del análisis los pacientes en los que las manifestaciones autoinmunes comenzaron luego de iniciado el tratamiento de la infección por virus C. Para comparar proporciones se utilizó el test exacto de Fisher y la prueba T de Student. Se realizó análisis univariado de los datos. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas si  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 41 pacientes (26 mujeres, 15 varones), con una edad media de  $52 \pm 13$  años (24-73). Presentaron manifestaciones extrahepáticas 10/41 pacientes (24,3%). Estas fueron: crioglobulinemia mixta (n=4), hipotiroidismo (n=3), hipertiroidismo (n=1), porfiria cutánea tarda (n=1) y artritis reumatoidea (n=1). Se determinó el genotipo viral en 38/41 pacientes (10/10 con y 28/31 sin manifestaciones extrahepáticas). En ambos grupos predominó el genotipo 1, 80% (n=8) en el grupo con manifestaciones extrahepáticas, y 71% (n=20) en el grupo sin dichas manifestaciones, no hallándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,69$ ).

**Conclusiones:** Las manifestaciones extrahepáticas se presentaron en el 24,3% de los pacientes con infección por virus de la hepatitis C. La manifestación autoinmune más frecuente en este grupo fue la crioglobulinemia mixta. El genotipo 1 fue el más prevalente en la población estudiada. No se encontró relación entre el genotipo viral y la presencia de manifestaciones extrahepáticas.

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE POMPE ENTRE PACIENTES CON ELEVACIÓN DE CREATININ-KINASA (CK). DATOS PRELIMINARES**

J Marin, V Scaglioni, J Zaccari, F Vergara, ER Soriano  
Sección Reumatología, Servicio Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Instituto Universitario, Hospital Italiano de Buenos Aires. Fundación PM Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

**Introducción:** la prevalencia de la enfermedad de Pompe en la población general varía entre las diferentes formas clínicas y grupos étnicos. Un importante número de pacientes con elevación de enzimas musculares no tienen un diagnóstico definitivo, pudiendo alguno de ellos tener una enfermedad de Pompe. **Objetivos:** determinar la prevalencia de la enfermedad de Pompe entre paciente mayores de un 18 años con elevación persistente de CK de causa desconocida. Describir las manifestaciones clínicas y demográficas de aquellos pacientes identificados. **Materiales y métodos:** se incluyeron todos los pacientes con aumento de CK en sangre, definida como un valor  $>500$  UI/L y otro  $>200$  UI/L separadas por un período mínimo de 1 año entre los años 2010 – 2013 de la base de datos del laboratorio del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se excluyeron los pacientes bajo tratamiento actual con agentes hipolipemiantes; pacientes que han sido tratados con agentes hipolipemiantes, en quienes la CPK se haya normalizado luego de suspender el tratamiento; y pacientes que han sido tratados con agentes hipolipemiantes e interrumpieron el tratamiento durante un tiempo menor de 9 meses antes del período de inclusión y pacientes con enfermedad muscular inflamatoria: pacientes con criterios diagnósticos probables o definidos (criterios de Bohan & Peter). Los pacientes con diagnóstico probable de miostis por cuerpo de inclusión (biopsia no típica podrían ser incluidos). Se les realizó evaluación clínica (medición de la fuerza muscular), cuestionario sobre síntomas musculares y se les extrajo sangre para test enzimático en papel de filtro para ser incluidas de Pompe. **Resultados:** se revisaron 849 historias clínicas, 199 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Hasta la fecha tenemos evaluados 121 pacientes, 11 quedaron fuera del estudio. De los 110 pacientes evaluados contamos con el resultado del test enzimático en papel de filtro para enfermedad de Pompe en 93 pacientes. La tabla 1 describe las características clínicas de los pacientes. Se hizo diagnóstico solo en el 34,4% de los pacientes. En un paciente dio alterado el test enzimático en papel de filtro, confirmando la alteración con la determinación enzimática en leucocitos. El test genético esta pendiente a la fecha. Considerando este caso como Pompe probable la prevalencia fue de 1.07% (IC 95%: 0,03-5,8 %).

Características			
Hombre/mujer	69/24	Trasplante renal	4 (4.3%)
Edad media	54 años	Dolor ejercicio	47 (50.53%)
Antecedentes familiares de enf. muscular	4 (4.3%)	Dolor en reposo	41 (44%)
Hipotiroidismo	10 (10.75%)	calambres	72 (77%)
Dislipemia	44 (47%)	Disnea	12 (13%)
Enfermedad coronaria	4 (4.3%)	Ronquidos	47 (50.5%)

**Conclusiones:** encontramos una prevalencia de enfermedad de Pompe similar a la reportada en otros trabajos. En un bajo porcentaje de los pacientes se pudo hacer el diagnóstico de las causas de CPK elevada (34.4%). Trabajo realizado con un grand irrestricto de Genzyme Argentina

**CAUSAS DE HIPERCKEMIA EN UN HOSPITAL GENERAL**

NR Benzaquén, MA Colazo, JP Pirola, V Saurit, MJ Haye Salinas, A Alvarellos, RH Capra, F Caeiro  
Hospital Privado de Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

La Creatinfosfoquinasa (CPK) es una enzima citosólica, fundamental para el transporte y almacenamiento de energía en las células musculares. Se encuentra en altas concentraciones en el músculo esquelético, cardíaco y en el cerebro.

La medición de CPK, es el estudio diagnóstico más utilizado ante la sospecha de una enfermedad neuromuscular, sin embargo, niveles elevados de esta enzima pueden estar relacionados con factores de género, raza, edad, masa muscular y actividad física. Es cada vez más frecuente el hallazgo de hiperCKemia en pacientes asintomáticos. La hiperCKemia idiopática se define como una elevación persistente de niveles séricos de CPK, sin manifestaciones clínicas, debilidad muscular o anomalías neurológicas, con exámenes electrodiagnósticos o histológicos normales.

**OBJETIVOS:**

- Evaluar las determinaciones de CPK aumentada y relacionarla con la clínica de los pacientes.

- Discriminar las causas de HiperCKemia.

- Establecer la presencia de HiperCKemia idiopática.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo.

Se evaluaron pacientes de ambos sexos, a los que se les haya determinado CPK entre junio de 2013 y junio de 2014. Se definió HiperCKemia como cifras de CPK  $> 1,5$  veces del valor del límite superior a lo normal.

Se asentaron como validos más de dos determinaciones de CPK elevada, separados con un lapso de 1 semana mínimo.

Mediante revisión de Historias Clínicas, se analizaron variables demográficas, clínicas, y métodos complementarios de los pacientes incluidos. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje.

**RESULTADOS:**

Se evaluaron 1225 muestras de CPK. Cumplieron con los criterios de inclusión 210 pacientes. El promedio de edad (DS) 50,6 (21,5) años. Del total 126 eran varones (60%).

Las causas de HiperCKemia fueron: cardíacas 74 (35,2%), por fármacos 23 (10,9%), trauma muscular 23 (10,9%), por ejercicio físico 17 (8,09%), causas infecciosas 14 (6,6%), enfermedades inflamatorias 13 (6,2%), post quirúrgicos 13 (6,2%), enfermedad maligna 8 (3,8%), distrofias neuromusculares 3 (1,4%), tóxicos 3 (1,4%), posible origen idiopático 2 (1%), causas endocrinológicas 1 (0,5%), alteraciones metabólicas 1 (0,5%), otras 15 (7,14%) Los pacientes asintomáticos fueron 74 (35,2%).

Dentro de los pacientes sintomáticos, las manifestaciones musculares se presentaron en 62 pacientes (29,5%) Las causas fueron: 23 por trauma muscular, 13 inflamatorias, 12 infecciosas, 6 por ejercicio físico, 3 neuromusculares, 3 por estatinas, 1 metabólica, 1 endocrinológica.

**CONCLUSIÓN:**

Las causas más frecuente de hiperCKemia fueron las cardiovasculares.

Dentro de los pacientes que presentaron síntomas musculares el trauma muscular fue el más prevalente seguido de enfermedades inflamatorias y patología infecciosa.

La presencia de hiperCKemia idiopática fue baja, como esta descrito en otras series.

**EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

MG Gómez, MC de la Vega, CR Uña, J Gamba, L Lucana, G Redondo, MI de la Barrera, D Erafía, C Fecchio, D Mata, A Benítez, N Villa, A Riopedre, OD Messina  
Hospital Argentin, Argentina.

**Introducción:** Es conocido que las vacunas han reducido significativamente la morbimortalidad por enfermedades infecciosas. Los programas masivos de vacunación disminuyeron la incidencia y mortalidad causadas por enfermedades como el tétanos, hepatitis B, influenza y neumonía. Sabiendo que una de las principales causas de muerte en los pacientes con patologías reumatológicas es la infecciosa, los mismos deberían recibir determinadas vacunas, ya que tanto la enfermedad de base como las terapias inmunosupresoras actúan disminuyendo la capacidad de respuesta ante agentes infecciosos. En pacientes con enfermedades reumáticas se aconseja la vacunación contra tétanos, meningococo, influenza, haemofilus, tétanos, HPV, hepatitis A y B (vacunas a virus muerto o inactivado). Está contraindicada la utilización de vacunas a virus vivos.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de vacunación en pacientes con enfermedades reumáticas que consultan en Consultorios externos de Reumatología.

**Pacientes y métodos:** Se evaluaron pacientes con enfermedades autoinmunes que concurrían a consultorios externos de reumatología en forma consecutiva entre marzo y junio del 2014. Se realizó un cuestionario anónimo evaluando vacunación recomendada y no recomendada. Se evaluó vacunación contra tétanos/difteria (doble adultos), gripe, neumococo, haemofilus, hepatitis A y B, meningococo, HPV, rubéola, varicela y fiebre amarilla. Se recabaron datos referentes a edad, sexo, nivel de educación, enfermedad de base y tiempo de evolución de la misma, utilización de drogas inmunosupresoras, antecedentes infectológicos, y vacunas recibidas.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 221 pacientes. El 83,3% (n=184) fueron mujeres y el 16,7% (n=37) varones. La edad promedio fue de 53 años. Patología de base principales: Artritis Reumatoidea 52% (n=115), Lupus Eritematoso Sistémico 19% (n=42), Artritis Psoriásica 7,2% (n=16), Síndrome de Sjogren 3,16% (n=7), Poli/Dermatomiositis 2,7% (n=6), otras 15,94% (n=35). Promedio de duración enfermedad: 10,5 años. El 100% recibía tratamiento con inmunomoduladores. Se registró que 25 pacientes (11,3%) tenía antecedentes de haber padecido infecciones serias. Los vacunados en la población total fueron: con vacuna doble el 48% (n=106), papiloma virus (HPV) el 0,9% (n=2), vacuna antigripal el 74,2% (n=164), antineumocócica el 47,5% (n=105), antirubeólica el 22,2% (n=49), antimeningocócica el 5% (n=11), vacuna hepatitis A el 9,5% (n=21), vacuna hepatitis B el 26,7% (n=59), vacuna anti varicela-zóster el 0,9% (n=2), vacuna anti Haemophilus Influenzae 4,1% (n=9), vacuna contra la fiebre amarilla 5% (n=11). Los pacientes con AR que estaban vacunados con antigripal, antineumococo y hepatitis B concomitantemente fueron 17 (14,8%) y los pacientes con LES con las 3 vacunas fueron 15 (35,7%).

**Conclusion:** A pesar de las guías existentes e innumerables trabajos presentados en la especialidad un importante porcentaje de pacientes no presentaba el esquema de vacunación recomendado. Asimismo algunos pacientes recibieron vacunas contraindicadas. Comparando los resultados con un estudio realizado en 2009 por nuestro centro y el Hospital Tornó hubo un incremento en el número de pacientes vacunados con vacuna antigripal (39,1% vs 74,2%), antineumocócica (17% vs 47,5%) y hepatitis B (6,7% vs 26,7%) marcando una tendencia favorable en la conducta de reumatólogos.

92

**P092**  
**DESARROLLO DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

S Moyano<sup>1</sup>, M Scolnik<sup>1,2,3</sup>, LE Pompermyer<sup>1</sup>, IJ Gandino<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>3</sup> Escuela de Medicina, Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La complicación más grave del síndrome de Sjögren (SS) es el desarrollo de procesos linfoproliferativos. La mayoría de estos procesos descriptos son linfomas no Hodgkin de tipo B, aunque también se han descrito otros procesos hematológicos como linfoma de Hodgkin, linfomas de estirpe T, mielomas y leucemias.  
**Objetivo:** Evaluar el desarrollo de neoplasias en una cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren primario seguidos en nuestra institución.

**Métodos:** Para la selección de los pacientes se revisaron las historias clínicas electrónicas del período 2000-2014 de todos los pacientes que presentaban como problema Síndrome de Sjögren y/u ojo y boca seca, así también como las de aquellos pacientes que presentaban anticuerpos anti Ro y/o anti La positivos por ELISA en la base de laboratorio del hospital. De todos estos pacientes fueron incluidos para este estudio solo aquellos que cumplían criterios diagnósticos de Sjögren primario por criterios ACR 2012, Europeos 2002 o si eran considerados como Sjögren primario por sus reumatólogos tratantes a pesar de no tener biopsia de glándula salival o cumplir con los criterios estrictos de pruebas oftalmológicas.

**Resultados:** Se identificaron 157 pacientes con síndrome Sjögren primario, 95,5% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 49,4 años (DS 19). A lo largo del seguimiento (mediana de tiempo de seguimiento: 7,7 años) 3 pacientes desarrollaron linfomas [2 linfomas B de parótida y 1 linfoma no Hodgkin diseminado; densidad de incidencia (DI): 2,6/1000 personas-años (IC 95%: 0,5-7,5/1000 personas-años)], 1 mieloma múltiple, 7 neoplasias sólidas [4 cáncer de mama, 1 tumor de pulmón, 1 de útero, 1 de lengua, DI: 6/1000 personas-años (IC 95%: 2,4-12,4/1000 personas-años)] y 4 tumores de piel no melanoma. Tener C4 bajo (p<0,01), crioglobulinas positivas (p<0,01) anemia (p<0,02) y leucopenia (p<0,03) se asociaron en el análisis univariado con desarrollo de linfoma, mientras que ninguna variable clínica mostro asociación.

	Sjögren primario (n=157)
Mujeres, n (%)	150 (95,5)
Edad al diagnóstico, media (DS)	49,4 (19)
Tiempo de seguimiento, años, mediana (RIQ)	7,7 (8)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Ojo seco	152 (96,8)
Boca seca	139 (89)
Agrandamiento glandular	26 (16,6)
Raynaud	20 (12,7)
Neuropatía	5 (3,2)
Vasculitis	6 (3,8)
Artritis	14 (9)
Artralgias	106 (67,5)
Manifestaciones de laboratorio, n (%)	
FAN+	152 (97)
R+	149 (95)
LA+	94 (60)
FR+	66 (45)
Eritrosedimentación elevada	130 (83)
Hiperagmaglobulinemia policlonal	95 (63)
Banda monoclonal	2 (1,3)
C3 bajo	26 (23)
C4 bajo	13 (12)
Anemia	47 (30)
Leucopenia	51 (32)
Plaquetopenia	25 (15,9)
Biopsia de glándulas salivales compatible, n (%)	24/32 (75)
Test de ojo seco confirmatorios, n (%)	49/68 (72)
Muerte durante el seguimiento, n (%)	2 (1,2)

**Conclusiones:** De esta cohorte de pacientes con SS primario, 3 pacientes de 157 (1,9%) luego de un seguimiento de 1158 pacientes-año desarrollaron linfoma. La presencia de C4 bajo, crioglobulinas, anemia y leucopenia se asociaron al desarrollo de linfoma. Se recalca entonces la importancia del seguimiento con laboratorio periódico en los pacientes con síndrome de Sjögren primario.

93

**P093**  
**UTILIDAD DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

C Peña, G Pendon, R Aguilá, A Salas, MY Aguirre, A Costi, C Gamoneda, S Sazzaro, MA García HIGA San Martín La Plata, Argentina.

**Introducción:** Las inmunoglobulinas intravenosas (IVIg) han sido utilizadas en el tratamiento de inmunodeficiencias primarias y secundarias durante más de 25 años, con un buen perfil de seguridad y sin eventos adversos a largo plazo. Asimismo se han utilizado en una amplia variedad de condiciones autoinmunes e inflamatorias sistémicas, incluyendo las enfermedades reumáticas, por sus efectos inmunomoduladores sobre células de respuesta innata y adaptativa, y la supresión de citoquinas inflamatorias, así como la inhibición de producción de autoanticuerpos.

Por razones de accesibilidad a las IIVg, su indicación prioritaria es en pacientes con hipogammaglobulinemia/agammaglobulinemia. En nuestro hospital se ha normalizado su uso, y en nuestra especialidad se restringe solo para pacientes que cursen cuadros de actividad severa refractaria o infecciones concomitantes por las cuales se deba suspender transitoriamente los inmunosupresores.

**Objetivo:** Describir las indicaciones del uso de IIVg en una serie de pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes evaluados en un centro de referencia, la evolución clínica y los eventos adversos.

**Materiales y métodos:** Se revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes que recibieron IIVg por diferentes condiciones reumáticas entre 2007-2014. Se registraron datos demográficos, patología de base, motivo de indicación de IIVg, evolución clínica de los pacientes y eventos adversos asociados al uso de IIVg.

**Resultados:** Se registraron datos de 37 pacientes que recibieron IIVg en dosis de 2g/kg/dosis total, fraccionada en 2-5 dosis. 72,9% fueron mujeres, edad media 40,5 años +/-16,4 (rango 17-78), tiempo medio de evolución de la enfermedad de 58,1 meses. 24/37 pacientes (64,8%) tenían diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), de ellos 9 presentaban Síndrome antifosfolípido (SAF) asociado; 6/37 (16,7%) vasculitis; 2 Poliangeititis Microscópica (PAM), 2 Granulomatosis con Poliangeititis (GPA), 1 Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeititis (EGPA), 1 vasculitis de Kawasaki, 4/37 (11%) dermatomiositis, 1/37 enfermedad de Still del Adulto, 1/37 artritis Reumatoidea con vasculitis cutánea refractaria y osteomielitis, 1/37 Síndrome de Sjögren.

La principal indicación para el uso IIVg fue la presencia de infección asociada que contraindicaba tratamiento inmunosupresor 20/37 (54,05%), 16/37 (43,2%) pacientes recibieron IIVg por enfermedad activa refractaria a tratamientos convencionales y 1 paciente embarazada por nefropatía lúpica activa sin respuesta a azatioprina y ciclosporina. Discriminando por patología, 11/24 (45,8%) pacientes con LES, 5/6 (83 %) de las vasculitis y 3/4 (75%) de las dermatomiositis, y la totalidad de las restantes patologías presentaron infección asociada por lo cual recibieron IIVg.

La mayoría de los pacientes 26/37 (70,3%) presentaron buena evolución clínica, permitiendo el alta hospitalaria, 2/37 pacientes (5,4%) con alta actividad de la enfermedad evidenciaron falta de respuesta: un paciente varón con diagnóstico de LES y Enfermedad de von Willebrand adquirida y otro paciente con diagnóstico de dermatomiositis refractaria. Fallecieron 9 pacientes (24,3%), debido a complicaciones infecciosas o severidad de la enfermedad de base.

Se presentaron eventos adversos en 13,5% de los pacientes, siendo la mayoría leves y relacionados con la infusión: 3 pacientes presentaron cefalea, 1 hipertensión arterial, 1 vasculitis leucocitoclástica de miembros inferiores.

**Comentario:** La indicación más frecuente de IIVg en nuestros pacientes con enfermedades autoinmunes fue la presencia de infección asociada (54,05%) que contraindicaba la utilización de inmunosupresores. El LES fue la patología más frecuente (64,8%). La evolución clínica fue favorable en la mayoría de ellos con un buen perfil de seguridad.

94

**P094**  
**INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS Y AUTOINMUNIDAD**

GF Mora, AM Curci, A Andrush  
Hospital Militar Central - Buenos Aires, Argentina.

Las inmunodeficiencias primarias (IDPs) están clásicamente asociadas con infecciones recurrentes, aunque las enfermedades autoinmunes (EA), alérgicas y neoplásicas también abarcan el espectro de las IDPs. Las complicaciones autoinmunes en las IDPs son comunes en los defectos tanto del sistema inmune innato como del adaptativo, demostrando que ambos son esenciales para el desarrollo y regulación de la tolerancia inmune en humanos. Estudios de pacientes con inmunodeficiencias humorales como la inmunodeficiencia común variable (IDCV) y los déficits selectivos de IgA (DSIgA) y de subclases de IgG (DSIgG) demostraron que hasta un 50% de los pacientes desarrollan EA, frecuentemente como primera manifestación de la IDP. Las más frecuentes son las citopenias autoinmunes. La prevalencia de IDPs en pacientes con EA en nuestro medio es poco conocida.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de IDPs en una población de pacientes con EA.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo sobre población ambulatoria de pacientes derivados para manejo y/o tratamiento de EA entre mayo de 2010 y julio de 2014. Se excluyeron pacientes con tratamiento inmunosupresor dentro del año previo, así como aquellos pacientes con diagnóstico de EA a los que no se les completó el screening inmunológico completo. Se observaron variables demográficas, tipo de EA, patrón de infecciones, neoplasias, alergias, historia familiar de EA, consanguinidad. Se estudiaron: subpoblaciones linfocitarias, niveles de inmunoglobulinas (Igs), subclases de Igs, respuesta vacinal a antígenos proteicos y polisacáridos, niveles de complemento, prueba de dihidrorhodamina. Las IDPs fueron clasificadas de acuerdo con los criterios ESID-PAGID.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes con EA, de los cuales 16 (64%) tuvieron un perfil inmunológico normal y 9 (36%), diagnóstico compatible con PID. De éstos últimos, 5/9 de sexo femenino (55%). La edad promedio al diagnóstico de EA fue de 29 años (2-48), y al diagnóstico de PID de 40 años (10-52). El promedio de latencia para el diagnóstico de PID fue de 11 años (1-32). Las características de los pacientes se detallan en la tabla 1. Es destacable que solo una paciente presentó historia de infecciones recurrentes, ninguno tuvo consanguinidad parental y sólo 2/9 pacientes tuvieron historia familiar de autoinmunidad. Un paciente desarrolló una linfoma no-Hodgkin (LNH) entre el diagnóstico de EA e IDP y otro una gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI).

**Conclusiones:** Una importante proporción de pacientes evaluados por EA tenían diagnóstico subyacente de IDP. Para todos los pacientes de este grupo la autoinmunidad fue el rasgo prominente de su IDP, y solo una tuvo antecedentes de infecciones recurrentes. Estos resultados destacan la relación entre EA e IDPs.

Variable	n	%	IC 95%
Edad al diagnóstico de EA (años)	25	29	2-48
Edad al diagnóstico de PID (años)	9	40	10-52
Latencia para el diagnóstico de PID (años)	9	11	1-32
Sexo			
Masculino	16	64	
Femenino	9	36	
Consanguinidad			
Presente	0	0	
Ausente	25	100	
Historia familiar de EA			
Presente	0	0	
Ausente	25	100	
Historia familiar de autoinmunidad			
Presente	0	0	
Ausente	25	100	
Neoplasias			
Presente	1	4	
Ausente	24	96	
Infecciones recurrentes			
Presente	0	0	
Ausente	25	100	
Diagnóstico de EA			
CID	16	64	
DSIgA	9	36	
Diagnóstico de PID			
CID	9	100	

95

**P095**  
**MODIFICACIONES EN EL ESQUEMA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN REUMATOLOGÍA (DATOS PRELIMINARES)**

MP Girard Bosch, RN García Salinas, SJ Magri, P Arturi, D Giacomone, AS Arturi  
Reumatología y Enfermedades Autoinmunes - Hospital Italiano de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción**

Las terapias biológicas constituyen uno de los avances más importantes en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Con la introducción de estos fármacos, los pacientes que fallan a tratamientos convencionales pueden lograr la remisión de su enfermedad. Las terapias biológicas utilizadas en nuestra especialidad incluyen los antagonistas del TNFα (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab e infliximab), abatacept, rituximab, tocilizumab y belimumab. Cuentan con una eficacia ampliamente confirmada en ensayos clínicos, con un perfil de seguridad y tolerabilidad aceptables. Las guías de práctica clínica establecen cuales son los pacientes que presentan indicación de terapia biológica; sin embargo, no existe ningún consenso sobre cuál es la estrategia a seguir en presencia de remisión sostenida. Existen datos en la literatura que demuestran que el abandono de estos tratamientos produce una recaída de la enfermedad en la mayoría de los casos. No obstante, algunos estudios observacionales y recomendaciones en guías de manejo sugieren la posibilidad de reducir la dosis de los agentes biológicos en los pacientes en remisión hasta la mínima dosis eficaz.

En la práctica diaria del consultorio de reumatología, la reducción de dosis de los fármacos biológicos se implementa en forma empírica.

**Objetivo**

Analizar la frecuencia y características de la modificación del esquema de dosis de fármacos biológicos en los pacientes con enfermedades reumáticas en condiciones de práctica clínica.

**Materiales y métodos**

Se incluyeron todos los pacientes que visitaron el servicio en forma consecutiva durante 6 meses (enero a julio de 2014) y que habían recibido al menos una dosis de fármaco biológico durante dicho período.

Se recabaron: datos demográficos (sexo, edad, cobertura médica, diagnóstico y tiempo de evolución), tratamiento biológico (droga recibida, tiempo de tratamiento, tipo de dosis que recibe según criterio del médico tratante [estándar o reducida], intentos previos de reducción de dosis, motivos de reducción de la dosis de biológico, suspensiones de tratamiento biológico previas y tiempo de las mismas), datos de laboratorio (eritrosedimentación, PCR, factor reumatoideo, anti-CCP, HLA-B27, según correspondiera), clínica (DAS28, HAQ, BASDAI y BASFI, según correspondiera), tratamiento concomitante/previos y compromiso radiológico. La modalidad dosis reducida incluyó tanto la disminución de la dosis como al aumento del intervalo de dosis. Análisis estadístico: estudio descriptivo y de corte transversal.

**Resultados**

Se incluyeron 94 pacientes: artritis reumatoidea (AR) 75,5%, artritis psoriásica 12,8%, lupus eritematoso sistémico 2,1%, espondilitis anquilosante 2,1% y misceláneas 7,5%. La mediana del tiempo de evolución fue de 84 meses (RIC48-147), el 78,7% eran mujeres y la edad media de 50,5 años (DE 16,2). En el momento del análisis el 22,3% (IC95:13,9-30,8) del total de los pacientes estaban con dosis reducidas del tratamiento biológico, la mediana de tiempo de tratamiento con disminución de la dosis fue de 6 meses (RIC3-10,5). Los fármacos más utilizados en esta modalidad fueron: adalimumab, tocilizumab y etanercept en un 38,1%, 23,8% y 19%, respectivamente.

De los pacientes con dosis reducida el 71,4% tenían AR y la causa más frecuente de reducción en ellos fue la baja actividad de la enfermedad (66,6% IC95:35,4-88,3%), presentaron un DAS28 promedio de 3,49 (DE 1,89) y una media de HAQ 1,15 (DE 0,79). Los pacientes con AR con dosis reducida tenían mayores índices de remisión por DAS28 que los pacientes con dosis estándar (33,3% vs 7,1% p=0,02). El tiempo de evolución de la enfermedad y el tiempo de tratamiento con fármacos biológicos fue mayor en el grupo de pacientes con AR con dosis reducida (mediana 120 meses (RIC61,5-187,5) y 26 meses (RIC20-66), respectivamente).

**Conclusiones**

En nuestro conocimiento no existen estudios en Argentina que analicen la eficacia de las estrategias de reducción de agentes biológicos en pacientes que alcanzan la remisión de la enfermedad. El diseño de estudios que avalen dicha práctica nos parece de relevante importancia en la optimización del tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. En nuestra práctica diaria el 22,3% de los pacientes que reciben tratamiento biológico lo hacen a dosis reducida, principalmente tras haber alcanzado la remisión o baja actividad de la enfermedad con la dosis estándar.

### FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN PACIENTES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS

CV Gorlino<sup>1</sup>, R Blas<sup>2</sup>, A Munarriz<sup>3</sup>, H Tamashiro<sup>4</sup>, MS Di Genaro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> IMBIO-CONICET, Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia-Universidad Nacional de San Luis, Argentina. <sup>2</sup> MEDICI, Argentina. <sup>3</sup> Instituto Privado Cenyr, Argentina. <sup>4</sup> Clínica Bolívar, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** Las enfermedades reumáticas son un grupo heterogéneo de más de 200 patologías que afecta a hombres y mujeres de diferentes grupos etarios. El diagnóstico adecuado de estas enfermedades permite un tratamiento temprano para evitar discapacidades y malformaciones.

**OBJETIVO.** Determinar la frecuencia de patologías reumáticas y sus características en una población de pacientes de la ciudad de San Luis.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Se revisaron 2722 historias clínicas de pacientes que acudieron espontáneamente a los consultorios reumatológicos de la ciudad de San Luis durante el año 2013. Los datos recolectados sólo incluyeron pacientes con diagnóstico (Dx) definido por un profesional reumatólogo. Se calcularon las frecuencias de sexo, edad y las patologías reumatológicas; también se registraron datos clínicos, tipo y duración de tratamiento para el caso de pacientes con artritis reumatoidea. Para el análisis estadístico de variables continuas se utilizaron las pruebas de ANOVA (pos test: método de Tukey), Mann-Whitney o test de correlación de Spearman, mientras que para variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

**RESULTADOS.** La edad media de los pacientes fue de 56 ± 15 años; del total, 80% fueron mujeres. Las enfermedades con mayor prevalencia en la población fueron: osteoartritis primaria (OA; 27%, 746 casos), artritis reumatoidea (AR; 11%, 298 casos), patologías con disminución en la densidad mineral ósea (osteoporosis (OP) y osteopenia; 8%, 218 casos). Otros motivos de consulta fueron: reumatismo partes blandas, patologías no reumáticas, vasculitis, síndrome de Sjögren, entre otros, constituyendo fibromialgia un 3%, lupus eritematoso sistémico un 2%, artritis psoriásica un 1,5% y esclerosis sistémica (difusas y localizadas) un 0,7%.

En el caso de pacientes con diagnóstico de AR, la edad media de diagnóstico fue de 45 ± 15 años, siendo el 78% mujeres. Del total de pacientes con AR, el 20% presentó pérdida en la densidad mineral ósea como patología secundaria. La edad de aparición de osteopenia/OP en pacientes con Dx de AR antes de los 36 años de edad fue significativamente menor respecto de pacientes con osteopenia/OP primaria (edad media Dx en pacientes con OP primaria: 63 ± 9 años vs edad Dx OP en pacientes con Dx de AR antes de los 36 años: 53 ± 10 años; p<0,05 - edad media Dx en pacientes con osteopenia primaria: 58 ± 8 años vs edad Dx osteopenia en pacientes con Dx AR antes de los 36 años: 45 ± 14 años; p<0,01). A su vez, se observó correlación positiva en la edad de Dx de osteopenia/OP y los años de evolución en pacientes con Dx de AR antes de los 36 años de edad (p<0,0001), no así en pacientes con Dx de AR después de los 36 años de edad (p=0,13).

El 83% de los pacientes con OA fueron mujeres y la edad media de diagnóstico fue de 63 ± 11 años. El 49% de los pacientes con OA presentó compromiso periférico, mientras que un 32% evidenció compromiso axial y periférico. Se observó mayor frecuencia de afectación de rodilla en pacientes con compromiso axial y periférico respecto de aquellos con sólo manifestación periférica (p<0,05).

**CONCLUSIONES.** Se evidenció que OA, AR y patologías con disminución en la densidad mineral ósea constituyeron las enfermedades de origen reumático más frecuentemente diagnosticadas en nuestra muestra de estudio, siendo estos datos coincidentes con la bibliografía consultada. Se observaron diferencias significativas que sugieren que el seguimiento de pacientes con diagnóstico de AR a edades más tempranas puede contribuir a retrasar la aparición de patologías con disminución en la densidad mineral ósea. En OA, la rodilla sería la articulación afectada con mayor frecuencia cuando el compromiso es axial y periférico. Nuestro estudio aporta datos regionales al estudio de las patologías reumáticas.

### LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN SU ATENCIÓN EN LA SECCIÓN DE INMUNOLOGÍA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA

MP Iriarte Padula, FM Caputo, Y Bottinelli, ML Berra, MC Zerbo, HA Casas  
 Hospital Nacional Profesor "Alejandro Posadas", Palomar, Pcia. Buenos Aires, Argentina, Argentina.

#### INTRODUCCIÓN

La complejidad de la patología atendida en la sección y la convicción de proporcionar mejora continua, impulsaron al equipo de trabajo a generar un diagnóstico más preciso del escenario actual, a fin de poder reconocer puntos de conflictos, procesos entrecortados, y satisfacción en la atención de los pacientes en seguimiento. Los factores que influyen en la satisfacción de atención son los procesos de interacción entre los pacientes y los servicios brindados y los resultados describen la satisfacción o nivel de salud alcanzado. En la sección se encuentran en seguimiento continuo 733 pacientes, cuya distribución por patologías es la siguiente: LES, vasculitis sistémica, esclerodermia, AR, Sjögren, Dermatomiositis, inmunodeficiencias primarias, colagenopatía indeterminada y otras

#### OBJETIVOS

1. Realizar un análisis de satisfacción de atención de los pacientes en seguimiento
2. Implementar estrategias a partir de los resultados del análisis.
3. Efectuar evaluaciones continuas para mejorar la calidad de atención brindada.

#### MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una encuesta de satisfacción anónima, única, voluntaria y realizada en la sala de espera el día de la consulta. Esta herramienta fue probada inicialmente en 10 pacientes con el fin de evaluar la comprensión de todos los ítems y realizar los cambios necesarios. Luego se administró a un total de 120 pacientes que concurren durante junio de 2011, quedando 6 (5%) encuestas anuladas por estar incompletas, procesándose finalmente los datos obtenidos de 114 encuestas (95%).

Los pacientes hasta el 2011 accedían a la consulta a través de la obtención presencial de turnos y demanda espontánea diaria por orden de llegada.

Luego del análisis de los resultados de las encuestas se pusieron en marcha estrategias para disminuir el tiempo de espera y mejorar la accesibilidad de los pacientes, incorporándose al plantel un personal administrativo, con el fin de concretar el acceso telefónico para los turnos desde el año 2012 y ampliándose el horario de atención, con turnos vesperinos a partir del 2013

Se reiteró la encuesta durante mayo 2013, valorando además la estrategia de turnos telefónicos. Se administró a 117 pacientes quedando 7 (6%) encuestas anuladas por estar incompletas, procesándose 110 (94%)

#### RESULTADOS:

Los resultados fueron similares en ambas encuestas con respecto a los pacientes con seguimiento mayor a 5 años 42,39% (2011-2013 respectivamente). El 59-60% de los pacientes recorren una distancia > a 20 km para llegar a la consulta

El 98% nos considera sus médicos de cabecera.

En 2011 el 41% esperaba más de 1 hora para ser atendido y luego de la incorporación de los turnos por horario esta espera se redujo al 28%

En el ítem incorporado sobre la accesibilidad a la consulta con los turnos telefónicos y por horario el 97% de los pacientes están entre parcial y totalmente de acuerdo con esta estrategia.

#### CONCLUSIONES:

Los resultados de la encuesta de satisfacción son muy favorables al objetivo principal de la sección. Esta herramienta puede ser usada sistemáticamente para detectar cambios en los resultados, que nos indiquen la necesidad de planificar y ejecutar un nuevo plan de mejora. Los años de seguimiento y la distancia que recorren para la atención nos indican un importante nivel de adherencia. Se suma al punto anterior la consideración como médicos de cabecera, marcando la importancia que tiene la atención integral del paciente, con la resolución de problemas y el trabajo interdisciplinario, no generando la división de la atención de patologías sistémicas en múltiples especialistas.

La estrategia de turnos telefónicos y por horario ha resultado una modificación beneficiosa, tanto en la espera como en la accesibilidad. Se ve reflejado también en los informes estadísticos del hospital ya que en el 2011 los turnos programados eran el 8% de las consultas anuales, alcanzando el 37% en 2012 y 53% en 2013.

Para garantizar la satisfacción de los pacientes y mejorar la calidad de atención en salud, quedan por realizar evaluaciones que midan la utilización de los recursos, la efectividad, la satisfacción del recurso humano, capacidad profesional, destreza para solucionar problemas, intercurencias de los pacientes, como así también la revisión sistemática de historias clínicas, capacitación en áreas de gestión, desarrollo de trabajos de investigación, planificación estratégica.

### SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE. SERIE DE CASOS

JP Pirola, NR Benzaquén, MA Colazo, MV Borghi, CB Luscero, AC Alvarez, MJ Haye Salinas, A Alvaroles, V Saurit, F Caeiro  
 Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

#### Introducción

La encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico radiológica de etiología desconocida, aguda y potencialmente reversible, en la que los síntomas más comunes son cefalea, convulsiones, alteraciones de la conciencia y trastornos visuales. Típicamente las imágenes por resonancia magnética (RMN) suelen ser bilaterales y afectar las regiones posteriores del cerebro.

Se han sugerido varios mecanismos fisiopatológicos, la teoría más aceptada es un trastorno en la autorregulación cerebral y distensión endotelial que lleva a edema vasogénico.

Suelen asociarse con episodios agudos de hipertensión arterial, en pacientes con enfermedad renal, enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo, poliartritis nodosa, púrpura de Scholein Henoch), drogas inmunosupresoras (inhibidores de calcineurina) y trasplantes de órganos.

#### Objetivo

1. Describir en pacientes con PRES, la forma de presentación clínica, hallazgos en estudios de imagen y el tratamiento al momento del episodio.
2. Determinar las causas de éste síndrome.

#### Métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo de serie de casos. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes con PRES en un período de 10 años. Se analizaron datos demográficos, características clínicas, estudios complementarios, antecedentes patológicos y tratamientos recibidos.

#### Resultados

Se identificaron 13 pacientes con episodios de PRES (9 mujeres y 4 varones). La edad promedio de presentación fue 31,46 años (rango 13-57 años).

Las formas de presentación al inicio fueron: convulsiones en 10 (76,92%), alteraciones visuales 5 (38,46%), encefalopatía 5 (38,46%) y cefalea 3 (23,07%). Diez pacientes (76,92%) tenían hipertensión arterial y once (84,61%) insuficiencia renal al momento del inicio del cuadro.

En 11 pacientes se realizó tomografía axial computada (TAC), y a 12 se les realizó RMN. Las lesiones fueron bilaterales en 10 pacientes (76,92%) afectando principalmente la región subcortical en 12 (92,30%). En el 84,6% (11/13) las lesiones fueron occipitales. Hubo 3 pacientes con lesiones a nivel de cerebelo (23,07%) y 3 en tronco cerebral (23,07%). En 11 pacientes se realizó una RMN de control, con mejoría o desaparición de las lesiones en 8 de ellas (81,53%).

Las principales enfermedades asociadas en estos pacientes fueron: hipertensión arterial en 6 (46,15%), trasplante: renal en 4 (30,76%), hepático en 2 (15,38%) y de médula ósea en 2 (15,38%). Requerimiento de diálisis: 2(15,38%), 3(23,07%) lupus eritematoso sistémico. Todos estos pacientes estaban activos y fueron diagnosticados inicialmente como cerebritis lúpica.

La mayoría de los pacientes estaban inmunosuprimidos. Recibían esteroides 10 (76,92%), Tacrolimus 4 (30,76%), Micofenolato Mofetilo 4 (30,76%), Azatioprina 3 (23,07%), Ciclosporina 3 (23,07%), Ciclofosfamida 2 (15,38%), Hidroxicloroquina 2 (15,38%) y 1 (7,69%) Rituximab.

El tiempo promedio de recuperación clínica fue de 12,83 días (rango 1- 42 días)

#### Conclusión

- 1) El PRES debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de pacientes que se presenten con cuadros neurológicos agudos de tipo encefalopático.
- 2) La insuficiencia renal e hipertensión arterial estuvieron presentes en la mayoría de los pacientes.
- 3) Las lesiones fueron más frecuentemente subcorticales, bilaterales y a predominio occipital.
- 4) La patología asociada con más frecuencia fueron los trasplantes de órganos.

### CEFALEA COMO SÍNTOMA CARDINAL EN SAF PRIMARIO Y SAF ASOCIADO A LES (INFORME PRELIMINAR)

HR Scherbarth, T Grosello, C Iturralde, CD Gerling Morgado, S Gordon  
 Unidad Reumatología y Enfermedades Autoinmunes H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina.

**Introducción:** Hace mucho tiempo Graham Hughes insiste en la Cefalea en mujeres menores a 50 años y con fallo a múltiples tratamientos, como sospecha de SAF; y mas aun si esta asociada a otras enfermedades autoinmunes.

**Objetivo:** Se presenta este informe preliminar sobre una serie de casos, Grupo I: 11 (once) pacientes con SAF Primario y Grupo II: 10 (diez) pacientes con SAF asociado a LES, por ser la Cefalea el síntoma primordial que determinó el diagnóstico y/o rebrote - recaída de los pacientes evaluados.

**Material y métodos:** Se revisaron los antecedentes y evolución de 11 (once) pacientes con SAF. I: 11 y/o Catastrófico y 10 (diez) pacientes con SAF. asociado a LES. que se asistieron entre 2000 y 2013 en nuestra Unidad.

**Resultados:** Grupo I: Total 11 (once) pacientes con SAF Primario y/o Catastrófico, todas mujeres con media de edad de 32 años (Mn.23 - Max.47). Grupo II: Total 10 (diez) pacientes con SAF. asociado a LES, ( 1 varon/ 9 mujeres), con una media de edad de 38 años (Mn.22 - Mx.50). Todos los pacientes tenían una historia de Cefaleas/Migraña o Cefaleas que se incrementaron en intensidad o fueron cada vez mas frecuentes y sin respuesta a los tratamientos efectuados y con diagnósticos variados, para el Grupo I: trastornos Psiquiátricos 3/1, Esclerosis Múltiple atípica 2/11, Fibromialgia 9/11, Epilepsia 3/11, Trastornos visuales 4/11, Sínd. de Meniere 2/11, Trastornos Cognitivos 6/11 y otros. Similar situación para el Grupo II: Trastornos psiquiátricos/Trastornos Cognitivos 6/10, E.M.(Esclerosis Múltiple) 3/10, Fibromialgia 7/10, Epilepsia/Trastornos Visuales/Trastornos Cognitivos/ LES neurológico 5/10. Solo la concurrencia a nuestra consulta y un riguroso exámen semiológico por interacción de algún familiar o allegado, arribó al diagnóstico adecuado al solicitar analisis de aPI. (Ac.Anti Fosfolípidos: AAcI-IgG/IgM-, Inhibidor Lúpico y desde 2009 B2GP1 -IlgG/IgM-), asociado a los siguientes hallazgos: Livedo Reticularis, antecedentes anticoncepción oral, Hipotiroidismo y Fatiga (los mas frecuentes), ojo y boca seca, pérdida de memoria, plaquetopenia, Inestabilidad o sensación vertiginosa, AIT, antecedentes no claros de epilepsia temporal, Maculopatia/Neuritis Optica. Dos (2) casos tuvieron serología negativa, pero respondieron en forma excelente al tratamiento (SAF sero negativo ?). Tres (3) pacientes con SAF.Catastrófico desarrollaron el episodio en contacto directo con el autor del trabajo y el síntoma fue Cefalea brusca de horas de evolución, (dos por contacto telefónico y una en consultorio). El Grupo I: tuvo 3 óbitos (SAF Catastrófico) y el Grupo II: 5 (causas relacionadas al SAF). Excepto los pacientes fallecidos, todos respondieron al tratamiento anticoagulante Oral (Acenocumarol), con control estricto de INR adecuado, de acuerdo a cada grupo. El Grupo II, recibía adicionalmente Hidroxicloroquina y Aspirina a baja dosis. Cuando salían de rango, la Cefalea actuaba como predictor en la mayoría de los pacientes. La respuesta siempre debe ser ajustada a cada caso en particular.

**Conclusiones:** La Cefalea fue el Síntoma Cardinal en todos los casos evaluados, aislada o asociada a los hallazgos reportados (mas frecuentes: Livedo reticularis, Anticoncepción Oral, Trombocitopenia, Fatiga, Hipotiroidismo u otras EA), Trastornos cognitivos, trastornos visuales). Esto refuerza las lecciones de Graham Hughes (ej. 1 de 5...) en mujeres menores a 50 años, Cefalea/Migraña tener en cuenta, tanto como sospecha con valor Diagnóstico, como desencadenante o indicador de rebrote o recaída y en un considerable número de casos como predictor personal de alteración del INR. El INR para el Grupo I se manejó entre 3,5 y 4,5 y para el Grupo II entre 2,5 y 3,5, aunque siempre hay que considerar el ajuste personalizado y escalando dosis de acuerdo a la respuesta individual. En ninguno de los pacientes de ambos grupos se observaron efectos colaterales o secundarios al tratamiento anticoagulante.

## P100

**ECOPAR: ESTUDIO FASE IV, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DE COHORTE ABIERTA CON RECOGIDA DE DATOS DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS NO BIOLÓGICAS (REPIS 1482)**  
L Onetti, E Mussano, I Cadile, MV Gazzoni, MC Taboada, R Herrera Comoglio Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El tratamiento de las enfermedades reumáticas (ER) es polifacético y depende de la respuesta particular de cada paciente. Desde la aparición de las drogas modificadoras de artritis reumatoidea (DMAR) y de los inmunosupresores (terapias no biológicas), el curso de muchas ER ha cambiado, ya que su uso precoz previene o retarda daños en estos pacientes. Como cualquier fármaco, también estos producen efectos colaterales o eventos adversos (EA) que deben ser identificados y notificados.

**Objetivo:** Identificar EA y su gravedad en pacientes con ER tratados con terapias no biológicas (TNB)

**Pacientes y métodos:** Fueron evaluados 207 pacientes con TNB con un promedio de 68 meses de tratamiento. 166 eran mujeres con una media etaria de 53.9 años. Las patologías prevalentes fueron: AR 150, LES 20, artritis psoriásica 16, espondiloartritis 8.

En los 207 ptes se utilizaron 299 TNB: metotrexato en 160, hidroxilcloroquina en 62, leflunomida en 47, azatioprina en 17, sulfasalazina en 13. 77 pacientes recibieron combinación de fármacos, siendo metotrexato e hidroxilcloroquina la asociación más frecuente (37).

**Resultados:** En 207 pacientes tratados con TNB se observaron durante el seguimiento 46 EA relacionados con dichos fármacos, a saber: aumento de transaminasas: 12; alopecia: 6; dispepsia: 6; ITU: 4; compromiso de mucosa oral: 3; trastornos hematológicos: 5; trastornos cardíacos: 2; neoplasias: 3; herpes zoster, prurito severo, nodulosis, neumonitis e insuficiencia renal leve a moderada todos con 1 evento. Los fármacos relacionados con los EA fueron metotrexato en 35, leflunomida, en 6, hidroxilcloroquina en 3, azatioprina y sulfasalazina en 1 cada uno.

26 pacientes debieron suspender el tratamiento y 4 de ellos requirieron internación relacionadas con el EA.

**Discusión y conclusión:** el tratamiento con fármacos inmunomoduladores e inmunosupresores ha demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, pero la aparición de eventos adversos es frecuente y se debe estar atento a su prevención, rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación (ANMAT).

Palabras Claves: Tratamientos no Biológicos, eventos adversos, enfermedades reumáticas

## P101

**REABER: ESTUDIO FASE IV, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DE COHORTE ABIERTA CON RECOGIDA DE DATOS DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS (REPIS 1481)**  
E Mussano, L Onetti, I Cadile, G Py, M Audisio, P Santaella, S Bulibasich, M Werner, E Moyano, MV Gazzoni, MC Taboada, R Herrera Comoglio Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Desde la aparición de los tratamientos llamado "biológicos" para la terapéutica de varias enfermedades reumáticas (ER) se han publicado numerosos trabajos y ensayos clínicos probando su eficacia y seguridad. Muchos de estos reportes tienen algunas limitaciones y dentro de ellas el sub-registro de reacciones adversas. Registros como Biobadaser y Biobadaser tratan de mostrar una realidad en cuanto a estos eventos adversos (EA). El tener un registro propio ayudaría al mejor conocimiento de los probables EA en nuestra población y su prevención.

**Objetivos:** Identificar EA y su gravedad en pacientes con ER tratados con fármacos biológicos

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional abierto donde se incluyeron pacientes con patología reumática tratados con terapia biológica desde el año 2005 a julio de 2014. Se estudiaron sus características, tratamientos asignados, eventos adversos y su gravedad. El análisis estadístico se realizó por Infostat.

**Resultados:** El número de tratamientos biológicos fue de 236 en 153 pacientes, 130 mujeres y 23 hombres con una edad promedio de 56.4 años (24-88). Las patologías incluídas fueron: AR 138, A. psoriásica 7, espondiloartritis 4, poliangeítis con granulomatosis 2, artritis crónica juvenil 1, LES 1. El biológico más utilizado fue etanercept (88/236) seguido por adalimumab (52/236) y certolizumab pegol (26/236). Del total, 90 pacientes utilizaron un biológico, 48 dos, 11 tres, 3 cuatro y 1 cinco biológicos. El tiempo promedio de tratamiento fue de 31.8 meses (rango 1-120). Las causas de interrupción fueron: EA en 63, ineficacia en 64 y remisión en 13. Los EA prevalentes fueron: infecciosos (29/63), dermatológicos (13/63), neurológicos (8/63), cardiovasculares (6/63), hematológicos (3/63), neoplasias (2/63), digestivos (2/63). 5 pacientes presentaron secuelas post EA (además de las neoplasias). Solo 19 requirieron internación y 4 de ellos fueron EA mortales probablemente relacionados con la terapia biológica.

**Conclusión:** Si bien los fármacos "Biológicos" han demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, la aparición de eventos adversos es frecuente y se debe estar atento a su prevención (ej. vacunación), rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación (ANMAT).

## P102

**REGISTRO ARGENTINO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4. GRUPO GESAER-IGG4**

J Gallo<sup>1</sup>, V Olmedo<sup>1</sup>, A Ortiz<sup>1</sup>, M Scolnik<sup>2</sup>, F Zazzetti<sup>3</sup>, JC Barreira<sup>3</sup>, NM Aste<sup>4</sup>, S Paira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología Hospital JM Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Sección Reumatología Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Sección Reumatología Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Resistencia, Chaco, Argentina.

La Enfermedad Relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una condición fibro-inflamatoria, sistémica en donde la presencia de lesiones tumorales inflamatorias en múltiples sitios es su característica clínica principal junto a infiltrados linfoplasmocitarios y fibrosis con células plasmáticas inmunomarcadas para IgG4 y frecuentemente, pero no siempre, aumento de IgG4 sérica.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y analíticas, así como también la respuesta terapéutica a glucocorticoides en los pacientes con diagnóstico de enfermedad relacionada a IgG4 en Argentina.

**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo. Se realizó protocolo clínico y una base de datos conjunta. Los pacientes fueron reclutados de 4 centros. El diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 se basó en los "Comprehensive Diagnosis Criteria 2011", clasificándolos en definido, probable y posible.

**Resultados:** Catorce pacientes fueron incluidos en el estudio, 8 de los cuales (57%) eran masculinos. La mediana de edad al diagnóstico fue de 50 años. Con un retraso promedio al diagnóstico de 3 años. La mediana de seguimiento fue de 15 meses. Cuatro pacientes (28.5%) presentaron antecedentes de asma, alergia o rinitis. Ocho pacientes (57%) presentaron al comienzo síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso y astenia). Once pacientes (78%) presentaron ER-IgG4 con más de un órgano afectado. Al inicio los órganos más comprometidos fueron ganglios (43%), Glándula salivales (29%) de las cuales 4 pacientes presentaron aumento de glándula parotídea y 3 glándulas submaxilares, síntomas Sicca (58%), esclerouveitis (35%), pancreatitis autoinmune (29%), Hipoacusia sensorioneural (21%),neumonitis intersticial (21%) y pleuritis (14%). Laboratorio cinco pacientes (36%) presentaron eosinofilia periférica, aumento sérico de IgE seis pacientes (43%), IgM 3(21.42%), IgG, IgG1, IgG2 3 pacientes (21.42%) e IgG4 en cuatro pacientes (29%). Solo 8 pacientes cumplieron criterios definitivos al inicio, 3 pacientes criterios probables y 3 posibles. En todos los casos el tratamiento inicial fue con glucocorticoides orales. La dosis máxima media fue de 60 mg/día durante un mes, en 12 (85.71%) pacientes se añadieron inmunosupresores, metotrexato 7 (50%), rituximab 3 (22%), azatioprina 2 pacientes (14.28%).

Diez pacientes (71.42 %) presentaron una respuesta completa y 4 (28.57%) presentaron una respuesta parcial (nefritis túbulo intersticial, pseudotumor intestinal, polineuropatía, miositis orbitaria y pseudotumor orbitario)

**Conclusiones:** No hay datos sobre la prevalencia de ER IgG4 en nuestro país. La mayoría de nuestros pacientes fueron derivados con diagnósticos de tumores y síndrome de Sjogren. Durante el 1º año de estudio se observaron 14 pacientes la mayoría masculinos, con una edad mediana de 50 años. Una demora al diagnóstico promedio de 3 años. Los órganos más comprometidos fueron ganglios, glándulas salivales, ojos y páncreas. Solo el 29 % de los pacientes presentaron IgG4 sérica aumentada. Todos recibieron tratamiento con corticosteroides, y en su mayoría tratamiento inmunosupresor

## P103

**CONCORDANCIA DE LOS NUEVOS CRITERIOS ACR/EULAR 2013 Y LOS ACR 1980 PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA**

ME Lara<sup>1</sup>, MM Mayer<sup>1</sup>, G Gomez<sup>2</sup>, L Gonzalez Lucero<sup>3</sup>, VL Cosentino<sup>4</sup>, IA Veltr<sup>5</sup>, A Lizarraga<sup>6</sup>, M Khoury<sup>1</sup>, A Schiel<sup>1</sup>, M Rivero<sup>1</sup>, MV Collado<sup>2</sup>, M Machado Escobar<sup>2</sup>, SF Montoya<sup>2</sup>, EM Baldessari<sup>7</sup>, J Sarano<sup>2</sup>, MS Yacuzzi<sup>2</sup>, EM Kerzberg<sup>2</sup>, M Landf<sup>8</sup>, H Laborde<sup>9</sup>, JC Barreira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Británico, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Angel C. Padilla, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Dr. J.M Ramos Mejía, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina. <sup>6</sup> Instituto de Rehabilitación Psicoeficaz, Argentina.

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una patología de etiología autoinmune, crónica que está considerada dentro de las enfermedades poco frecuentes. Los criterios de clasificación de ES del ACR 1980 son los que actualmente están en uso. Un importante porcentaje de pacientes con ES limitada no son detectados por estos criterios. Esto conlleva a que no sean clasificados como tales, perdiendo así la oportunidad de estudiarlos y tratarlos precozmente. Estudios recientes han demostrado que los nuevos criterios tienen mejor sensibilidad para detectar ES limitadas, incluídas aquellas con alto riesgo de hipertensión arterial pulmonar. **Objetivo:** Evaluar la concordancia y discordancia de los nuevos criterios de clasificación de ES (ACR/EULAR 2013) versus los criterios ACR de 1980. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 169 pacientes con ES según criterio clínico del médico tratante. Se excluyeron pacientes con síndromes Esclerodermia-like. Se registraron datos demográficos, clínicos y estudios complementarios. Se aplicaron los nuevos criterios ACR/EULAR y los de ACR 1980 a cada paciente. Se analizó el cumplimiento de los mismos y se evaluó su discordancia por Mc Nemar. Se comparó proporciones con Test de Fisher y variables numéricas con prueba de Mann Whitney. **Resultados:** Se analizaron 169 pacientes con ES, de los cuales 10 pacientes presentaban superposiciones (6 AR, 2 DM, 1 PM, 1 CBP). El 40.2% fueron limitadas, 57.9% difusas y 1.8 % ES sin escleroderma. El 93.5% de género femenino, la edad media 53.3 ± 14 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 8 ± 7 años. El 72.2% (122 pacientes) cumplieron los criterios ACR 1980, y el 99.4% (168 pacientes) cumplieron los criterios ACR/EULAR 2013. La concordancia absoluta de toda la muestra fue de 72.7%, para el subtipo limitado de 35.2%, y del 100% para el grupo difuso. De los 68 pacientes del subtipo limitado, 44 (64.7%) sólo cumplieron los criterios ACR/EULAR, y de los 3 pacientes con ES sin escleroderma sólo 2 (p=0.0001). En el grupo de superposición 6 cumplieron ambos criterios, 3 sólo los ACR/EULAR y 1 no cumple ninguno. Se llamó grupo discordante (GD) a quienes no cumplieron los criterios ACR 1980 y sí cumplieron los ACR/EULAR. Se comparó al GD con el resto de los pacientes con ES limitada que cumplieron ambos criterios. El GD fue 97.7% de género femenino, fueron mayores (57±16 vs 54±10 años, p=0.40) y tuvieron menor tiempo de evolución de la enfermedad (6±6 vs 6±8 años, p=0.23), aunque sin significancia estadística. También presentaron menor esclerodactilia distal a MCF, presencia de úlceras digitales y pitting scars, afectación intersticial pulmonar y mayor compromiso en la capillaroscopia en forma estadísticamente significativa, tabla 1. **Conclusiones:** Los nuevos criterios de clasificación de ES parecerían ser más adecuados para detectar ES limitadas como sugieren estudios previos. En el presente estudio, se halló discordancia estadísticamente significativa, en el subtipo limitada. Si bien no se puede afirmar que un criterio sea mejor que otro, en nuestra muestra 46 pacientes con ES (27%), sólo cumplieron los criterios ACR/EULAR y presentaron de manera significativa menor esclerodactilia distal, compromiso intersticial, úlceras digitales, pitting scars y mayor frecuencia de SD panner.

Tabla 1. Comparación de GD y ES limitadas que cumplen ambos criterios.

Manifestaciones y estudios complementarios	Grupo discordante n 46 (%)	ES Limitadas que cumplen ambos criterios n 24 (%)	Valor de p
Dedos Puffy	21 (47.73)	7 (29.17)	p=0.156
Esclerodactilia distal a MCF	30 (68.18)	23 (95.83)	<b>p=0.007</b>
Úlceras digitales	6 (13.64)	18 (75.00)	<b>p=0.001</b>
Pitting scars	5 (11.36)	20 (83.33)	<b>p=0.001</b>
Telangiectasias	33 (75.00)	21 (87.50)	p=0.184
Capilares anormales	40 (90.90)	21 (87.50)	<b>p=0.026</b>
Hipertensión pulmonar	5 (11.36)	4 (16.67)	p=0.395
Enfermedad intersticial pulmonar	1 (2.27)	9 (37.50)	<b>p=0.001</b>
Anti-centrómtero	36 (81.82)	14 (58.33)	p=0.062
Anti-Scl70	5 (11.36)	1 (4.17)	p=0.772

104

**P104**  
**ENCUESTA SOBRE COMPLICACIONES ASOCIADAS A VENOPUNTURAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA**  
P Pissani, L García Faura, V Cosentino, G Sequeira, EM Kerzberg  
Servicio de Reumatología. Hospital J. M. Ramos Mejía, Argentina.

**Introducción:** Los pacientes con **Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP)** deben concurrir al laboratorio varias veces por año a fin de determinar el compromiso general, la actividad de la enfermedad o para evaluar la seguridad de ciertos tratamientos. En virtud del compromiso de la piel y de ciertos tratamientos concomitantes, la extracción de sangre en pacientes con ESP se puede volver dificultosa y no exenta de complicaciones.

**Objetivo:** cuantificar las complicaciones asociadas a las venopunturas en pacientes con ESP. Detectar factores de riesgo asociados a las mismas y determinar la existencia de conductas que pudieran conducir a la aparición de fobias asociadas con las extracciones.

**Materiales y métodos:** se realizó una encuesta, en pacientes con ESP (que cumplan criterios ACR/EULAR 2013) y pacientes sin ESP (*pacientes con reumatismos de partes blandas, osteoartritis o pacientes sin enfermedades reumáticas que concurren al laboratorio general del hospital*). Se preguntó acerca del número de extracciones en el último año, las complicaciones asociadas a las mismas y conductas que pudieran ser generadoras de fobias a las extracciones.

Se realizó análisis descriptivo; las variables continuas con distribución normal fueron expresadas como promedios o medianas en las distribuciones no normales. Se realizó Chi2 o Prueba exacta de Fisher para la comparación de variables categóricas; T Student para las variables continuas con distribución normal o U Mann Whitney para las variables continuas con distribución no normal. Un valor de p < 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. Se utilizó software EPIINFO versión 3.5.4

**Resultados:** se encuestaron 71 pacientes con ESP y 78 controles de igual sexo, edad y nivel de estudios. El 76% de las ESP eran formas limitadas y el resto difusas, tenían en promedio 7.2 años de evolución y un score de Rodnan de 5.

**Los pacientes con ESP tuvieron mas extracciones en el último año con respecto a los controles (mediana de 5 vs 2; p < 0.001)** pero no refirieron una mayor frecuencia de desmayos (9.9 vs 9.0 %; p 0.9), infección (1.4% vs 0%; p 0.5) ni dolor mayor de 1 día en el sitio de punción (28.2% vs 25.6%; p 0.9). Para los pacientes con ESP el dolor promedio asociado a una venopuntura (medido en una escala VAS (0-100 mm) fue 24 mm vs 23.4 mm para los controles (p 0.9). Los pacientes con ESP mostraron una tendencia hacia un mayor sangrado (14.1% vs 6.4%; p 0.2) y la presencia de hematoma en el sitio de punción fue mayor: **56.3% vs 38.5% en el grupo ESP y control respectivamente (p 0.04).**

**La necesidad de mas de 1 intento para la extracción de sangre fue mayor en ESP (45.1% vs 25.8%; p 0.02)** con una tendencia hacia la participación de mas de 1 operador en el procedimiento (26.8% vs 14.1%; p 0.08).

Los pacientes con ESP no se mostraron mas excitados, nerviosos o tensionados (16.9% vs 25.6%; p 0.3), ni mas preocupados (15.5% vs 20.5%; p 0.6) ni mas irritables (12.7% vs 15.4%; p 0.8), ni durmieron mal la noche previa a la extracción (7.0 vs 7.7; p 0.9) con respecto a los controles. Los pacientes con ESP declararon haber faltado el 1.4% de las veces debido al miedo, el dolor o la ansiedad generada por la extracción vs 3.8% de los controles (p 0.3).

El uso de corticoides fue similar en ambos grupos (9.9% ESP vs 9.0% en los controles) aunque la mayoría de los controles usaban corticoides en inhalación.

**El uso de anticoagulantes fue significativamente mayor en ESP vs controles (5.6% vs 0; p 0.049) al igual que el uso de clostazol (29.6% vs 0%; p < 0.001) y AAS antiagregante (53.5% vs 9.0%; p < 0.001).**

**Conclusiones:** los pacientes con ESP sufren mas extracciones por año y de mas dificultosas realización que los controles. La presencia de hematomas en el sitio de punción es la complicación mas significativa, probablemente asociada al uso concomitante de anticoagulantes, clostazol y antiagregantes. El dolor no parece ser mayor, ni se han detectado conductas que pudieran ser generadoras de fobias a las venopunturas.

105

**P105**  
**ETNIAS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA**  
S Porta, C Arnez, V Goymil, M Micelli, V Cosentino, G Sequeira, EM Kerzberg  
Servicio de Reumatología. Hospital J. M. Ramos Mejía, Argentina.

**Introducción:** La Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP) es una enfermedad multifactorial de causa desconocida. Variaciones regionales en la prevalencia de la ESP podrían explicarse por diferencias en la exposición a fenómenos ambientales sobre poblaciones genéticamente predisuestas.

**Objetivo:** estudiar la relación entre la etnia, el lugar de nacimiento y la presencia de ESP.

**Materiales y métodos:** se encuestaron pacientes con ESP y pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Artritis Psoriática (APS) que formaron el grupo control. Los pacientes fueron atendidos en forma ambulatoria en el centro o contactados telefónicamente. Se registró la ciudad de nacimiento y se los dividió en 4 zonas: **Noreste** (Misiones, Formosa, Corrientes, Chaco y Paraguay), **Noroeste** (Jujuy, Salta, Tucuman, La Rioja, Catamarca, Santiago del Estero, Bolivia y Peru), **Centro** (Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, La Pampa y Uruguay) y **Otras.** Se preguntó acerca del lugar de nacimiento de los antepasados (padres y abuelos). Se preguntó específicamente si alguno de los antepasados pertenecía a un **pueblo originario.** Los antepasados nacidos en la Argentina y no pertenecientes a pueblos originarios fueron considerados **criollos.** Los pacientes que tuvieran al menos a un abuelo (pero no todos a los abuelos) de origen  **europeo** fueron considerados  **mestizos.** Se considero significativa p < 0.05.

**Resultados:** contestaron la encuesta 102 pacientes con ESP y 415 controles (79 LES, 134 APS y 202 AR). No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de nacimiento: 1) el 56.9% de los pacientes con ESP habían nacido en la zona centro vs. 52.8% de los controles (p: 0.5); 2) El 18.6% de los pacientes con ESP habían nacido en el NOA vs. el 22.4% de los controles (p: 0.5); 3) El 18.6% de los pacientes con ESP habían nacido en el NE vs. el 20.7% de los controles (p: 0.7); 4) El 5.9% de las ESP habían nacido en otras zonas vs. 4.1% de los controles (p: 0.6). El 41.2% de los pacientes con ESP tenían todos antepasados criollos vs. 42.9% de los controles (p: 0.8). El 7.8% de los pacientes con ESP tenía al menos a un antepasado perteneciente a pueblo originario vs. 8.2% del grupo control (p: 0.9). Ningún paciente con ESP tenía a todos sus antepasados pertenecientes a pueblos originarios vs. 1.2% del grupo control. Un 11.8% de los pacientes con ESP no pudo precisar el origen de al menos 1 ancestro.

**El 43.1% de los pacientes con ESP tenían al menos un antepasado europeo vs 29.9% de los controles (p 0.01; OR 1.8 IC95: 1.1-2.8). El 17.6% de los pacientes con ESP tenían a sus 4 abuelos europeos vs 9.2% de los controles (p 0.02; OR 2.1 IC95: 1.2-3.9).** El 29.4% de los pacientes con ESP tenían antepasados mestizos vs 20.7% de los controles (p: 0.08; OR 1.6 IC95: 0.97-2.6).

Cuando se combinó el lugar de nacimiento con la etnia de los antepasados solo la presencia de al menos un antepasado europeo y el nacimiento en la zona centro mostró una diferencia en el límite de la significancia estadística: 30.4% en ESP vs 20.7% en el grupo control (p 0.05; OR 1.7 IC 1.0-2.71).

**Los pacientes con ESP que tenían al menos un ancestro europeo tenían una edad promedio mayor que aquellos que no tenían (55.5 años vs 49.6 años; p 0.04),** mayor frecuencia de FAN anticentromero positivo (63.6% vs 51.7%; p 0.3), menor frecuencia de FAN antinuclear (25% vs 44.8%; p 0.06) y mayor frecuencia de compromiso cutáneo limitado (72.1% vs 63.8%; p 0.5).

**Conclusiones:** en esta muestra, proveniente de un solo centro, se observa un mayor riesgo de ESP (en comparación con otras enfermedades reumáticas) en pacientes con antepasados europeos. El riesgo de ESP parece ser menor en mestizos, criollos o pueblos originarios. El lugar de nacimiento no parece modificar el riesgo de ESP. Sin embargo los pacientes con al menos 1 ancestro europeo tuvieron una edad promedio mayor y una tendencia hacia las formas cutáneas limitadas.

106

**P106**  
**EVALUACIÓN DE CUADROS CLÍNICOS EN PACIENTES CON SÍNDROMES ANTITOPÓISOMERASA I Y/O ANTICENTRÓMERO QUE NO CUMPLEN CRITERIOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA**  
P Fortes, RA Gomez, G Gomez, MV Colato, MA Gargallo, LV Suarez, J Saraner  
Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Argentina.

**Objetivo:** Identificar cuadros clínicos presentes en pacientes (p) que no cumplen criterios clasificatorios para Esclerosis Sistémica (ES) y que presentan anticuerpos antitopoisomerasa I (anti Scl-70) y/o anticentromero (ACA) positivos.

**Métodos:** Estudio exploratorio retrospectivo. Se incluyeron 57 (p) mayores de 18 años que, a partir del año 2006 habían presentado por lo menos una vez banda positiva para ACA y/o anti Scl-70 por el método de LIA (Lineal Immuno Assay) realizado en el IDIM. Se utilizó INNO-LIA™ ANA Update, que identifica simultáneamente 13 auto anticuerpos (Smb, Smd, RNP-70k, RNP-A, RNP-C, SSA/Ro62, SSB/Ro60, SSB/La/Comp-B, Topo I/USCL-70, Jo 1/HRs, Ribosomal P, Histonas) que se realiza a todo (p) al que se le solicita alguno de estos anticuerpos. Se revisaron las historias clínicas para registrar diagnósticos, signos y síntomas reumatológicos y se clasificó a los (p) según cumplieran o no criterios para (ES) de EULAR 2010 y ACR 80. Se excluyeron 8 (p) por falta de datos clínicos.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 49 (p). Veinte (p) con EULAR+8 tenían criterios de (ES) (10 de los cuales cumplían además criterios ACR). De los 29 (p) que no cumplían criterios de ES, 14 tenían puntaje de EULAR entre 5-8 y se clasificaron como Esclerosis Sistémica Muy Temprana (Fenómeno de Raynaud y anti Scl-70 y/o ACA). Los 15 restantes tenían un puntaje de EULAR 3 (solo anticuerpos), de los cuales 10 presentaban otros anticuerpos y 11 otros diagnósticos de enfermedad reumatológica.

En la tabla se describen los 7/15 (p) con EULAR+3 que tenían capillaroscopia normal.

P	Scl-70	ACA	T (meses)	Otros Ac	Signos y Síntomas reumatológicos	Diagnósticos Reumatológicos	Otros diagnósticos
1	(+)	(+)	29	--	microstomía	Psoriasis,	Dermatitis Linfocitica Perivascular, Cáncer de mama y ovario
2	(+)	(+)	42	FAN, FR, Ro y La	artralgias, rash malar	AR temprana Síndrome de Sjogren,	
3	(-)	(+)	36	Ro y La	artritis	Psoriasis Síndrome de Sjogren,	
4	(+)	(-)	25	CCP	artralgias, anemia, xerostomía	AR temprana	Hipotiroidismo
5	(+)	(-)	38	RNP-A	nódulos	vasculitis nodular	
6	(+)	(-)	83	--	artralgias	Fibromialgia, Psoriasis	Migraña
7	(+)	(-)	45	--	alopecia	Fibromialgia	

En la siguiente tabla se presentan los 8/15 (p) EULAR 3 sin capillaroscopia disponible.

P	Scl-70	ACA	T (meses)	Otros Ac	Signos y Síntomas reumatológicos	Diagnósticos Reumatológicos	Otros diagnósticos
8	(+)	(-)	8	--	artralgias, rigidez matinal, úlceras orales	Artritis Seronegativa	Diabetes, Asma y EPOC
9	(+)	(-)	19	--	xerofalimia	ND	Poliquistosis, Trasplante renal, Hipertensión arterial
10	(+)	(-)	30	FAN		Polimialgia reumática	Miastenia gravis
11	(+)	(-)	17	FAN, Ro, Sm, RNP-A, antiplaquetas, Anticoagulante lipídico	trombosis de vena retiniana	Purpura trombocitopenica autoimmune	Tuberculosis hepática, Hipotiroidismo
12	(+)	(-)	5	FAN		Osteoartritis	Cáncer de próstata
13	(-)	(+)	13	histonas, FAN y FR	rigidez matinal, artralgias,	AR	Hipotiroidismo, Diabetes, Insuficiencia renal, Accidente cerebrovascular, Cardiopatía isquémica
14	(-)	(+)	30	FAN	vasculitis y anemia hemolítica autoinmune	ND	Hipotiroidismo
15	(-)	(+)	56	FAN	artritis	ND	

P: paciente; AC: Anticuerpos; T: tiempo de evolución desde la determinación de los anticuerpos Anti Scl-70 y/o ACA; (+): positivo; (-): negativo; AR: artritis reumatoidea.

**Conclusión:** La serie de 15 (p) con EULAR 3 por anticuerpos positivos resultó ser heterogénea en cuanto a síntomas y diagnósticos reumatológicos. La mayoría presentaban positividad para otros anticuerpos. Es posible que algunos de estos (p) vayan a desarrollar con el tiempo ES o un síndrome de superposición. A pesar que se describe una alta especificidad de estos anticuerpos, los resultados sugieren que los Anti Scl-70 y ACA no implican un diagnóstico de ES en (p) que presentan otros anticuerpos y/u otros síntomas reumatológicos. Hacen falta estudios con seguimiento específicamente diseñados para analizar la evolución de estos casos.

107

**P107**  
**TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÍPICA. EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHERENCIA AL CONSENSO ARGENTINO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÍPICA**  
C Pisoni, N Antoniol, A Longo, V Di Castelnuovo, L Lecchini, N Dilela, M Biana, S Muñoz, A Alvarez, C Diaz, R Iotti, A Eimon<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CEMIC, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Penna, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Fernández, Argentina.

**Objetivo:** revisar el tratamiento de la nefropatía lipica (NL) en nuestra institución y evaluar el grado de adherencia respecto de las recomendaciones de tratamiento propuestas por el consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la NL. Las guías fueron publicadas en el año 2011 y el periodo analizado fue 2008/2013. Sin embargo, las guías resumen las recomendaciones de expertos y la bibliografía y no proponen cambios radicales en el tratamiento.

**Pacientes y métodos:** se evaluaron las biopsias de riñón realizadas en nuestra institución desde enero del año 2008 hasta diciembre de 2013. De 1225 biopsias, 71 fueron diagnosticadas como NL por el anatomopatólogo. Se incluyeron para el análisis 40 pacientes con diagnóstico de LES y NL que se seguían por consultorios externos de reumatología y nefrología. Los 31 restantes solo realizaron la biopsia en nuestra institución. Los datos demográficos, clínicos y los tratamientos indicados para la NL se obtuvieron de las historias clínicas. Se compararon los tratamientos realizados en nuestra institución con los sugeridos el consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la NL.

**Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 35 ± 10.5 años; 31 (77.5%) de sexo femenino. El tiempo de evolución del LES fue mediana 8 (rango 1-36) y la mediana de criterios ACR de los pacientes fue de 6 (3-9).

Veintiseis pacientes fueron seguidos en forma conjunta por los servicios de nefrología y reumatología, 4 solo por nefrología y 9 pacientes solo por reumatología.

En 25 pacientes la biopsia realizada es este periodo fue su primera biopsia renal, el resto ya tenían diagnóstico de nefropatía y esta era una rebiopsia. Siete pacientes se realizaron 2 biopsias en este periodo y un paciente se realizó 3 biopsias en el periodo estudiado.

Tabla 1: histopatología de las biopsias

BIOPSIA DE RIÑÓN TRASPLANTADO	%
I	5,0%
II	5,0%
III	20,0%
IV	22,5%
V	12,5%
VI	1,25%
Total	100,0%

La media del índice de actividad fue 8.5 ± 5.1 y la media del índice de cronicidad fue 2.7 ± 2.9.

El tratamiento de inducción consistió en ciclofosfamida pauta NIH (CF) (n=7), CF pauta euruolupus (n=6), micofenolato (n=13), azatioprina (n=2) y tacrolimus (n=1). Cinco pacientes recibieron inducción solo con esteroides (NL tipo II (n=1), tipo III (n=2) y tipo V (n=2)). Diecinueve pacientes recibieron pulsos de esteroides por vía endovenosa en forma concomitante. Dos pacientes ingresaron en hemodiálisis, dos pacientes estaban trasplantados y dos pacientes no reciben tratamiento (tipo III=1, tipo IV=1).

El tratamiento de inducción fue acorde a las guías en 27/36 (75%) pacientes que tenían indicación de tratamiento.

El tratamiento de mantenimiento fue con ciclofosfamida endovenosa trimestral 2 pacientes, con azatioprina en 4 y con micofenolato en 19 pacientes, un paciente recibe tacrolimus, tres pacientes reciben esteroides solamente (NL tipo II (n=1), tipo III (n=3), tipo IV (n=1)). El tratamiento de mantenimiento fue acorde a las guías en 26/34 (76%) pacientes que tenían indicación de tratamiento. Tres pacientes ingresaron en HD, cinco pacientes no recibieron tratamiento inmunosupresor de mantenimiento, una paciente murió y 2 fueron trasplantados.

Recibieron en forma concomitante hidroxycloquina (n= 32), inhibidores de la ECA (n=19) y bloqueantes se la AT II=14.

**Conclusión:** nuestro trabajo demostró que el tratamiento de la NL por reumatólogos y nefrólogos de nuestra institución tuvo un elevado grado de adherencia a las guías de tratamiento propuestas por Consenso. Las diferencias observadas fueron menores. Luego de esta evaluación se implementó en nuestra institución una clínica combinada nefrología y reumatología con el objetivo de minimizar las diferencias.

**P108**  
**NIVELES DE VITAMINA D Y CORRELACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**  
 JD Romero, A Schiel, M Landa, ML Diaz, ME Lara, M Rivero, M Khoury, M Alonso, JC Barreira  
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** En los últimos años se ha propuesto a la Vitamina D (VD) como factor inmunomodulador. Bajos niveles de esta hormona se han observado en varias enfermedades autoinmunes, entre ellas, la esclerosis sistémica (SSc). La importancia de la VD en la SSc ha sido comunicada en algunos estudios pero su función aun no está bien establecida.

**Objetivos:** Evaluar diferencias en los niveles séricos de VD en pacientes con SSc comparados con un grupo sin enfermedad autoinmune, de similares características demográficas. **Correlacionar** la asociación de dichos niveles con actividad de la enfermedad, características clínicas y de laboratorio.

**Material y método:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR 1980 y subtipos según Le Roy et al., que asistieron en forma consecutiva al Servicio de Reumatología desde el 21 de septiembre de 2013 al 21 de marzo de 2014. Se excluyeron pacientes con síndromes de superposición, que tuvieran enfermedades o consumieran drogas que interfirieran con niveles séricos de VD y/o en tratamiento con suplementos de calcio, VD y drogas antirresorptivas 6 meses previos a la inclusión. El grupo SSc (30 pacientes de género femenino), edad media de 53,5±12,4 años, mediana para edad de inicio de los síntomas de 47 años y promedio de edad al diagnóstico de 47,9±13,9 años se pareó por sexo y edad a un grupo control integrado por 30 personas sin antecedentes clínicos de enfermedad autoinmune, que concurren al Servicio de Hematología en el mismo período de tiempo para donar sangre, a quienes se les realizó dosaje de autoanticuerpos que fueron negativos. La determinación de 25(OH)D<sub>3</sub> se realizó por radioinmunoanálisis-quimioluminiscencia. Se definió nivel óptimo: más de 30ng/ml, insuficiencia: de 20 a 29,9ng/ml y deficiencia: menor a 20ng/ml. Para el grupo SSc, se recolectaron datos demográficos, clínicos y se realizaron: el Score mRSS (modificado Rodnan Skin Score), cuestionario de capacidad funcional en esclerodermia (S-HAQ), de actividad de la enfermedad del grupo europeo (Eustar Score) y de severidad por el Score de Medsger. Análisis estadístico: se informa media y desvío estándar o mediana y rango para variables numéricas y porcentaje en las categóricas. Para comparar variables numéricas se usó test t de Student o prueba de Mann-Whitney y Chi cuadrado para las categóricas. Se consideró significativo p<0,05.

**Resultados:** El valor promedio de VD fue de 21,7±8,7ng/ml en el grupo SSc y de 30,5±9,1ng/ml en el grupo control. Del grupo SSc, 12 (40%) tuvieron deficiencia, 12 insuficiencia y 6 (20%) niveles normales. En el grupo control, 4 (13,7%) presentaron deficiencia, 11 (36,7%) insuficiencia y 15 (50%) VD normal. Los pacientes del grupo SSc presentaron mayor frecuencia de deficiencia en forma estadísticamente significativa (p<0,001) pero no de insuficiencia (p=0,607).

De los 11(36,7%) pacientes con forma difusa, 7 (63,7%) presentaron deficiencia, 3 (27,3%) insuficiencia y 1 (9%) VD normal. En los 19 (63,3%) con enfermedad limitada, 5 (26,3%) tuvieron deficiencia, 9 (47,4%) insuficiencia y 5 (26,3%) suficiencia. El grupo de SSc difusas presentó mayor frecuencia de deficiencia pero la diferencia no fue significativa.

Un subgrupo de 9 pacientes recibían esteroides con una dosis media de 7,1±2,8mg/día y el promedio de VD fue de 18,92±8,58ng/ml, sin diferencia estadísticamente significativa con las que no recibían. Los pacientes con hipovitaminosis D (VD <30ng/ml) mostraron mayores Scores de Rodnan (p=0,005), S-HAQ (p=0,043), EUSTAR (p=0,005) y valor medio de PSAP (p=0,012) pero no Medsger (p=0,072) y mayor frecuencia de patrón tardío en videocapilaroscopia (p=0,002).

No se halló diferencia significativa en la edad de los pacientes, edad de inicio de los síntomas y al diagnóstico, presencia de Raynaud y/o úlceras, compromiso macrovascular, pulmonar o digestivo, VSG y PCR. Todas presentaron calcemia, calciuria y PTH normales.

**Conclusión:** La hipovitaminosis D se halló en el 80% de los pacientes con SSc, presentando un riesgo mayor de padecerla que controles sanos y fueron más frecuentes en la forma difusa que en la limitada. Los pacientes con deficiencia/insuficiencia de VD tuvieron mayor extensión cutánea, mayor actividad de la SSc y mayor discapacidad.

**P109**  
**ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO (ANCA) EN ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA, FRECUENCIA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS**  
 A Longo<sup>1</sup>, C Sánchez Andía<sup>1</sup>, C Carrizo<sup>2</sup>, C Pisoni<sup>2</sup>, E Retamal<sup>1</sup>, A Alvarez<sup>2</sup>, A Eimon<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital J.M. Penna, Argentina. <sup>2</sup> CEMIC, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia y el significado clínico de la presencia de ANCA, Anticuerpos anti Mieloperoxidasa (dMPO) y anti Proteína 3 (αPR3) en 69 pacientes (pts) con diagnóstico de Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP).

**Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Se investigó la presencia de ANCA en los sueros de 69 pts con diagnóstico de ESP según criterios ACR 1980 y ACR/EULAR 2013 seguidos en nuestros centros desde enero de 1994 hasta julio 2014. Los ANCA se analizaron por Inmunofluorescencia indirecta (IFI) sobre PMN fijados en etanol y formal (IMMCO), considerando positivo una dilución ≥1/40; y Ac anti MPO y anti PR3 por Elisa (Orgentec) siendo positivo título ≥5 U/ml. Se revisaron las historias clínicas. Las características clínicas de los pacientes con ESP ANCA(+) fueron comparadas con los ANCA (-).

**Resultados:** Características basales de los 69 pacientes con diagnóstico de ESP:

	ANCA (+) n=4	ANCA (-) N=65
Mujeres	100% (4)	92,30% (60)
Edad	41,25 años ( 17-60)	44,53 años (15-75)
Difusa	75% (3)	33,84% (22)
Limitada	25% (1)	63,08% (41)
ESP sin esclerodermia	0	3,08% (2)

- 4pts (5,79%) presentaron ANCA +, 2 ANCA C+ y 2 ANCA P+.
- 3pts (4,34%) PR3 + 2pts ANCA P+ y 1pte ANCA -.
- 2pts (2,89%) MPO + 1pte ANCA P+ y 1pte ANCA -.

De los 69 pts estudiados, solo 1 (ANCA C+, PR3 -, MPO -) presentó manifestaciones clínicas compatibles con vasculitis necrotizante: úlcera en miembro inferior izquierdo y escleromalacia en ojo izquierdo.

Una paciente ANCA - MPO - PR3 - presentó polineuropatía en miembros inferiores con biopsia de nervio compatible con vasculitis. Una paciente ANCA -, PR3 -, MPO -, debuta con crisis renal esclerodérmica.

#### Conclusiones:

La prevalencia de ANCA + en el suero de los pts estudiados fue 5.79 % coincidente con la reportada en la literatura que varía entre el 0 al 9,09% según la literatura. El 75% de los pts que presentaron ANCA+ presentan forma difusa de la enfermedad vs el 33,82 % de los ANCA- como única manifestación clínica con diferencia significativa si bien el N de pts pequeño.

En las restantes manifestaciones clínicas no hubo diferencias significativas en esta población estudiada.

**P110**  
**ESTUDIO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. EPIDEMIOLOGÍA Y NIVELES DE ATENCIÓN**  
 P Sansinena<sup>1</sup>, AP Salas<sup>1</sup>, MA Cusa<sup>1</sup>, ML Cousseaur<sup>1</sup>, L Ratti<sup>1</sup>, VD Caputo<sup>1</sup>, DA Pereira<sup>1</sup>, GP Pendón<sup>1</sup>, M Rivero<sup>1</sup>, MS Larroude<sup>2</sup>, F Ruesco<sup>3</sup>, MA Garcia<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>HIGA "Gral San Martín" de La Plata, Argentina. <sup>2</sup>Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, San Fernando, Argentina. <sup>3</sup>Policlínica Privada Paz, Tandil, Argentina. <sup>4</sup>Consultorio privado San Miguel, Argentina. <sup>5</sup>Sanatorio Juncal, Temperley, Argentina. <sup>6</sup>Hospital Gutiérrez, La Plata, Argentina. <sup>7</sup>Instituto Diagnóstico, La Plata, Argentina. <sup>8</sup>Consultorio externos Vaccarezza, Alberti, Argentina. <sup>9</sup>Consultorio privado, Argentina. <sup>10</sup>Consultorio privado, Bahía Blanca, Argentina.

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad de origen desconocido que se caracteriza por alteraciones vasculares, inmunológicas y excesiva producción de matriz extracelular, clínicamente se traduce en fibrosis de la piel y órganos internos. El estudio de las manifestaciones de la enfermedad como el fenómeno de Raynaud con capilaroscopia, la determinación de anticuerpos específicos, así como el estudio mediante Tomografía de Alta Resolución para detectar enfermedad pulmonar intersticial (EPI) o mediante ecocardiograma en búsqueda de Hipertensión pulmonar (HTP) exigen de un alto nivel de complejidad y especialización académica.

**Objetivos:** 1° Realizar un estudio descriptivo en pacientes con diagnóstico de ES de la provincia de Buenos Aires. 2° Evaluar el grado de complejidad para estudiar un paciente con ES en las distintas localidades de la Provincia donde trabaje un médico especialista en Reumatología.

**Materiales y métodos:** estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES cumpliendo criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) 1980 y edad ≥ 18 años. Se analizaron variables demográficas, clínicas (cutáneas, pulmonares, cardíacas, digestivas y renales) y de laboratorio en el cual se incluyeron parámetros generales y anticuerpos antinucleares (anti-Scl70, anti-centrómero). Se recolectaron datos del lugar de realización de estudios complementarios.

**Resultados:** se registraron los datos de 105 pacientes de 10 centros provinciales. Los datos de las variables clínicas y de laboratorio se resumen en la tabla. El 90.5% fueron mujeres y el 9.5% varones, presentaron una edad de 58,94 ± 13 años y un tiempo de evolución desde el diagnóstico de 109± 102,4 meses. Se obtuvieron datos del nivel de complejidad en 59/105 pacientes oriundos de 22 ciudades de la provincia, asistidos por 6 reumatólogos. 25/58 (43%) pacientes fueron asistidos en su lugar de residencia en tanto que 33/58 (56%) fueron asistidos en otra ciudad. Los estudios complementarios fueron realizados en el lugar de residencia en 24 (41%) pacientes, mientras que 34 (58%) pacientes tuvieron que viajar a diversas ciudades para completar los estudios (4 de ellos en al menos más de dos ciudades).

**Conclusiones:** En la población estudiada el 90.5% fueron mujeres, 97% con fenómeno de Raynaud, 42% con compromiso pulmonar, y 38% compromiso cardíaco. Si bien la actividad cutánea valorada con el score de Rodnan no fue alta, se registró un elevado compromiso pulmonar y cardíaco los cuales son marcadores de severidad de la ES. En el registro de niveles de complejidad se destaca el alto número de pacientes que deben trasladarse a otras ciudades con centros de mayor nivel de complejidad para ser evaluados por un reumatólogo y para realizar los estudios complementarios.

	N (%)
Sexo	90.5%
Femenino	9.5%
Masculino	
Edad(años)	58.94 ± 13
Evolución media (meses)	109±102
Score Rodnan	12.1±10
Raynaud	102 (97)
Úlceras digitales	28 (26.7)
Capilaroscopia	
SD temprano	21(20)
SD activo	28(26.7)
SD tardío	14(13.3)
No Realizada	35(33.3)
Pulmonar	44(42)
HTP	15(14.3)
EPI	46(43.8)
Cardíaco	
17(16.2)	
Insuficiencia Sistólica	12(11.4)
Insuficiencia Diastólica	3(2.9)
Derivame pericárdico	5(4.8)
Arritmias	3(2.9)
Isoquemia	
Enfermedad reflujo gastroesofágico	67(63.8)
Disfagia	30(28.6)
Anticuerpos antinucleares	96(91)
Anti-scl70	21(20)
Anticentromero	40(38)

**P111**  
**PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR Y PATRÓN CAPILAROSCÓPICO ESPECÍFICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**  
 MJ Dondio<sup>1</sup>, RD Acosta<sup>1</sup>, N Ruiz Casanova<sup>1</sup>, GB Grosso<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>HOSPITAL SAN ROQUE, Argentina. <sup>2</sup>CATEDRA DE MEDICINA I Y II HOSPITAL SAN ROQUE, FCM, UNC, Argentina.

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo de origen desconocido que afecta piel y órganos internos. Se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico con depósito de colágeno, lo que generan distintos grados de fibrosis y vasculopatía obliterativa periférica y visceral. La hipertensión pulmonar es causa importante de morbimortalidad en pacientes con esclerodermia, puede ocurrir en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, los factores de riesgo para desarrollar esta complicación son: comienzo tardío de la enfermedad, subtipo limitado, telangiectasias y anticuerpos anticentromero positivo. Por su parte, la microangiopatía de la esclerodermia, ha sido graduada según los hallazgos en capilaroscopia en temprana, activa o tardía, siendo el grado del daño vascular, reflejo de la severidad y progresión de la enfermedad. La presencia de más de un megacapilar es patognomónica del patrón esclerodérmico o patrón SD. En la ES este patrón específico se encuentra hasta en el 90% de los casos.

**Objetivos:** Describir características epidemiológicas, clínicas y analíticas de un grupo de pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica, determinar prevalencia de hipertensión pulmonar, estimar la prevalencia de patrón esclerodérmico o patrón SD y comparar los resultados obtenidos con los de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico asociado a fenómeno de Raynaud.

**Materiales y métodos:** Se realizó un trabajo observacional analítico para ello, se revisaron 29 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esclerodermia sistémica según criterios ACR 2013, que asistieron al servicio de reumatología del Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba entre diciembre 2012 y junio de 2014. Se recolectaron datos sobre las manifestaciones clínicas y de laboratorio, se les realizó ecocardiografía Doppler transtorácica y se estimó la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP). Además se solicitó espirometría y radiografía de tórax y en casos seleccionados se completó el estudio mediante tomografía de tórax de alta resolución. Se efectuó capilaroscopia de lecho ungueal para determinar la presencia de patrón SD. Los resultados obtenidos fueron comparados con un grupo control formado por pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 que presentaron fenómeno de Raynaud a lo largo de la evolución de su enfermedad. A este grupo se le realizó ecocardiografía con estimación de PSAP y capilaroscopia donde se determinó la presencia o no de patrón SD. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows versión 11.5.1, en variables cuantitativas se realizó test T de Student de comparación de medias de muestras independientes, realizándose previamente Prueba de Levene para igualdad de varianzas. En variables cualitativas se utilizó el test Estadístico exacto de Fisher.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes con esclerodermia fueron mujeres con una edad media de presentación 42,93 años. El 65.5 % de los casos presentó compromiso limitado. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fenómeno de Raynaud, pérdida de peso, reflujo gastroesofágico, disfagia, disnea, úlceras digitales, diarrea. El 95.83% presentó ANA positivos figura moteada, 20,7% fueron anti Scl 70 positivos y 34.5% anticentromero positivos. La prevalencia de hipertensión pulmonar en esclerodermia fue del 24.14% asociado a forma limitada y del 5 % en pacientes lúpicos con Raynaud. Se encontró patrón SD en el 90% de los casos de esclerodermia y en el 5% del grupo de LES y Raynaud.

**Conclusión:** Las capilaroscopia de pacientes con esclerodermia se asocian a la presencia de patrón SD, no así en las pacientes con lupus eritematoso sistémico y Raynaud, quienes presentaron como alteraciones más frecuentes: capilares finos y elongados, disminución del número y ectasias. Los pacientes con esclerodermia tendrían una tendencia mayor a presentar Hipertensión Pulmonar con cifras de PSAP media más elevadas respecto a las pacientes lúpicos.

**112 P112**  
**TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DE DROGAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILOARTROPATIAS Y ARTRITIS PSORIASICA**  
 J Marcos, AP Salas, AC Costi, CE Peña, V Arturi, P Sansinanea, MA Pera, AC Testi, AE Vulcano, R Aguilá, G Legurguro, MA García  
 Servicio de Reumatología, HIGA San Martín La Plata, Argentina.

**Antecedentes:** En los últimos años se ha producido un cambio significativo en la terapéutica de enfermedades como la Artritis Reumatoidea (AR), la Artritis Psoriasica (APs) y las Espónidoartritis seronegativas (EASN) entre otras, con el uso de agentes biológicos. Su eficacia ha sido demostrada en numerosos trabajos clínicos y de investigación. Sin embargo, algunos pacientes muestran falla a este tipo de drogas y deben ser cambiadas a otras con igual o diferente mecanismo de acción.

**Objetivo:** Estimar la supervivencia de los agentes biológicos en los tratamientos de pacientes con AR, EASN o APs.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional de dos centros privados de Reumatología de la ciudad de La Plata, en el que se evaluaron 135 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR, EASN o APs en tratamiento con drogas biológicas. Se registraron datos demográficos (sexo, edad), diagnóstico, años de enfermedad, inicio y finalización de cada tratamiento biológico, uso de Dmards previo y motivo de discontinuación. Los datos fueron registrados en base de datos y analizados utilizando para el análisis de variables categóricas test de  $\chi^2$ , el método de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia y test de Log rank.

**Resultados:** De 135 pacientes, 104 (77%) padecían AR, 17 (12.59%) APs y 14 (10.37%) EASN, siendo 106 (78.51%) mujeres y 29 (21.48) hombres. La edad promedio fue de 61 años  $\pm$  12.72. 58 (42.96%) pacientes utilizaron previo al tratamiento biológico triple terapia con Dmards, 46 terapia con dos drogas, 19 pacientes monoterapia con Dmards y el 94.81% utilizó MTX. La primera droga biológica más utilizada fueron los antiTNF (92.59%) en 125 pacientes. 90 Etanercept (ETN), 27 Adalimumab (ADA), 6 Abatacept (ABA), 5 Infliximab (INF), 2 Certolizumab (CTZ), 2 Rituximab (RTX), 1 Tocilizumab (TCZ). En 68 casos se utilizó el biológico como monoterapia, siendo 67 los casos en los que se utilizó un dmdard asociado (56 MTX), en el 83.58% utilizado metotrexato.

De los 135 pacientes en tratamiento biológico 64 (47.40%) discontinuaron el tratamiento. 31 (48.43%) pacientes se encontraban en monoterapia. 55 ETN, 5 ADA, 3 INF, 1 ABA. El promedio de tiempo de uso del primer biológico fue de 78 meses con una media del tiempo de supervivencia de 75.40 (CI95% 62.84-87.95). El 70% de los casos suspendidos fueron por falta de eficacia (45 pacientes)  $p=0.022$ , 20.3% por eventos adversos (5 infecciones, 0 graves, 1 tbc, 6 relacionadas a la infusión o inyección)  $p=0.003$ , 3 pacientes por falta de cobertura, 1 falta de adherencia, 1 embarazo, 1 cáncer. Cuando se comparan las curvas de supervivencia según diagnóstico se encuentra una  $p=0.021$  siendo mayor en AR que en EASN y APs.

Con respecto al segundo biológico, iniciaron tratamiento 54 pacientes, debiendo discontinuar 23 (42.59%). Los tratamientos instaurados fueron: 26 ADA, 8 RTX, 5 TCZ, 4 ABA, 4 ETN, 3 INF, 1 Gollimumab, 1 CTZ. En el caso del segundo biológico el promedio de tiempo de uso fue de 65 meses con una media del tiempo de supervivencia de 73.15 (CI 95% 55.65-90.65) y fueron elegidos como segunda línea drogas antiTNF en 64.81%.

**Conclusión:** En el presente estudio se observa una supervivencia de tratamiento biológicos comparable con la reportada en la literatura, destacando la seguridad de estas drogas siendo la causa de discontinuación más frecuente la falta de eficacia. En nuestra cohorte, fueron elegidos los anti TNF como drogas de segunda línea en más de la mitad de los pacientes.

**114 P114**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEGUIDOS EN UN ÚNICO CENTRO**  
 ER Catay, M Bravo, M Sabelli, J Rosa, MV García, ER Soriano  
 HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La pobre adherencia al tratamiento es muy común en las enfermedades crónicas, pudiendo ocasionar importantes consecuencias clínicas. Solo una quinta parte de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) tiene una adherencia global a las drogas modificadoras de la enfermedad (DMAR) de al menos el 80%.

**OBJETIVO:** Evaluar la adherencia a los DMAR tradicionales previo y posterior al uso de agentes biológicos y evaluar la adherencia a los agentes biológicos.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de AR, según los criterios ACR 1987 o ACR/EULAR 2010, registrados en la base de biológicos de los pacientes afiliados en nuestra sección. La adherencia fue evaluada usando la adquisición de los medicamentos por los pacientes como subrogante. Los datos fueron obtenidos de la base de datos de farmacia que incluye todos los medicamentos adquiridos por los pacientes dentro y fuera del Hospital si han utilizado recetas del Hospital. Se registró el número de agentes biológicos y DMAR adquiridos por cada paciente, durante los 6 meses anteriores y posteriores a la primera adquisición del medicamento biológico prescrito. Para evaluar la adherencia a los DMAR se calculó la razón de posesión de medicación (RPM): número de días de medicación dispensada al paciente dividido por el número de días que el paciente debería haber sido expuesto a la medicación, basado en la prescripción médica. Para los biológicos se calculó la proporción de días cubiertos (CDP): sumatoria del número de días que los pacientes fueron expuestos al biológico dividido por el tiempo de permanencia en ese agente biológico, asumiendo los siguientes tiempos de exposición para cada administración de cada uno de los biológicos: Infliximab: 42 días, Etanercept: 7 días; adalimumab: 14 días, gollimumab: 28 días, certolizumab: 28 días, abatacept: 28 días, Rituximab: 336 días y Tocilizumab: 28 días.

**RESULTADOS:** 79 pacientes con 115 cursos de tratamiento con biológicos fueron incluidos. El 92% de los pacientes fueron de sexo femenino, la edad media fue de 62.7 años (DE: 14), la media de duración de la enfermedad fue de 14 (DE: 9.1) y una media de DAS28 de 5.47 (DE: 0.84).

La adherencia fue calculada en cada curso de tratamiento. Los resultados de RPM y CDP se muestran en la tabla 1.

El porcentaje de pacientes con RPM por debajo del 80% fue del 48% previo al inicio del biológico, y del 39% posterior al inicio del mismo. El porcentaje de pacientes con CDP por debajo del 80% fue solo del 3.9%.

**CONCLUSIÓN:** La adherencia a los DMAR fue mayor al 80% en menos de la mitad de los pacientes, tanto previo al agente biológico como posterior a su inicio. La adherencia a los agentes biológicos fue marcadamente superior (96%) con respecto a los DMAR. Esto podría tener significancia en las respuestas a los tratamientos implementados.

Tabla 1. Razón de posesión de medicación (RPM) para los DMAR y Proporción de días cubiertos (CDC) para los biológicos.

	1°Curso	2°Curso	3°Curso	4°Curso	Total
RPM previa al biológico, %					73.35
RPM durante el biológico, %	71,4	66	44	0	65
PDC	95,6	96	98	100	98

Este trabajo fue realizado gracias a una Grant de Roche.

**113 P113**  
**MANIFESTACIONES EXTRA ARTICULARES EN ARTRITIS TEMPRANA (CONAART)**  
 MJ Hays Salinas<sup>1</sup>, AC Alvarez<sup>2</sup>, V Sauri<sup>1</sup>, A Alvarrolos<sup>1</sup>, F Dal Pra<sup>1</sup>, M Landri<sup>1</sup>, CA Waimann<sup>2</sup>, G Citera<sup>3</sup>, F Ceccato<sup>4</sup>, S Paira<sup>5</sup>, G Bennasar<sup>6</sup>, L Carlevaris<sup>7</sup>, A Secco<sup>8</sup>, M Maman<sup>9</sup>, J Rosa<sup>10</sup>, E Bertiller<sup>11</sup>, ER Soriano<sup>12</sup>, J Marcos<sup>13</sup>, MA García<sup>14</sup>, A Salas<sup>15</sup>, A Martínez Muñoz<sup>16</sup>, R Chaparro del Moral<sup>17</sup>, O Rillo<sup>18</sup>, F Colombres<sup>19</sup>, H Bernari<sup>20</sup>, A Bernari<sup>21</sup>, EJ Veloz<sup>22</sup>, V Juarez<sup>23</sup>, M Crespo<sup>24</sup>, A Quinteros<sup>25</sup>, M Leal<sup>26</sup>, G Salvaterra<sup>27</sup>, M Sacunán<sup>28</sup>, R Quintana<sup>29</sup>, M Abdala<sup>30</sup>, F Casco<sup>31</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosocial, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Dr. José María Culle, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Hospital San Martín, Argentina. <sup>7</sup> Hospital General de Aguados Dr. E. Tornu, Argentina. <sup>8</sup> Centro Médico Privado de Reumatología - Tucumán, Argentina. <sup>9</sup> Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. <sup>10</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina. <sup>11</sup> Centro Integral de Reumatología, Argentina. <sup>12</sup> Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. <sup>13</sup> Hospital Provincial De Rosario, Argentina. <sup>14</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones extra articulares (MeXA) se presentan entre 18-41% de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) establecida. En AR temprana su frecuencia no ha sido establecida con exactitud. Objetivos: Evaluar la frecuencia de las diferentes MeXA en los pacientes con artritis temprana. Determinar la asociación de las MeXA con las características clínicas y de laboratorio.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional de corte transversal, se incluyeron pacientes con al menos una articulación inflamada y menos de 2 años de evolución.

Variables evaluadas: características demográficas, presencia y tipo de MeXA, tabaquismo activo, número de articulaciones dolorosas y tumefactas, índice de actividad (DAS 28), capacidad funcional (HAQ), factor reumatoideo (FR), velocidad de eritrosedimentación (VSG). Los pacientes fueron divididos según la presencia o ausencia de MeXA, realizándose análisis univariado y multivariado (regresión logística). Se considerará  $p \leq 0,05$  como estadísticamente significativa.

**RESULTADOS**  
 Se incluyeron 1905 pacientes, de ellos el 39,4% (751/1905) presentaron MeXA. El tipo de MeXA fue: ojo seco 19,5% (371/1905), boca seca 17,1% (326/1905), Raynaud 7,1% (135/1905), úlcera mucocutánea 3,4% (65/1905), nódulos reumatoideos 2,9% (55/1905), adenopatías 1,4% (27/1905), hipertrofia parotidea 1,2% (22/1905), neuropatía por atrapamiento 0,6% (11/1905), serositis 0,6% (10/1905), epilepsias 0,5% (9/1905), neuropatía periférica 0,4% (7/1905), uveítis 0,2% (4/1905), vasculitis 0,2% (3/1905), escleritis 0,1% (2/1905), neumonía intersticial 0,1% (2/1905) y subluxación atlanto-axoide 0,1% (1/1905). La tabla 1 muestra las características clínicas y sociodemográficas de acuerdo a la presencia de MeXA. La tabla 2 muestra el análisis multivariado.

**CONCLUSIONES**  
 Un tercio de los pacientes presentaron MeXA, siendo lo más frecuente ojo y boca seca. El tabaquismo, el tiempo de evolución y el DAS28 se asociaron independientemente con la presencia de MeXA.

Tabla 1. Características Demográficas, Clínicas y de Laboratorio Según la Presencia de Manifestaciones Extra-articulares

	Con MeXA	Sin MeXA	P
Sexo Femenino n (%)	852 (88,3)	88 (76,8)	<0,001
Edad m. (DE)	48,9 (14,2)	50,4 (15,3)	0,03
Meses de evolución M (RIC)	8 (3-14)	5 (2-11)	<0,001
Diagnóstico de AR n (%)	399 (53,1)	604 (52,6)	0,8
Tabaquismo n (%)	174 (23,4)	247 (21,7)	0,006
EVA médico M (RIC)	60 (25-70)	45 (20-65)	0,050
EVA paciente M (RIC)	60 (35-80)	60 (30-80)	0,04
Rigidez matinal mm M (RIC)	60 (15-120)	30 (10-60)	0,00001
Dolor mm M (RIC)	60 (40-80)	60 (30-80)	0,03
Articulaciones dolorosas M (RIC)	5 (3-13)	5 (2-10)	0,00003
Articulaciones tumefactas M (RIC)	5 (2-9)	4 (2-8)	0,009
DAS 28 m. (DE)	5,1 (1,4)	4,8 (1,4)	0,004
FR positivo n (%)	404 (84,3)	568 (56,9)	0,003
HAQ M (RIC)	1,1 (0,5-1,9)	1,0 (0,4-1,6)	0,000004
VSG M (RIC)	26 (14-46)	26 (14-45)	0,6

Tabla 2. Modelo Multivariado de Regresión Logística. Variable Dependiente: Presencia de Manifestaciones Extrarticulares

	P	OR (IC95%)
Tabaquismo	0,001	1,50 (1,18-1,91)
Meses de evolución	<0,001	1,03 (1,02-1,05)
DAS 28	0,003	1,13 (1,04-1,22)
Sexo Femenino	<0,001	0,49 (0,36-0,68)

Variables incluidas: sexo, edad, meses de evolución, tabaquismo activo/pasado, DAS28, FR positivo, HAQ.

**115 P115**  
**TERAPIA COMBINADA CON METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA**  
 F Ceccato, P Finucci Curi, ME Bedoya, A Ortiz, S Roverano, S Paira  
 Sección Reumatología, Hospital JM Cullen, Santa Fe, Argentina.

**Objetivo:** determinar cuál es el tiempo hasta la suspensión del tratamiento ("supervivencia"), respecto de eficacia y eventos adversos, de la terapia combinada con metotrexato (MTX) y leflunomida (LFN).

**Materiales y métodos:** pacientes con AR temprana (ACR 87 y  $\leq 2$  años desde comienzo síntomas), que recibieron terapia combinada de MTX + LFN. Se recogieron las características demográficas y clínicas basales de los pacientes. Se consideró la fecha de la primera administración de la terapia combinada con MTX y LFN (T0) y la fecha de finalización de este tratamiento por ineficacia o evento adverso (T1). Falta de eficacia se consideró cuando el médico tratante decide suspender o agregar otro DMAR (distinto de MTX LFN) o elevar una dosis estable de esteroides (sin tomar en cuenta las infiltraciones). Durante el tiempo entre T0 y T1 se obtuvo DAS 28 (VSG) y HAQ 0, 3, 6 y cada 6 meses. Además, se registró la dosis inicial y máxima de MTX / LFN y esteroides; y la frecuencia de eventos adversos. Diseño: observacional retrospectivo. El periodo de observación abarcó desde Julio 2008 hasta Mayo 2014. Método estadístico: descriptivo, Kaplan y Meier.

**Resultados:**  
 Se incluyeron 120 pacientes, 4 de los cuales se perdieron seguimiento. Fueron 94 (81%) mujeres, con una edad media de 44 $\pm$ 10 años y una mediana de tiempo evolución de 43 meses (min 6 – max 102).

Características basales (n=120):  
 DAS 28=5,4  $\pm$  1,1  
 HAQ= 1,6  $\pm$  0,8  
 FR (+)= 76 (67%)  
 CCP (+)= 82 (78%)  
 Erosivo= 41 (38%)

N° DMAR previos=1 (min 0 – max 2)  
 La dosis máxima de MTX utilizada fue 17,5 $\pm$  4,2 mg semanales y LFN 20,2 $\pm$  2,6mg diarios.

A los 6 meses de iniciado el tratamiento el DAS 28 mediana fue 2,6 y se mantuvo con valores de actividad baja y remisión durante 48 meses. La proporción de retención acumulada del tratamiento combinado fue 89% al año, 87% a los 2 años, 83% a los 3 años y 75% a los 4 años.

Suspendieron la terapia combinada 41 pacientes: 11 (9,5%) por falta de eficacia, 15 (13%) eventos adversos y 15 (13%) por otros motivos.

**Conclusión:** la terapia combinada de MTX y LFN parecería una opción razonable en pacientes con AR temprana.

### P116 CAMBIOS EN EL ENDOTELIO VASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) EN TRATAMIENTO

J Zaccariá<sup>1</sup>, E Lancioni<sup>1</sup>, EE Schneeberger<sup>2</sup>, T Cazenabe<sup>2</sup>, L Aparicio<sup>3</sup>, M Morales<sup>4</sup>, J Norscini<sup>4</sup>, G Waisman<sup>5</sup>, J Rosa<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna, Unidad de Reumatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, y Fundación PM Catoggio por el Progreso de la Reumatología, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosofica, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Medicina Interna, Sección Hipertensión, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Departamento de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>5</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Existe un riesgo incrementado de aterosclerosis en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). La disfunción endotelial, y la rigidez arterial, evaluadas por la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) y el espesor de la íntima media de la Arteria Carotídea Común (EIM-ACC), son marcadores indirectos de aterosclerosis prematura.

Drogas modificadoras de la actividad de la AR (DMARDs), con su conocida eficacia en el control de la inflamación, podrían mejorar estos marcadores indirectos de aterosclerosis.

**OBJETIVOS:** Evaluar el efecto a corto plazo (1 año) del tratamiento con DMARDs. Inhibidores anti TNF, o Abatacept; en el espesor arterial y la función endotelial de pacientes con AR.

**PACIENTES y MÉTODOS:** Fueron incluidos pacientes consecutivos con criterios ACR 1987 para AR, en quienes, según criterio de su Reumatólogo tratante, iniciaran o cambiaran de tratamiento con DMARDs (incluyendo biológicos). Pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular fueron excluidos del estudio. El EIM-ACC y la presencia de placa carotídea (PC) fueron medidos en la Arteria Carotídea Común Derecha, usando ultrasonido de alta resolución modo B, con transductor lineal de 10 MHz. La VOP fue medida utilizando una sonda tonómetro de mano. La evaluación clínica incluyó evaluación con Escote de Actividad de la Enfermedad (DAS28), HAQ, medición de presión arterial, ecuación de riesgo de eventos cardiovasculares a 10 años Framingham 2010. Las mediciones fueron realizadas al inicio, y luego de un año de tratamiento, o dentro del mes de abandono/ cambio de tratamiento en los pacientes que abandonaron/ rotaron DMARD antes del año.

**RESULTADOS:** Fueron incluidos 34 pacientes. Las características basales, y los resultados del seguimiento según tratamiento, pueden observarse en la tabla.

Luego de una Media de seguimiento de 12.1 meses (SD: 2.2), hubo una reducción significativa en el DAS28 en los tres grupos de tratamiento, [media 4.7 (SD: 1.3) vs 4.1 (SD: 1.2), p=0.0425], mientras que en ninguno de ellos se halló diferencias en el HAQ [1.2 (SD: 0.8) vs 1.1 (SD: 0.7); p=0.3244]. Todos los pacientes presentaban VOP normales de inicio, y no hubieron diferencias significativas al año, en ninguno de los grupos estudiados. No se encontraron diferencias entre las mediciones iniciales y finales de la media de EIM-ACC. Ningún paciente desarrolló placa carotídea.

**CONCLUSIÓN:** En pacientes con AR y bajo riesgo cardiovascular, no se encontraron diferencias significativas en los marcadores indirectos de aterosclerosis, luego de un año de tratamiento. Los parámetros de disfunción endotelial y rigidez arterial permanecieron dentro de valores de normalidad luego de un año de seguimiento.

Variable	DMARDs (n=15)	inhibidores TNFα (n= 10)	ABATACEPT (n= 9)
Femenino, n (%)	11 (73)	9 (90)	8 (89)
Media Edad, años (SD)	53.8 (14)	56.9 (12.4)	56.7 (6.6)
Media Duración de Enfermedad, años (SD)	7.4 (9.5)	18.5 (11.8)	13.7 (9.2)
FR + n (%)	13 (87)	6 (60)	9 (100)
Media DAS 28 (SD)	4.4 (1.3)	4.9 (1.5)	4.9 (1.3)
Media HAQ (SD)	0.9 (0.7)	1.8 (0.7)	1.4 (0.9)
Media Presión Arterial Sistólica, mmHg (SD)	131 (18.7)	142.6 (13.7)	129.4 (18.2)
Media Framingham 2010 Riesgo Cardiovascular a 10 años.	5.7%	3.1%	2.4%
Media VOP, m/seg (SD)	8.1 (2.4)	8.3 (1.5)	7.3 (1.2)
Media EIM-ACC, mm (SD)	0.85 (0.3)	0.83 (0.2)	0.78 (0.2)
Placas Carotídeas, n (%)	3 (40)	2 (20)	3 (33)
Media de seguimiento, meses (SD)	12.3 (2.4)	12.4 (0.7)	11.4 (2.9)
Pacientes que abandonaron/cambiaron tratamiento, n (%)	3 (53)	7 (70)	5 (55)
Media de Tiempo de abandono/cambio de tratamiento, meses (SD)	8 (6)	8.5 (3)	8.4 (5)
Media VOP, m/seg (SD) al seguimiento	8 (1.6)	7.95 (1.3)	8 (1.3)
Media EIM-ACC, mm (SD) al seguimiento	0.87 (0.28)	0.88 (0.22)	0.8 (0.2)

Estudio apoyado por un grant de Bristol Myers Squibb.

### P117 EVALUACIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, ANTES Y DESPUÉS DEL INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA

MJ Pretini, V Goyml, D Alvarez, E Kerzberg  
Hospital Ramos Mejía, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La terapia biológica se ha convertido en un pilar muy importante en los últimos años para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR). Algunos trabajos revelan que estas drogas, especialmente los anti TNF, podrían relacionarse con la producción de autoanticuerpos tales como Anticuerpos Antinucleares (ANA), o anti ADN de doble cadena. También se han reportado casos de Lupus like inducido por drogas, aunque dicha incidencia haya resultado relativamente baja. Los estudios que se han realizado en lo que respecta a autoinmunidad inducida por terapia anti TNF hasta la actualidad han resultado controvertidos.

**OBJETIVO:** Evaluar la producción de ANA y anti ADN en pacientes con diagnóstico de AR luego de 1 año de tratamiento con terapia biológica.

**MÉTODOS:** Se realizó trabajo retrospectivo y descriptivo. Inicialmente se llevó a cabo una búsqueda en Archivo de Historias Clínicas en el servicio de Reumatología del Hospital Ramos Mejía de pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR, que hayan recibido terapia biológica por al menos 1 año continuado entre enero del 2003 y enero del 2013. De cada paciente se informó ANA y anti ADN antes del inicio de dicha terapia y después de un año de la misma.

**RESULTADOS:** Cumplieron criterios de inclusión 93 pacientes, sin embargo sólo 52 fueron analizados ya que presentaron toda la información requerida. La edad promedio fue de 51,86 años, el 86,5% era de sexo femenino. El tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 9,8 años. Respecto a la enfermedad fue seropositiva en un 90,4%, erosiva en un 94,2% y nodular en un 9,6%. Del total de pacientes: 36 recibieron terapia anti TNF (19 etanercept, 9 infliximab, 5 adalimumab, 2 certolizumab, 1 golimumab) y 15 otro tipo de biológico (10 abatacept, 3 tocilizumab y 2 rituximab). Positivizaron el ANA 6 pacientes (2 etanercept, 2 infliximab, 1 adalimumab, 1 tocilizumab) es decir el 11,54% de pacientes. El porcentaje resultó mayor en pacientes con terapia anti TNF: 16,21% (6/37) que en pacientes con terapia no anti TNF: 6,67% (1/15). Sólo una paciente positivizó anti ADN luego de recibir adalimumab, sin embargo no presentó manifestaciones de Lupus. 12 pacientes presentaron ANA positivo antes del inicio del tratamiento, 3 aumentaron el valor post terapia y el resto se mantuvo igual o disminuyó.

**CONCLUSIÓN:** La terapia anti TNF parecería positivar el ANA en un pequeño grupo de pacientes, a pesar de lo cual, esto no se traduce en manifestaciones clínicas asociadas. Debe tenerse en cuenta que el grupo de pacientes evaluados fue muy reducido. Será necesario ampliar este monitoreo para un mayor grupo de pacientes.

### P118 PREVALENCIA DELUSO DE AGENTES BIOLÓGICOS EN MONOTERAPIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEGUIDOS EN UN ÚNICO CENTRO, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

ER Catay, M Bravo, M Sabelli, MV García, J Rosa, ER Soriano  
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La eficacia de los agentes biológicos (AB) en combinación con metotrexato (MTX) está bien establecida. A pesar de ello, los AB en monoterapia son usados comúnmente en la práctica.

**OBJETIVO:** establecer el porcentaje de pacientes con uso de AB en monoterapia en una cohorte de pacientes con AR. Analizar las razones por las cuales se utiliza la monoterapia y el tipo de AB utilizado.

**PACIENTES y MÉTODOS:** se incluyó pacientes con diagnóstico de AR registrados en la base de AB de nuestro centro. Se recolectó: datos demográficos, fecha de diagnóstico, DMAR y AB prescriptos inicialmente, así como el cambio subsecuente de DMAR. La indicación del AB y del DMAR fue obtenida de la historia clínica y el cumplimiento de la administración de los mismos se obtuvo de la base de datos de entrega y venta de medicamentos de farmacia. También se evaluó la actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento biológicos (TB).

**RESULTADOS:** 79 pacientes con 115 cursos de TB fueron incluidos. 92% era de sexo femenino, la edad media fue 62,7 años (DS:14), la media de duración de la enfermedad fue 14 años (DS:9.1) y la media de DAS28 de 5.47 (DS:0.84).

Tomando todos los cursos de TB, 40 (35% IC del 95%:26-44%) iniciaron el mismo como monoterapia. De estos, 27 (23% IC del 95%:16-32%) fueron indicados por el reumatólogo tratante y 13 (11% IC del 95%:6-18%) por decisión del paciente, que no adquirió el DMAR a pesar de la indicación médica. En la tabla 1 se muestra la frecuencia de monoterapia por AB. De los 40 cursos iniciados como monoterapia, 21 (53%), continuaron como monoterapia, 6 (15%) pasaron a tratamiento combinado con DMAR y 13 (32%) lo suspendieron.

La primera razón para la prescripción de AB en monoterapia por el médico fueron los eventos adversos provocados por DMAR en 15/27 cursos (55.5%).

La mediana de seguimiento de nuestra cohorte fue de 1.2 años (IQC:0.5-3). La sobrevida global de los AB fue de 45% a los 3 años y del 39% a los 4 años. No hubo diferencia significativa en la sobrevida cuando se la evaluó por curso (p= 0.4454) o por AB utilizado (p=0.9512) (Tabla 2) Tampoco hubo diferencia en la sobrevida de la droga a 3 años en los pacientes en monoterapia (5%) versus el tratamiento combinado (52%), (P=0.104).

**CONCLUSIÓN:** casi 1/3 de los pacientes con AR tratados con AB los recibieron en monoterapia. En el 60% de los casos la monoterapia fue prescripta por el médico tratante. No se encontró diferencia en la sobrevida de la droga entre los pacientes tratados con monoterapia y aquellos con tratamiento combinado.

Tabla 1. Frecuencia de Monoterapia por AB.

N° cursos de Adalimumab monoterapia/pacientes en Adalimumab (%; IC95%)	7/30 (23; 10-49)	
N° cursos de Etanercept monoterapia/pacientes en Etanercept (%; IC95%)	17/46 (37; 23-52)	
N° cursos de Infliximab monoterapia/pacientes en Infliximab (%; IC95%)	1/8 (12; 0.3-53)	
N° cursos de Abatacept monoterapia/pacientes en Abatacept (%; IC95%)	8/15 (53;27-79)	
N° cursos de Rituximab monoterapia/pacientes en Rituximab (%; IC95%)	2/9 (22; 3-60)	
n° cursos de Tocilizumab monoterapia/pacientes en Tocilizumab (%; IC95%)	5/6 (83; 36-99)	
Tabla 2. Sobrevida por curso y por droga durante el TB.		
Curso de tratamiento	Intervalo	Sobrevida del agente biológico % (IC 95%)
1*	3 años	55 (42-66)
2*	3 años	44 (21-65)
3*	3 años	34 (12-90)
4*	2 años	100
Agentes biológicos		Sobrevida del agente biológico % (IC 95%)
Etanercept	3 años	59 (41-73)
Infliximab	3 años	20 (2-52)
Adalimumab	3 años	54 (33-70)
Rituximab	3 años	45 (10-75)
Abatacept	3 años	63 (33-83)
Tocilizumab	2 años	75 (13-96)

Este trabajo fue realizado gracias a un Grant de Roche.

### P119 DEPRESIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE

C Ríos<sup>2</sup>, G Maldonado<sup>1</sup>, M Moreno<sup>2</sup>, P Paredes<sup>1</sup>, V Avila<sup>1</sup>, R Lopez<sup>3</sup>, J Martínez<sup>3</sup>, N Cordova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Especialidades Espíritu Santo - UEES, Ecuador. <sup>2</sup> Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador. <sup>3</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Luis Vernaza, Ecuador.

La depresión es una importante comorbilidad en Artritis Reumatoide (AR), se ha observado una mayor incidencia de depresión en pacientes con esta enfermedad que presentan dolor intenso y un índice de discapacidad más severo.

#### Objetivo:

Evaluar la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico establecido de artritis reumatoide por medio de PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) y su relación con la enfermedad.

#### Materiales y métodos:

Fueron evaluados pacientes con diagnóstico establecido de AR de acuerdo a los criterios ACR de 1988, provenientes de la consulta externa del Hospital Luis Vernaza y un centro de reumatología privado (CERER). Se creó una base de datos para recolectar datos que incluyó índices de actividad y discapacidad (DAS28 y HAQ), el cuestionario de depresión PHQ-9, validado al español en el 2002 y evalúa los síntomas y deterioro funcional para hacer un diagnóstico de depresión tentativo por medio de una puntuación del 0-27. Los datos fueron analizados en un programa estadístico denominado SPSS V. 22 (2013).

#### Resultados:

Fueron analizados 84 pacientes con AR, 77 mujeres y 7, varones. El 95% eran de raza mestiza, 38, casados, 11 divorciados, solteros, 11 en unión libre y 10 viudos. La edad media fue de 52 años, con una edad media de comienzo de 41 años. El tiempo de retraso de diagnóstico fue de 28 meses. El HAQ promedio de la población fue de 0,95. Un 32,1% presentaba discapacidad por HAQ y el 2,4%, discapacidad severa. El promedio de resultado del test de depresión PHQ-9 fue de 5,57 (1-24). 39 pacientes (46,4%) presentaron depresión. La depresión fue más frecuente en los pacientes que presentaban discapacidad por HAQ 18/39 (p < 0,002).

#### Conclusiones:

La presencia de depresión fue frecuente en nuestra población con Artritis Reumatoide, y esta se asoció a enfermedad severa.

**P120**  
**COMPARACIÓN DE ETANERCEPT Y FÁRMACOS CONVENCIONALES ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES LATINOAMERICANOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y UNA RESPUESTA INADECUADA AL METOTREXATO. RESULTADOS DESPUÉS DE DOS AÑOS**

D Machado<sup>1</sup>, R Guzman<sup>2</sup>, RM Xavier<sup>3</sup>, JA Simon<sup>4</sup>, L Mele<sup>5</sup>, Q Shen<sup>6</sup>, R Pedersen<sup>5</sup>, S Kotak<sup>5</sup>, B Vlahos<sup>6</sup>  
<sup>1</sup> Instituto CAICI, Rosario, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> IDEARG; Clínica Saludocoop, Bogotá, Colombia. <sup>3</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil. <sup>4</sup> Universidad Marista de Mérida; BIOCEM/Hospital CEM, Mérida, Yucatán, México. <sup>5</sup> Pfizer Inc, Collegeville, PA, Estados Unidos.

**Objetivo:** Estudios globales han demostrado la eficacia y seguridad de etanercept para la artritis reumatoide. Sin embargo, se incluyeron pocos pacientes de América Latina y los datos a largo plazo son limitados. Este estudio evaluó la seguridad, eficacia y uso a largo plazo de etanercept en pacientes latinoamericanos con artritis reumatoide moderada a grave. Este análisis informa los resultados de eficacia y seguridad de la fase 2 semana 128.

**Materiales y métodos:** En la fase 1, 423 pacientes de Argentina, Chile, Colombia, México y Panamá, con una respuesta inadecuada al metotrexato, fueron aleatorizados 2:1 a etanercept etiqueta abierta de 50 mg semanalmente + metotrexato o una droga antirreumática modificadora de la enfermedad convencional (DMARD, por sus siglas en inglés): hidroxilcloroquina o sulfasalazina + metotrexato, y tratados durante 24 semanas. En fase 2 (opcional, 104 semanas), los investigadores pudieron cambiar el régimen de tratamiento a cualquier combinación de etanercept, metotrexato, hidroxilcloroquina y sulfasalazina. Los resultados de seguridad y de eficacia de la semana 24 incluyen a todos los pacientes en fase 2. Los resultados de la semana 128 incluyen pacientes que continúan pasada la semana 76.

**Resultados:** La fase 2 comenzó con 386 pacientes: 260 del grupo de etanercept y 126 del grupo DMARD; 241 y 120 pacientes, respectivamente, continuaron pasada la semana 76. La edad media era 48 años; la duración media de la enfermedad era de 8 años; 89% eran mujeres; 45% blancos, 23% mestizos, 15% afro-Latinoamericanos. En fase 2, 95% de los pacientes recibieron etanercept. Todos los pacientes que recibieron etanercept en fase 1 continuaron etanercept en fase 2; 11 pacientes (4%) agregaron hidroxilcloroquina o sulfasalazina. Del grupo DMARD fase 1, 105 pacientes (83%) agregaron etanercept y 86 pacientes (68%) interrumpieron hidroxilcloroquina o sulfasalazina. Todos los pacientes continuaron con metotrexato. El 69% de los pacientes logró respuesta ACR 50 en la semana 128, similar al grupo etanercept en la semana 24 (62% versus 25% para etanercept y DMARD, respectivamente). En la semana 24, el 49% y 26% de los pacientes del grupo etanercept y el 13% y 4% del grupo DMARD lograron DAS28 <3.2 y DAS28 <2.6; en la semana 128, el 57% y el 38% de los pacientes lograron estos criterios de evaluación. El 49% y el 13% de los pacientes de los grupos etanercept y DMARD lograron una buena respuesta EULAR (Liga Europea contra las enfermedades reumáticas) (basada en DAS28) respectivamente en la semana 24 y el 57% de los pacientes en la semana 128. El 45% y 28% de los pacientes de los grupos etanercept y DMARD lograron el Cuestionario de Evaluación de la salud (HAQ, por sus siglas en inglés) <0.5 respectivamente en la semana 24 y el 48% de los pacientes en la semana 128. 284 pacientes (74%) informaron sobre eventos adversos; los más comunes fueron bronquitis (10%), nasofaringitis (9%), infección del tracto urinario (8%), influenza (7%) y faringitis (5%). Un paciente informó una infección oportunista (herpes zoster diseminado). Un total de 33 pacientes (9%) tuvo eventos adversos serios; 25 pacientes (7%) se retiraron debido a eventos adversos.

**Conclusión:** En fase 2, la mayoría de los pacientes recibieron etanercept en su régimen de tratamiento. La eficacia aumentó en general y los resultados de la semana 128 fueron similares a los resultados de la semana 24 para el grupo etanercept. La seguridad en este estudio fue comparable a la de otros estudios de etanercept.

**P121**  
**CONDUCTA FRENTE A LA RESPUESTA SUB-ÓPTIMA A 15 MG/SEMANA DE METOTREXATE (MTX) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR), EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA**

E Bertier, M Gallardo, F Vergara, ER Catay, M Scolnik, ML Acosta Felquer, M Sabelli, MV Garcia, J Rosa, ER Soriano Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina, Argentina.

Las guías argentinas de tratamiento de AR recomiendan iniciar el tratamiento con MTX en monoterapia y optimizar su uso con una escalada rápida y mensual de la droga hasta 30 mg / semana o dosis máxima tolerada. En pacientes con respuesta sub-óptima se recomienda la rotación a la vía subcutánea o intramuscular (IM) o bien agregar o cambiar a otra droga modificadora de la enfermedad (DMAR). No está claro cuál es la eficacia de estas estrategias en la práctica clínica diaria.

**Objetivo:** evaluar el porcentaje y la duración de la respuesta al aumento y/ o cambio de vía de administración del MTX en pacientes con AR que no han respondido a 15 mg/semana.  
 2- Evaluar la conducta terapéutica en nuestra sección, frente a la falta de respuesta al tratamiento con 15 mg/semana.  
**Pacientes y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con AR (criterios ACR 1987 y/o ACR/EULAR 2010) de nuestra base de datos, que habían iniciado tratamiento con MTX 15 mg/semana, y en los que se había realizado un cambio de tratamiento por falta de respuesta. Se evaluó el cambio de tratamiento realizado, la respuesta al cambio, la sobrevida en el nuevo tratamiento, el porcentaje de remisión obtenida, y el porcentaje de pacientes que finalmente terminaron recibiendo agentes biológicos.

**Resultados:** Se incluyeron 92 pacientes. Las características demográficas se muestran en la tabla 1. En 13 pacientes (14%; IC95%: 8-23) se aumentó la dosis de MTX; en 28 (30%; IC95%: 21-41) se rotó a la vía(IM); en 37 (40%; IC95%: 30-51) se adicionó otro DMAR; en 6 (7%; 2-14) se rotó a otro DMAR; en 7 (8%; IC95%:3-15) se agregó un agente biológico; y en 1 (1 %) se rotó a un agente biológico. De los pacientes que no fueron cambiados inicialmente a agentes biológicos, 31 (37 %) los recibieron finalmente con una mediana de 12 meses (RIQ: 5-29) después del primer cambio. En la tabla 2 se muestran las conductas terapéuticas en cada uno de los grupos de cambio inicial, no habiendo diferencias significativas entre los grupos en el porcentaje que terminó finalmente en agentes biológicos, ni en la sobrevida en la modificación inicial.

Tabla 1. Datos clínicos y demográficos de los pacientes.

Característica	N= 92
Edad, media (DS)	82 (14)
Sexo femenino, n (%)	73 (79)
Años de diagnóstico, mediana (RIQ)	3 (2-7)
Factor Reumatoideo, (n=70), n (%)	55(78)
Anti-CCP positivo, (n=69), n (%)	60 (87)
DAS28, media (RIQ)	4.7 (1.2)
HAQ, media (RIQ)	1.1 (0.84)
Biológico, n(%)	33(32)
Corticoides, n(%)	25(24)

Tabla 2. Conductas terapéuticas en diferentes grupos del cambio inicial.

Grupo inicial	Sigue igual tratamiento n (%)	% sobrevida en el cambio inicial a 12 meses (IC 95%) (%)	Rotación/agregado DMAR (%)	Rotación a agentes biológicos n (%)
Aumento de dosis de MTX (n=13)	7 (54%)	85 (51-96)	2 (15 %)	4 (31 %)
MTX IM (n=28)	14 (50 %)	71 (48-85)	5 (18 %)	9 (32 %)
Agregado de DMAR (n=37)	25 (68 %)	78 (60-89)	0 (0 %)	12 (32 %)
Rotación de DMAR (n=6)	2 (33)	50 (11-80)	0 (0%)	4 (67 %)

**Conclusión:** En pacientes con respuesta sub-óptima a 15 mg/semana de MTX la conducta más frecuente fue el agregado de otro DMAR o la rotación al MTX IM. Un tercio de los pacientes finalmente fue tratado con agentes biológicos, un año después del primer cambio. Estas estrategias parecen ser efectivas en un buen porcentaje de pacientes.

**P122**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA ASISTIDOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**

MI Stanchic, E Mussano, I Cadile, L Onetti Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Reconociendo la ventana terapéutica crítica, se han desarrollado y validado algoritmos para predecir el desarrollo de la Artritis Reumatoide (AR) en pacientes (pctes.) con artritis temprana (AT) sin clasificar, considerando temprana al inicio de los síntomas en 512 meses. ACR y EULAR desarrollaron los criterios de clasificación para la AR 2010 que facilitan la identificación precoz de los pacientes con artritis inflamatoria que requiere terapia modificadora de la enfermedad. En general, el análisis de los nuevos criterios muestra un alto valor predictivo positivo (85% a 97%) para el inicio de tratamiento y para clasificar a la enfermedad como AR o artritis indiferenciada (AI).

**Objetivo:** caracterizar de forma clínico-analítica una cohorte de pctes. con AT.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal de una cohorte de pctes. evaluados desde marzo a julio de 2014. Fueron incluidos aquellos que cumplieran con criterios diagnósticos de Artritis Temprana (AT), mayores de 18 años, asistidos en forma ambulatoria en consultorio de Reumatología. Se solicitó laboratorio: VSG, PCR, FR, ACCP y hemoglobina (Hb). Se consideró PCR positiva a valores superiores a 0.9 mg/dL. Se aplicaron los criterios ACR/EULAR 2010 para subclasificar a AT como AR Temprana o AT Indiferenciada. Se utilizó DAS28 como índice de actividad de la enfermedad. Los datos fueron analizados estadísticamente con Excel 2010.

**Resultados:** Se estudiaron 26 pctes. con AT (22 mujeres y 4 varones) con una media etaria de 51.62 años, con predominio de raza blanca, nivel socioeconómico bajo y media de 9.62 años de educación. El inicio de síntomas fue de 8.73 ± 2.84 meses.

Se encontró que el 77% de los pctes. presentaba compromiso poliarticular desde el inicio de la enfermedad. La media de DAS28 fue 5,14 ± 1,35 y la de EVA 65,77. 58% pctes. cumplía criterios ACR/EULAR 2010 para AR.

Las articulaciones dolorosas más frecuentemente encontradas fueron la 2ª MCF, la 4ª IFP y muñeca derechas en el 58 % de los pctes. y las inflamadas fueron 2ª IFP derecha en el 46%, seguida de 3ª MCF, 3ª IFP y 4ª IFP derechas en el 42% de los pctes. Los valores analíticos promedio hallados fueron: VSG 24,27 mm/h, PCR 2,03 mg/dL, FR 364,96 U/ml, ACCP 179,21 U/ml, Hb en mujeres 12,55±0,97 g/dl y 15±1,65 gr/dl en hombres. Se constató anemia en el 27%, todas ellas mujeres.

**Discusión:** Si bien la cohorte estudiada fue pequeña, sus características clínico-analíticas se compararon con los datos del estudio argentino CONAART, latinoamericano GLADAR, español PROAR y SAVE (países de Europa, América Central y Asia Central). Las características sociodemográficas se asemejan a los resultados de CONAART y GLADAR. La edad de inicio de los síntomas y el predominio de sexo femenino fue semejante a los estudios CONAART, GLADAR, PROAR y SAVE. En cuanto a las características clínicas se encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad era 8,73 ± 2,84 meses, similar al estudio CONAART pero mayor a los demás estudios, siendo en PROAR de 5 meses y en SAVE de 57 días.

El número de articulaciones dolorosas e inflamadas fue similar a SAVE y menor que PROAR. El inicio poliarticular estuvo presente en el 77 % de pctes. de este grupo, semejante a CONAART, pero diferente a los registros de 64% de PROAR y 95 % de GLADAR. La media de DAS28 fue coincidente con el resto de los estudios mencionados anteriormente. El 58% de los pctes. cumplían criterios ACR/EULAR 2010 para AR, comparado con el 47,52% de los pctes. de SAVE. La VSG fue similar a los valores promedios registrados en SAVE, siendo mayor en los otros grupos. La media de PCR duplicó los valores encontrados en SAVE y POAR.

Se encontraron títulos altos de FR y ACCP comparados con CONAART y SAVE, siendo el valor promedio de ambos muy superior al encontrado en SAVE. Aunque es de destacar que el estudio SAVE incluyó también a pctes. con artritis muy tempranas.

**Conclusión:** El índice DAS28 y los valores elevados de FR y ACCP nos muestran que la AR Temprana se presenta con alta actividad desde el inicio de la enfermedad en esta cohorte de pacientes.

**P123**  
**ESTUDIO ALEATORIZADO, DE ETIQUETA ABIERTA EN LATINOAMÉRICA DE ETANERCEPT Y FÁRMACOS CONVENCIONALES ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: UNA COMPARACIÓN DE EFICACIA REGIONAL EN 128 SEMANAS**

D Machado<sup>1</sup>, R Guzman<sup>2</sup>, RM Xavier<sup>3</sup>, JA Simon<sup>4</sup>, B Vlahos<sup>5</sup>, L Mele<sup>5</sup>, Q Shen<sup>6</sup>, R Pedersen<sup>5</sup>, S Kotak<sup>5</sup>, R Suehro<sup>6</sup>  
<sup>1</sup> Instituto CAICI, Rosario, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> IDEARG; Clínica Saludocoop, Bogotá, Colombia. <sup>3</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Puerto Alegre, Brasil. <sup>4</sup> Universidad Marista de Mérida; BIOCEM/Hospital CEM, Mérida, Yucatán, México. <sup>5</sup> Pfizer Inc, Collegeville, PA, Estados Unidos.

**Objetivos:** Estudios mundiales han demostrado la eficacia y la seguridad de etanercept (ETN) para la artritis reumatoide (AR) de moderada a severa. Sin embargo, los estudios incluyeron una cantidad relativamente pequeña de pacientes de Latinoamérica y los datos a largo plazo son limitados. Este análisis post hoc compara los resultados a largo plazo en términos de eficacia de pacientes en la región norte de Latinoamérica (Colombia, México, Panamá) con pacientes en la región sur (Argentina, Chile) que siguen un tratamiento con ETN y/o fármacos convencionales antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD).

**Materiales y métodos:** En la fase 1 del estudio, pacientes con AR y una respuesta inadecuada al metotrexato (MTX) se agruparon en forma aleatoria 2:1 a ETN de etiqueta abierta 50 mg semanales + MTX o los DMARD convencionales hidroxilcloroquina (HCQ) o sulfasalazina (SSZ) + MTX por 24 semanas. Este análisis se centra en la fase 2 (opcional, 104 semanas), durante la cual el investigador podría cambiar el régimen de tratamiento a cualquier combinación de ETN, MTX, HCQ y SSZ.

**Resultados:** La fase 1 del estudio incluyó un total de 423 pacientes, 227 de la región norte y 196 de la región sur. En los valores iniciales, había diferencias en los grupos raciales representados en el Norte y en el Sur; la región Norte incluyó 39% de mestizos, 27% de afro-latinoamericanos, 4% de blancos, y 30% de otros grupos; y la región Sur incluyó 97% de blancos y 3% de mestizos. Un total de 208 pacientes del Norte y 178 pacientes del Sur continuaron en la fase 2. En la fase 2, 95% de los pacientes recibieron ETN en sus regímenes de tratamiento. Todos los pacientes que recibieron ETN en la fase 1 lo continuaron en la fase 2; 11 pacientes (4%) agregaron HCQ o SSZ. Del grupo que recibía DMARD convencionales, 105 pacientes (83%) agregaron ETN y 86 pacientes (68%) discontinuaron HCQ o SSZ. Todos los pacientes continuaron con MTX. En la semana 76 y en la semana 128, los resultados de eficacia para pacientes en el Norte y en el Sur eran similares a los del grupo ETN en la semana 24 (ver tabla).

**Conclusiones:** Tanto en la región norte como en la región sur de Latinoamérica, la inclusión de ETN en el régimen de tratamiento de la fase 2 de la mayoría de los pacientes obtuvo resultados de eficacia que produjeron una mejora general y fueron similares a los resultados de la fase 1 del grupo que recibía ETN.

Tabla: Porcentaje de pacientes que lograron resultados de eficacia

Criterio de medición (%)	Fase 1				Fase 2			
	DMARD	ETN	DMARD	ETN	DMARD	ETN	DMARD	ETN
ACR 50	65.9	70.0	67.7	72.1	65.8	70.2	65.3	70.8
ACR 50+1	59.1	61.7	57.1	61.1	56.5	61.9	57.1	61.8
ACR 50+2	60.3	65.7	56.3	58.3	60.5	65.1	57.1	61.2
ESAS 2+3 (nomod)	27.3	27.1	25.8	24.4	26.9	27.3	24.8	25.5
Tasa de respuesta EULAR (logar el)	60.3	60.7	60.5	60.3	60.5	60.3	61.7	61.2

En la fase 2, 95% de todos los pacientes recibieron ETN; 5% no recibió ETN. Todos los pacientes se incluyeron en el análisis. Todos los pacientes recibieron MTX.  
 CCOP: nuevos pacientes que comenzaron la fase 2; CCOP: pacientes que continuaron después de la semana 76.  
 ACR/Criterio de medición de Reumatología; DAS28: índice de actividad de la enfermedad; LCR: EULAR; EULAR: índice de actividad de la enfermedad; ESAS: Escala de Salud; EULAR: EULAR; EULAR: EULAR; EULAR: EULAR.

124

**P124**  
**RELACION ENTRE EL CONSUMO DIETÉTICO DE PESCADOS RICOS EN ÁCIDOS GRASOS POLINSATURADOS DE CADENA LARGA OMEGA 3 Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
ME Sattler, G Cabagna, MS Conte, JC Raggio, GA Berbotto  
Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

**Introducción:**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune caracterizada por una poliartitis simétrica que dejada a su evolución natural lleva a la pérdida progresiva de la función articular. La amplia variedad de tratamientos disponibles tiene el objetivo general de modular la respuesta inflamatoria para lograr la remisión de la enfermedad, o la mínima actividad posible, evitando las complicaciones subsecuentes. Varios estudios han demostrado que los ácidos grasos polinsaturados de cadena larga omega 3 (AGPI-CL Ω-3), presentes en pescados y aceites de pescado, regularían los procesos inflamatorios e inmunológicos compitiendo con el ácido araquidónico (AA) en la conversión enzimática a eicosanoides, disminuyendo la síntesis de prostaglandinas de la serie 3 y leucotrienos de la serie 4, pro-inflamatorios. Es de interés estudiar la relación existente entre el consumo dietético de AGPI-CL Ω-3 y la actividad de la enfermedad en pacientes que padecen AR.

**Objetivo:**

Determinar la relación existente entre la frecuencia de consumo de pescados fuente de ácidos grasos polinsaturados de cadena larga omega 3 y la actividad inflamatoria de la artritis reumatoide.

**Material y método:**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, utilizando un cuestionario de frecuencia de consumo de pescados fuente de AGPI-CL Ω-3 en 49 pacientes con diagnóstico establecido de artritis reumatoide según criterios de clasificación ACR-EULAR 2010, mayores de 18 años de edad, que concurren al servicio de Reumatología del Hosp. Esc. Eva Perón (Gro Baigorria, Santa Fe), durante el período comprendido entre el 1° de diciembre de 2012 y el 30 de abril de 2013. Se excluyeron aquellos que habían recibido suplementos de AGPI-CL Ω-3 en los 6 meses previos a la recolección de datos. El nivel de actividad de la AR fue evaluado por clinimetría a través del DAS-28 (Disease Activity Score-28) utilizando la velocidad de entrosedimentación (VSG).

Se realizó análisis descriptivo (frecuencias y medias) y analítico (ANOVA) de las diferentes variables con software estadístico EPH-INFO versión 6.4d. Se realizó análisis de frecuencia en porcentaje (%), promedio (x) y desvío estándar (SD). Para comparar medias aritméticas se aplicó el test de Anova para datos distribuidos normalmente.

**Resultados:**

Se evaluaron un total de 52 pacientes con AR que luego de aplicar el criterio de exclusión la muestra quedó conformada por 49 individuos. El promedio de edad fue de 49,34 años (rango 23-80 años). El 81,6% de los pacientes eran de sexo femenino. La mayoría de los pacientes no consumieron pescados de mar y mariscos en los tres meses previos a la realización del estudio; de los pacientes que consumieron el 20,4% lo hizo menos de una vez al mes, 16,3% una vez al mes, 16,3% 2 a 3 veces por mes, 6,1% una vez a la semana y 2% 3 a 4 veces a la semana. La media de DAS-28 fue de  $3,98 \pm 1,31$ . Se encontró una asociación significativa en el valor de DAS-28 entre los pacientes que consumieron pescados o mariscos  $\geq 2$  veces por mes, en relación con aquellos que respondieron consumirlos  $< 1$  vez por mes ( $p=0,005$ ). El nivel de actividad de la AR fue significativamente menor en los pacientes que consumieron consumir jurel, atún en conserva y salmón con mayor frecuencia ( $p=0,02$ ,  $p=0,04$  y  $p=0,07$ , respectivamente) que en aquellos que informaron no hacerlo.

**Conclusiones:**

De acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría de la muestra estudiada no consumía pescados fuente de AGPI-CL Ω-3, sin embargo, pudo observarse que aquellos pacientes que consumieron pescados o mariscos 2 o más veces por mes presentaban un nivel de actividad de la enfermedad significativamente menor respecto de aquellos que lo consumían con menor frecuencia. Entre las limitaciones del presente trabajo se puede mencionar el reducido tamaño de la muestra. Además, el cuestionario de frecuencia de consumo de los distintos alimentos utilizado fue solo de tipo cualitativo, no especificándose la cantidad de alimentos consumidos, ni la cantidad de ácidos grasos aportados por los mismos.

125

**P125**  
**TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA DE INICIO EN ANCIANOS. EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA**

F Cecato<sup>1</sup>, C Drago<sup>1</sup>, R Gontero<sup>1</sup>, CA Waimann<sup>2</sup>, G Citera<sup>3</sup>, F Dal Pra<sup>4</sup>, C Orozco<sup>5</sup>, A Catalan Pellet<sup>6</sup>, A Secco<sup>7</sup>, L Marino<sup>8</sup>, M Mamani<sup>9</sup>, F Casero<sup>10</sup>, AC Alvarez<sup>11</sup>, MJ Haye Salinas<sup>12</sup>, V Saurit<sup>13</sup>, E Soriano<sup>14</sup>, V Scaglioni<sup>15</sup>, J Rosa<sup>16</sup>, J Marcos<sup>17</sup>, M Garcia<sup>18</sup>, A Salas<sup>19</sup>, O Rillo<sup>20</sup>, R Chaparro del Moral<sup>21</sup>, A Martínez Muñoz<sup>22</sup>, H Berman<sup>23</sup>, A Berman<sup>24</sup>, F Colombrini<sup>25</sup>, E Veloso<sup>26</sup>, Y Juárez<sup>27</sup>, M Crespo<sup>28</sup>, A Quinteros<sup>29</sup>, DL Vasquez<sup>30</sup>, G Salvaterra<sup>31</sup>, C Ledesma<sup>32</sup>, M Sacun<sup>33</sup>, R Quintana<sup>34</sup>, M Abdala<sup>35</sup>

<sup>1</sup> Hospital JM Cullen, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Instituto De Rehabilitación Psicosofísica, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina. <sup>6</sup> Hospital San Martín La Plata, Argentina. <sup>7</sup> Hospital General De Agudos "Dr. E. Tornu", Argentina. <sup>8</sup> Centro Médico Privado De Reumatología, Tucumán, Argentina. <sup>9</sup> Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. <sup>10</sup> Hospital Señor Del Milagro, Argentina. <sup>11</sup> Centro Integral De Reumatología, Argentina. <sup>12</sup> Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. <sup>13</sup> Hospital Provincial, Rosario, Argentina. <sup>14</sup> Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

**Objetivo:** Los pacientes con artritis reumatoide de inicio en ancianos (EORA) son más propensos a tener múltiples comorbilidades y polifarmacia. El objetivo del tratamiento en este grupo de edad es mantener la calidad de vida y reducir al mínimo los efectos adversos relacionados con el tratamiento. El objetivo de nuestro estudio fue investigar los patrones de tratamiento en pacientes con artritis reumatoide del anciano en comparación con la artritis reumatoide aparición en el adulto joven.

**Material y métodos:** Se incluyeron 535 pacientes con AR temprana, no tratados previamente con diagnóstico DMAR de una cohorte prospectiva de pacientes con menos de 20 años de duración de la enfermedad. Los datos se recogieron cada 3 meses, incluyendo las características sociodemográficas, estado funcional (HAQ), actividad de la enfermedad (DAS28) y tratamiento (incluyendo dosis, frecuencia y estrategia de tratamiento). EORA se definió como AR de inicio después de 60 años. Los pacientes fueron estratificados de acuerdo a la enfermedad en el set (EORA vs no EORA), describiendo y comparando los patrones de tratamiento entre grupos. P-valor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 535 pacientes naive DMARs con artritis reumatoide temprana: 132 (25%) con enfermedad en el set después de 60 años (grupo EORA) y 403 (75%) con enfermedad antes de los 60 años (grupo no EORA). La duración media de la enfermedad fue de  $7 \pm 6$  meses, el 82% eran mujeres y la media de seguimiento fue de  $24 \pm 16$  meses. Puntaje promedio HAQ y DAS28 durante el seguimiento fueron  $0,9 \pm 0,6$  y  $3,9 \pm 1,2$ , respectivamente. La edad media fue de  $45 \pm 11$  y  $68 \pm 6$  años para los grupos EORA y no EORA, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a la actividad de la enfermedad, el estado funcional, el tiempo de seguimiento y de género. El fármaco de elección en pacientes con EORA fue metotrexato. La monoterapia fue la estrategia inicial en el 62% de los casos, seguida de la terapia doble (16%). Los agentes biológicos fueron el uso de sólo el 6% de los pacientes. Al evaluar los patrones de tratamiento, no hubo diferencia estadística significativa o clínica entre los grupos (Tabla 1).

	EORA	No-EORA	P
<b>Uso def DMARs, n (%)</b>	131 (99)	399 (99)	>0.20
Leflunomida, n (%)	149 (29)	38 (37)	0.09
Sulfasalazina, n (%)	16 (4)	6 (5)	>0.20
Hydroxicloroquina, n (%)	30 (23)	75 (19)	>0.20
Metotrexato, n (%)	119 (90)	386 (96)	>0.20
Dosis media durante seguimiento mg/sem $\pm$ SD	$16 \pm 3$	$16 \pm 4$	>0.20
Dosis inicial, media mg/sem $\pm$ SD	$13 \pm 3$	$13 \pm 3$	>0.20
Dosis $\geq 20$ mg/sem, n (%)	57 (48)	192 (49)	>0.20
Doble terapia, n (%)	48 (36)	181 (45)	0.08
Triple terapia, n (%)	5 (4)	11 (3)	>0.20
<b>Uso de biológicos, n (%)</b>	8 (6)	21 (5)	>0.20
<b>Terapia inicial</b>			
Monoterapia DMARs, n (%)	106 (82%)	323 (81%)	>0.20
Doble terapia DMARs, n (%)	21 (16%)	73 (18%)	>0.20
Triple terapia DMARs, n (%)	2 (2%)	3 (1%)	>0.20
Combinación con biológicos, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	>0.20
<b>Uso corticoides</b>			
Dosis prednisona, media mg/día $\pm$ SD	$6 \pm 6$	$7 \pm 5$	>0.20

**Conclusiones:** Los patrones de tratamiento en la artritis reumatoide de inicio temprano no difieren de los más jóvenes AR de inicio.

126

**P126**  
**RESONANCIA MAGNÉTICA Y SINOVITIS DE LA MANO A LAS 8 SEMANAS TRATADAS CON CERTOLUZIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
E Perez Araña, O Paez Mena, R Damil Castro, M Alcaraz  
Clinica del Niño Villa Mercedes, San Luis, Argentina.

**Introducción:** La resonancia Magnética de la mano ha demostrado ser muy sensible para evaluar los cambios inflamatorios como respuesta a un tratamiento, la terapia anti TNF reduce los parametros biológicos-clínicos en pacientes con Artritis Reumatoidea, y se pueden observar los cambios de reducción en la sinovitis y edema oseo tras la terapia biológica

**Objetivos:** Cuantificar según las recomendaciones RAMRIS del grupo OMERACT 6, los cambios de sinovitis y edema oseo en a RM del Carpo y Articulación MCF, tras 8 semanas de tratamiento con Certoluzimab

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo en pacientes con AR, (según criterios ACR 1987) con una enfermedad activa definida por DAS 28  $> 3,2$  y presencia de sinovitis en las manos, en la vista inicial y a las 8 semanas se recogieron las variables clínicas, se utiliza un resonador PHILIPS ACHIEVA 1,0 Tesla, se utiliza la mano dominante, según protocolo OMERACT, secuencia en T2 supresion de grasa plano coronal, puntuacion de 0-24 en MCF y 0-45 en Carpo, los datos fueron analizados en un paquete estadístico SPSS para Windows V-12

**Resultados:** presentamos 6 pacientes (2 hombres-4 mujeres) edad media de 54,7 años con AR activa DAS 28  $= 4,56$  y duracion media de la enfermedad de 11, 5 años, se utilizo Certoluzimab 200MG según las guías de la Sociedad Argentina Reumatología, las características demográficas, y sociales se presentan en las tablas, la puntuación de la sinovitis en MCF descendio de 13,8 a 9,9 en la semana 8 ( $p=0,036$ ), el edema oseo presenta en 3 pacientes mejoró de 5,4 a 3,7, se observo una rapida mejoría en los parametros de actividad del DAS 28, VSG, PCR, HAQ

**Conclusiones:** la RMN permite evaluar en semanas la eficacia del Certoluzimab en la reducción de la sinovitis de MCF y Carpo en pacientes con AR ACTIVA, deberiamos tener un seguimiento a mayor numero de semanas y un mayor numero de pacientes donde nos podran dar un significado pronostico de los hallazgos.

127

**P127**  
**CORRELACIÓN DE SCORE DE SHARP/VAN DER HEIJDE (PROGRESIÓN RADIOLÓGICA) CON TITULACIONES DE ANTI CCP Y FR**

R Berruoso, S Visentini, D Sevilla, K Diaz, L Balderama, Z Salazar Garcia, G Pacheco, E Morales, Y Ju, R Garcia, JJ Scalí  
HTAL CARLOS G. DURAND, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar correlación entre progresión radiológica en pacientes con diagnóstico de AR (Artritis reumatoidea), con títulos de Anti CCP (Ac Anti peptido citrulinado ciclico) y FR (Factor Reumatoideo)

**Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal en el cual se evaluaron pacientes con diagnóstico de AR (n=124) de nuestra Unidad, según criterios ACR 1987/2010, con mas de un año de evolución de la enfermedad. Se realizó su evaluación con score radiológico de Sharp modificado por Van Der Heijde, agrupados según años de evolución (1-2 años: 38,71% (n=48), 3-5 años: 24,19% (n=30), >5años: 37,1% (n=46) evaluando títulos de ACCP y FR, obtenidos en la primera determinación de laboratorio. Se excluyeron pacientes que recibieron tratamiento con DMARDS biológicos antes del 2° año de evolución de la enfermedad.

**Resultados:** Se obtuvieron los siguientes datos: Características de los pacientes n=124, mujeres: 114 (91,9%), edad media 46,5 años, duración media de la enfermedad 4,66 años, actividad de la enfermedad al diagnóstico según DAS 28 (Alta actividad 62,9%, n=78, moderada actividad 32,26%, n=40, leve actividad 4,84%, n=6), Anti CCP totales positivos 90,32% (n=112), negativos 9,68% , FR positivos 94,35% (n=117)

Score de Sharp/van der Heijde: Para Anti CCP Positivo: 108,160 ( $p<0,0001$ ), de los cuales, Anti CCP positivo fuerte( $>60$ UI) : 114,66 ( $p<0,0001$ ), Anti CCP positivo (20-59UI): 54 ( $p<0,001$ ), Anti CCP Negativo : 25,33. Para FR Positivo Alto (3xVN): 105,89 Según tratamiento: Pacientes con DMARDS NB: 79,03%(n=98), con DMARDS Biológicos: 20,97%(n=26)

**Conclusiones:** Los pacientes que mostraron mayor compromiso radiológico según score de Sharp/Van Der Heijde, pertenecían al grupo que presentaban positividad para Anti CCP, no solo con valores altos sino en sus diferentes titulaciones. También se hallaron mayores niveles del score para valores altos de FR. Esta diferencia hallada en los scores fue estadísticamente significativa, actuando como predictores positivos para mayor progresión radiológica. Los resultados obtenidos en el estudio presentan similitud a lo descrito en la bibliografía.

### P128 ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE PACIENTES ECUATORIANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

C Ríos<sup>1</sup>, M Moreno<sup>2</sup>, R López<sup>2</sup>, J Martínez<sup>2</sup>, N Córdova<sup>2</sup>, G Maldonado<sup>4</sup>, V Avila<sup>4</sup>, C Paredes<sup>4</sup>, L Moreno<sup>1</sup>, C Vera<sup>4</sup>, S Vargas<sup>5</sup>, I Moreno<sup>6</sup>, D Noboa<sup>6</sup>, M Moreno<sup>7</sup>, P Merlo<sup>7</sup>, J Nuñez<sup>8</sup>, R Ventura<sup>9</sup>, C Vallejo<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Luis Vernaza, Ecuador. <sup>3</sup> Universidad de Especialidades Espíritu Santo - UEES, Ecuador. <sup>4</sup> Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - UCSG, Ecuador. <sup>5</sup> Sociedad Ecuatoriana Pro-Rehabilitación de los Lisiados - SERLI, Ecuador. <sup>6</sup> Hospital Fuerzas Armadas, Ecuador. <sup>7</sup> Hospital de la Policía, Ecuador. <sup>8</sup> Hospital Patronato Municipal San José, Ecuador. <sup>9</sup> Hospital Metropolitano, Ecuador. <sup>10</sup> Centro de Artritis, Ecuador.

#### Introducción:

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica de carácter inflamatorio, multisistémica, con gran variedad de manifestaciones extra articulares y comorbilidades asociadas.

#### Objetivo:

Evaluar las características clínicas y estado de actividad en una corte de pacientes con AR.

#### Materiales y métodos:

Una base de datos fue creada para recolectar las manifestaciones clínicas de pacientes con diagnóstico de AR, criterios ACR 1988, provenientes de diferentes consultorios de reumatología públicos y privados del país. Se realizó conteo de articulaciones dolorosas y tumefactas, laboratorio clínico, DAS 28-4, PCR, HAQ. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

#### Resultados:

Fueron analizados 342 pacientes, edad media 50 años; 301 mujeres (88%), 41 varones (12%). Edad promedio de comienzo 41 años y tiempo de retraso hasta la consulta con especialista 31 meses. El inicio de síntomas fue insidioso (61%) y poliartitis simétrica (82%). Rigidez matinal (64%), fatiga (52.9%), ojo seco (41.8%), migrañas (38.3%), boca seca (36.5%), pérdida de peso (32.7%), fiebre (24.3%) y nódulos (11.7%), 199 pacientes tenían enfermedad erosiva (58.2%). El promedio de articulaciones dolorosas fue de 5 (0-28), de inflamadas 4 (1-26) y la EVA de dolor de 4 (1-10). El HAQ promedio fue de 0.89 (0-3) y el DAS28 3.75 (0.96-9.6). Discapacidad por HAQ > 1.25 en 99 pacientes (28.9%). Uso de AINES 252 (73.6%), corticoides 260 (76%), metotrexate 287 (83.9%), hidroxiquinona 44 (12.8%), cloroquina 21 (6.1%), leflunomida 27 (7.9%), sulfasalazina 13 (3.8%), terapia biológica fue recibida por 48 pacientes (14%).

#### Conclusiones:

Las características clínicas no difieren de otras poblaciones, 34% de los pacientes tenían discapacidad, el retraso hasta la valoración a un reumatólogo fue de 31 meses promedio, metotrexate fue la droga de elección por los reumatólogos ecuatorianos y la terapia biológica fue usada en el 14% de los pacientes.

### P129 EVALUACIÓN DE LA PERSISTENCIA DE LA POSITIVIDAD DEL ANTICUERPO ANTIPÉPTIDO CITRULINADO EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES EN LA CIUDAD DE SALTA DURANTE UN PERÍODO DE TRES AÑOS

D Bottone, G Aguilera, C Heredia, M Quiroga Rogel, MA Plaza, HM Schaefer Centro Privado de Reumatología, Argentina.

**Antecedentes:** La artritis reumatoidea es una enfermedad autoinmune que afecta entre el 0,5 al 1 % de la población argentina. Se trata de una enfermedad inflamatoria de origen autoinmune, de causa desconocida. Se caracteriza por ser una poliartitis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, en ocasiones con compromiso sistémico y de evolución crónica, progresiva y a veces severa. Provoca discapacidad e incapacidad en la vida diaria y laboral. En la última década se ha demostrado que el daño estructural y la alteración funcional se pueden reducir con un tratamiento rápido y suficiente, instaurado lo antes posible. Está asociada al factor reumatoideo (FR) y a los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ac anti CCP) estos últimos pueden preceder en años al comienzo de la enfermedad y son útiles para el diagnóstico y el pronóstico, debido a su buena sensibilidad y especificidad y su relación con el daño estructural.

**Objetivo:** La detección del ac anti CCP positivo en un grupo de pacientes fue decisivo para iniciar el tratamiento adecuado (DMAR o agentes biológicos). Se propone evaluar la actividad de la AR en estos pacientes que presentaron un ac anti CCP positivo al inicio de su enfermedad y el comportamiento posterior de este anticuerpo, luego de un período de tratamiento, y su relación con las variables presentes en los criterios de actividad de la AR.

**Método:** Se estudiaron 50 pacientes que en su diagnóstico de Artritis Reumatoidea Temprana (ART) presentaron los ac anti CCP positivos en títulos igual o mayor a tres veces su valor normal y con Factor Reumatoideo (FR) negativo o en títulos positivos bajos. Se consideró la primera consulta al médico reumatólogo desde el año 2011. Se tabularon los datos iniciales y finales (año 2014) de: Factor Reumatoideo (FR), Proteína C Reactiva (PCR), Velocidad de sedimentación globular (VSG), Anticuerpos antipéptidos citrulinados (ac. anti- CCP) y el índice para valorar la actividad de la enfermedad (DAS 28). Se consideraron otras variables, como localización, sexo, edad, escala de dolor y se hizo una evaluación del tratamiento de cada paciente para evaluar la remisión o la actividad de la enfermedad.

**Estadística:** los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva de Excel, se generaron los histogramas correspondientes y se compararon las medidas de una misma variable (prueba de hipótesis).

**Resultados:** Este estudio reportó los casos seleccionados de determinados pacientes sin grupo control, que nos permitió inferir sobre el pronóstico y tratamiento, pero no se utilizó para estimar la frecuencia de la ocurrencia descripta. Fue un estudio de prevalencia de una patología crónica como lo es la AR de larga duración.

La edad media fue de 54 años, osciló entre 33 y 71 años; 42 de sexo femenino y 8 de sexo masculino.

Con respecto a la localización, 30 pacientes fueron de Capital y 20 del interior. En la variable ac anti CCP, haciendo la prueba para medias de dos muestras emparejadas con un alfa de 0,05 y un nivel de confianza del 95%, el valor P fue de: 0,06. Se comprueba que en este parámetro no se puede generalizar, o sea, no hubo un cambio significativo en sus valores.

En la variable VSG, el valor P fue de 0,05: no hubo cambios.

En las variables DAS 28, LR y PCR, dieron un valor de P de 0,046, 0,036 y 0,036, respectivamente, valor significativo para concluir que estos analitos mejoraron con el tratamiento. Coincidente con otros estudios (Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, 2007: Balsa, Salcedo y Martín)

**Conclusiones:** Si bien todos los pacientes que incorporamos a este grupo de estudio presentaron mejores clínicas frente al tratamiento implementado, se demostró, desde el punto de vista estadístico, mediante el valor p, que marca la diferencia matemática real, y no solo al azar, que el ac anti CCP no presentó un cambio significativo.

Se comprobó en todos los casos la persistencia de la positividad en títulos iguales o menores al inicio del ac anti CCP, esta persistencia se debe a la alta sensibilidad y especificidad que tiene este método y no se correlacionó con la actividad de la enfermedad, a pesar de valores de descenso significativo con respecto al DAS 28, FR y a la PCR (criterios de Remisión de la AR según la American College Rheumatology).

### P130 CORRELACIÓN CLÍNICA Y PARACLÍNICA DEL SCORE RAPID-3 COMPARADO CON DAS 28 - CDAI - Y HAQ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

O Roa, M Macías, C Farrán, A Granda, S Hamdani, I Gamba, J Scali, G Pacheco Hospital Durand, Argentina.

#### INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea es una enfermedad sistémica autoinmune, cuyo objetivo actual es el diagnóstico y tratamiento precoz; con el fin de lograr remisión o baja actividad.

Como apoyo al control de este fin, existen diferentes scores; como el RAPID 3, que es un índice de Severidad/Actividad, de cálculo simple, realizado por el paciente con correlaciones significativas con DAS 28, CDAI y HAQ-A; e influenciado en sus resultados por la presencia de daño articular y/o fibromialgia.

Se considera importante la aplicación de este tipo de cuestionarios, ante la evidencia que en la práctica clínica la mayoría de reumatólogos no realizan recuentos articulares formales y no ejecutan otro tipo de scores; debido a limitaciones, como la no disponibilidad de laboratorio al momento de la consulta o requerimiento de calculadoras para ejecutearlos. Por lo anterior; es importante la realización de estudios que confirmen la aplicabilidad de este tipo de cuestionarios en la consulta y determinen que otras variables pueden influir en sus resultados.

#### OBJETIVO

Evaluar la correlación del RAPID 3 con DAS 28, CDAI, HAQ-A y parámetros clínicos / paracrínicos ejecutados a los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea por criterios de ACR '87 en el Servicio de Consulta Externa.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal. Se realizó Scores de RAPID 3, CDAI, DAS 28, HAQ A; además de recolección de información clínica y de laboratorio en 40 pacientes que asistieron a consultorios externos, durante 3 meses (período Mayo a Julio de 2014). Estos tenían una edad promedio de 49,6 años (DE: 15,9); relación Mujer/Hombre (4,5:1); media de duración de la enfermedad de 12,1 años (DE: 18,3).

#### RESULTADOS

Se demostró una correlación Pearson positiva para actividad de la enfermedad, de RAPID-3 con CDAI y DAS 28 (r: 0,82 y r: 0,76), respectivamente. (p: 0,05).

Comparando resultados de HAQ-A con las variables de actividad previamente descriptas, se encontró su mejor correlación con el Score RAPID 3 (r: 0,89; p: 0,05); vs CDAI y DAS 28 (r:0,63; p:0,05) y (r:0,54; p:0,05), respectivamente.

RAPID 3, mostró correlación positiva para ítems relacionados con dolor (r: 0,95 para EVA Dolor del Paciente) y (r: 0,52 para Cointeo Articular Doloroso). (p: 0,05) No evidenció comportamiento similar, respecto a resultados de laboratorio: ERS (r:0,03; p: 0,05), Factor Reumatoideo (r:0,04; p:0,05) y Anti-CCP (r:0,01; p:0,05). Llamó la atención una baja correlación hallada entre variables: Actividad por RAPID 3 / Tumefacción Articular (r:0,22; p: 0,05); contrariamente a DAS 28 y CDAI, que presentaron correlaciones positivas (r:0,57; p: 0,05) y (r:0,68; p:0,05), respectivamente.

En base a estos hallazgos, analizamos correlaciones entre los diferentes scores, en un sub-grupo de pacientes con conteo de Articulaciones Tumefactas (5 o más); evidenciando una correlación negativa de actividad por RAPID 3 comparado con DAS 28 (r: -0,31; p: 0,05).

Para los 3 Scores utilizados, se evidenció baja correlación de la variable actividad con resultados de medidores inflamatorios, FR o Anti CCP.

#### CONCLUSIONES

Nuestro estudio evidenció, como previamente reportado, que RAPID 3 presentó una buena correlación con HAQ-A, DAS 28 y CDAI; no obstante, es de remarcar correlaciones débiles de RAPID 3 con la variable clínica de tumefacción articular. Más aún, en el sub-grupo de pacientes con conteo de Articulaciones Tumefactas (5 o más); no se encontró correlación positiva para actividad, de RAPID 3 con DAS 28. Pudiendo así el primero, subestimar aspectos pronósticos clínicos trascendentales en estos pacientes.

Correlaciones muy fuertes entre RAPID 3 y EVA Dolor (r: 0,95; p: 0,05), en comparación con DAS 28 (r: 0,68; p: 0,05) y CDAI (r: 0,79; p: 0,05), sugería evaluar posteriormente la existencia de condiciones particulares clínicas o paracrínicas, que expliquen este comportamiento.

Desearíamos finalmente remarcar en base a los resultados encontrados, que la variable clínica "Tumefacción Articular", podría estar subvalorada en RAPID 3; importante variable que ha demostrado asociación a progresión del daño articular en Artritis Reumatoidea.

De esta manera, podríamos hipotetizar, que al incluir la variable "Conteo de Articulaciones tumefactas" en el RAPID 3 se lograría una mayor especificidad para actividad, en el subgrupo de pacientes identificados en el presente estudio.

### P131 PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU INFLUENCIA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

OL Cerda, CA Zaffarana, M Landi, J Gallino Yanzi, EE Schneeberger, MC Gonzalez Guzman, I Carrillo, JA Maldonado Cocco, G Citera Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El impacto del tabaquismo sobre la evolución de los pacientes con artritis psoriásica (APs) ha sido escasamente estudiado y sus resultados controversios.

**OBJETIVOS:** Estudiar la prevalencia de tabaquismo en pacientes con APs y evaluar el impacto del tabaquismo en la actividad de la enfermedad, capacidad funcional y calidad de vida.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, como así también las formas de inicio y evolutivas de la enfermedad. La actividad periférica se midió mediante el recuento de 66/68 articulaciones y los índices compuestos DAS28 y DAPSA. El compromiso cutáneo fue graduado mediante el PASI y el ungueal por PNSS (Psoriasis Nail Severity Score). Se evaluó la presencia de dactilitis y de entesitis (MASES). Se administraron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), de capacidad funcional (HAQ-A, BASFI) y de calidad de vida (PsAQoL, ASQoL y DLQI). Por medio de una entrevista dirigida y complementando con la historia clínica del paciente se consignaron datos del tratamiento y hábito tabaquico. La intensidad del tabaquismo se calculó en paquetes/año, y se consideró tabaquismo severo a quienes fumaban 30 o más paquetes/año.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. T-test o ANOVA con pruebas pos hoc para las variables continuas y test de Chi<sup>2</sup> o test exacto de Fisher para las categóricas. Regresión lineal y logística múltiple con el fin de determinar variables asociadas con el tabaquismo. Se consideró significativa una p<0,05.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 101 pacientes, 51 varones (50,5%), con una mediana de edad de 54 años (RIC 42,5-63). El tiempo mediano de evolución de la APs fue de 8 años (RIC 3-15) y de la psoriasis cutánea 20,5 años (RIC 13,2-31,5). El 57,6% presentaba una forma de evolución poliarticular simétrica, 29,3% mono u oligoarticular asimétrica, 10,1% espondilítica, 2% mutilante y 1% con predominante compromiso de DIF. La prevalencia de tabaquismo fue del 28,7% (29/101 pacientes), 9,9% eran ex-tabaquistas y 18,8% tabaquistas actuales, con una mediana de 25 paquetes/año (RIC 10-32,75); 41,2% eran tabaquistas severos. Los pacientes tabaquistas presentaron mayor compromiso ungueal por PNSS (X 6,4  $\pm$  1,1 vs X 11,8  $\pm$  2,8, p=0,038). No obstante, no se encontró diferencia entre tabaquistas y no tabaquistas en la edad de los pacientes, el tiempo de evolución, en la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional, la calidad de vida, el compromiso cutáneo, el índice de entesitis o el tratamiento recibido. El tabaquismo severo tampoco influyó sobre las variables analizadas.

Variable	Pacientes no tabaquistas actuales n= 82	Pacientes tabaquistas actuales n= 19	Valor de p
Edad años m (RIC)	57 (44-64)	47 (39-55)	N/S
Sexo femenino n (%)	41 (50%)	9 (47,4%)	N/S
Tiempo de evolución años m (RIC)	9 (5-16)	10 (7-15)	N/S
BASDAI X (DS)	4,6 ( $\pm$ 2,8)	4,4 ( $\pm$ 2,7)	N/S
DAS28 X (DS)	2,6 ( $\pm$ 0,82)	2,6 ( $\pm$ 1,03)	N/S
HAQ X (DS)	0,8 ( $\pm$ 0,7)	0,9 ( $\pm$ 0,7)	N/S
PSAQoL X (DS)	7,8 ( $\pm$ 5,9)	7,9 ( $\pm$ 7,1)	N/S
PASI X (DS)	5,9 ( $\pm$ 3,9)	6,3 ( $\pm$ 3,6)	N/S
MASES X (DS)	1,7 ( $\pm$ 2,2)	1,6 ( $\pm$ 2,1)	N/S
PNSS X (DS)	6,4 ( $\pm$ 1,1)	11,8 ( $\pm$ 2,8)	0,038

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de tabaquismo en pacientes con APs, fue de aproximadamente 30%, siendo casi la mitad de ellos tabaquistas severos. Los pacientes tabaquistas presentaron mayor compromiso ungueal.

**P132**  
**DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL NO RADIOLOGICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**  
 N Zamora, G Betancur, A Lizarraga, MC Orozco, F Sommerfleck, EE Schneeberger, G Citera IREP, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El término Epondiloartritis Axial no radiológica (EsPax-nr) surge a partir de los criterios ASAS EsPax 2009 e incluye un grupo de pacientes sin compromiso radiológico definido por sacroilitis bilateral  $\geq 2$  o unilateral  $\geq 3$ . A consecuencia de algunas diferencias observadas entre entre EsPax-nr y EA en diferentes cohortes, algunos autores postulan que la EsPax-nr sería una forma más leve de EA, y otros sostienen que sería una forma más temprana o bien que se trataría de una entidad diferente.

**OBJETIVOS:** Evaluar y comparar las características sociodemográficas y clínicas entre pacientes con EsPax-nr y pacientes con EA en una cohorte Argentina.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de espondiloartritis axial (EsPax) según criterios New York modificados 1984 y/o ASAS 2009. Se consignaron variables sociodemográficas: sexo, edad y variables clínicas: tiempo de evolución de la enfermedad, tipos de EsPax, presencia de compromiso periférico (artritis, dactilitis, entesitis), manifestaciones extraarticulares, comorbilidades y tratamientos recibidos. Dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente fueron evaluadas mediante escala visual graduada (EVG), número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES) y medidas de movilidad axial (BASMI). Se consignaron reactantes de fase aguda (ERS y PCR). Se realizaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL), y se calculó el índice compuesto SASDAS. *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva, T-test y Mann Whitney, Chi<sup>2</sup> y test exacto de Fisher. Análisis lineal general univariante, para ajustar por tiempo de evolución. Regresión logística múltiple.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 190 pacientes, 141 varones (73.8%) con una edad mediana de 45 años (RIC 34-56), un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 18.5 años (RIC 9.1-28.5). BASDAI *m* 4.33 (RIC 2.2-6.4), SASDAS-VSG *m* 20 (12.3-28), BASFI *m* 3.6 (RIC 1.2-6.2) y ASQoL *m* 7 (RIC 2-10.2), MASES *m* 0 (0-2) y BASMI *m* 3.6 (RIC 2-5). De los 190 pacientes, 18 (9.4%) tenían EsPax-nr. En este grupo de pacientes 13/18 (72%) eran sexo masculino, con una edad mediana de 35 años (RIC 27-46.7) y un tiempo mediano de evolución de 3.6 (RIC 2.8-5.8). Al comparar ambos grupos de pacientes [EsPax-nr vs EA], los pacientes con EsPax-nr presentaron menor edad (35±12 vs 46±14 años, *p*=0.01) y menor tiempo de evolución de la enfermedad (3±7 vs 20±13, *p*<0.001). No hubo diferencias en historia familiar de EsP, presencia del HLA-B27, reactantes de fase aguda y manifestaciones de la enfermedad a excepción de entesitis, la cual fue significativamente más frecuente en los pacientes con EsPax-nr (55% vs 27%, *p*=0.03). Los pacientes con EsPax-nr presentaron mejor calidad de vida [ASQoL *m* 4.3 (RIC 0.75-7.25) vs *m* 7 (RIC 2-11), *p*=0.03] y mejor movilidad axial [BASMI 0.94 ±0.99 vs 3.9 ±2.5, *p*=0.01]. No observamos diferencias en la actividad de la enfermedad ni en la capacidad funcional. En el análisis de regresión logística múltiple, menor tiempo de evolución (coef  $\beta$ : -1.2, *p*<0.0001) y mejor calidad de vida (coef  $\beta$ : 1.42, *p*=0.016) se mantuvieron independientemente asociadas a EsPax-nr.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte la frecuencia de pacientes con EsPax-nr fue baja. Las características sociodemográficas y clínicas de EsPax-nr y EA fueron similares, a excepción de una mejor calidad de vida en el primer grupo.

**P133**  
**REMISIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**  
 ML Acosta Felquer<sup>1</sup>, J Marín<sup>1</sup>, LG Ferreyra Garro<sup>1</sup>, DA Navarra Ortiz<sup>2</sup>, S Rúa<sup>1</sup>, JE Rosa<sup>1</sup>, R García-Monaco<sup>2</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica Hospital Italiano de Buenos Aires. Fundación Dr. Pedro Catoggio para el Progreso de la Reumatología. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. <sup>2</sup> Servicio Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La Ultrasonografía (US) demostró una alta prevalencia de hallazgos subclínicos en pacientes con psoriasis sin compromiso articular. El valor real de la US para detectar inflamación residual en pacientes con artritis psoriásica (APs) en remisión clínica no ha sido investigado hasta el momento.

**Objetivos:** evaluar la actividad inflamatoria por US en pacientes con APs y comparar la remisión clínica y ecográfica.

**Pacientes y métodos:** se incluyeron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de APs (criterios CASPAR). A todos se les realizó una evaluación clínica y ecográfica el día de ingreso al estudio. El examen clínico fue realizado por el mismo reumatólogo entrenado e incluyó el recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas (66/68 articulaciones), dactilitis en dedos de manos y pies, escala visual analógica (EVA) de dolor y de actividad de la enfermedad por el médico y el paciente (0-100 mm), DAS 28, CDAI, SDAI, PASE, PASI, CPDAI, DAPSA, MDA (actividad mínima de la enfermedad), índice de entesitis de Leeds (LEI) y HAQ. El compromiso axial fue evaluado por BASDAI y ASQoL. Se usaron los valores de entesitis/entendimiento (ERS) y proteína C reactiva (PCR) como reactantes de fase aguda. Se utilizaron los valores de corte establecidos para remisión clínica de cada uno de los índices. Todas las evaluaciones ecográficas fueron realizadas por otro reumatólogo azeado, que desconocía los datos clínicos de los pacientes. Se utilizó un equipo ecográfico My Lab 70 (Esatec) de alta definición, multifrecuencia. Se evaluaron en forma bilateral las siguientes articulaciones: carpos, 2° y 3° metacarpofalángicas, 2° y 3° interfalángicas proximales, rodillas y 2° y 5° metatarsofalángicas. A nivel articular se aplicó un sistema de puntaje de tipo semicuantitativo (0-3) para evaluar el grado de vascularización por Doppler de poder. Se evaluaron en forma bilateral los siguientes tendones: 2° y 3° flexores de los dedos, 4° y 6° extensores del carpo, tibial posterior y peroneos. La presencia de Doppler de poder a nivel de tendones se evaluó en forma dicotómica (presencia/ausencia). Se exploraron en forma bilateral áreas de entesitis a nivel de rodillas (inserción distal del cuádriceps e inserciones proximal y distal del tendón rotatorio) y en calcáneo (inserciones del tendón de Aquiles y de la fascia plantar). En las áreas de entesitis se valoró el aumento analógico de la vascularización por Doppler de poder en forma semicuantitativa (0-3). Se definió como remisión ecográfica a la ausencia de Doppler de poder (grado 0) a nivel de articulaciones, tendones y entesitis.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes. En la tabla 1 se muestran las características demográficas y clínicas de los pacientes. La tabla 2 muestra la prevalencia de pacientes sin remisión ecográfica, acorde al estado clínico (remisión/no remisión), según diferentes criterios de actividad y remisión evaluados.

Pacientes, n	APs (n=83)
Hombres, n (%)	44 (53)
Edad Promedio, años (DS)	53 (14)
Diagnóstico APs, meses (IQR)	36 (12-72)
DMARs tradicionales, n (%)	50 (60)
Agentes biológicos, n (%)	13 (15.7)
MDA, n (%)	41 (40.4)
Remisión (DAS 28 <2.6), n (%)	32 (38.5)
Remisión (SDAI <=3.3), n (%)	14 (17)
Remisión CDAI <= 2.8), n (%)	23 (27.7)
DAPSA <=3.3, n (%)	11 (13)
CPDAI=0 (%)	4 (5)

Criterio (n)	PD-articular $\geq 1$ , n (%)	PD-tendones $\geq 1$ , n (%)	PD-entesitis $\geq 1$ , n (%)	PD en cualquier sitio evaluado $\geq 1$ , n (%)
MDA (42)	15 (37)	3 (7.3)	5 (12)	16 (38)
No-MDA (42)	25 (59.5)	8 (19)	6 (14)	27 (64)
DAS28 remisión (32)	14 (35)	2 (6)	5 (16)	15 (46)
DAS 28 No remisión (51)	18 (42)	9 (18)	6 (12)	29 (55)
CDAI remisión (23)	8 (35)	3 (13)	4 (17)	8 (39)
CDAI No remisión (60)	32 (53)	8 (13)	6 (12)	34 (57)
SDAI remisión (14)	6 (36)	3 (21)	4 (29)	6 (43)
SDAI No remisión (69)	36 (51)	8 (12)	7 (10)	37 (54)
DAPSA remisión (11)	3 (27)	3 (27)	2 (18)	4 (36)
DAPSA No remisión (72)	37 (51)	8 (11)	9 (12)	39 (54)
CPDAI remisión=0 (4)	2 (50)	1 (25)	2 (50)	3 (75)
CPDAI No remisión $\geq 1$ (79)	38 (48)	10 (13)	9 (11)	40 (50)

**Conclusiones:** Un número significativo de pacientes (entre 36% y 75%) con APs que cumplían criterios para MDA o estaban en remisión de acuerdo a diferentes índices, muestran actividad ecográfica (Doppler de poder). El significado clínico de este hallazgo no está claro en la actualidad.

Este trabajo fue realizado con un premio Abbvie -PANLAR 2012

**P134**  
**CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TEMPRANA**

F Colombres<sup>1</sup>, A Berman<sup>1</sup>, V Bellomo<sup>1</sup>, H Berman<sup>1</sup>, W Spindler<sup>1</sup>, A Spindler<sup>1</sup>, J Maldonado Cocco<sup>2</sup>, N Zamora<sup>2</sup>, E Schneeberger<sup>2</sup>, F Sommerfleck<sup>2</sup>, A Martínez Muñoz<sup>3</sup>, O Rillo<sup>3</sup>, R Chaparro del Moral<sup>4</sup>, A Ortiz<sup>4</sup>, S Páira<sup>4</sup>, E Miretti<sup>5</sup>, A Alvarez<sup>5</sup>, A Salas<sup>5</sup>, F Romanini<sup>6</sup>, M Oliver<sup>6</sup>, L Ferreyra Garro<sup>7</sup>, E Soriano<sup>7</sup>, T Alvarez<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Dr. Jose María Cullen, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Privado de Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Hospital San Martín, La Plata, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica de severidad variable, asociada a psoriasis, la cual incluye manifestaciones tales como entesitis, dactilitis, compromiso articular axial y periférico y lesiones cutáneas. La APs puede provocar daño articular, deformidades y reducir la calidad de vida. El pronóstico ha mejorado desde que se puso énfasis en el reconocimiento y tratamiento temprano.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y genéticas de una cohorte de pacientes con Artritis Psoriásica temprana de Argentina.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con APs de reciente comienzo (<3 años evolución) del Consorcio de Epondiloartritis Temprana (CONEART). Los pacientes se clasificaron según criterios CASPAR. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, laboratorio, genéticas, imagenológicas. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test chi<sup>2</sup> y exacto de Fisher para las variables categóricas, test t para las variables continuas, Odds Ratio.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 208 pacientes con Epondiloartritis temprana, de los cuales 78 (37.5%) fueron Artritis Psoriásica. El 55% (43/78) fueron de sexo masculino. Cuarenta y ocho (61.5%) con compromiso periférico, 9 (11.5%) axiales y 21 (27%) mixto. Con respecto a la etnia 41 (53%) fueron Caucásicos, 25 (33%) mestizos, y 11 (14%) Amerindios. HLA-B27 fue positivo en 3/51 (5.8%) pacientes con Artritis Psoriásica. Al comparar alelos B del HLA entre pacientes con APs y EspA el B62 presenta una tendencia a una mayor frecuencia en los pacientes con APs [APs=19.4% vs EspA=6.7%, OR 3.3 (1-11) *p*=0.05].

Radiografías: m-SASS (0-72) media 2.75 ± 4.6; BASRI (0-16) 2.1 ± 2.2; BASDAI 4.98 ± 2.59; BASFI 3.69 ± 2.72; ASQoL 7.55 ± 5.85; HAQ-A 0.74 ± 0.62. Pacientes con compromiso mixto (periférico + axial), tuvieron mayor discapacidad por HAQ-A (*p*=0.0009) y BASFI (*p*=0.015) que pacientes con compromiso periférico. Un paciente con compromiso periférico tuvo serología VIH positiva, y ninguno para virus Hepatitis B o C. No hubo diferencias entre score de entesitis y diferentes tipos de APs.

**Conclusión:** La prevalencia de Artritis Psoriásica temprana en nuestra cohorte de pacientes con Epondiloartritis temprana fue 37.5%. En contraste con reportes previos, la frecuencia de HLA-B27 positivo en pacientes con APs en nuestra cohorte fue baja (5.8%).

**P135**  
**PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REACTIVA Y POST-INFECCIOSA: ESTUDIO PRELIMINAR**

M Benegas<sup>1</sup>, RE Chaparro del Moral<sup>1</sup>, OL Rillo<sup>1</sup>, C Airolid<sup>1</sup>, C Orozco<sup>2</sup>, EE Schneeberger<sup>2</sup>, MP Girard Bosch<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Gal. de Agudos Dr. E. Tornú, CABA, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP); CABA, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Reumatología del Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

La Artritis Reactiva (A.Re), al igual que la Artritis Reumatoidea (AR) y la Artritis Psoriásica, es una enfermedad articular inflamatoria que afecta principalmente a individuos en edad productiva. En Argentina, se ha comunicado que la AR afecta en promedio un 45% la productividad laboral. Sin embargo, en nuestro conocimiento, aún se desconoce el grado de compromiso de la misma en pacientes con A.Re

**Objetivos:** Evaluar el compromiso de la productividad laboral en una cohorte de pacientes con diagnóstico de A.Re y post-infecciosa y su correlación con actividad de la enfermedad, calidad de vida y capacidad funcional.

**Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de A.Re (criterios de Calin 79) y artritis post-infecciosa. Se recolectaron datos sobre el estado laboral, horas de trabajo perdidas debido a la enfermedad, horas de trabajo perdidas debido a otras causas, horas trabajadas, productividad en el trabajo y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) a través del Work Productivity and Activity Impairment Spondyloarthritis (W-PAI SpA). Se registró el tipo de trabajo según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88), el grado de demanda física (según escala de Pujol) y escala funcional (Hochberg 91). Se evaluó dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y fatiga mediante una escala visual analógica (EVA), actividad de la enfermedad a través de DAS-28 y BASDAI (según compromiso periférico y/o axial), capacidad funcional por HAQ y BASFI y calidad de vida según EuroQol (EQ-5D). *Análisis estadístico:* estudio de corte transversal. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y correlación entre variables numéricas con coeficiente de correlación de Spearman (r<sub>s</sub>).

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes, 13 con A.Re y 4 con artritis post-infecciosa (70% urogenital, 12% gastrointestinal, 12% respiratorio y 6% otros), predominio de género masculino (82%), media de edad: 38±12 años y mediana de tiempo de evolución del compromiso periférico: 30 meses (RIC 19-120) y del compromiso axial: 27 meses (RIC 19-132). La media de EVA dolor fue de 25±25, actividad de la enfermedad por el paciente 24±24 y fatiga 26±27. La media de DAS-28 fue de 2.18±0.95, BASDAI 2.83±, HAQ 0.33±0.47 y BASFI 3.2±3. Las dimensiones que presentaron mayores problemas en el EQ-5D fueron: dolor/malestar 53% y actividades cotidianas 47% y la media de VAS del estado de salud fue de 55±30. El 23.5% tenían certificado de discapacidad debido a su enfermedad articular. El 70% (12) se encontraba trabajando, los tipos de trabajos más frecuentes fueron empleados de oficina y trabajadores de servicios y vendedores de comercio, la mayoría de los mismos correspondían a una demanda física liviana y media (75%) y el 76% correspondían a una clase funcional 1. La mediana de las horas trabajadas fue 37.5 (RIC 29.5-41), sólo 3 pacientes perdieron horas de trabajo por la enfermedad (50, 16 y 2 Hs) y 3 perdieron horas de trabajo debido a otras causas (6, 6 y 3 Hs). El ausentismo (tiempo perdido de trabajo) fue del 10%, el presentismo (pérdida del rendimiento laboral) del 21%, la pérdida de la productividad total 28% y el compromiso de las AVD fuera de las actividades laborales fue del 26.5%. Con respecto al ausentismo, sólo se correlacionó con la escala de dolor (r<sub>s</sub> = 0.74 *p*<0.001) y con el porcentaje de compromiso de las AVD (r<sub>s</sub> = 0.72 *p*<0.001). Con respecto al presentismo, sólo se vio correlación con el porcentaje de compromiso de las AVD (r<sub>s</sub> = 0.91 *p*<0.001).

**Conclusión:** En esta cohorte de pacientes la mayoría se encontraba laboralmente activos, la disminución del rendimiento laboral fue superior al ausentismo con una pérdida de productividad total del 28% y con una significativa correlación con el compromiso de las AVD.

136

### P136 EVOLUCIÓN Y FACTORES PREDICTORES DEL REEMPLAZO TOTAL DE CADERA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

A Lizarraga, N Zamora, G Betancur, A Cayetti, EE Schneeberger, MC Orozco, F Sommerfleck, S Gagliardi, G Citera  
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**Introducción:** El compromiso de la cadera ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) constituyendo un problema frecuente y discapacitante que impacta negativamente en el pronóstico. El reemplazo total de cadera (RTC) es una estrategia de tratamiento efectiva en aquellos pacientes con compromiso articular severo.

**Objetivos:** Evaluar la evolución funcional, clínica y radiológica del reemplazo total de cadera y analizar factores predictores para RTC en pacientes con EA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de EA por criterios NY '84 con RTC uni o bilateral. Se consignaron: datos sociodemográficos, tiempo de evolución, manifestaciones relacionadas con la enfermedad, comorbilidades y tratamiento actual. Se evaluó presencia de dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por Escala Visual Graduada (EVG), recuento de articulaciones tumefactas (44), índice de entesitis (MASES), capacidad funcional (BASFI), actividad de la enfermedad (BASDAI), calidad de vida (ASQoL), movilidad axial (BASMI), y daño radiológico (mSASSS). Se consignaron datos del reemplazo articular: fecha de realización, lado afectado, complicaciones postoperatorias, frecuencia y causa de revisiones protésicas. Se evaluó el dolor de las caderas sometidas a reemplazo articular actualmente y una estimación de la intensidad del mismo antes de la cirugía por medio de EVG. Se consignó la clase funcional de Steimbrock (I-IV) previa a la cirugía y la actual y función de la cadera actual por el método de Merle d'Aubigné y Postel modificado por Charney (0-18). Se realizó radiografía panorámica de pelvis para determinar: presencia de osteólisis periprotésica del componente acetabular y femoral, subluxación, fractura periprotésica y osificación heterotópica según la clasificación de Brooker. *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva. T test y test de Mann Whitney,  $\chi^2$  y test exacto de Fisher. Regresión logística múltiple para evaluar predictores del RTC. Una  $p < 0.05$  fue considerada significativa.

**Resultados:** De 190 pacientes con diagnóstico de espondiloartritis axial se identificaron 25 (13,15%) con RTC. De ellos, 2 habían fallecido y 7 perdieron seguimiento, incluyéndose 16 pacientes en el análisis. 9 de ellos (56,25%) tenían RTC bilateral. 15 (93,8%) eran de sexo masculino, con edad mediana de 45 años (RIC 35-54), un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 28,5 años (RIC 18-35,25) y una edad mediana al inicio de los síntomas de 24 años (RIC 16-34). 11 (68,8%) eran B27 +, 12 (75%) tenían diagnóstico de EA pura, 2 (12,5%) EsPax a Psoriasis y 2 EsPax juvenil. Las medidas de evaluación fueron: m BASFI 4,5 (RIC 2,84-7,5), m BASDAI 3,95 (RIC 1,41-6,33) y m ASQoL 4,5 (RIC 1-9). El tiempo mediano de evolución de RTC fue de 12,75 años (RIC 8,45-15). Se analizaron 25 prótesis (14 derechas y 11 izquierdas), 12 (48%) eran cementadas y 13 no cementadas (54%), 3 prótesis (12%) presentaron complicaciones postoperatorias: 1 pérdida de fijación, 1 luxación y 1 fractura periprotésica, 3 (12%) fueron revisadas: 2 por pérdida de fijación y 1 por luxación. Se observó una reducción significativa del dolor prequirúrgico vs el actual, con una m de EVG de dolor de 10 cm (RIC 9,75-10) vs 0 cm (RIC 0-1,25). También hubo mejoría en la CF, precirugía 6 (24%) eran CF II, 16 (64%) CF III y 3 (12%) CF IV y actualmente 15 (60%) son CF II y 10 (40%) CF III. Clasificación funcional de la cadera por el método de Merle d'Aubigné y Postel m 15,21 (RIC 13,5-17). En la evaluación radiológica, 11 prótesis (50%) presentaron osteólisis acetabular, 15 (88,2%) osteólisis femoral, 3 (13,63%) subluxación y 1 fractura periprotésica. En 15 caderas se observó osificación heterotópica, 4 tenían Brooker I, 4 grado II, 6 grado III y 1 grado IV. En el análisis univariado el RTC se asoció con: mayor tiempo de evolución (27,1  $\pm$  10,6 años vs 19,6  $\pm$  13,4 años,  $p = 0,03$ ), una edad menor al inicio de los síntomas (17,4  $\pm$  7,6 años vs 26,2  $\pm$  11,9,  $p = 0,0001$ ), menor MASES (0,6  $\pm$  1,2 vs 17  $\pm$  24,  $p = 0,007$ ) y mayor frecuencia de tratamiento biológico (50% vs 23,6%,  $p = 0,03$ ). En el análisis multivariado, la única variable independientemente asociada al RTC fue menor edad al inicio de los síntomas [coef estandar 0,91 (IC95% 0,85-0,97)  $p = 0,001$ ].

**CONCLUSIÓN:** El RTC en pacientes con EA se asoció con mejoría clínica en términos de dolor y funcionalidad. Menor edad de inicio de los síntomas fue el único predictor de RTC.

137

### P137 SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

MC Orozco, G Betancur, N Zamora, A Lizarraga, EE Schneeberger, F Sommerfleck, G Citera  
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina.

**Introducción:** El Síndrome Metabólico (SM) constituye un problema de salud pública, consiste en una combinación de factores de riesgo como: tabaquismo (TBQ), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y diabetes (DBT). La prevalencia de SM es mayor en enfermedades reumatológicas en comparación con la población general.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de SM en una cohorte de pacientes con espondiloartritis axial (EsPax) y evaluar su asociación con variables clínicas, sociodemográficas y terapéuticas.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal de pacientes consecutivos  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de EsPax (según criterios NY modificados 1987 y/o ASAS 2009). Se consignaron datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, años de educación), datos relacionados con la enfermedad (tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones extra-articulares, comorbilidades, tratamiento actual). Se registraron factores de riesgo cardiovascular asociados: TBQ, HTA, DBT, DLP y sedentarismo. Además se registró la circunferencia abdominal cintura (cm), la tensión arterial en posición sentada luego de 5 minutos de reposo (promedio de dos registros). Muestras de sangre en ayunas (12 hs) para determinar glucemia, valores de colesterol total, HDL, LDL, TG y reactivantes de fase aguda (ERS y PCR). Todos los pacientes completaron los autoquestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), de capacidad funcional (BASFI) y de calidad de vida (ASQoL). Se evaluó el recuento articular de 44 articulaciones tumefactas y la presencia de entesitis por MASES. El SM se evaluó de acuerdo a los criterios del NCEP ATP III (Programa Nacional de Educación en colesterol, guía para el tratamiento en adultos) y de ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes). Radiografías de columna cervical perfil, columna lumbar frente y perfil, sacro ilíacas, y caderas fueron evaluadas por un observador ciego mediante índice de BASRI (CCI  $\geq 0,90$ ). *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva. Análisis univariado y multivariado evaluando la asociación de SM con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 190 pacientes con EsPax, 141 de sexo masculino (74,2%), con una edad mediana 45 años (RIC 34-56), tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 18,5 años (RIC 9,4-28,5). Los tipos de EsP fueron: EA pura 138 (72,6%), EsP asociada a Psoriasis 18 (9,5%), EsP juvenil 22 (11,6%), Esp asociada a EII 6 (3,2%), Artritis Reactiva 2 (1,1%), e indiferenciada 4 (2,1%). La mediana de peso fue 77,5 Kg (RIC 64-86) y de talla 169 cm (RIC 160-175). De los 190 pacientes con EsPax, 117 contaban con todos los datos necesarios para evaluar SM. De ellos 86 eran masculinos (73,5%), con un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 19,5 años (RIC 10-29). 28 pacientes (23,9%) cumplieron los criterios de SM por ATP III, y 27 (23,1%) los de ALAD. Los pacientes con SM presentaron mayor edad (55,7  $\pm$  9,6 años vs 43,1  $\pm$  12,  $p = 0,0001$ ) y mayor tiempo de evolución (22,6  $\pm$  10,3 años vs 18,5  $\pm$  12,2,  $p = 0,01$ ). En cuanto a la presencia de comorbilidades, los pacientes con SM presentaron mayor frecuencia de compromiso cardiovascular (60,7% vs 34,8%,  $p = 0,02$ ), en hepatobiliares (39,3% vs 19,1%,  $p = 0,04$ ) y de alcoholismo (21,4% vs 5,6%,  $p = 0,02$ ). No hubo diferencias en las manifestaciones de la enfermedad, tipo de EsPax, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida y tratamientos recibidos. Los pacientes con SM presentaron mayor compromiso radiológico por mSASSS (42,9  $\pm$  2,8 vs 23,1  $\pm$  2,7,  $p = 0,02$ ) y esa significancia se mantuvo luego de ajustar por tiempo de evolución. En el análisis multivariado, mayor progresión radiográfica se mantuvo asociado significativamente a SM (OR: 1.045 IC95% 1.03-1.08  $p = 0,034$ )

**Conclusión:** La frecuencia de SM en esta cohorte de EsPax fue 23%. No hubo diferencias entre los dos criterios de clasificación de SM empleados. Los pacientes con SM tuvieron mayor progresión radiográfica.

138

### P138 PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y FACTORES ASOCIADOS

G Betancur, A Lizarraga, MC Orozco, F Sommerfleck, N Zamora, EE Schneeberger, G Citera  
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**Introducción:** En la Espondiloartritis Axial (EsPax) la tasa de progresión radiológica es característicamente baja, aproximadamente entre 10-20% en 2 años.

**Objetivos:** Determinar la tasa de progresión radiológica en una cohorte Argentina de pacientes con EsPax e identificar los factores asociados a la misma.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años de edad con diagnóstico de EsPax según criterios New York modificados 1984 y/o ASAS 2009. Se consignaron variables socio-demográficas, comorbilidades, hábitos tóxicos, características de la enfermedad, tipo de espondiloartritis, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamientos recibidos. Se realizaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Se consignaron valores de entesodimentación (ERS) y proteína C reactiva (PCR). Radiografías de columna lumbar (F y P) fueron puntuadas mediante el índice mSASSS, por un lector ciego a la información clínica de los pacientes con un coeficiente de correlación intraobservador (CCI) 0,92. Se consideró progresión radiológica a la variación  $\geq 2$  puntos en el valor del mSASSS entre las 2 lecturas radiográficas. *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva. Test de t-Student y ANOVA.  $\chi^2$  y test exacto de Fisher. Para determinar progresión radiológica se determinó el  $\Delta$  mSASSS entre las dos visitas. Una  $p < 0,05$  fue considerada significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes con diagnóstico de EsPax, 41 (87,2%) hombres, con una edad mediana de 51 (RIC 42-54) años. El tiempo mediano de evolución de la enfermedad fue de 24 años (RIC 16-34) y el retraso mediano de diagnóstico fue de 7 años (RIC 3-15). 39 (83%) presentaban EA pura, 3 (6,4%) EsPax asociada a psoriasis, 4 (8,5%), EsPax juvenil y 1 (2,1%) EsPax indiferenciada. 84,2% eran HLA-B27 positivo. La ERS basal fue 14 mm/h (RIC 8-25) y de PCR 0,5 mg/dl (RIC 0,1-1,3). 87,2% pacientes recibían AINES y 23,4% y 31,9% recibían tratamiento anti-TNF $\alpha$  al basal y al seguimiento, respectivamente. El tiempo mediano entre la 1ª y 2ª lectura radiológica fue de 2,8 años (RIC 1,9-3,8), mSASSS en la 1ª lectura m 26 (RIC 8-56), en la 2ª m 35 (RIC 11-65) y un  $\Delta$  de mSASSS m de 2 (RIC 0-5). 21 pacientes (44,7%) tuvieron progresión radiológica. En el análisis univariado, no se observaron diferencias significativas entre el grupo progresor radiológico y el no progresor respecto a edad, sexo, tiempo de evolución, tipo de EsPax, manifestaciones extra-articulares, tabaquismo, tratamiento biológico o tratamiento con AINES continuos o a demanda, ERS y PCR basales, BASFI, BASDAI y ASQoL. La demora en el diagnóstico mostró una tendencia a mayor progresión radiológica ( $p = NS$ ). Utilizando la clasificación de Baraliakos de velocidad de progresión, 22 pacientes (46,8%) tuvieron progresión lenta, 15 (31,9%) moderada y 10 (21,3%) rápida, tampoco encontramos diferencias significativas entre estos 3 grupos.

**Conclusión:** En nuestra cohorte 44,7% presentaron progresión radiológica. No identificamos factores asociados a progresión radiográfica.

139

### P139 EVALUACIÓN DE LA FATIGA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

J Gallino Yanzi<sup>1</sup>, O Cerda<sup>1</sup>, CA Zaffarana<sup>1</sup>, M Landi<sup>1</sup>, EE Schneeberger<sup>1</sup>, I Carrillo<sup>1</sup>, MC González Guzmán<sup>1</sup>, JA Maldonado Cocco<sup>2</sup>, MF Kohan<sup>3</sup>, E Buschiazzo<sup>4</sup>, SA Gagliardi<sup>1</sup>, G Citera<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Dr. E Tornú, CABA, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina.

**Introducción:** La fatiga es reconocida como un síntoma frecuente en las enfermedades reumatológicas en general. En la Artritis Psoriásica (APs) factores como el dolor, la discapacidad funcional y la depresión están asociados a la presencia de fatiga, considerándose un aspecto importante a ser evaluado.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de fatiga en pacientes con APs y su asociación con otras variables de la enfermedad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, formas clínicas de la enfermedad, comorbilidades y tratamiento actual. Se realizó recuento de articulaciones dolorosas (68) y tumefactas (66) y entesitis por MASES. Se midieron reactivantes de fase aguda: Proteína C Reactiva (PCR) y eritrosedimentación (ERS). Se evaluó fatiga, rigidez matinal, dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico a través de escala visual graduada (EVG). Los pacientes completaron los cuestionarios de calidad de vida (ASQoL y PsAQoL), capacidad funcional (HAQ-A y BASFI) y actividad de la enfermedad (BASDAI). *Se calcularon los índices compuestos* DAS28, DAPSA y CPDAI. *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva. Test de T Student y ANOVA para comparar variables continuas y test de  $\chi^2$  y test exacto de Fisher para variables categóricas. Las correlaciones fueron analizadas con test de Spearman. Análisis de regresión lineal múltiple utilizando como variable dependiente la fatiga por EVG. Una  $p < 0,05$  fue considerada significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes, 57 varones (50,9%), con una edad mediana de 54 años (RIC 42-63) y un tiempo mediano de evolución de 9 años (RIC 5-15). 43 pacientes (38,4%) presentaban compromiso mixto, 35 oligoartricular (31,3%), 29 poliarticular (25,9%), 3 axial puro (2,7%) y 2 mutilante (1,8%). En cuanto al tratamiento 68,8% recibían AINES, 70,4% drogas modificadoras de la enfermedad (DME) y 22,3% anti-TNF $\alpha$ . La mediana de fatiga medida por EVG fue de 3cm (RIC 0-6). La mediana de DAS 28 fue de 3,38 (RIC 2,58-4,31) y de DAPSA 14,3 (RIC 7-22,4). HAQ-A m 0,75 (RIC 0,25-1,125), BASDAI m 4,27 (RIC 1,9-6,7) y BASDAI pregunta n° 1 relacionada con cansancio/fatiga m 4 (RIC 2,5-7). El EVG de fatiga tuvo aceptable correlación con BASDAI (Rho:0,633), pregunta n° 1 del BASDAI (Rho:0,483), DAS28 (Rho:0,452), DAPSA (Rho:0,504), HAQ-A (Rho:0,42), PsAQoL (Rho:0,491), ASQoL (Rho:0,488), BASFI (Rho:0,471), EVG de dolor (Rho:0,486) y de rigidez matinal (Rho:0,554) y regular con CPDAI (Rho:0,343). La fatiga no se correlacionó con reactivantes de fase aguda. 32 pacientes (28,6%) presentaron EVG de fatiga  $\geq 6$ cm. Al comparar los pacientes con y sin fatiga categorizados según EVG  $\geq 6$ cm, los pacientes con fatiga presentaron significativamente peores valores de MASES (2,69 vs 1,21,  $p = 0,01$ ), DAS28 (4,32 vs 3,18,  $p = 0,0001$ ), CPDAI (7,58 vs 5,89,  $p = 0,01$ ), HAQ-A (1,25 vs 0,64,  $p = 0,0001$ ), BASFI (5,58 vs 2,85,  $p = 0,0001$ ), PsAQoL (11,22 vs 5,78,  $p = 0,0001$ ), ASQoL (11,06 vs 5,66,  $p = 0,0001$ ), DAPSA (25,88 vs 12,22,  $p = 0,0001$ ) y BASDAI (6,68 vs 3,32,  $p = 0,0001$ ). En el análisis de regresión lineal múltiple ajustando por sexo, edad y tiempo de evolución, la actividad de la enfermedad articular periférica (DAPSA coef $\beta$ :0,367,  $p = 0,0001$ ) y la calidad de vida (PsAQoL coef $\beta$ :0,276,  $p = 0,009$ ) se asociaron significativamente a fatiga.

**CONCLUSIÓN:** La fatiga es un síntoma prevalente en pacientes con APs y se asocia significativamente con mayor actividad de la enfermedad articular periférica y con peor la calidad de vida.

140

**P140**  
**RESONANCIA MAGNÉTICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INDICACIONES, CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y EFECTOS EN EL CAMBIO DE TRATAMIENTO**  
 H Maldonado Ficco, BJ Sheane, A Thavaneswaran, V Chandran, DD Gladman  
 Toronto Western Hospital, Canadá.

**Introducción:** La resonancia magnética (RM) es una herramienta infrutilizada en la evaluación de los pacientes con artritis psoriásica (APs) y las enfermedades reumáticas en general debido a los altos costos; sin embargo, proporciona información útil relacionada con la actividad de la enfermedad subclínica tanto en el compromiso axial como periférico incluyendo: sinovitis, entesitis y edema óseo.

**Objetivo:** describir las principales indicaciones y las características halladas en los estudios de resonancia magnética en pacientes con APs y examinar la influencia de los resultados en los cambios de tratamiento.

**Materiales y métodos:** se incluyeron en el análisis todas la RM de columna, articulaciones sacroilíacas, manos y pies de pacientes con APs pertenecientes a una cohorte longitudinal entre septiembre de 2003 hasta marzo de 2014. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y radiológicos de todos los pacientes. Los datos correspondientes a la indicación, tipo de MRI (columna, manos y/o pies), técnica (T1 and STIR o contraste), las características de las imágenes (edema óseo, erosión, sindesmoftosis, cambios grasos, anquilosis, sinovitis, tenosinovitis, dactilitis o cambios degenerativos) y los sitios de cambios (segmentos de la columna, carpos, articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas y metatarsofalángicas) fueron recolectados de los reportes de los radiólogos. Se realizó una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes para determinar si los resultados de la RM contribuyeron a un cambio de tratamiento.

**Resultados:** se evaluaron 168 RM (135 de columna y/o articulaciones sacroilíacas y 33 de manos y/o pies) pertenecientes a 125 pacientes. Al momento de la RM la media de edad fue de 50.5 años siendo el 51.2% de sexo femenino. La media de duración de la enfermedad fue de 11.2 años. De las RM axiales, la indicación predominante fue la sospecha de inflamación (51.1%) y enfermedad degenerativa (24.4%). Edema óseo y erosión fueron las características más reportadas (18.5% y 15.6% respectivamente). En las RM que demostraron inflamación (n=25), el 48% presentó sacroileítis. De los 64 pacientes con dolor lumbar inflamatorio el 44.6% tuvo cambios consistentes con espondilitis (inflamación y/o cambios estructurales), mientras que el 32.2% tuvo cambios degenerativos. De los 46 pacientes que presentaron dolor lumbar mecánico el 20% tuvo cambios asociados a espondilitis vs 72% que presentó cambios degenerativos. De la RM de extremidades, 60.6% fueron de manos y un 21.2% de pies. La mayor indicación fue la sospecha de sinovitis (78.8%) mientras que el diagnóstico de artritis fue en el 72.7%. Sinovitis (45.5%), erosión (45.5%) y tenosinovitis (27.3%) fueron los hallazgos más reportados. Los hallazgos en la RM no influyeron en el tratamiento en 93 pacientes. 32 pacientes cambiaron de tratamiento dentro de los 6 meses de la RM, comenzando terapia Anti-TNF en la mayoría de los casos (37.5%) y más frecuentemente por artritis periférica (53.1%). 56.3% de los cambios de tratamiento fueron influenciados por los hallazgos en la RM, pero estos hallazgos no fueron en el 100% de los casos suficientes para el cambio de tratamiento sin las características clínicas.

**Conclusión:** La RM es útil en la evaluación de los pacientes con artritis psoriásica activa. Sin embargo, a pesar de influir en las decisiones de tratamiento, no ha reemplazado el examen clínico como la herramienta principal para determinar cambio de medicación. Un método estandarizado de informar resultados de la RM puede reducir la heterogeneidad de los resultados reportados.

141

**P141**  
**PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA ENFERMEDAD**  
 OL Cerda, J Gallino Yanzi, M Landi, CA Zaffarana, EE Schneeberger, MC Gonzalez Guzman, I Carrillo, JA Maldonado Cocco, G Citera  
 Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria sistémica que se asocia con un aumento en el riesgo cardiovascular, hipertensión arterial (HTA), sedentarismo y obesidad, resultando en una alta prevalencia de síndrome metabólico (SM). Por otra parte, el rendimiento de la clasificación del SM según ATPIII ("Adult Treatment Panel III") e IDF ("International Diabetes Federation") en enfermedades reumatológicas ha sido poco estudiado.

**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia del SM en pacientes con APs en la Argentina, identificar la asociación entre SM y las características clínicas y terapéuticas de la enfermedad, como así también el rendimiento de las definiciones de SM según ATPIII e IDF.

**MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, formas de inicio y evolutivas de la enfermedad. Se evaluó el compromiso periférico mediante el recuento de 66/68 articulaciones y los índices compuestos DAS28 y DAPSA. Se evaluó el compromiso cutáneo (PASI), ungüeval (PNSS), entésico (MASES) y presencia de dactilitis. Los pacientes completaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), de capacidad funcional (HAQ-A, BASFI) y de calidad de vida (DQoL, PsaQoL, ASQoL). A través de una entrevista directa con el paciente se recabaron datos relacionados con el tratamiento y presencia de enfermedades comórbidas. Se definió SM según criterios ATP III e IDF.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Prueba de T, con test de Levene para homogeneidad de varianzas o test de Mann Whitney, test de Chi2 o test exacto de Fisher para las continuas. Regresión logística múltiple para analizar las variables asociadas en forma independiente con SM. Se consideró significativa una p<0.05.

**RESULTADOS:** De 101 pacientes con APs de nuestra cohorte, 77 tenían datos completos para evaluar SM, 41 varones (53.2%), edad mediana de 54 años (RIC 41-62), un tiempo mediano de evolución de la APs de 8 años (RIC 3-17) y de la psoriasis cutánea de 20.1 años (RIC 12.5-34). El 57.6% de los pacientes presentaban una forma de evolución poliarticular simétrica, 29.3% mono u oligoarticular asimétrica, 10.1% espondilítica, 2% mutilante y 1% predominantemente de interfalanges distales. Se estimó una prevalencia de SM según la definición de IDF de 40.3% y según ATPIII 53.2%. Los pacientes con SM presentaron significativamente mayor edad (X 57.9±12.3 años vs X 49.5 ±12.8 años, p=0.006) y peor calidad de vida (PsaQoL X 9.9±5.9 vs X 6.7±6.9, p=0.02). Sin embargo, la presencia de SM no se asoció a sexo, forma clínica de la APs, tiempo de evolución de la APs o psoriasis cutánea, compromiso cutáneo, actividad de la enfermedad y capacidad funcional. Independientemente de la definición utilizada para SM, y como es de esperar, las comorbilidades cardiovasculares y endocrino-metabólicas fueron significativamente más frecuentes en estos pacientes, (72.7% vs 34.5% p=0.003) y (75.8% vs 41.4% p=0.006), respectivamente. En el análisis multivariado, ajustando para sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, solo mayor edad se mantuvo significativamente asociada a SM.

**CONCLUSIONES:** En esta cohorte de pacientes con APs, aproximadamente la mitad de los pacientes padecían SM, siendo más frecuente en pacientes añosos. Los pacientes con SM presentan mayor frecuencia de ciertas comorbilidades como las cardiovasculares y endocrino-metabólicas. Las definiciones por IDF y ATPIII mostraron resultados comparables para la clasificación de SM.

142

**P142**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GENÉTICAS DE PACIENTES ECUATORIANOS CON ESPONDILOARTRITIS**

C Vallejo<sup>1</sup>, C Zurita<sup>2</sup>, G Maldonado<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Artritis, Ecuador. <sup>2</sup> Zurita & Zurita Laboratorios, Ecuador. <sup>3</sup> Universidad de Especialidades Espíritu Santo - UEES, Ecuador.

Las Espondiloartritis (EpA) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por compromiso inflamatorio de columna vertebral, articulaciones sacroilíacas y articulaciones de extremidades inferiores. Tienen compromiso extraarticular. Hay asociación genética con moléculas HLA clase I, especialmente con alelos del HLA B27.

**Objetivos:** Describir características, clínicas y genéticas de pacientes ecuatorianos con EpA.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, transversal de 55 pacientes ecuatorianos con diagnóstico de EpA según criterios ASAS.

**Resultados:** Son 55 pacientes, 28 hombres (50.9%) 27 mujeres (49.1%), edad media de 42 años (19-71), edad promedio de inicio de síntomas 32 años (9-71), edad promedio del diagnóstico 38 años (15-72). El tiempo entre el inicio de síntomas y diagnóstico fue en promedio 6 años. Treinta y nueve pacientes el 71% eran HLA B27 positivos. Sus diagnósticos fueron: espondilitis anquilosante (EA) 27 (49%), espondiloartritis indiferenciada (EAI) 14 (25.4%), artritis reactiva (Are) 7 (12.7%), artritis psoriásica (APs) 6 (11%), artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 1 (1.8%). La artritis de extremidades inferiores fue el síntoma más frecuente 78%, seguido de dolor lumbar inflamatorio 54.5%. Diez pacientes (18%) tuvieron uveítis.

De 27 pacientes con EA, 26 (96.3%) eran HLA-B27 positivos. De los restantes: 3 de 7 pacientes (42%) con ARE, 1 de 6 (16%) con APs, 8 de 14 (57%) con EAI y 1 paciente con EII eran HLA-B27 positivos.

De los 55 pacientes, 8 (14.5%) tuvieron afectación axial, 24 (43.6%) mixta y 23 (41%) afectación periférica.

**Conclusiones:**

La artritis de miembros inferiores (78%) fue la manifestación clínica más frecuente.

Espondilitis anquilosante fue la EpA más frecuente.

La EA tiene fuerte asociación con HLA B-27 (96.3%).

143

**P143**  
**ECOGRAFÍA EN ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS TEMPRANAS**  
 C Drago, C Sandoval, S Páira  
 Hospital José María Cullen, Argentina.

**Introducción**

La ecografía es cada vez más importante en la evaluación de pacientes con espondiloartritis seronegativas, ayudando en la detección del compromiso inflamatorio a nivel articular y tendinoso y permitiendo una precisa valoración del compromiso inflamatorio de las entesis.

**OBJERACT** ha definido entesopatía como una alteración hipoeoica (pérdida de la arquitectura fibrilar normal) y/o engrosamiento del ligamento o tendón en su inserción o sea (que puede contener ocasionalmente focos hiperecoicos sugestivos de calcificaciones), vista en dos planos perpendiculares, y que puede mostrar o no señal Doppler y/o cambios óseos incluyendo entesofitos, erosiones o irregularidades.

El primer sistema de cuantificación del daño morfo estructural de las entesis fue el score de **GUESS** (Glasgow Ultrasound Enthesitis Scoring System) publicado por Balint y cols, que incluye la evaluación ecográfica en escala de grises de las entesis de miembros inferiores (rodillas y tobillo calcáneos) teniendo en cuenta lesiones de los tejidos blandos (aumento del espesor y bursitis) y alteraciones del perfil óseo (erosiones y entesofitos).

De Miquel y cols, desarrollaron un score que incluía la evaluación de un sitio de entesis de miembro superior (inserción del tríceps en el calcáneo), este score es denominado **MASEI** (Madrid Sonographic Entesis Index) y ha demostrado una sensibilidad del 83,3% y una especificidad del 82,8%.

**Objetivos**

Estudio descriptivo donde se evaluarán los resultados de los índices de score: Guess y Masei en pacientes con EASN temprana.

**Materiales y métodos**

Este examen fue realizado con un equipo Esaote My Lab 25 con un transductor lineal de alta frecuencia (10 MHz -18 MHz). También se utilizó función power Doppler color.

Estudio prospectivo, descriptivo donde se evaluarán los índices ecográficos Guess y Masei en pacientes con EASN temprana.

**Criterios de Inclusión:**

1)-Dolor Lumbar inflamatorio crónico (más de 3 meses de duración con edad de comienzo del mismo antes de los 45 años)

2)-Artritis o Entesitis o Dactilitis.

A lo anterior se deben sumar los siguientes hallazgos: síntomas de más de 2 meses y menos de 3 años de evolución con uno de los siguientes: Artritis, Entesitis o Dactilitis.

Más uno de los siguientes: Uveítis, psoriasis, enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa, infección precedente, HLA B27, sacroileítis en RX, sacroileítis en RM, dolor lumbar inflamatorio, historia familiar de EspA, artritis, entesitis, dactilitis.

**Resultados**

Se realizó ambos estudios ecográficos a 20 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

De estos 20 pacientes: 11 eran de sexo masculino y 9 femenino.

El resultado de los estudios ecográficos realizados fue el siguiente:

1)- SCORE MASEI (MÁXIMO 136 PUNTOS): pacientes número 1: 26, 2: 8, 3: 8; 4: 7; 5: 13; 6: 14; 7: 11; 8: 12; 9: 13; 10: 7; 11: 5; 12: 8; 13: 16; 14: 16; 15: 5; 16: 9; 17: 7; 18: 14; 19: 17; 20: 3.

2)- SCORE GUESS (MÁXIMO 46 PUNTOS): pacientes número 1: 19; 2: 4; 3: 4; 4: 6; 5: 14; 6: 11; 7: 14; 8: 8; 9: 12; 10: 6; 11: 4; 12: 6; 13: 12; 14: 12; 15: 3; 16: 6; 17: 6; 18: 9; 19: 15; 20: 1.

El promedio de los resultados de los scores ecográficos fue el siguiente: promedio de puntaje de Masei: 10.95 y promedio de puntaje de Guess: 8.55

**Conclusión**

El promedio de ambos scores ecográficos tuvo valores bajos (Masei:10.95 ; Guess: 8.55) pudiendo atribuir estos resultados a que los pacientes pertenecían al grupo de Espondiloartritis seronegativa temprana.

144

**P144**  
**VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEÚTRÓFILOS: CORRELACION ENTRE LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD/CRONICIDAD CON LAS DETERMINACIONES DE ANCA**  
 MA Antoniol<sup>1</sup>, JA Mercado<sup>2</sup>, MA Cosatti<sup>1</sup>, C Reimundes<sup>1</sup>, C Catoggio<sup>1</sup>, MN Perez Bertana<sup>2</sup>, CE Perandones<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CEMIC, Buenos Aires, Argentina, Argentina. <sup>2</sup>FLENI, Buenos Aires, Argentina, Argentina.

**Objetivo:**

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y sus antígenos específicos proteinasa 3 (PR3-ANCA) y mieloperoxidasa (MPO-ANCA) son complementos diagnósticos de la granulomatosis con poliangeítis, poliangeítis microscópica y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis pero su rol patogénico es controvertido.

El *Birmingham vasculitis activity score* (BVAS) y el *Vasculitis damage index* (VDI) son índices que permiten evaluar la actividad y el daño acumulado causado por estas enfermedades.

Motiva el presente trabajo correlacionar los índices de actividad y cronicidad con las determinaciones de ANCA, proteinasa 3 y mieloperoxidasa.

**Materiales y métodos:**

En el período comprendido entre septiembre del 2001 y diciembre del 2013 se analizaron de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes (pts) con al menos un ANCA positivo realizado en nuestro hospital, que tenían diagnóstico de alguna de las Vasculitis ANCA Asociadas (granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (MPA), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA)).

Las determinaciones de ANCA se realizaron por técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI) sobre leucocitos humanos (Immo<sup>NR</sup>) y de los antígenos específicos PR3-ANCA y MPO-ANCA por ELISA (Orgentec<sup>NR</sup>).

Se realizaron el BVAS 2003 y el VDI para establecer actividad y daño respectivamente, en cada determinación de laboratorio de los ANCA. Se realizó coeficiente de correlación entre los índices y las determinaciones ANCA

**Resultados:**

Se identificaron 17 pts (10 Fem) con al menos un ANCA positivo portadores de alguna Vasculitis ANCA Asociada con una mediana de edad de 55 (rango 29-74). Diez pts tenían diagnóstico de GPA, 4 de EGPA y 3 de MPA.

Sumaron en total 151 determinaciones de ANCA, de las cuales 66,89% fueron positivas y los patrones de IFI (Citoplásmica/Periférica/Atípica) fueron 58, 40 y 2% respectivamente.

Los PR3-ANCA se encontraban disponibles en 69 determinaciones de los cuales 62,32% fueron positivas y los MPO-ANCA en 50 determinaciones siendo 12% positivas.

La mediana de BVAS fue 3 (rango 0-28), el 36,42% fueron por reactividad de la enfermedad y la mediana de VDI fue 3 (rango 0-5).

El coeficiente de correlación del título de ANCA por IFI con el VDI fue negativo débil con significancia (r: -0,22, p 0,006), mientras que con el BVAS fue positivo débil con significancia (r: 0,22, p 0,005).

El coeficiente de correlación del PR3-ANCA con el VDI fue débil sin significancia (r: 0,02, p 0,86), mientras que con el BVAS fue débil con significancia (r: 0,25, p 0,03).

El coeficiente de correlación del MPO-ANCA con el VDI fue negativa débil sin significancia (r: 0,07, p 0,64), mientras que con el BVAS fue moderada con significancia (r: 0,46, p 0,0008).

**Conclusión:**

Las determinaciones de ANCA, PR3-ANCA, MPO-ANCA se correlacionaron de manera positiva con el BVAS.

Las determinaciones de ANCA, se correlacionaron de manera negativa con el VDI.

Las determinaciones de PR3-ANCA y MPO-ANCA no se correlacionaron con el VDI.

146

**P146**  
**COMPROMISO NEUROLÓGICO PERIFÉRICO EN VASCULITIS SISTÉMICAS PRIMARIAS**  
 M Pera, C Pena, A Salas, A Testi, P Sansinanea, J Marcos, V Arturi, A Vulcano, G Legurguro, MA García  
 HIGA San Martín La Plata, Argentina.

**Introducción:** El compromiso neurológico periférico constituye una manifestación frecuente en vasculitis sistémicas primarias, siendo en algunos casos la primera manifestación de la enfermedad, de manera aislada o concomitante al compromiso de otros órganos.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de compromiso neurológico periférico en vasculitis sistémicas primarias y analizar las características clínicas, de laboratorio y terapéuticas asociadas.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de pacientes con vasculitis sistémicas y compromiso neurológico periférico, evaluados en un centro de Reumatología de referencia de la provincia de Buenos Aires, entre 1999-2014. Se incluyeron pacientes con vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): Poliangeítis con Granulomatosis (PGA), Poliangeítis Eosinofílica con Granulomatosis (EPGA), Poliangeítis Microscópica (PAM); y Poliarteritis Nodosa (PAN), que reunían criterios ACR 1990 o clasificaron de acuerdo a Chapel Hill Consensus Conference 2012, o presenten evidencia de vasculitis de pequeño vaso y ANCA positivo. Se excluyeron pacientes con vasculitis de vaso grande, vasculitis crioglobulinémicas, o formas secundarias de vasculitis, así como otras causas de neuropatía como diabetes, alcoholismo, deficiencias vitamínicas o gammopatías monoclonales.

**Resultados:** Se registraron 62 pacientes, 37 mujeres (59,68%) y 25 varones (40,32%), con una edad media de presentación de 49,9 años +/- 15,9 (rango 18-77). Presentaron compromiso de sistema nervioso periférico 22 pacientes (37,3%), de ellos 95,5 % de forma concomitante al compromiso de otro órgano, y solo 4,5 % de forma aislada. Discriminando por patología se observó compromiso de sistema nervioso periférico en 27,6% GPA, 63,3% EGPA, 16,6% PAM, 100% PAN. Predomino la presentación como mononeuritis múltiple (82%). En 15/22 pacientes se realizó EMG, observándose compromiso axonal y axonomielínico predominante, y solo a 7/22 pacientes se les realizó biopsia de nervio periférico, encontrando infiltrados inflamatorios en la pared de los vasos en 6/7, una biopsia evidenció infiltrados asociados a necrosis fibrinoide. Los restantes pacientes presentaron evidencia de vasculitis por biopsia de otro órgano comprometido o clínica compatible con ANCA positivo.

En laboratorio se destacó la presencia de reactantes de fase aguda elevados: ERS (media 71,38 +/- 33,91 mm/h) y PCR (media 63,9 +/- 90,5, mediana 23,5, rango 1-364). Presentaron positividad por IFI para ANCA C el 41% de los pacientes y 22,7% para ANCA P. El Birmingham Vasculitis Activity Score medio de inicio: 18,5 +/- 7,74, Five Factor Score: 0 (58,8%), 1 (29,4%), 2 (11,7%).

Se observó asociación estadísticamente significativa entre compromiso neurológico periférico y presencia de síntomas constitucionales sistémicos (p 0,01) y con compromiso mucocutáneo (p 0,04), no observándose diferencias significativas con respecto a otros sistemas orgánicos.

Respecto al tratamiento todos los pacientes recibieron corticosteroides y el 40% recibió terapia de inducción con pulsos de metilprednisolona. El inmunosupresor utilizado más frecuentemente fue la ciclofosfamida, seguida por azatioprina y metotrexato.

**Resumen y Conclusiones:** Se destaca la alta frecuencia de compromiso neurológico periférico (37,3%) en esta serie de vasculitis necrotizantes sistémicas, principalmente en PAN y EPGA, la forma de presentación predominante como mononeuritis así como su asociación significativa a la presencia de síntomas sistémicos y mucocutáneos.

145

**P145**  
**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES Y MOTIVOS DE INTERNACIÓN DE PACIENTES CON VASCULITIS**  
 MJ Sánchez Alcóver, A García Ciccarelli, V Borgia, MC Valerio, E Civit  
 Hospital Nuestra Señora Del Carmen, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

Las Vasculitis son enfermedades caracterizadas por un infiltrado inflamatorio, necrosis o granulomas de la pared vascular. Afectan estructuras vasculares desde la aorta a capilares pequeños.

Las manifestaciones clínicas son variadas y algunas tan severas que comprometen la vida. Es prioritario establecer un diagnóstico precoz y de certeza sustentado por el cuadro clínico a fin de evitar complicaciones graves y aún la muerte.

**OBJETIVOS:**

Describir las manifestaciones iniciales, los motivos de internación y respuesta terapéutica de pacientes con vasculitis en nuestra población.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, transversal a través del análisis retrospectivo de historias clínicas de nuestro hospital desde el año 2010 al 2014. Se detectaron 21 pacientes con diagnóstico de vasculitis de acuerdo al Consenso de Chapel Hill 2012.

Se evaluó: sexo, edad, aparición de las manifestaciones clínicas considerándose agudo antes de los 3 meses e insidioso más de 3 meses del ingreso, manifestaciones clínicas iniciales y motivos de internación de pacientes con diagnóstico de vasculitis. Se recolectaron datos de laboratorio, tratamiento realizado y respuesta al mismo.

**RESULTADOS:**

Se identificaron 21 pacientes, 13 masculinos (62%) y 8 femeninos (38%). La edad media de inicio fue 54,8 años (30-85 años).

Manifestaciones clínicas AGUDAS presentaron 17 pacientes (81%) e INSIDIOSAS 4 pacientes (19%). Se observaron 8 (38%) pacientes con Granulomatosis con poliangeítis, 7 con ANCA c- PR3 y uno con biopsia de pulmón; 5 (23%) Poliangeítis Microscópica, todos ANCA p- MPO; 2 (9%) Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, los 2 ANCA negativos diagnosticados uno según Criterios y otro por biopsia de pulmón.

Un paciente (4%) con Panarteritis Nodosa, ANCA p- MPO; uno Síndrome de Cogan atípico; otro Vasculitis Ig A, con 910 mg/dl de IgA y biopsia de piel, y otro con Vasculitis primaria del Sistema Nervioso Central. De 21 pacientes se efectuaron biopsias: 5 renales, 4 pulmonares, 2 en piel y una testicular.

La VSG tuvo un rango entre 66-123 mm y la PCR entre 12- 192 mg/dl.

Las manifestaciones clínicas iniciales fueron: síntomas constitucionales como pérdida de peso, fiebre, artromialgias y astenia en 85% (18 pacientes), afeción de piel como úlceras, púrpura, livedo reticularis, Raynaud en 38% (8 pacientes), afeción del Sistema nervioso periférico en 28 % (6 pacientes) al igual que Sistema nervioso central en donde encontramos 4 pacientes con cefalea y un solo paciente con signos de foco neurológico.

El 28% (6 pacientes) presentaron compromiso de vía aérea superior y 61% (13 pacientes) afeción pulmonar. Un paciente pericarditis y una afeción ocular.

Dentro de las manifestaciones digestivas uno (4%) presentó colecistitis alitiásica y 2 (9%) angina intestinal. El 61% tuvo manifestaciones renales: 52 % Síndrome Nefrítico, 19% Síndrome Nefrótico, 61% alteraciones del sedimento urinario y el mismo valor con distensión renal.

Dos pacientes presentaron dolor testicular, uno de los cuales con infarto testicular.

Todos los pacientes recibieron en su tratamiento dosis inmunosupresoras de Corticoides, 21% Ciclofosfamida con dosis acumulativa de 6 gr en inducción a la remisión y como mantenimiento Micofenolato o Azatioprina. De estos 3 recayeron a quienes se les indico Rituximab con buena respuesta. A 3 pacientes se les hizo Plasmaféresis (2 GoodPasture y un paciente con hemorragia alveolar).

Del total 7 pacientes (33%) fallecieron, 3 (42%) por hemorragia alveolar y 4 (57%) por infecciones.

**CONCLUSIONES:**

Las manifestaciones iniciales observadas con más frecuencia fueron síntomas constitucionales, seguidos por afeción renal y pulmonar, manifestaciones en piel y posteriormente Sistema Nervioso Periférico y vía aérea superior.

Referente al tratamiento se observó buena respuesta con Ciclofosfamida como inducción a remisión, ya que solo 3 pacientes recayeron. Si bien el porcentaje de pacientes con Rituximab es bajo, la respuesta hasta la fecha es satisfactoria.

La mortalidad fue elevada (33%) y la principal causa fueron infecciones, seguidas por hemorragia alveolar. Siendo las vasculitis atípicas y con alta morbilidad, la inespecificidad de síntomas iniciales, puede retrasar su diagnóstico, si no se las considera precozmente, aumentando las complicaciones.

147

**P147**  
**VASCULITIS LEUCOCITOCITOLÁSTICA SECUNDARIA**  
 C Drago, S Paíra  
 Hospital José María Cullen, Argentina.

**Introducción:**

Hasta en un 50% de los casos no se consigue dilucidar un origen concreto de las vasculitis.

Sus causas pueden ser infecciosas, relacionarse a la ingesta de fármacos como: ATB (B-lactámicos), Sulfonamidas, Quinolonas, Propiltiouracilo, Allopurinol entre otros y paraneoplásicas (pueden producirse por la invasión directa de la pared vascular, la formación de inmunocomplejos o la estimulación directa de la inmunidad celular).

En distintas enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren entre otras, pueden producirse cuadros de vasculitis cutáneas.

**Objetivo:**

Evaluar las características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con vasculitis leucocitocitolástica secundaria.

**Materiales y métodos:**

Se revisaron 10.000 historias clínicas desde el año 1987 hasta el año 2013.

Se excluyeron pacientes con diagnóstico de angitis leucocitocitolástica cutánea primaria.

**Se incluyeron pacientes con vasculitis cutánea secundaria a enfermedades del tejido conectivo y vasculitis sistémicas primarias, o que presentaban síntomas de vasculitis sistémica con compromiso renal, gastrointestinal o en algún otro órgano.**

Se evaluaron **Datos demográficos:** Sexo, Edad de inicio de los síntomas (años), Tiempo de seguimiento (meses), Tiempo de evolución de la vasculitis: meses desde el comienzo de los síntomas hasta la última consulta, Demora en meses hasta el diagnóstico: meses desde el primer síntoma atribuible a la vasculitis hasta el diagnóstico, **manifestaciones clínicas: datos de laboratorio:** Hemograma con plaquetas (leucocitosis: Glóbulos blancos > 10.000, anemia Hemoglobina < 13 hombres y 12 mujeres), Velocidad de eritrosedimentación (aumentada >20 mm/1er hora), Factor anti núcleo (HeP-2), Factor reumatoideo (látex) y **Tratamiento:** terapia de inicio, dosis, vía de administración.

**Resultados:**

35 pacientes tuvieron biopsia compatible con Vasculitis Leucocitocitolástica cutánea, 11/35 pacientes fueron excluidos por presentar diagnóstico de Angitis Leucocitocitolástica cutánea.

**24 fueron incluidos por constatare vasculitis secundaria o por presentar síntomas de vasculitis sistémica con compromiso renal, gastrointestinal o en algún otro órgano:** 10 cumplían criterios ACR 97 para Lupus eritematoso sistémico, 3 cumplían criterios ACR 87 para Artritis Reumatoide, 3 cumplían criterios ACR 90 para Púrpura de Scholein-Henoch, 1 cumplía criterios ACR 90 para Arteritis de Takayasu. El resto de los paciente (7) no cumplía criterios de clasificación para ninguna enfermedad. Del total 22 eran mujeres y 2 hombres, Edad inicio síntomas (promedio): 38,2 años, Tiempo de seguimiento (promedio): 70,3 meses, Tiempo de evolución de vasculitis (promedio): 67,3 meses, Tiempo de demora al diagnóstico (promedio): 17,7 meses.

Las principales manifestaciones fueron: cutáneas en todos los casos (púrpura, mácula, nódulos, petequias), músculo esqueléticas (mialgias, artralgias, artritis) en 21/24 casos, sistémicas en 19/24 y 17/24 presentaron compromiso renal y respiratorio. 14 pacientes tuvieron anemia, 12 velocidad de eritrosedimentación aumentada, 9 Factor anti núcleo (hep2) positivo y 9 hipocomplementemia.

El tratamiento instituido al momento del diagnóstico se basó en 14/24 casos en corticoide oral, el resto fue tratado con Corticoide endovenoso, ciclofosfamida, y metotrexato, leflunomida, hidroxicloroquina y colchicina dada su enfermedad de base.

Con respecto al desenlace: 4/24 fallecieron (1 pautopenia y fiebre, 1 Síndrome antifosfolípido Catastrófico, 1 infección, 1 hemorragia pulmonar), en 8 casos no obtuvimos dato y el resto tuvo buen desenlace.

**Conclusión:**

Vasculitis Leucocitocitolástica secundaria puede producirse por diversas causas, hasta en la mitad de los casos no se encuentra el origen de la misma.

En nuestra serie predominó la vasculitis secundaria a lupus eritematoso sistémico y en 7/24 pacientes (29 %) no se llegó al diagnóstico.

Las principales manifestaciones clínicas fueron cutáneas, músculo esqueléticas, sistémicas, renales y pulmonares.

**P148 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: POSITIVIDAD Y ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA**  
 MN Antoniol<sup>1</sup>, JA Mercado<sup>2</sup>, MA Cosatti<sup>1</sup>, C Reimundes<sup>3</sup>, C Catoggio<sup>1</sup>, MN Perez Betana<sup>4</sup>, CE Perandones<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> CEMIC, Buenos Aires, Argentina, Argentina. <sup>2</sup> FLENI, Buenos Aires, Argentina, Argentina.

**Objetivo:** Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), se han asociado a diferentes formas de vasculitis, pero también se han relacionado a otras enfermedades. Motiva el presente trabajo analizar una población de pacientes ANCA positivos y su asociación diagnóstica.

**Materiales y métodos:** En el periodo comprendido entre septiembre 2001 a diciembre 2013 se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ANCA positivos seguidos en nuestro hospital con el objetivo de evaluar los diagnósticos asociados. Las determinaciones de ANCA se realizaron por técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI) sobre leucocitos humanos (Immco<sup>SM</sup>).

**Resultados:** Se detectaron 216 determinaciones ANCA positivas que correspondían a 100 pacientes (pts) (66 Fem) con edad mediana de 60 años (rango 7-89). Los patrones de IFI (Periférica/Citoplásmica/Atípica) fueron 49,5, 41,2 y 9,26% respectivamente. Los diagnósticos asociados a las determinaciones ANCA positivas fueron: vasculitis 33 pts (64,81 % de las determinaciones), enfermedades del tejido conectivo 21 pts (11,57 %), hepáticas 14 pts (6,48 %), pulmonares 8 pts (4,63 %), gastrointestinales 7 pts (3,70 %), nefrológicas 3 pts (1,39%), hematológicas 3 pts (1,39%), y neurológicas, cardiovasculares, cutáneas o alteraciones de laboratorio representaron 1 pts (0,46 %) cada una. En 7 pacientes (4,17% de las determinaciones) el diagnóstico asociado no estaba disponible en la historia clínica.

Clasificados según el patrón de ANCA los diagnósticos asociados fueron los siguientes:

DIAGNOSTICOS	V	ETC	EHeP	EGi	EPul	ENef	LC	ECV	EN	EH	LAB	S/ Diag	TOTAL
<b>ANCA P</b>													
Determinaciones (%)	69 (64,49)	19 (17,76)	6 (5,61)	4 (3,74)	3 (2,80)	3 (2,80)	1 (0,93)	1 (0,93)				1 (0,93)	107 (100)
Pacientes (%)	21 (38,18)	15 (27,27)	6 (10,91)	3 (7,27)	3 (5,45)	3 (5,45)	1 (1,82)	1 (1,82)				1 (1,82)	100 (100)
<b>ANCA C</b>													
Determinaciones (%)	64 (71,91)	3 (3,37)	5 (5,62)	2 (2,25)	6 (6,74)			1 (1,12)	1 (1,12)	2 (2,25)		5 (5,62)	89 (100)
Pacientes (%)	15 (40,54)	3 (8,11)	5 (13,51)	2 (5,41)	4 (10,81)			1 (2,70)	1 (2,70)	2 (5,41)		4 (10,81)	100 (100)
<b>ANCA A</b>													
Determinaciones (%)	7 (35,00)	3 (15,00)	3 (15,00)	2 (10,00)	1 (5,00)						1 (5,00)	3 (15,00)	20 (100)
Pacientes (%)	3 (20,00)	3 (20,00)	3 (20,00)	1 (6,67)	1 (6,67)						1 (6,67)	3 (20,00)	100 (100)

V=Vasculitis; ETC=Enfermedad del tejido conectivo; EHeP=Enfermedad hepática; EGi=Enfermedad gastrointestinal; EPul=enfermedad pulmonar; ENef=Enfermedad nefrológica; LC=lesiones cutáneas; ECV=Enfermedad cardiovascular; EN=Enfermedad neurológica; EH=Enfermedad hematológica; LAB=laboratorio; S/Diag=sin diagnóstico.

Los diferentes tipos de vasculitis asociadas a la positividad del ANCA fueron las siguientes: granulomatosis con poliangeitis en 10 pts (30,3%), granulomatosis eosinofílica con poliangeitis en 4 pts (12,12%), poliangeitis microscópica en 3 pts (9,09%), Vasculitis no clasificadas en 11 pts (33,33%), arteritis de células gigantes en 3 pts (9,09%), vasculitis leucocitoclástica cutánea y vasculitis por IgA en 1 pts (3,03 %) cada una.

**Conclusión:** Solo el 33% de los paciente con ANCA positivos tienen diagnóstico de vasculitis. El 16% de los pacientes ANCA positivos presentaban Vasculitis No ANCA Asociadas.

**P150 EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA DE MANDÍBULAS Y TIBIAS DE RATONES NOD CON SÍNDROME DE SJÖGREN**  
 B Busamia<sup>1</sup>, C Gobbi<sup>2</sup>, M Diomedes<sup>3</sup>, MC Mariani<sup>1</sup>, S Fontana<sup>1</sup>, E Albiero<sup>4</sup>, M Yorio<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Odontología, UNC, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, UNC, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Allende, Argentina. <sup>4</sup> Unidad de Reumatología, Hospital Córdoba, UNC, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El modelo de ratones NOD, para desarrollar diabetes experimental, produce concomitantemente una alteración en las glándulas submandibulares y lacrimales. Histopatológicamente se desarrolla una afección equivalente al Síndrome de Sjögren (SS) humano. Hasta este momento no se han encontrado datos en la bibliografía sobre afecciones óseas en SS.

**OBJETIVO:** Comparar los cambios radiográficos mandibulares y tibiales en ratones no obesos diabéticos con SS (NOD-SS) en relación a controles NOD sin SS (NOD).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se utilizaron ratones hembras NOD con SS y controles NOD cuidados en condiciones de laboratorio específicas libre de patógenos en el bioterio de la Facultad de Ciencias Químicas de la U.N.C. A los 4 meses de edad (peso 80 g ± 10) los animales fueron sacrificados y se extrajeron ambas tibias y mandíbulas. Se tomaron radiografías con un Equipo Digital Directo Mammomat Inspiration Siemens<sup>®</sup>. Se midieron 4 zonas (trabecular y cortical en epífisis y diáfisis) correspondientes a las tibias; en tanto que en los maxilares se analizaron dos zonas (trabecular y cortical) en el tabique interradicular del primer molar. Se realizó un estudio comparativo de cada zona por diferencia de radiopacidad con programa de análisis de imágenes Radiant DICOM. Los datos obtenidos fueron analizados a estadística mediante test de Anova.

**RESULTADOS:** Se observaron disminuciones significativas en los valores en epífisis cortical (p< 0.002), diáfisis cortical (p<0.000) y trabecular (0.001). Mientras que en epífisis trabecular de tibia y en ambas zonas mandibulares no se encontraron diferencias significativas.

**CONCLUSIÓN:** Estos resultados demuestran que hay afección ósea tibial en ratones NOD con SS. Es necesario desarrollar correlación densitométrica y profundizar el estudio de estos hallazgos.

**P149 EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL IMPACTO DE LA OSTEOARTRITIS TERMINAL DE CADERA Y RODILLA**  
 CA Waimann<sup>1,2</sup>, MF Marengo<sup>1,2</sup>, J Martínez<sup>1,2</sup>, B Ivernizzi<sup>2</sup>, R Bollini<sup>1,2</sup>, M Menon<sup>1,2</sup>, C Rabago<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dr. Hector Cura, Olavarría, Argentina. <sup>2</sup> Escuela Superior de Ciencias de la Salud, UNICEN, Argentina. <sup>3</sup> Facultad de Ciencias Económicas, UNICEN, Argentina.

**Introducción:** La osteoartritis terminal de rodilla y cadera (OA terminal) representan una de las mayores causas de discapacidad física. Sin embargo su impacto no sólo se limita a lo físico, afectando otras dimensiones relacionadas a la calidad de vida de estos pacientes.

**Objetivo:** determinar el impacto multidimensional de la OA terminal en pacientes en lista de espera de primer reemplazo total de cadera o rodilla.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes pertenecientes a una cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de osteoartritis terminal de cadera o rodilla en lista de espera para cirugía de reemplazo articular total, excluyendo pacientes con un reemplazo articular previo. Los pacientes fueron evaluados en forma basal, previa a la cirugía, y luego trimestralmente posterior a la misma, con un seguimiento planeado de un año post-reemplazo. Los datos recolectados incluyeron características sociodemográficas, farmacoeconómicas, clínicas y cuantificación del dolor (escala 0-10, siendo 10 el máximo dolor). A su vez todos los pacientes completaron cuestionarios de evaluación multidimensional de la enfermedad (GH-PROMIS, PROMIS-29) abarcando las dimensiones de salud global física y mental, capacidad funcional, ansiedad, depresión, fatiga, sueño, interferencia del dolor con actividades diarias y satisfacción con la participación en roles sociales. Los resultados de estos cuestionarios fueron calculados y estandarizados de manera que 50 representa la media en la población y un desvío estándar es igual 10 puntos. Para este análisis sólo se incluyeron datos provenientes de la visita basal previos a la cirugía. Se realizó estadística descriptiva, presentando los datos en forma de frecuencia, porcentaje, media, desvío estándar e intervalo de confianza 95%.

**Resultados:** Previo al envío del resumen, se llevaban incluidos 17 pacientes de un total de 21 cirugías de reemplazo total primaria en pacientes con OA-terminal de cadera y rodilla (tasa de reclutamiento=81%). La edad media era de 74 ± 5, con una evolución media de la enfermedad de 10 años (rango 1,4 – 40,1). El 47% eran mujeres, 53% y 47% presentaban coxartrosis y gonartrosis primaria, respectivamente. La media de dolor fue de 7 ± 2. La figura 1 muestra la distribución de las diferentes escalas. El 100% y 81% de los pacientes presentaban una salud global física y mental por debajo de la media de la población. El 100% y 73% tenían una disminución en la capacidad física y en la satisfacción con la participación en actividades sociales, respectivamente. A su vez, el 69%, 50%, 44%, 31% y 100% presentaban mayores niveles de ansiedad, depresión, fatiga, alteración del sueño e interferencia del dolor con las actividades diarias, en comparación con la media poblacional.

**Conclusión:** los pacientes con osteoartritis terminal de rodilla y cadera presentan una disminución en la salud física, mental, satisfacción con la participación en roles sociales y desempeño en las actividades de la vida diaria.



**P151 OSTEOARTRITIS DE RODILLAS Y ÁCIDO HIALURÓNICO**  
 E Mussano, R Pizzolato, S Missakian

Centro de Enfermedades Reumáticas y Osteoporosis, Argentina.

**Introducción:** La osteoartritis(OA) en todas sus localizaciones y especialmente en rodillas produce discapacidades importantes alterando la calidad de vida de los pacientes que la sufren. La mayoría de los fármacos utilizados para su control, Drogas Modificadoras de la Osteoartritis(DMOA) no brindan buenos resultados a corto y largo plazo. - El uso del Hialuronato de sodio(AH) como viscosuplementación(VS) en articulaciones dañadas por la OA a cambiado esta perspectiva- Este estudio trata de mostrar los beneficios del tratamiento intraarticular con AH. **Objetivo:** Valorar la eficacia y seguridad del AH intraarticular en el tratamiento de la OA de rodilla. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, controlado en 762 pacientes con diagnóstico clínico y radiológico(grados 1 a 3 de la escala de Kellgren-Lawrence) de OA de rodilla. 421 pacientes con AH comparados con 341 con Glucosamina mas analgésicos(GS+Ana) donde se evaluó dolor(EVA), rigidez o función articular, necesidad de consumo de mas analgésicos(paracetamol, tramadol, codeína,buprenorfina) y evaluación global. Los pts. fueron seguidos durante 15 meses. Excluimos aquellos que necesitaban tomar Aines y/o que hubieron recibido infiltraciones con esteroides en los últimos 4 meses y los que presentaban OA secundaria a otra patología. El grupo con AH recibió 5 aplicaciones (1por semana) de 20 mg cada una (jeringa prellenada) en un periodo de 60 días luego una en forma trimestral hasta llegar a los 8 aplicaciones- El grupo con GS +Ana recibió 1500mg/día de GS mas algunos de los analgésicos mencionados anteriormente y fueron evaluados trimestralmente- Del total del Grupo 1 (AH) se perdieron 16 pts( 4 abandonaron y 2 suspendieron por artritis séptica). Del grupo 2(GS+Ana) 36 suspendieron por falta de efectividad o por intolerancia a GS.Los datos fueron evaluados por IPSS. **Resultados:** media etaria de 61 años (±16). El 72% mujeres. 405 ptes. que completaron el tratamiento con AH fueron evaluados a los 60 días y posteriormente cada 3 meses. Se evaluó: dolor, rigidez o función articular, la eficacia subjetiva por parte del pte. siguiendo una escala tipo Likert(mucho mejor, mejor, regular y peor), y necesidad de mayor consumo de analgésicos permitidos. El ítems dolor mostro una diferencia estadísticamente significativa según el Test de Mc Nemar entre el comienzo y final de tratamiento(p< 0,0001); la rigidez o función articular y la necesidad de tomar analgésicos también mostro una diferencia significativa realizada mediante ANOVA(p<0,001) mientras que la evaluación global subjetiva por parte del pte. mostro que el 52% se encontraba "mucho mejor", el 35% "mejor", el 10% "regular" y solo el 3% "peor". De los 305 ptes. del grupo 2(GS+Ana) el ítems dolor mostro mejoría pero menos significativa que en el grupo 1(p<0,01) al igual que el ítems rigidez y función articular(p<0,05), hubo una necesidad de mayor consumo de analgésicos permitidos (p<0,5) y la evolución global fue "mucho mejor" en el 13%, "mejor" en el 45%, regular en el 32% y "peor" en el 10%. En el grupo 1 AH solo se presentaron 2 eventos adversos serios (artritis séptica) los cuales se retiraron del estudio y, dolor en el lugar de la aplicación en 23 ptes. que continuaron el tratamiento. **Discusión:** el trabajo muestra que el AH proporciona un beneficio a corto y mediano plazo en OA de rodillas-Esta persistencia no se debería a las propiedades mecánicas y viscoelásticas del AH ya que su vida media es corta, sino que probablemente el AH exógeno administrado intraarticularmente podría estimular la producción in vivo del AH endógeno, por lo que su acción "antiartrosica" se debería mas a propiedades biológicas que físicas. Los resultados en otros trabajos muestra mayor eficacia sobre la metilprednisolona, triamcinolona, naproxeno y placebo pero no hay estudios que demuestren superioridad sobre la glucosamina sola o asociada a analgésicos, hecho que demostramos con nuestros resultados. **Conclusión:** el AH intraarticular fue superior al grupo de GS + Ana en los 4 ítems evaluado (dolor, movilidad, estado global y necesidad de consumo de analgésicos) sin efectos adversos importantes por lo que lo hace una opción terapéutica eficaz para el tratamiento de la misma. Se reconoce que el trabajo no fue doble ciego ni aleatorizado y que el evaluador de los resultados fue quien realizo el procedimiento terapéutico, aun cuando los scores son objetivos

152

**P152**  
**TOLERANCIA Y EFICACIA DEL LAVADO ARTICULAR EN OSTEoartrOSIS DE CADERA, COMPARADO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS**  
 E Perez Araña, O Paez Mena, R Damil Castro, M Alcaraz  
 Clínica del Niño, Villa Mercedes San Luis, Argentina.

**Introducción:** El lavado articular de cadera es una articulación con un acceso más difícil, por lo que es recomendable utilizar un control ecográfico y manejo de la técnica, así como la utilización de la vía anterior, por presentar mayores ventajas, como la visualización de la punta de la aguja, menor riesgo de daño neurovascular, dicha técnica se comenzó a mediados del siglo XX, en Inglaterra y después paso a varios centros de reumatología y artroscopias iniciadas por los reumatólogos.

**Objetivo:** Valorar la eficacia y seguridad del Lavado Articular frente a los AINES en el tratamiento sintomático de la osteoartritis de cadera.

**Métodos:** Se compararon los resultados en con OAC, cumpliendo los criterios del Colegio Americano de Reumatología, utilizando una técnica de punción de Golding, se realizaron estudios observacional, prospectivo y abierto, con los resultados de 2 ensayos clínicos, con un total de 25 pacientes, doble ciego, y aleatorio frente a otro comparador, los AINES utilizados fueron Diclofenac 150mg/día y Naproxeno 1000mg día, se aplica test de student para medidas repetidas, se dividieron en dos grupos AINES-AINES y grupo 2 AINES-LA.

**Resultados:** Los grupos de pacientes eran similares solo la edad del grupo A, lavado articular(60 años) contra el grupo aines (65,3 años) AINES, aparecieron efectos laterales en el grupo de Lavado Articular en dos pacientes, manifestándose con dolor en el momento de la práctica y 24 horas después el segundo paciente, con una escala VAS 5, y en el grupo de AINES aparecieron 4 pacientes con manifestaciones gastrointestinales, sangramientos digestivos bajos.

**Conclusión:** El Lavado Articular se muestra tan eficaz como los AINES en el tratamiento de la Osteoartritis de cadera durante un periodo de tres meses, evitando complicaciones graves al utilizar los AINES, se debe expandir el número de pacientes y el tiempo para ver los resultados a largo plazo.

153

**P153**  
**COINCIDENCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y ULTRASONOGRÁFICA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE INFILTRACIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS**  
 I Carrillo, N Zamora, MC González, T Cazenave, G Citera, MG Rosemffet  
 IREP, Argentina.

**Introducción:** El intervencionismo es usado en forma rutinaria por los reumatólogos en su práctica diaria con un amplio abanico de posibilidades diagnósticas y terapéuticas. En general se realiza a ciegas valiéndose de marcas anatómicas que permiten realizar el procedimiento buscando el objetivo a tratar. Sin embargo algunas articulaciones son de difícil acceso y otras condiciones que comprometen partes blandas requieren precisión en el sitio de inyección para no dañar estructuras vecinas sensibles. La ultrasonografía (US) es una herramienta que permite realizar infiltraciones, aspiraciones y biopsia de tejido sinovial de las diferentes entidades reumáticas.

El **objetivo** primario de este estudio es evaluar si el diagnóstico de derivación para la infiltración convencional coincide con el US. **Objetivos secundarios:** cuál fue el grado de respuesta clínica luego de realizado el procedimiento convencional a ciegas y conocer si es o no necesario tener la US como apoyo a la hora de indicar una infiltración.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes derivados por su médico de cabecera con una nota en la que figura el área a infiltrar y el diagnóstico presuntivo y que presentaban una intensidad de dolor medido por escala visual analógica (EVA  $\geq 5$  cm) y no debían haber modificado su terapéutica en las últimas 3 semanas. El mismo día del procedimiento, dos ecografistas ciegos a la indicación de la infiltración evaluaron dicha zona por escala de grises (EG) y técnica power Doppler (PD) determinando el diagnóstico US. Las infiltraciones se realizaron convencionalmente mediante guía palpatoria. Se midió el dolor del área a infiltrar (EVA 0-10), dolor del procedimiento (EVA 0-10) y EVA dolor a los 15 y 30 días post infiltración. Se definió el porcentaje de cambio/mejoría del EVA de dolor en las evaluaciones a los 15 y 30 considerando respondedores a los pacientes que mejoraron  $\geq$  del 50% con respecto al basal y respondedores parciales a los que mejoraron  $\geq$  al 20%. **Análisis estadísticos:** Las variables continuas se analizaron con Mann-Whitney y las categorías por Chi<sup>2</sup>. La concordancia por entre el diagnóstico clínico y ecográfico se realizó por Kappa.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 49 pacientes, 85.7% tenían diagnóstico de artritis reumatoidea (AR), 10.2% de osteoartritis (OA) y 4.1% de Fibromialgia (FM) con una edad media de 59± 12 años. Las indicaciones más frecuentes de derivación para infiltración fueron, sinovitis de rodilla en 10 pacientes (20.4%), de carpo en 8 (16.3%), de metacarpo falángicas en 6 (12.2%) y de articulación tibio-astragalina en 5 (10.2%). Cuando se realizó la US se detectó sinovitis y derrame articular en 32 pacientes (65.3%) y PD en 8 (16.3%). Además del diagnóstico principal de la zona evaluada, en 33 pacientes (67.3%) también se realizaron en la misma zona, 16 posibles diagnósticos secundarios, siendo el hombro y la rodilla los lugares con hallazgos más significativos. Al analizar la concordancia diagnóstica entre la clínica y la US, hallamos que la misma fue del 81.6% (Kappa: 0.77, p< 0.001). Al evaluar si hubo mejoría sintomática, se observó que en el día 0 la mediana de dolor fue de 8 (RIC 2-10) mientras que para el día 15 y 30 post infiltración fue de 3 (RIC 0-10) observándose un cambio significativo en el EVA de dolor entre el día 0 y los 15 y 30 días (p<0.0001).

**Conclusión:** En este estudio observamos una buena concordancia entre el diagnóstico clínico y US. La respuesta terapéutica a la infiltración convencional fue muy buena. La US podría ser de ayuda en algunos casos puntuales sobre todo en hombro y rodilla para discriminar diversas entidades que pueden manifestarse con síntomas similares.

154

17-10-2014  
 09:00 - 10:30  
**Posters Plenario Casos Clínicos**  
 Salón Los Nogales

**P154**  
**ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL CON RESPUESTA FAVORABLE A GOLIMUMAB**  
 ML Brance, M Palatnik  
 Centro de Reumatología. Rosario. Santa Fe, Argentina.

**Introducción.** La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida. Los criterios propuestos por Yamaguchi y col tienen una sensibilidad del 96.2% y una especificidad del 92.1%. ESA es generalmente una entidad que puede autolimitarse en un 34% de los casos, progresar a un curso intermitente (24%), evolucionar a la cronicidad con presencia de recaídas (36%), y hasta un tercio de los pacientes pueden sufrir complicaciones con riesgo de vida. Por otro lado la anemia de enfermedades crónicas está asociada con activación crónica o aguda del sistema inmunológico y se ha asociado en estos casos a IL-1-beta, IL-6, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ . El tratamiento de la anemia es el tratamiento de la enfermedad de base.

**Caso clínico.** Mujer de 61 años con repetidos episodios de faringoamigdalitis en el último mes, que presenta en el último episodio fiebre en picos 39-40°, rash en piel asalmonado y evanescente, hepatomegalia, poliartritis en articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y distales, hombros, codos, rodillas. Laboratorio: Glóbulos blancos: 16.500/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 85%), anemia normo crónica normocítica (hemoglobina 9.8 g/dL, hematocrito 33.3%), plaquetas: 80000 mm<sup>3</sup>, bilirrubina total 1.2 mg/dL, GOT: 180 IU/L, TGP: 250 IU/L, FAL, GGT, LDH, CPK, amilasa, urea, creatinina, glucemia, e ionograma eran normales. Ferritina: 40000 ng/mL (10-277 ng/mL), PCR: 60 mg/dL (normal<5.0), VES: 120 mm. Factor reumatoide, FAN, Ac anti AND, ANCA (c-p), antiCCP, ENA, eran todos negativos. Proteínograma por electroforesis y electroforesis de proteínas urinarias eran normales como también el complemento: C3, C4 and CH50. VHA, AgsVHB, anti core VHB, VHC, VIH, CMV, parvovirus B19, Epstein-Barr virus: todos negativos.

Radiografía tórax, ECG, ecocardiograma: sin alteraciones. TAC tórax, abdomen y pelvis: no se evidenció patología primaria. Se realizaron cultivos de esputo, sangre, orina, y cuello cervical todos negativos como también lo fueron las muestras para hongos. La paciente no presentaba síntomas o signos de otra conectivopatía o vasculitis. Las radiografías mostraban al comienzo en manos osteopenia yuxtaarticular en MCF, IFP.

Luego de descartar enfermedades secundarias se diagnosticó enfermedad de Still del adulto. A pesar de diez meses de tratamiento con prednisona a altas dosis y metotrexate la paciente empeoró progresivamente el curso clínico, con importante discapacidad, no pudiendo realizar actividades de la vida cotidiana e llevándola al reposo absoluto. La progresión del cuadro se acompañaba paralelamente de aumento de los niveles de PCR, VES y de descenso notable en la Hb. Se indicó golimumab a dosis de 50 mg mensuales. Luego de la tercera dosis de golimumab disminuyó la PCR, VES, y comenzó a aumentar los niveles de Hb hasta llegar a valores normales luego de seis meses.

**Conclusión.** Si bien la enfermedad de Still del adulto es más frecuente en gente joven (m=36 años) hay casos descriptos en mayores de 70 años. Su patogenia está parcialmente estudiada, aunque recientemente citoquinas proinflamatorias Th1 como TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6 e IL-18 han sido relacionadas. Hay reportes de casos tratados con otros agentes biológicos. Golimumab a dosis de 50 mg/mensual fue efectivo en mejorar la anemia, aumentando los niveles de Hb, normalizó la PCR, VES, disminuyó la sinovitis, mejoró la calidad de vida. Actualmente la paciente puede realizar actividades de la vida cotidiana y caminar. Se disminuyó la dosis concomitante de prednisona. En este caso los niveles de Hb aumentaron 0.86 g/dl/mes en promedio (5.2g/dl) 6 meses luego del comienzo del tratamiento con golimumab. La respuesta clínica en este caso refractario con anti TNF sugeriría que TNF-  $\alpha$  estaría relacionado en la patogenia de la enfermedad de Still y explicaría la respuesta de los niveles de Hb.

155

**P155**  
**OSTEÓLISIS IDIOPÁTICA MULTICÉNTRICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)**  
 ML Brance, M Palatnik  
 Centro de Reumatología. Rosario. Santa Fe, Argentina.

**Introducción.** La osteólisis idiopática multicéntrica se clasifica en 5 subtipos según la clasificación de Hardegger de 1985. El síndrome de Gorham o subtipo IV es una enfermedad rara que se caracteriza por osteólisis progresiva que puede afectar cualquier parte del esqueleto y puede presentarse en el adulto joven. El hueso normal es reemplazado por tejido vascular no neoplásico que se expande agresivamente a hueso, causando una osteólisis masiva del hueso adyacente.

**Caso clínico.** Paciente con diagnóstico de LES con altos títulos de FAN (1/5180) y anticuerpos anti ADN +, Ac anti RNP positivo, compromiso cutáneo con alas de mariposa y glomerulonefritis grado III hace 4 años. La paciente refiere desde hace 20 años aproximadamente dolor persistente en carpos, tobillos y codos bilateral. Desde un comienzo interpretaron algunas de las imágenes como NOA. Observando la evolución clínica e imagenológica de la paciente, se observa una intensa osteólisis, multifocal y progresiva, con compromiso de las articulaciones descriptas. Por tal motivo presentó prótesis en codos, con rechazos a la mismas y mala evolución clínica, además de fracturas espontáneas en codos. La biopsia realizada del área comprometida en codo derecho no demostró células malignas y si una importante desorganización del tejido óseo. El centellograma muestra foco hipercaptantes en codos, tobillos y carpos. El laboratorio de metabolismo mineral óseo evidencia: Cl CR: 95 ml min. RTP: 91.4%, FAL 228 U/L, calcemia 8.4 mg/dl, fosfatemia: 4.05 mg/dl. En orina 24 horas: proteinuria 24 hs 0.17 mg/dl, calciuria 146 mg/dl, fosfaturia 460 mg/dl, deoxipiridinolina urinaria 7.53 nM/mMol, Cl CR: 90 ml/min, proteinuria negativa, 25(OH) vitamina D: 24 ng/ml, PTH 78.20 pg/ml. Presenta además osteoporosis con una disminución de la masa ósea del 12.3% en los últimos dos años. Última densitometría ósea (2014) L2-L4: 0.823 T-score -3.1 y Z-score -2.4. Otras causas de osteoporosis secundarias fueron descartadas. Para estandarizar la intensa resorción ósea se indica ácido zoledrónico. La paciente presenta alteración notable en su calidad de vida por lo cual requiere cuidado de terceros para actividades de vida cotidiana. Por todo lo descripto se interpreta como osteólisis idiopática multifocal progresiva subtipo IV interpretando el compromiso renal como manifestación del LES. Además presenta cuadro de hiperparatiroidismo secundario a malabsorción de calcio.

**Discusión.** Esta paciente presenta osteólisis masiva idiopática en asociación con lupus eritematoso sistémico, glomerulonefritis grado III y osteoporosis. La osteoporosis generalizada con adelgazamiento de la cortical esta descripto en el subtipo II (también con compromiso carpo-tarsal, pero de inicio en la niñez y autosómica recesiva). El subtipo III, u osteólisis idiopática multicéntrica no hereditaria asociada a nefropatía, también afecta codos, tarsos y carpos, pero comienza a desarrollarse en la niñez y puede desarrollar nefropatía. El subtipo IV, de inicio en el adulto joven es masivo con progresión lenta y el proceso de osteólisis se detiene en unos años. La osteólisis idiopática es una entidad infrecuente, con solo 90 casos descriptos en la literatura, ninguno asociado a LES. La descripción de nuevos casos podría ayudar a una mejor caracterización de esta rara entidad.

156

P156

**RHUPUS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO**

MV Martire, L Marino Clavieri, PM Marcaida, J Lares, V Durigan, VA Sandoval, G Calizaya Enriquez, CJ Troitillo, A Secco, M Mamani  
Servicio Reumatología, Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

**Introducción:** El Rhupus es una entidad poco frecuente (0,01-2%). La conforman aquellos pacientes con poliartritis erosiva asociada a características clínicas y serológicas de Lupus eritematoso sistémico (LES). En diversos estudios se ha tratado de describir las características de estos pacientes, siendo los mismos reportes de casos o series pequeñas.

**Objetivo:** describir las características clínicas, de laboratorio y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Rhupus un Servicio de Reumatología de un Hospital Municipal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Materiales y métodos:** se seleccionaron de manera retrospectiva, mediante revisión de historias clínicas, a pacientes con diagnóstico de Rhupus según los criterios de Simón. Estos criterios consideran pacientes con Rhupus a aquellos que cumplen criterios para LES (ACR 1987) y AR según criterios de la American College of Rheumatology (ACR). Todos los pacientes con AR deberán tener artropatía erosiva y los pacientes con LES: Anti DNA doble cadena o Anti SM positivos como requerimiento mínimo. Se describieron las principales características.

**Resultados:** se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de Rhupus. 90% de sexo femenino. La primera patología diagnóstica fue AR en el 70%, 20% LES, y en un solo caso AR+LES. La mediana de edad al diagnóstico de Rhupus fue 39 (RIC 33,5-55). Las principales características se detallan en tabla 1.

Tabla 1

Características evaluadas	Hallazgos
Edad al diagnóstico de AR (m)	33,5 (RIC 27,5-48)
Edad al diagnóstico de LES (m)	39 (RIC 32-55)
Tiempo transcurrido entre los dos diagnósticos (m)	43 (RIC 9-93)
Nº criterios AR ACR 1987(media)	4,5 DS 0,67
Nº criterios LES	4,5 DS 0,67
DAS28 basal (m)	4,7 (RIC 3,5-5,73)
SLEDAI basal (m)	9 (RIC 5,75-17,5)
SLICC (m)	1 (RIC 0-3,25)
Glomerulonefritis	n=2 (20%) (uno clase V, otro clase IV)
Compromiso cutáneo	30% LCC; 60% LCA
Fotosensibilidad n (%)	8 (80)
Derrame pericárdico y pleural n (%)	2 (20)
SICCAn /Raynaud n	5(50)/5(50)
Leucopenia/Linfopenia/trombocitopenia n (%)	2(20)/3(30)/1(10)
FR positivo n (%)	9 (90)
Anticcp positivo n (%)	10 (100)
Fan +/- patrón	10(100)/80% patrón homogéneo
Otros Ac +: antidsn/SM/RO/LA/RNP n (%)	7(70)/7(70)/4(40)/7(70)
Ac para SAF + n (%)	2 (20)
Tratamientos recibidos	80% hidrocortisona, 70% metotrexato, 40% Azatioprina, 80% Glucocorticoides, 1 caso Abatacept, 1 caso Belimumab, 2 ciclofosfamida.
Internaciones	4 internaciones en 2 pacientes
Infecciones	5 eventos en 3 pacientes
Muertes	1 caso, causa TVP

(m) mediana, (RIC) rango intercuartil,(DS) desvío standard, LCC (lupus cutáneo crónico), LCA (lupus cutáneo agudo).

**Conclusión:** En nuestro servicio encontramos 10 pacientes con Rhupus. Todos tuvieron Anticcp positivo. Las principales características clínicas extraarticulares fueron síndrome sicca, fenómeno de Raynaud y LCA. Dos pacientes tuvieron glomerulonefritis. Se requieren más reportes para conocer las características distintivas de estos pacientes.

157

P157

**GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA POR CRIOGLOBULINEMIA ASOCIADA A HEPATITIS CRÓNICA**

G Jung, A Larribite, N Viluron, P Monat  
Sanatorio Guemes, Argentina.

**Introducción:**

El síndrome crioglobulinémico es una vasculitis de pequeño vaso por complejos inmunes termosensibles. Se manifiesta clínicamente por la tríada púrpura, debilidad y artralgias, con afectación orgánica variable, que incluye: lesiones cutáneas, hepatitis crónica, glomerulonefritis membranoproliferativa, neuropatía periférica y con menor frecuencia insuficiencia cardíaca, desórdenes endocrinos y compromiso pulmonar. Existe una fuerte asociación entre crioglobulinemia y el virus de hepatitis C. Presentamos un paciente con crioglobulinemia mixta secundaria al que se arribó al diagnóstico definitivo luego de múltiples determinaciones.

**Material y método:**

Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

**Resultados:**

Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo II, dislipidemia, y enfermedad coronaria. Cursó internación en febrero 2014 por hepatitis aguda. Se interna en junio de 2014 por síntomas de insuficiencia cardíaca, hipertensión mal controlada, astenia, adinamia, parestesias en miembros inferiores y artralgias de grandes articulaciones. Al examen físico se encontraba hipertenso, con púrpura no palpable ortostática, hepatomegalia indolora sin edemas periféricos.

En el laboratorio presentaba un patrón de necrosis hepatocelular, gammapatía monoclonal, insuficiencia renal progresiva con hematuria dismórfica y proteinuria significativa en rango no nefrótico con hipocomplementemia C4. Hepatitis B curada (Anti Hbs y Anticore IgG positivos) y Hepatitis C por PCR y Anti HCV negativos. FAN, Ac. Anti mitocondriales (AMA), Anti LKM 1 y Factor Reumatoideo negativos. Crioglobulinas negativas en dos determinaciones.

Se realiza punción hepática y renal, pulsos de metilprednisolona, con mejoría de la función renal, desaparición de púrpura, disminución del tamaño hepático y normalización de transaminasas.

Biopsia Hepática: hepatitis crónica con fibrosis estadio 3 Scheuer.

Biopsia Renal: glomerulonefritis proliferativa intracapilar y mesangial con depósitos granulares moderados a severos de inmunoglobulinas IgM, IgG, IgA y C1q.

Se repitió el dosaje de crioglobulinemia en laboratorio especializado, resultando positivo.

**Conclusiones:**

Se presenta este caso a la comunidad médica por tratarse de un trastorno de baja prevalencia y de diagnóstico complejo por la dificultad técnica para determinar la presencia de crioglobulinas debida a su termolabilidad. Se requiere una alta sospecha clínica y determinaciones en laboratorios especializados, en forma seriada para arribar al diagnóstico.

Dado que la gran mayoría de los pacientes con crioglobulinemia tiene como factor etiológico el virus de Hepatitis C, se debe solicitar su presencia en el crioprecipitado para evitar falsos negativos.

158

P158

**SÍNDROME DE SWEET (SS) ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)**

D Delrío, GB Castro De Delrío, N Cardozo, A Zamuz, A Schejtmán  
HOSPITAL MUNICIPAL RAUL F LARCADE SAN MIGUEL, Argentina.

**Introducción:**

Se presenta un paciente con diagnóstico de Síndrome de Sweet (S.S) o Dermatitis Neutrofilica Febril Aguda que en su evolución desarrolla un cuadro de poliartritis aguda simétrica no autolimitada y sin respuesta adecuada a corticoides y aines.

**Caso clínico:**

Paciente sexo femenino de 42 años con antecedentes de hipotiroidismo que en mayo del 2013 presentó en piel aparición súbita de placas y pápulas eritematosas, dolorosas, en extremidades, cara, tronco, acompañadas de fiebre, artralgias y conjuntivitis. La biopsia de piel demostró la presencia de infiltrado neutrofilico en dermis, sin signos de vasculitis leucocitoclastica.

Laboratorio de inicio: Hto:34% Blancos :15320xmm3 ,ns :75% ,PCR :+++ , VSG:93mm/h plaquetas:53400xmm3 , Tsh:6.18 mui/l, HIV (-), serología para hepatitis by c (-), Latex AR(-), FAN(+) 1/160 patrón moteado fino.Cumpliendo criterios para S.S le iniciaron tratamiento con 60mg de prednisona por día vía oral (1mg x kg de peso). Buena evolución con desaparición de las lesiones en piel. En septiembre de 2013 registra un brote del S.S asociado a artritis bilateral y simétrica en manos (mcf, pif, carpos y muñecas) codos , rodillas y tobillos con mal estado general, náuseas y vómitos con cuadro de deshidratación que requirió su internación. Recibió nuevamente prednisona con evolución favorable en piel pero con pobre respuesta del cuadro articular.En abril de 2014 es derivada al Servicio de Reumatología por la persistencia de la sinovitis y reactantes de fase aguda .Perfil inmunológico: FAN(+)1/320 patrón moteado fino,anti ADN (-),anti RO(-) anti LA (-) anti JO 1(-),anti RNP(-),antiScl70(-), ANCA P(-), Latex AR (-), anti CCP:85UI.

Las rx de manos presentaban edemas de partes blandas, pinzamiento de pif , osteopenia y la presencia de erosiones en carpos y mcf .Con diagnóstico de AR definida según criterios ACR-EULAR 2010 se inició tratamiento con metotrexato(MTX) . Actualmente con MTX 15mg IM/ semana, ácido fólico, prednisona 7. 5mg x día, naproxeno 500mg 2 veces x día, con buena evolución. En forma concomitante se realizaron interconsultas y estudios complementarios(T.A.C abdominalo-pelvíana ,fibrocolonoscopia , esófagogastroduodenoscopia...) para descartar otras patologías que se asocian al S.S.

**Conclusiones:**

El SS es una enfermedad de etiopatogenia desconocida, se produciría por una alteración en la regulación de las citoquinas (Interleucinas: IL1 -IL6- IL8, el factor estimulador de colonias de granulocitos (G-CSF) Y el factor estimulador de granulocitos macrófagos (GM-CSF).

Formas de presentación del SS: 1) Idiopática o clásica que son la mayoría, 2) Asociada a neoplasias (10 al 20%: Hematológicas: leucemia mieloide aguda y crónica, linfomas, mielodisplasias. Tumores sólidos: colon, mama, estómago, gélito-urinaros) 3) Asociado a infecciones de vías aéreas superiores, virus de hepatitis by c,hiv, citomegalovirus,salmonelosis, 4) Asociado a fármacos(G-CSF, trimetoprima-sulfametoxazol ,hidralazina, furosemida , diclofenac nitrofurantoina..) 5) Asociado a embarazo, 6) La asociación de S.S a procesos inflamatorios autoinmunes (Enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn , Colitis ulcerosa, LES, AR,Síndrome de Sjögren,Tiroiditis de Hashimoto, Behçet,) es de baja prevalencia, en nuestro caso clínico asociado a AR.EL S.S en su forma clásica o idiopática hasta un 20 % se puede acompañar de poliartritis aguda que es autolimitada como el compromiso en piel.

159

P159

**SARCOMA DE KAPOSI EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA: PRESENTACIÓN ATÍPICA**

G Maldonado<sup>1</sup>, A Paredes<sup>1</sup>, V Avila<sup>1</sup>, C Ríos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Especialidades Espíritu Santo - UEES, Ecuador. <sup>2</sup> Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

El Sarcoma de Kaposi (SK) fue descrita por Moritz Kaposi en el año 1972 como un tumor vascular multicéntrico y ha sido relacionado con VIH o trasplante de órganos debido al estado de inmunosupresión severo. Se han identificado cuatro tipos de SK: (i) SK clásico, (ii) SK endémico de África (iii) SK relacionado a HIV, (iv) SK iatrogénico. Hasta el año 1992 se reportaron 8 casos de pacientes con artritis reumatoidea que desarrollaron SK a partir de una terapia con corticoides siendo el trabajo de Leung et al. el primero en reportar el caso de SK en un paciente que recibía tratamiento con prednisona durante seis meses por una artritis temporal. Además se ha demostrado que los anti-TNF alteran la respuesta inflamatoria lo que incrementa el riesgo de infecciones y formación de neoplasias. Presentamos el caso de un paciente masculino de 86 años de edad con antecedentes de DM-II e HTA que presenta poliartritis severa de un mes de evolución con compromiso de interfalángicas proximales, metacarpofalángica, carpos, codos, hombros y rodillas, había recibido AINES y analgésicos con poca respuesta, el laboratorio clínico demostró VSG aumentada, PCR aumentada y FR positivo el paciente fue diagnosticado de Artritis Reumatoidea y recibió metilprednisolona (16mg), leflunomida (20mg), calcio más vitamina D con buena respuesta a los mismos. Tres meses después el paciente presenta manos pafi y lesiones eritematosas vasculares en miembros inferiores similares a vasculitis, la biopsia reveló lesiones correspondientes Sarcoma de Kaposi. Aunque no se ha demostrado que la formación de SK es dosis-dependiente de corticoides, se ha establecido que factores como edad y estado de inmunosupresión favorecen a la formación y que a pesar de tener varias etiologías reconocidas, la presentación clínica y los hallazgos histopatológicos son similares en todos los casos.

160

**P160**  
**MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS. DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA**  
M García Sauro, O Fernandez, C Scalse, A Ugolini  
Sanatorio Parque, Argentina.

Dermatomiostis Amiopatía. A propósito de un caso.

#### Introducción:

Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo de enfermedades cuya principal característica es la debilidad muscular, elevación de enzimas musculares, anomalías en la electromiografía e infiltrados inflamatorios en la biopsia muscular. Entre ellas se incluyen a la dermatomiostis, la poliomiositis y la miostitis con cuerpos de inclusión. Dermatomiositis Amiopatía (DAM) es un subgrupo dentro de las DM con manifestaciones cutáneas típicas de esta enfermedad y con poca o ninguna evidencia de miostitis que en ocasiones puede asociarse a cáncer o desarrollar una neumopatía intersticial de mal pronóstico.

#### Caso clínico:

Varón de 52 años, sin antecedentes de jerarquía, ingresa por fiebre de 10 días de evolución y tos seca, tratado en forma ambulatoria con Levofloxacina 750mg/día durante 5 días, sin mejoría clínica. Al examen físico presenta edema bupalpebral bilateral violáceo, lesiones descamativas en ambos lóbulos y pabellones auriculares, y lesiones maculopapulares eritematosas induradas en manos sobre los nudillos. En el laboratorio general presentó una VES 38 mm<sup>3</sup>/1er hora, PCR 2.5 mg/dl, el resto sin alteraciones. Se solicita TAC de alta resolución de tórax, que informa pequeña consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo postero basal derecho y postero basal izquierdo. El paciente continúa con buen estado general por lo que se decidió estudiar en forma ambulatoria la probable coexistencia de una dermatomiostitis; alta sanatorial a las 48hs del ingreso con Levofloxacina 750mg/día por 5 días más. Durante el seguimiento ambulatorio fue evaluado por Reumatología e Infectología, evidenciándose además de las lesiones cutáneas previas, teleangiectasias en palmas de ambas manos, intensa poliartropatía, sinovitis de articulaciones IFP bilaterales, fuerza muscular conservada y disfonía. Se solicitó, Huddelson, FAN, Anti-ADN, Anticardiolipina, FR, AntiSm, AntiRnp, AntiLa, AntiRo, AntiJo, ANCA c y p, GOT, CPK, LDH, Aldolasa y EMG, con resultados negativos. Como único dato positivo presentó LDH de 657 y FAN 1/40 moteado grueso. La biopsia de músculo fue negativa y la biopsia cutánea informó, teleangiectasias superficiales con leve infiltrado inflamatorio perivascular. En busca de neoplasias asociadas se solicitó PSA, Colonoscopia, TAC de abdomen-pelvis y nueva TAC de tórax. Laringofibroscoopia evidenciándose lesión leucoplásica en cuerdas vocales. De acuerdo con los datos clínicos y de laboratorio se arriba al diagnóstico de Dermatomiositis Amiopatía y se realiza tratamiento con Meprednisona 40mg/día. Por agregar disnea, rales crepitantes bisasales, presentar en TAC infiltrado de vértice a base con componente en vidrio esmerilado es evaluado por neumonología y se acuerda solicitar y realizar pulso de ciclofosfamida y metilprednisona. El paciente sufre descompensación antes de poder iniciar pulsos, presentando disnea CV IV por lo que reingresa a internación. En nueva TAC de tórax multicorte (3ra), informó mayor infiltrado en vidrio esmerilado asociado a engrosamiento sectorio y bronquiectasias por tracción que compromete la periferia en ambos hemitórax desde vértice a base. Se realizó biopsia laringea, que informó "laringitis abscedida y displasia en el epitelio de cuerda vocal", por otra parte la biopsia pulmonar evidenció "daño alveolar difuso, etapa proliferativa, sin signos infecciosos específicos ni neoplásicos". Tuvo como complicación neumotórax derecho grado 3 con requerimiento de colocación de tubo de drenaje pleural. Se le realizó tratamiento ATB empírico y pulsos de corticoides, sin mejoría. Presentó mala evolución, deterioro respiratorio con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica invasiva, imágenes algodonosas persistentes en la radiografía de tórax y luego de 12 días en UTI fallece.

#### Conclusión:

Presentamos este caso clínico de Dermatomiositis Amiopatía, una enfermedad poco frecuente, que presentó mala evolución, asociándose a Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) rápidamente progresiva, resultando en una falla respiratoria fatal, por lo que creemos es de suma importancia el reconocimiento precoz de las manifestaciones clínicas de esta patología, ya que el 41% de los pacientes con DMA pueden ser clasificados erróneamente en la primera consulta. Por todo esto, destacamos la necesidad de un seguimiento multidisciplinario del paciente, para un rápido reconocimiento de las expresiones clínicas de esta enfermedad compleja.

161

**P161**  
**ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD DE BEHÇET: ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?**  
SA Dzembrowski, PM Santoro, BN Creimerman  
HGA Dr. T. Alvarez. CABA, Argentina.

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Behçet es una vasculitis crónica y recidivante de etiología desconocida. Evolución por brotes. En su patogenia se describe una alteración funcional de los linfocitos T, con aumento de producción de factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ). Existe una fuerte asociación con el alelo HLA B 51. Afecta pequeños y grandes vasos del sistema arterial y venoso, con compromiso cutáneo-mucoso (eritema nodoso, foliculitis, fenómeno de patergia, aftas orales y genitales), ocular (uveítis), del sistema gastrointestinal, nervioso y osteoarticular. De acuerdo con la literatura internacional, la utilización de agentes biológicos antagonistas de TNF $\alpha$  como parte de la estrategia terapéutica para su manejo, es cada vez más frecuente frente al fracaso de otras opciones tradicionalmente usadas.

#### OBJETIVO:

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de enfermedad de Behçet refractaria a los tratamientos habituales que respondió satisfactoriamente a adalimumab durante dos años. Planteamos la posibilidad de disminuir la frecuencia de aplicación del anti TNF $\alpha$ , y aún su suspensión, ante la falta de guías terapéuticas establecidas.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenina de 23 años que consultó por úlceras orales y genitales intermitentes y dolorosas, poliartropatía a predominio de pequeñas articulaciones de manos y rodillas de varios meses de evolución. Al examen físico: aftas en lengua y mucosa yugal, úlceras genitales dolorosas, y uveítis. Se realizaron estudios complementarios. Laboratorio: eritrosedimentación, PCR, hemograma, función renal y hepática, proteinograma electroforético, factor reumatoideo, complemento, resto de determinaciones básicas, serología para hepatitis A, B y C, serología para VIH, Ac anti péptido cíclico citruilado, FAN, Ac anti Ro, La, Sm, RNP, ADN, gladiina y endomisio en parámetros normales. HLA B 51 presente.

Imágenes: Rx simple de muñecas y manos, de tobillos y pies, de sacroilíacas sin lesiones.

Anatomía patológica de afta (labio inferior): discretos signos de vasculitis leucocitoclástica. Se realizaron interconsultas con Ginecología, Oftalmología, Infectología, Dermatología, Cardiología. Se interpretó el cuadro como enfermedad de Behçet (Criterios de diagnóstico Internacional Study Group 1990). Se trató a lo largo de la evolución con meprednisona, hidrocortisona, azatioprina y colchicina sin respuesta. Se inició adalimumab (40 mg cada 14 días, subcutáneo).

#### RESULTADOS

A partir de la segunda dosis de adalimumab con la frecuencia habitual: mejoría clínica notable. La paciente se mantuvo asintomática e inactiva durante dos años (de acuerdo con Clasificación de fases de actividad del Research Committee, Japón, 2003), por lo que se planteó de manera empírica prolongar el lapso interrelación a 21 días. Luego de la segunda dosis indicada cada 21 días, presentó lesiones mucosas genitales y síntomas generales compatibles con reactivación de la patología de base. Al momento de esta comunicación, se encuentran pendientes controles de laboratorio, de Ginecología y de Oftalmología. Se decidió reiniciar el plan terapéutico original.

#### CONCLUSIONES

El tratamiento de la enfermedad de Behçet debe adecuarse a cada paciente teniendo en cuenta su edad y cuadro clínico. Su enfoque se basa en reducir los fenómenos inflamatorios (corticoides, AINEs, colchicina) y en regular los mecanismos inmunológicos participantes (azatioprina, metotrexate, ciclofosfamida, talidomida, hidroxilcloroquina). Actualmente, el uso de drogas anti TNF $\alpha$  como el adalimumab aparece como una alternativa valerosa. Aunque la evidencia publicada todavía no permite conclusiones definitivas, la buena respuesta y la baja frecuencia de efectos adversos brindan una razonable opción terapéutica. Sin embargo, serán necesarios más ensayos para establecer la posología y frecuencia de administración ideales para el tratamiento de esta patología.

162

**P162**  
**HEMIFILIA ADQUIRIDA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. REPORTE DE CASOS**  
M Etcheverry, M Zamora Sabando, G Kondratuk, Y Ameruso, S Galiano, MI Brusco, A Pringe, V Cervetto, R Cutticia  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La hemofilia adquirida es un trastorno poco frecuente, una incidencia estimada de 1.5 casos por millón/año. Se desconoce su incidencia en Pediatría. Rara vez, constituye la forma de inicio del Lupus eritematoso sistémico (LES), pero puede representar una seria complicación por sí misma o complicando otras manifestaciones sistémicas de la misma, obstaculizando su diagnóstico y tratamiento. Reportamos tres casos de hemofilia adquirida en LES en pacientes pediátricos.

**Caso 1:** Paciente femenino de 14 años de edad que consulta por presentar lesiones purpúricas y equimóticas de 18 días de evolución a lo que se suma meltrorragia intensa. Se constata anemia severa con prueba de coombs directa (CD) positiva. Tiempo de protrombina (TP) 37%, tiempo de trombotrombina parcial activada con caolín (KPTT) 90segundos(seg), factor VIII (FVIII) 10%, factor IX (FIX) 32%, factor VII (FVII) 50%, Anticoagulante lúpico (ACL) positivo, anticardiolipinas negativo factor antinuclear (FAN) positivo 1/1280 patrón moteado. Hipocomplementemia, anti RNP positivo. Diagnóstico: LES, síndrome antifosfolípido y hemofilia adquirida. Se indica metilprednisona endovenosa (EV) 30 mg/kg/dosis, luego meprednisona oral (VO) 1mg/kg/día, con lo que logra parámetros de coagulación normales. Evolución sin recurrencia hematólogica aunque con KPTT prolongado. Desarrolla tres años después, glomerulonefritis membranoproliferativa tipo IV, por lo que requirió tratamiento con ciclofosfamida, azatioprina y micofenolato.

**Caso 2:** Paciente femenino de 11 años de edad, consulta por corea generalizada y fasciculación lingual. Se realiza laboratorio en el que presenta VSR 80, PCR 38.5, hipergammaglobulinemia, FAN 1/1280 patrón homogéneo, anti-ADN 1/160, TP 84%, KPTT 68.6 seg. Resonancia magnética nuclear (RMN) imágenes compatibles con vasculitis. Se solicita valoración hematólogica: ACL lúpico positivo, anti b2glicoproteínas IgG e IgM positivos, FVIII 50%, FIX 9%. Diagnóstico: LES con compromiso renal. Corea. Hemofilia adquirida y síndrome antifosfolípido. Se contraindica biopsia renal. Se indica metilprednisona EV y luego, ciclofosfamida con buena respuesta.

**Caso 3:** Paciente femenino de 10 años de edad, consulta por poliartropatías y edemas. Se constata tenosinovitis de ambas manos, rash malar, enanitema, edema bupalpebral y de miembros inferiores. Se detecta anemia hemolítica, proteinuria, hipergammaglobulinemia, FAN 1/1280, anti ADN 1/160, hipocomplementemia, TP 83%, KPTT 65seg, por lo que se estudia FVIII 5%, FIX 1%. Diagnóstico: LES con compromiso renal y hemofilia adquirida. Se contraindica biopsia renal. Inicia tratamiento con metilprednisona EV, meprednisona VO y ciclofosfamida EV, con normalización del coagulograma luego de la primera dosis.

**DISCUSIÓN:** La hemofilia adquirida es un trastorno hemorrágico poco común, caracterizado por la producción de auto-anticuerpos que inactivan el factor VIII circulante. Se presenta con mayor prevalencia en mujeres entre 20 y 30 años, asociado con el embarazo, posparto, tumores sólidos, y enfermedades autoinmunes como el LES, la artritis reumatoidea, el síndrome de Sjögren, la miastenia gravis, la esclerosis múltiple y la colitis ulcerosa, mencionándose la alergia a la penicilina como un factor desencadenante asociado. Las manifestaciones clínicas habituales de esta forma de hemofilia son la púrpura cutánea extensa y hemorragias internas; las hemorragias articulares no son una característica notable. El diagnóstico se basa en el hallazgo de bajas concentraciones de FVIII, relacionados con la presencia en el plasma de un inhibidor. El tratamiento del episodio hemorrágico agudo incluye el uso de un concentrado de complejo de protrombina activada o de FVII recombinante activado. El tratamiento inmunosupresor generalmente es eficaz para reducir la producción de inhibidores y lograr un incremento sostenido en la concentración de dicho factor. Se ha reportado el uso de Rituximab con buena respuesta.

**CONCLUSIÓN:** Si bien la hemofilia adquirida es un manifestación poco frecuente asociada al LES en pediatría, es necesario tener un alto índice de sospecha en aquellos pacientes que presenten manifestaciones hemorrágicas y/o KPTT prolongado. Es importante realizar una interconsulta con hematología para poder interpretar los valores de FVIII y los niveles de su inhibidor. En la casuística de nuestro servicio, ninguno de los tres pacientes requirió FVII recombinante y presentaron muy buena respuesta con normalización de los parámetros hematólogicos con el tratamiento inmunosupresor instaurado.

163

**P163**  
**ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4**  
V Olmedo<sup>1</sup>, A Ortiz<sup>2</sup>, M Gonzalez<sup>2</sup>, E Henares<sup>3</sup>, M Eleiti<sup>3</sup>, S Paira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología Hospital JM Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Servicio Cirugía Cabeza y Cuello Hospital Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>3</sup> Servicio Anatomía Patológica Hospital Cullen Santa Fe, Argentina.

#### Introducción

Recientemente hay un gran interés en definir una nueva enfermedad llamada Enfermedad Relacionada a IgG4, caracterizada por una condición fibroinflamatoria, sistémica, con compromiso de diversos órganos con infiltración linfoplasmocitaria, fibrosis, flebitis obliterante y eventualmente eosinófilos, inmunomarcación para IgG4 positiva en mas de 10 plasmocitos por campo de gran aumento y habitualmente pero no siempre aumento de IgG4 sérica. El compromiso traqueal es raro y se describen solo 2 casos en la literatura

#### Objetivo

Presentación de un caso con estenosis subglótica secundaria a ERIGG4

#### Caso

Mujer de 67 años de edad con antecedentes de rinitis, que refiere disfonía y estridor de 4 meses de evolución que luego se convierte en disnea de esfuerzo que progresa a disnea de reposo por lo que se le realiza laringoscopia donde se evidencia estenosis subglótica. TAC cabeza y cuello: engrosamiento de partes blandas subglótica. IgE aumentada, IgG4 sérica aumentada, anatomía patológica: extensas áreas de fibrosis, infiltrados linfoplasmocitarios y algunos eosinófilos. Inmunomarcación de células plasmáticas positivas para IgG4.

La paciente fue sometida previo a estos resultados a traqueostomía. Comienza Prednisona 1 mg/kg/día.

Discusión: La histología es fundamental para este diagnóstico, luego confirmado por la inmunohistoquímica. La totalidad de órganos afectados por ésta enfermedad todavía no ha sido totalmente aclarado, existiendo en la actualidad solo 2 casos reportados en la literatura con compromiso traqueal.

164

**P164**  
**FRACTURA SUBTROCANTÉRICA DE FÉMUR ASOCIADA A TRATAMIENTO CRÓNICO CON BIFOSFONATOS CON BUENA RESPUESTA A RANELATO DE ESTRONCIO**

ML Brance, M Palatnik

Centro de Reumatología. Rosario. Santa fe, Argentina.

**Introducción.** Los bifosfonatos son las drogas más prescritas para el tratamiento de la osteoporosis. Varios estudios controlados, aleatorizados han demostrado que los bifosfonatos son efectivos en mejorar la densidad mineral ósea y reducir las fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopáusicas. Sin embargo estudios previos sugieren una relación entre fracturas subtrocantéricas de fémur, de baja energía, en pacientes tratados largo tiempo con bifosfonatos.

**Caso clínico.** Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, con antecedentes de menopausia a los 53 años, dislipemia, fractura en tercio inferior de húmero derecho hace 3 años con retraso en la consolidación. Realizaba caminatas de 20 minutos día como actividad física e ingestas de 1000 mg de calcio en forma de lácteos. Con diagnóstico de osteopenia sin factores de riesgo asociados para osteoporosis es medicada con ibandronato durante 7 años. La paciente realiza consulta para control general. En ese momento se solicita densitometría ósea, laboratorio metabólico mineral completo, se suspende el ibandronato y se suplementa con vitamina D. Luego de un mes con dolor en región inguinal derecha, sordo y persistente la paciente presenta una fractura subtrocantérica de fémur derecho no traumática, mientras esperaba cruzar la calle. En la radiografía de fémur se observa engrosamiento cortical en el sitio de la fractura, subtrocantérica, transversa, completa. Tres meses luego de la cirugía -osteosíntesis con clavo endomedular- concurre a la consulta y dada las características se interpreta como fractura atípica de fémur asociada a tratamiento crónico con bifosfonatos, con retraso en la consolidación. En ese momento su densidad mineral ósea en cuello femoral era de: 0.682 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -1.5 y Z-score: -0.1. Su laboratorio metabólico mineral evidenciaba deoxipiridinolina urinaria/Cru nmol/mmol: 7.67 (VN: 7.5). Resto de los parámetros deoxisfosfo óseos dentro de lo normal. La paciente continuaba con dolor inguinal. Se indica ranelato de estroncio a dosis de 2 g/día. La paciente es seguida con densitometrías anuales y con laboratorios específicos de metabolismo óseo. La densitometría ósea evidencia una densidad mineral ósea estable. El dolor inguinal desapareció a los dos meses de indicado el ranelato de estroncio, y la fractura consolidó 4 meses después. Recibió ranelato de estroncio 1.5 años. La paciente a lo largo de tres años de seguimiento presenta niveles de deoxipiridinolina urinaria en valores normales y densidad mineral ósea estable.

**Discusión.** Si bien el estudio de Black y col, evidencia que la ocurrencia de fractura subtrocantérica de fémur es muy rara, incluso en las mujeres que han sido tratadas con bifosfonatos por más de 10 años, un reciente metaanálisis demuestra una clara relación entre ambos. La supresión severa del turn-over óseo por bifosfonatos en pacientes susceptibles podría aumentar la susceptibilidad a este tipo de fractura. El ranelato de estroncio ha demostrado aumentar la reparación y la formación del calo óseo luego de fractura *in vitro* e *in vivo*. La desaparición del dolor y la curación de la herida hacen pensar en este caso un efecto anabólico positivo del ranelato de estroncio. Si bien hay reportes de casos de fracturas subtrocantéricas de fémur tratados con teriparatide y otros tratados con ranelato de estroncio, ambas como drogas anabólicas, más estudios son necesarios para confirmar este efecto.

165

**P165**  
**PSEUDOTUMOR CEREBRI COMO HALLAZGO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO**

G Verna, S Catalán Pellet, JP Vinicki, D Dubinsky, G Nasswetter  
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** El pseudotumor cerebral (PTC) o hipertensión endocraneana idiopática (HEI) es un trastorno definido por signos y síntomas producidos por incremento en la presión intracraneana, composición normal del LCR y ausencia de otras causas evidentes de hipertensión endocraneana. Afecta principalmente a mujeres jóvenes con sobrepeso aunque han sido reportadas en enfermedades sistémicas como LES.

Presentamos el caso de una paciente joven con PTC en el contexto de lupus eritematoso sistémico de reciente comienzo.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de sexo femenino de 16 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia que inició siete meses previos a la consulta con poliartralgias asociado a eritema malar y lesiones en piel, con biopsia sugestiva de lupus subagudo. Durante la valoración oftalmológica previa al inicio de HCQ se constata edema de papila bilateral por lo que se indica su internación para estudio y tratamiento. Al ingreso se encontraba normotensa, afebril, con eritema malar, úlceras orales no dolorosas, alopecia y placas discoides eritemato-violáceas en región facial, cuero cabelludo, antebrazos y abdomen. Presentaba, además, sinovitis de grandes y pequeñas articulaciones. Al interrogatorio dirigido refiere episodios de cefalea y escotomas centelantes. El LCR presentaba presión de apertura elevada (25 cm H<sub>2</sub>O) con cultivos negativos, bandas oligoclonales negativas; TC, RM y angio RM de cerebro sin particularidades. TC tórax imágenes pleurales compatibles con serositis secular. En el laboratorio presentaba anemia, linfopenia, FAN + 1/160 homogéneo y moteado, anti DNA positivo, RNP + en valor de corte, hipocomplementemia (C3: 31, C4: 1, CH50: 1), Inhibidor Lúpic negativo, anticardiolipina y Anti β2GPI IgG e IgM negativos, crioglobulinas (+) 24, 48, 72 hs y 7 días, VDRL (+), FTABS neg. Sedimento urinario: proteinuria (4+), hematies 2-4/campo micróscopico, cilindros hialinos, grasos. Proteinuria de 24 hs: 1.24 gr. Se realizó PBR (Glomerulonefritis proliferativa difusa IV G, IA 12/24, IC 0/1): IgG, IgA, C1q, C3, IgM +. Interpretando el cuadro como LES de reciente diagnóstico con compromiso seroso, hematológico, renal y de SNC, se decidió iniciar tratamiento con pulsos de Metilprednisolona 1 g durante tres días continuando con 1 mg/kg/día, y metotrexatoleno como inducción. Comenzó tratamiento con acetazolamida 30 mg/kg/día. Evolución favorablemente, ausencia de edema de papila, LCR con presión de apertura de 12 cm H<sub>2</sub>O. En los controles posteriores a su ingreso hospitalario se constata mejoría de alopecia, ausencia de úlceras orales o sinovitis, sin síntomas neurológicos, franca mejoría de las lesiones en piel.

**DISCUSIÓN.** Las manifestaciones neurológicas son frecuentes en LES y el ACR ha definido 19 síndromes neuropsiquiátricos. Ha sido reportada una prevalencia entre un 10 a 80% de los pacientes previo al diagnóstico de la enfermedad o durante el curso de la misma. Una revisión sistemática publicada recientemente ha estimado una prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas de 1.6% en niños y 3.6% en adultos. El pseudotumor cerebral tiene buen pronóstico dada la rápida respuesta a glucocorticoides, disminuyendo el riesgo de recaídas con el uso de inmunosupresores como terapia de mantenimiento. Los casos refractarios requieren el uso de agentes alquilantes, plasmáferesis, gamaglobulina EV o Rituximab.

**CONCLUSIÓN.** La asociación entre PTC y LES es poco frecuente; más aún considerando que su asociación no se produjo dentro de los primeros 2 años del diagnóstico (como ocurre en general con las manifestaciones neurológicas). Remarcamos el carácter oligosintomático de la presentación clínica, con el hallazgo "accidental" de edema de papila a través de la realización de un fondo de ojo. Jerarquizamos la importancia de realizar fondo de ojo de rutina en los pacientes con LES, más aún, en el contexto de cefalea. Nuestra paciente tuvo una rápida respuesta al tratamiento con corticoides e inmunosupresión.

166

**P166**  
**PORFIRIA CUTÁNEA TARDA ESCLERODERMIFORME EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

E Avid, S Catalán Pellet, JP Vinicki, D Dubinsky, G Guerrero, M Alevato, G Nasswetter  
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** El término porfiria es utilizado para describir un grupo de enfermedades con alteración en el metabolismo de las porfirinas. Estas son compuestos intermedios en el metabolismo del hemo. La porfiria cutánea tarda (PCT) se debe a una deficiencia adquirida de la descarboxilasa uroporfirinógeno hepática y se define por características clínicas y hallazgos bioquímicos. Su presentación se asocia a otras enfermedades, incluyendo HVC, HIV, DBT, neoplasias mieloproliferativas, enfermedades autoinmunes y con la exposición a factores desencadenantes (alcohol, hierro, estrógenos, hidrocarburos aromáticos).

**CASO CLÍNICO.** Una paciente de 79 años de edad con antecedentes de hipertensión, dislipemia, insuficiencia cardíaca secundaria a cardiopatía isquémica y diagnóstico reciente (< 6 meses) de artritis reumatoidea del género, no erosiva y títulos elevados de FR (1/320) y CCP (173 UA), inicia tratamiento con metprednisona 8 mg/día asociado a metotrexate 10 mg/semana con buena respuesta y tolerancia. Consultó 6 meses después por prurito secundario a dermatosis en cuero cabelludo, escote y región proximal de miembros superiores de 2 meses de evolución. Se realizó biopsia de piel que informó hallazgos vinculables a porfiria esclerodermiforme (señaló cambios en alteraciones significativas, dermis con hialinización superficial y disminución del espesor y con técnica de PAS se observa leve engrosamiento de las membranas basales pericapilares). Uroporfirinas en orina de 24HS: 2172 mcg (VN: 20-250 mcg). Uroporfirina plasmática: 4.08 mcg (VN: <30 mcg) sin otros hallazgos de relevancia (HIV, hepatitis C, ferritina, FAN, anti-DNA, anti-Sm, anti-centrómero y anti-Sci-70 negativos). La paciente refirió ser abstemia toda su vida. Comenzó tratamiento con hidroxiquinona, no siendo necesaria la realización de flebotomía. Toda medicación considerada insegura para PCT fue suspendida y la paciente continuó con metotrexate. La evolución de la enfermedad cutánea fue favorable en pocas semanas y los síntomas como prurito y dolor cutáneo desaparecieron por completo.

**DISCUSIÓN.** La asociación entre AR y porfiria no resulta evidente como ocurre en pacientes con lupus. Eales y colaboradores describen en 1972 una paciente de 64 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Felty de larga evolución que desarrolla porfiria sintomática en los últimos 3 años de su vida. Nyman y colaboradores, el mismo año, describen un paciente de 49 años de edad con historia de enoismo severo y diagnóstico de PCT que desarrolla en el postoperatorio de un carcinoma bronquial, artralgias en grandes articulaciones y rigidez matinal en cintura escapular/pelvián compatible con AR, polimialgia reumática o síndrome paraneoplásico. La relación entre metotrexate (MTX) y PCT tampoco es clara; habiendo sido cuestionado por otros autores ya que el MTX no utiliza la vía del citocromo p450, característico en el metabolismo de las porfirinas. Malina y col. en 1983 y tres años más tarde Dopfer y col. sugieren una posible relación entre PCT y MTX; aunque el primer paciente utilizaba MTX durante 7 años antes de la PCT y el segundo caso tenía historia familiar de porfiria y utilizó simultáneamente ciclofosfamida (no autorizada en PCT) como tratamiento de leucemia. O'Neill en 1993 describe una paciente con diagnóstico de AR que desarrolla PCT luego de 2 semanas de tratamiento con 15 mg de MTX/semanal que mejora luego de suspendida la droga aunque persiste con porfirina elevada en el laboratorio. Por último, Chalem y colaboradores describen una paciente con AR que desarrolla PCT por anticonceptivos orales y en tratamiento con MTX que mejora a pesar de no suspenderlo.

**CONCLUSIÓN.** La relación entre PCT y AR es un evento fortuito y no existe razón para suspender MTX. Al igual que Chalem y colaboradores, nuestra paciente mejoró a pesar de continuar tratamiento con dicha droga.

167

**P167**  
**SÍNDROME SICCA, PAROTIDOMEGALIA Y POLIARTRALGIAS COMO DEBUT DE ENFERMEDAD ASOCIADA A IgG4**

N Pérez, MM Piovesan, M Castillo, S Catalán Pellet, M Volpacchio, G Nasswetter  
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** Las enfermedades asociadas a IgG4 (EA-IgG4) están caracterizadas por la formación de masas pseudo-tumorales, infiltrado linfoplasmocitario de células IgG4+ en los tejidos y elevación sérica de niveles de IgG4. La entidad no fue reconocida hasta el año 2003 (Kamisawa et al.) cuando se descubrieron manifestaciones extrapancreáticas en pacientes diagnosticados de pancreatitis autoinmune.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de sexo femenino de 53 años que consulta por presentar parotidomegalia bilateral y tumoración submaxilar de un año de evolución; dura al tacto, no desplazable asociado a xeroftalmia, xerostomía, artralgias de pequeñas y grandes articulaciones, pérdida de 10 kg en 4 meses, sudoración nocturna y alopecia. En el laboratorio de ingreso se constata eosinofilia (1600/mm<sup>3</sup>), VSG 74 mm/h, PCR 1.4 mg/dL (normal por debajo de 0.5 mg/dL), hipergammaglobulinemia policlonal de 1.86 g/dL, IgG 1762 mg/dL (normal por debajo de 1600 mg/dL), IgE 634 mg/dL (normal <100 mg/dL), FAN 1/80 moteado, anti Ro (+), anti La (-), anti DNA (-), FR de 437 UI/ml (VN h/14), hipocomplementemia a expensas de CH50 y C4; Serología para hepatitis virales, HIV, EBV y VDRL negativas. PPD 0 mm, copro-parasitológico y hemocultivos negativos, β2 microglobulina negativa. Se realizó BUT (Break up time), test de Schirmer y tinción con fluoresceína compatibles con ojo seco. Centellografía dinámica de glándulas salivales con 99mTc libre, normal. TC de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste que evidencia aumento de tamaño de ambas parótidas, submaxilares y lagrimales; adenomegalias en cadenas latero-cervicales; tejido de densidad de partes blandas rodeando la aorta proximal y conglomerado adenopático yuxtadaótico supra e infrarenal. Se realiza submaxilectomía derecha con evidencia de alteración de la arquitectura lobular con marcada alteración a expensas de fibrosis y denso infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y eosinófilos, disminución del número de acinos y fibrosis periductal, con positividad para IgG4 en todas las células plasmáticas de la muestra, superior al 30%. Dosaje de IgG4 en plasma > 1.35 g/L. Biopsia de ganglio yugular derecho con hiperplasia folicular linfocito, con citometría de flujo normal. RM de abdomen con gadolinio que muestra tejido rodeando a la aorta que refuerza con contraste compatible con fibrosis periaórtica retroperitoneal. Se inicia metilprednisolona vía oral 1 mg/kg/día con mejoría a las 4 semanas del tamaño glandular y adenomegalias. Actualmente la paciente se encuentra con dosis de mantenimiento de 8 mg de metilprednisolona/día asociado a azatioprina como ahorrador de corticoides.

**DISCUSIÓN.** El síndrome sicca, edema bilateral de glándulas submaxilares y parotídeas, FAN + 1/80 moteado, Ro+, FR+ y la hipergammaglobulinemia policlonal junto a hipocomplementemia sugieren como primera impresión diagnóstica Síndrome de Sjögren (SS). La elevación de IgE, eosinofilia periférica, la linfadenopatía submandibular y cervical dorso-pétreas junto a la fibrosis retroperitoneal, llevan a considerar diagnósticos alternativos. La positividad para FR, FAN, anti Ro, anti La y la hipocomplementemia se han descrito en EA-IgG4, como así también la presencia de xeroftalmia, xerostomía y artralgias. Teniendo en cuenta el hallazgo de dacrioadenitis, sialoadenitis, parotiditis, linfadenitis y fibrosis periaórtica retroperitoneal con demostración histológica de depósito tisular de IgG4 y su presencia en sangre apoyan el diagnóstico de EA-IgG4.

Se han establecido 3 criterios histopatológicos mayores asociados a enfermedad por IgG4: 1) denso infiltrado linfoplasmocitario, 2) fibrosis focal en forma de rueda de carro, 3) flebitis obliterativa. La biopsia, en este caso, cumple con los dos primeros criterios (siendo éstos los más importantes para el diagnóstico). Se demostró además el depósito de IgG4 en la inmunofluorescencia.

**CONCLUSIÓN.** La EA-IgG4 es una entidad recientemente diagnosticada con un espectro clínico amplio y un rasgo histopatológico único. Puede mimetizar otras entidades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes, como el SS. Los corticoides constituyen la primera línea terapéutica, con buena respuesta en gran parte de los casos; algunos autores sugieren que una respuesta inicial rápida puede utilizarse como un marcador diagnóstico útil.

168

**P168**  
**HEPATITIS AUTOINMUNE EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**  
 C Battagliotti, A Costaguta, I Villarruel, D Rispolo, M Karacachoff  
 Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Argentina.

**Introducción:** La afección hepática por el LES conocida como hepatitis lúpica, es de rara presentación, se describe en un 3 a un 8 % de los enfermos. Siendo usualmente asintomática, con un curso subclínico de una evolución benigna. Pero las anomalías de las enzimas hepáticas son comunes, y varían entre un 23 a un 15% Muchas veces un incremento de estas podría explicarse por el uso de drogas, desórdenes metabólicos, hepatitis virales, o por esteatosis debido al uso de corticoides.

La hepatitis autoinmune en cambio es una enfermedad crónica progresiva con cambios histopatológicos característicos. Ha sido raramente descrita en enfermos que padecen LES. Ambas enfermedades comparten hallazgos autoinmunes como la poliartritis, hipergamaglobulinemia y la positividad del anticuerpo antinúcleo, pero son consideradas dos entidades diferentes.

**Objetivos:** Describir una paciente que presenta estas dos enfermedades superpuestas.

**Caso clínico:** Paciente femenina, caucásica de 14 años de edad que a los 12 años se le diagnosticó LES con Nefropatía<sup>IV</sup>. Tratada con pulsos de Ciclofosfamida EV mensual durante 6 meses seguida de micofenolato mofetil, corticoides e hidroxilcloroquina, con buena evolución.

Dos años más tarde consulta por ictericia con aumento de las enzimas hepáticas sin otro hallazgo clínico. En el laboratorio tenía TGP 1486 U/L, TGO 1300U/L con Hipergamaglobulinemia, FAN 1/5000 RO+ anti-ADN +, LKM+ PO+ No tenía antecedentes de drogas, alcohol ni virus hepatotrópicos.

La biopsia hepática mostró una hepatitis crónica de interfase con infiltrado linfoplasmocitario con leve actividad. Tratada con altas dosis de corticoides mejoró en el transcurso de pocos meses.

**Conclusión:** La paciente cumplía tanto con los criterios ACR para LES como los de hepatitis autoinmune del IAHG (Grupo Internacional de estudio de a hepatitis autoinmune) Por lo que la consideramos un síndrome de Overlap o de Superposición.

La hepatitis autoinmune puede ocurrir durante el curso de un enfermo con LES. Para poder diferenciar esta entidad la biopsia hepática debe hacerse en un enfermo con LES que presenta anomalías crónicas de las enzimas hepáticas.

Un diagnóstico temprano es importante para prevenir el avance de la enfermedad hepática.

169

**P169**  
**MIELITIS LONGITUDINAL. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS**

J Gallo<sup>1</sup>, C Drago<sup>1</sup>, A Ortiz<sup>1</sup>, O Rillo<sup>2</sup>, S Paira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Sección Reumatología Hospital Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Servicio Reumatología Hospital Pirovano Bs As, Argentina.

La mielitis es una emergencia médica con una incidencia de 1-4 /1000000. Sus causas más frecuentes son: Esclerosis Múltiple, infecciones virales y bacterianas (Sífilis, Enfermedad de Lyme, Epstein Barr, inmunización con vacuna antigripal, infartos y enfermedades sistémicas (LES, Sjögren, SÁF, Sarcoidosis, vasculitis) Ocurre en el 1-2 % de los LES. EL Hallazgo más frecuente en RM es el compromiso en promedio de 4 segmentos medulares. Deodhar y col describen el primer caso con compromiso de más de 4 segmentos, llamando a esta variante: Mielitis Longitudinal o Mielitis transversa continua.

**Objetivo:** Presentación de 5 casos con mielitis longitudinal.

**Caso 1:** Mujer de 16 años con diagnóstico de LES de 4 meses de evolución (poliartritis y fiebre), que presenta paraparesia e incontinencia urinaria, laboratorio: C3 C4 ↓, Linfopenia, VSG ↑, FAN 1/2560, anti ADNn + Sm + Ro +, La + RNP +, anti NMO – ACL – AL – anti-β2 GPI –. LCR: Turbio GB 800 (80% PMN, glucosa ↓, Cultivos –. RM médula: mielitis central. Toda la médula. Tratamiento 5 pulsos metilprednisolona 1 gr y Pulsos Ciclofosfamida 1 gr mensual esquema NIH con resolución total del cuadro.

**Caso 2:** Mujer de 32 años con LES de 7 meses de evolución (Poliartritis, rash malar, Serositis) que consulta por paraparesia y dolor abdominal y meningitis aséptica Laboratorio: Pancitopenia, Linfopenia. C3 C4 ↓, FAN 1/1280, Ro + AcI -, AL – ADNn + Sm + RNP + anti-NMO - LCR: Cultivo – andas Oligoclonales -. RM: mielitis central D10-L2. Tratamiento 5 Pulsos 1gr metilprednisolona, 3 pulsos Ciclofosfamida 1 gr mensual, Rituximab 1gr c/15 días por 2, sin resultados.

**Caso 3:** Mujer de 13 años con diagnóstico de inicio de LES (Rash malar, úlceras orales) que se presenta con paraparesia y nivel sensitivo en miembros inferiores y compromiso ocular de 3 días de evolución. Laboratorio: FAN + Sm + Ro + C3 C4 ↓, ADN -, AcI – AL- NMO 500 + LCR: GB 463 (PMN 80%) Cultivos -. RM: Mielitis Cervical-Dorsal, Central . Tratamiento: 5 Pulsos Metilprednisolona. Azatioprina 150 mg día, con respuesta parcial. Continúa paraparesia

**Caso 4:** Mujer 40 años con tiroiditis de Hashimoto que presenta parésia facial y brazo der y paraparesia piernas, nivel sensitivo T4-T5 .Retención urinaria. Dolor retro-ocular y disminución agudeza visual.Laboratorio:FAN hep 2 1/620, Anti Ro +, Anti NMO + 500, ACL – anti ADNn-anti-sm – anti RNP- complemento normal .LCR: Proteínas ↑, IgG1; Cultivos neg bandas oligoclonales neg RM neuritis óptica. RM medular: mielitis central C2-T6. Tratamiento: Pulsos metilprednisolona 1 gr por 5, Azatioprina. Fallece

**Caso 5:** Hombre 16 años que comienza con dificultad miccional y paraparesia de 5 días de evolución. Lab: IgG4 sérica 2621 mg/l (elevada), serología CMV, Herpes 1 y 2, Epstein Bar Parvovirus B19 negativos FAN hep 2 – Anti-ADNn – C3 y C4 normales AL – AcI – β2GPI – ENA – anticuerpos anti-NMO -. LCR sin particularidades. RM médula: mielitis Cervical-dorsal central. Potenciales evocados oculares patológicos (sin clínica). Tratamiento: Pulsos metilprednisolona 1gr día por 3. Prednisona 40 mg/día en dosis descendentes y Azatioprina 75 mg/día. Resolución total del cuadro

**Discusión:** El compromiso longitudinal, centromedular es característico de las enfermedades sistémicas como LES. De los 5 pacientes 3 fueron confirmado el Dx de LES y el compromiso medular sucedió en fases tempranas de la enfermedad o como forma de inicio. 2 casos correspondían a Sme de Devic, uno de ellos con LES confirmado y el otro con FAN y anti Ro positivos. La mielitis longitudinal es una rareza en LES, siendo una complicación sería con desenlace fatal en mas del 80%. Los pacientes con compromiso de 4 o más segmentos tienen una afectación neurológica más severa que los pacientes con menos de 4 segmentos afectados. Se describen 25 casos con mielitis longitudinal y LES en la literatura.

170

**P170**  
**HIPERCALCEMIA COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**  
 D Tombini, C Medina, M Leiva, C Gauna, C Baldominir, M Klein  
 Sanatorio Guemes, Argentina.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una activación policlonal de células B con producción de autoanticuerpos y formación de complejos inmunes de depósito. Afecta múltiples órganos, incluyendo piel, riñón, hígado, pulmón, articulaciones, sistema nervioso y órganos hematopoyéticos, por lo cual puede manifestarse con una gran variedad de signos y síntomas. Los anticuerpos antinucleares son la marca inmunológica de la enfermedad. La hipercalcemia si bien es una manifestación rara asociada a LES ha sido descrita y la determinación del mecanismo causal de la hipercalcemia se asocia según lo descrito a la presencia de PTHr o a la presencia de anticuerpos contra receptor de PTH que actúan estimulando al receptor, y en este último caso se asocia directamente con la actividad de la enfermedad. Presentamos el caso de una paciente que inicia con hipercalcemia de causa no conocida, evolucionando posteriormente al diagnóstico de LES.

**Caso clínico:** Mujer de 43 años de edad, antecedente de hijo con LES. Comienza 6 meses previos con cuadro de náuseas, vómitos y dolor abdominal detectándose en laboratorio deterioro progresivo de la función renal (Cr 2,1 mg/dl) asociado a Hipercalcemia y ESD 70 mm/h. Se interna. Se descartaron como causas hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, alteraciones del metabolismo de Vitamina D y mieloma múltiple. Serologías para HIV, VHB y VHC negativas. FAN y antiDNA negativos. Complemento normal. Realizo tratamiento con Pamidronato, furosemida y abundante hidratación con buena respuesta siendo externada. A los 2 meses intercorre con nuevo episodio de Hipercalcemia sin deterioro de la función renal manifestado por vómitos, agregando al examen físico derrame pleural bilateral. Recibe como tratamiento hidratación normalizando hipercalcemia. Se realiza pleurocentesis compatible con exudado no complicado. Se repite FAN y Anti DNA negativos. VATS con Bx: Pleuritis inespecífica. Se externa. Al mes agrega disnea progresiva, fiebre y monoartralgias. Se reinterna e inicia en forma empírica tratamiento con Corticoides. Se repite dosaje FAN resultando + 1/320 patron moleado. Continúa tratamiento esteroideo ambulatorio con excelente respuesta.

**Conclusión:** La hipercalcemia es un problema relativamente común en la práctica diaria. El 90% de las hipercalcemias se deben a hiperparatiroidismo primario y enfermedad oncológica. En la búsqueda de causas menos frecuentes debemos considerar al LES como forma de presentación. El desafío diagnóstico que nos presento el estudio de esta paciente amerita su presentación.

171

**P171**  
**ATRESIA DUODENAL ASOCIADA A MOFETIL MICOFENOLATO**

MP Zapata, A Caminer, D Rebiglione, G Kluwak, M Abdala, JM Vandale  
 Hospital Centenario de Rosario. Carrera de especialización en Reumatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

**Introducción:**

El mofetil micofenolato (MMF), es un fármaco ampliamente utilizado tanto en la nefropatía lúpica como en pacientes transplantados. La exposición al mismo durante la gestación genera anomalías como microtia, anotia, atresia del canal auditivo, labio leporino, fisura palatina y micrognatia. También pueden observarse malformaciones cardíacas, renales y en sistema nervioso central. En algunos casos se han observado: atresia de esfago, hernia diafragmática y anomalías vertebrales. El diagnóstico de la embriopatía por MMF está basado en el examen clínico y la historia de exposición materna al fármaco durante el embarazo.

La incidencia de la atresia duodenal se estima entre 1/10.000 y 1/6.000 nacimientos vivos, la mayoría de los casos es esporádica. En el 30-52% de los casos se trata de una anomalía aislada, pero es habitual que esté asociada a otras anomalías congénitas. Aproximadamente el 20-30% de los niños con atresia duodenal son portadores de la trisomía 21, y alrededor del 20-25% presentan anomalías cardíacas.

**Caso clínico:**

Se presenta el caso de una paciente de 23 años con diagnóstico de nefropatía lúpica tipo IV en tratamiento con prednisona, hidroxilcloroquina y MMF que por falta de adherencia a las indicaciones contraceptivas e irregularidad en los controles clínicos, continúa el tratamiento con MMF durante el primer trimestre de embarazo. Al advertirse la gestación se suspende el MMF, se indica continuar con prednisona, hidroxilcloroquina, comenzar con azatioprina 50 mg cada 12 hs. La paciente fue seguida por el grupo de embarazo de alto riesgo de nuestro hospital.

Durante el tercer mes de embarazo la paciente presentó un cuadro de artritis séptica de codo, por la cual recibió tratamiento con ceftriaxona, vancomicina e isoniazida (por antecedentes de enfermedad de Poncet en familiar de primer grado) obteniéndose cultivos negativos para gérmenes comunes y bacilos ácido alcohol resistente. El niño nació con 36 semanas de edad gestacional, diagnosticándose atresia duodenal que fue resuelta quirúrgicamente, sin hallazgos de otras malformaciones.

**Conclusiones:**

Motiva la presentación de este caso, la baja incidencia de atresia duodenal en neonatos y la posibilidad de plantear en este caso la asociación con la exposición materna al MMF durante el primer trimestre de embarazo, resaltando la importancia de extremar las recomendaciones contraceptivas en las pacientes en edad reproductiva que son la mayoría dentro del grupo de pacientes con LES y glomerulopatías.

**P172 ASCITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

S Cuadros, E Fonseca, D Rebiglione, G Kluwak, MV Ochoa y Gomez, M Abdala  
Hospital Centenario. Carrera de especialización en Reumatología. Facultad de Ciencias Médicas de Rosario. UNR, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria autoinmune multistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos e inmunocomplejos que se depositan en los tejidos comprometiendo varios órganos y sistemas. El tracto gastrointestinal es uno de los sistemas más afectados y puede ser, en ocasiones la manifestación inicial de la enfermedad. Por otra parte, no es infrecuente que la incidencia de manifestaciones gastrointestinales sea subestimada debido a la inespecificidad de alguno de ellos, o bien porque el compromiso de tracto gastrointestinal muchas veces carece de sintomatología abdominal.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 19 años sin antecedentes patológicos de jerarquía, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por astenia y fiebre intermitente. Una semana previa a la consulta agrega dolor abdominal, vómitos y episodios de diarrea acuosa (10 episodios por día). **Examen físico:** TA 100/70, FC 110, FR 20, Afebril. Murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Sin signos de ICC ni taponamiento pericárdico. Abdomen distendido, blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos, matidez desplazable. Sin edema de miembros inferiores. SNC y musculoesquelético normal. **Laboratorio:** HTO 27 %, Hb 9 gr/dl, GB 5800 mil/mm3, plaq 315000mil/mm3, VES 55 mm/Hora, PCR 0.9 mg/dl, albúmina 2.9 mg%, Uremia 37 mg%, Creatinina 0.9 mg%, hepatograma normal. FAN 1/5120 Hep 2(patrón homogéneo-moteado-anular) anti DNA >1/640, C3 32, C4 8, ENA positivo, anti Sm positivo, ANCA C Y ANCA P negativos, anticardiolipinas IgM, IgG negativos, B2 glicoproteína negativos. **Líquido ascítico:** exudado, cultivo: negativo. **Orina de 24 hs:** diuresis 1960 ml, Clcr 44, prot 1.65 g/l. **TAC de abdomen:** engrosamiento difuso de intestino delgado con refuerzo de la mucosa y serosa en relación con patología inflamatoria. Ascitis severa.

**Ecocardiograma:** derrame pericárdico leve. **Conducta:** Se realiza pulsos de metilprednisolona con mejoría sintomática continuando con prednisona vía oral.

**DISCUSIÓN:** La ascitis como signo de serositis abdominal puede ser encontrada en un 10% de los pacientes con LES pero rara vez ha sido comunicada como presentación inicial de la enfermedad. Suele relacionarse con síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca, pericarditis restrictiva, vasculitis, enteropatía perdedora de proteínas o síndrome de Budd-Chiari. En el Lupus puede presentarse ascitis de forma aguda o crónica, pero es extremadamente rara la ascitis importante. La forma aguda ocurre en el 11% de los casos y puede presentarse con náuseas, vómitos y dolor abdominal, mientras que la serositis crónica generalmente es indolora. La serositis aguda se puede deber a vasculitis mesentérica o peritoneal asociada, y se presenta en pacientes con LES activo, mientras que la forma crónica puede representar un signo de hipalbuminemia asociada a síndrome nefrótico o a enteropatía perdedora de proteínas. Menos frecuentemente puede deberse a congestión hepática, malignidad o cirrosis. La vasculitis mesentérica se presenta con edema y engrosamiento de la pared intestinal como consecuencia del depósito de inmunocomplejos y activación del complemento esto provoca aumento de la permeabilidad, resultando en ascitis masiva. Como complicación más severa puede presentar necrosis isquémica con perforación y hemorragia gastrointestinal. El estudio del líquido ascítico muestra un exudado, con bajos niveles de complemento y altos títulos de anti ADN.

La serositis en LES presenta buena respuesta a altas dosis de esteroides administrados en forma de pulsos de metilprednisolona. En casos resistentes se puede adicionar un inmunosupresor como ciclofosfamida, azatioprina y ciclosporina.

En conclusión, la peritonitis lúpica aguda es una presentación de LES poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial de ascitis especialmente cuando se descartaron causas habituales. La experiencia con nuestro paciente indica que el tratamiento con glucocorticoides e hidrocortisona fueron eficaces en el tratamiento de esta manifestación rara. Pero severa de LES.

**P173 CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS**

ML Quispe Villanueva, VC Wernicke, MJ Otero, MN Lojo, MR Lazzarino  
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS R. ROSSI LA PLATA, Argentina.

**Introducción:**

La expectativa de vida en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ha mejorado en las últimas décadas asociada a los avances diagnósticos y terapéuticos. El aumento de la frecuencia de cáncer de tiroides en LES ha sido vinculado, por varios autores, al antecedente de patología tiroidea autoinmune. Otros factores sugeridos, serían los defectos en la inmunovigilancia y la exposición a factores exógenos (medicamentos, virus).

Presentamos 3 pacientes con LES según criterios ACR 97 y carcinoma papilar de tiroides confirmados por biopsia, sin detección de anticuerpos antitiroideos previos.

**Caso 1:** mujer de 55 años con LES diagnosticado hace 4 años. Antecedentes: fenómeno de Raynaud, ojo seco, eritema malar, poliartritis y compromiso pulmonar. Examen físico: boca seca, tenosinovitis de manos, eritema palmar y bradicardia sinusal, FAN 1/2560 moteado, anticuerpos anti Ro + 20 U, Sm + 72 U, RNP + 48 U, TSH 6,8 uU/ml (0,34- 5,6), T4L 0,89 ng/dl (0,61-1,18). Anticuerpos anti tiroglobulina (ATG) y anti microsomas (ATPO) negativos. Sin antecedente familiar de patología tiroidea. Tratada con hidrocortisona, diltiazem y ácido acetilsalicílico. A los 2 años del diagnóstico se detecta por ecografía: en lóbulo tiroideo derecho nódulo complejo; lóbulo izquierdo nódulo heterogéneo sólido; ambos con circulación central y periférica. Por punción aspiración con aguja fina(PAAF)se confirma carcinoma papilar.

**Caso 2:** mujer de 55 años con diagnóstico de LES de 21años de evolución. Antecedentes: poliartritis, alopecia, rash malar, plaquetopenia, anemia, glomerulonefritis tipo IV, FAN1/500 moteado, anticuerpos anti DNA1/20 e hipocomplementemia. Recibió hidrocortisona, esteroides (pulsos y orales), azatioprina y ciclofosfamida. Sin antecedentes familiares o personales de patología tiroidea. Como hallazgo ecográfico a los 53 años presentó nódulo tiroideo solitario. TSH 1,52 uU/ml; T4L 0,78 ng/dl; ATG y ATPO < 1/100 U/ml. Por PAAF se diagnostica carcinoma papilar.

**Caso 3:** mujer de 41 años con diagnóstico de LES de 21 años de evolución. Antecedente de fotosensibilidad, alopecia difusa, poliartritis y glomerulonefritis tipo IV, FAN 1/1280 homogéneo, anti DNA1/80, hipocomplementemia. TSH 2,6 uU/ml; T3 100 ug/dl; T4 5,9 ug/dl; ATG y ATPO < 1/100 U/ml. Sin antecedentes familiares o personales de patología tiroidea. Recibió tratamiento con hidrocortisona, esteroides y azatioprina. A los 31 años de edad se detectó por ecografía nódulo con bordes netos, sólido y líquido, de escasa vascularización, centellográficamente frío. Se diagnóstico carcinoma papilar por PAAF.

**Discusión:**

Piñola y col. estimó que la prevalencia de cáncer papilar tiroideo para Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma sería de 6,51 casos/100.000 habitantes/año, habiéndose duplicado en el período 2003-2011. Estos 3 casos de carcinoma papilar de tiroides fueron detectados entre un total de 803 pacientes con LES actualmente en seguimiento en nuestro Servicio de Reumatología. Antonelli y col. en un estudio de casos y controles de 153 pacientes lúpicos italianos, encontró una prevalencia de carcinoma papilar de tiroides de 3,2 % (5 casos), significativamente mayor a los controles no lúpicos (solo 1 caso, p=0,001). El 80 % de estos pacientes presentaron antecedentes familiares de enfermedad tiroidea (hipo o hipertiroidismo) y anticuerpos antitiroideos. No se halló asociación entre los tratamientos recibidos por el LES y el carcinoma papilar tiroideo.

En cuanto a la presencia de nódulos tiroideos y LES, Quintanilla-Flores y col. estudió 55 pacientes hispanos con LES, reportando una prevalencia de nódulos tiroideos de 25 % comparado con un 7,8 % en un estudio de población general del mismo grupo. No encontraron posibles factores de riesgo asociados excepto el uso de azatioprina. Nuestros 3 casos de carcinoma papilar tiroideo asociados a LES no pudieron relacionarse con antecedentes familiares ni anticuerpos antitiroideos y solo dos estuvieron expuestos a azatioprina. Dado el aumento de la incidencia reportada de esta patología tiroidea en la población lúpica sería conveniente incluir la ecografía tiroidea en el monitoreo clínico.

**P174 PERDIDA DE LA VISIÓN POR VASCULITIS RETINIANA EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

A Abalos<sup>1</sup>, A Gervilla<sup>1</sup>, J Cazon<sup>1</sup>, C Lascano<sup>1</sup>, J Martínez Alvarado<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital San Roque, Jujuy, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Ojos, Jujuy, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La manifestación oftalmológica en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) más común es la queratoconjuntivitis sicca; siendo menos frecuentes las manifestaciones intraoculares como vasculitis retiniana, uveítis, escleritis, episcleritis y corioidopatías. La asociación de LES y vasculitis retiniana es del 7 a 29%. Los pacientes con LES pueden presentar retinopatía oclusiva en el 3 a 29% de los casos y el 55 % con vasculitis retiniana pueden sufrir pérdida severa de la visión.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 24 años de edad con diagnóstico de LES de 4 años de evolución que presentó poliartritis simétrica de manos, pies y grandes articulaciones, alopecia, rash malar, fotosensibilidad, leucopenia y vasculitis digital. Laboratorio: Látex(-), anti-CCP(-), FAN(+), anti-RNP(-) y anti-SM(-). Fue tratada con prednisona 20mg/día, metotrexato 15 mg/semanal, hidrocortisona 400 mg/día y DAINES. Realizó controles discontinuos y abandonó el tratamiento en los 2 últimos años. Consultó en octubre de 2013 por pérdida de la visión ambos ojos de 1 mes de evolución, constatándose una agudeza visual de percepción y proyección luz en los 4 cuadrantes del ojo derecho y visión bulto en el ojo izquierdo. Además presentó alopecia y eritema malar fotosensible.

**Laboratorio:** hemoglobina 12,3 gr/dl, leucocitos 7500/mm3,VSG 35mm, urea 35mg/dl, creatinina 0,81 mg/dl, sedimento urinario normal, sin proteinuria, FAN (+)1/160 moteado, anti-DNA(-), anti-SM(+), anti-Ro(+), anti-La(-), ANCA C y P (-), anticoagulante lúpico(-) y anticardiolipinas IgG e IgM(-), C3:66, C4:10mg/dl. Rx de Tórax normal, Ecocardiograma: normal. SLEDAI:14. **Fondo de ojo:** signos de vasculitis retiniana con exudados blandos, hemorragias intraretinianas y zonas de isquemia sin afectación del nervio óptico.

**Retinofluoresceingrafía:** hipoperfusión retiniana, estrechamiento de la luz arteriolar y otras arterias totalmente ocluidas, irrigación venosa.

**Tratamiento:** Pulsos intravenosos de metilprednisolona y ciclofosfamida, meprednisolona 40 mg con descenso progresivo, Hidrocortisona 400mg. Durante el primer mes de tratamiento la paciente no presentó mejoría. Retinofluoresceingrafía sin cambios. En el segundo mes manifestó mejoría: visión bultos en el ojo derecho y cuenta dedos temporal en el ojo izquierdo. Al tercer mes de evolución la joven identificó los colores y presentó visión borrosa en el campo temporal del ojo izquierdo. Finalmente completó 6 meses de tratamiento con pulsos mensuales de ciclofosfamida y alcanzó una agudeza visual de cuenta dedos a 50cm en el ojo derecho y 20/400 en el ojo izquierdo. Fondo de ojo: se reabsorbieron las hemorragias, los exudados y el edema de retina, quedando las arteriolas fibrosadas como vasos fantasmas. La paciente continuó terapia de mantenimiento con micofenolato mofetil 2gr/día e hidrocortisona 200mg/día.

**CONCLUSIÓN:** destacamos la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, debido a que la vasculitis retiniana es una complicación severa del LES que compromete gravemente la visión. Nuestra paciente no presentó compromiso del sistema nervioso central, ni anticuerpos anticardiolipinas asociados, como en otros casos reportados.

**P175 PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA NIÑA MENOR DE 4 AÑOS**

MV Ochoa y Gómez, S Cuadros, A Caminer, E Fonseca, M Abdala, D Viola  
Carrera Nacional de Reumatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario-Hospital del Centenario, Argentina.

**Introducción:**

El LES es poco frecuente en la primera década de la vida; su inicio antes de los 5 años de edad es muy raro y conlleva un diagnóstico difícil de documentar, ya que las manifestaciones pueden ser muy variables y similares a una gran variedad de enfermedades. En la edad pediátrica la incidencia de LES se estima en 0,36-0,9/100.000 niños, con prevalencia mayor en mujeres que en varones (aproximadamente 3:1 en menores de 12 años y 10:1 en niños mayores). Presentamos el caso de una niña de la que se documentaron claramente más de cuatro criterios diagnósticos de LES desde los 3 años de edad.

**Objetivo:**

Describir la presentación clínica evolutiva, poco frecuente en la edad pediátrica, de una niña con diagnóstico final de LES.

**Materiales y métodos:**

Se realizó la descripción ordenada de los acontecimientos que sucedieron en el curso de las distintas visitas clínicas ambulatorias e internaciones de la paciente. Los datos se obtuvieron por anamnesis, examen físico y exámenes complementarios en el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, tratamiento empleado y evolución.

**Caso clínico:**

Paciente femenina eutrófica correctamente inmunizada, de 4 años. Sin antecedentes de jerarquía. Comienza a los 2 años de edad con síndrome febril prolongado de 2 meses de evolución, posteriormente agrega lesiones maculopapulares eritematosas en miembros inferiores que evolucionan con hipocromia e hiperqueratosis residual y artralgias en rodillas. Escaso dolor abdominal. No se palpaban adenopatías.

Se realizan estudios para descartar procesos neoplásicos e infecciosos, todos negativos a excepción de IgM Micoplasma Pneumoniae positivo, por lo que realiza tratamiento. Se obtuvieron laboratorios seriados con anemia ferropénica, neutropenia leve, hiperplaqueosis, hipocomplementemia, VES y PCR aumentadas. Leucoposturia estábil.

FAN -, ENA -, ACA-, B2glicoproteína -, Crioglobulinas -, FR -, Anti CCP + 75. Médula con megaloblastosis, cultivos negativos.

Evaluación oftalmológica normal. Ecografía abdominal con hepatomegalia leve, adenopatías mesentéricas, líquido libre en FSD escaso.

Ecocardiograma normal. Biopsia de piel con diagnóstico anatomopatológico de urticaria vasculítica.

Artritis en ambas rodillas, PIF 3 y 4 D, 4I no erosivas.

Comienza tratamiento con prednisona vía oral.

Intercurrencias de intolerancia oral que requirieron internación. Peso estacionario. Agrega leucopenia leve en dos oportunidades.

Un año y medio posterior a inicio de los síntomas agrega paulatinamente rash malar, úlceras orales, FAN +; Anti ADN +Ac C1q +

Comienza tto con hidrocortisona.

Controles actuales con función renal y hepática normal. Mejoría sintomática de manifestaciones sistémicas, dermatológicas y articulares.

**Conclusión:**

Un 20% de todos los pacientes con LES tiene su comienzo durante las primeras dos décadas de la vida. El período inicial de actividad clínica es subagudo, con síntomas constitucionales, luego se añaden otras manifestaciones sistémicas. Las manifestaciones dermatológicas y articulares son las de mayor prevalencia e incidencia de inicio, pero dentro de estas el síndrome de urticaria vasculítica es de muy baja incidencia en la edad pediátrica, uno de los datos que motivo la presentación de este caso.

Un estudio retrospectivo de pacientes con LES pediátricos, los dividieron en tres grupos: infantil, comienzo entre los 2 años; prepuberal, entre 2 y 10 años, y pospuberal entre 11 y 16 años. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a peor pronóstico y mayor índice de actividad en el grupo infantil, con mayor prevalencia de afectación cardiovascular con endocarditis asociada a insuficiencia cardíaca congestiva pulmonar grave, renal y neurológica, esta última con mayor frecuencia de aparición en niños muy pequeños.(Pluchinotta FR, Schiavo B.,2007).

Otros observan mayor frecuencia de pericarditis, miocarditis y aterosclerosis como manifestación cardiovascular en pospuberales. (Camacho M-Lirola J 2007).

En la fisiopatología del LES in vivo el C1q se une a células apoptóticas tardías, y el suero humano repetido de C1q no permite que los cuerpos apoptóticos sean procesados por los macrofagos en forma eficiente, la interacción de C1q con los cuerpos apoptóticos lleva a la unión de pentaxina 3 y la activación del complemento.

En pacientes con déficit homogocigilo de C1q se desarrolla LES en el 86% en adultos.Pensar al SUV como depresor de C1q por lo que podría extrapolarse este razonamiento fisiopatológico.

176

**P176**  
**SÍNDROME DE COGAN ATÍPICO Y SUPERPOSICIÓN CON POLIANGEITIS MICROSCÓPICA**  
MC Valerio, MJ Sánchez Alcover, A García Ciccarelli, V Borgia, E Civit  
Hospital Nuestra Señora Del Carmen, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Cogan es un raro trastorno inflamatorio autoinmune caracterizado por síntomas sistémicos, oculares y audiovestibulares descrito por David Cogan en 1945. Se divide en dos tipos: típico (queratitis no suppurativa más síntomas audiovestibulares con intervalo entre ambos menor a dos años) y atípico (conjuntivitis, exoftalmos, epiescleritis, escleritis, coroiditis, trombosis retiniana y síntomas audiovestibulares con intervalo entre ambos superior a dos años).

Esta patología se encuentra clasificada dentro del consenso de Chapell Hill 2012 como vasculitis de vasos variables. Existen menos de 200 casos reportados. La observación de casos de hipoacusia neurosensorial que responden favorablemente a terapia inmunosupresora y la existencia de estudios experimentales que sustentan la presencia de un sistema inmunológico en el oído interno, sugiere que parte de los trastornos del mismo puedan tener una base inmunológica.

Los desórdenes inmunológicos del oído interno se clasifican en:

- 1.- Enfermedades autoinmunes del oído interno organoespecíficas.
- 2.- Enfermedades autoinmunes del oído interno asociadas a enfermedades sistémicas (Síndrome de Behcet, Enfermedad de Kawasaki, granulomatosis con poliangeitis, panarthritis nodosa, poliangeitis microscópica, SÍNDROME DE COGAN, uritis eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, etc.).

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 58 años de edad de sexo femenino, consulta a neurología por presentar 3 meses previos, sordera súbita asociada a vértigo. Se entiende por hipoacusia neurosensorial de inicio súbito al debut en menos de 72 horas, con pérdida de más de 30 dBs, al menos en 3 frecuencias consecutivas de la audiometría tonal, sin antecedentes previos.

Un año antes, manifestó lesiones ulcerosas en miembro inferior derecho las cuales resolvieron con esteroides a bajas dosis.

La paciente al momento de la consulta, se encontraba en buen estado general, hemodinámicamente estable. Tenía exoftalmos, eritema conjuntival bilateral con queratitis, conjuntivitis y lesiones purpúricas en miembros inferiores con vitropresión negativa, reuniendo criterios para Síndrome de Cogan.

Se inicia Prednisona 1 mg/kg con buena respuesta de lesiones dermatológicas. Dos semanas más tarde, luego de un traumatismo, reaparecen lesiones cutáneas ulcerosas, algunas secretantes, de dos cm. en zona sacra e interglútea que confluyen formando úlceras de mayor tamaño de bordes violáceos dolorosas, seguidas de lesiones purpúricas en miembros inferiores.

**Laboratorio:** VSG: 88 mm/h - PCR: 12 mg/L - ANCA p: 1/160 - MPO: 145 U. VDRL: negativa

**Biopsia de piel:** Vasculitis necrotizante Leucocitoclástica con afectación de vasos de mediano calibre que sugiere poliangeitis microscópica.

**Tratamiento:** Se inician ciclos de ciclofosfamida 500 mgs cada 15 días con buena respuesta cutánea y ocular. Por retraso de 3 meses en el inicio del tratamiento, la paciente no recuperó la audición.

**CONCLUSIÓN:** Se comunica un caso de hipoacusia neurosensorial de inicio súbito, de causa vasculítica, cumpliendo criterios para Síndrome de Cogan atípico con probable superposición con Poliangeitis Microscópica y compromiso en piel. Se alerta sobre la importancia de la derivación temprana al especialista para instaurar un tratamiento precoz y apropiado, evitando así consecuencias irreversibles.

177

**P177**  
**ARTERITIS DE TAKAYASU Y EMBARAZO**  
C Baied<sup>1</sup>, E Gutfreund<sup>2</sup>, S Pechini<sup>2</sup>, L Claus<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Sanatorio San Cayetano, Argentina. <sup>2</sup>Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, Argentina.

**Introducción:** La Arteritis de Takayasu es una vasculitis que afecta la aorta y sus grandes ramas, con una incidencia de 0,4 a 2,6 casos por millón. Suele afectar a mujeres en edad fértil, si bien el embarazo en estas pacientes no provoca en general reactivación de la enfermedad, se recomienda el planeamiento del mismo durante la fase quiescente. Dentro de las complicaciones fetales reportadas se incluyen el parto prematuro, el retraso del crecimiento intrauterino y la muerte fetal intraútero.

En cuanto a las maternas, se destacan la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca congestiva y la progresión del daño renal preexistente. El corticoide es el pilar del tratamiento sin riesgo alguno para el feto.

**Objetivo:** describir nuestra experiencia en dos pacientes con enfermedad de Takayasu que se hallaban en remisión en el momento de la concepción y que cursaron un embarazo bajo seguimiento estricto con el equipo de alto riesgo de obstetricia y reumatología.

**Material y métodos:** se revisaron las historias clínicas de dos pacientes con Arteritis de Takayasu.

**Caso 1:** paciente de 29 años con Arteritis de Takayasu diagnosticada a los 13 años, con bypass aorto-iliaco en dicha oportunidad, en remisión con dosis bajas de esteroides, que cursó un embarazo sin complicaciones. Angiotomografía computada de tórax, abdomen y pelvis: (24-2-09) by pass aorto-iliaco izquierdo. La aorta nativa descendente muestra severa estenosis difusa con engrosamiento de sus paredes, de 6 mm. de diámetro a nivel de la porción suprarrenal, infrarrenal 12 mm. Ecodoppler de vasos de cuello: obstrucción leve (menor del 40%) en carótida primitiva derecha e izquierda; obstrucción severa (mayor del 60%) en carótida externa derecha. Obstrucción leve (menor del 20%) en arteria subclavia derecha. No presentó hipertensión arterial. Recibió meprednisona en dosis de 4 mg/día durante la gestación + ácido fólico 5 mg/día. Tuvo un parto normal con recién nacido a término de 3.600 kg. de peso.

**Caso 2:** paciente con Arteritis de Takayasu diagnosticada a los 33 años, en ese año tuvo tres episodios de accidentes vasculares encefálicos isquémicos manifestados por cefalea y paresia braquiocrural izquierda, los tres con características similares con restitución ad integrum. Hubo demora en el diagnóstico, dado que la paciente refería claudicación del brazo izquierdo desde 8 meses previos a la primera internación y recuerda que en una consulta no le habían podido tomar la presión arterial de ese brazo por falta de pulsos. Tiene obstrucción del 100 % de ambas carótidas y subclavia izquierda, y estenosis de la vertebral. Se le realizó un stent vertebral derecho. Tuvo obstrucción y 11 meses después se le realizó cateterismo con balón. Al inicio recibió meprednisona 40 mg/día, con descenso paulatino hasta 8 mg/día y luego ciclofosfamida 2 mg/día vía oral. Previo al diagnóstico de esta enfermedad había tenido 4 embarazos viables con recién nacidos prematuros a las 34 semanas con parto normal con los siguientes pesos: (1.830; 1.890; 2.100; 2.700kg). Luego de 6 meses bajo tratamiento con ciclofosfamida, y no obstante el hecho de ser advertida de los riesgos de teratogenicidad y por lo tanto de la conveniencia de evitar el embarazo, la paciente suspendió por cuenta propia la medicación un mes antes y planificó un nuevo embarazo. Durante la gestación recibió 4 mg de prednisona y ácido fólico. Requirió monitoreo semanal y no presentó reactivación de la enfermedad de base. A la semana 34, debido a tener parálisis facial periférica, el equipo decidió interrumpir el embarazo bajo cesárea electiva. El compromiso del VII par remitió al cabo de unos 10 días y se interpretó como viral. La recién nacida pesó 2,100 kg. en buen estado de salud.

**Resultados:** ambas pacientes tuvieron un embarazo viable con recién nacidos sanos, bajo supervisión por equipo de alto riesgo.

**Conclusión:** presentamos dos pacientes con Arteritis de Takayasu que cursaron un embarazo sin complicaciones. Pese a que una de ellas había recibido ciclofosfamida (con la posible infertilidad y teratogenicidad conocidas), tuvo un embarazo viable, de una niña sana, aunque de bajo peso.

Debido a la alta incidencia de esta vasculitis durante la edad reproductiva y a la no afectación de la fertilidad, el manejo del embarazo asociado a esta entidad es importante que sea desarrollado por un equipo interdisciplinario para optimizar los resultados.

178

**P178**  
**MÁCULAS EN MUCOSA ORAL COMO MANIFESTACIONES ATÍPICAS EN ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO**  
ML Brance, M Palatnik  
Centro de Reumatología. Rosario. Santa Fe, Argentina.

**Introducción.** La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida caracterizada por rash en piel característico, fiebre en picos, artralgias o artritis, leucocitosis (>10000) con al menos 80% de neutrofilia. El rash característico en piel es maculopapular no prurítico asalmonado evanescente, desaparece con la fiebre y reaparece con ella, y se localiza principalmente en extremidades y tronco. Este compromiso cutáneo es uno de los criterios diagnóstico de Yamaguchi. Estos criterios propuestos por Yamaguchi y col tienen una sensibilidad del 96,2% y una especificidad del 92,1% cuando al menos dos de ellos están presentes.

**Caso clínico.** Paciente de sexo femenino de 65 años de edad que presentó odinofagia, poliartrosis en muñecas, interfalángicas proximales, rash en piel maculopapular asalmonado no pruriginoso en extremidades y también presentaba máculas amoronadas de unos 5 mm de diámetro en mucosa oral localizadas en la cara interna de labios y lengua. Presentaba además leucocitosis con neutrofilia y marcadas elevaciones de ferritina, PCR y VES. Por laboratorio presentaba: hematócrito: 36%, hemoglobina 11 mg/dl, glóbulos blancos: 14.800/mm<sup>3</sup> con 80% neutrofilia, plaquetas 240000/mm<sup>3</sup>, urea: 35mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, Na: 140 mEq/L, K: 3,5 mEq/L, TGO: 42 U/L, TGP: 46 U/L, FAL: 140 U/L, VES: 85 mm, PCR: 10,5 mg/dl, ferritina: 15000 ng/ml, Rose Ragan: negativo, Factor Reumatoides: negativo, Ac anticitrulinados: negativos, FAN: negativo. Ac anti ADN, ENA, RNP, Ac anti Sm, ANCA c y p, Ac anti Jo1, Antisclero70, anticentrómero: todos negativos. La paciente reunía todos los criterios diagnósticos de Yamaguchi para enfermedad de Still del adulto. Otras enfermedades infecciosas, neoplásicas, e inmunológicas fueron descartadas con los métodos correspondientes. Se realizó biopsia de una de las máculas de mucosa oral que evidenció infiltrado neutrofilico superficial. El cuadro clínico respondió a prednisona y metotrexate, aunque las lesiones en mucosa oral persistieron.

**Discusión.** El rash en piel típico que aparece y desaparece con la fiebre es bien conocido y ha sido incluido como uno de los criterios diagnósticos de Yamaguchi. Sin embargo es cada vez más creciente el reporte en la literatura de otras manifestaciones atípicas en piel como parte de la enfermedad de Still del adulto. Dentro de las lesiones atípicas se describen lesiones papulares persistentes, eritema prurítico edematoso, urticaria, pigmentación lineal y dermatografismo, pápulas liquenoides, lesiones similares dermatomiositis y liquen simil amiloidosis. Luego de una extensa revisión en la literatura, las máculas orales como manifestación atípica de enfermedad de Still, no han sido reportadas aún. En caso de aquellos pacientes con alta sospecha clínica y ausencia de lesiones típicas, las mucosas son otro sitio a explorar.

179

**P179**  
**ÚLCERAS CRÓNICAS EN MIEMBROS INFERIORES COMO MANIFESTACIÓN DE PIDODERMA GANGRENOSO ÚLCERADO. REPORTE DE DOS CASOS**  
ML Brance  
Centro de Reumatología. Rosario. Santa Fe, Argentina.

**Introducción.** El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, rara, de etiología desconocida. Entre un 25-50% es idiopática y en el resto de los casos puede ser secundaria a otra patología. Las cuatro principales formas de presentación, basadas en las características clínicas e histopatológicas, son las formas ulcerativas, pustular, bullosa y vegetativa. La forma ulcerada es la forma más frecuente de presentación, de características crónicas, recurrentes y dolorosas. **Casos clínicos.** **Caso clínico 1.** Mujer de 70 años de edad, hipertensa. Consulta por cuadro de un año de evolución caracterizado por cinco úlceras en miembros inferiores bilaterales, de hasta tres centímetros de diámetro, con intensidad de dolor por VAS 10/10, sin respuesta a AINES a máximas dosis, dificultad en la marcha. Todas comenzaron a diferentes tiempos, de presentación paulatina, comenzaron como pústulas violáceas, que luego ampolaron y ulceraron posteriormente. El laboratorio general evidenciaba como datos positivos: VES: 110 mm, PCR: 11,3 mg/dl. El laboratorio inmunológico fue negativo: Latex AR, Rose Ragan, FAN, Ac anti ADN, ANCA c y p, ENA, anticoagulante lúpico, IZ, microglobulina, IgM e IgG anticardiolipinas, crioglobulinas. El complemento se encontraba dentro de los valores de la normalidad (C3-C4-CH50), TAC tórax, abdomen y pelvis: sin alteraciones. PPD, VHB, VHC, VIH: negativos. Cultivo de las lesiones: negativos, en dos oportunidades. Biopsia de la lesión: Infiltrado inespecífico de neutrófilos. Ecodoppler venoso y arterial de miembros inferiores, sin alteraciones. La paciente fue medicada con prednisona 20 mg/día, con desaparición del dolor a pocos días del comienzo del tratamiento y no progresión de las úlceras. Al mes comenzó tratamiento con azatioprina. Las úlceras cerraron en su totalidad a los cuatro meses de iniciado el tratamiento. Actualmente la paciente se encuentra en remisión, hace un año, sin prednisona y en mantenimiento con azatioprina.

**Caso clínico 2.** Hombre de 76 años de edad, que consulta por cuadro de dos años de evolución, HTA. El cuadro comenzó con una lesión pustulosa que luego ulceró en pierna derecha y aumenta progresivamente de tamaño hasta los 5 cm de diámetro, dolor según escala de VAS: 10/10. Posteriormente agrega dos úlceras más de iguales características y menor tamaño (2 y 1,5 cm) en igual miembro. Al año desarrolla otra lesión ulcerada en pierna izquierda que llega hasta tendón de Aquiles de 6 cm de diámetro, junto con dos lesiones de 3 y 2 cm. Todas presentaban dolor 10/10, con afectación de la calidad de vida, imposibilidad para realizar tareas habituales, y requerimiento de ayuda de terceros. Al momento de la consulta estaba medicado con cilestazol, pentoxifilina, diosmina, hesperidina, y había realizado cámara hiperbárica. El laboratorio general evidenciaba como datos positivos: VES: 90 mm, PCR: 8,0 mg/dl. Los estudios solicitados, igual al caso anterior, fueron todos negativos. Biopsia de la lesión: Infiltrado inespecífico de neutrófilos, con intensa fibrosis en la base. Ecodoppler venoso y arterial de miembros inferiores, arteriografía sin alteraciones. Comienza con prednisona 30 mg/día y azatioprina. Al mes el paciente presentó una mejoría del dolor en un 70%, caminaba sin ayuda y disminución del tamaño de las úlceras. Al cuarto mes se disminuyó progresivamente la dosis de prednisona. Luego de 8 meses de tratamiento con prednisona y azatioprina las úlceras curaron ad integrum. El paciente no presenta dolor, recuperó movilidad, y realiza solo las actividades de la vida diaria. En ambos casos la VES y PCR normalizaron.

**Discusión.** Inicialmente la forma ulcerativa comienza como una lesión pustular o nodular, dolorosa, hemorrágica y superficial que progresa a necrosis y se establece como úlcera única o múltiple que se desarrolla rápidamente. Esta descripción referida por ambos pacientes, es la forma habitual de presentación. El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano son importantes para favorecer la curación de las úlceras por pioderma gangrenoso y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es fundamental descartar causas secundarias y seguir su evolución en el tiempo. Dentro de los fármacos a utilizar, se encuentran reportes con corticoides, ciclosporina, metotrexate, mofetil micofenolato, azatioprina, metotrexate, etanercept, infliximab, rituximab, adalimumab, ustekinumab y tacrolimus tópicos.

180

**P180**  
**ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE CON LUPUS Y RESPUESTA FAVORABLE A LA ANTIACOAGULACIÓN. ¿SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SERONEGATIVO?**  
 S Sapag Durán, N Perez, JP Vinicki, S Catalán Pellet, D Dubinsky, H Laborde, G Nasswetter  
 Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que cursa con una amplia variedad de manifestaciones clínicas y serológicas. Dentro de las manifestaciones cutáneas, las úlceras en extremidades inferiores son una complicación poco frecuente, constituyendo muchas veces un desafío diagnóstico. La naturaleza de estas úlceras ha sido relacionada con vasculitis y/o estados protrombóticos, estos últimos asociados principalmente con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AFL) que por oclusión de vasos dérmicos predisponen a daño tisular pudiendo desarrollar úlceras.

Presentamos el caso de una paciente con LES que había desarrollado una úlcera por vasculitis leucocitoclastica debida a Histoplasma capsulatum y nueva úlcera en pierna contralateral por oclusión vascular de origen trombotico en ausencia de ACF, con mejoría luego de terapia anticoagulante.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de sexo femenino de 46 años con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1997), con historia de anemia hemolítica, nefritis lúpica, serositis pericárdica, enteritis lúpica, hipocolesterolemia persistente, síndrome de Raynaud, livedo racemosa. En agosto de 2012, estaba en tratamiento de mantenimiento por nefritis lúpica, con metilprednisolona 40mg/día y metotil micofenolato, comienza con lesión papular que progresa a úlcera dolorosa con bordes rojizos en tercio inferior de pantorrilla izquierda. Se realiza biopsia que informa infiltrado inflamatorio polimorfonuclear que penetra en la pared del vaso de pequeño y mediano calibre, engrosamiento parietal y necrosis fibrinoide; compatible con vasculitis leucocitoclastica. Cultivo positivo para Staphylococcus coagulasa negativo. Se decide ascenso de dosis de corticoides a 60 mg/día e inicio de clindamicina. Evoluciono con úlcera persistente, resultados positivos para Histoplasma capsulatum (PCR) en muestra tisular, siendo negativo PCR en sangre. Se interpreta vasculitis leucocitoclastica secundaria dicha etiología, iniciando Itraconazol 400 mg/día con mejoría progresiva. En abril de 2013, en tratamiento con metilprednisolona 20mg/día e Itraconazol (con niveles en sangre en rango terapéutico), consulta por aparición de pápula que progresa a úlcera dolorosa con borde eritematoso, en pantorrilla contralateral, observándose mejoría y disminución de la úlcera previa. Examen físico: fenómeno de Raynaud y livedo racemosa en tronco y extremidades. Laboratorio: GB 10.900/mm<sup>3</sup>, plaquetas 219.000/mm<sup>3</sup>, VSG 21 mm/h, PCR 3.06 mg/dL (normal < 0.5 mg/dL), tiempo de trombina y KPTT dentro del rango normal. Eco-Doppler arterial de miembros inferiores normal. Biopsia de úlcera: depósitos de fibrina en vasos de mediano calibre y capilares trombosados, sin signos de inflamación. Cultivos negativos. PCR tisular Histoplasma negativo. Factores de la coagulación y fibrinógeno normales. Inhibidor lúpico (IL), anticardiolipinas (ACL) IgM e IgG y anti B2 glicoproteína (Acβ2GPI I) I IgM e IgG y crioglobulinas negativos. Se inicia tratamiento anticoagulante con acenocumarol con buena respuesta.

**DISCUSIÓN.** Las úlceras en extremidades inferiores son una complicación infrecuente y tardía de enfermedades del tejido conectivo, encontrándose hasta en un 6% de los pacientes con LES. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos, asociado a trombosis en pacientes con LES es bien conocida. Sin embargo, no es infrecuente observar la ausencia de estos anticuerpos, a pesar de manifestaciones clínicas de SAF. En 2003, Hughes y Khamasita describieron pacientes con manifestaciones clínicas altamente sugestivas de SAF, pero con IL, ACL y Acβ2GPI I persistentemente negativos, surgiendo el concepto de SAF seronegativo. Los estudios informaron la participación de otros antígenos además de los mencionados en los criterios de Sapporo. Las pruebas para detectar estos anticuerpos podrían aumentar el rendimiento diagnóstico en este grupo de pacientes, como podría ocurrir con nuestro caso.

**CONCLUSIÓN.** La persistencia de úlceras en MMII en pacientes con LES deben llevar a la investigación exhaustiva de otros mecanismo que demoran la curación o predisponen a su recurrencia. Describimos el caso de una mujer joven con LES que desarrolla úlceras en extremidades inferiores con biopsia que evidencia de trombosis no inflamatoria en vasos dérmicos, con estudio para trombofilia y anticuerpos antifosfolípidos negativos; con falta de respuesta a inmunosupresores y mejoría progresiva con tratamiento anticoagulante.

181

**P181**  
**HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**  
 R Puerta Franchi, S Catalán Pellet, D Dubinsky, G Nasswetter  
 Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** La Hipertensión Pulmonar (HTP) se define como un aumento de presión media de la arteria pulmonar  $\geq 25$  mmHg en reposo, mediante cateterización cardíaca derecha. Según la clasificación modificada en 2008, la hipertensión pulmonar secundaria a enfermedad del tejido conectivo se encontraría incluida en el grupo 1. Los pacientes con LES pueden desarrollar hipertensión pulmonar durante el curso de su enfermedad, lo más frecuente es que sea dentro de los primeros 5 años, aunque raramente puede ser una manifestación inicial.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, 3 gestas, 2 partos, 1 cesárea (embarazo gemelar 6 meses previos a la consulta), que consultó por astenia de 1 mes de evolución, agregando disnea progresiva CF IV 14 días previos a la consulta, edemas en miembros inferiores y eritema malar. Seis días antes de su ingreso presentó síncope. Antecedentes de familiares de 1° grado con Lupus Eritematoso Sistémico. Al examen físico presentaba edema de miembros inferiores, hipovolemia en base derecha, soplo holosistólico en foco pulmonar y tricuspídeo con irradiación a axila y cuello. En radiografía de tórax se constata aumento de tamaño de cavidades derechas y arco pulmonar convexo. En el ECG se observó ritmo sinusal, "p" prominentes y desviación del eje a la derecha. El laboratorio presentaba poliglobulia (Hto 54%), y linfopenia (770 linfocitos totales). FAN (+) 1/640 Mt, Ro +, La+, Anticoagulante lúpico+. Sedimento de orina con proteinuria 2+ y 6-8 glóbulos rojos dismórficos por campo. Se realiza punción biopsia renal que informa glomerulonefritis membranosa estadio I. El Ecocardiograma Doppler informa dilatación de cavidades derechas con función sistólica del VD deprimida y desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (siglas en inglés, TAPSE) de 14 mm, FSVI conservada, sobrecarga del VD, PSAP 95 mmHg, derrame pericárdico moderado. Cateterismo cardíaco derecho informa PSAP 63 mmHg, media 54 mmHg y diastólica 49 mmHg. AngioTC y Centellograma V/Q negativo para TEP. Espirometría: FVC 95%, FEV1 86%, FEV1/FVC 89%, DLCO corregida 64%. Test caminata 6 min: disnea severa y saturación O2 80%. Con diagnóstico de HTP como sintoma inicial de LES; se inicia tratamiento con meprednisolona en pulsos de 1 gr. por tres días continuando con 1 mg/kg/día V.O., hidroxilcloroquina, y anticoagulación. Se indicó Ciclofosfamida 1 gr EV. La paciente evolucionó con mejoría de los parámetros ecocardiográficos, con una PSAP de 40 mmHg.

**DISCUSIÓN.** La prevalencia de de HTP en Les es de 0.5 a 14%. Los factores de riesgo son anticoagulante lúpico + y el embarazo. El anticoagulante lúpico, Ac anticardiolipina y el fenómeno de Raynaud serían predictores de HTP en LES. En cuanto a los factores pronósticos, en pacientes con enfermedad de tejido conectivo se demostró que un TAPSE menor de 17mm significa peor función del VD asociado a mayor mortalidad. La hipertensión pulmonar no correlacionó con la DLCO como en esclerodermia.

**CONCLUSIÓN.** La HTP continúa siendo una enfermedad con alta morbi-mortalidad. El tratamiento incluye oxígeno, diuréticos, anticoagulación, análogos de prostaciclina, inhibidores de canales de calcio, de la fosfodiesterasa y de la endotelina. La evidencia del beneficio de la anticoagulación surge de estudios retrospectivos aunque la indicación es controvertida. El estado de hipercoagulabilidad en un paciente con HTP y LES, asociado a la positividad de Ac. antifosfolípidos, justificaron el inicio de anticoagulación en esta paciente. Tanaka y col. demostraron el beneficio del agregado de ciclofosfamida en pacientes con HTP y LES; aunque otros autores no reportan igual resultado. Los factores de menor sobrevida incluyeron el valor de PSAP basal, el TAPSE, fenómeno de Raynaud, trombocitopenia, embarazo, vasculitis pulmonar y Ac. ACL; no así el compromiso renal y del SNC. La HTP es poco prevalente en LES y muy rara como presentación inicial. Debe considerarse el tratamiento inmunosupresor en pacientes con HTP y enfermedad del colágeno asociada.

182

**P182**  
**SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE VERSUS OVERLAP DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES: A PROPOSITO DE UN CASO**  
 G Remondino, AD Bellusci, V Neman, N Nardi, AM Martinez, S Yosuda, M Fernández, G Tubert  
 Hospital Juan A. Fernández, Argentina.

Las enfermedades Autoinmunes (EAI) se suelen superponer unas con otras constituyendo los conocidos síndromes de overlap o solapamiento. Desde los años 80 se describen otras superposiciones de EAI diferentes a las anteriores llamadas Síndromes Poliglandulares Autoinmunes (SPA), que son raros casos que expresan multiplicidad de EAI superpuestas en un mismo paciente. Como condición diagnóstica requieren al menos dos enfermedades glandulares endocrinas autoinmunes asociadas a otras EAI no endocrinas. Hasta la actualidad, se describen diferentes tipos SPA, de acuerdo a la asociación clínica que manifiestan. **SPA tipo 1:** presente en niños, de herencia autosómica recesiva y ligado a la mutación de un solo gen (AIRE) encargado de la inmunoregulación y tolerancia inmunológica. Se caracteriza por poliendocrinopatía autoinmune / candidiasis / distrofia ectodérmica (APECED) sumadas a otras asociaciones clínicas tales como diabetes mellitus, tiroiditis, vitiligo, alopecia, hepatitis autoinmune y/o anemia perniciosa. **SPA tipo 2:** predomina en mujeres adultas con baja frecuencia (2 cada 100.000), se caracteriza por la coexistencia de Addison Autoinmune (criterio mayor), Tiroiditis Autoinmune y/o Diabetes tipo 1 y otras EAI tales como gastritis atrófica, anemia perniciosa, hipoparatiroidismo, falla ovárica precoz, alopecia, hepatitis autoinmune y miastenia gravis. **SPA Tipo 3:** asocia Tiroiditis Autoinmune con otras endocrinopatías autoinmunes no Addison. **SPA tipo 4:** combinación de EAI no incluidas en los grupos anteriores. Todos los SPA se caracterizan por expresar autoanticuerpos específicos para cada EAI presente. Se presume que una mutación genética original los SPA tipo 2, 3 y 4 tal como ocurre en el SPA tipo 1, lo que hasta el presente no ha sido demostrado.

**Objetivo:** presentación de un caso clínico de **SPA tipo 2**, que presentó asociación de al menos ocho EAI definidas.

**Presentación del caso:** Mujer de 37 años, con antecedentes de falla ovárica precoz y vitiligo, quien consulta a este hospital por presentar hipotiroidismo, hiperpigmentación difusa, astenia, náuseas, descenso de cortisol plasmático asociados a anticuerpos a-21 hidroxilasa y anticuerpo anti-tiroperoxidasa. Se diagnostica Adrenalitis y Tiroiditis Autoinmunes. Durante su evolución se detecta prurito y signos de colestasis (FAL y ácidos biliares aumentados), anticuerpos anti-mitocondriales tipo M2 y biopsia hepática compatible con Cirrosis Biliar Primaria estadio II. Por presencia de Raynaud, anticuerpos anti-centrómtero y patrón capilaroscópico esclerodérmico positivos, se diagnostica Esclerodermia sistémica limitada (CREST). La presencia de anticuerpos anti-tranquilaminasa IgA en alto título alertó acerca de Enfermedad Celíaca (EC) subclínica que fue confirmada por biopsia de la segunda porción de duodeno (EC tipo III A score de Marsh modificado). Además se detectaron de anticuerpos anti- células parietales gástricas y anticardiolipinas IgG positivas en alto título, sin que hasta la actualidad se encontrara expresión clínica de Gastritis Autoinmune o Síndrome Antifosfolípido.

**Conclusiones:**

1. La paciente presentada con **diagnóstico de SPA tipo 2** asoció al menos ocho EAI definidas (tres endocrinas y cinco no endocrinas)
2. Los SPA son enfermedades diferentes de los overlap de EAI ya que presentarían un patrón de herencia diferente a las EAI clásicas.
3. Los SPA son situaciones clínicas complejas que exigen el alerta de equipos médicos interdisciplinarios unificados, capaces de diagnosticar y tratar oportunamente cada una de las EAI que manifiestan los pacientes, ya que un diagnóstico tardío de los mismos pueden resultar devastador para los pacientes que lo padecen.

183

**P183**  
**PENSANDO EN RAYNAUD COMO FENÓMENO PARANEOPLÁSICO**  
 C Baied, E Guitraind  
 Hospital Naval Cirujano Dr. Pedro Mallo, Argentina.

**Introducción:** Diversas manifestaciones reumatológicas pueden preceder o coincidir con el diagnóstico de una neoplasia oculta. Entre ellas, destacamos la dermatomiositis, fascitis palmar y osteoartritis hipertrófica, como las más frecuentes enfermedades evocadoras de una enfermedad oncológica subyacente (debido a la conocida asociación entre ambas).

Teniendo en cuenta que el fenómeno de Raynaud paraneoplásico tiene una baja incidencia, y sumado al hecho de que no está incluido dentro de las causas más comunes del algoritmo diagnóstico, suele con frecuencia ser subdiagnosticado. La consulta de un paciente afeoso con Raynaud de evolución tórpida con respuesta nula o escasa a los vasodilatadores habituales debe de hacernos sospechar una etiología paraneoplásica. Presentamos el caso de una paciente de 78 años que consultó por isquemia digital en manos de cuatro meses de evolución.

**Objetivos:** resaltar la importancia de la sospecha de una neoplasia oculta ante un paciente con fenómeno de Raynaud con un cuadro similar.

**Material y métodos:** se revisó la historia clínica de una paciente de 78 años que concurrió al consultorio acusando cianosis en manos con dolor en el pulpejo de los dedos de cuatro meses de evolución.

Se la medicó con cilostazol en dosis de 100 mg/día durante 30 días sin referir cambios favorables.

El laboratorio inmunológico nos dió los siguientes resultados: anticuerpo anti esclero70 (-), anticuerpo anticentrómtero (-), factor reumatoide látex (-), factor antinuclear (-), eritrosedimentación 40 mm, el resto de la rutina sin particularidades.

Al examen la paciente presentaba Raynaud severo en ambas manos y a la palpación abdominal profunda se percibían pequeñas tumoraciones indolores.

En los estudios complementarios: la tomografía de abdomen y pelvis evidenció la presencia de masas diseminadas en peritoneo interpretadas como lesiones compatibles con metástasis.

**Resultados:** se le realizó una biopsia por laparoscopia de la lesión tumoral que arrojó como diagnóstico: adenocarcinoma de ovario.

**Conclusiones:** la consulta de un paciente afeoso con Raynaud de evolución tórpida complicado con isquemia digital de rápida instalación y consecuente necrosis digital debe hacernos sospechar la existencia de malignidad subyacente. Entre las descritas en la literatura existe una amplia variedad reportada, incluyendo carcinoma de pulmón, mama, ovario, testículos, piel y tiroides. Recientemente se han asociado también linfomas. Dentro de los posibles mecanismos patogénicos se mencionan la hiperviscosidad, hipercoagulabilidad, y sustancias vasoactivas secretadas por el tumor. La literatura revela que el tratamiento oportuno de la neoplasia en cuestión permite mejorar francamente la evolución de la isquemia digital. Por eso es crucial la premura en la sospecha diagnóstica a fin de mejorar el pronóstico del paciente.

184

**P184**  
**NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL. INFRECUENTE MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO**

LA Martínez, SA Muñoz, C Molina, JL Presas  
Hospital J. A. Fernández, Argentina.

**Introducción:** La neumatosis quística intestinal (NQI) es una rara condición, que se caracteriza por la presencia de gas intramural (formando quistes, burbujas o de tipo lineal), en el intestino delgado o grueso. Pudiendo también generalizarse en otros sistemas, como ser la presencia de gas en vena porta o en mediastino. Es frecuente su manifestación como neumoperitoneo/o retroneumoperitoneo y clínicamente se traduce, con síntomas gastrointestinales y abdomen agudo. El diagnóstico se realiza mediante estudios por imágenes radiológicas y tomográficos. El tratamiento consiste en medidas generales y el específico de la enfermedad de base. La resección quirúrgica solo es requerida en el caso de complicaciones (ruptura del quiste o pared). La NQI en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), constituye una manifestación poco frecuente y es excepcional como afectación gastrointestinal en la Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC).

**Objetivos:** Descripción de un caso y revisión de la literatura.

**Caso clínico:** Hombre de 56 años de edad con diagnóstico de EMTC (poliartralgias, miositis, Raynaud, dactilitis, ANA Hep 2 1/320 patrón moteado, anti-RNP altos títulos) en el año 2007. Antecedentes de diarrea crónica y episodios de pseudooclusión intestinal. Recibió tratamiento con esteroides, Metotrexato y Azatioprina, que debieron ser suspendidos por eventos adversos. En el año 2013 fue internado en nuestro hospital por deterioro del estado general, dolor y severa distensión abdominal de brusca aparición. En la tomografía de abdomen fue evidenciando la presencia de gas dentro de la pared intestinal y libre en la cavidad peritoneal. Se realizó diagnóstico de NQI. El tratamiento consistió en la colocación de sonda nasogástrica, máscara de oxígeno de lato flujo y antibióticos por vía parenteral. Evolucionó favorablemente, con extirpación.

**Conclusiones:** Nuestro paciente presentó un cuadro de abdomen agudo por NQI, como complicación de una EMTC. Con tratamiento conservador, presentó un curso favorable. El pronóstico en esta enfermedad y a diferencia como otras EAS, como esclerodermia y Lupus Eritematoso Sistémico, pareciera ser bueno, lo cual remarca el valor del tratamiento conservador y la importancia de establecer un adecuado diagnóstico diferencial sobre posibles medidas quirúrgicas en pacientes con NQI asociadas con EAS.

185

**P185**  
**XANTOGRANULOMATOSIS ORBITARIA**

J Gallo<sup>1</sup>, A Albertengo<sup>2</sup>, N Piermatei<sup>1</sup>, S Paíra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sección Reumatología Hospital Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Servicio Anatomía Patológica Hospital Iturraspe Santa Fe, Argentina.

**Introducción**

La enfermedad Xantogranulomatosa que compromete globo ocular y órbita es rara y forma parte de un grupo de entidades poco estudiadas. Estas son desórdenes histiocíticos no Langerhans que son diagnosticadas histológicamente por la presencia de histiocitos espumosos, células gigantes de Touton, distintos grados de fibrosis y en algunas entidades necrosis.

**Objetivo:**

Presentar el caso de una paciente con xantogranulomas en párpados bilateral y dacrioadenitis crónica.

**Caso Clínico**

Paciente de 26 años de edad con antecedentes de alergia y asma, que comienza desde hace dos años con edema bilateral de párpados superiores, con biopsia del 2013 que informa dacrioadenitis crónica y coloración amarillenta de un año de evolución. Al examen físico se constata en ambos párpados superiores, lesiones con tonalidad amarillenta (lesiones de tipo simil xantelasmas planos), de consistencia firme, que se extiende a lo largo del párpado, las cuales no son móviles ni dolorosas, que no superan el reborde orbitario y un leve aumento de las glándulas lagrimales bilateral. El resto del examen físico era normal. Se realiza Resonancia con contraste de orbita donde informa aumento bilateral de glándulas lagrimales, con realce de la grasa retro-ocular bilateral. Se realiza nueva biopsia de párpados, y glándula lagrimal, confirmando el diagnóstico (histiocitos espumosos o células de Touton). Inmunomarcación CD68+, S100 neg.

**Conclusión**

Existen cuatro síndromes que conforman el trastorno de xantogranuloma en adultos: xantogranulomas de inicio en el adulto (lesión solitaria sin hallazgos sistémicos), xantogranuloma en adultos asociado al asma, xantogranuloma periorcular, xantogranuloma necrobiótico y enfermedad de Erdheim-Chester.

186

**P186**  
**CRYPTOCOCCOSIS DISEMINADA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

MJ Dondio<sup>1,2</sup>, RD Acosta<sup>1</sup>, N Ruiz Casanova<sup>1</sup>, GB Grosso<sup>1,2</sup>, VH Ramia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HOSPITAL SAN ROQUE, Argentina. <sup>2</sup> CÁTEDRA DE MEDICINA I Y II HOSPITAL SAN ROQUE. FCM. UNC, Argentina.

**Introducción:**

Las infecciones son la principal causa de morbilidad en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) causando la muerte en el 20-55% de los casos. Los pacientes lúpicos son susceptibles a presentar infecciones oportunistas, entre ellas las micosis profundas, debido a deficiencia inmunológica propia de la enfermedad como así también por el uso de corticoides e inmunosupresores.

Se presenta un caso de criptococosis cutánea en LES dado que es una infección oportunista poco común y constituye un verdadero desafío diagnóstico.

**Caso clínico:**

Mujer de 33 años con antecedentes de LES (criterios ACR 1982), compromiso cutáneo bulloso (criterios SLICC 2012), de 13 años de evolución. Raynaud, meningorradiculitis aséptica en 2003 y piodermitis secundaria a impetiginización en 2008. Recibió tratamiento con dosis medias y altas de corticoide, azatioprina e hidroxiquina. Al momento de la consulta medicada con Azatioprina 150 mg/día, hidroxiquina 400 mg/día, metprednisona 20 mg/día y clostazol 100 mg/día.

Consulta por úlceras y pustulas en miembros superiores de 6 meses de evolución, refractarias a tratamiento con rifampicina y minociclina.

Al examen físico presenta:

- Pequeñas lesiones pustulosas borde eritematoso y pápulas eritematocroscas, descamativas en tórax, abdomen y miembros.
- Pústula de 1 cm de diámetro con borde eritematovioláceo en brazo izquierdo.
- Úlcera dolorosa de 7 x 15 cm de bordes irregulares eritematosos que compromete todo el espesor piel hasta fascia muscular, fondo con secreción blanquecina y área de aspecto necrótico de 1 por 1 cm brazo derecho.
- Tres úlceras redondeadas de 3 cm de diámetro total, bordes netos y fondo oscuro rodeadas de halo eritematoso en pierna izquierda.

Además: placas alopecicas en cuero cabelludo, eritema malar, onicomiosis, costras en pestañas y fotofobia.

Se realiza punción aspiración de pústula de brazo izquierdo.

Laboratorio: Hb 7.1 mg/dL, GB 4500 por mm<sup>3</sup> (N83% L 10%) VSG 55 mm, Urea 77 mg/dL, K 4, Albúmina 2.6 mg%, AFP 62%, LDH 514, ANA 1/40, Anti DNA y Anti ENA negativos, C3 101 mg%, C4 24 mg%.

Pancultivos seriados negativos, fondo de ojo y punciones lumbares normales.

Cultivo de contenido de pústula desarrolla *Criptococo neoformans*.

Ecocardiograma: fracción de eyección normal con PSAP 33 mmHg con Insuficiencia Tricuspidea leve.

TAC tórax: derrame pleural derecho, condensación basal posterior y atelectasia paracardíaca derecha, imagen nodular cavitada de 17 mm. Nódulo cavitado apical anterior izquierdo de 7mm.

Se diagnostica: *Criptococosis Diseminada*. Se suspende Azatioprina continua con metprednisona 40 mg/día, hidroxiquina 400 mg/día e inicia Anfotericina B 30 mg/d durante 2 semanas luego continua tratamiento con fluconazol 300 mg/12 hs.

La paciente evoluciona favorablemente durante la internación hasta su alta hospitalaria.

Veinte días después reingresa a UTI con diagnóstico de urosepsis por *E. Coli*. Se complica con coagulopatía diseminada severa. Desarrolla hematoma gigante en brazo derecho extendido a tórax y síndrome compartimental que requiere drenaje quirúrgico. La paciente evoluciona con fallo multiorgánico y óbito.

**Comentarios:**

Se destaca la importancia de realizar cultivos de toda lesión accesible para llegar al diagnóstico de infecciones oportunistas poco habituales.

187

**P187**  
**NECROSIS ÓSEA AVASCULAR VERTEBRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

MJ Gamba, L Casalla, L Zárate, MN Capozzi  
Hospital Nacional Alejandro Posadas, Argentina.

**Introducción:** Las fracturas vertebrales osteoporóticas constituyen un hallazgo habitual en la práctica diaria, pero la presencia de necrosis ósea avascular vertebral (NAV) asociada, es poco frecuente y sus imágenes representan un desafío diagnóstico. Reportamos el caso de un paciente con NAV en más de una localización.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 62 años, con antecedentes de tabaquismo, colitis ulcerosa, colangitis esclerosante y terapia irregular con esteroides, derivado por dolor dorsolumbar tipo mecánico, progresivo, de un año de evolución. Remite estudios previos (2013): **Rx** con acúfamiento anterior de D9 y D12; **RM:** aplastamiento heterogéneo D9 y D12, con imagen compatible con necrosis, hendidura líquida en su interior y desplazamiento del cuerpo de D12 hacia el canal vertebral. Al examen físico presentaba dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsolumbares. Se actualizaron estudios complementarios para evaluar progresión de las lesiones y eventual requerimiento de punción biopsia. **Laboratorio:** Calcemia 9.3 mg%, FAL 484 UI/l, FAL ósea 26.8 UI/l, vitamina D 15 ng/ml, GT 281 UI/l, ERS 21 mm/h, proteínograma con hipergammaglobulinemia policlonal. **TC:** acúfamiento anterior D9 y D12 con contenido gaseoso en su interior. **RM:** sin evidencia de progresión de las lesiones antes descriptas. **DMO:** L1-4 T score -3.37 / Z-score -2.78 (0.81 gr/cm<sup>2</sup>) CFI T-score - 2.71 / Z-score -1.59 (0.71 gr/cm<sup>2</sup>). La realización de punción biopsia diagnóstica, se desestimó considerando el estado clínico del paciente y los estudios complementarios, los cuales no mostraron progresión luego de 1 año de evolución. Se interpretó el caso como NAV en dos niveles. Se inició terapia del dolor y antirresortiva, con mejoría sintomática.

**Discusión:** Existen dos mecanismos principales en la patogenia de la NAV: 1) Enfermedad de Kümmel: colapso vertebral diferido por osteonecrosis y 2) secundario a fractura vertebral en pacientes con osteoporosis (90%), tal como en el caso reportado. En la mayoría de los casos reportados el compromiso es univertebral. La NAV posee hallazgos altamente sugestivos en las imágenes, como ser el *Signo del Fluido (RM):* colección líquida frecuentemente lineal en la cavidad necrótica adyacente al platillo vertebral, y el *Signo del Vacío (Rx/TC):* representa la presencia de gas intravertebral y sugiere necrosis ósea por isquemia. Este último signo debe considerarse un hallazgo que sugiere la naturaleza benigna de la fractura vertebral, dado que se ha observado hasta en un 40% de las fracturas osteoporóticas, siendo mínima su asociación tanto con aplastamientos neoplásicos (6%), como con procesos infecciosos espinales, en los que es posible observar además gas paravertebral. En el caso del mieloma múltiple, el patrón lineal del signo del vacío es infrecuente, por lo cual su diagnóstico requiere la realización de estudios complementarios.

**Conclusiones:** Si bien es frecuentemente un hallazgo incidental, es de suma importancia realizar el diagnóstico diferencial entre NAV con procesos infecciosos o neoplásicos. En el caso presentado, la evolución clínica y la falta de progresión en las imágenes permitieron llegar al diagnóstico de NAV, sin requerir la utilización de técnicas diagnósticas invasivas.

**P188**  
**SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN EN UNA PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): POTENCIAL ASOCIACIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**  
 JM Bande, B Barrios, MA Medina, S Papasidero, OL Rillo, J Caracciolo, V Rodríguez, C Lerosse  
 Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina.

**Introducción:** La manifestaciones reumatológicas ocurren en el 9% de los pacientes con infección por VIH. Dentro de las mismas, se incluyen las enfermedades del colágeno, cuya frecuencia es aproximadamente 0,7% según lo reportado en las escasas series existentes, no habiéndose encontrado en la bibliografía consultada reportes de síndrome de superposición en pacientes VIH. Los tratamientos utilizados en las enfermedades reumatológicas, como los corticosteroides y citotóxicos, podrían agravar una condición de inmunosupresión; sin embargo éstos deben ser utilizados en pacientes VIH + si el cuadro autoinmune lo amerita. El manejo de la terapia inmunosupresora en pacientes VIH + plantea un desafío debido a la falta de experiencia en la misma y el potencial desarrollo de infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida del paciente. Se presenta un caso clínico de esclerodermia-polimiositis en una paciente VIH +. **Presentación del caso:** Paciente de 35 años, sexo femenino, con antecedentes de colocación de prótesis mamarias (2006) e infección por VIH [diagnosticada en 2008, con tratamiento antirretroviral (TARV), carga viral (CV) indetectable y CD4 339/mm<sup>3</sup>]. Consultó en 2012 presentando cuadro de poliartritis, fenómeno de Raynaud y esclerodactilia de 2 meses de evolución. Los estudios complementarios evidenciaron: reactivantes de fase aguda elevados, FAN + (título 1/160, patrón nuclear moteado y fluorescencia citoplasmática), anti Ro +; capilaroscopia con SD Pattern temprano. Se indicó tratamiento con esteroides en bajas dosis, Hidroxicloroquina, Nifedipina y medidas de protección para el frío. La paciente continuó seguimiento de forma irregular. En 2014 vuelve a consultar luego de 6 meses sin controles, constatándose engrosamiento cutáneo difuso, microstomía, telangiectasias, lesiones en sal y pimienta en tronco, úlceras digitales y pitting scars. También presentaba mialgias generalizadas, debilidad muscular (Kendall: 3/5), con aumento de enzimas musculares y EMG compatible con compromiso muscular primario. Se interpreta el cuadro clínico como miopatía inflamatoria y se inicia tratamiento con esteroides a altas dosis con evolución favorable, estableciéndose diagnóstico de síndrome de superposición esclerodermia-polimiositis. Se realizó estudio funcional respiratorio y difusión de monóxido de carbono (DLCO) con limitación restrictiva moderada y muy grave reducción de la DLCO; y tomografía computarizada (TC) de tórax que evidenció patrón intersticial en áreas en "vidrio esmerilado" a predominio de bases. Se interpreta el compromiso pulmonar secundario a su enfermedad autoinmune. En TC de tórax posteriores se observó progresión de las áreas en "vidrio esmerilado" por lo que se decide, en forma conjunta con Servicios de Neumología e Infectología, inicio de tratamiento con Ciclofosfamida. La paciente recibió la primera dosis de Ciclofosfamida, sin complicaciones. **Discusión:** La ocurrencia de trastornos autoinmunes en el contexto de la infección por VIH ha sido descrita en la literatura, constituyendo las artralgias la manifestación más frecuente. Son pocos los casos reportados de enfermedades del colágeno en pacientes VIH +, pudiendo existir una asociación entre ambas patologías. Si bien no está clara la patogenia de dicha asociación, parecerían estar involucrados fenómenos de mimetismo molecular entre antígenos virales y autoantígenos. Además se cree que el TARV tendría cierto papel en el desarrollo de las mismas. Por otro lado, existe poca experiencia disponible en el tratamiento inmunosupresor en pacientes VIH + y la misma proviene de otros ámbitos (trasplantes, psoriasis). Los riesgos más importantes incluyen las interacciones potenciales de las drogas inmunosupresoras con el TARV y la inmunosupresión avanzada. En estos casos es fundamental el manejo en conjunto con infectología, la profilaxis de enfermedades oportunistas y el seguimiento estricto del paciente.

**P189**  
**PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (WEGENER)**  
 A Amador, A Alvarez, E Retamal, L Mendiburo  
 Servicio de Reumatología-Hospital Jose María Penna, Argentina.

#### INTRODUCCIÓN

La granulomatosis de Wegener es definida como una enfermedad multisistémica, caracterizada por la producción de granulomas y vasculitis necrotizante. Típicamente compromete al tracto respiratorio superior e inferior y el riñón. La parálisis facial periférica bilateral es una forma inusual de presentación con pocos casos reportados en la literatura.

**OBJETIVO:** Reporte de un caso.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 34 años internada en marzo del 2014 por parálisis facial periférica bilateral asociada a otitis media que no responde a múltiples esquemas antibióticos. En el curso de su enfermedad presenta hipoacusia, tinitus y vértigo. Al examen físico: Parálisis facial periférica bilateral (signo de Bell positivo, borramiento de surcos nasogenianos). Adenopatía submaxilar derecha. Dolor a la compresión en región mastoidea y trago. No compromiso de otros pares craneanos. Laboratorio: VSG 88 mm.GB 19.580/mm. Función renal normal. Sedimento urinario no patológico. Radiografía de tórax frente: se observan múltiples imágenes nodulares, radiopacas, bilaterales sin broncograma aéreo. TAC de torax: múltiples imágenes irregulares, algunas con cavitaciones centrales, sobre ambos campos pulmonares. Angiorresonancia de cerebro y peñascos: hiperintensidad de señal en células mastoideas y oído medio en forma bilateral atribuible a fenómenos inflamatorios. Con diagnóstico presuntivo de Granulomatosis de Wegener se solicita: ANCA C (+) 1/1640 (IFI), PR 3 (+) 28 UI (ELISA), MPO (-). Realiza tratamiento antibiótico endovenoso y pulsos de metprednisona más ciclofosfamida por tres meses con mejoría de los síntomas otológicos y del compromiso del VII par. En nueva consulta refiere disnea súbita, dolor tipo puntada de costado derecho con hipoventilación homolateral e insuficiencia respiratoria, evidenciándose hidroneumotorax en radiografía de tórax.

Se coloca tubo de avenamiento pleural y en nueva TAC de torax se evidencia progresión de lesiones nodulares pulmonares. Se indican pulsos de metprednisona más infusión de rituximab con buena evolución.

#### DISCUSIÓN

La parálisis facial periférica bilateral como manifestación de Granulomatosis con Poliangeitis es inusual.

La mayoría de los pacientes responden a altas dosis de glucocorticoides + ciclofosfamida. Un pequeño porcentaje de pacientes persiste con manifestaciones de enfermedad activa a pesar del tratamiento inmunosupresor, siendo el rituximab una buena opción terapéutica en los no respondedores.

**P190**  
**SÍNDROME ANTISINTETASA: A PROPÓSITO DE UN CASO**  
 R Berrueto, S Visentini, JJ Scall  
 HTAL CARLOS G. DURAND, Argentina.

**Introducción:** El síndrome antisintetasa es una entidad dentro del grupo de las Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (MII), definida por miositis, poliartritis, enf pulmonar intersticial (EPI), fiebre, raynaud, compromiso cutáneo en "manos de mecánico", y anticuerpos antisintetasa. La determinación de los anticuerpos anti-Jo-1 permite la confirmación diagnóstica (por su alta especificidad) y su capacidad de predecir manifestaciones clínicas (miositis o afección pulmonar) y mayor progresión y gravedad de compromiso respiratorio que en paciente negativos para este anticuerpo.

**Objetivo:** describir el caso clínico de una paciente con síndrome antisintetasa, forma clínica poco prevalente y de relevante importancia en el diagnóstico, por su alta tasa de refractariedad al tratamiento y de mortalidad, por patología intersticial pulmonar.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 39 años, ingresada por presentar comienzo progresivo de sme febril a predominio nocturno sin signos de foco infeccioso evidente, alopecia no cicatrizal y disminución de fuerza muscular en MMII bilateral, Fuerza muscular cintura pelvica 3/5MRC Fuerza distal MMII y MMSS fuerza conservada. Examen respiratorio normal, sin compromiso cutáneo ni digestivo. Tenía antecedentes de poliartritis simétrica de manos, rodillas y tobillos de meses de evolución, tratada con meprednisona 8mg/día en otro centro. Hiperkemia (3770, 1211 u/L) esd elevada (122, 118mm)

Laboratorio inmunológico: Fan 1/80 nuclear moteado fino Anti Ro+, Anti la (-), Anti Rnp (-), Anti Jo1 (+), Anti Pm/Scl (-), Anti PL7/12 (-) Anti Dna (-), Anti Sm (-) C3 192 C4 19 Anti CL IgM 27 IgG 66 FR 9 ACCP 9 ASMA +

RMN de músculo: no mostró signos de miopatía. EMG: cuádriceps izquierdo: PUM de pequeña amplitud y polifásico y cierto porcentaje de PUM de amplitud normal a elevada y polifásicos. Bx Muscular muslo derecho: signos compatibles con miopatía inflamatoria idiopática. Rx de torax: infiltrados lineales intersticiales bibasales. Tac AR de Torax: infiltrados basales intersticiales y signos de panalización basal incipiente. Espirometría: Patrón restrictivo leve. DLCO levemente disminuida. La paciente recibe en internación Pulsos de metilprednisolona 1gr/día, continuando con meprednisona 1mg/día y Azatioprina 100mg/día con buena respuesta, mejorando los síntomas y descendiendo valores de Cpk y títulos de Anti Jo-1.

A los meses de evolución reingresa por comenzar con cuadro de tos productiva y disnea progresiva, con infiltrados intersticiales en Rx de torax (negativizados en internación previa) y disminución de DLCO, y recibiendo tratamiento para neumonitis intersticial asociada a sme antisintetasa, pulsos de ciclofosfamida, continuando con altas dosis de esteroides y azatioprina, con mejoría de cuadro respiratorio.

En la evolución la paciente no presenta signos cutáneos ni digestivos ni recurrencia de manifestación muscular.

**Discusión:** En el caso presentado la paciente al inicio no manifestó sintomatología respiratoria, hallándose afectación muscular y positividad para ac. anti Jo-1. Al estudiar compromiso pulmonar, se diagnostica Sme Antisintetasa con enf. intersticial, presentando una rápida progresión y una cierta refractariedad a alta dosis de esteroides e inmunomoduladores, con respuesta a ciclofosfamida.

En la literatura, también se describe compromiso más grave y rápidamente progresivo de enf. pulmonar intersticial en pacientes Anti Ro+ con Sme antisintetasa.

**P191**  
**VASCULOPATÍA LIVEIDOIDE EN ESCLERODERMIA, CON RESPUESTA TERAPÉUTICA A SILDENAFIL**  
 FM Paniego, R Puerta Franchi, A Burkett, S Catalán Pellet, H Laborde  
 Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La vasculopatía liveidoide es un trastorno crónico y recurrente de la piel, que puede ser primario, o asociado a otros trastornos sistémicos, que aumentan el riesgo trombótico. La lesión típica es la atrofia blanca rodeada de un borde hiperpigmentado posterior a lesiones ulcerosas, con cicatrices estrelladas y eventualmente telangiectasias. A nivel histopatológico, lo característico es el engrosamiento de los vasos de la capa media de la dermis, con trombosis focal y degeneración hialina de la capa subintimal.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 35 años, con fenómeno de Raynaud de 15 años de evolución, con úlceras digitales, telangiectasias y edema de manos. Recibía meprednisona 40 mg/día, minociclina 100 mg c/12hs, nifedipina 30 mg/día, AAS 100 mg/día e hidroxicloroquina 400 mg/día. Consulta por primera vez en mayo de 2014, por presentar úlceras en miembro inferior izquierdo de 2 años de evolución, que progresaron a pesar del tratamiento. Al examen físico presentaba en cara anterior de pierna izquierda dos úlceras de fondo blanquecino, exudativas, de borde eritematoso de 1,5 x 2 cm, y en cara externa una placa eritematosa, abollonada atrofodérmica de 6 x 6 cm con 6 úlceras pequeñas en su interior. Los hallazgos de la lesión eran característicos de vasculopatía liveidoide y no se realizó biopsia cutánea. Exámenes complementarios: FAN > 1/1280 moteado grueso, RNP +, FR+, anticuerpos anticardiolipinas por IgM e IgG negativos, anti B2 glicoproteína I por IgM e IgG negativos e inhibidor lúpico negativo. La capilaroscopia mostró patrón esclerodérmico y el eco-Doppler de miembros inferiores normal. No se encontraron alteraciones de laboratorio de trombofilias hereditarias. Se decidió descenso de dosis de corticoides, suspender minociclina e iniciar sildenafil 25 mg cada 12 hs. Luego de 4 semanas las úlceras se encontraban secas, reducidas de tamaño y con mejoría de la placa atrofodérmica, rodeada por un área hiperpigmentada post-inflamatoria secular.

**DISCUSIÓN:** La asociación de vasculopatía liveidoide con enfermedades sistémicas suele reflejar un estado protrombótico, siendo las más frecuentemente asociadas el lupus eritematoso sistémico (LES) asociado o no a anticuerpos antifosfolípidos, el síndrome antifosfolípido primario (SAF), y las trombofilias congénitas (Mutación del factor V de Leyden, déficit de proteína C, y la hiperhomocisteinemia). La asociación de esclerodermia y vasculopatía liveidoide en ausencia de anticuerpos antifosfolípidos es infrecuente. En nuestra paciente no hemos encontrado alteraciones que expliquen un estado protrombótico adquirido o hereditario.

El sildenafil es un inhibidor de la fosfodiesterasa 5, utilizado para el tratamiento de la disfunción eréctil, hipertensión pulmonar, fenómeno de Raynaud y prevención de úlceras digitales. Su efectividad en el tratamiento de úlceras secundarias a vasculopatía liveidoide no ha sido probada en ensayos clínicos. Hemos encontrado reportes de casos donde el sildenafil logró la mejoría de la vasculopatía liveidoide en pacientes con LES, SAF y otras trombofilias no autoinmunes. En cambio, no hemos encontrado reportes de pacientes con vasculopatía liveidoide y esclerodermia tratados con sildenafil. Los mecanismos propuestos para el efecto terapéutico del sildenafil en la vasculopatía liveidoide son la acción vasodilatadora y la inhibición de la agregación plaquetaria mediante bloqueo de la liberación de calcio mediada por trombina.

**CONCLUSIONES:** El desarrollo de vasculopatía liveidoide y su consiguiente mejoría con sildenafil en esta paciente con esclerodermia, podría ser debido a la microangiopatía de la misma, dado que las otras causas vinculables no pudieron ser demostradas en esta paciente. El uso de sildenafil para el tratamiento de úlceras asociadas a vasculopatía liveidoide en esclerodermia podría ser una alternativa efectiva, especialmente en ausencia de anticuerpos antifosfolípidos o trombofilias hereditarias. En nuestro conocimiento este sería el primer caso reportado de vasculopatía liveidoide asociada a esclerodermia tratado con sildenafil y con respuesta al mismo, lo que motiva la presentación del caso.

192

**P192**  
**ARTRITIS GONOCÓCICA, CONTINUA VIGENTE, REPORTE DE 2 CASOS CLÍNICOS****RELACIONADOS**  
M Nass<sup>1,2</sup>, J Vallet<sup>1,2</sup>, N Pezo<sup>1,2</sup>, M Seguel<sup>1</sup>, C Aguayo<sup>1</sup>, M Lefimil<sup>1</sup>, M Aranedá<sup>3</sup>, M Cisterna<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Las Higuera Talcahuano, Chile. <sup>2</sup> Universidad de Concepción, Chile. <sup>3</sup> Universidad Del Desarrollo Concepción, Chile.**INTRODUCCIÓN:** La artritis gonocócica es una patología infrecuente en países occidentales, teniendo mayor incidencia en países en desarrollo. En América Latina, probablemente, sea la segunda causa de artritis séptica después del *S. aureus*. Se presenta en adultos jóvenes, sexualmente activos, de niveles socioeconómicos bajos. Afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres.**OBJETIVO:** Mostrar 2 casos clínicos, relacionados, para señalar que sigue estando presente esta patología.**DESCRIPCIÓN:** **Caso 1:** Paciente masculino, 49 años, etilismo crónico, consulta en nuestro Hospital por artritis mano izquierda, con leucocitosis de 20.000GB/L y Proteína C reactiva (PCR) de 20mg/dL; se indica tratamiento ambulatorio con cloxacilina oral. 3 días después, se constata artritis mano y tobillo izquierdo. Se hospitaliza y se indica ceftriaxona 1g/día y clindamicina 600mg c/6h endovenoso (ev). Día siguiente, con artralgas de hombro derecho y de muñeca y tobillo izquierdo y artritis de hombro, muñeca y tobillo izquierdos. Se solicita evaluación por reumatología, corroborando hallazgos, además, de constatar limitación en rotación hombros y lesiones cutáneas. Evolución en forma favorable, exámenes Factor Reumatoide negativo, C3/C4 normales y VHB y VHC negativos, y ecotomografía de hombros que informa tenosinovitis bicipital, bursitis sub acromioideltoidea derecha y tendinopatía supraespinosa. Se indica completar antibióticos ev por 14 días, mantener AINES, agregar prednisona 20mg c/12h VO. **Caso 2:** Paciente sexo femenino, 52 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en nuestro Hospital por cuadro de 2 días de artralgia mano izquierda, antebrazo izquierdo y rodilla derecha, conjuntivitis bilateral y disuria. Examen físico inyección conjuntival bilateral, sinovitis muñeca y codo izquierdos, lesiones eritematosas no solevantadas diseminadas y leve eritema faríngeo sin placas de pus. Se hospitaliza para estudio y manejo, sin antibiótico hasta evaluación por reumatología y venereología; toma de hemocultivos, urocultivo y laboratorio autoinmunitad. Evaluada por reumatología, se constata 2 días de dolor e impotencia funcional en muñeca izquierda y rodilla derecha y conjuntivitis bilateral. Se toma muestra de líquido sinovial que resulta amarillento-purulento a la macroscopía; se solicitan físico-químico, cultivo corriente y para gonococo y búsqueda de cristales en líquido articular, hemocultivos, urocultivo, VHB, VHC, VIH, VDRL y radiografías de rodillas y muñecas; se indica ceftriaxona 1g/día ev, cortisol 50mg c/8h ev, dipirona 1g c/8h ev. Se describen pápulas y pústulas en tronco y Extremidades inferiores, leucorrea purulenta sin cervicitis y artritis ya descritas. Se plantea diagnóstico de oligoartritis e infección por *Neisseria gonorrhoeae*, y se toma cultivo endocervical de flujo vaginal en medio de thayer-martin. Evaluada por traumatología, se traslada a pabellón para drenaje, obteniéndose 15 mL de líquido amarillento-turbio e instalándose drenaje. Exámenes muestran 17.020 GB/L, PCR 23,8 mg/dL y VHS de 123 mm/hora, diplococos gramnegativos en Gram de líquido sinovial. Se indica tratamiento con cloxacilina 2g c/6h ev. Informe cultivo líquido sinovial positivo para diplococos gramnegativos (gonococos) se suspende cloxacilina. Es evaluada por venereología, decidiéndose azitromicina 1g VO x 1 vez por sospecha de infección gonocócica diseminada. VDRL (+) 1/64, se indica penicilina benzatina 2.400.000 UI IM por 3 veces. *Neisseria sp* y artritis gonocócica son confirmadas. Posteriormente, se confirma que son pareja sexual con el caso 1. Por lo tanto, se trata del mismo diagnóstico. En las semanas posteriores se identificaron nuevos casos del mismo cuadro clínico, en jóvenes que practicaban el comercio sexual en el sector donde habitaba la pareja recién descrita. **CONCLUSIONES:** En esta patología es fundamental realizar un diagnóstico temprano y así evitar una diseminación sistémica como ocurrió en estos casos. Por su importancia epidemiológica, es una patología que debemos tener siempre presente y buscar insistentemente para cortar la cadena del contagio e intentar su erradicación.

193

**P193**  
**MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN UNA PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**V Alonso, G Allé, S Adriani, M Lagrutta, R Parodi, A Greca  
Primera Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina.**INTRODUCCIÓN:** La inmunodeficiencia común variable es una alteración primaria caracterizada por un defecto en la síntesis de inmunoglobulinas y una mayor susceptibilidad a las infecciones bacterianas. La etiología es desconocida, pero se ha encontrado un defecto en la diferenciación de los linfocitos B, lo que condiciona una alteración de la síntesis de inmunoglobulinas, conduciendo a la aparición de diferentes enfermedades como infecciones bacterianas recurrentes, principalmente de vía aérea superior, fenómenos autoinmunes, alteraciones intestinales y mayor frecuencia de neoplasias.**CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 50 años, hipotiroides, con cuadros de foliulitis desde la adolescencia y lesiones cutáneas recurrentes desde los 40 años de edad, distribuidas en forma generalizada, frecuentemente ulceradas, y complicaciones sobreinfecciosas frecuentes. Realizó múltiples cursos de corticoides orales con mejoría parcial de las lesiones. Refirió fotosensibilidad y exacerbación de lesiones cutáneas con la exposición solar. Presentaba además episodios recurrentes de otitis media aguda, sinusitis y neumonía adquirida de la comunidad a repetición en los últimos años. Negaba manifestaciones clínicas articulares, úlceras orales, fenómeno de Raynaud, o antecedentes de serositis. Al examen físico presentaba un nódulo mamario y lesiones cutáneas nodulares con zonas hiperqueratósicas, dolorosas y pruriginosas, algunas de las cuales evidenciaban ulceración. Además se evidenciaban lesiones eritematoescamosas parcheadas, generalizadas, y lesiones en miembros inferiores ulceradas con dermatitis ocre. Se realiza biopsia cutánea de las lesiones en miembros inferiores, que evidencia hiperplasia epidérmica irregular, con focos de paraqueratosis e hiperqueratosis, con área central exulcerada e impigginizada y en la dermis infiltrado linfocitario perivasculares superficial, con presencia de eosinófilos, compatible con ecema. La biopsia del nódulo mamario evidenció una mastitis eosinofílica. Ante la sospecha de enfermedad autoinmune se solicita laboratorio incluyendo hemograma, química, FAN, complemento, factor reumatoideo, crioglobulinas, ANCA, y anticuerpos antiofotolípídicos, y serologías virales encontrándose dentro de valores normales. Por presentar cuadros infecciosos recurrentes se realiza proteínograma por electroforesis y dosaje de inmunoglobulinas, evidenciando hipogammaglobulinemia. Ig G: 409 mg/dl (850-1450), Ig A: 19 mg/dl (110-195), Ig A secretoria: 18 mg/dl (20-45), Ig M: 50 mg/dl (100-200), Ig E: 5 mg/dl (0,5-100). Se realiza prueba diagnóstica con vacunación antitetánica y dosaje de anticuerpo antitoxoide tetánico basal y al 1er y 2do mes postvacunación, sin respuesta a la misma. Se diagnostica inmunodeficiencia común variable, y se comienza tratamiento con Inmunoglobulina EV 30 gr/mes, con menores interurrencias infecciosas y mejoría de las lesiones de piel. Sin embargo presentó recurrencias de las lesiones cutáneas que mejoraban en forma parcial luego de cada infusión, cuadros infecciosos en la semana previa a la infusión (celulitis, sinusitis, otitis), y se constató que persistían valores bajos de IgG plasmática preinfusión, por lo que la dosis de inmunoglobulina se incrementó gradualmente hasta 35 gramos cada 21 días.**CONCLUSIÓN:** Las lesiones cutáneas en esta paciente planteaban diagnósticos diferenciales con vasculitis, piodermia gangrenosa, eritema nodoso, y complicaciones infecciosas entre otros. El compromiso de vías aéreas superior e inferior podía también hacer sospechar vasculitis asociada a ANCA. La respuesta al tratamiento antibiótico de las manifestaciones en vías aéreas y la frecuencia de sobreinfecciones cutáneas orientó hacia el diagnóstico hacia una inmunodeficiencia común variable. Esta entidad puede simular pero también superponerse a enfermedades autoinmunes, lo cual plantea un desafío diagnóstico. En este caso la paciente presentaba diferentes manifestaciones de autoinmunitad, como el compromiso tiroideo, la fotosensibilidad, y la mastitis eosinofílica. Las manifestaciones de atopia como el ecema se asocian también con frecuencia a las inmunodeficiencias. Presentamos este caso por la infrecuencia y la complejidad de esta patología, donde sus manifestaciones clínicas son similares a las encontradas en enfermedades autoinmunes sistémicas, pueden simular enfermedad o superponerse a la misma, lo cual conlleva a problemas en el diagnóstico y en el manejo, con implicancias en la morbilidad.

194

**P194**  
**COMPROMISO OCULAR EN POLIANGÉITIS MICROSCÓPICA ASOCIADO A POLICONDRIITIS RECIDIVANTE**G Bovea, C Baled  
Hospital Naval Cirujano Mayor Doctor Pedro Mallo, Argentina.**Introducción:** La poliangeítis microscópica es un desorden sistémico caracterizado por inflamación de vasos de pequeño calibre que afecta principalmente los riñones y pulmón. Su incidencia anual es de 3,6 casos por millón de habitantes, es más frecuente en varones entre 40 y 60 años. Está descrita en la literatura la superposición con policondritis recidivante hasta en un tercio de los casos.

Presentamos un paciente con antecedentes de síndrome pulmón-riñón (poliangeítis microscópica) asociado a policondritis recidivante y hepatitis C crónica que consultó por compromiso ocular unilateral.

**Objetivo:** destacar la importancia de la evaluación exhaustiva en un paciente con compromiso ocular en enfermedades autoinmunes para individualizar la etiología a fin de optimizar el tratamiento.**Materiales y métodos:** se revisó la historia clínica de un paciente varón de 47 años oriundo de Río Grande con antecedente de poliangeítis microscópica de 4 años de evolución con síndrome pulmón-riñón, (hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis paucimune) tratado con pulsos de metilprednisolona y de ciclofosfamida con mejoría. Posteriormente discontinuó el tratamiento y controles, presentó algunos episodios aislados de hemoptisis. Se le asoció en su evolución hace 1 año un episodio de uveítis que respondió al tratamiento con esteroides locales, posteriormente se le agregó la inflamación del pabellón auricular derecho interpretado como policondritis recidivante, recibiendo tratamiento con meprednisolona 20 mg/día y azatioprina 150 mg/día. Concurrió al consultorio con severa irritación y dolor ocular unilateral. Es evaluado por el servicio de oftalmología quien lo interpreta como epiescleritis y le indica instilación de gotas oftálmicas con epinefrina y dexametasona, evolucionando favorablemente en el transcurso de una semana con remisión del cuadro.**Resultados:** Laboratorio: Eritrosedimentación 2, ANCA C (-), ANCA P (+) 1/40, C4 6,8, Anticuerpo Anti-DNA (-), FAN (-), C3 84,4, C4 6,8, Anticuerpo anti-DNA (-), Proteínas Totales 7, Albúmina 3,8, Alfa 1 0,16, Alfa 2 0,83, Beta 0,55, Gamma 1,25, Proteinuria 0,06, Colesterol 112, Triglicéridos 48, Proteína C Reactiva (-), Ionograma plasmático normal, Clearance de Creatinina 104 ml/min, Urea 35, Glucemia 84, Creatinina 1,15, Transaminasas normales, Fosfatas Alcalina 124, Bilirrubina normal, Hematocrito 55, Plaquetas 192.000, Glóbulos Blancos 7.430 con fórmula conservada, Orina normal. Coagulograma normal.

Exámenes complementarios: Tomografía de tórax: tractos densos fibrosoculares bibasales. Resonancia magnética de senos paranasales: engrosamiento mucoso de senos maxilares. Resonancia Magnética de encéfalo y órbitas, normal. Evaluación oftalmológica: se descartó uveítis y compromiso retiniano. Fondo de ojo: normal.

**Conclusiones:** Nuestro paciente presenta una rara asociación entre ambas entidades. El compromiso ocular está descrito, tanto en la policondritis recidivante (20 a 50%) como en la poliangeítis microscópica (9%). La epiescleritis es la inflamación de la epiesclera ocular. Es una afección usualmente leve, rara vez progresa a escleritis. Puede hallarse asociada a enfermedades autoinmunes. Otras afecciones oftalmológicas a considerar en estas dos entidades incluyen: escleritis, queratitis, conjuntivitis, uveítis, proptosis, vasculitis retiniana, neuritis óptica, edema periorbitario y la epileliopatía pigmentaria en placa multifocal posterior aguda. Concluimos que los reumatólogos debemos familiarizarnos con los diagnósticos diferenciales del ojo rojo y reconocer las implicancias de la enfermedad ocular inflamatoria para pacientes que pudieran tener una condición autoinmune asociada.

Palabras clave: poliangeítis microscópica-policondritis recidivante-epiescleritis

195

**P195**  
**VASCULITIS DE ÓRGANO SIMPLE: VASCULITIS DEL SNP. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**GA Luna, G Guaraz, PS Cabrera, R Figueroa  
Hospital San Juan Bautista, Argentina.

La vasculitis aislada del sistema nervioso periférico (VASNP) es un proceso inflamatorio que afecta selectivamente a los vasanervorum, forma clínica característica es la mononeuropatía múltiple de curso agudo o subagudo. Enfermedad rara, aunque VASNP y la neuropatía asociada a PAN y PAM son las formas de neuropatía vasculítica más frecuentemente, (25%).

Sensibilidad biopsia de nervio sural es del 50-60% y estudios neurofisiológicos muestran signos de afectación de troncos nerviosos periféricos con distribuciones topográficas variables.

A continuación se presentaran dos casos de baja frecuencia de VASNP.

**Caso 1**  
Mujer de 61 años, consulta por debilidad MMII y dolor.Debilidad de MMII, progresiva a predominio distal, de meses de evolución, asociado a dolor tipo quemante en extremidades inferiores, intensidad 8/10. Ptosis palpebral derecha, paresia motora distal asimétrica a predominio izquierdo, Stappage, Parálisis Facial Periférica. Diagnósticos diferenciales: PDCI; Sd paraneoplásico; Enfermedad de la placa neuromuscular. Laboratorio: PCR +++ CAL 8,6; ALB 4,21; VSG 15, Dosejvit. B 12: 150 pg/ml; Serología Viral y autoinmune (-) ANA, ANCA, AntiDNA, crioglobulinas, C3, C4, HIV, VHB-C, HTLV I-II; Perfil Tiroideo: normal; TAC columna DLS: L5-S1 reducidos; RMN columna: Fenómenos osteoproliferativos, cambios en la señal L5-S1PL; Aspecto xantocromico, Glu 71, Prot 59, Coagulo (-), Cel 1xmm; **Fibroscopioscopia:** divertículos en sigma; FEDA: gastritis aguda sup. Severa, leve, RDG +. Ecografía abdomen: imagen quística hepática de 38 mm; Ecografía Ginecológica: s/p; **EMG:** Mononeuropatía Múltiple. Biopsia de Nervio: Vasculitis vasovasorum de Sistema Nervioso Central. Tratamiento: pulsos de Solumedrol y ciclofosfamida con buena respuesta a medicación.**Caso 2**  
Masculino de 58 años consulta por presentar debilidad y hormigueo en MMII, que días después se acompaña de dolor urente de intensidad 10/10, localizado que imposibilitaba la marcha, luego se extendió a MMSS. Parálisis radial derecha, parálisis ciaticopoplita bilateral. Laboratorio : GB 22300; VSG 110; HB 10,3; HTO 33,2; RDW 14,5; PLT 458000; FAL 612; CPK 53. ANCAp y c, dosaje de ECA, RxTorax y fondo de ojo, negativos. **EMG:** mononeuritis múltiple. Biopsia de Nervio Sural: vasculitis de vasa vasorum del SNP. Tratamiento: pulsos de Solumedrol y ciclofosfamida con buena respuesta a medicación. Destacamos la importancia de la sospecha clínica y del EMG ante la presencia síntomas sensitivos y Motores de vasculitis en MMII y MMSS.

**P196**  
**PACIENTE CON MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN AUSENCIA DE ARTRITIS ACTIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

G Allié, V Alonso, M Lagrutta, S Adriani, R Parodi, A Greca  
 Primera Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de etiología desconocida. Afecta al 1% de la población adulta, principalmente comprometiendo la membrana sinovial de las articulaciones diartrodiales. Hasta el 40% de los pacientes pueden presentar compromiso extraarticular, en raras ocasiones, en ausencia de clínica de artritis.

**CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 54 años de edad, hipertensa, asmática con antecedente de artritis reumatoide diagnosticada 14 años previos, en contexto de poliartrosis de pequeñas articulaciones, a predominio de ambas manos, afectando también tobillos, rodillas y codos, asociada a rigidez matinal mayor a una hora. La poliartrosis provocaba en la paciente una gran discapacidad, con dificultad para incorporarse que la obligó a permanecer en cama durante períodos prolongados, y llevando a deformidad articular en ambas manos. En las radiografías de las manos se evidenciaron erosiones en articulaciones metacarpofalángicas, y presenta factor reumatoide positivo a títulos altos en reiteradas ocasiones. Realizó tratamiento sintomático en su ciudad de origen con corticoides por vía intramuscular y antiinflamatorios no esteroides durante aproximadamente 5 años. Nunca realizó drogas modificadoras de la enfermedad (DME) en ese período, y suspende los corticoides al presentar remisión de las manifestaciones articulares. Dos años previos a la actualidad consulta por dolor abdominal progresivo, constatándose esplenomegalia masiva y bicitopenia severa, que se interpretó por hipersplenismo. Presentaba en esa ocasión una VES de 97 mm en primera hora, factor reumatoide (FR) de 47 uU/ml. La biopsia de médula ósea evidenció médula reactiva sin atipias, y en la citometría de flujo no presentaba signos de malignidad. Se realiza esplenectomía por estar la paciente sintomática, y con el fin de descartar linfoma esplénico. La anatomía patológica evidenció un proceso inflamatorio crónico inespecífico. Se realizó también tratamiento con glucocorticoides, con mejoría del cuadro hematológico, y se redujo gradualmente la dosis de prednisona hasta suspender, presentando un recuento de glóbulos blancos que oscilaban en valores cercanos a 3000/mm<sup>3</sup>. A los dos semanas de suspender el tratamiento con prednisona presenta cuadro de disnea progresiva, que rápidamente se torna de reposo, connotándose derrame pericárdico masivo hemorrágico. Se realizó drenaje del mismo, y se obtuvieron muestras de cultivo, los cuales fueron negativos para gérmenes comunes y bacilo ácido alcohol resistente. La VES era de 40 mm/h y el FR: 234 uU/ml. La anatomía patológica evidenció pericarditis crónica esclerosada inespecífica, con activa movilización fibroblástica y neovascularización, sin signos de neoplasia ni de proceso inflamatorio granulomatoso. La tomografía computada de tórax abdomen y pelvis descartó tuberculosis. Realizó tratamiento con colchicina y meprednisona, y posteriormente azatioprina, como ahorrador de corticoides, con resolución completa del derrame pericárdico y normalización del hemograma. Destacamos el hecho que la paciente no presentó artralgiás ni signos de sinovitis activa durante los procesos sistémicos relatados, y niega episodios de artralgia o artritis activa en los últimos 8 años.

**CONCLUSIONES:** Se interpretó el cuadro como manifestaciones extraarticulares de AR inactiva desde el punto de vista articular, que respondió tratamiento con prednisona y azatioprina. Este caso constituye una inusual presentación de manifestaciones extraarticulares severas de AR sin actividad inflamatoria articular concomitante. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar manifestaciones extraarticulares encontramos la ausencia de tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad, el factor reumatoide a títulos altos, erosiones articulares, entre otros, todos ellos presentados por nuestra paciente. Cabe destacar además lo inusual de la remisión del cuadro articular luego de años de artritis muy activa, y sin tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad.

**P197**  
**OSTEOMIELITIS CRÓNICA: PRESENTACIÓN COMO LESIÓN ÓSEA PSEUDOTUMORAL**

M Dondó<sup>1,2</sup>, RD Acosta<sup>1</sup>, N Ruiz Casanova<sup>1</sup>, GB Grosso<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>HOSPITAL SAN ROQUE, Argentina. <sup>2</sup>CÁTEDRA DE MEDICINA I Y II. HOSPITAL SAN ROQUE. FCM, UNC, Argentina.

**Introducción:**

La osteomielitis hematogénica es rara en adultos y suele aparecer en inmunocomprometidos. Las manifestaciones radiológicas son inespecíficas y suele presentarse como tumefacción de tejidos blandos, imágenes líticas en hueso esponjoso, resorción cortical focal, tenebración cortical y reacción perióstea. En ausencia de trauma, enfermedad sistémica e infección local, la diferenciación entre osteomielitis hematogénica y tumores puede resultar difícil, más aún si afecta huesos largos.

**Caso clínico:**

Varón de 52 años que consulta en 2002 por dolor óseo, sordo de predominio nocturno, progresivo localizado a nivel de fémur izquierdo de 18 años de evolución. Refiere antecedentes de hidatiidosis hepato-esplénica y artritis reumatoide tratada con metotrexato 15mg/seem, meprednisona 8 mg/día y ácido fólico 5 mg/seem.

Al examen físico presenta dolor a la movilización activa y pasiva con signos de flogosis en muslo izquierdo y secuelas de artritis reumatoide en manos y pies.

- Laboratorio: VSG 38 mm, FAL 161 U/L, Calcio 8.8 mg/dl, Magnesemia 2 mg/dl, Fosfatemia 2.8 mg/dl
- RX fémur izquierdo: engrosamiento distal con esclerosis, bormiento cortical, periostitis. Imagen lítica con bordes no bien definidos
- Ecografía de Miembros inferiores: imagen oval hipoecoica de 50 x 35 x 14 cm que compromete estructura muscular del vasto intermedio en plano profundo a 10 cm de la rótula
- Cintigrafía Ósea: aumento de captación precoz y tardía de fémur distal izquierdo. Aumento de captación en hombros, muñecas, cabeza humeral compatible con patología degenerativa.
- Biopsia de hueso: tejido óseo maduro, no infiltrado inflamatorio ni malignidad. Engrosamiento de trabéculas. No alteraciones en línea cementante. Compatible con enfermedad de Paget.

Se hace diagnóstico de Enfermedad Ósea de Paget y se inicia tratamiento con pamidronato 200 mg/dl VO y calcitonina 100 UUI/d sin respuesta favorable.

Consulta en 2005 con igual sintomatología.

- laboratorio: VSG 60 mm, FAL 149 U/L, Calcio 8.6 mg/dl, Fosfatemia 2.8 mg/dl, Calcio 2 h 11 mg/dl, albumina 3.41 g/dl, a 1 0.15 g/dl, a 2 0.87 g/dl, b 1.41 g/dl, g 1.8 g/dl, resto normal
- Biopsia Ósea: infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con importante número de células plasmáticas maduras de posible origen monoclonal.
- Punción aspiración de médula ósea donde se obtiene < 10% de células plasmáticas. Biopsia de cresta ilíaca: ausencia de tumor e infección con células plasmocitarias ocasionales
- Laboratorio: VSG 112 mm, FAL 127 U/L Calcio iónico 1.23 Calcio 7.8 mg/dl, Mg 3.4 mg/dl, alb 3.42 g/dl, a 1 0.14 g/dl, a 2 0.42 g/dl, b 1.03 g/dl, g 2.42 g/dl, Proteína de Bence Jones (-) Ig M 49 IgG 1949 IgA 368 PTH 85.2 pg/ml
- Dos años después se realiza:
  - TAC Rodilla: cambio de morfología y señal en hueso cortical y medular. Engrosamiento focal del fémur. Derrame articular. Músculo con infiltrado graso. Canal medular izquierda con lesión lítica.
  - RMN: osteocondritis. Pinzamiento femorotibial interno. Fractura degenerativa de menisco interno. Derrame articular.
  - Significación: Sínovitis.
  - Cintigrafía: captación aumentada en fémur y rodilla izquierda.
  - Continúa con AINES según dolor y bifosfonatos. Un año después consulta con igual sintomatología se solicita:
    - TAC: engrosamiento cortical con condensación de 1/3 medio y distal de diáfisis femoral. Imagen radiodensa en región intercondílea.
    - VSG 45 FAL 90 PCR ++
    - Biopsia Ósea: osteomielitis aguda

Comienza tratamiento con Ciprofloxacina 750 mg/12 hs, Rifampicina 300 mg/12 hs y cotrimoxazol 800/160 mg/ 12 hs por 40 días con evolución favorable.

- Cinco años después, consulta nuevamente con por dolor en muslo izquierdo
- Rx enanchamiento diafisario distal a partir de 1/3 medio de diáfisis con signos distróficos de reconstrucción ósea con osteopenia generalizada y contornos irregulares de la cortical
- Laboratorio: GB 12700 (84/17/6) VSG 58 mm Ca 9.5 mg/dl, FAL 134 U/L, PCR 4.2 mg resto normal
- Biopsia y cultivo óseos: osteomielitis crónica, se aísla S. aureus.

Inicia tratamiento con Rifampicina 600 mg/dl, ciprofloxacina 750 mg/12 hs y cotrimoxazol 800/160 mg/12 hs. Evolución favorablemente

**Conclusión:** La osteomielitis crónica puede presentarse simulando otras patologías óseas como tumores o enfermedad de Paget. Los estudios de laboratorio, imágenes y biopsias son importantes pero no siempre concluyentes, por ello el diagnóstico diferencial es complejo. Se destaca la importancia de hacer cultivos de hueso para llegar al diagnóstico definitivo.

**P198**  
**USO DE BOSENTAN EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA: A PROPOSITO DE UN CASO**

Y Ameruso, M Etcheverry, M Zamora Sabando, G Kondratjuk, MI Brusco, A Pringe, V Cervetto, R Cuttina, N Mantero, ML Rueda, S Grees  
 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La escleroderma sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune caracterizada por afectación vascular generalizada, fibrosis cutánea y visceral. La expresión más común de afectación vascular es el Fenómeno de Raynaud (FR), con complicaciones sobre todo a nivel miocárdico y úlceras digitales. El tratamiento con vasodilatadores ha demostrado ser eficaz en FR, pero la terapia efectiva para úlceras digitales sigue siendo difícil de alcanzar. Bosentan es un antagonista del receptor de Endotelina y su eficacia para la prevención y tratamiento de úlceras isquémicas ha sido evaluado fundamentalmente en pacientes adultos. Por éste motivo nos resulta de relevancia el reporte de este caso con buena respuesta al mismo.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 17 años de edad, comienza en 2008 con poliartralgiás, disminución de fuerza muscular, trastornos tróficos de ambas manos. Piel seca, fina y poco plegable. Dactilitis. Esclerodactilia. Pitting en manos y pies. FR. Múltiples limitaciones articulares y poliartrosis. CHAQ: 1.125. Rodnan: 7.

Anemia. Hiper gammaglobulinemia. Factor Reumatoide y Scl 70 (-). FAN1/1280 patron homogéneo. DNA 140. S-m-RNP: C3: 90, C4: 10

**Espirometría:** Patrón restrictivo. **Prueba de difusión (DLCO):** 74%. **Capilaroscopia:** Patrón Esclerodérmico. **Diagnóstico:** SSc.

Evoluciona con importante compromiso pulmonar, por lo cual recibe 29 pulsos de Ciclofosfamida y 6 de Metilprednisolona con regular respuesta. Presenta severo compromiso vascular periférico que lleva a lesiones digitales con pérdida de sustancia. Inicia en 2009 con necrosis del 1er y 2do dedo de mano derecha, por lo que se indica tratamiento con Sildenafil y Nifedipina. Desarrolla nuevas úlceras digitales en 5to. dedo de mano derecha, talones, y 1er y 5to. dedos del pie derecho, agregándose resorción de falanges distales en ambas manos y presentando incremento de compromiso cutáneo. Se adiciona Clotazolol, sumando nuevas lesiones necróticas y pérdida de sustancia en ambas manos. Se indica Pentoxifilina persistiendo con lesiones ulceradas en talones y dedos de manos y pies por lo que en Abril de 2014 inicia tratamiento con Bosentan 125mg/día. Luego de 3 meses la paciente presenta buena evolución de úlceras cutáneas con presencia de tejido cicatrizal sin aparición de nuevas lesiones. Presenta mejoría de DLCO de 38% (septiembre 2013) a 52% (agosto 2014).

**Discusión:** Las úlceras cutáneas representan una frecuente manifestación de SSc, llegando a presentarse en más del 50% de los pacientes. El evento patogénico central comienza con el aumento de la permeabilidad vascular, activación de fibroblastos, disminución del lumen vascular, y activando la cascada de coagulación generando daño isquémico, objetivable como úlceras cutáneas. Dentro de los mediadores fundamentales se encuentra la Endotelina-1. Las alternativas terapéuticas disponibles están orientadas ya sea a la vasodilatación con bloqueantes cálcicos y análogos de prostaglandinas, o inhibiendo una de las vías patogénicas a través del antagonista de Endotelina-1 con Bosentan.

Los ensayos clínicos de mayor importancia que avalan al Bosentan en el tratamiento de úlceras cutáneas en pacientes adultos son RAPIDS 1 y 2, que muestran un descenso de aproximadamente el 48% de las úlceras, además de su utilidad en la prevención de aparición de las mismas. En un metaanálisis realizado por Tingey y Jenny en 2013, donde se analizaron 60 estudios que valoraban el efecto de distintas opciones terapéuticas en úlceras cutáneas de pacientes con SSc concluyen que tanto Bosentan como Iloprost tienen un efecto preventivo, siendo la alternativa terapéutica en pacientes que reciben bloqueantes cálcicos e inhibidores de fosfodiesterasa que sería la secuencia recomendada. Siendo la SSc una enfermedad de baja prevalencia en pediatría, los estudios sobre el tratamiento de úlceras cutáneas en este grupo etario son escasos, encontrándose un único trabajo que presenta un solo paciente (Wahzei y colaboradores).

En resumen, presentamos el caso de una paciente en edad pediátrica con úlceras digitales severas secundarias a SSc refractorias al tratamiento convencional que experimentó una notable respuesta al tratamiento con Bosentan. Si bien es necesario continuar el seguimiento clínico, así como también investigar los alcances de Bosentan en éste grupo etario, este trabajo sugiere que los antagonistas de la Endotelina-1 pueden beneficiar a los pacientes con SSc y vasculopatía periférica como una de las principales características de la enfermedad, incluyendo isquemia de las extremidades.

**P199**  
**GOTA TOFÁCEA CRÓNICA SIGLO XXI: AFECCIÓN EN PLANTAS DE PIES**

C Pereyra<sup>1,2</sup>, A Burkett<sup>1</sup>, M Casas<sup>1</sup>, G Pacheco<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad Maimonides Facultad de Medicina, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Carlos Durand, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La gota es una enfermedad metabólica descrita por Garrod en el siglo XVII, cuya incidencia es 1%. Puede manifestarse como monoartritis aguda (15% ataque agudo de gota), gota intertrítica asintomática por hiperuricemia > 6.8-7 mg/dl persistente (30%) y librada a la evolución natural se presenta como gota tofácea crónica. Las recadas se estiman en 25%. Los tofos visibles se desarrollan en un 10 a 25% de los pacientes gotosos y en más del 50% de los que no cumplen el tratamiento médico. La fisiopatogenia se debe al depósito de cristales de urato monosódico en el cartilago articular, huesos, tejidos blandos y riñones; donde también intervienen la IL 1β, IL 8 y TNFα, como parte de la respuesta inflamatoria local y sistémica.

**CASO CLÍNICO:** ♂ 58 años, área rural, hipertenso en tratamiento con Enalapril 10 mg/d, etilista crónico 10 años, con sobrepeso, malnutrido, tabaquista y sedentario; con limitación de sus actividades de la vida diaria. Consulta poliartralgiás generalizadas, principalmente en MMII, cefalea intensa y dolor en plantas de pies. Refiere que su sintomatología comenzó hace más de 15 años, sin especificar episodios previos de podagra en últimos 10 años.

Fue diagnosticado como Osteoartritis, recibiendo tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. **Análisis de laboratorio:** GR: 4.59, Hb: 38.5 %, Hb: 12.8, ERS: 14, GB 6200, N:67, L:24, VSG:35 PCR (+++), FR (-), Glucemia 0.90, Urea:0.38, Uricemia:10.50 mg/dl (previa 5.6 - 4.4), Uricosuria 24 hs: 144 (250-450 mg/24 hs) Colesterol 218, HDL: 0.44, LDL: 170, TG: 1.72, Calcio: 8.2, Creatinina: 10.1. Marcadores tumorales disponibles en su lugar de residencia negativos, PSA 1.01.

**Neurología (TAC cerebro):** isquemia occipital izquierda 30mm crónica. Se indica *Mevantina* 10 mg

**Oftalmología:** cataratas bilateral (cirugía pendiente)

**Nefrología (Eco renal):** leve dilatación pielocalcical bilateral. No se disponen de otros estudios.

Ante sospecha de Gota, inicia tratamiento con *Colchicina* y *Allopurinol*, con respuesta parcial e intolerancia al *Allopurinol*. Se rota a Febuxostat 40 mg/día.

En el último mes evidencio nuevas lesiones en pies, induradas, móviles, indoloras. Leve limitación a la marcha y de movimientos finos en manos. Se realizan biopsias y la Anatomía Patológica informa: en *Partes blandas de manos y pies:* tejido fibroso denso con infiltrado de células gigantes tipo cuerpo extraño rodeando conglomerados de material amorfo eosinófilo, birrefringente (compatible con cristales de urato monosódico). Se observa además edema y congestión. No hay signos de malignidad. Impresión diagnóstica: *Tofos gotosos*.

**Diagnósticos diferenciales:** xantomas, nódulo reumatoide, condrodermatitis nodular del hélix, nódulos cálcicos del borde de la oreja, granuloma anular y calciosis cutis.

Actualmente el paciente presenta mejoría de su tolerancia al dolor y movilidad articular. Laboratorios de control no mostraron variaciones significativas respecto a los parámetros originales. Esquema terapéutico actual: *Naproxeno 500 mg*, *Losartán 50 mg*, *Colchicina 1mg* y *Febuxostat 80 mg*. Pendiente estudio nefrourológico completo.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La artropatía gotosa es una patología frecuente en la consulta reumatológica. Con mayor conocimiento actual de su fisiopatología y factores predisponentes; una buena respuesta al tratamiento depende de la adherencia del paciente. Así, es poco frecuente encontrar formas artropáticas severas. Localizaciones de tofos en plantas de pies, no son comunes, aunque existen casos reportados. Sin embargo, el incumplimiento del tratamiento prescrito, uricemias en el límite de la normalidad, sin sospechar la presencia de Gota crónica; dificultarían un control clínico adecuado de la enfermedad, pudiendo ser causantes de una evolución enmascarada de la misma con localizaciones atípicas como en el caso presentado.

200

**P200**  
**DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE NOCARDIOSIS CEREBRAL EN UNA PACIENTE LÚPICA**

R Jurado, I Cadile, L Onetti, N Vassarotto, G Antonini, M Werner, MI Stanchi, A Leoni, C Quinteros, C Segovia, D Diaz, J Zucquiarre, E Mussano  
 Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Las bacterias del genero Nocardia son microorganismos gram positivos, aerobios, que en la mayoría de los casos se adquieren por inhalación o inoculación a través de la piel. La diseminación hemática puede comprometer el sistema nervioso central bajo la forma de abscesos intraparenquimatosos. El compromiso del sistema nervioso central también puede ser primario y afectar tanto a sujetos inmunocomprometidos, como infección oportunista, y a inmunocompetentes. La frecuencia de abscesos cerebrales por Nocardia es baja y representa el 2 % de los abscesos cerebrales. El diagnóstico precoz asociado al tratamiento quirúrgico y la antibióticoterapia prolongada puede mejorar el pronóstico y la morbimortalidad de estos pacientes.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 26 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (año 2004), nefritis lúpica (año 2010) y síndrome nefrótico (año 2014). Medicada con azatioprina 100 mg/día, meprednisona 60 mg/día. Consulta por cefalea frontal, pulsátil, refractaria a analgésicos, acompañada de náuseas, vómitos y fotopsia. TAC de cerebro: sin alteraciones. RMN de cerebro: lesiones focales múltiples supratentoriales, con importante edema perilesional, no captante y con efecto de masa de difícil filiación.

LCR, TAC AR tórax, Rx de senos paranasales, ecografía abdominal y hemocultivos dentro de parámetros normales.

Con diagnóstico presuntivo de neuroinfección, probable nocardiosis, se inicio tratamiento empírico con imipenem, trimetoprima sulfametoxazol, amikacina y leucovorina. Al recibir resultados negativos de serología para sífilis, chagas, toxoplasmosis, citomegalovirus y HIV, se suspende amikacina, se rota imipenem por meropenem y continúa con trimetoprima sulfametoxazol y leucovorina.

A los 28 días de tratamiento se realizó RMN de cerebro, informándose: lesiones focales a nivel supratentorial, con discreto edema perilesional, no se observa desviación de la línea media.

Debido a la buena evolución clínica y a la mejoría imagenológica que presentó la paciente, no se realizó tratamiento quirúrgico.

**Discusión:** Presentamos un caso inusual de infección sistémica causado por nocardia en una paciente con lupus eritematoso sistémico que estaba en tratamiento con dosis alta de corticoides e inmunosupresor. A pesar de tener una clínica poco clara y una puerta de entrada desconocida, se llega a la presunción diagnóstica gracias a la RMN de cerebro. A diferencia de otros casos publicados no se realizó biopsia de la lesión debido a la buena evolución clínica e imagenológica a la terapéutica efectuada.

**Conclusión:** La buena evolución del caso presentado fue el resultado de un diagnóstico precoz y una terapia antimicrobiana eficaz. El absceso cerebral por nocardia es una patología infrecuente a tener en cuenta en ciertos contextos clínicos y su manejo terapéutico requiere un trabajo multidisciplinario.

201

**P201**  
**MIELITIS LONGITUDINAL EXTENSA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**  
 N Vassarotto, G Antonini, L Onetti, I Cadile, M Werner, Y Fita, MP Scribano Parada, E Mussano  
 Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El compromiso neuropsiquiátrico en el LES es muy frecuente en algún momento del curso de la enfermedad, con manifestaciones clínicas diversas, que varían desde neuralgias y convulsiones hasta severas neuropatías periféricas. La mielitis ocurre en el menos del 2 % de los neuropatías. Una rara variante es la mielitis longitudinal, que se caracteriza por la afectación de al menos 4 segmentos medulares.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 38 años de edad con diagnóstico de LES + SAF desde 2008. Refiere comenzar 20 días atrás con debilidad de hemicuerpo izquierdo, parestesias y caídas frecuentes de propia altura, por lo que decide consultar en otra institución donde se indica internación y tratamiento con corticoides con mejoría subjetiva.

Luego del alta hospitalaria presenta hemicipleja braquio-cubital izquierda, disminución de la sensibilidad, trastornos esfinterianos y dolor de tipo urente de intensidad 10/10 en región pléjica por lo cual decide consultar en nuestro hospital. Como antecedentes de importancia relata importante stress por separación conyugal. Al Examen físico se constata: a) vigil orientada en tiempo, espacio, sin signos meníngeos, rash malar, pares craneales normales, hiperalgesia en hemicuerpo izquierdo, nivel sensitivo a nivel de D10. hemiparesia braquio-cubital izquierda (brazo 2/5, codo 3/5) con hipotonía e hiperreflexia.

El laboratorio evidenció anemia, leucocitopenia, KPTT 58, RIN 1,7, Plaquetas 190000, VSG 18mm, C3 100mg% (80-180) C4 7,5mg% (17-40) Anti DNA (-). El ECG era normal.

Los hallazgos evocan en primer lugar la posibilidad de mielitis. RMN cerebral con gadolinio: dentro de parámetros normales

Se realizaron pulsos de metilprednisolona 1 gr/día durante 3 días y ciclofosfamida 1 gr ev y anticongulación. Posterior al tratamiento mejora la fuerza muscular y el tono vesical. Permanece con dolor neuropático por lo cual fue necesario el uso de morfina en infusión. Al 7° día de internación se otorga alta a la paciente, con neurorehabilitación, azatioprina 100mg/día, meprednisona 40mg/día, acenocumolol 4 mg según RIN, calcio VO y analgesia vía oral. Actualmente presenta buena evolución.

**Conclusión:** Hay muy pocos casos descriptos de mielitis longitudinal por lo cual se presenta este caso que mostró progresión de la lesión a pesar de la terapéutica inicial. El tratamiento médico agresivo con inmunosupresores y neurorehabilitación pueden recuperar hasta el 50% de los afectados.

202

**P202**  
**HIPOACUSIA SÚBITA NEUROSENSORIAL BILATERAL EN PACIENTE CON VASCULITIS ANCA POSITIVO**

P Aicardi, M Della Maggiora, MI Moron, M Verando, L Scatolini, G Herrera  
 Hospital Churrucá Visca, Argentina.

**Introducción:**

La hipoacusia neurosensorial súbita bilateral (HNSB) se define como la pérdida de más de 30 dB en por lo menos 3 frecuencias consecutivas de la audiometría tonal en un periodo de 72 hs. Es de inicio agudo y rápida progresión pudiendo ser un problema aislado o formar parte de una enfermedad sistémica grave. Dentro de esta última categoría, las enfermedades reumatológicas se asocian con mayor frecuencia, y debe considerarse una urgencia médica ya que se asocia con alto grado de morbi mortalidad.

**Caso clínico:**

Reportamos el caso de un paciente de sexo femenino de 71 años de edad con antecedentes de tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía aguda de la comunidad (NAC) con característica recidivante en el último año, hipertensión arterial, diabetes, e insuficiencia renal rápidamente progresiva en el año 2012 sin etiología determinada, que llevo a la paciente a diálisis trisemanal. Fue derivada por el servicio de otorinolaringología por presentar HNSB de rápida evolución. Además se constata al examen físico poliartritis de rodillas, carpos, manos y pies, úlceras en la lengua y región distal de miembro inferior derecho.

En estudios complementarios se destacan eritrosedimentación: 130, proteína C reactiva 10 (VR: 0.5), hemoglobina 8.0, factor reumatoide 294 (VR:20), anticitrulina: 100 (VR: 20), ANCA P +, Anti MPO +: 9.6 (VR: 5), creatinina 6.4, urea 115.

TAC de maxilar craneofacial con opacidad total de seno maxilar derecho con compromiso de celdillas etmoidales y frontal homolateral; y de Tórax: imágenes nodulares basales, subpleurales en ambos campos pulmonares.

Rx manos y pies: sin erosiones articulares.

Audiometría tonal y logoaudiometría (basal y de control): se interpreta como hipoacusia neurosensorial, bilateral, simétrica, rápidamente progresiva.

**Conclusión:**

Presentamos el caso de un paciente con vasculitis ANCA positivo, cuyo diagnóstico surgió a partir de una hipoacusia autoinmune, destacamos que es importante considerar que si bien es una manifestación infrecuente, este tipo de compromiso obliga a descartar la presencia de enfermedades del tejido conectivo.

203

**P203**  
**EFFECTOS NO DESEADOS Y PARADÓJICOS DE AGENTES BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDEA**

CA Costa, JA Cavallasca, JL Musurruana  
 Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

**Introducción:**

Tanto el adalimumab como el abatacept mostraron ser eficaces para el tratamiento de la artritis reumatoidea y generalmente son bien tolerados. Como efectos adversos se describen algunas manifestaciones cutáneas.

**Caso 1:**

Mujer de 51 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) seropositiva, erosiva y nodular en agosto de 2007. Comenzó tratamiento con metotrexato (MTX) 15 mg/semana, ácido fólico 5 mg/sem, hidroxiquina (HCQ) 400 mg/día, prednisona 7.5 mg/día. A los dos meses, por persistir con actividad (DAS28: 6.20) se aumenta el MTX a 22.5 mg/sem. Por continuar con actividad en abril del 2008 inicia infliximab 300 mg/8 sem, con buena respuesta inicial. En julio del 2010 presenta reactivación con DAS28 de 6.20 se agrega leflunomide 20mg/día y se suspende infliximab. En agosto comienza con abatacept 750mg/IV/mes, con muy buena respuesta (Diciembre DAS28: 2.8).

En enero de 2013 presentó lesiones cutáneas tipo maculas eritemato-escamosas y pruriginosas en toda la superficie corporal. Biopsia cutánea: psoriasis en fase activa. Por decisión propia la paciente suspende leflunomide y MTX. En julio de 2013 presenta reactivación de sus lesiones cutáneas circulares eritemato-escamosas muy pruriginosas, tipo psoriasis punctata por lo que se suspende abatacept. Con mejoría de sus lesiones cutáneas y en septiembre remisión de la psoriasis. En agosto de 2013 reinicia tratamiento con MTX y leflunomide y un mes más tarde inicia rituximab. Durante todo el año 2014 buena evolución de la AR, sin manifestaciones cutáneas.

**Caso 2:**

Mujer de 41 años con diagnóstico de artritis reumatoidea seropositiva en octubre del 2008. Comenzó tratamiento con MTX 15 mg/semana, HCQ 400 mg/día y prednisona 5 mg/día. Al año con un DAS28: 4.05 se indica adalimumab, logrando remisión. En junio de 2014 presentó lesiones eritematosas en ambas piernas, no pruriginosas. Se suspende adalimumab y se indica prednisona 15 mg/día, se solicita biopsia cutánea que muestra vasculitis leucocitoclastica. Evoluciona con mejoría de sus lesiones en piel, pero agrega fatiga, lumbalgia y hematuria. Se solicita urocultivo, ecografía y eco doppler vascular renal, siendo todos normales. Al descartar infección y lesión vascular inicia pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con buena evolución.

**Conclusión:**

La psoriasis inducida por abatacept y la vasculitis leucocitoclastica por adalimumab pueden ser consideradas como un efecto adverso paradójico del tratamiento de la artritis reumatoidea.

204

**P204**  
**PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO RETRO-OCULAR: RESPUESTA A RITUXIMAB**  
CA Costa, JA Cavallasca, JL Musuruana  
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

**Introducción:**

El pseudotumor inflamatorio retro-ocular es una manifestación infrecuente de las patologías reumatológicas siendo un reto diagnóstico y terapéutico para el médico tratante. Presentamos dos casos de difícil resolución por resistencia al tratamiento convencional, pero con respuesta notable a rituximab.

**Caso 1:**

Varón de 40 años, con cefalea de 6 años de evolución, pérdida progresiva de la agudeza visual bilateral con proptosis derecha y dacriadenitis crónica derecha con infiltrado líquido reactivo compatible con pseudotumor inflamatorio. Medicado con altas dosis de esteroides sin respuesta. Consulta por artritis de tobillos, cefalea y visión borrosa. RMN de encéfalo: proceso aracnoideítico y lesión infiltrante en órbita derecha en contacto con el nervio óptico. Cultivos de sangre y orina, y autoanticuerpos negativos. ECA: 31 (VN<25U/ml), rx tórax: normal. Biopsia meníngea: infiltrado inflamatorio granulomatoso no caseificante de duramadre. PCR para micobacterias negativa. Diagnóstico: Paquimeningitis Hipertrofica por Sarcoidosis. Se agrega al tratamiento metotrexato con buena respuesta, sin embargo debe suspenderse por toxicidad pulmonar. Se indica azatioprina con buena respuesta pero persistiendo el proceso retro-ocular. Se indica rituximab recibiendo desde el inicio a la actualidad 3 ciclos de 2gr c/u (1gr c/15d) con mejoría documentada por RMN.

**Caso 2:**

Mujer de 59 años que inició en el 2003 con poliartritis, nódulo pulmonar solitario, conjuntivitis, otitis, compromiso de vías aéreas superiores con sinusitis y rinoarrea sanguinolenta. Deformidad del tabique nasal, afectación del tercer par craneal con edema y proptosis ocular unilateral, polineuropatía sensitivo-motora distal; lesiones isquémicas digitales en manos con necrosis severa. Laboratorio: VES 82 mm, FR (látex) (-), anticoagulante lúpico (+) FAN (-), Anti DNAN (-), Anti-Ro y Anti-La (-); ANCA C (+), anti PR3 (+); 46mg, función renal normal. Diagnóstico: granulomatosis con poliangeitis con SAF asociado. Inicia anticoagulación.

En el año 2006 presentó livedo reticularis en ambos miembros inferiores con ptequias, evolucionando a pequeñas ulceraciones necróticas, con mala evolución, muy dolorosas, formándose una gran escara necrótica sobre una de ellas. Se realiza escarectomía, con toma de muestras para cultivo y anatomía patológica, brindando datos vinculables con SAF y vasculitis leucocitoclástica. En el transcurso de su enfermedad presentó hemorragias digestivas alta y baja y luego hemorragia pulmonar. Fue tratada con prednisona más ciclofosfamida, luego gammaglobulinas EV y desde enero del 2008 metotrexato y leflunomide. Por intensa cefalea y pronunciada proptosis ocular, con una RMN mostrando severo proceso pseudo-tumoral rodeando al nervio óptico, inicia rituximab en febrero del 2009 con una dosis 750 mg/m2/semana, durante 4 semanas consecutivas. Continúa con dicho esquema cada 6 meses hasta la actualidad. Con buena respuesta de todo su cuadro clínico.

**Conclusión:**

Rituximab es una opción terapéutica en los "pseudotumores inflamatorios retro-oculares" resistentes a tratamientos convencionales en sarcoidosis y granulomatosis con poliangeitis.

205

**P205**  
**VASCULITIS INDUCIDA POR SULFASALAZINA EN PACIENTE GERONTE**  
C Lastra, I Cadile, L Onetti, E Mussano  
Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

El término de Vasculitis engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por presentar infiltrado inflamatorio en la pared de los vasos sanguíneos y clínicamente por un variado conjunto de signos y síntomas. La vasculitis por hipersensibilidad (VH) o inducida por drogas es la entidad más frecuentemente descrita y la expresión cutánea más común es la vasculitis leucocitoclástica. Los fármacos se han señalado como principal factor precipitante en un 12-18% y como cofactor adicional en el 16-22%.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 85 años con antecedentes patológicos de fibrilación auricular, hipertensión arterial y osteoartritis, tratada con amiodarona y analgésicos a demanda. En enero de 2014 presentó episodio de Infección urinaria baja que requirió tratamiento con cefalosporina endovenosa y vía oral. A los 2 meses consulta por monoartritis en rodilla izquierda con artrocentesis negativa para gérmenes comunes y microcristales. Se inicia tratamiento inmunomodulador con sulfasalazina 1500 mg/día, prednisona 5mg/día y analgesia. Laboratorio: reactantes de fase aguda elevados, factor reumatoideo 1/64, anticuerpos antinucleares negativos. A los 21 días se presenta con placa eritematoviolácea, de borde irregular, extendida en toda la cara anterior de pierna derecha, con aumento de temperatura en la zona y una lesión ampollar única. Eco doppler de MMII negativo para proceso tromboembólico. Se comienza con doble esquema antibiótico endovenoso, heparinoprofilaxis y prednisona 1,5 mg/kg/día, con progresión de la lesión en toda la circunferencia de pierna derecha y bilateralización de la misma. Biopsia: material eosinófilo en múltiples arteriolas y vénulas, algunos con oclusión completa y otros con trombosis parcial y leve infiltrado mononuclear focal. Se inician pulsos endovenosos de metilprednisolona 500 mg/día (3) y ciclofosfamida 1 gr/d (1). Evolucionó tópicamente con infección intrahospitalaria y progresión necrótica con solución de continuidad y pérdida de tejido de las lesiones anteriormente mencionadas. A la espera de inmunoglobulinas, la paciente fallece por fallo multiorgánico.

**DISCUSIÓN:** La VH generalmente es un proceso benigno y autolimitado que cede con la simple supresión del agente inductor, pero en un pequeño porcentaje de los casos con lesiones cutáneas severas y/o extensas en forma de ulceración, ampollas o necrosis, el tratamiento inmunosupresor agresivo suele ser insuficiente.

206

**P206**  
**DERMATOMIOSITIS INFANTOJUVENIL. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS**  
C Battagliotti, D Rispolo  
Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Argentina.

**Introducción:** La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria idiopática del músculo y de la piel, incluida dentro del grupo de las miopatías inflamatorias adquiridas. Es un raro trastorno, con una tasa de incidencia de 1 a 3,2 casos por millón.

Interesa conocer las manifestaciones clínicas ya que un tratamiento oportuno limita el daño y reduce las secuelas.

**Objetivo:** Analizar las manifestaciones clínicas y las alteraciones del laboratorio al diagnóstico, la evolución y la respuesta al tratamiento de una serie de casos.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, de todos los pacientes con diagnóstico de Dermatomiositis juvenil atendidos entre los años 1993- 2014.

**Resultados:** Se incluyeron 10 casos todas femeninas de mediana edad al diagnóstico de 8 años.(r 3a-13 a ) La mediana entre inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 3 meses (r: 0-12 meses) y la mediana del tiempo de seguimiento 2 años (r: 3 meses-10 años).

El motivo de consulta más frecuente fue el edema generalizado y los cambios cutáneos.La debilidad muscular se presentó en forma progresiva de los músculos del cuello, la cintura escapular y pelviana acompañada de mialgias 2 agregaron disfgia y uno disfonía al momento del diagnóstico requiriendo alimentación por sonda nasogástrica.

Los cambios cutáneos visto en todos los casos fueron el rash heliotro con edema bpalpebral , rash malar y las pápulas de Gottron .7 acompañados de cambios capilares del lecho ungueal y del borde de los párpados .3 tenían además rash en alas de mariposa.2 rash fotosensibile en área del escote en "V" o en "chal "3 úlceras y 1 livedo reticular 2 Fenómeno de Raynaud. 1 lipodistrofia en la evolución

La fiebre estuvo en el 60 % La artritis en el 50%, dolor abdominal 30%, melena 10% Compromiso pulmonar 40% Calcificaciones 20% Compromiso cardíaco 20 % ( 2 pericarditis ,1 arritmias).

La VSG estuvo aumentada al inicio en el 90% de los ptes , la hipergamaglobulinemia 70% FAN +30% , 1 presentó déficit de Ig A y C4

Los anticuerpos antisintetasa fueron negativos en 3 de los pacientes realizados.

Todos tenían aumento de las enzimas musculares en especial la CPK a veces hasta 50 veces el valor normal no relacionada con la gravedad de la enfermedad Seguidas por la LDH, TGO, TGP y en menor medida la aldolasa.

La EMG con patrón miofático en 8 pacientes en los 2 restantes se reemplazó por RMN para detectar los cambios en los músculos y determinar el sitio de la biopsia.

La biopsia muscular fue compatible en el 80% los 2 restantes normales

Todos los pacientes recibieron esteroides en pulso y orales seguidos de metotrexato e hidrocortisona como ahorradores de esteroides y para tratar los cambios cutáneos En el 80% se usó también gammaglobulina Endovenosa a 2g/kg por el grave compromiso.

Al término del seguimiento, el 70% de los enfermos estaban en remisión. Un paciente presentó una forma activa refractaria al tratamiento convencional y a los inmunomoduladores y otro evolución a una esclerodermia.

**Conclusiones:** Esta serie cumplió con los criterios de Bohan y Peter al momento del diagnóstico. Y comparte los hallazgos clínicos descriptos en la literatura.

La mayoría llegaron gravemente comprometidos confundiendo el edema y los cambios cutáneos característicos con cuadros alérgicos y pasando desapercibida la debilidad muscular al instalarse en forma progresiva

La presencia de artritis o el rash en alas de mariposa lo comparte con otras collagenopatías El órgano más frecuentemente comprometido fue el pulmón

La evolución favorable de la mayoría de los pacientes pudiera relacionarse al corto tiempo de latencia entre inicio de síntomas y el tratamiento oportuno. De allí los esfuerzos necesarios para el reconocimiento precoz de estas enfermedades autoinmunes.

207

**P207**  
**SARCOIDOSIS. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA**  
MF Vazquez, I Gonzalez, D Espinel, C Gauna, S Ibañez, C Baldomir, M Klein  
Sanatorio Guemes, Argentina.

**Introducción**

La Sarcoidosis es una patología multisistémica, de etiología desconocida y caracterizada patológicamente por la presencia de inflamación y granulomas no caseificantes. Se presenta principalmente en adultos jóvenes y es más frecuente entre las personas de raza negra. El diagnóstico está basado en: datos clínicos, características histológicas del tejido involucrado y la exclusión de causas conocidas de inflamación granulomatosa. Frecuentemente se encuentra de forma incidental al evidenciar adenopatías mediastinales en la Rx de tórax en exámenes periódicos de salud. El órgano afectado más frecuentemente es el pulmón y los hallazgos radiológicos clásicos son: adenopatías parahiliares y mediastinales e infiltrados parenquimatosos. El compromiso genitourinario ha sido reportado en menos del 1% en las series analizadas.

**Caso clínico**

Paciente femenina de 49 años con antecedentes de psoriasis e histerectomía por miomatosis. Consulta ambulatoria por dolor y sensación de masa en sitio quirúrgico de histerectomía, evidenciándose en el examen físico adenopatías inguinales múltiples dolorosas. Realiza ecografía abdominal donde se evidencia colección en región de cicatriz de 35 x 7mm y abundantes imágenes ganglionares. Se programa drenaje para lo cual se solicita en prequirúrgico Radiografía de tórax que evidencia ensanchamiento mediastinal. Se solicita TC de tórax, abdomen y pelvis donde se observan conglomerados adenomegálicos a nivel retrocavo, pretraqueal/pretraqueal, pre vascular, pre e infracarinal y parahiliar bilateral; abdomen y pelvis sin particularidades. Se decide toma de biopsia transcarinal y Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) que informa lesiones granulomatosas sin necrosis y pared bronquial sin alteraciones. Estudios complementarios: Espirometría con patrón restrictivo leve, PPD negativa, BAL con Ziehl Nielsen, Citológico, y Cultivos negativos, proteinograma electroforético normal y Dosaje de Enzima Convertidora de Angiotensina positiva (64 UI/l). Se revisa anatomía patológica uterina: reacción granulomatosa con fibrosis y técnica de Ziehl Neelsen negativa. Se interpreta como Sarcoidosis con compromiso pulmonar y uterino. Inicia tratamiento con corticoides sistémicos, con buena respuesta.

**Discusión**

Consideramos que las lesiones descritas en histopatología del útero constituyen la presentación inicial de la sarcoidosis de esta paciente. Se presenta este caso debido a que el compromiso del tracto genital femenino por la sarcoidosis es una de sus presentaciones más raras; distando de la triada más frecuente de manifestación: eritema nodoso, artritis y adenopatías hiliares bilaterales. Se han reportado pocos casos en la literatura médica y la mayoría de los mismos han sido como parte del compromiso multisistémico de la enfermedad y no como su presentación clínica inicial.



212

P212

**FIBROSIS ANGIOCÉNTRICA EOSINOFÍLICA**J Gallo<sup>1</sup>, A Ortiz<sup>1</sup>, C Pizoni<sup>2</sup>, H Rivello<sup>3</sup>, S Paira<sup>1</sup><sup>1</sup> Sección Reumatología Hospital Cullen Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> CEMIC Bs As, Argentina. <sup>3</sup> Servicio Anatomía Patológica Hospital Italiano Bs. As, Argentina.

Fibrosis Angiocéntrica Eosinofílica (FAE) es una enfermedad idiopática que afecta el tracto respiratorio superior con fibrosis perivascular progresiva de la submucosa, de etiología desconocida. El septum y la pared nasal lateral son los sitios más comúnmente afectados; sin embargo han sido descritos compromiso de maxilares, órbita y subglotis. Anteriormente atribuida a condiciones alérgicas y traumatismos, recientemente ha sido propuesto que la misma forma parte del espectro de la Enfermedad relacionada a IgG4. (ER-IgG4)

**Objetivo:** Presentar un paciente con FAE por ER-IgG4

**Caso:** Paciente de 44 años de edad, que es derivado por presentar rinitis crónica y tumefacción de nariz desde hace 8 años, con biopsia de mucosa nasal y tabique nasal en el cual informa Fibrosis Angiocéntrica Eosinofílica. Al examen físico se constata tumefacción nasal y el resto del examen normal. En el laboratorio solamente presenta aumento sérico de subclases de IgG1, IgG2 e IgG4. Se realiza PET/CT el cual informa engrosamiento de partes blandas de mucosa nasal con hipercaptación moderada. Se re-evalúa la biopsia realizada y se realiza inmunohistoquímica para IgG4 presentando aislados acúmulos de plasmocitos con 50 células IgG4 por alto campo.

**Discusión:** Tener en cuenta la FAE como otra entidad dentro del espectro de la ER-IgG4

213

P213

**UN FORMA DE PRESENTACIÓN, TRES POSIBLES DIAGNÓSTICOS**MJ Akselrad, C Chackelevicus, V Paoletti, C Lessa  
Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** En las patologías autoinmunes sistémicas existen manifestaciones clínicas que se encuentran presentes con alta frecuencia en la mayoría de ellas, dentro de las cuales encontramos las afecciones cutáneas, del sistema osteo-articular y muscular (como ser el Fenómeno de Raynaud, rash, artralgias, artritis y debilidad muscular), lo que puede llevar a que una enfermedad autoinmune no pueda ser definida solo por la clínica, generando la necesidad de utilizar otras herramientas para llegar al diagnóstico.

**OBJETIVO:** Presentar un caso clínico en el cual el laboratorio inmunológico fue de gran importancia para el diagnóstico.

**DESARROLLO:** Paciente femenino, 36 años, oriunda de Oruro (Bolivia), residencia actual CABA, sin antecedentes personales y familiares de relevancia. Ingresó a clínica médica el 22-4-2014 por cuadro de 3 meses de evolución con fiebre, poliartritis. Fenómeno de Raynaud, disfagia a sólidos y lesiones cutáneas. Ingresó hemodinámicamente estable, al examen físico presentaba fenómeno de Raynaud, lesiones cutáneas diseminadas, maculo-papulosas, eritematosas, policíclicas con palidez central, excoeraciones por rascado, impotencia funcional de miembros inferiores y superiores, artritis y rigidez a predominio de articulaciones interfalángicas. En el laboratorio se constata anemia (Hb37/Hb12.2), leucopenia (1850), hipalbuminemia (2.6), hipertransaminasemia (GOT 396/GPT 136/LDH1758) y aumento de CPK 1703. Se solicitan serologías, perfil tiroideo y cortisol que se informan dentro de parámetros normales. Por lesiones en piel se realiza biopsia cutánea (microscopia: epidermis con costra fibrinoleucocitaria, espongiosis, exocitosis de leucocitos, aislados PMN y degeneración hidrática focal. Dermis con leve infiltrado inflamatorio linfocitario e incontinencia de pigmento. PAS: disrupción focal de la membrana basal. Inmunofluorescencia: IgG, IgA y C3: negativa). Por disfagia se realiza VEDA (ausencia de lesiones orgánicas pero con disminución de la contractilidad esofágica habitual), SEG (sin particularidades) y manometría (aperistalsis del cuerpo esofágico). Por miopatía se realiza EMG (denervación y patrón miofático). Se realiza PANTAC (donde se evidencia derrame pleural bilateral, sin compromiso parenquimatoso), ADA en líquido pleural dentro de los valores normales. Ante la sospecha de enfermedad autoinmune sistémica se realiza laboratorio inmunológico, y se inicia tratamiento corticoideo a altas dosis (meprednisona 1mg/kg/día VO) con adecuada respuesta signo-sintomatológica. Se solicitan estudios complementarios para evaluación de daño de órgano blanco, pulmonar y renal (indicadores de pronóstico): ecocardiograma doppler que informa PSAP 37 y sedimento urinario sin alteración. Actualmente en descenso de glucocorticoides y en tratamiento con ahorradores de corticoides. Último laboratorio: Hto 33.1; Hb 10.9; GB 6660; VES 112; PCR 0.69; albúmina 3.9; GOT 24; GPT 24; LDH 380; CPK 84.

**LABORATORIO INMUNOLÓGICO:**

pDNA: (+) 1/320 UI/ml	C4: 8.3mg/dl	ASMA: (-)	ACLA: (-)	Perfil hepático: (-)
FAN: (+) > 1/1280 NMG	Anti-RNP: (+)	Anti SSB/La: (-)	β2 glicoproteína I: (-)	Crioglobulinas: (+)
C3: 45mg/dl	AMA: (-)	Anti SSA/Ro: (-)	Perfil miosítico: (-)	Criocrito 1%

Serologías virales negativas (Chagas, sífilis, hepatitis A, B y C, HIV, HTLV)

**DISCUSIÓN:** Ante la forma de la presentación del cuadro se plantearon diagnósticos diferenciales de enfermedades autoinmunes. En primera instancia por el compromiso muscular (tanto por laboratorio, como por clínica) y dermatológico, se planteó la posibilidad de una dermatomiositis; como así también la posibilidad de tratarse de EMTC dado el RNP + con Fenómeno de Raynaud y serositis, los cuales se descartaron al obtener el resto de los resultados de laboratorio inmunológico, con los cuales pudimos llegar al diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, por presentar anti-DNA+, FAN +1/1280, hipocomplementemia, leucopenia, pleuritis, artritis y biopsia cutánea compatible (Los criterios diagnósticos de LES presentan una sensibilidad 94% y especificidad 92%). Llegamos a la conclusión que en casos en los cuales la clínica no es específica el laboratorio tiene una importancia fundamental para afianzar el diagnóstico, y poder realizar un tratamiento y seguimiento adecuado del paciente.

214

P214

**LUMBOCIATALGIA POR CALCINOSIS PSEUDOTUMORAL EN ESCLERODERMIA: REPORTE DE UN CASO**DA Pereira<sup>1</sup>, GP Pendon<sup>1</sup>, F Giordano<sup>1</sup>, A Mengotti<sup>2</sup>, G Fleitas<sup>2</sup><sup>1</sup> Hospital Ricardo Gutiérrez. La Plata. Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Hospital San Roque de Gonnet. La Plata. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La calcinosis tumoral (CT) es una masa calcificada que se desarrolla adyacente a grandes articulaciones de las extremidades. Se caracteriza clínicamente por la presencia de depósitos irregulares, indolores, en los tejidos blandos. Ocasionalmente, no se limita al sitio yuxtaarticular, y se ha reportado invasión de músculos adyacentes y tendones. Sin embargo, es rara la localización en columna.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de lumbociatalgia por calcinosis pseudotumoral en una paciente con esclerodermia. Paciente de 82 años con diagnóstico de esclerodermia limitada, de 10 años de evolución, manifestada por Síndrome de Raynaud, disfunción esofágica, úlceras digitales y telangiectasias en facies y mucosa oral. Luego de 7 años de evolución y tratamiento con vasodilatadores periféricos, comenzó con lumbalgia de inicio insidioso que no mejoró con reposo y antiinflamatorios no esteroides (AINES). Posteriormente, presentó dolor radicular en glúteo, región posterior de muslo, cara posterioexterna de pierna, planta de pie hasta hallux de miembro inferior izquierdo. Se solicitaron radiografías de pelvis, columna lumbar y RMN de columna lumbosacra, donde se observó: escoliosis, osteofitos, espondilolistesis L5-S1, imagen osteocondensante que comprometía la faceta articular izquierda de L5-S1 y reducción del diámetro transversal del conducto raquídeo. Continuó con reposo, AINES, complejo Vitamina B, corticoides, sin respuesta clínica favorable. Dos meses después, debido a la persistencia del dolor lumbar, radicular, trastornos en la marcha y signos de compromiso neurológico, fue intervenida quirúrgicamente. Se realizó exploración, y liberación con descompresión extrayendo material de apariencia cálcica. Se completó con recalibrado de la faceta articular L5-S1. El estudio histopatológico reveló la presencia de calcificación distrófica del tipo de calcinosis pseudotumoral. Los síntomas mejoraron inmediatamente luego de la cirugía.

**Conclusión:** En este caso clínico, la esclerodermia subyacente que predispone a la calcinosis y la degeneración de la articulación facetaria debido a la espondilolistesis lumbar, fueron probablemente los factores que condujeron al desarrollo de la CT en la columna lumbar. La compresión nerviosa de las raíces L5-S1 ocasionaron lumbociatalgia persistente sin respuesta favorable al tratamiento médico instituido. La sintomatología desapareció, una vez realizada la liberación con descompresión de la raíz extrayendo el material cálcico.

215

P215

**MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**D Rebiglione<sup>1</sup>, G Klwak<sup>1</sup>, F Soría<sup>2</sup>, S Cudros<sup>1</sup>, MP Zapata<sup>1</sup>, M Abdala<sup>1</sup><sup>1</sup> HOSPITAL CENTENARIO. CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNR, Argentina. <sup>2</sup> HOSPITAL CENTENARIO. CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNR, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

El Sistema Nervioso Central (SNC) y las enfermedades autoinmunes han sido y siguen siendo tema de estudio y debate; así mismo la interacción entre ambos ya es un hecho instalado. El tratamiento de las complicaciones neurológicas en pacientes con enfermedades autoinmunes, debe hacerse lo más temprano posible, con el objetivo de prevenir secuelas y que comprometa la vida. Una estrategia lógica es instituir el tratamiento según el mecanismo patogénico más probable. Por esto mismo es importante conocer las posibles formas de presentaciones graves y no tan usuales de las enfermedades reumatológicas, lo que nos motiva a presentar los casos que se presentaron en el servicio.

**OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es analizar las manifestaciones neurológicas graves que requirieron internación durante el período de marzo de 2013 a julio de 2014, evaluando la forma de presentación y evolución, datos de laboratorio, nivel socioeconómico y adherencia al tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se presenta un trabajo descriptivo, retrospectivo, observacional, utilizando como fuente las historias clínicas de los pacientes seguidos por los servicios de Reumatología y Neurología del Hospital Centenario de Rosario. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que fueron internados durante el período de marzo de 2013 a julio de 2014 por cuadro de afectación del SNC con diagnóstico previo o debut de Colagenopatía.

**RESULTADO**

Del total de 8 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, el 100 % eran de sexo femenino, la edad promedio fue de 26 años, todas ellas de nivel socioeconómico bajo, con mala adherencia a las consultas y al tratamiento. 3 e ellas presentaban diagnóstico previo de Enfermedades Reumáticas: 2 AR y 1 LES; a las 5 restantes se les realizó el diagnóstico de LES en la internación. Las formas de presentación de la afectación neurológica fueron: 4 se manifestaron con alteraciones en la emisión de la palabra y el lenguaje, 5 presentaron debilidad y parestesia, 1 alteración de la agudeza visual. Los diagnósticos fueron en 2 de ellas Mielitís Transversa, 1 Neuritis Óptica bilateral y 2 Accidentes Cerebrovasculares. Todas ellas presentaban parámetros de actividad de la enfermedad de base en el laboratorio. 1 de ellas quedó con secuelas visuales y 4 con secuelas motoras.

**CONCLUSIÓN**

Como ya dijimos las enfermedades autoinmunes que afectan el SNC son tema de estudio y debate y lo seguirán siendo, por lo cual conocer la forma en la cual se pueden presentar y su fisiopatología son puntos fundamentales, para poder llegar a un diagnóstico correcto e instaurar un tratamiento adecuado precozmente, ya que su compromiso suelen dejar secuelas, a veces irreversible y comprometiendo la vida en muchos casos. Podemos definir en cuanto a la adherencia al tratamiento y el cumplimiento del mismo son factores a tener en cuenta en estos pacientes una vez hecho el diagnóstico, porque terminan determinando el pronóstico del paciente; así mismo, que los médicos conozcan bien las manifestaciones neurológicas de las enfermedades reumatológicas, cuando realizan los controles y el momento oportuno de comenzar el tratamientos adecuados es fundamental.

**216****P216****MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINALMENTE EXTENSA ASOCIADA A LUPUS**E Picco<sup>1</sup>, A Sleiman<sup>1</sup>, J Flores Balverdi<sup>1</sup>, R Rojas Tessel<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital San Bernardo, Salta, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La mielitis transversa (MT) se caracteriza por un cuadro neurológico agudo o subagudo con compromiso del sistema motor, sensitivo y autonómico. Se encuentra dentro de los síndromes del sistema nervioso central relacionados a lupus eritematoso sistémico (LES) menos prevalentes. La mielitis transversa longitudinalmente extensa es aquella que compromete al menos 3 segmentos vertebrales y obliga a considerar, además de mielitis transversa asociada a enfermedad reumatológica, la neuromielitis óptica y la etiología infecciosa. La MT en los pacientes con LES se asoció a Anticuerpos antifosfolípidicos positivos y, la presencia de anticuerpos anti Ro a la recurrencia de la misma.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 37 años procedente de Aguaray, con antecedente de conización por cáncer de cuello uterino hace 8 años, dispareunia, artritis reumatoidea diagnosticada hace 3 años seropositiva no erosiva tratada con metotrexate 7,5 mg/semana y deltisona 4 mg/día. Síndrome febril de 10 meses de evolución con pérdida de peso (10 K g) sin diagnóstico.

Ingresó a hospital de origen por presentar dolor dorsolumbar inespecífico y 24 hs posteriores sufre caída de su propia altura constatándose paraplejía flácida, por lo que se deriva a hospital de mayor complejidad.

Al ingreso a nuestra institución, la paciente se encontraba lúcida, adelgazada, febril, hemodinamicamente compensada, sin dolor abdominal, paraplejía flácida con nivel sensitivo en D9, ROT abolidos bilaterales, compromiso de esfínteres, sin alteración de pares craneales. RMN de columna dorsolumbar: Tumefacción y alteración de la señal de médula espinal de D9 hasta como medular marcada heterogeneidad e hiperintensidad en T2 compatible con mielitis transversa longitudinalmente extensa. Punción lumbar normal, tinta china negativa, VDRL negativa, serología VHS 1-2 negativa, cultivo negativo.

Hemograma: GB 4100 mm<sup>3</sup> linfocitos 246 mm<sup>3</sup>, Hb 11 g/dl, plaquetas 88.000 mm<sup>3</sup>, VSG 45 mm, albúmina 2,8 g/l. Serología para VIH, Hepatitis B y C y HTLV negativa.

Hemocultivos, urocultivo y lavado gástrico para BAAR negativo. FAN positivo 1/640 patrón homogéneo, FR 17,5 UI/ml, hipocomplementemia, Anti-DNA negativo, Anti-Sm negativo, Anti-Ro positivo, Anti-La negativo, ANCAc positivo 1/320, Anticuerpos anticardiolipinas, anticoagulante lúpico y beta2glicoproteína negativos, NMO IgG negativo (Ac anti aquaporina 4). Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 gr durante 5 días, 8 sesiones de plasmaféresis y primer pulso de ciclofosfamida (1 gr mensual).

A la semana postratamiento la paciente presentó recuperación parcial y paulatina de sensibilidad profunda con parestesias e hiperalgesia, sin recuperación motora ni control de esfínteres.

**DISCUSIÓN:** Se asume al cuadro como una mielitis transversa longitudinalmente extensa asociada a LES ya que cumple los Criterios de Clasificación de Lupus ACR – EULAR 2012. Con respecto al perfil inmunológico de la misma destacamos: que la MT descrita en el caso clínico no se asocia a presencia de anticuerpos antifosfolípidicos y la negatividad de Ac anti NMO resulta importante para excluir neuromielitis óptica aislada o asociada a LES.

Por último consideramos que se trata de una paciente con mal pronóstico debido no solo a la presentación hiperaguda del cuadro y la paraplejía flácida sino también por la presencia de Ac anti Ro y la pobre respuesta al tratamiento.

**217****P217****SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT Y ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4**V Olmedo, J Anzardi, A Ortiz, S Paíra  
Sección Reumatología Hospital Cullen Santa Fe, Argentina.

El síndrome Tolosa-Hunt (STH) se caracteriza por dolor hemirraneal o periorbitario unilateral, acompañado por parálisis de los nervios motores oculares ipsilateral, daño ocular-simpático, alteraciones sensitivas en la región del nervio oftálmico y ocasionalmente nervio maxilar.

Etiología desconocida. Presenta un proceso inflamatorio granulomatoso en el seno cavernoso/ fisura orbital superior, el cual es visto con resonancia magnética. Quizás el mismo pueda formar parte del espectro de la enfermedad relacionada por IgG4.

Nosotros describimos un caso de este síndrome, que también puede simular la presentación de una arteritis de células gigantes.

**Caso:**

Paciente varón, de 88 años que presenta dolor punzante hemirraneal y orbitario derecho, diplopía, de comienzo agudo. Ptosis palpebral leve y alteraciones de los nervios oculares III, IV y VI, (limitación abducción del ojo) respetando la 1 rama del V.

RM de encéfalo y angio-resonancia con gadolinio muestra atrofia cortical, hipófisis levemente aumentada, con engrosamiento del tallo hipofisario. Seno cavernoso derecho engrosado. TAC de tórax, abdomen y pelvis normales. No se realizó biopsia.

Estudios de sangre, frotis de sangre periférica, enzima convertidora de angiotensina normales

Se descarta patología infecciosa y neoplásica. Se comienza con dosis inmunosupresoras de glucocorticoides, desapareciendo el dolor inmediatamente, con mejoría de su RM de encéfalo de control.

**Discusión:**

Este paciente cumplió los criterios definidos de la Sociedad Internacional de Cefalea para STH

Esta presentación puede verse en sarcoidosis, linfoma, vasculitis, metástasis, arteritis de células gigantes, enfermedades infecciosas y neoplásicas.

La RM con contraste, particularmente las secciones coronales, es el principal estudio diagnóstico.

Relación con ER-IgG4 esta en estudio.

**218****P218****LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A INFECCIÓN DE VIRUS DE EPSTEIN-BARR: REVISIÓN DE DOS HERMANAS**G Maldonado<sup>1</sup>, L Moreno<sup>2</sup>, C Ríos<sup>2</sup><sup>1</sup> Universidad de Especialidades Espíritu Santo - UEES, Ecuador. <sup>2</sup> Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica con compromiso sistémico y presencia de anticuerpos antinucleares. Se ha demostrado que los procesos infecciosos forman parte de los gatilladores externos del LES, como el virus Epstein-Barr (EBV). Se ha identificado un anticuerpo específico frente a este virus llamado EBNA-1 que se une a antígenos específicos de LES (Sm o Ro), desencadenando la aparición súbita de LES.

Presentamos las historias clínicas de dos hermanas que desarrollan LES a partir de un cuadro febril asociado a EBV. Paciente femenina de 17 años de edad, presentó cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por fiebre, malestar general y escalofríos luego de un viaje familiar, evolución con poliartralgias de rodillas y manos; su hermana de 7 años de edad presentó la misma sintomatología tres días posteriores a la presentación inicial de la primera paciente. Dos semanas después del cuadro inicial la paciente de 17 años refiere astenia, malestar general, fiebre y artritis de interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, carpos y rodillas. Mientras su hermana había desarrollado rash malar, fotosensibilidad, fiebre y astenia. Se solicitaron estudios inmunológicos ANA, DNA, Complemento C3 y C4, que fueron positivos en ambas hermanas y que corroboran el diagnóstico de LES. Fueron solicitados marcadores virales para Virus de Epstein Barr que fueron seropositivos en ambas pacientes. La paciente de 17 años evolucionó con poliartritis severa que requirió evacuación articular en varias ocasiones, y posteriormente compromiso hematológico severo (leucopenia, linfopenia, anemia y trombocitopenia), mientras que su hermana de 7 años presentó compromiso renal (Glomerulonefritis proliferativa focal y segmentaria, clase III). Ambas hermanas cumplieron criterios ACR 1982 para el diagnóstico de la enfermedad. Se ha demostrado que existe una relación entre el virus de Epstein-Barr y el desarrollo súbito de LES.

**219****P219****UTILIDAD DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO COADYUVANTE EN LA ESCLERODERMIA**C Laurito<sup>1</sup>, C Baied<sup>2</sup>, C Ju Yung<sup>1</sup>, K Cogo<sup>1</sup>, R Rolon<sup>1</sup><sup>1</sup> H.I.G.A. Pr. Dr. Luis Güemes, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Naval Cirujano Dr. Pedro Mallo, Argentina.

**Introducción:** el tratamiento de la esclerodermia resulta en un desafío, ya que hasta la fecha no existe ningún tratamiento específico, sino sintomático, según el órgano afectado. Hay evidencias en la literatura que refieren que la oxigenoterapia hiperbárica es útil para mejorar la elasticidad de la piel, inmunomoduladora, bactericida, estimulante de la neovascularización y además promueve la cicatrización de úlceras en la esclerodermia.

**Objetivo:** evaluar la utilidad de la cámara hiperbárica como coadyuvante en el tratamiento de la esclerodermia.

**Material y métodos:** se revisó la historia clínica de un paciente varón de 65 años, con esclerodermia sistémica de 5 años de evolución, con antecedentes: ex-etilista, vórices esofágicas e hipertensión arterial. Laboratorio inmunológico: factor antinuclear + con título 1/1280 (patrón nucleolar), anticuerpo antiesclero-70 +, que presentó como complicación raynaud de inicio en septiembre del 2009 severo en manos y pies lo que motivó la primer consulta, se le realizó diagnóstico de esclerodermia y se lo medicó con ciltazol (100mg/día). Tránsito esofágico: en esófago torácico zona de estenosis que distiende ante la llegada del contraste. Espirometría con DLCO: volúmenes pulmonares restricción pulmonar severa, con descenso de la difusión pulmonar de monóxido. Ecodoppler arterial y venoso de miembro inferiores: placas ateromatosas en el árbol arterial que no generan estenosis significativa y sin signos de trombosis venosa profunda. Videoesofofibroscopia digestiva alta: esófago de Barrett. Ecocardiograma: aurícula izquierda dilatada. Presión media de la arteria pulmonar 29 mmHg. Tomografía de tórax: a nivel basal condensación con imágenes compatibles con bronquiectasias. Capilaroscopia (2009): capilares finos, elongados, cuticulitis, solo en tercer dedo de la mano izquierda zonas avasculares, megacapilares y ectasias. Concurrió luego de 3 años y medio con una úlcera digital en pie derecho dolorosa, esclerodactilia, microstomía, lesiones tipo mordedura de ratón en todos los pulpejos de los dedos, manos en garra y varias úlceras varicosas en miembros inferiores. Se le realizó nueva capilaroscopia el 10-6-2013 con patrón SDPattern activo. Se le indicó tratamiento con diltiazem 120mg día, posteriormente nifedipina 10 mg x día y tramadol con paracetamol, sin mejoría. Luego de 4 meses, ante la falta de respuesta, se le sumó bosenán 62,5mg 2 x día, por un mes, luego se le aumentó a 125 mg cada 12 horas. Se observó mejoría del Raynaud, no así de la evolución de las úlceras. Luego de dos meses y medio de tratamiento, dada la mala evolución del cuadro, se decide iniciar tratamiento coadyuvante con cámara hiperbárica. Se le realizó previamente evaluación por otorinolaringología, electrocardiograma, y radiografía de tórax para descartar contraindicaciones (otitis, sinusitis aguda, neumotórax). El paciente no tenía claustrofobia. Se solicitaron en principio 10 sesiones de cámara hiperbárica con una frecuencia diaria de 5 semanales de una hora de duración en dos semanas consecutivas.

**Resultados:** La cámara hiperbárica es un recinto cerrado donde se respira oxígeno al 100% a 2 atmósferas. El paciente refiere haber presentado post tratamiento, mejoría del dolor, mayor elasticidad de la piel, recuperación de la apertura de las manos, cierre de las pequeñas úlceras varicosas, y tejido de granulación en las lesiones de mayor tamaño, observándose esto a partir de la sexta sesión.

**Conclusiones:** La cámara hiperbárica es una modalidad terapéutica útil en diferentes patologías (arteriopatías periféricas, osteonecrosis, osteomielitis, intoxicación por monóxido de carbono). Si bien está descrito su uso en el tratamiento de las úlceras digitales en la esclerodermia como coadyuvante en algunos reportes, su empleo hasta el momento no está ampliamente difundido. En nuestro paciente objetivamos la mejoría en la elasticidad de la piel, cierre de las pequeñas úlceras en miembros inferiores y tejido de granulación con tendencia a la cicatrización en aquellas de mayor tamaño. Creemos que sería importante realizar un estudio con mayor número de pacientes con esclerodermia a fin de evaluar los alcances de este beneficio.

Palabras clave: esclerodermia-oxigenoterapia