

48° Congreso Argentino de Reumatología

26 al 29 de septiembre de 2015
NH Provincial - Mar del Plata - Argentina



**SOCIEDAD
ARGENTINA DE
REUMATOLOGÍA**

COMISIÓN
DIRECTIVA
2015-2017

Presidente

Dra. Alejandra Babini

Vicepresidente

Dr. Enrique R. Soriano

Presidente Anterior Inmediato

Dr. Gustavo Citera

Secretario

Dr. César Graf

Tesorero

Dr. Oscar Luis Rillo

Vocales Titulares

Dra. Mercedes A. García
Dr. Marcos Rosemffet
Dr. Guillermo Berbotto
Dr. Eduardo Scheines
Dr. Ingrid Petkovic
Dr. Gustavo Casado
Dra. María Celina de la Vega
Dr. Javier Rosa

Vocales Suplentes

Dra. Amelia Granel
Dra. Paula Alba
Dra. María Elena Crespo
Dr. Damián Duarte Noe
Dra. Verónica Bellomio

Revisores de Cuentas

Dra. Nora Aste
Dra. Mónica Díaz

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

Dra. Alejandra Babini

Presidente pasado

Dr. Gustavo Citera

Vicepresidente Primero

Dr. Enrique Soriano

Vicepresidente Segundo

Dr. Delfor Giacomone

Secretario

Dr. Cesar Graf

Tesorero

Dr. Oscar Rillo

Presidente Comité Científico

Dra. Mercedes García

Comité Científico

Dr. Adrián Salas
Dra. Anastasia Secco
Dra. Diana Dubinsky
Dr. Eduardo Scheines
Dra. Fabiana Montoya
Dra. Florencia Marengo
Dr. Javier Rosas

Dra. Judith Sarano
Dr. Marcos Rosemffet
Dra. Marina Scolnik
Dra. Mónica Sacnun
Dra. Paula Alba
Dra. Silvia Papisidero
Dra. Verónica Bellomio
Dra. Verónica Saurit

**Comisión de Organización
Interna**

Dra. Amelia Granel
Dra. María Nieves Lojo
Dra. Adriana Testi
Dra. Gisela Pendón
Dr. Gustavo Rodríguez Gil
Dr. José Luis Velasco Zamora
Dr. Hugo Scherbarth
Dra. Graciela Rodríguez
Dr. Fabián Risueño
Dra. Alicia Testa
Dra. Silvia Babini

Comité de Prensa y Difusión

Dr. Roberto M. Báez
Dra. Emma Civit de Garignani
Dr. Geofredo G. Earsman
Dr. Cristóbal D. Heredia
Dr. José L. Moreno
Dra. Dora A. Pereira
Dr. Horacio Berman
Dra. Lorena Narváez
Dr. César Caprarulo
Dra. Laura Oneti
Dr. Martín Riopedre
Dra. María Alicia Lázaro
Dra. Ida Exeni
Dra. Eleonora Lucero
Dr. Cruz David Lascano
Dr. Eduardo Mussano

**Comité de Relaciones
Internacionales**

Dr. Francisco Caeiro
Dr. Bernardo Pons-Estel
Dr. Juan José Scali
Dr. Eduardo Albiero
Dr. Alejandro Alvarellos
Dr. Alberto Spindler
Dr. Luis J. Catoggio
Dr. José A. Maldonado Cocco
Dr. Eduardo Mysler
Dr. Guillermo A. Tate
Dr. Julio Hofman

Publicación trimestral
Grober SRL 2015

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 impreso
ISSN 2362-3675 electrónico

Editada por
Grober SRL
Director: Máximo Oberländer
Director: Andres Martín Groiso

Arenales 2245
(1124) C.A.B.A.
Buenos Aires
Tel/Fax (54 11) 4827-1592

www.mvcomunicacion.com.ar

[carta de bienvenida]

En nombre del equipo de la Sociedad Argentina de Reumatología, tengo el agrado de darles la bienvenida al 48 Congreso Argentino de Reumatología en la ciudad de Mar del Plata.

Como es tradición, el objetivo propuesto es brindar un espacio con el más alto estándar científico y educacional así como el intercambio social entre profesionales comprometidos con la Reumatología, buscando el constante avance en la asistencia de pacientes con enfermedades reumáticas.

Nuestro compromiso es continuar creciendo y mejorando, para lo cual necesitamos de la crítica y el apoyo constante de los socios desde sus filiales, que es para quienes trabajamos.

Esperando durante estos cuatro días cumplir con vuestras expectativas y que disfruten del Congreso, les envío un cordial saludo.

Alejandra Babini

Becas SAR ACR 2015

1. Acosta Felquer, María Laura	Hospital Italiano de Buenos Aires
2. Aguila Maldonado, Rodrigo Alejandro	Hospital San Martín de La Plata
3. Barrios, Belén Itatí	Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú"
4. Benzaquén, Nadia Raquel	Hospital Privado de Córdoba
5. Bertiller, Emmanuel Pablo Eduardo	Hospital Italiano de Buenos Aires
6. Betancur, Graciela Vanesa	Instituto de Rehabilitación Psicofísica
7. Buschiazzo, Emilio Andrés	Hospital Señor Del Milagro, Salta.
8. Cosatti, Micaela Ana	CEMIC
9. Costantino, Alicia Beatriz	Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba
10. Gallardo, María de los Angeles	Hospital Italiano de Buenos Aires
11. GallinoYanzi, Josefina	Instituto de Rehabilitación Psicofísica
12. Gandino, Ignacio Javier	Hospital Italiano de Buenos Aires
13. Goizueta, María Cecilia	Hospital Angel C.Padilla de Tucumán
14. Landi, Margarita Blanca	Instituto de Rehabilitación Psicofísica
15. Lizarraga, Ana	Instituto de Rehabilitación Psicofísica
16. Marín, Josefina	Hospital Italiano de Buenos Aires
17. Martire, María Victoria	Hospital Italiano de La Plata
18. Mayer, Maite Melina	Hospital Británico de Buenos Aires
19. Moyano, Sebastian	Hospital Italiano de Buenos Aires
20. Pompermayer, Luciano Enrique	Hospital Italiano de Buenos Aires
21. Romero, Julia Daniela	Hospital Británico de Buenos Aires
22. Sinigaglia, Fabian Darío	Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú"
23. Vergara, Facundo	Hospital Italiano de Buenos Aires
24. Zaffarana, Cecilia Andrea	Instituto de Rehabilitación Psicofísica

Becas pasantías cortas 2015

Aguila Maldonado, Rodrigo	HIGA "Gral San Martín" de La Plata
Ameruso, Yanina	Hospital de Niños Pedro de Elizalde, CABA
Benzanquen, Nadia	Hospital Privado Córdoba
Hassan, Romina	Hospital Ramos Mejía, CABA
Ibañez, Soledad	Hospital de Clínicas "José de San Martín", CABA
Laffont, Manuela	Hospital Ramos Mejía, CABA
Pera, Mariana	HIGA "Gral San Martín" de La Plata
Porta, Sabrina	Hospital Ramos Mejía, CABA

[índice autores]

Abadie, F	P 55	Alvarez Sepulveda, P P	012	Barreira, JC	O 6, 17 P 5, 9, 10, 20, 21, 23, 25, 70, 76, 77, 84, 85, 89, 110, 162, 172
Abdala, M	O 8 P 60, 180, 182, 189, 195	Alves, E	P 121	Barrios, B	P 25, 126
Acevedo, M	P 17	Amador, A	P 141	Barrios, M	P 37
Achilli, C	P 195	Amaya Crespo, G	P 74	Barros Martinez, C	P 139, 187
Aciar, M	P 62, 81, 108	Ameruso, YS	P 166, 167, 168, 169	Bartel, G	P 89
Aciar, MA	P 81	Amitrano, C	P 20, 23	Bartel, GG	P 85
Acosta, CV	P 56	Angeletti, V	P 191	Bartoloni, E	O 9
Acosta Felquer, ML	P 97	Angelina, M	O 11	Barzola, ML	P 59
Acri, L	P 98	Antoniol, MN	P 80	Basta, M	P 10
Adrover, M	P 122	Apaz, MT	P 46	Batagliotti, C	P 14, 110, 164
Afonso, NB	P 172	Araquistain, L	P 109	Bedoya, ME	P 14, 143
Aguero, S	P 110	Arechaga, L	O 18	Bedran, Z	P 14, 136, 139, 187
Agüero, SE	P 126	Arnez, C	P 71	Bellomio, B	P 12
Aguila, R	P 26, 27, 157	Artes Rocha, I	P 81	Bellomio, V	P 14
Aguila Maldonado, R	P 86, 90, 111, 191	Arturi, A	P 5, 14	Bellomio, VI	O 12
Aguilar, G	P 171	Arturi, AS	O 16 P 44, 106, 124	Bellomío, VI	P 11, 175
Aguilera, N	P 161	Arturi, P	O 16 P 44, 106, 124	Benegas, M	P 35, 39, 126
Aguirre, C	P 57, 66, 67, 120	Arturi, V	P 26, 27, 10, 14	Benitez, A	P 51
Aicardi, P	P 47, 114	Asbert, P	P 42	Bennasar, G	O 8
Airoldi, C	P 39	Asnal, C	P 20, 21, 23	Benzaquen, N	O 8 P 89
Akselrad, M	P 188	Asnal, CA	P 163, 196	Benzaquen, NR	P 46
Alba, P	P 12, 15, 16, 42, 64, 83, 117, 146	Aste, NM	P 89	Benzaquén, N	P 20, 21, 33, 110
Alberti, ML	P 88	Astesana, P	P 42, 64, 110, 174	Benzaquén, NR	O 11 P 23, 60, 63
Albertini, R	P 177	Atamañuk, N	P 1	Berbotto, G	P 65
Albiero, E	P 15, 16, 24, 42, 64, 117, 146, 174	Atzeni, F	O 9	Berbotto, GA	P 104, 105, 145, 150
Albiero, JA	P 146, 174	Audisio, M	P 49, 107	Berbotto, L	P 65
Alessio, D	P 117	Audisio, MJ	P 53, 54	Bergel Roldan, O	P 121
Allievi, A	P 14	Avid, E	O 1 P 13, 79, 140	Berman, A	P 33, 60 O 8
Alonso, D	P 5	Avila, V	P 57, 120	Berman, H	O 8 P 60
Alonso, M	P 9	Azzaro, S	P 90	Beron, A	P 79
Alonso Lopez, MD	P 62, 81, 108	Babini, A	P 1, 2 O 17	Beron, AM	O 20 P 78, 140
Alsina, G	P 70	Babini, AM	P 83	Beron, MA	P 75
Alvarado, A	P 57	Babini, JC	P 134	Berón, A	O 1
Alvarellos, A	O 11 P 12, 60, 63, 110, 177	Babini, S	P 10	Berón, AM	P 82
Alvarellos, AJ	P 33	Babini, SM	P 134	Berruezo, R	P 25
Alvarellos, T	P 177 O 11	Baez, R	P 14, 55	Bertiller, E	O 2, 4, 8 P 60, 125
Alvarez, A	P 12, 14, 48, 179	Baied, C	P 161	Bertolaccini, MC	O 6 P 11
Alvarez, AC	P 63	Baldini, C	O 9	Bertoli, A	P 110
Alvarez, D	P 58, 115, 116	Ballent, M	P 12	Bertoli, AM	P 46, 53, 54
Alvarez, MB	O 18	Bande, JM	P 25, 39, 43, 158		
Álvarez, AC	P 110	Baños, A	P 47		
Álvarez, AP	P 10	Baños, AR	P 45		
		Barbaglia, AL	O 12 P 11		

Betancour, G	P 37
Betancur, GV	P 5, 38, 96, 100, 101, 112
Blas, RA	O 19
Blumenthal, L	P 59
Bombardieri, M	O 9
Boostma, H	O 9
Borda, E	P 22
Borgia, MV	O 19
Borgia, V	P 28, 91
Borh, A	P 109
Bornancini, M	P 117
Bottinelli, Y	P 10
Bové, A	O 3
Bovea, G	P 161
Braillard Pocard, AS	O 7 P 78
Brance, ML	P 65
Bresan, E	P0012
Brigante, A	P 18, 87, 138, 149, 184, 198
Britos, M	P 19
Brito-Zerón, P	O 3, 9
Bru Morón, C	P 12
Brun, JG	O 9
Brun, LR	P 65
Brusco, MI	P 166, 167, 168, 169
Buhl, MA	P 7
Buliubasich, MV	P 107
Buliubasich, S	P 49, 52
Burkett, A	P 41
Busamia, B	P 20, 23, 24
Busamina, B	P 21
Buschiazzo, E	P 35, 62, 94, 81, 108
Caballero, G	P 55
Cadile, I	P 49, 52, 102, 103, 107, 148
Cadile, II	P 56
Caeiro, F	P 20, 21, 23, 46, 60, 63, 89, 110, 177 O 8, 11
Caeiro, JP	P 177
Calizaya, G	P 6, 21, 178, 122, 151
Calvo, R	P 160
Cáneva, J	P 1
Canteros, C	P 167
Capozzi, MN	P 48, 118
Cappuccio, AM	P 12, 110
Caprarulo, C	P 14, 110
Caputo, MF	P 10
Caputo, V	P 92, 144

Caputo, VD	P 73
Caracciolo, JA	P 34, 43, 48, 83, 126, 158
Caraciolo, J	P 25
Carbonell, D	P 129
Cárdenas, J	P 57, 66, 67, 120, 128
Cargniel, F	P 143
Carlevaris, L	O 8
Carnide, EMG	P 61
Caro, FM	P 88
Carsons, S	O 9
Casado, G	P 1, 2, 92, 110, 126, 144
Casalla, L	P 48, 118, 126
Casañas, F	P 121
Casas, M	P 181
Castell, E	P 173
Castrillón, M	P 117
Castro De Del Rio, G	P 170
Catalan, A	P 130
Catalan Pellet, A	O 8 P 20
Catalan Pellet, S	P 79
Catalán Pellet, A	P 12, 23
Catalán Pellet, S	O 1, 7, 20 P 82, 98, 154, 176
Catay, E	P 97
Catoggio, C	P 76, 77, 80, 89, 193
Catoggio, L	P 97 O 4
Catoggio, LJ	O 14
Cattogio, C	P 25
Cavaliere, M	P 82
Cavallasca, J	P 12, 153, 155, 156, 194
Cavillon, E	P 110
Cazalas, M	P 1
Cazenave, T	P 40, 94, 127 O 13
Ceballos Recalde, MFP	63
Ceccato, F	O 8 P 60
Cerato, R	P 159
Cerda, O	P 5, 94
Cerda, OL	P 31, 95, 99, 112
Cespo, ME	P 89
Chalem, P	P 61
Chaparro del Moral, RP	34, 43, 48, 76, 77
Chichotky, YR	P 109
Chiganer, E	P 188
Chiuzzi, E	P 69
Christiansen, SB	O 14
Chuquimia, G	P 58, 71, 116

Cibils, M	P 131
Cintora, FM	O 7
Citera, G	O 8, 13 P 5, 31, 35, 37, 38, 40, 60, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 110, 112, 127
Civit, E	P 12 O 19
Civit de Garigniani, E	P 28, 91
Cloquell, M	P 56
Cogo, A	P 14
Cohen, L	O 20
Colazo, MA	P 10, 60
Collado, MV	P 7, 10, 25, 76, 77
Collado, V	P 14
Colombres, F	P 33, 60 O 8
Conforti, AM	P 12
Constantini, A	P 102
Constantino, A	P 48
Conte, MS	P 104, 105, 145, 150
Corazza, L	O 3
Córdoba, M	P 1
Córdova, N	P 57, 120
Corica, ME	O 19
Coronel, L	P 1
Coronel, ML	P 2
Correa, MA	P 48, 109 O 12
Cosati, M	P 89
Cosatti, M	P 12, 25, 193
Cosatti, MA	P 22
Cosentino, V	P 71
Costa, C	P 153, 155, 156, 194
Costantino, AB	P 56
Costi, AC	P 25, 26, 27, 60, 111 O 8
Costi, C	P 90, 72, 110
Cousseau, M	P 12, 14
Cousseau, ML	P 73
Couto, C	P 159
Cowan, P	P 39, 196, 163
Crespo, M	O 8 P 60
Crespo Amaya, G	O 8 P 60
Crespo Espindola, ME	P 62, 81, 108
Crow, C	P 21
Cruzat, V	P 20, 21, 23
Cuadros, S	P 195
Cucchiario, NL	P 81

Curti, AC	P 12	Duhau, J	P 61	Gallardo, MA	P 110
Cusa, A	P 12, 109	Dulong, L	P 137	Gallino Yanzi, J	P 5, 31, 34, 94, 95, 99, 112
Cusa, MA	P 4, 45, 73	Durigan, V	P 20, 83, 122, 178	Gallo, J	P 131
Cusa, MF	P 4	Earsman, GG	P 70	Gallo, JR	P 89, 192
Cuttica, R	P 166, 167, 168, 169	Echarey, F	P 79	Gallo, ME	P 12
Cuvertino, E	P 42	Echazarreta, D	P 1, 2	Galvan, LS	O 15, 19 P 147
D'amico, A	P 14	Eimon, A	P 12, 22, 110	Galván, L	P 84
Daciuk, NI	P 85	Eletti, M	P 192, 197	Galván, LS	P 10
Dal Pra, F	P 5, 12, 60, 94, 112	Elias Costa, C	P 30	Gamba, J	P 51
Dalpra, F	P 40	Encinas, L	P 177	Gamba, MJ	P 69
Dalurso, L	P 192	Encinas, ML	P 110	Gambra, I	P 181
D'Amico, MA	P 10	Eraña, F	P 55, 69	Gandía, M	O 3
Danielsen, C	P 12	Errico, N	P 130	Gandino, IJ	O 2
De Cunto, C	P 19	Espada, G	O 18 P 30, 59	Gandulfo Galarza, JMP	50
de la Barrera, MI	P 69	Esposito, AS	P 191	Ganzinelli, S	P 22
De La Fuente, J	O 11	Estévez, A	P 12	Gaona, M	P 58, 71, 116
De la Sota, M	P 110	Etcheverry, M	P 168, 169	Garay, LS	P 5, 10, 11, 34
De la Vega, M	P 51, 69	Exeni, I	P 93, 110	Garay, SM	P 113
De la Vega, MC	P 109, 110	Fabi, M	P 113	García, M	P 12, 14, 72
De Marchi, M	P 16	Fanelli, M	P 184	García, MA	P 73, 90, 157
De Matteo, E	P 30	Fara, NL	P 123	García, S	P 119
de Olloqui, GL	P 3	Farfán, C	P 41	García, M	P 60 O 17
De Simone, E	P 25	Favaloro, L	P 1	García, MA	P 10, 25, 26, 27, 33, 48, 86, 111, 191 O 8
De Vita, S	O 3, 9	Fayad, A	P 30	García, MV	P 68
Degrossi, E	P 98	Fazio, A	P 63	García Carrasco, M	O 20 P 13, 79, 36
Del Para, F	O 8	Felkar, A	P 50	García Ciccarelli, A	P 91
Del Rio, D	P 170	Fernandez, AR	P 64	García Ciccarelli, A	P 28
Della Maggiora, M	P 47, 114	Fernandez, C	O 12	García Faura, L	P 17
Demarchi, J	P 20, 21, 23, 83	Fernandez, L	P 51	García Salinas, RN	O 16 P 44, 106, 124
Demarchi, M	P 42, 117	Fernandez, M	P 158	García Salinas, R	P 25
Deolloqui, G	P 55	Fernández, AE	P 50	Gargiulo, MA	P 7, 25
Derecho, EA	P 50	Fernández, ME	P 88	Gazzoni, MV	P 49, 52, 102, 103, 107, 148
Deves, V	O 18 P 19	Ferrero, P	P 102	Gerli, R	O 9
Díaz, M	P 12, 55	Ferrero, PV	P 56	Gerling, C	P 133, 165, 152
Díaz, ML	P 9	Ferreyra, L	P 10	Gervasoni, V	P 10
Dieguez, C	P 195	Ferreyra Dillon, R	P 174	Gervasoni, VL	P 142
Diez, A	P 1	Ferreyra Garrot, L	P 33, 97	Gervilla, A	P 108
Diez, M	P 39, 2	Ferro, C	P 57, 67, 120, 128, 129, 183	Gheitasi, H	O 3
Diller, A	P 177 O 11	Figueredo, H	P 14	Giacomelli, R	O 9
Dominguez, N	P 17, 58, 71, 115, 116	Finucci Curi, P	P 14, 143	Giacomi, G	P 1
Dotto, G	P 16, 42, 117	Fioretti, D	P 131	Giacomone, D	O 16 P 44, 106
Drago, C	P 197	Fonseca, E	P 180, 182, 189	Gilardi, L	P 163, 196
Duarte, V	P 6, 20, 33, 35, 122, 151, 178	Fontana, S	P 24	Gilli, V	P 195
Duartes Noe, DE	P 84	Fuentes, P	P 119	Giorgetti, O	P 188
Dubinsky, D	O 1, 7, 20 P 12, 13, 14, 18, 75, 78, 79, 87, 138, 140, 149, 184, 198	Fuerte, J	P 181	Girard Bosch, MP	O 16 P 25, 44, 106, 124
		Funes, ME	P 145		
		Gagliardi, S	P 100		
		Galindo, L	O 6, 12 P 11		
		Gallacher, A	P 70		
		Gallardo, M	O 4 P 29, 125		

Girard Bosch, P	P 39	Höcht, C	O 20	Lara, ME	P 9, 70
Gobbi, C	P 15, 16, 20, 21, 23, 24, 42, 64, 83, 117, 146, 174	Hogrefe, J	P 18, 87, 138, 149, 184, 198	Lares, J	P 23, 122, 151, 178
Godoy, GL	P 192	Hortas, M	P 113	Larroude, MS	P 12, 73
Goizueta, C	O 6 P 11	Hüttmann, FJ	P 175	Larroudé, M	P 110
Gomez, A	P 21, 84	Ibañez, S	P 18, 138, 149, 184	Larroulet, R	P 113
Gomez, C	P 14	Ibáñez, S	P 87	Lascano, C	P 108
Gomez, E	P 190	Ibañez Zurlo, L	P 108	Lazaro, MA	P 45, 93
Gomez, G	P 14, 51, 69, 110, 138, 149	Iglesias Rodriguez, M	O 17	Lázaro, MA	P 4, 109
Gomez, GN	P 25	Imamura, PM	P 12	Lazzarino, MR	P 135
Gomez, RA	P 75, 140	Intriago, M	P 57, 66, 67, 120	Leal M	O 8 P 60
Gómez, A	P 85	Iriarte Padula, MP	P 10	Leal MO	P 48
Gómez, E	P 98	Isenberg, D	O 9	Lebersztein, G	P 163
Gómez, G	P 7, 76, 77, 109	Iturralde, C	P 133, 152, 165	Ledesma, C	O 8
Góngora V	P 143	Jacobo, J	P 55	Lema, L	P 1
González, AF	P 171	Juarez, RV	P 108	Lencina, MV	P 62, 81, 108
Gonzalez Lucero, L	O 6 P 11	Juarez, V	P 25, 60 O 8	Leon, MP	O 12
González Lucero, E	P 77	Juarez, VR	P 62, 81	León, MP	P 175
González Lucero, L	P 76	Jurado, R	P 52, 102, 103, 148	Lescano, A	P 1, 2
Gordon, S	P 14, 133, 152, 165	Kairuz, I	P 185, 186	Lessa, C	P 188
Gottenberg, JE	O 9	Karlen, H	P 198	Levit, G	P 180, 182, 189
Gottero, M	P 174	Kawano, M	O 9	Lizarraga, A	O 12 P 5, 37, 38, 96, 100, 101, 112
Goymil, V	P 116	Kerzberg, E	P 58	Llanos González, L	P 12
Graf, C	P 12, 14	Kerzberg, EM	P 17, 115	Lojo, MN	P 25, 135
Granda, A	P 41	Kezberg, E	P 71, 116	Longo, A	P 10, 14
Granel, A	P 25, 110	Khoury, M	P 7, 9, 10, 25	Loor, T	P 181
Greloni, G	O 14	Khoury, MC	P 70	López, R	P 57, 120
Grosello, T	P 133, 152, 165	Kimayr, K	P 109	Lopez Macchi, G	P 98
Gublielmotti, MB	P 24	Kirmayr, K	P 14, 48, 110	Lucana, L	P 69, 51
Guinsburg, M	P 39	Kisluk, B	P 104, 105, 145, 150	Lucero, E	P 5, 11, 76, 77, 175 O 6, 12
Gutfraind, E	P 161	Klajn, DS	P 34, 43, 48, 126, 76, 77	Lucero, EV	P 10
Haag, D	P 2	Kluwak, G	P 195	Lugones, C	P 147
Hamahui, A	P 87	Knobel, E	P 50	Lunic, MC	P 13
Hamauí, A	P 198	Kohan, MP	P 34, 40, 94	Lylyk, P	P 159
Hamdani, S	P 41	Kohury, M	P 109	Machado Escobar, M	O 12 P 11, 14
Hammenfors, D	O 9	Kondratiuk, GS	P 166, 167	Machado Escobar, MA	P 76, 77
Haye Salinas, MJ	P 23, 60, 63, 110, 177 O 8, 11	Kostianovsky, A	P 14	Macías, M	P 41
Hayes, M	P 21	Kostov, B	O 3	Magri, S	P 44
Hayes Salinas, M	P 20	Kruize, A	O 9	Magri, SJ	O 16 P 106, 124
Helain, B	P 117	Kvarnstrom, M	O 9	Maldini, C	P 117, 15, 146
Helling, C	P 109	Kyrmair, K	P 55	Maldonado, A	P 117, 15, 146
Helling, CA	P 12	Laborde, H	O 1 P 154, 75, 85, 98	Maldonado, G	P 57, 66, 67 120, 128, 129, 183
Heres, M	P 198	Laffont, M	P 115	Maldonado PR	P 10, 11 O 6
Hernandez-Molina, G	O 9	Lagrutta, M	P 8	Maldonado, V	P 79
Herrera, G	P 25	Lamonega, C	P 90	Maldonado Aguila, R	P 14
Herrera, GB	P 114	Landa, M	P 9	Maldonado Alsina, P	P 70
Herrera Comoglio R	P 49, 103, 107	Landi, M	P 94, 34, 95, 99, 31, 112 O 8		

Maldonado Cocco, JAP	33, 70	P 36, 82, 98, 171, 176	Neme, V	P 16	
Malfante, PC	P 134		Nieto, RE	P 142	
Maliandi, MR	P 156, 194	Medina, MA	P 34, 43, 48, 110, 126	Nitsche, A	P 1, 2, 3, 20, 21, 23
Malm-Green, S	P 12	Medina Bornachera, DP	12, 179	Niveyro, C	P 136
Mamani, M	P 6, 20, 21, 60, 74, 98, 122, 130, 151, 178	Meiorin, S	P 30, 59	Noboa, D	P 57
Mandl, T	O 9	Mejía, ME	P 88	Nordmark, G	O 9
Manzano, M	O 8	Méndez, M	P 12	Nuñez, J	P 57
Marban, M	P 173	Mendiburo, L	P 179	Oliver, M	P 39, 196, 163
Marcaida, P	P 6, 21, 74, 122, 151, 178	Merlo, P	P 57	Onetti, L	P 49, 52, 56, 102, 103, 107, 148
Marciano, S	P 193	Messina, O	P 51	Orozco, C	P 39, 60, 109
Marcos, AI	P 25	Messina, OD	P 69	Orozco, MC	P 5, 37, 38, 96, 100, 101, 112
Marcos, J	O 8 P 26, 27, 48, 60, 72, 86, 111, 191	Micelli, M	P 17	Ortega, H	P 131
Marcotrigiano, L	P 165	Migliore, N	P 192, 197	Ortiz, A	P 12, 33, 89, 110, 160, 192, 197
Marengo, MF	P 45	Miranda, I	P 137	Otaduy, C	P 15, 117, 146
Mariani, M	P 24	Moça Trevisani, V	O 9	Otero, MJ	P 135
Mariette, X	O 9	Molina, JF	P 61	Pacheco, G	P 41, 181
Marin, J	P 12, 14, 97	Molina, MJ	P 3	Páez, M	P 12
Marín, J	O 4 P 76, 77	Mollerach, F	O 10	Paira, S	P 33, 60, 131, 132, 197, 160 O 8
Marino, L	P 6	Mora, GF	P 8, 159	Paira, SA	P 12
Marozzi, F	P 153	Morales, MJ	P 46	Paira, SO	P 89, 192
Martín, ME	P 158	Morales-Torres, J	P 61	Palatnik, M	P 65
Martinez, A	P 33	Morend, I	P 196, 163	Palombo, M	P 148
Martinez, B	P 12	Moreno, I	P 57	Paniego, F	O 1
Martínez, F	P 42	Moreno, JL	P 12, 147 O 15, 19	Paniego, FM	O 7 P 13
Martínez, J	P 57, 120	Moreno, JLC	P 10	Paniego, R	P 14, 55
Martínez, L	P 76, 77	Moreno, L	P 57, 66, 67	Papallardo, C	O 1
Martínez Muñoz, A	P 60, 76, 77	Moreno, M	P 57, 120	Papasidero, S	P 14, 20, 21, 23, 25, 109
Martínez Muñoz, A	O 8 P 10	Moreno Lubertino, JM	P 30	Papasidero, SB	P 5, 10, 34, 43, 48, 76, 77, 83, 126, 158, 162
Martire, MV	O 8, 16 P 5, 44, 60, 74, 106, 124	Mori, CF	P 50	Pappalardo, C	P 79, 130
Martire, V	P 98, 14	Morón, MI	P 25, 114	Pardo Hidalgo, RA	O 15
Martiré, V	P 6	Moyano, E	P 49, 107	Paredes, C	P 120, 57
Mas, L	O 11	Moyano, S	P 68	Paris, U	P 14, 136, 139, 187
Mastri, M	P 113	Moyano Pugge, M	P 186	Paulin, F	P 88
Mata, D	P 69, 163, 196	Mpofu, S	P 32 O 5	Peluzzoni, A	P 36, 110, 140, 171
Mateos, H	P 88	Munarriz, A	O 19	Pena, C	P 26, 27, 72, 86, 90, 157
Mayer, M	P 12, 20, 23, 70 O 19	Muñoz, S	P 76, 77	Peñafort, G	O 15
Mayer, MM	P 21, 84, 85, 162	Muñoz, SA	P 10, 12	Pendon, G	P 14, 35
Mazzei, JA	P 2	Murciano, RM	P 50	Pendon, GP	P 73
Mclnnes, IB	P 32 O 5	Mussano, E	P 49, 52, 56, 102, 103, 107, 110, 148	Pendón, AG	P 10, 12
Mease, P	P 32	Musuruana, J	P 155, 156, 194, 153	Pepermans, M	P 136
Mease, PJ	O 5	Mysler, E	P 109, 12	Pera, M	P 14, 26, 27, 86, 157
Medeot, M	P 177	Narchi, AS	P 169	Pera, MA	P 10, 90, 111, 191
Medic, M	P 177	Nasswetter, G	O 7, 1, 20	Perandones, CE	P 80
Medina, A	P 39	Nasswetter, G	P 13, 36, 75, 78, 79, 82, 98, 140, 154, 171, 176, 190		
Medina, G	O 1	Navarro, SM	P 142		
		Neder, YV	P 63		
		Negri, M	P 160		

Pereira, D	P 14, 109		O 8	Romeo, C	P 144
Pereira, DA	P 10, 73, 93	Quinteros, A	P 60, 110 O 8	Romero, J	P 14, 76, 77
Pereyra, C	P 181	Quinteros, AG	P 48	Romero, JD	P 9, 10, 172 O 6
Pereyra, D	P 35	Quiroz, R	P 78, 190, 79	Rosa, J	P 60, 97, 125, 127 O 4, 8
Perez, N	O 1, 7, 20 P 13, 75, 78, 79, 82, 140, 154, 190	Quispe Villanueva, ML	P 135	Rosa, JE	P 68
Perez, SK	P 158	Raggio, JC	P 104, 105, 145, 150	Rosemfet, M	P 40, 94
Perez Davila, A	P 110	Raiti, L	P 20, 21, 23, 73	Rosemfet, MG	O 13 P 127
Pérez Dávila, A	P 109	Raitti, L	P 83	Rotella, M	P 137
Pérez de Ballent, M	P 14	Ramos-Casals, M	O 3, 9	Roverano, S	P 10, 12, 14, 131, 132, 160, 197
Perez Rodriguez, MS	P 14	Ramos-Remus, DCR	P 61	Russo, A	P 51, 69
Perez-Gilbe, A	P 61	Rasmussen, A	O 9	Ruta, S	P 97, 125 O 4
Perna, E	P 1, 2	Rausch, G	P 14	Ruta, SO	P 127
Petrini, B	P 138	Redondo, G	P 51, 69	Saad, A	P 75
Picco, E	P 081	Reimundes, C	P 80	Saad, AK	O 7
Pineda, S	P 025	Reina, S	P 22	Sabelli, M	P 97
Pino, MS	O 1, 20 P 78	Resk, J	P 42	Sabelli, MR	P 68
Piovesan, M	P 79, 98	Retamal, E	P 179	Sacnun, MP	P 142
Piovesan, MM	O 1, 20	Retamozo, C	P 12	Sacnún, M	O 8
Pirola, J	O 8	Retamozo, S	P 177 O 3, 9, 11	Sacnún, M	P 10, 60
Pirola, JP	P 10, 20, 21, 23, 46, 60, 63, 89, 110 O 11	Rhys, K	P 24	Salas, A	P 33, 35, 72
Pisone, C	P 89	Rillo, O	O 8 P 12, 14, 32	Salas, AP	P 26, 27, 73, 111
Pisoni, C	P 14, 76, 77	Rillo, OL	P 33, 34, 39, 60, 76, 77, 126, 162	Salcedo, M	P 187
Pisoni, CN	P 10, 12, 22, 25, 193	Rio Pedre, A	P 51	Salica, D	P 42
Pompermayer, L	P 29	Riopedre, A	P 69	Salinas, F	P 134
Pons Estel, B	O 17 P 12, 14, 110	Ríos, C	P 57, 66, 67, 120, 128, 129, 183	Salvatierra, G	P 20, 21, 23, 60 O 8
Pons Estel, BA	P 142	Ríos K	P 128	Sanchez, A	P 65, 177
Pons-Estel, B	P 10, 109	Risk MR	P 50	Sanchez Alcover, J	P 91
Porta, S	P 58, 71, 116	Risueño F	P 12, 73	Sánchez Alcover, J	P 28
Prapovnik, S	O 9	Rivelis, A	P 12	Sanchez Andía, C	P 110
Pringe, A	P 166, 167, 168, 169	Rivellis, C	P 14	Sánchez Andía, C	P 48, 179
Priori, R	O 9	Rivero, E	P 144	Sanchez Freytes, M	P 46
Propato, ML	P 15	Rivero, G	P 137	Sanchez-Guerrero, J	O 9
Pucci, P	P 20, 21, 23	Rivero, M	P 5, 9, 14, 25, 73	Sandoval, V	P 23, 122
Puerta Francchi, R	P 79	Rivero, MA	P 70	Sansinanea, P	P 26, 27, 72, 73, 86, 111, 157
Puerta Franchi, R	O 1 P 82, 176	Rizzotti, C	P 136	Santa Cruz, J	P 109
Puerta Franchi, RA	O 7	Roa Perez, LO	P 75, 140	Santa Cruz, MJ	P 10, 14, 126
Py, G	P 49, 52, 107	Robalino, F	P 58, 71, 115, 116	Santaella, P	P 49, 52, 107
Py, GE	P 53, 54	Rodriguez, CM	P 56	Santana, M	O 6, 12 P 11
Quadrelli, S	P 198	Rodriguez, GN	P 14	Santiago, L	P 20, 74
Quaglia, MF	P 58	Rodriguez, L	P 176	Santiago, ML	P 23, 21
Quartuccio, L	O 3, 9	Rodriguez Gil, G	P 173	Santo, S	P 56
Quenard, M	P 12	Rojas, C	P 17	Sapag Duran, SS	P 13
Quevedo, PA	P 84, 21	Rojas Tessel, R	P 5, 62, 81, 108	Sapag Durán, AM	P 190
Quevedo Mayorga, P	P 25, 5	Romanelli, J	P 130	Sapag Durán, S	O 1 P 79
Quintana, R	P 110, 60, 10, 109, 14	Romanini, FE	P 33	Sarabia Chávez, E	P 98
		Romano, JP	P 149		
		Rombo, G	P 180, 182		
		Rombo, GRAC	P 189		

Sarano, J	P 7, 10, 12, 14, 76, 77, 110		148		P 13
Sarano, JF	P 25	Streger, G	O 17	Vicario, J	P 131
Sattler, ME	P 104, 105, 145, 150	Suarez, L	P 7	Vicente, J	P 89
Saturansky, E	P 35, 98	Suarez, LV	P 25	Vidal, M	P 69
Saurit, V	P 10, 12, 46, 60, 63, 110, 177 O 11	Sueldo, HR	O 6 P 11	Vigliano, M	P 16
Scaglioni, V	O 2, 14 P 29	Suzuki, Y	O 9	Villa, N	P 51, 69
Scarafia, S	P 4, 6, 33, 45, 74, 109, 110, 122, 151	Taboada, MC	P 49, 52, 102, 103, 107, 148	Villaruel, I	P 164
Scherbarth, H	P 133, 152, 165	Talavera, ML	P 1	Vinicki, JP	O 1, 7, 20 P 98, 171, 190
Schiel, A	P 9	Tamaño, F	P 110, 144, 126	Visentini, S	P 25, 41
Schmid, MM	P 14	Tamashiro, H	O 19	Vissink, A	O 9
Schneeberger, E	P 33	Tamborenea, MN	P 12, 119	Viudez, N	P 47
Schneeberger, EE	P 12, 31, 35, 37, 38, 39, 40, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 112	Tami, M	P 188	Vivero, F	P 10, 134
Scioscia, JC	P 158	Taratuto, A	P 132	Vollenweider, C	O 9
Scolnik, M	O 2, 10, 14 P 29, 68, 76, 77, 89	Tate, G	P 12	Vulcano, A	P 26, 27
Secco, A	P 6, 20, 21, 23, 60, 74, 122 O 8	Tatti, S	P 79	Wahren-Herlenius, M	O 9
Seewald, A	O 20 P 154	Testi, A	P 26, 27, 72	Waimann, CA	O 8 P 60
Seiseddos, MR	P 163	Theander, E	O 9	Werner, M	P 49, 52
Sequeira, G	P 115, 123, 17	Theaux, R	P 150	Wernicke, V	P 25
Sewald, A	P 139	Tolozza, S	P 12	Wernicke, VC	P 135
Sig-tú, S	P 183	Travaglia, M	P 135	Wiederhold, C	O 19
Sisó-Almirall, A	O 3	Troitiño, C	P 20, 122, 178	Xavier, RM	P 61
Sivils, K	O 9	Tuse, C	P 119	Yacuzzi, MS	O 12 P 11
Skromeda, M	P 139	Ubogui, J	P 98	Yantorno, L	P 191
Soares de Souza, S	P 110	Uña, C	P 51, 69	Yauri, J	P 133, 152, 165
Sohn, D	P 12	Urquiola, C	P 173	Yorio, M	P 24, 117
Solans, R	O 9	Valerio, M	P 28, 91	Yorio, MA	P 16, 64
Solari, R	P 130	Valim, V	O 9	Yucra Bobarin, D	P 18, 87, 184
Sommerfleck, F	P 35, 38, 96, 100, 101	Vallejo, C	P 57	Yucra Bobarin, DV	P 138, 149, 198
Sommerfleck, FA	P 33, 37	Vallejos, G	P 30	Zaffarana, C	P 112
Soriano, ER	O 2, 4, 5, 8, 10, 14 P 29, 33, 60, 68, 125	Valles, R	P 137	Zaffarana, CA	P 5, 31, 94, 95, 99
Soriano Guppy, E	P 97	van der Heijde, D	P 32	Zalazar, M	P 12
Sosa, A	P 10	Vandale, J	P 180	Zalazar, MM	P 60, 34, 76, 77, 162
Sosa, J	P 48, 5	Vandale, JM	P 182, 189	Zamora, N	P 33, 35, 37, 38, 94, 96, 100, 101 O 13
Sosa, M	P 82	Varela, CF	O 14	Zamora, NV	P 5
Sosa, O	P 139, 187	Vargas, L	P 162	Zamora, R	O 1
Spindler, A	P 12, 14	Vargas, S	P 57	Zamora Sabando, M	P 167
Spindler, W	P 127	Vasquez, DL	P 48	Zamparo, C	P 14
Spinetto, MA	O 20	Velasco Zamora, J	P 12	Zapata, MP	P 195
Spivacow, R	P 37	Velasco Zamora, JL	P 109	Zárate, L	P 48, 118
Stancich, M	P 185, 186	Velez, S	O 19 P 20, 23, 25	Zazetti, F	P 173
Stancich, MI	P 48, 52, 102, 103,	Velez, SD	P 21, 84, 85	Zazzetti, F	P 20, 21, 23, 84, 85, 89
		Veloza, E	P 60, 110	Zehner M	O 9
		Veloza, EJ	O 8		
		Venarotti, FA	P 45		
		Venarotti, H	P 92		
		Ventura, R	P 57		
		Vera, C	P 57		
		Verando, M	P 12, 114		
		Vergara, F	O 4 P 68, 125		
		Verna, G	O 1, 20		

48° Congreso Argentino de Reumatología

26 al 29 de septiembre de 2015

Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Organizado por la
**Sociedad Argentina
de Reumatología**

Sección orales	27 de septiembre	001 a 005
Sección orales	27 de septiembre	006 a 010
Sección orales	28 de septiembre	011 a 015
Sección orales	28 de septiembre	016 a 020

VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-C1q Y ANTI-DNA EN EL COMPROMISO RENAL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
S Catalán Pellé, M5 Pino, G Medina, A Berón, R Zamora, N Perez, R Puerta Franchi, F Paniego, G Verma, S Sapag Durán, E Avid, MM Piovesan, C Papalardo, JP Vinicki, D Dubinsky, H Laborde, G Nasswetter Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El complemento juega un rol patogénico fundamental en la nefritis lúpica. El C1q es el primer componente de la cascada clásica de activación de complemento. Algunos trabajos muestran relación con la actividad de la enfermedad, sobre todo con glomerulonefritis e hipocomplementemia. Un metaanálisis evidenció sensibilidad del 88% y especificidad del 75% como marcador temprano de actividad renal en LES. Otro trabajo con 308 pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) publicado recientemente confirma su asociación con el compromiso renal (sensibilidad 41%, especificidad 85%).

OBJETIVOS: Determinar valor diagnóstico para nefritis lúpica del anticuerpo anti C1q y del anti DNAN. Determinar asociación entre anti C1q y actividad de la enfermedad (SLEDAI).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1997) que consultaron en forma consecutiva desde enero de 2013 a junio de 2015. Se realizó: examen físico, SLEDAI (sin actividad ≤ 2 , leve 3-5, moderado 6-10, severo >10), FAN (IFI en Hep2), anti DNAN (IFI Citridia Luceilaie), C3 C4 (IDRC), antiC1q (ELISA IgG, INOVA, positivo débil: 20-39 UA y positivo moderado/ fuerte ≥ 40 UA), hemograma, creatinemia, sedimento de orina y proteinuria de 24 hs. Se consideró actividad renal según SLICC renal (Petri y coll, Rev Lupus, 2015) definido como: ratio proteinuria/creatininuria > 0.5 y/o proteinuria de 24hs ≥ 500 mg/24 hs y/o hematuria ≥ 5 GR dismórficos. Se excluyeron otras causas de positividad de anti C1q (vasculitis urticariana hipocomplementémica, atopía, urticaria, HCV).

RESULTADOS: Se incluyeron 103 pacientes: 99 (96.1%) mujeres, tiempo de evolución de la enfermedad 7.29 años (0.5-31 años), mediana de SLEDAI 5.2 (0-29). Sin actividad 31/103 pacientes, leve 29/103, moderada 26/103, severa 17/103. En el grupo sin actividad, la mediana de valor de C1q fue 18 UA; leve: 19 UA; moderado: 14 UA y severo: 53 UA ($p < 0.031$).

SLICC renal (+): 40 (39%) pacientes. Biopsias renales 35/40 (87.5%): Clase IV 21/35 (60%), Clase V 5 (14.2%), Clase III 4 (11.4%), Clase II 1 (2.8%).

Tabla 1: Anti C1q y anti DNAN según SLICC renal. *15/63 pacientes sin actividad renal, presentaban historia pasada de nefritis lúpica y 9/15 tenían anti C1q +.

18/40 (45%) pacientes SLICC RENEAL(+) presentaron anti C1q+ y anti DNAN+ (doble positividad), solo 10/63 (16%) pacientes SLICC RENEAL (-) mostraron esta doble positividad ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: El anti C1q mostró valores más altos en el grupo de SLEDAI severo con correlación estadísticamente significativa. El valor de corte propuesto (20UA) muestra menor sensibilidad y especificidad en comparación al anti DNAN para diagnóstico de actividad renal. Realizando una curva ROC para distintos valores de corte, observamos que 40UA presenta mayor especificidad en comparación con el anti DNAN. Si asociamos anti C1q y anti DNAN (doble positividad) se obtienen mejores valores de especificidad, VPP y cocientes de probabilidades en relación al anti DNAN solo, aunque con menor sensibilidad.

El seguimiento de los pacientes sin actividad renal y doble positividad podría predecir el desarrollo de nefritis lúpica.

Tabla 1.	C1q (p=0,167)		DNA (p=0,001)	
	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SLICC renal +	16 (40%)	24 (60%)	15 (37.5%)	25 (62.5%)
SLICC renal -	34 (54%)	29 (46%)	44 (69.8%)	19 (30.2%)
Total15	50 (48.5%)	53 (51.5%)	59 (57.3%)	44 (42.7%)

Tabla 2.	C1q (20 UA)	C1q (40 UA)	DNAN	C1q/DNAN
Sensibilidad (%)	90	45	82.5	45
Especificidad (%)	54	73	69.8	82.5
V.P.P (%)	55.3	91.4	96.8	82
V.P.N (%)	88	87.7	74.6	70.3
Cociente de probabilidades (+)	1.30	1.67	2.07	2.58
Cociente de probabilidades (-)	0.74	0.75	0.54	0.90

LA PRESENCIA DE VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO SE ASOCIA A UN PEOR PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGRÉN

S Retamozo², H Gheifasi¹, L Quartucci³, B Kostov^{1,4}, L Corazza³, A Bové¹, A Sisó-Almirall¹, M Gandía¹, M Ramos-Casals¹, S De Vitis¹, P Brito-Zerón¹

¹ Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes Josep Font, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CELLEX, Departamento de Enfermedades Autoinmunes, ICMID, Hospital Clínic, Barcelona, España. ² Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. ³ University Hospital "Santa Maria della Misericordia", Udine, Italia. ⁴ Grupo de Investigación de Atención Primaria, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centro de Atención Primaria de Les Corts, CAPSBE, Barcelona, España.

OBJETIVO.

Evaluar el cumplimiento de los criterios de clasificación de la vasculitis crioglobulinémica (VC) al momento del diagnóstico en una gran cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SS) y su correlación con resultados de mal pronóstico.

PACIENTES Y MÉTODOS.

Se incluyeron 515 pacientes consecutivos que cumplían con los criterios de clasificación de 2002 del SS primario, a quienes se determinó la presencia de crioglobulinas. Los criterios de clasificación de la VC y las crioglobulinas séricas al momento del diagnóstico se evaluaron como predictores de mortalidad y linfoma mediante el análisis de regresión de Cox ajustado por edad y género.

RESULTADOS.

Se detectaron crioglobulinas séricas en 65 (12%) pacientes, de los cuales 21 (32%) cumplieron con los criterios de clasificación de la VC. Los pacientes con VC tenían una mayor frecuencia de crioglobulinemia tipo II (86% vs. 43%, $p = 0.04$), un nivel medio de criocrito más elevado (6,58% vs 1,25%, $p < 0.001$), y una puntuación del ESSDAI media acumulada superior (35,3 vs 16,2, $p < 0.001$) en comparación con los pacientes que tenían crioglobulinas séricas que no cumplían con los criterios de VC. Después de un seguimiento medio de 110 meses, 45 (9%) pacientes desarrollaron linfoma de células B y 33 (6%) fallecieron. En comparación con los pacientes sin crioglobulinemia, los pacientes con crioglobulinas mostraron un alto riesgo de desarrollo de linfoma de células B; el riesgo fue mayor para aquellos que cumplían con los criterios de VC (HR 7,47, IC95% 3,38-16,53) que para aquellos que no cumplían con los criterios de VC (HR 2,56, IC 95% 1,03 a 6,35). Con respecto a la mortalidad, los pacientes con VC tuvieron un mayor riesgo de muerte tanto en el modelo ajustado univariado (HR 11,68, IC95% 4,44-30,74) como en el multivariado (HR 4,36, IC95% 1,32-14,47) en comparación con aquellos sin crioglobulinas.

CONCLUSIÓN.

Los pacientes con SS primario que cumplen con los criterios de clasificación de la vasculitis crioglobulinémica al momento del diagnóstico tienen un mayor riesgo de mortalidad.

COMPROMETIMIENTO DE LOS NIVELES DE COMPLEMENTO Y RIESGO DE COMPROMISO VISCERAL EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
LJ Gandino, M Scolnik, E Bertiller, Y Scaglioni, ER Soriano Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

El sistema del complemento juega un rol fundamental en las enfermedades autoinmunes, particularmente en el lupus eritematoso sistémico (LES). Los déficits congénitos del complemento son factores de riesgo genéticos para el desarrollo del LES. La reducción en sus niveles ha sido asociada con actividad de la enfermedad, predicción de recaídas y con compromiso de ciertos órganos.

Nuestro objetivo fue analizar el curso clínico de los pacientes con LES de acuerdo a sus niveles de complemento (permanentemente bajos, fluctuantes y normales persistentes).

Métodos:

Se analizaron las determinaciones de los niveles de complemento (fracciones C3 y C4) de pacientes con LES (que cumplieran ciertos ACR o SLICC) atendidos entre el año 2000 y 2013. Los pacientes se dividieron en tres grupos: C3 y/o C4 siempre bajos (grupo con complemento bajo persistente), C3 y C4 siempre con niveles normales (grupo con complemento normal persistente) y aquellos que alternaron C3 y/o C4 con períodos normales y con períodos bajos (grupo fluctuante). Se analizaron y compararon entre los distintos grupos los anticuerpos, la mortalidad, los órganos afectados y las características clínicas.

Resultados:

Se incluyeron 272 pacientes con LES, 242 (89.6%) de sexo femenino. La media de edad al diagnóstico fue 34.2 años (DS 15.8). El grupo con complemento bajo persistente incluyó 79 pacientes, el de complemento normal 116 y el grupo con complemento fluctuante 75 pacientes. Las características demográficas, clínicas y serológicas se presentan en la tabla 1. La mortalidad fue similar entre los tres grupos (5%, 4% y 7% respectivamente). La glomerulonefritis (tanto membranosa como proliferativa) fue más frecuente en pacientes con niveles fluctuantes. El compromiso hematológico y la presencia de anticuerpos anti-DNANs fue menor en el grupo de pacientes con niveles de complemento normal. En el análisis multivariado los niveles persistentemente bajos de complemento no se asociaron con mortalidad o con mayor daño de órgano medido por SLICC. Solo el incremento de la edad se asoció con mayor mortalidad, y tanto la edad como el compromiso neurológico con un SLICC-0.

Conclusion:

Los diferentes comportamientos en los niveles del complemento, en pacientes con LES, no se asoció con diferencias en cuanto a mortalidad y daño de órganos. A pesar de que se observaron ciertas diferencias (mayor glomerulonefritis en el grupo de complemento fluctuante, y mayor compromiso hematológico y presencia de anti-DNANs en los grupos fluctuantes y persistentemente bajo) el comportamiento del complemento no parecería identificar claras subclases de pacientes lúpicas.

	Complemento normal persistente (n=116)	Complemento bajo persistente (n=79)	Complemento fluctuante (n=75)	P value
Sexo femenino, n (%)	107 (92.2)	70 (88.6)	65 (86.7)	0.439
Edad al diagnóstico en años: media (DS)	36.4 (16.5)	32.4 (14.7)	32.7 (15.8)	0.1397
Seguimiento en años: media (DR)	8.4 (8.2)	8.1 (7.6)	9.2 (5.6)	0.345
Compromiso cutáneo, n (%)	78 (65.5)	50 (63.3)	44 (58.7)	0.773
Úlceras orales, n (%)	24 (20.7)	19 (24.1)	20 (26.7)	0.624
Serositis, n (%)	37 (31.9)	15 (18.9)	17 (22.7)	0.102
Artritis, n (%)	59 (50.9)	47 (59.5)	35 (46.7)	0.281
Compromiso neurológico, n (%)	15 (12.9)	7 (8.9)	7 (9.3)	0.598
Compromiso renal, n (%)	37 (49.9)	44 (55.7)	56 (73.6)	0.002 & vs # *
Leucopenia o linfopenia, n (%)	35 (30.2)#	39 (49.4)*	34 (45.3#)	0.007 * vs # y 0.033 & vs #
Trombocitopenia, n (%)	20 (17.2)#	28 (35.4)*	25 (33.3#)	0.026 * and & vs #
ANA positivo, n (%)	109 (94)	77 (97.5)	68 (90.7)	0.202
Anti-DNA positivo, n (%)	82 (44.9)#	26 (68.3)*	57 (76.6)	<0.001 * and & vs #
Anti-SS positivo, n (%)	12 (10.3)	10 (12.7)	9 (10.7)	0.882
Anticoagulante lúpico positivo, n (%)	14 (12.1)	16 (20.2)	11 (14.7)	0.254
Anticardiolipinas positivas, n (%)	17 (14.7)	17 (21.5)	13 (17.3)	0.405
SLICC al final del seguimiento, media (DS)	0.96 (1.4)	1 (1.4)	1.33 (1.7)	0.2345

CARACTERÍSTICAS DE LA ECOGRAFÍA CON DOPPLER DE PODER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN REMISIÓN CLÍNICA: RECLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD?

F Vergara, S Ruta, M Gallardo, E Bertiller, Y Scaglioni, ER Soriano

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. **Introducción:** Varios estudios han demostrado disparidad entre los hallazgos clínicos y ecográficos en pacientes con artritis reumatoide (AR). Si bien la ecografía permite detectar sinovitis subclínica, esta diferencia entre evaluación clínica y ecográfica, podría variar de acuerdo a la definición adoptada de actividad por ecografía.

Objetivo: comparar la actividad clínica y ecográfica en pacientes con AR en remisión clínica, aplicando diferentes definiciones de actividad por ecografía y evaluar en qué medida el reemplazo de la evaluación clínica por la ecográfica cambia el nivel de actividad de la enfermedad en estos pacientes.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010), que se encontraban en remisión clínica por DAS28 (< 2.6). Las evaluaciones ecográficas fueron realizadas por el mismo reumatólogo, usando un equipo MyLab70 equipado con un transductor lineal de multifrecuencia de 6-18Mhz. Las siguientes 20 articulaciones de las manos fueron evaluadas: carpos, Ira a 5ta metacarpofalángica y 2da a 5ta interfalángica proximales. La señal Doppler de poder (DP) se valoró en una escala semicuantitativa de 0 a 3 (0= ausencia de señal DP; 1= señal DP aislada o solitaria; 2= señal DP confluyente que compromete menos del 50% del área intraarticular; 3= señal DP confluyente que compromete más del 50% del área intraarticular). Se construyeron 3 DAS28 modificados con los datos de la señal DP (ECO-DAS28), reemplazando el recuento clínico de articulaciones tumefactas por el número de articulaciones con señal DP grado ≥ 1 , ≥ 2 y ≥ 3 , respectivamente (para las 3 articulaciones del DAS28 no incluidas en la evaluación ecográfica se consideró lo consignado en el examen clínico). Se evaluó la correlación entre el DAS28 (evaluación clínica) y el ECO-DAS28 mediante el test de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes. Sesenta y cinco (75.5%) fueron mujeres con una media de edad (DE) de 58.5 (13.8) años; media de duración de enfermedad (DE) de 7.2 (7.9) años. La media (DE) de DAS28 fue de 2.1 (0.37). Veintitrés (26.7%) pacientes tuvieron al menos una articulación con señal DP ≥ 1 . Entre estos, 14 (60%) pacientes tuvieron solo 1 articulación con señal DP: 6 (26.1%) tuvieron dos articulaciones, 2 (8.7) tuvieron 3 y solo 1 (4.3%) tuvo 4 articulaciones con señal DP. La media de ECO-DAS28 (DE) fue 2.18 (0.47), 2.16 (0.45) y 2.1 (0.4) usando el recuento de articulaciones con señal DP grado ≥ 1 , ≥ 2 y ≥ 3 , respectivamente. Trece de 86 (15%) pacientes fueron reclasificados hacia una baja actividad de la enfermedad utilizando las articulaciones con señal DP ≥ 1 y 9 de los 86 (10.5%) fueron reclasificados hacia baja actividad de la enfermedad utilizando las articulaciones con señal DP ≥ 2 , mientras que ningún paciente fue reclasificado utilizando las articulaciones con señal DP ≥ 3 . Por otro lado, ningún paciente fue reclasificado hacia moderada o alta actividad de la enfermedad. Se encontró excelente correlación entre el DAS28 y los diferentes ECO-DAS28 (rho: 0.8271, 0.8470 y 0.8701 para señal DP grado ≥ 1 , ≥ 2 y ≥ 3 , respectivamente). **Conclusiones:** Si bien aproximadamente un cuarto de los pacientes con AR en remisión clínica mostraron señal DP por ecografía, indicando actividad residual de la enfermedad, un bajo porcentaje de estos pacientes fueron reclasificados hacia una baja actividad de la enfermedad, mientras que ninguno fue reclasificado hacia moderada o alta actividad, utilizando los distintos ECO-DAS28. Se observó una muy buena correlación entre el DAS28 original y los distintos ECO-DAS28 considerados.

Tabla. DAS28 original y ECO-DAS28 construidos utilizando diferentes puntos de corte para señal DP en pacientes con articulaciones con señal DP positiva.

	DAS28 original	Nº de articulaciones con DP grado 1	Nº de articulaciones con DP grado 2	Nº de articulaciones con DP grado 3	ECO-DAS28 con DP grado ≥ 1	ECO-DAS28 con DP grado ≥ 2	ECO-DAS28 con DP grado ≥ 3
1	2.36	0	1	0	2.64	2.64	2.36
2	1.64	0	0	1	1.64	1.64	1.64
3	2.44	0	1	0	2.72	2.72	2.44
4	2.17	0	2	0	2.57	2.57	2.17
5	2.52	0	3	0	2.72	2.72	2.52
6	2.5	1	0	0	2.78	2.5	2.5
7	2.2	0	3	0	2.91	2.91	2.2
8	2.05	0	2	1	2.34	2.34	2.05
9	2.38	1	0	0	2.66	2.38	2.38
10	2.57	1	0	0	2.85	2.57	2.57
11	2.52	1	0	0	2.8	2.52	2.52
12	2.43	1	1	0	2.99	2.71	2.43
13	2.52	2	0	0	2.86	2.86	2.52
14	1.64	0	1	1	2.04	2.04	1.92
15	2.59	0	1	0	2.59	2.59	2.31
16	2.24	0	2	0	2.63	2.63	2.24
17	2.34	1	1	0	2.74	2.62	2.34
18	1.25	0	0	1	1.25	1.25	1.25
19	2.31	0	1	0	2.59	2.59	2.31
20	2.08	0	1	0	2.16	2.16	2.08
21	2.06	0	1	0	2.34	2.34	2.06
22	2.4	1	1	0	2.4	2.4	2.0
23	2.5	0	1	0	2.78	2.78	2.5

05

0005
0065**SECUKINUMAB, UN ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO ANTI-INTERLEUCINA-17A, MEJORA LA ARTRITIS PSORIÁSICA E INHIBE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA: EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN ESTUDIO DE FASE 3, ALEATORIZADO, MULTICÉNTRICO, DOBLE-CIEGO CONTROLADO CON PLACEBO**ER Soriano¹, PJ Mease², IB Minnes³, S Mpfou⁴
¹ Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ² Swedish Medical Center and University of Washington, Seattle, WA, Estados Unidos. ³ Institute of Infection, Immunity and Inflammation, University of Glasgow, Glasgow, Reino Unido. ⁴ Novartis Pharma, Basel, Suiza.

Introducción/Objetivos: Secukinumab ha demostrado eficacia rápida y significativa en el tratamiento de la psoriasis en dos estudios de fase 3. Aquí presentamos el primer estudio de fase 3 aleatorizado, multi-céntrico (incluyendo Argentina) doble-ciego, y controlado con placebo (PBO) para evaluar la eficacia y seguridad de secukinumab en pacientes (pts) con artritis psoriásica (PsA) (FUTURE1; NCT01392326). Métodos: 606 adultos con PsA activa, de moderada a severa fueron aleatorizados a secukinumab o PBO. Pts en secukinumab recibieron una dosis de carga por vía intravenosa (IV) de 10 mg/kg al inicio y a las semanas 2 y 4. Luego recibieron 75 mg por vía subcutánea (SC) (10 IV→75 SC) o 150 mg SC (10 IV→150 SC) cada 4 semanas a partir de la semana 8. El PBO fue suministrado de la misma manera. Aquellos pts naïf a terapia anti-TNF (~70%), y aquellos intolerantes o que no respondieron adecuadamente a terapia anti-TNF (TNF-IR; ~30%) fueron estratificados dentro de los grupos de tratamiento. Para el análisis estadístico de los puntos finales primarios y secundarios se usó la imputación de los no respondedores (variables binarias), modelo de medidas repetidas de efecto combinado (variables continuas), y extrapolación lineal (datos radiográficos), siguiendo una estrategia de testeo jerárquica de hipótesis pre-definida para ajustar por multiplicidad. Resultados: Las variables demográficas y características basales estuvieron balanceadas entre los grupos. Ambos 10 IV→75 SC y 10 IV→150 SC mostraron respuestas significativamente mayores en ACR20 que el PBO en la semana 24 (50.5% y 50.0% vs. 17.3%, respectivamente; $P < 0.0001$ vs. PBO). Todos los puntos finales secundarios pre-establecidos alcanzaron significancia estadística a la semana 24, incluyendo dactilitis, entesitis, SF36-PCS, HAQ-DI, DAS28-CRP, ACR50, PASI75, PASI90, y mTSS. La dosis activa se diferenció del PBO en ACR20, DAS28-CRP, y HAQ-DI en la semana 1. Las mejoras se sostuvieron hasta la semana 52 en todos los puntos finales primarios y secundarios. Las respuestas ACR 20/50/70 en la semana 52, para datos observados, fueron de 66.9%, 38.4% y 25.6% en 10 IV→75 SC y 69.5%, 50.0% y 28.2% en 10 IV→150 SC. En ambos grupos TNF-naïf y TNF-IR, secukinumab demostró superioridad en ambas dosis a las 24 semanas en ACR20/50/70, PASI 75/90, HAQ-DI, SF36-PCS, dactilitis y entesitis, y el efecto se mantuvo hasta la semana 52. Secukinumab inhibió el daño estructural articular en la semana 24, comparado con el PBO. Los cambios promedio en el mTSS desde el inicio hasta la semana 24 fueron 0.08 (dosis de secukinumab agrupadas), 0.13 (10 IV→150 SC) y 0.02 (10 IV→75 SC) vs 0.57 para PBO. Las tasas de efectos adversos en semana 16 fue 60.4% (10 IV→75 SC), 64.9% (10 IV→150 SC), y 58.4% (PBO); y las tasas de efectos adversos serios no fatales fue 2.5%, 4.5%, y 5.0%, respectivamente. Las exposiciones promedio, media y máxima fueron 438.5, 456.0 y 721 días; en pacientes que recibieron 75 mg s.c. o 150 m.g. s.c. de secukinumab las tasas de eventos adversos/eventos adversos serios no fatales fueron 78.1%/8.6% y 82.4%/12.9%, respectivamente, en cualquier punto de éste estudio. Conclusión: En éste primer estudio de fase 3 para evaluar la inhibición altamente selectiva de IL-17A en pacientes con PsA, secukinumab proveyó mejoras rápidas, clínicamente significativas y sostenidas en todos las afectaciones de la enfermedad, e inhibió el daño estructural en articulaciones. Secukinumab fue bien tolerado durante 52 semanas.

06

27-9-201509:00 - 10:00
Orales Simultáneos
Salón Atlántico B

0066

0180

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL SOCIOEDUCATIVO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOMC Bertolaccini¹, PR Maldonado¹, HR Sueldo¹, L Gonzalez Lucero¹, C Goizueta¹, M Santana¹, L Galindo¹, JD Romero², JC Barreira², E Lucero²
¹ Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina. ² Hospital Británico, Argentina.

Introducción: En2014 se inició el presente estudio de cohorte sobre adherencia al tratamiento en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). En el análisis basal se encontró que la adherencia al tratamiento fue buena en la mayoría de los pacientes y mayor nivel educativo y buena adherencia se asociaron a menor actividad de la enfermedad.

Objetivos:

- Evaluar adherencia al tratamiento en una cohorte de pacientes con LES.
- Determinar si adherencia al tratamiento es un factor asociado a actividad de la enfermedad.

Material y Método: Estudio prospectivo de un año de duración en el que se incluyeron consecutivamente pacientes con LES (criterios ACR 1997) mayores de 18 años de 2 centros de Argentina entre abril y julio de 2014, evaluación basal (B), que se encontraban recibiendo al menos una droga específica para la enfermedad. Los controles de seguimiento se realizaron a los 6 meses (B) y 12 meses (A). Fueron excluidos pacientes con déficit visual severo y/o deterioro neurocognitivo previo. Se estudiaron variables demográficas, relacionadas a LES (tiempo de evolución, SELENA SLEDAI, SLICC/DI, medicación actual y polimedicación) y socioeducativas. Para la evaluación de adherencia global al tratamiento de LES se utilizó autoquestionario CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology); y autoquestionario de Morisky Green (MG) para hidrocortisona (HCQ), glucocorticoides (GC) y otros inmunosupresores orales (Metotrexato, Azatioprina y MicofenolatoMofetil). Adherencia a medicación parenteral (Ciclofosfamida, Metotrexato, Belimumab y Rituximab) se realizó a través de observación directa. Análisis Estadístico: Test T Mann-Whitney, Test Chi2, Modelo Lineal General, Análisis de Multivariado de Medidas Repetidas.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes, 91% mujeres, edad media de 37 ± 12.5 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad 9.9 ± 7.8 años. La media de años efectivos de educación fue 11.4 ± 4.1, y una paciente era analfabeta. Un 51 % de los pacientes tenía nivel socioeconómico medio bajo y 7% bajo. Durante el seguimiento y previo a la evaluación semestral 12 pacientes se perdieron (5 fallecieron y 7 discontinuaron los controles) completando las 52 semanas del estudio, 98 pacientes.

Adherencia global al tratamiento oral por CQR: buena adherencia durante los 3 periodos, en 63% (B), 65% (S) y 66% (A) de los pacientes respectivamente (p=NS). Sin embargo, en el análisis de regresión no se encontró asociación significativa con nivel educativo, socioeconómico, ocupación, polimedicación, SELENA SLEDAI ni SLICC/DI.

Adherencia por MG: fue buena para la mayoría de los pacientes en tratamiento con HCQ (57%(B) vs. 60.5%(S) vs. 58%(A) p=NS), GC [63%(B) vs. 58.5%(S) vs. 61%(A) p=NS] y otros inmunosupresores [56%(B) vs. 57%(S) vs. 56%(A) p=NS].

Los puntajes medios de SLEDAI en el control basal, semestral y anual fueron de 2,07 ± 3.3; 1,91 ± 2.6 y 1,38 ± 2.6 respectivamente y al analizar el cambio de SLEDAI en las 3 evaluaciones, hubo un descenso lineal significativo del mismo en el control anual (p< 0,034).

Se encontró asociación significativa entre el número de evaluaciones con buena adherencia a GC y el cambio de SLEDAI, siendo este cambio más significativo en los pacientes que mantuvieron buena adherencia durante las 3 evaluaciones (p<0,014).

Además los pacientes con buena adherencia a GC y SLEDAI ≥4 en la evaluación basal, presentaron disminución significativa del puntaje de SLEDAI a los 6 y 12 meses (p<0,05).

En pacientes con SLEDAI basal ≥4, adherencia al tratamiento con otros inmunosupresores se asoció a disminución significativa del SLEDAI a los 6 meses (p=0,05).

Adherencia a medicación parenteral durante los 3 periodos fue buena en 80% (B), 67% (S) y 53% (A) respectivamente (p=NS). No hubo asociación con nivel educativo, socioeconómico, ocupación, polimedicación, SLEDAI ni SLICC/DI (p=NS).

Conclusiones:

- La adherencia al tratamiento oral y parenteral, fue buena en la mayoría de los pacientes durante los 3 periodos.
- Pacientes con elevada actividad de la enfermedad buena adherencia al tratamiento con GC en el control basal, presentaron un descenso significativo del SLEDAI a los 6 y 12 meses.

07

0007
0023**HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS**FM Paniego, AK Saad, JP Vinicki, N Perez, S Catalán Pellet, AS Brailhard Pocard, FM Cintora, RA Puerita Franchi, D Dubinsky, G Nasswetter
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

Introducción:

El LES puede comprometer cualquier componente del aparato cardiovascular, en cualquier momento en la evolución de la enfermedad. Esto supone un aumento en la morbimortalidad. En autopsias, la afectación cardíaca alcanza el 50%, y es sintomática solo en el 10%. Existe además, una aterosclerosis acelerada en pacientes con LES.

El ecocardiograma Doppler, es el método diagnóstico inicial, y el avance de esta técnica permite la detección temprana de alteraciones en la función, indirectamente mediante la excursión del anillo valvular mitral (ESPAM) y tricuspídeo (TAPSE), y mediante los diámetros de cavidades, aún en pacientes asintomáticos.

Objetivo:

Describir los hallazgos ecocardiográficos en una cohorte de pacientes con LES, compararlo con una población control, y determinar asociaciones con variables clínicas y serológicas.

Pacientes y métodos:

Se incluyeron 49 pacientes consecutivos, con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997 y 19 mujeres sanas control, pareadas por edad, excluyendo aquellas ≥60 años o con cardiopatía conocida, diabetes o embarazo. Se interrogó factores de riesgo cardiovascular, medicación recibida y manifestaciones clínicas compatibles con compromiso cardiovascular. Se evaluó tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), peso, talla, BMI y actividad de la enfermedad por SLEDAI al momento de la inclusión, (actividad, ≥4).

Se realizó un ecocardiograma transtorácico según recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (equipo GE V9, transductor volumétrico 4V). Se dosaron anticuerpos anti Ro, La, Sm, RNP, anticardiolipinas IgM e IgG y β2 glicoproteína 1 IgM e IgG por ELISA y la presencia de inhibidor lúpico por métodos coagulométricos.

Toda la población incluida brindó consentimiento informado y el protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultados:

Ambos grupos eran similares en edad, TA y FC al momento de la evaluación, encontrándose un peso mayor en el grupo con LES (67.64 ±15.48 vs 58.38±7.7, p=0.002), y mayor BMI (26.2±5.88 vs 23±2.65; p=0.002). Cinco pacientes eran hipertensas, 2 dislipémicas, 8 tabaquistas y 11 con antecedentes de trombosis en el grupo con LES. En el grupo control no hubo pacientes con factores de riesgo cardiovascular conocidos.

De las 49 pacientes con LES, 26 (53%) tenían SLEDAI ≥4 al momento del estudio. Nueve (18%) pacientes tenían algún anticuerpo antifosfolípido y, de estas, 5 tenían antecedentes trombóticos o alteraciones obstétricas vinculables a SAF.

En el grupo con LES, el área de la aurícula derecha fue mayor (14,1 ±2.1 vs. 12,4 ±1.53, p=0.003) al igual que el área de la aurícula izquierda (17,94±4.16 vs. 15,19±1.96). La fracción de eyección fue menor en pacientes con LES (58.24±38 vs 61.43±43, p=0.03), el TAPSE (22,23±33.17 vs. 25,73±2.53, p=0.0001) y ESPAM (15,4±2.34 vs. 17,2 ±1.74, p=0.005) también fueron menores en este grupo. Se encontró mayor masa ventricular izquierda en estas pacientes (74,77±13.46 vs. 65.1 ±10.60, p=0.008).

Comparando pacientes con SLEDAI <4 y ≥4 hubo diferencias significativas en el área auricular derecha (13,47±2.14 vs. 14,76±1.92, p=0.04) y la masa ventricular izquierda (68,8±10.47 vs. 79,8±13.82, p=0.003). La comparación según anticuerpos antifosfolípidos, antecedentes obstétricos o trombosis, o anticuerpos (Ro, La, Sm, RNP) no mostró diferencias entre los grupos.

Solo una paciente presentó derrame pericárdico leve y 2 pacientes insuficiencia aórtica leve, todas en el grupo con LES.

Conclusiones:

En nuestra cohorte, las pacientes con LES presentaron menor función sistólica y diastólica a pesar de ser asintomáticas y se observó mayor masa ventricular con respecto al grupo control. Esto también se encontró en las pacientes con actividad respecto a las inactivas, lo que podría evidenciar alteración miocárdica por la enfermedad o eventos cardiovasculares silentes.

A diferencia de otras cohortes, se encontró muy baja presencia de derrame pericárdico y alteraciones valvulares, pudiendo explicarse esta última, por la corta edad de la población.

No hubo asociación entre alteraciones ecocardiográficas y la presencia de anticuerpos Antifosfolípidos, Anti Ro, La, Sm o RNP. Esto podría deberse al tamaño de la muestra ya que en series más numerosas, estas asociaciones han sido descritas.

Estos hallazgos, refuerzan la importancia del control nutricional, la consulta cardiológica precoz y la eventual intervención farmacológica, buscando disminuir la morbimortalidad cardiovascular en estas pacientes.

08

0008
0069**TERAPIA ADITIVA DE METOTREXATO MÁS LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA NO RESPONDEDORES A MONOTERAPIA INICIAL CON METOTREXATO**L Carlevaris¹, M Manzano¹, G Crespo Amaya¹, MV Martire¹, G Bennasar¹, A Secco¹, A Catalan Pellet¹, M Landi², G Citera², F Del Para², CA Waimann², F Ceccato², S Paira³, F Caeiro⁴, MJ Haya Salinas⁵, N Benzaquen⁶, J Pirola⁶, E Bertiller⁶, J Rosa⁶, ER Soriano⁶, J Marcos⁶, MA García⁶, A Coste⁶, A Martínez Muñoz⁶, O Rillo⁶, H Berman⁶, A Berman⁶, F Colombres⁶, EJ Velozo⁶, V Juarez¹⁰, M Crespo¹⁰, A Quinteros¹¹, M Leal¹¹, G Salvatierra¹², C Ledesma¹², M Sacun¹², R Quintana¹³, M Abdala¹⁴

¹ Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. ² Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ³ Hospital Dr. José María de Pellen, Argentina. ⁴ Hospital Privado Centro Médico De Córdoba, Argentina. ⁵ Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ⁶ Hospital San Martín, Argentina. ⁷ Hospital Provano, Argentina. ⁸ Centro Médico Privado De Reumatología (Tucumán), Argentina. ⁹ Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Argentina. ¹⁰ Hospital Señor Del Milagro, Argentina. ¹¹ Sanatorio Integral De Reumatología, Argentina. ¹² Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. ¹³ Hospital Provincial De Rosario, Argentina. ¹⁴ Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

Introducción/Propósito: El uso combinado y aditivo (Step-up) de Metotrexato (MTX) y Leflunomida (LEF) no es considerado una opción a ser evaluada en los ensayos clínicos controlados y aleatorizados. El objetivo de nuestro estudio fue estimar la probabilidad de remisión clínica, usando la estrategia de Step-up de MTX más LEF, en pacientes con artritis reumatoidea temprana (AR temprana) no respondedores a monoterapia con MTX.

Métodos: Se incluyó una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR temprana, de menos de 2 años de duración de la enfermedad y con falta de respuesta a monoterapia con MTX de acuerdo al criterio médico, y en quienes se inició tratamiento aditivo con LEF. La evaluación y recolección de datos se realizó cada 3 meses, e incluyó características sociodemográficas, estado funcional, actividad de la enfermedad y tratamiento. Se estimó el tiempo hasta la remisión con la terapia combinada, definido por disease activity index de 28 joints (DAS28). La falta de respuesta fue definida como no alcanzar la remisión por DAS28. El tiempo a alcanzar la remisión se evaluó a partir de la fecha del inicio de la combinación de MTX más LEF hasta la fecha de remisión o último control. Para estimar la probabilidad de cada resultado se utilizó el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 106 pacientes. La media de duración de la enfermedad fue de 4 meses (IQR 2-8). La mediana de seguimiento fue de 34 +/- 18 meses (300 pacientes-año). La edad promedio fue de 50 +/- 12 años y el 83% eran mujeres. En el momento de la adición de LEF, 95 (90%) pacientes no estaban en remisión. Durante el seguimiento, 47 (50%) lograron la remisión clínica en un tiempo medio de 8 meses. El resto de los pacientes no alcanzó la remisión. La probabilidad general de remisión por los pacientes.meses de seguimiento fue de 0.49. 27 de los 47 pacientes (58%) se encontraban en remisión en la última visita de seguimiento (mediana de seguimiento después de alcanzada la remisión = 19 meses).

Conclusión: En los pacientes con AR temprana y falta de respuesta a la monoterapia con MTX, la adición de LEF permitió lograr la remisión en el 50% de los mismos, en un tiempo medio de 8 meses. Seis de cada diez de estos pacientes todavía estaban en remisión después de casi 2 años de seguimiento.

REGISTRO INTERNACIONAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: CARACTERIZACIÓN BASAL Y ENFOQUE DIAGNÓSTICO EN 6.047 PACIENTES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS AMERICANOS/ EUROPEOS DE 2002

S Retamozo^{1,2}, P Brito-Zerón¹, M Zehner³, A Rasmussen⁴, E Theander⁵, JE Gottenberg⁶, C Baldini⁷, L Quartuccio⁸, R Priori⁹, V Valmi¹⁰, M Kvarnstrom¹¹, A Kruliz¹², G Hernandez-Molina¹³, E Bartoloni¹⁴, S Praporn¹⁵, D Isenberg¹⁶, G Nordmark¹⁷, M Bombardieri¹⁸, Y Suzuki¹⁹, R Solans²⁰, R Giacomelli²¹, D Hammonns²², S Carsons²³, H Boosma²⁴, C Volkenweider²⁵, F Atzeni²⁶, K Silvis²⁷, T Mandl²⁸, S De Vita²⁹, M Wahren-Herelius³⁰, M Kawano³¹, R Gerli³², A Vissink³³, JG Brunz³⁴, V Sanchez-Guerrero³⁵, X Mariette³⁶, M Ramos-Casals³⁷

¹Hospital Clinic, CELLEX-IDIBAPS, Barcelona, España. ²Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. ³University of Debrecen, Debrecen, Hungría. ⁴Oklahoma Medical Research Foundation, Oklahoma, Estados Unidos. ⁵Lund University, Malmö, Suecia. ⁶Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, Francia. ⁷Rheumatology Clinic of Pisa, Pisa, Italia. ⁸University Hospital "Santa Maria della Misericordia", Udine, Italia. ⁹Sapienza University of Rome, Roma, Italia. ¹⁰Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. ¹¹Karolinska Institutet Stockholm, Suecia. ¹²University Medical Center Utrecht (UMCU), Utrecht, Países Bajos. ¹³Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México. ¹⁴University of Perugia, Perugia, Italia. ¹⁵University Clinical Center Ljubljana, Eslovenia. ¹⁶University College of London, London, Reino Unido. ¹⁷Uppsala University, Uppsala, Suecia. ¹⁸Queen Mary University of London, London, Reino Unido. ¹⁹Kanazawa University Graduate School of Medicine, Kanazawa, Japón. ²⁰Hospital Váil d'Hebron, Barcelona, España. ²¹University of Laquila, Laquila, Italia. ²²Haukeland University Hospital, Bergen, Noruega. ²³Stony Brook University School of Medicine, Mineola N.Y, Estados Unidos. ²⁴University of Groningen, Medical Center Groningen, Países Bajos. ²⁵Hospital Alemán, Buenos-Aires, Argentina. ²⁶Sacco University Hospital, Milan, Italia. ²⁷Federal University of São Paulo, Brasil. ²⁸Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá. ²⁹Université Paris-Sud, Paris, Francia.

OBJETIVO.

Analizar las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas al diagnóstico de la cohorte internacional más grande de pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren primario (SS) de acuerdo con los criterios de clasificación AE de 2002.

PACIENTES.

El Proyecto Big Data Sjögren es un registro internacional, multicéntrico formado en el año 2014 para tener una imagen de "alta definición" de las principales características del SS primario al diagnóstico mediante la fusión de las bases de datos internacionales del SS. Los expertos internacionales que participan en el Grupo de Trabajo del EULAR-SS fueron invitados a participar. Para junio de 2015, la base de datos incluyó 6.120 pacientes consecutivos reclutados de 14 países (Europa, América y Japón), de los cuales 6.047 cumplían con los criterios de clasificación del 2002 para el SS primario (algunas pruebas de diagnóstico están pendientes en el resto de los pacientes). Se recogieron y analizaron las principales características al diagnóstico (tiempo de cumplimiento de criterios) y/o al momento del reclutamiento.

RESULTADOS.

De los 6.047 pacientes, 5.648 (93,4%) eran mujeres y 399 (6,6%) eran hombres (mujeres: hombres, 14: 1), con una edad media al diagnóstico del SS primario de 49,96 años (rango, 5-97), de los cuales el 79% eran de raza blanca y el 81% de países europeos. La frecuencia de cumplimiento de los criterios de 2002 fue la siguiente: 94,1% para ojo seco, 93,6% para boca seca, 83,3% para biopsia de glándula salival positiva, el 86% para las pruebas oculares positivas, 79,1% para las pruebas orales positivas y el 72,2% para los anticuerpos Ro/La positivos. Con respecto a los criterios clasificatorios, el 10,6% cumplió 3 criterios, el 30,6% 4 criterios, el 40,7% 5 criterios y el 18% los 6 criterios. El porcentaje de pruebas diagnósticas realizadas varió del 70% a casi el 100%. Los anticuerpos Ro/La fueron realizados en el 99,5% de los pacientes, las pruebas diagnósticas oculares (test de Schirmer y/o tinciones corneales) en el 89,7%, las pruebas orales en el 81,3% y la biopsia de glándula salival en el 71,8% de los pacientes. Las cuatro pruebas de diagnóstico incluidas en los criterios AE de 2002 se hicieron (enfoque diagnóstico completo) en 3459 (57%) pacientes, mientras que en el resto de los 2588 (43%) pacientes, se realizaron solo dos o tres pruebas (enfoque diagnóstico incompleto). Un enfoque diagnóstico completo fue más frecuente en pacientes de países no europeos (73% vs 55%, p<0,001), pacientes con Ro/La negativo (79% vs 50%, p<0,001), pacientes con ANA negativo (75% vs 57%, p<0,001), pacientes con FR negativos (66% vs 55%, p<0,001) y en los pacientes con valores de C3/C4 normales (74% vs 59%, p<0,001).

CONCLUSIONES.

En la mayor cohorte de pacientes diagnosticados homogéneamente con SS primario de acuerdo con los criterios AE de 2002, se realizó una evaluación diagnóstica completa en menos del 60% de los pacientes. Además, el enfoque diagnóstico fue heterogéneo y variado de acuerdo a la zona geográfica y al perfil inmunológico de base; en contraste, el género y la edad no influyeron en el número de pruebas diagnósticas realizadas para lograr el cumplimiento de los criterios.

Orales Plenarios

Salón de las Américas

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DEL ESTIMULADOR DE LINFOCITOS B EN ORINA Y BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

S Retamozo, L Mas, MJ Haya Salinas, V Saurit, F Caero, J Delle, J De La Fuente, M Angelina, NR Benzaquén, JP Pirola, A Alvarez, T Alvarez-Hospital Privado y Hospital Raúl A Ferreyra, Carrera de pos grado de Reumatología UCC, IUCBC, Argentina.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La identificación de marcadores asociados con actividad, progresión o remisión de NL podría ser de gran utilidad en el seguimiento de estos pacientes. Los pacientes con NL han demostrado tener niveles séricos elevados de BlyS en comparación con los pacientes con LES sin compromiso renal. También está demostrado que los niveles del ARNm del BlyS en los glomerulos de pacientes con NL proliferativa se encuentran elevados en comparación con las biopsias de tejido pretraspalante de donantes vivos, lo que indica un papel importante del BlyS en este subconjunto de pacientes.

Objetivo: Evaluar el BlyS como biomarcador de actividad de la enfermedad en orina y biopsia renal de pacientes con NL.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Entre junio 2009 y octubre 2013, se incluyeron 31 pacientes con LES y NL según los criterios clasificatorios del Colegio Americano de Reumatología de 1997 (ACR). Las biopsias renales fueron clasificadas de acuerdo a la clasificación ISN/RPS de LN del 2003. Los niveles de expresión génica de BlyS se cuantificaron utilizando PCR en Tiempo Real. El método de cuantificación relativa fue usado para el análisis, donde los Ct fueron normalizados con un control endógeno, β2Microglobulina (β2M). Los datos expresados como ΔCt son inversamente proporcionales al nivel de expresión génica.

Las variables categóricas se presentaron en porcentaje y las continuas en media (m) y desvío estándar (DE). El valor de BlyS se expresó en mediana (M) y rango intercuartil (RIC) por presentar una distribución no normal. Se realizó análisis no paramétrico con test Mann Whitney y correlación de Spearman. Se consideró significativa p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con NL. Sexo femenino 26 (83,3%) con una edad de 31,9 ± 29 años al momento de la biopsia renal. SLEDAI de 10,5 (RIC 0-15,7). SLICC ±1 en 13 (32,2%), hipocomplementemia 13/31 (41,9%) y DNA positivo 11/29 (37,9%). La indicación de la biopsia fue proteinuria ≥0,5 con o sin insuficiencia renal (IR) en 23 (71,9%) y con NL en remisión en 9 (28,1%). Hallazgos histológicos: Clase I 3/31 (9,7%), Clase II 6/31(19,4%), Clase III 0/31, Clase IV 15/31 (48,3%), Clase V 10/31 (32,2%), de los cuales 3 pacientes tenían Clase IV/V (9,6%).

Los valores de expresión génica del BlyS en la biopsia renal fue de 8,09 (RIC 7.37-9.16) y en orina de 6,45 (RIC 5.62-7.76). Al correlacionar estos valores de BlyS con los resultados de la biopsia renal con las características clínicas de estos pacientes encontramos los siguientes resultados significativos:

Variables	Dct BlyS Orina	P	Dct BlyS Biopsia	P
SLEDAI >=5/SLEDAI <=6	7.52 (6.59-11.19)9.94 (5.52-7.08)	0.04	8.03 (6.90-10.20)9.15 (7.35-9.10)	0.82
Indicación Bx NL en remisión/Bx con proteinuria	7.52 (6.59-11.19)9.94 (5.52-7.08)	0.04	8.03 (6.90-10.20)9.15 (7.35-9.10)	0.82
MORF >=60/MORF <=60	6.76 (6.01-8.12)5.60 (5.16-7.19)	0.04	8.03 (6.96-8.95)8.41 (7.45-13.40)	0.42
Proteinuria< 0.5/Proteinuria >=1	7.52 (6.59-11.19)9.94 (5.52-7.08)	0.04	8.03 (6.90-10.20)9.15 (7.35-9.10)	0.82
Sin atrofia tubular en Bx/Atrofia tubular en Bx	7.83 (6.43-11.67)6.14 (5.51-7.24)	0.03	8.16 (6.44-8.52)8.09 (7.42-10.55)	0.53

	Biopsia Normal/ Clase I	Biopsia Clase II	Biopsia Clase IV	Biopsia Clase V	P
Dct BlyS Orina	7.56 (6.50-7.56)	8.41 (7.36-10.37)	7.95 (7.37-10.04)	8.28 (7.37-11.80)	0.88
Dct BlyS Orina**	7.28 (9.95-7.28)	8.41 (7.36-10.37)	8.65 (8.45-6.40)	8.34 (5.74-7.32)	0.003

**p<0,05 Clase I/normal con clase IV, Clase II con IV, clase II con V.

Conclusiones:

Estos resultados confirman que el BlyS como biomarcador urinario está presente en los pacientes con enfermedad renal activa, especialmente en aquellos con glomerulonefritis proliferativa. La detección del BlyS a nivel urinario podría ser un potencial biomarcador para predecir la actividad de la nefritis lúpica.

COHORTE DE MUJERES EMBARAZADAS CON RO+LA+: RIESGO DE BLOQUEO AV FETAL Y USO DE HIDROXICLOROQUINA

F Mollerach, M Scomin, ER Soriano
Sección Reumatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Bloqueo aurículoventricular (BAV) completo es una complicación congénita poco frecuente. Según lo reportado previamente, la presencia de anticuerpos anti-RO/LA en la madre duplican/triplican el riesgo del mismo, siendo éste del 2% aproximadamente. Se incrementa al 17-20% en mujeres que han tenido dicha complicación en embarazos previos. El consumo materno de hidroxicloroquina parecería disminuir dicho riesgo.

Objetivo: Evaluar en las pacientes atendidas en nuestro hospital con anticuerpos anti Ro y/o La +, el desarrollo de sus embarazos, el riesgo de BAV y su relación con el consumo de hidroxicloroquina. **Materiales y método:** Se revisaron las historias clínicas electrónicas entre el año 2000 y 2014 de las pacientes embarazadas con anticuerpos anti-Ro/La positivos en la base de laboratorio, de pacientes embarazadas con consumo de hidroxicloroquina en la farmacia del hospital y de madres de niños menores de 2 años con BAV y/o colocación de marcapasos. Se incluyeron en el análisis pacientes con anti Ro y/o La + que hayan cursado por lo menos un embarazo seguido en nuestro hospital. **Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes con anticuerpos anti Ro y/o La + con 62 embarazos totales. Se dividieron en dos grupos: embarazadas que consumieron hidroxicloroquina todo el embarazo (n=14) y aquellas que no lo hicieron (n=48). Las características de dichos embarazos se muestran en la tabla 1. Un bebé (7,7%) presentó BAV en el grupo de hidroxicloroquina versus 7 bebés en el grupo sin hidroxicloroquina (15,2%) (p=0,5). Ninguna madre tuvo dos embarazos con BAV (3 mujeres habían tenido embarazos previos normales y 2 mujeres tuvieron posteriores normales). La mediana de edad gestacional al momento del BAV fue de 20 semanas y todos los BAV fueron intraútero. (tabla 2) Entre el 2000 y 2014, se diagnosticaron en el hospital 23 BAV en niños menores de 2 años, 10 de los cuales se asociaron a presencia de anticuerpos y/o enfermedad reumatólogica en la madre. 3 de estos niños (30%) requirieron colocación de marcapasos antes de los 2 años de vida y dos niños fallecieron sin que se les llegara a colocar marcapasos. Los otros 13 BAV congénitos se asociaron a cardiopatía estructural congénita, y el requerimiento de marcapasos fue del 100% antes de los 2 años. (p<0,001 versus BAV sin cardiopatía) (tabla 2).

Conclusiones: Observamos un riesgo incrementado de BAV en las pacientes con anti Ro y/o La atendidas en nuestra institución (12,9%), probablemente debido a un sesgo de derivación. Si bien los BAV fueron más frecuentes en madres sin tratamiento con hidroxicloroquina (15,2 % vs 7,7%), esto no fue estadísticamente significativo. Todos los BAV se dieron intraútero, con una mediana de 20 semanas de edad gestacional. Un 20% de los bebés con BAV fallecieron antes de los 2 años y sólo un 30% se les colocó marcapasos. Todos los BAV congénitos diagnosticados en nuestro hospital sin cardiopatía estructural acompañante (BAV aislados) se obtuvieron a enfermedad reumatólogica/anticuerpos maternos.

Tabla 1 Características de embarazos en mujeres con anti Ro y/o La +

	Mujeres con anti Ro/La + con Hidroxicloroquina (n=14)	Mujeres con anti Ro/La + Sin Hidroxicloroquina (n=48)	P	Bloqueo AV + cardiopatía estructural (n=13)	Bloqueo AV aislado (n=10)	P
Edad materna al momento del embarazo, media (DS)	34 (1,1)	34 (0,8)	0,7	34 (1,1)	34 (1,1)	
Raz. % (n/N)	100	93,3 (46/50)	0,34	100	70 (7/10)	
Anticuerpos	12 (1,1/14)	36 (1,1/48)	0,34	100	10 (1/10)	
AC para BAV						
- Anticuerpos lúpico	12 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,07	100	1 (1/10)	<0,001
- Anticuerpos anti Ro	12 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,07	100	1 (1/10)	<0,001
- Anticuerpos anti La	12 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,07	100	1 (1/10)	<0,001
Diagnóstico prenatal reumatólogico						
- LES	11	8	<0,001	100	2 (2/10)	
- Sjögren	3	28	0,32	100	0	
- SLE	3	5	0,58	100	0	
- AN	4	0	0,37	100	0	
- Enfermedad autoinmune	0	2	1	100	0	
- Sin enfermedad autoinmune	0	12	0,02	100	0	
Resultados del embarazo						
- Aborto	14 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,18	100	0	
- Aborto fetal	14 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,18	100	0	
- Sin vivos	0	0	0,33	100	0	
Complicaciones fetales:						
- CVC	2 (1,1/14)	3 (1,1/48)	0,33	100	0	
- Prematuro	0	0	0,33	100	0	
- Apgar 1 < 7	0	0	0,33	100	0	
- Apnea neonatal	0	0	0,33	100	0	
- Ictero subconjuntival	0	0	0,33	100	0	
Complicaciones maternas:						
- Pre-eclampsia	3 (1,1/14)	4 (1,1/48)	0,33	100	0	
- Eclampsia	0	0	0,33	100	0	
- DEF pre-eclampsia	0	0	0,33	100	0	
- HTA gestacional	1 (1,1/14)	2 (1,1/48)	0,33	100	0	
Tratamiento prenatal de embarazo:						
- ASAS	4 (1,1/14)	2 (1,1/48)	0,607	100	0	
- Corticoides	4 (1,1/14)	2 (1,1/48)	0,607	100	0	
- Anestésicos	1 (1,1/14)	2 (1,1/48)	0,607	100	0	
Duración del embarazo, semanas, media (DS)	36,3 (3,58)	36,3 (3,58)	0,33	36,3 (3,58)	36,3 (3,58)	
Requerimiento de hospital, días, media (DS)	1,1 (0,4-3,1)	1,1 (0,4-3,1)	0,47	1,1 (0,4-3,1)	1,1 (0,4-3,1)	

Tabla 2 Recién nacidos con bloqueo AV antes de los 2 años de vida

CALIDAD DE SUEÑO EN LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO Y ARTRITIS REUMATOIDEA

AL Barbaglia¹, MP Leon², C Fernandez³, MS Yacuzzi², M Machado Escobar⁴, A Lizzaraga⁵, MA Correa⁶, VI Bellomio⁷, M Santana¹, L Galindo¹, E Lucero¹

¹Hospital Angel C Padilla - Tucumán, Argentina. ²Hospital del Este Eva Perón - Tucumán, Argentina. ³Instituto de Rehabilitación Psicosocial - Bs AS, Argentina.

Introducción: La mala calidad de sueño es frecuente en enfermedades reumatólogicas, afectando la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Estudiar calidad de sueño en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Artritis Reumatoidea (AR) y evaluar su asociación con variables relacionadas a la enfermedad.

Materiales y método: Estudio multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron pacientes con LES y AR consecutivos; ambulantes, entre 14 de abril de 2013 y 30 de junio de 2014. Grupo control: pacientes sin enfermedad reumatólogica inflamatoria y/o degenerativa. Se excluyeron anafetanos y aquellos con enfermedad neuropsiquiátrica, síndrome de apnea obstructiva del sueño y de piernas inquietas.

Variables: sociodemográficas, educativas, IMC, depresión, fibromialgia (FM), tratamiento de FM. Grupo LES y AR: tiempo de evolución, tratamiento, internación previa y uso de psicofármacos. En AR: DAS28-VSG, HAQ-A y EQSD. En LES: SLEDAI 2K, LupusQoL y SLICC-DI.

Se evaluó Calidad de Sueño con el Cuestionario de Pittsburgh (CPQ), que consta de 19 ítems que evalúan 7 componentes, siendo el puntaje total de 0-21 y en donde el mayor puntaje se traduce en peor calidad de sueño. El punto de corte para determinar buena calidad de sueño es ≤ 5 puntos. Se estudió depresión en los tres grupos con el Cuestionario de Salud PHQ9, cuyo puntaje oscila de 0 a 27 y a mayor puntaje, depresión más severa.

Análisis estadístico: Test Chi cuadrado, Test T Mann Whitney correlación de Pearson, ANOVA, Regresión Lineal Multiple.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, 68 AR, 53 LES y 79 controles. La edad media fue 50,5 ± 12,3 años en AR, 36 ± 13,4 años en LES y 39,1 ± 13,8 años en controles. El sexo femenino fue más frecuente en los 3 grupos (92 % AR vs 84% LES vs 83% controles, p=NS). La mayoría de los pacientes con AR y LES sólo completaron nivel educativo primario y fueron amas de casa en mayor proporción que los controles (22/68 vs 23/53 vs 12/79, p=0,0001 y 56/68 vs 37/53 vs 23/79 p<0,0001 respectivamente). En el grupo control predominó el nivel universitario y la mayoría eran empleados estables (p<0,0001).

Grupo AR: Presentó puntaje medio de CP 9,7 ± 4,8, mala calidad de sueño en 53/68 (77,9%) y 14/68 (20%) con FM. Tuvieron depresión 63/68 (92,6%), con puntaje medio 10,9 ± 7,6. En el análisis univariado, mala calidad de sueño se asoció a peor DAS28 (2,6 vs 4,1 p<0,0001), HAQ (0,75 vs 1,4 p<0,002) y EQSD (0,78 vs 0,60 p<0,0001).

Grupo LES: Presentó puntaje medio de CP 7,7 ± 4,5, mala calidad de sueño en 33/53 (62%) y 4/53 (7,5%) con FM. Tuvieron depresión 46/53 (86,8%) con puntaje medio 7,7 ± 6,8. Mala calidad de sueño se asoció a peor puntaje de LupusQoL (76,5 vs 51,4 p<0,0001).

Grupo control: Presentó puntaje medio de CP 7,05 ± 3,7, mala calidad de sueño en 50/79 (63%) y con FM 3/76 (3,4%). Tuvieron depresión 68/79 (86%) con puntaje medio 5,5 ± 4,6.

Los pacientes con FM de los 3 grupos presentaron peores puntuajes en el CP (7,74 vs 11,38 p<0,001) en el análisis univariado.

Al analizar la calidad de sueño, no hubo diferencias estadísticas significativas entre los 3 grupos AR (presentaron mala calidad de sueño: 77,9% AR vs 82% LES y 63% controles; p=NS). Sin embargo, AR presentó peor puntaje total en el CP (9,71 AR vs 7,7 LES vs 7,05 controles, p=0,002). Al evaluar cada componente del CP, los tres grupos fueron similares en cuanto a eficacia de sueño, duración de dormir y uso de medicamentos para dormir. Los pacientes con AR presentaron mayor puntaje en: calidad de sueño subjetiva (1,47 vs 1,2 vs 1,15 p=0,038), latencia de sueño (1,91 vs 1,66 vs 1,2 p=0,0001), alteraciones del sueño (1,84 vs 1,51 vs 1,24 p=0,0001) y disfunción diurna (1,63 vs 1,23 vs 1,29 p=0,045). No hubo asociación entre calidad de sueño y variables socioculturales.

Análisis de regresión lineal: utilizando como variable dependiente al puntaje del CP y ajustando por las variables predictoras de cada enfermedad, se encontró que depresión fue la única que se asoció significativamente a peor puntaje de CP en LES y AR (p<0,0001).

Conclusiones: Los tres grupos presentaron alta frecuencia de mala calidad de sueño y en ninguno se asoció a factores socioculturales. En AR, mala calidad de sueño estuvo asociada a mayor actividad de la enfermedad, discapacidad funcional y peor calidad de vida. En LES, mala calidad de sueño se asoció a peor calidad de vida. Depresión se asoció a peor calidad de sueño en LES y AR.

13

O013
0209

LA MEDICIÓN TRADICIONAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SUBESTIMA EL RIESGO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
T Cazenave, N Zamora, G Citera, MG Rosenberg
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Rosario.

Introducción: Dada la mayor incidencia de mortalidad cardiovascular (CV) reportada en los pacientes con artritis reumatoidea (AR) la estratificación adecuada del riesgo CV es de gran importancia. La ultrasonografía (US) carotídea es útil para evaluar el riesgo CV a través de la detección de ateromatosis subclínica. **Objetivos:** Comparar el riesgo CV estimado por un índice tradicional con los hallazgos ultrasonográficos carotídeos en pacientes con AR.

Material y métodos: Se diseñó un estudio de corte transversal incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) sin historia previa de eventos CV. Los datos recabados incluyeron características demográficas y de enfermedad. Se evaluó la presencia actual y antecedentes de factores de riesgo CV tradicionales. El riesgo CV se estratificó según el Índice de Framingham [riesgo (%) de presentar un evento CV a 10 años]. Todos los pacientes fueron evaluados con US carotídea bilateral (carótida común e interna) consignando la presencia de lesiones de ateromatosis subclínica. La presencia de un engrosamiento del espacio íntima-media (IMT) > 0.90 mm y/o placas de ateromatosis se consideraron para definir la presencia de lesión US carotídea (LUS). Los pacientes con LUS presente fueron considerados de alto riesgo CV. La asociación entre las características clínicas y los hallazgos US se evaluó mediante análisis univariado y multivariado. Se realizó un análisis por Curvas ROC para estimar valores de corte.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes con AR. La edad media fue 54.2 ± 12.3 años, y el 78% eran mujeres. La media de duración de la enfermedad fue de 13 ± 9 años, y la media DAS28 fue de 3.8 ± 1.17. Todos los pacientes estaban recibiendo DMARS, 36% tratamiento biológico y 58% esteroides orales (dosis media: 6.22 ± 2.3 mg). Once (18%) pacientes tenían hipertensión, y 16 (26.7%) dislipemia, mientras que 28 (46%) tenían exposición al tabaco (media de paquetes/año: 10.8 ± 7.4). La mediana de puntuación del Índice Framingham fue de 6.05 (RIQ: 3-10). Los pacientes fueron clasificados en: bajo riesgo: 45 (75%); moderado riesgo: 10 (16.7%) y alto riesgo: 5 (8.3%). La evaluación US detectó presencia de LUS (placa y/o IMT > 0.90 mm) en 33 (55%) pacientes, presencia de placas en 30 (50%), y de IMT > 0.90 mm en 18 (30%). Las frecuencias de LUS halladas en los pacientes agrupados en las diferentes categorías de Framingham fueron: bajo riesgo: 20/45 (44.4%); moderado riesgo: 8/10 (80%); alto riesgo: 5/5 (100%). En el análisis univariado la presencia de LUS fue más frecuente en los pacientes de mayor edad ($p < 0.0001$) y con mayor duración de la enfermedad ($p = 0.057$). Después de ajustar para múltiples factores confundidores la edad fue la única variable que se mantuvo asociada con la presencia de LUS. En el análisis por curvas ROC el valor de corte óptimo para predecir la presencia de LUS fue de 53.5 años, con una sensibilidad y especificidad del 84.8% y 81.5%, respectivamente (ABC: 0.89). La prevalencia de LUS fue de 84.8% ($n = 28$) en pacientes con edad ≤ 53.5 años, en comparación con sólo el 15.2% ($n = 5$) en aquellos con edad > 53.5 años.

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes clasificados en riesgo bajo-moderado según el índice de Framingham presentaron aterosclerosis subclínica en la evaluación US carotídea. La gran mayoría de los pacientes de más de 53.5 años presentaron lesiones de alto riesgo.

14

O014
0017

GLOMERULONEFRITIS PAUCI-IMMUNE ASOCIADA A ANCA: ¿SIEMPRE PAUCI-IMMUNE?

V Scaglioni¹, M Scolinik¹, LJ Catoggio¹, CF Varela¹, G Greloni¹, SB Christiansen¹, ER Soriano¹
¹ Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ² Servicio de Nefrología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ Servicio de Patología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La glomerulonefritis (GN) asociada a anticuerpos anti-citoplasma de neutrofilo (ANCA) es una enfermedad considerada "pauci-immune", entidad caracterizada por la ausencia o débil presencia de tinción con inmunofluorescencia (IFI) para inmunoglobulinas (Ig) y/o complemento. Sin embargo, no es inusual encontrar en dichas biopsias la presencia de depósitos de inmunocomplejos (IC) dentro del glomerulo en la IFI o la microscopia electrónica. Su potencial patogénico y su significancia clínica no son claros, aunque algunos autores han sugerido un posible efecto sinérgico entre los complejos inmunes y los ANCA produciendo una GN más severa.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y el significado clínico del depósito de inmunocomplejos en las GN asociadas a ANCA.

Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de GN asociada a ANCA con biopsia confirmatoria, se incluyeron los siguientes diagnósticos clínicos: granulomatosis con poliangeítis (GPA); poliangeítis microscópica (PAM), granulomatosis con poliangeítis y eosinofilia (GPAE) y vasculitis limitadas al riñón (VLR) entre Enero de 2002 y Abril de 2015. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: Grupo A: biopsias sin depósitos de IC (menos de 2+ de intensidad en la IFI). Grupo B: biopsias con depósitos de IC (más de 2+ de intensidad en la IFI). La IFI incluyó Ig (IgG, IgA e IgM) y complemento (C3 y C1q). Se registraron los valores de creatinina, proteinuria, hematuria, compromiso clínico extra-renal, requerimiento de diálisis al momento de la biopsia y respuesta al tratamiento de inducción.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (75.4% mujeres). La edad promedio al momento de la biopsia fue 66.3 años (DS: 14.3). La típica GN pauci-immune fue encontrada en 39 pacientes (73.5%, Grupo A). En 14 pacientes (26.4%, Grupo B) los cambios histológicos revelaron depósitos de Ig o complemento en el mesangio y/o a lo largo de la pared del capilar glomerular. Cuando se analizó el tipo de IFI, el hallazgo más frecuente fue el depósito de C3 en la pared capilar (64.2%), seguido del depósito de C3 + IgG en mesangio (21.4%) e IgG sola (14.2%). No fue habitual encontrar depósitos de IgA o IgM, que fueron positivos solo en 2 pacientes pero junto con C3. Ningún paciente presentó IFI para C1q. El depósito de IC fue más frecuente en GPA y GPAE comparado con PAM y VLR. Comparado con los pacientes del Grupo A, los del Grupo B tuvieron una proteinuria de 24 hs significativamente mayor, con una media de 0.8 (DS: 7.6) vs 1.6 (DS: 10.7) respectivamente, $p = 0.0036$. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la edad, sexo, función renal, compromiso extra-renal al momento de la biopsia ni en la respuesta al tratamiento de inducción (Tabla 1)

Conclusiones: Nuestros resultados confirman que en las GN asociadas a ANCA un porcentaje importante de pacientes tienen evidencia de depósitos en la IFI de biopsias renales, mayormente C3 e IgG (26.4%). En este grupo la presencia de IC se asocia a mayor grado de proteinuria. Se necesitan mayores estudios clínicos y de investigación para entender el rol patogénico de estos depósitos y su significado clínico en las vasculitis asociadas a ANCA

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE CADA GRUPO

	GRUPO A, N=39 (menos de 2+ de intensidad en la IFI)	GRUPO B, N=14 (más de 2+ de intensidad en la IFI)	p
Edad, media (DS)	67.6 (15.4)	62.6 (10.1)	.26
Mujeres, n (%)	29 (72.5)	10 (76.2)	.75
Diagnóstico, n (%)			
- GPA	9 (60)	6 (40)	
- GPAE	3 (60)	2 (40)	
- PAM	9 (60)	1 (10)	
- VLR	18 (78)	5 (22)	
Creatinina basal, media mg/dl (SD)	3 (26.2)	3.4 (23.5)	.69
Compromiso extra-renal, n (%)	19 (48.7)	7 (50)	.93
Proteinuria, media g/24 h, (DS)	0.8 (7.6)	1.6 (10.7)	.0036
Remisión luego del tratamiento de inducción, n (%)	26 (74.2)	11 (88.7)	.68

15

O015
0242

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA: RESULTADO EN 85 PACIENTES
LS Galvan¹, JL Moreno¹, RA Pardo Hidalgo¹, G Peñafor²
¹ CER San Juan, Argentina. ² HOSPITAL PRIVADO SAN JUAN, Argentina.

Introducción: La aterosclerosis acelerada incrementa la incidencia de mortalidad cardiovascular en Artritis Reumatoidea (AR), siendo similar a la de pacientes con diabetes mellitus (DM). Factores de riesgo tradicionales (FRT) y no tradicionales están asociados con el proceso aterosclerótico en AR. La evaluación de los FRT es modesta para predecir riesgo cardiovascular (RVC). Varios estudios han demostrado que, en la práctica clínica, el riesgo cardiovascular en AR es subestimado, debido en parte al poco uso de herramientas de evaluación sistemática y prevención del RCV en estos pacientes, y en parte al déficit de los sistemas desarrollados para captar el RCV. El sistema SCORE y SCORE modificado (SCOREm) desarrollado por EULAR (AR más de 10 años de evolución, seropositividad y ciertas manifestaciones extraarticulares), no capta el RCV en muchos pacientes que no reúnen estas características y pueden padecer complicaciones cardiovasculares serias y en etapas tempranas de la AR. Estos pacientes no son incluidos en las categorías de riesgo elevado o muy elevado cuando se aplica el SCOREm. Lo mismo ocurre con los calculadores QRISK II, Framingham y Reynolds.

Una adecuada estratificación del RCV en pacientes con AR es, entonces, un asunto de mayor importancia.

Varias técnicas de imágenes han sido desarrolladas y están disponibles para evaluar la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR. Medir el grosor íntima-media (GIM) y determinar la presencia de placas (PC) por ecografía, ha demostrado proveer una información precisa sobre la presencia de aterosclerosis subclínica en AR. Los pacientes con AR que presentan GIM > 0.90mm y/o PC se consideran que tienen un elevado RCV y pueden sufrir eventos CV a 3-5 años.

Objetivo: determinar si el uso de ecografía carotídea puede mejorar la estratificación del riesgo CV en pacientes con AR.

Material y método: 85 pacientes consecutivos con AR, sin historia de eventos CV previos, fueron estudiados para evaluar el GIM carotídeo y la presencia de PC. El RCV fue calculado acorde a las tablas de estimación y manejo de RCV de la OMS/ISH (Ministerio de Salud de la Nación), equivalente a SCORE, para la región B a la que pertenece Argentina. En los pacientes que aplicó, según EULAR, el riesgo se adaptó multiplicando por 1.5 (SCOREm). Se excluyeron a quienes padecían DM y enfermedad renal crónica.

Resultados: 68 (80%) fueron mujeres, el promedio de años de AR fue 9.9 años; la edad mediana fue 54 (32.5-81). 82 pacientes (98%) fueron seropositivos, 58(68%) tenían antiCCP + en títulos significativos. La tensión arterial sistólica mediana fue 133 mmHg, el nivel mediano de colesterol 198 mg/dl y tabaquismo se encontró en 18 (21%) pacientes. Manifestaciones extraarticulares se detectaron en 15 (17%). Según el SCOREm el RCV fue: bajo en 26 casos (30.5%), moderado 39 (45.8%), alto/muy alto 20 (23.5%). Once pacientes fueron reclassificados a riesgo alto/muy alto cuando se aplicó el SCOREm.

Las alteraciones carotídeas severas (GIM > 0.9mm y/o placas) se encontraron en 27 (31.7%) pacientes. Estas anomalías se detectaron en 5 (19%) pacientes del grupo bajo riesgo; en el grupo con riesgo moderado se detectaron 11 (28%) con aumento de GIM y/o presencia de PC determinando la reclassificación de los mismos en riesgo alto, con la consecuente intervención farmacológica y la indicación de cambios intensivos en el modo de vida que recomiendan las guías. Tabaquismo y presencia de 2/3 factores de multiplicación para SCOREm no se correlacionaron con aumento de GIM y/o presencia de PC.

Conclusiones: en nuestra experiencia el uso de ecografía carotídea es útil en la evaluación del RCV en AR, especialmente para reclassificar pacientes, que según las guías nacionales tenían riesgo moderado

16

28-9-2015

09:00 - 10:00

Orales Simultáneas
Salón Atlántico B

O016

0027

OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA

MP Girard Bosch, RN Garcia Salinas, MV Martire, P Arturi, SJ Magri, D Giacomone, AS Arturi
Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción

Las terapias biológicas constituyen uno de los avances más importantes en el tratamiento de las enfermedades reumatológicas, permitiendo que los pacientes que fallan a tratamientos convencionales alcancen la remisión de su enfermedad. Su eficacia está ampliamente confirmada en ensayos clínicos, con un perfil de seguridad y tolerabilidad aceptables.

Las guías de práctica clínica establecen la indicación de terapia biológica; sin embargo, no existe consenso sobre cuál es la estrategia a seguir en presencia de remisión sostenida. Algunos estudios clínicos y recomendaciones en guías de manejo recientes sugieren la posibilidad de reducir la dosis de los agentes biológicos en los pacientes en remisión sostenida 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

Evaluar la frecuencia y características de la modificación del esquema de dosis de fármacos biológicos en los pacientes con enfermedades reumatológicas en condiciones de práctica clínica.

Material y Métodos

Estudio observacional transversal, se incluyeron pacientes que visitaron el servicio de Reumatología en forma consecutiva durante 15 meses (enero de 2014 a marzo de 2015) y que habían recibido al menos una dosis de fármaco biológico durante dicho periodo, se indicó quienes recibían dosis estándar o reducida según indicación del médico tratante.

Se recabaron: datos demográficos, tratamiento biológico (droga recibida, tiempo de tratamiento, 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, ACCP y HLA-B27), dimetría (DAS28, HAQ, BASDAI y BASFI), tratamientos concomitantes/previos y compromiso radiológico. La modalidad dosis reducida incluyó tanto la disminución de la dosis como el aumento del intervalo de dosis. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, para las categorías se establecieron las frecuencias y para las continuas media/mediana, DS y RIC según corresponda. En la población con diagnóstico de AR, las variables categóricas fueron comparadas por test de Chi2 y las variables significativas ingresaron en un modelo de regresión logística múltiple (variable dependiente: dosis reducida/si o no), se evaluó OR e IC95%.

Resultados

De los 186 pacientes: artritis reumatoidea (AR) 73.1%, artritis psoriásica 10.8%, espondilitis anquilosante 3.8%, lupus eritematoso sistémico 1.1% y misceláneas 11.3%. La mediana del tiempo de evolución fue de 77 meses (RIC 46-168), la edad media de 48.9 años (DS 17.4) y el 76.9% eran mujeres. El 24.7% (IC95:13.9-30.8) del total de los pacientes estaban con dosis reducidas del tratamiento biológico. Los fármacos más utilizados en esta modalidad fueron: adalimumab, etanercept y tocilizumab en un 38.2%, 21.0% y 12.4%, respectivamente.

El grupo de pacientes con AR presentó una media de DAS28 de 3.85 (DS 1.32), el 35.8% se encontraba en baja actividad de la enfermedad o remisión por DAS 28 y la media de HAQ fue de 1.1 (DS 0.79). Sólo en 18.2% de los pacientes se encontraban en monoterapia con tratamiento biológico, el 81.8% restante recibía tratamiento concomitante con metotrexato (61.3%), esteroides (38.0%), leflunomida (18.2%), hidroxiquinona (7.3%) y sulfasalazina (0.7%). El 23.4% (IC95:16.7-31.6) de los pacientes con AR se encontraba con dosis reducida del tratamiento biológico, éstos tenían mayores índices de remisión o baja actividad de la enfermedad por DAS28 que los pacientes con dosis estándar (59.4 vs 28.6% $p < 0.001$).

Tanto en el análisis univariado como en el multivariado, los pacientes con AR con dosis reducida sólo demostraron asociación estadísticamente significativa con el nivel de actividad (remisión/baja actividad de la enfermedad) OR 3.65 (IC: 1.6-8.3) $p < 0.001$; y, en forma negativa, con la positividad para ACCP OR 0.1099 (IC: 0.04-0.27) $p < 0.000$.

Conclusiones

La optimización del tratamiento biológico en pacientes que alcanzan la remisión sostenida de la enfermedad nos parece de relevante importancia y es necesario el diseño de estudios que avalen dicha estrategia. En nuestra práctica diaria el 24.7% de los pacientes que reciben tratamiento biológico lo hacen a dosis reducida; en los pacientes con AR se asoció a la remisión o baja actividad de la enfermedad y seronegatividad para ACCP.

O017
0189**EFEECTO DEL BELIMUMAB SOBRE BROTES Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS FRECUENTES DEL LUPUS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**M García¹, B Pons Estel², A Babini³, JC Barreira⁴, G Streger⁵, M Iglesias Rodríguez⁶
¹ Hospital General José de San Martín, La Plata, Argentina. ² Sanatorio Parque, Rosario, Argentina. ³ Hospital Italiano de Córdoba, Argentina. ⁴ Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ⁵ GlaxoSmithKline, Argentina. ⁶ GlaxoSmithKline, Philadelphia, Estados Unidos.

Introducción: Belimumab ha demostrado tanto en estudios clínicos fase 3 como en la práctica clínica (evaluada a través del estudio OBSERVE, desarrollado en Argentina, EEUU, Alemania y España), reducción de la actividad persistente de la enfermedad en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), y además una reducción de la dosis de corticoides después de 12 meses de tratamiento. En forma adicional resulta de interés analizar otros aspectos del tratamiento con Belimumab por lo que realizamos este sub análisis del protocolo OBSERVE Argentina.

Objetivos: Estudiar otros aspectos puntuales del tratamiento con belimumab en el contexto de la práctica clínica de nuestro país. **Primario:** Estudiar la evolución de los brotes, artritis y eritema luego de 6 y 12 meses de tratamiento. **Secundario:** Analizar la tasa y causas de discontinuación luego de 6 y 12 meses de tratamiento.

Métodos: OBSERVE Argentina (201282) es un estudio retrospectivo de revisión historias clínicas, realizado durante los años 2014-2015 en 13 centros reumatológicos para evaluar la evolución clínica de los pacientes incluidos. Se incluyeron pacientes que han recibido por lo menos una dosis de belimumab, por indicación clínica. Se evaluaron los pacientes en los 6 meses previos al tratamiento y seguimiento luego de 6 y 12 meses de tratamiento. Se excluyeron pacientes que han recibido o estén recibiendo belimumab como parte de un ensayo clínico de intervención. Se evaluaron los brotes mediante el mSS Flare Index. Se evaluó la mejoría de $\geq 50\%$ de artritis y eritema por medio de una escala de 6 puntos similar al Physician Global Assessment (PGA). El estudio fue aprobado por los comités de ética institucionales y fue realizado de acuerdo a las buenas prácticas en estudios de fármaco-epidemiología.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes: Edad 40±14 años; Mujeres 90%; Duración del LES ≥ 5 años 58%; Hipocitemia 73%; Anti-dsDNA elevado 60%; Dosis de corticoides ≥ 7.5 mg/d en el 70% y SELENA SLEDAI >10 en el 58%.

Los brotes semestrales por paciente se redujeron de 1.2 (± 0.4) en los 6 meses anteriores al tratamiento (basal) a 0.2 (± 0.3) y 0.2 (± 0.5) en los 6 y 12 meses de tratamiento respectivamente ($p < 0.001$ en relación al basal por Wilcoxon).

La respuesta de las manifestaciones clínicas frecuentes, evaluadas como mejoría $\geq 50\%$ (escala sPGA), se observó en el 80% (IC95%: 61-91%) para la Artritis y en el 50% (IC95%: 31-69%) para el Eritema, luego de 6 meses de tratamiento. La respuesta a los 12 meses de tratamiento fue observada en el 85% (IC95%: 64-95%) para la Artritis y en el 66% (IC95%: 43-82%) para el Eritema.

40 pacientes fueron seguidos durante 6 meses y 30 pacientes durante 12 meses. La tasa de discontinuación luego de 12 meses de tratamiento fue de 8/40 (20%); 4/40 (10%) en los primeros 6 meses de tratamiento y 4/30 (13%) luego de 12 meses de tratamiento. Las causas más frecuentes de discontinuación durante el primer año fueron: Falta de eficacia en 4/8 (50%); Falta de reembolso de la medicación en 2/8 (25%) y Otras causas en 2/8 (25%).

Conclusiones: En la práctica clínica hemos observado una reducción significativa de los brotes de enfermedad y una elevada tasa de mejoría clínica ($\geq 50\%$) de la artritis y el eritema luego de 6 y 12 meses de tratamiento con belimumab, con una baja tasa de discontinuación.

Este estudio no fue diseñado para evaluar seguridad y tolerabilidad de belimumab. Se han diseñado estudios aleatorizados, controlados y observacionales, como el NCT01705977 (Evaluación de la seguridad de Belimumab en LES (BASE)) y NCT01729455 (Registro de Seguridad y Eficacia de Belimumab en LES (SABLE)), en curso, para investigar seguridad y tolerabilidad de belimumab.

Reconocimientos: Estudio 201282 patrocinado por GlaxoSmithKline

Divulgación de conflicto de interés de los autores: M. García: Ninguno; A. Babini: Ninguno; B. Pons Estel: Ninguno; J.C. Barreira: ninguno; G. Streger y M. Iglesias Rodríguez son empleadas de GlaxoSmithKline. GS: nada para declarar. MIR tiene acciones de la compañía.

O019
0254**ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**LS Galvan¹, RA Blas², MV Borgia³, E Civit⁴, A Munaritz², M Mayer⁵, C Wiederhold⁶, H Tamashiro⁷, S Velez², JL Moreno¹, ME Corica¹
¹ CER San Juan, Argentina. ² CENTRO MÉDICO BLAS, Argentina. ³ HOSPITAL DEL CARMEN MENDOZA, Argentina. ⁴ HOSPITAL DEL CARMEN, Argentina. ⁵ CENTRO MÉDICO MUNARRIZ, Argentina. ⁶ HOSPITAL BRITÁNICO, Argentina. ⁷ CLÍNICA ARIZU, Argentina. ⁸ CENTRO MÉDICO TAMASHIRO, Argentina.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, con gran impacto funcional y conlleva un riesgo cardiovascular elevado. El aumento de la incidencia en eventos y Mortalidad cardiovascular se encuentran estrecha relación con aterosclerosis acelerada de estos pacientes.

Desde 2014 EULAR creó recomendaciones basadas en la evidencia para pacientes con artritis, para la evaluación anual de Estratificación de riesgo cardiovascular (RCV) siguiendo las Guías locales.

Objetivo: estratificar el RCV en pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) en un grupo de pacientes asistidos en hospital y práctica privada.

Material y métodos: Estudio de corte transversal multicéntrico se evaluaron los pacientes con diagnóstico de AR desde Abril 2014 a Marzo 2015 en la Región de Cuyo y en un Centro Ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de Diabetes; Hipertensión Arterial y antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se evaluaron variables demográficas, tiempo de evolución de AR, Glucemia en ayunas; Colesterol total; registro de actividad física (más de 5 veces por semana 30 minutos por día); tabaquismo; Índice de Masa Corporal (IMC); registro de Presión arterial (sistólica y diastólica), medición de perímetro de cintura abdominal y se realizó Estratificación de RCV según Ministerio de Salud de la Nación aplicándose el factor de Multiplicación según recomendaciones de EULAR (1,5 según Presencia de seropositividad, duración de enfermedad más 10 años y manifestaciones extrararticulares). Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave (infarto de miocardio o accidente cerebrovascular), mortal o no, en un periodo de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus. Representan estimaciones aproximadas del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en pacientes sin Antecedentes. El riesgo de Bajo grado es $<10\%$, de Riesgo moderado 10- $<20\%$, Riesgo Alto 20 a $<30\%$ y Riesgo Muy alto es $>30\%$.

Resultados: se evaluaron 272 pacientes; el 80 % de la muestra eran mujeres con edad promedio de 53,56± 13,37. Con un tiempo de duración de enfermedad mayor de 10años en 50,9%, el 9,55% de los pacientes son tabaquistas. El IMC promedio fue: 27,5 \pm 5,4 (IMC 25-30: 42,3 en Hombres versus 32 en Mujeres $p < 0,003$); Glucemia elevada (>100 mg/dl) en 17,7% de los pacientes. El 83% de la población no realiza actividad física recomendada. Perímetro de Cintura (HM) promedio: 95 cm en Hombres versus 86 cm. En Nuestro estudio 183 pacientes (promedio 67,5%) tuvieron un riesgo Bajo; 82 pacientes (promedio 30,30%) riesgo moderado presentando los Hombres 47% del total versus 26% de Mujeres con una $p < 0,023$.

Discusión: Nuestro estudio demostró Mayor incidencia de obesidad en Hombres ($p < 0,003$) y el 83% de los pacientes analizados tienen Sederentismo. Los hombres presentaron RCV moderado mayor que las mujeres siendo independiente del tiempo de evolución de enfermedad. A pesar de aplicar el factor de Multiplicación no se modificaron las estratificaciones iniciales. En cuanto a los valores de Glucemia el 17,7% de los pacientes presentaron; Glucemia elevada en Ayunas. En este trabajo se aplicaron por primera vez las recomendaciones de EULAR en Nuestro Medio.

O018
0153**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ): INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD**MB Alvarez¹, L Arechaga², V Deves³, G Espada⁴
Htal de Niños R. Gutiérrez, Argentina.

El 15-20% de los pacientes con LES inician su enfermedad en edad pediátrica. La enfermedad reportada en pediatría se describe como más severa en su presentación y asociada a mayor morbi-mortalidad que en la forma adulta. El LES es de rara observación en menores de 11 años y más aun en menores de 5 años de edad, siendo este grupo etario el de mayor riesgo a padecer una enfermedad aún más severa. **Objetivo:** 1-Describir y comparar las formas de presentación, evolución clínica y pronóstico de pacientes púberes y pre púberes con LES. 2-Describir y analizar los antecedentes familiares de autoinmunidad en ambos grupos etarios y su expresión clínica en la enfermedad. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico (Dx) de LES (ACR 1997) ≤ 16 años. Período 1900-2015. Los pacientes con LES se agruparon según la edad de inicio del LES: <11 años (LES temprano) y ≥ 11 años. Se analizaron variables demográficas, clínicas (actividad por Sledai), de laboratorio y terapéuticas, así como el desarrollo de infecciones, ocurrencia de daño (SLICC: 96) y mortalidad tanto al Dx como a la última consulta. Se analizaron además la presencia de antecedentes familiares de autoinmunidad. **Análisis Estadístico:** Descriptivo; de asociación ($\chi^2 - T$ test) y regresión logística SPSS 15.0. **Resultados:** Se incluyeron 188 pacientes con LES. La Edad \bar{x} al Dx fue: 13,2 años (RIC:9,9-14,9); 156 (83%) sexo femenino, con un tiempo de evolución de enfermedad \bar{x} : 4 años (RIC:2,9-6,3). Cincuenta pacientes (26,6%) tenían <11 años de edad al Dx y 138 (73,4%) ≥ 11 años. Al comparar ambos grupos, observamos en los niños con LES temprano, un menor tiempo de evolución de la enfermedad al Dx: \bar{x} : 1,2m (RIC:0,7-2,9) ($p < 0,001$), prevalencia de manifestaciones hematológicas al debut 90% vs 72,5% ($p < 0,019$) como púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) y anemia hemolítica autoinmune (AHA); y mayor frecuencia de afectación renal y SNC. Si bien al Dx la actividad de la enfermedad, fue similar entre ambos grupos ($p < 0,27$) los pacientes con LES temprano requirieron de tratamiento agresivo inicial por compromiso orgánico severo: 33 pacientes (66%) vs 86 pacientes (48%) ($p < 0,04$). Durante la evolución, se observaron más infecciones en el grupo de < 11 años (herpes zoster, neumonía y celulitis): 32 pacientes (64%) vs 63 pacientes (46%) ($p < 0,039$), \geq requerimiento de intubación en UTIP, (28% vs 9,4% ($p < 0,002$) y desarrollo de Síndrome de Activación Macrófaga (SAM) (12% vs 2% ($p < 0,016$)). Así mismo el grupo de LES temprano requirió mayor dosis de corticoides ($p < 0,001$) y ciclofosfamida ($p < 0,009$). Daño se observó en 34/188 pacientes (18%) desde el 1er año de evolución de la enfermedad (cataratas por esteroides) duplicándose a 69 pacientes (37%) a la última consulta (prevalencia de osteoporosis). Al analizar variables asociadas a daño observamos la presencia de anticuerpos antiofeliales al Dx ($p < 0,005$), afectación de órganos nobles durante la evolución (riñón, SNC y pulmón) ($p < 0,001$), desarrollo de infecciones ($p < 0,004$) y dosis acumulada de esteroides \bar{x} : 22,4g (RIC:13-35) ($p < 0,001$). Mortalidad se observó en el 6,9% de la cohorte total (13/188), sepsis y enfermedad persistentemente activa, fueron las principales causas. La mortalidad estuvo asociada a un mayor Sledai inicial \bar{x} : 15 (RIC:13-21) ($p < 0,028$), compromiso renal al Dx ($p < 0,001$), desarrollo de SAM ($p < 0,001$), infecciones severas ($p < 0,004$), ingreso a UTIP ($p < 0,001$) y tratamiento agresivo inicial ($p < 0,03$). Al analizar antecedentes familiares de autoinmunidad, se hallaron 65/167 pacientes (39%), siendo las enfermedades prevalentes: hipotiroidismo, LES y AR. Se observó agregación familiar de LES de 1er grado en 6 familias. Los niños con LES temprano tenían una mayor carga familiar de autoinmunidad (44 vs 36% ($p < 0,03$)). **Conclusiones:** En nuestra serie de LESJ, los pacientes con LES de inicio temprano (<11 años de edad al Dx) presentaron un fenotipo de enfermedad diferente: de instalación más aguda, con mayor compromiso hematológico al debut, requerimiento de tratamiento agresivo inicial y desarrollo de un mayor número de complicaciones (SAM, infecciones, ingreso a UTIP). Presentaron además mayor carga familiar de autoinmunidad. La edad de inicio en esta enfermedad, parece influenciar tanto en su expresión clínica inicial como en la evolución de la misma. Cabe destacar la importancia de sospecha Dx de LES, en niños de primera infancia y edad escolar que presenten PTI y/o AHA de tórpida evolución o asocien compromiso constitucional a las mismas.

O020
0104**PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA. RELACION ENTRE NIVELES PLASMÁTICOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS**G Verna¹, M García Carrasco¹, L Cohen², N Perez³, JP Vinicki⁴, MM Piovesan¹, MS Pino¹, AM Beron¹, A Seewald¹, S Catalán Pellet¹, MA Spinetto¹, C Hoch¹, D Dubinsky¹, G Nasswetter¹
¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina. ² Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN. Los beneficios de la hidroxiquina (HCQ) en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES) han sido ampliamente demostrados en estudios previos. Existe escasa evidencia acerca del rango terapéutico y la relación entre los niveles plasmáticos de la droga y la actividad de la enfermedad. No existen estudios publicados en América Latina.

OBJETIVO. 1.- Describir las manifestaciones clínicas y SLEDAI basal según los niveles plasmáticos de HCQ (HCQP) y compararlos con SLEDAI a los 6 meses. 2.- Comparar HCQP en las diferentes etnias, SLEDAI basal y SLEDAI a los 6 meses.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de LES (ACR, 1997) en tratamiento con HCQ ≥ 6 meses (200-400 mg/día) entre febrero de 2013 y junio de 2015.

Se dividieron en cuatro grupos según niveles de HCQP: G1.- ≤ 250 ng/mL; G2.- 251- ≤ 500 ng/mL; G3.- 501- ≤ 750 ng/mL; G4.- >750 ng/mL. La HCQP fue cuantificada mediante cromatografía líquida con detección fluorométrica al inicio del estudio. Se definió actividad según SLEDAI ≤ 5 . Se definieron las etnias según GLADEL (2004): amerindios, mestizos, blancos y afroamericanos.

Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para definir la distribución de las variables. Se empleó el test t Student y el test de Mann-Whitney para variables continuas paramétricas y no paramétricas, respectivamente. Se utilizó el test de chi cuadrado o test exacto de Fisher según el tamaño de la muestra, para variables cualitativas. Se realizó un análisis univariado de regresión logística para ajustar el evento de interés a distintas covariables para la confección de un modelo multivariado que permita para analizar el cambio de SLEDAI basal ≤ 4 y ≥ 5 a 6 meses según niveles de HCQ en plasma incluyendo: *C3, *DNA, *Índice de daño renal (SLICC), *duración del tratamiento con HCQ, *dosis HCQ y régimen de toma, *tabaquismo, *BMI, *inmunosupresores, *dosis de prednisona. Se consideró significativa una $P < 0,05$. Los datos descriptivos se reportaron como media, desvío estándar o mediana, rango intercuartil y se usó prueba de T o estadística no paramétrica según correspondiere. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) para el análisis.

RESULTADOS. Sesenta y tres pacientes fueron incluidos (60 mujeres), media de edad fue 38 años ($\pm 13,7$ años). Mediana de tiempo de evolución de LES 90 meses ($\pm 86,6$ meses), mediana de SLEDAI al inicio 2 (rango, 0-4). Mediana de duración de tratamiento con HCQ fue 48 meses (rango, 12-96). La mediana de HCQP fue de 336 ng/mL (RI 186-570); además, 43/63 (68,2%) recibían prednisona y 25/63 (39,6%) tratamiento inmunosupresor.

La HCQP incluyó: G1 24/63 (38,09%); G2 21/63 (33,33%); G3 9/63 (14,28%); G4 10/63 (15,87%). En condiciones basales, la mayoría de los eventos clínicos eran leves (cutáneo/musculoarticular, hematológico, renal) y a los 6 meses no hubo disminución de los mismos. La mayoría de las manifestaciones clínicas ocurrieron con HCQP ≤ 750 ng/mL. No hubo diferencias significativas entre SLEDAI basal y a los 6 meses ($p = 0,18$) y esto fue independiente de la HCQP ($p = 0,49$). En el análisis univariado, no encontramos variables asociadas a incremento de SLEDAI a los 6 meses (HCQ o duración del tratamiento, dosis y régimen de toma; uso de inmunosupresores, índice de daño por SLICC). En el análisis multivariado tampoco hubo hallazgos significativos.

Las etnias incluidas con SLEDAI ≤ 4 ($n = 51$) comprendían amerindios ($n = 31$), mestizos ($n = 18$), blancos ($n = 2$) y afroamericanos ($n = 0$). La mayoría de pacientes amerindios (84%) y mestizos (83%) no mostraron incremento de su actividad a los 6 meses. No hubo diferencias significativas en los niveles de HCQP.

CONCLUSIONES. Las manifestaciones clínicas observadas en condiciones basales en nuestros pacientes fueron principalmente leves. No hubo cambios de las manifestaciones clínicas a los 6 meses. La mayoría de las manifestaciones clínicas ocurrieron con HCQP ≤ 750 ng/mL. No encontramos variables asociadas a incremento de SLEDAI a los 6 meses. En su mayoría con SLEDAI ≤ 4 , los pacientes eran amerindios (61%) o mestizos (35%) sin observarse modificaciones en las manifestaciones clínicas y esto fue independiente de la HCQP.

48° Congreso Argentino de Reumatología

26 al 29 de septiembre de 2015

Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Organizado por la
**Sociedad Argentina
de Reumatología**

Sección pósters	27 de septiembre	001 a 069
Sección pósters	28 de septiembre	070 a 127
Sección pósters	29 de septiembre	128 a 198

01

27-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"Hipertensión Pulmonar"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO001

0022

HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN EL PRIMER REGISTRO COLABORATIVO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (RECOPIAR)
A Nitsche¹, N. Atamafuk², M.L. Talavera², L. Favalloro², L. Lema³, G. Giacomini⁴, M. Córdoba⁵, J. Cárneva⁶, A. Diez⁷, M. Cazalás⁸, E. Perna⁹, A. Lescano⁹, L. Coronel⁹, G. Casado¹, A. Babini¹, D. Echazarreta¹

¹ Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), Argentina. ² Consejo de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Argentina. ³ Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de la Federación Argentina de Cardiología (FAC), Argentina. ⁴ Sección de Circulación Pulmonar de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), Argentina. ⁵ Grupo de Trabajo de Enfermedades Poco Frecuentes de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Argentina.

Introducción: RECOPIAR es el primer registro colaborativo de hipertensión pulmonar (HP) realizado en Argentina con el auspicio de cinco sociedades científicas. La esclerodermia (ESP), en particular, y las enfermedades del tejido conectivo (ETC), en general, cuando desarrollan HP tienen peor pronóstico y supervivencia en relación al resto de los pacientes del grupo 1 de HP (clasificación de Niza 2013). **Objetivo:** Comparar las características clínicas y los tratamientos instituidos en pacientes con HP asociada a enfermedad del tejido conectivo (HP-ETC) vs pacientes con HP idiopática (HP-I). **Material y Métodos:** Los datos recolectados incluyeron casos prevalentes desde el 1/7/2009 al 30/6/2014 y casos incidentes del 1/7/2014 al 1/7/2015. RECOPIAR incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmada por cateterismo cardíaco derecho (CCD), en ausencia de hospitalización o tratamiento intravenoso en el último mes. Se excluyeron pacientes con patologías diferentes de la HP que limitaran la expectativa de vida a menos de 1 año. **Análisis estadístico:** las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se compararon con el Chi-cuadrado de Pearson y con el test de McNemar. Las variables continuas se presentaron como media y desvío estándar y se compararon con el Test de Student o el Test de Mann-Whitney U. **Resultados:** Sobre 220 pacientes reclutados del grupo 1 a 5 de HP, se analizaron 146 pacientes del grupo 1 con información completa disponible y los siguientes diagnósticos: HP-I: 67 (39%), HP por cardiopatía congénita 38 (26%), HP-ETC 36 (24,6%), HP-HIV 5 (3,4%), HP portal 5 (3,4%), HP Familiar 3 (2,1%), HP por fármacos 1 (0,7%), HP sin causa aclarada 1 (0,7%). De estos 146 pacientes, en este estudio, analizamos dos subgrupos: con HP-ETC y con HP-I. El grupo HP-ETC incluyó: ESP difusa en 11 pacientes (30,6%), limitada (CREST) en 4 (11,1%), lupus eritematoso sistémico en 3 (8,3%), enfermedad mixta del tejido conectivo en 2 (5,6%), ESP localizada en 2 (5,6%), polidermatomiositis en 1 (2,8%), síndrome antifosfolípido en 1 (2,8%), síndrome de superposición en 1 (2,8%) y ETC no especificada en 11 (30,6%) de los pacientes. En los grupos de HP-ETC vs HP-I, la edad media fue 60,3 ± 14,0 vs 44,8 ± 17,3 años (p<0,0001), mujeres 86,1% vs. 86% (p=ns). Los pacientes con HP-I fueron más jóvenes con un período asintomático mayor lo que explicaría mayores presiones pulmonares en el CCD mientras que los pacientes con HP-ETC tuvieron mayor edad y síntomas más severos con menores presiones. La disnea clase funcional (NYHA) III-IV al diagnóstico fue de 76% vs 67% y al momento actual de 36% vs 28% (ambas p=ns), con mejoría de la clase funcional en ambos grupos (ambos p<0,01) en el seguimiento. El test de la marcha de 6 minutos se realizó en 75% de las HP-ETC y en 91% de los pacientes con HP-I. El test de vasoreactividad (TVR) fue positivo en 14% de las HP-ETC y en 18% de las HP-I; negativo en 69% vs 68% y sin datos en 17% vs 14%, respectivamente. En el CCD no hubo diferencias en los valores de presión de aurícula derecha, en el gasto cardíaco ni en la presión de enclavamiento. Los valores de presión pulmonar sistólica, diastólica y media y las resistencias pulmonares fueron mayores en el grupo HP-I (todas p<0,05). En 16,7% de pacientes con HP-ETC y en 8,8% de pacientes con HP-I no se indicaron fármacos específicos (FAR-E) sin tener relación con la falta de obra social. El 57% de los pacientes sin FAR-E eran TVR positivo. Anticoagulación oral se realizó en 58% de las HP-I y en 38% de las HP-ETC. Los FAR-E en pacientes con HP-ETC vs HP-I incluyeron sildenafil (74% vs 86%, p=ns), bosentan (58% vs 41%, p=ns), ambrisentan (17% vs 17%, p=ns), macitentan (3% vs 11%, p=ns), iloprost (3,3% vs 15,4%, p=ns), treprostinil (3,3% vs 15%, p=ns) y selexipag (3,3% vs 1,9%, p=ns). El 30,6% vs 29,8% recibieron una FAR-E, el 50% vs 35% recibieron dos y el 2,8% vs 26,3% recibieron tres FAR-E (p=0,024). El 52,8% de los pacientes con HP-ETC vs el 61,4% de los pacientes con HP-I recibieron terapia secuencial o combinada (p=ns). **Conclusiones:** 1- En el presente registro, la mayoría de los pacientes de ambos grupos, al ingreso, presentaron disnea clase funcional III-IV. 2- En pacientes con HP-ETC, a pesar de tener peor pronóstico teórico en relación a pacientes con HP-I, la indicación de FAR-E fue menor a la esperada. 3- La prescripción de FAR-E según guías de HP es muy amplia, expresado por la diversidad en la elección de los mismos a igual clase funcional.

02

PO002

0095

PRIMER REGISTRO COLABORATIVO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (RECOPIAR)
A Nitsche¹, G. Echazarreta², M. Diez³, JA Mazzei⁴, D. Haag⁵, A. Babini⁶, G. Casado⁷, A. Lescano⁸, M. Coronel⁹, E. Perna⁹

¹ Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), Argentina. ² Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de la Federación Argentina de Cardiología (FAC), Argentina. ³ Consejo de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (SAC), Argentina. ⁴ Sección de Circulación Pulmonar de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), Argentina. ⁵ Grupo de Trabajo de Enfermedades Poco Frecuentes de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Argentina.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad de baja prevalencia y mal pronóstico, obedece a diversas causas y requiere diferentes tratamientos. La HP tiene una prevalencia estimada de 15 casos/millón/habitantes y una incidencia de 2,4 casos nuevos/millón/habitantes/año. En los últimos años, el progreso del tratamiento de la HP permitió un mejor reconocimiento a través de diferentes registros internacionales. En algunos registros predominan causas locales, como por ejemplo, la alta prevalencia de HP por esquistosomiasis en Brasil o el impacto de la altitud en México. En Argentina se debería esperar una prevalencia de HP de 600 a 2000 casos con 90 a 300 nuevos casos/año. RECOPIAR es el primer registro colaborativo de HP realizado en Argentina con el auspicio de cinco sociedades científicas. Se elaboró el proyecto con delegados de cada sociedad y se desarrolló un protocolo para registrar pacientes con HP. **Objetivos:** 1- Registrar datos de casos prevalentes desde el 1/7/2009 al 30/6/2014 y de casos incidentes del 1/7/2014 al 1/7/2015. 2-Promover el uso sistemático de diversas herramientas de diagnóstico: test de función pulmonar, centellograma V/Q, cateterismo cardíaco derecho (CCD), test de la marcha de 6 minutos (TM6), angioTAC y biomarcadores para arribar a un diagnóstico de cada subgrupo de HP. 3- Comparar las estrategias terapéuticas antes y después de la implementación del registro. **Material y Métodos:** Estudio observacional de casos prevalentes e incidentes en pacientes con diagnóstico de HP de un registro multicéntrico. **Criterios de inclusión:** 1- Pacientes de más de tres meses de edad. 2- Presión media de la arteria pulmonar en reposo por CCD ≥ a 25 mmHg y 3- Estabilidad clínica en ausencia de hospitalización o tratamiento intravenoso en el último mes. Criterio de exclusión: Presencia de patologías diferentes de la HP que limiten la expectativa de vida a menos de 1 año. El soporte informático se realizó a través de un portal web que fue provisto por el Centro de Telemática médica de la FAC. El registro no recibió patrocinio por parte de ninguna empresa o industria. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. Del registro participaron 60 investigadores con 220 pacientes reclutados. **Análisis estadístico:** Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se compararon con el Chi-cuadrado de Pearson y con el test de McNemar. Las variables continuas se presentaron como media y desvío estándar y se compararon con el Test de Student o el Test de Mann-Whitney U. Se consideró valor significativo p=0,05. **Resultados:** Se incluyeron 220 pacientes con HP, edad media de 49 ± 17 años y el 80% mujeres. El 45% de los pacientes fueron referidos desde otro centro a un centro participante del registro. El 19% de los pacientes no tenían cobertura social. Los casos incidentes fueron el 30% de la muestra. Los pacientes se clasificaron según los grupos de HP de la clasificación de Niza 2013 en: grupo 1 (grupo dentro del cual se incluyen las enfermedades del tejido conectivo entre otras): 78,6%, grupo 2: 7,3%, grupo 3: 5,7%, grupo 4: 6,3% y grupo 5: 2,1%. Las manifestaciones clínicas observadas fueron: disnea 95%, fatiga 69%, dolor de pecho 21%, palpitaciones 31% e insuficiencia cardíaca en el 16% de los pacientes. Al momento del diagnóstico la clase funcional (NYHA) fue III a IV en el 65% de los pacientes y 30% al momento actual. Los estudios realizados incluyeron ECG (86%), Rx de tórax (79%), Ecocardiograma Doppler color (89%), TM6 (83%), centellograma V/Q (75%), funcional respiratorio (59%) y angioTAC (57%). En el CCD el test de vasoreactividad fue realizado al 58% de los casos. Los tratamientos indicados fueron: diuréticos en 48%, digoxina en 27% y anticoagulación oral en 52% de los pacientes. Respecto de las terapias específicas, el 80% recibió sildenafil, bosentan el 38%, ambrisentan el 15%, iloprost inhalado el 9%, treprostinil SC/IV el 7%, macitentan el 5% y selexipag el 1,2% de los pacientes. **Conclusiones:** 1- En nuestro registro predominaron los pacientes con HP del grupo 1 de Niza. 2- La evaluación diagnóstica estuvo acorde a las recomendaciones actuales según guías. 3- La intervención terapéutica incluyó una elevada proporción de terapia específica. 4- Este registro realizado entre diferentes sociedades científicas remarca la importancia de un manejo multidisciplinario de la HP.

03

PO003

0020

HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA

M.J. Molina¹, G.L. de Ollolqui², A. Nitsche³¹ Hospital Central de San Isidro, Buenos Aires, Argentina. ² Clínica de Imágenes de Neuquén, Argentina. ³ Hospital Alemán, CABA, Argentina.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una grave complicación en algunas enfermedades del tejido conectivo (ETC). La sobrevida de pacientes con esclerodermia (ESP), HP y clase funcional (CF) III es menor al 50% a los 2 años. Mayores niveles de pro-BNP (PBNP) y derrame pericárdico son marcadores de mal pronóstico. El ecocardiograma Doppler color (ECOD) constituye una herramienta básica para la sospecha temprana de HP. Valores de presión media de arteria pulmonar (PmAP) ≥ a 25 mmHg por cateterismo cardíaco derecho (CCD) confirman el diagnóstico de HP y guían la decisión terapéutica. En la actualidad, una vez establecido el diagnóstico de HP delegamos el manejo de los fármacos específicos al cardiólogo. Sin embargo, es nuestra responsabilidad intervenir activamente en su elección, debido a que nuestros pacientes no solo padecen de HP sino también de afección multiorgánica, lo que puede afectar la adherencia y cumplimiento a los tratamientos propuestos. **Objetivo:** Comunicar la evolución de 9 pacientes con ETC y HP. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluaron las historias clínicas de 9 pacientes con ETC y HP: 7 con ESP, 4 difusa (ESPd), 1 con lupus eritematoso sistémico (LES) y 1 con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) seguidos en servicios de reumatología. Se evaluó edad, tiempo de evolución de ETC, tiempo al diagnóstico de HP, presencia de Raynaud, disnea CF I a IV, test de la marcha de 6 minutos (TM6), clasificación de HP (grupo 1 a 5 de Niza), detección de HP por ECOD por valoración de presión sistólica de arteria pulmonar (PASP) y PmAP por CCD, valor de PBNP (normal <125 pg/ml) y tratamientos para HP. **Resultados:** Todas las pacientes fueron mujeres, con una edad media de 59,4 ± 11,7 años y un tiempo medio de evolución de la ETC de 9,3 ± 6,9 años. El tiempo medio al diagnóstico de HP fue de 3,0 ± 2,6 años. Ocho de 9 pacientes, excepto la paciente con LES, presentaron Raynaud. Todas las pacientes tuvieron HP por ECOD, confirmada en 7 por CCD. Una paciente con ESPd tuvo PmAP normal por CCD y en otra paciente no fue realizado. Ocho pacientes tuvieron HP del grupo 1 mientras que 1 con ESPd e intersticiopatia presentó HP del grupo 3. El 55% de las pacientes tuvieron disnea CF III al diagnóstico de la HP. Se realizó TM6 en todas las pacientes, siendo menor a 350 mts recorridos en 5 y solo en 1 paciente fue mayor a 500 mts. La paciente con LES presentó disnea CF IV con insuficiencia cardíaca congestiva global a predominio derecho e HP severa. Tres de las 9 pacientes presentaron derrame pericárdico. El PBNP se realizó en 5 pacientes encontrándose elevado en 4 de ellas. Todas las pacientes recibieron al inicio tratamiento para HP con sildenafil. En 5 pacientes se indicó doble terapia por empeoramiento de la CF: sildenafil+treprostinil SC en bomba en 2, sildenafil+macitentan en uno y sildenafil+ bosentan en 2 pacientes. La paciente con ESPd a pesar de tener PmAP de 24 mmHg (valor límite) en CCD, realizó terapia combinada (sildenafil+ bosentan) por empeoramiento de la disnea y elevado PBNP, con buena respuesta y normalización del mismo.

Caso	Edad (años)	ETC	Tiempo al diagn de HP (años)	CF	TM6 mts	PASP mmHg	PmAP mmHg	PBNP pg/ml	Tratamiento de HP
1	67	ESPd	1	III	237	66	74	ND	sildenafil
2	70	ESPd	1	III	218	103	80	ND	sildenafil+treprostinil
3	68	ESPd	1	III	310	58	29	78	sildenafil+macitentan
4	36	LES	4	IV	400	107	60	ND	sildenafil+treprostinil
5	83	ESPd	1	II	510	45	32	ND	sildenafil
6	45	ESPd	4	III	220	89	28	1900	sildenafil
7	66	ESPd	1	II	400	39	ND	840	sildenafil+bosentan
8	82	EMTC	6	I	300	45	30	350	sildenafil
9	57	ESPd	8	III	355	42	23	870	sildenafil+bosentan

Conclusiones: 1-Destacamos la importancia de la detección temprana de HP en ETC. 2-Nuestras pacientes presentaron HP como complicación temprana de la enfermedad (<5 años). 3- Es fundamental la participación activa del médico reumatólogo en el diagnóstico temprano y en la instauración de las diferentes terapias para HP en pacientes con ETC.

04

27-9-2015

08:30 - 19:30

Posters

"Esclerodermia"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO004

0042

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA
M.A. Cusa, M.F. Cusa, M.A. Lázaro, S. Scarafía

IARI-Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, San Fernando-Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por la inflamación y fibrosis de múltiples órganos; después de la piel, el órgano más afectado, con una frecuencia del 75 al 90%, es el tracto gastrointestinal (TGI), aumentando la morbi-mortalidad.

OBJETIVO

Evaluar el estado nutricional y prevalencia de síntomas gastrointestinales en pacientes con esclerodermia sistémica.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional de corte transversal comparativo con controles sanos. Se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria con diagnóstico de esclerodermia según criterios del Colegio Americano 2013. Como grupo de comparación se utilizaron controles sanos en una razón de 1,5 a 1. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos, incluyendo score de severidad de Medsger modificado y score de Rodnan modificado. El estado nutricional se determinó mediante el Test de Cribage Universal de Malnutrición (MUST). La proporción de grasa corporal fuecuantificada por análisis de impedancia bioeléctrica (BIA), clasificando los pacientes en bajo, recomendado, elevado o muy elevado contenido de grasa corporal. Los síntomas gastrointestinales se recolectaron utilizando el cuestionario del grupo de investigación de la Agencia Canadiense de Esclerodermia. El análisis estadístico incluyó la determinación de prevalencia de síntomas gastrointestinales y cuantificación de estado nutricional de acuerdo al MUST (clasificando los pacientes en riesgo bajo, moderado y alto de malnutrición), el cual se comparó con controles sanos, tomando una p<0,05 como estadísticamente significativa.

RESULTADO

Se incluyeron 18 pacientes con esclerodermia y 27 controles sanos, no existiendo diferencias en sexo y edad entre ambos. El 94% de los pacientes con esclerodermia eran mujeres, con una media de edad de 56 ± 13 años, una media de score de Rodnan de 14 ± 12 y una evolución de la enfermedad de 10 ± 13 años. El 17% y 50% de los pacientes con esclerodermia presentó un riesgo moderado y alto de malnutrición, versus 0% en controles sanos (P<0,001). No se encontraron diferencias en composición de grasa corporal entre ambos grupos, solo 5% de los pacientes con esclerodermia poseían una proporción baja de grasa corporal. El 31%, 15% y 8% de los pacientes con esclerodermia poseían una afectación leve, moderada y severa en el subdominio gastrointestinal de la escala de Medsger modificada, respectivamente. Un 24% de los pacientes poseían una apertura oral de 30 mm. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron en orden de frecuencia: 79% saciedad precoz, 79% distensión abdominal, 74% reflujo gastroesofágico, 58% disfagia, 58% pirosis, 37% estreñimiento, 31% anorexia, 21% ahogos nocturnos, 21% náuseas y/o vómitos, 21% incontinencia fecal y 15% diarrea. Un 32% también refirió excrementos grasos y malolientes.

CONCLUSIONES

El 50% de los pacientes presentó alto riesgo de malnutrición y más de dos tercios tuvo complicaciones del TGI: saciedad precoz, distensión abdominal, reflujo gastroesofágico, disfagia y pirosis. En nuestro país la información sobre el estado nutricional y su correlación con las complicaciones del TGI es escasa. El screening, detección y actuación precoz mediante un equipo multidisciplinario, que incluya intervención nutricional temprana, es una prioridad y debe ser incluida en la evaluación clínica de rutina. Se plantea la necesidad de diseñar y definir estrategias para el manejo nutricional de pacientes con ES.

05

PO005
0128**DISCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

CA Zaffarana¹, F Dal Pra¹, A Lizarraga¹, GV Betancur¹, J Gallino Yanzi¹, O Cerda¹, MC Orozco¹, NV Zamora¹, G Citra¹, P Quevedo Mayorga², M Rivero³, JC Barreira⁴, R Rojas Tesser⁵, D Alonso⁶, MV Martire⁷, A Arturi⁸, LS Garay⁹, E Lucero⁹, J Sosni⁹, SB Papsidero⁹

¹ Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de Buenos Aires, Argentina. ² Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ³ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina. ⁴ Hospital Italiano de La Plata, Argentina. ⁵ Hospital Padilla de Tucumán, Argentina. ⁶ Hospital Tornú, Argentina.

La Esclerosis Sistémica (ES) provoca deterioro de la capacidad funcional y disminución de la productividad laboral. En Argentina aún no se han publicado datos sobre la discapacidad laboral en esta enfermedad. El objetivo de este trabajo es evaluar la discapacidad y la productividad laboral en un grupo de pacientes con ES en Argentina y determinar variables asociadas a ellas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de casos y controles. Se reunieron pacientes con ES de edad ≥ 18 años que reunían criterios de clasificación ACR 1980 y/o ACR/EULAR 2013. Se consignaron datos sociodemográficos, años de educación, características de la enfermedad: años de evolución, clasificación en forma limitada o difusa, presencia de anticuerpos específicos, severidad de compromiso orgánico según índice de Medsger, capacidad funcional mediante HAQ, fatiga por Escala Visual Analógica, calidad de vida mediante EQ5D, presencia de comorbilidades y tratamiento recibido. La discapacidad laboral se evaluó mediante un cuestionario en el que se consignó situación laboral, posesión de certificado de discapacidad, pensión por discapacidad, disminución de horas de trabajo o cambio de empleo debido a la enfermedad. Se realizó el cuestionario WPAI (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire). Por cada caso se incluyó un control de mismo sexo, misma edad (± 3 años), de características socioeconómicas y culturales semejantes que no presentaran enfermedad crónica discapacitante. Se recolectó información sobre su situación laboral y se les realizó el cuestionario WPAI. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Chi² y test exacto de Fisher (variables categóricas), test T Student (variables continuas). Regresión Logística Múltiple. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes con ES y 55 controles. La edad mediana fue 51,5 años (RIC: 42-60), 54 (93,1%) eran mujeres. El tiempo mediano de evolución de ES fue de 6 años (RIC: 4-10), 32 (55,2%) tenían la forma difusa, y 26 (44,8%) limitada. La situación laboral de los pacientes fue: 21 (36,2%) estaban ocupados, 14 (24,1%) desocupados por enfermedad, 1 (1,7%) desocupado por otra causa, 8 (13,8%) jubilados, 5 (8,6%) jubilado por enfermedad, 9 (15,5%) amas de casa. La mediana de años de educación fue de 12 (RIC: 7-12,5). 33 pacientes (57,9%) poseían certificado de discapacidad, y 13 (22,4%) recibían pensión por discapacidad. De los 21 pacientes ocupados, 11 (47,8%) habían disminuido la cantidad de horas de trabajo, y 5 (21,7%) tuvieron que cambiar de empleo o de sector dentro de su empleo a causa de la enfermedad. 16 pacientes (27,6%) refirieron que requerían ayuda para sus tareas domésticas. En los controles, la mediana de edad fue 47 años (RIC: 37-59), 50 (90,9%) eran mujeres. Su situación laboral fue: 36 (65,5%) estaban ocupados, 2 (3,6%) desocupados, 5 (9,1%) jubilados, 12 (21,8%) eran amas de casa. En comparación con los controles, los pacientes con ES (excluyendo del análisis a los jubilados) presentaron menos años de educación (11,11±4,55 vs 13,35±4,09, $p=0,01$), menor proporción estaba empleado a sueldo (20 pacientes vs 35 controles, $p=0,001$) y mayor porcentaje global de pérdida de horas de trabajo (0,40±0,34 vs 0,17±0,26, $p=0,023$). Los pacientes con ES que no estaban empleados tenían menos años de educación (9,51±4,06 vs 13,8±2, $p < 0,001$), peor capacidad funcional por HAQ (1,12±0,81 vs 0,58±0,61, $p=0,008$) y referían mayores niveles de afectación en sus actividades cotidianas (0,52±0,32 vs 0,29±0,31, $p=0,012$).

Conclusiones: En este trabajo observamos que 24,1% de los pacientes con ES están desocupados por enfermedad, y entre quienes están empleados 47,8% disminuyeron la cantidad de horas que trabajan y 21,7% tuvieron que cambiar de empleo o de sector dentro del empleo debido a enfermedad. Las variables que se asociaron significativamente a estar desocupado fueron: peor capacidad funcional y menor nivel educativo. Los pacientes con ES presentaron menores niveles de empleo y entre los empleados se observó mayor porcentaje global de pérdida de horas de trabajo comparado con los controles.

06

PO006
0120**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A RIESGO MODERADO-ALTO DE MALNUTRICIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

P Marcalda, L Marino, V Duarte, V Martire, S Scarafía, G Calizaya, A Secco, M Mamani
Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

Introducción: La Esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad sistémica crónica, caracterizada por depósito extracelular de colágeno, fibrosis y función endotelial alterada. Se calcula que cerca del 28% de estos pacientes presentan un riesgo moderado-alto de malnutrición. Se postularon múltiples factores que, combinados, contribuyen al deterioro nutricional, alterando la calidad de vida y aumentando la morbilidad de los mismos. Muchos de ellos solo fueron estudiados en pequeñas cohortes y no queda claro aún su participación en dicho proceso.

Objetivo: Determinar si existen diferencias clínicas y/o funcionales entre pacientes con riesgo moderado-alto de malnutrición y aquellos con riesgo bajo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, comparativo, a muestras independientes, transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de ES según criterios EULAR-ACR 2010, de los cuales se registraron datos demográficos y características de su enfermedad. Se los clasificó según el Método de Cibado para detección de la Malnutrición en adultos (MUST) en riesgo bajo y moderado-alto de malnutrición. Se comparó: el tiempo de evolución de la enfermedad (años), subtipo (Limitada o Difusa), presencia de microstomatía, xerostomía, úlceras digitales (UD) activas o pasadas, extensión del compromiso cutáneo por score de Rodnan, compromiso gastroesofágico e intestinal, presencia de ansiedad y depresión a través de cuestionarios autoadministrados (GAD7 y PHQ9, respectivamente) y funcionalidad de manos por el Índice de Duruöz. Para la estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como mediana (RIC) y las variables categóricas en porcentajes. Para analizar las diferencias entre los grupos de bajo y moderado-alto riesgo, se utilizó Mann Whitney para las variables continuas, y test exacto de Fisher para las variables categóricas. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, el 90% fueron mujeres, con una mediana de edad de 54 años (RIC 45-60). El 82,5% presentaron la forma limitada de la enfermedad. La mediana del tiempo de evolución fue de 4 años (RIC 2-6). Detectamos que el 27,5% de nuestros pacientes se encontraban en riesgo moderado-alto de malnutrición. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de riesgo moderado-alto de malnutrición respecto al de bajo riesgo en: compromiso intestinal (45,45% vs 10,34%, $p=0,02$) e Índice de Duruöz (mediana: 23 vs 4, $p=0,02$). En el resto de las variables no encontramos diferencias significativas, aunque las siguientes fueron más frecuentes en el grupo de riesgo moderado-alto: ES difusa (36,36% vs 10,34%, $p=0,07$); score de Rodnan (mediana: 8 vs 4, $p=0,1$), tiempo de evolución de la enfermedad (4 vs 3 años, $p=0,63$), disminución de la apertura bucal (27,27% vs 3,45%, $p=0,056$), depresión moderadamente severa (45,45% vs 24,24%, $p=0,25$), depresión severa (27,27% vs 13,79%, $p=0,37$) y ansiedad severa (45,45% vs 13,79%, $p=0,08$).

Conclusión: En concordancia con la bibliografía respecto al compromiso nutricional en pacientes con ES, un porcentaje considerable de nuestra cohorte se encuentra en riesgo nutricional moderado-alto (27,5%). Este, se asoció de manera estadísticamente significativa con el compromiso intestinal y a un mayor puntaje en el índice de Duruöz. La presencia de microstomatía, la forma difusa de la enfermedad, el mayor tiempo de evolución de la misma, la depresión moderadamente severa y severa, y la ansiedad severa, se observaron más frecuentemente en el grupo de interés, aunque sin significancia estadística respecto al grupo con riesgo bajo. Los resultados hallados, podrían sugerir la importancia de enfatizar la valoración de aquellas manifestaciones que pudieran interferir con una alimentación adecuada.

07

PO007
0190**ANTICUERPOS ANTI RNA POLIMERASA III EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

MA Gargiulo, MA Buhl, G Gómez, MV Collado, L Suarez, M Khoury, J Sarano
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (IDIM).UBA. CABA, Argentina.

Introducción: El anticuerpo anti-RNA polimerasa III (RNA Pol III) es un anticuerpo específico de Esclerosis Sistémica (ES) descrito en pacientes con compromiso difuso de piel, crisis renal y manifestaciones articulares, cuya frecuencia en nuestra población aun no ha sido estudiada.

Objetivo: Describir la frecuencia del anticuerpo RNA Pol III en un grupo de pacientes con ES, y explorar las características demográficas, clínicas y serológicas de los pacientes con el anticuerpo anti-RNA Pol III positivo.

Métodos: Se incluyeron pacientes con ES (criterios ACR 1980) diagnosticados entre 1998-2015 y suero disponible en seroteca. Se determinó anti-RNA Pol III por ELISA en la última muestra de suero almacenada (Valor de corte: 40-80 U positivo moderado, > 80 U positivo fuerte). Se realizó en forma retrospectiva una revisión de historias clínicas y se obtuvieron datos demográficos, antecedentes personales, características de la enfermedad, el tiempo de seguimiento se calculó desde el diagnóstico a la última consulta registrada en la historia, compromiso de órganos, compromiso de piel y laboratorio. Para comparar proporciones se utilizó test de Fisher y Mann Whitney para variables numéricas. Se consideró significativo $p < 0,05$. Los datos se analizaron con Stata11.0.

Resultados: 53 pacientes, 48 mujeres, 24 mestizos, mediana de edad al diagnóstico 61 (rango=25-86), 11 cutáneo difuso, 39 limitado, 3 sin esclerodermia, mediana de seguimiento 3 años (rango=0-34). Anticuerpos anti centrómero ACA (+) 32/52 (61,5%), anti Scl 70 (+) 8/51 (15,7 %) y 12 pacientes fueron negativos para ACA y Scl 70.

El 11,3% presentaron RNA Pol III positivo (n=6). En 4 pacientes con títulos mayores a 80 U de RNA Pol III fueron Scl 70 y ACA negativos; 2 pacientes con títulos de RNA Pol III entre 40 y 80 U de fluoración ACA (+). Para explorar la diferencia entre grupos con RNA Pol III (+) y (-), se tomó una muestra aleatoria de negativos para que la relación (+):(-) fuera de 1:4. Se compararon los 6 (+) con 24 (-) se observó una asociación estadísticamente significativa con pitting scars ($p=0,026$) y, aunque no alcanzó significación estadística, el grupo con RNA Pol III (+) presentó mayor tiempo de seguimiento de la enfermedad (7 vs 3 años; $p=0,0779$), mayor frecuencia en formas difusas ($p=0,075$) y mayor mediana de Score de Rondon (9 vs 4,5, $p=0,18$). El único paciente con crisis renal esclerodérmica tuvo RNA Pol III (+).

Conclusión: En esta serie, el RNA Pol III fue positivo en 11% de los pacientes. RNA Pol III (+) fue el único marcador serológico en un tercio de pacientes (4/12) con Scl70 y ACA negativos sugiriendo que la búsqueda de RNA Pol III podría identificar pacientes con ES seronegativos para otros Au específicos. Del análisis exploratorio surge la necesidad de evaluar en futuros estudios la relación del anticuerpo con la presencia de pitting scars, formas difusas, Score de Rondon y crisis renal.

08

PO008
0195**HISTORIA REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. ESTUDIO PRELIMINAR DE DOS CENTROS**

GF Mora^{1,2}, M Lagrutta³

¹ Sección Inmunología Clínica, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina. ² Servicio de Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario, Rosario. ³ Santa Fe, Clínica Andina y Laboratorio Inmunológico, Rosario, Santa Fe, Argentina. ⁴ GESAREA -Grupo de Estudio de Salud Reproductiva en Enfermedades Autoinmunes, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las mujeres con esclerosis sistémica (ES) tienen el doble de abortos espontáneos y el triple de trastornos de la fertilidad –después de los 35 años- respecto de mujeres sanas. Estas pacientes sufren mayor morbilidad gestacional. Los efectos de la esclerosis sistémica en la vida reproductiva de las pacientes argentinas es materia de estudio en esta iniciativa.

OBJETIVOS: 1. Estimar la prevalencia de parámetros relacionados con la vida reproductiva y factores de riesgo en salud reproductiva de pacientes con diagnóstico de ES. 2. Investigar la historia natural de la salud reproductiva en pacientes con ES.

PACIENTES Y METODOS. **Criterios de inclusión:** 1. Pacientes mayores de 18 años. 2. Pacientes con diagnóstico de ES clasificados según Criterios ACR/EULAR 2013 y/o pacientes con Síndrome de Superposición (SSp) Ent. Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) según *Maverakis*/Criterios ACR. 3. Pacientes con diagnóstico de fenómeno de Reynaud. 4. Pacientes que hayan brindado su consentimiento para el análisis de los datos obtenidos. **Criterios de exclusión:** 1. Pacientes que no hayan brindado su consentimiento para el análisis de los datos obtenidos. 2. Pacientes con limitación psíquica o cognitiva o restricción de índole íntima para completar el cuestionario. **Diseño del estudio:** Estudio multicéntrico observacional, descriptivo, retrospectivo. La inclusión de los pacientes encuestados se realizó en forma consecutiva. **Cuestionario:** recolectó datos sobre todos los aspectos inherentes a la vida reproductiva. Fue completado por los pacientes por mail o en consultorio y supervisado por el médico tratante. **Análisis de los Datos:** Se realizó estadística descriptiva. Los datos se expresan como porcentajes o como medias \pm DS (rango). Se realizó la comparación de medias para variables cuantitativas consecutivas con la prueba T de Student, y se analizaron las variables cualitativas utilizando la prueba de Fisher con el programa SPSS Statistics 2.0. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y se estableció el límite de significancia con $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 11 pacientes: 10 mujeres (3 ES difusa, 2 ES limitada, 2 esclerodermia localizada, 2 EMTC, 1 SSp) y 1 varón con ES difusa. La edad promedio fue 45,9 \pm 12,9 años (29-72). La edad promedio al diagnóstico fue 34,2 \pm 14,8 años (12-70). De los 11 pacientes, 10 lograron embarazos (todas mujeres). Hubo un total de 27 embarazos. La edad promedio al embarazarse fue 29,3 \pm 5,4 años (18-40). Hubo 12 nacidos vivos (8 de término, 4 prematuros), 8 mortinatos, 4 pérdidas fetales del 2° trimestre, 1 aborto inducido, 1 aborto espontáneo, 1 embarazo ectópico. Se comparó la evolución de los embarazos respecto del momento del diagnóstico de enfermedad. Se consideró buena evolución a los embarazos que resultaron en nacidos vivos y sin complicaciones. Mala evolución incluyó a los embarazos que presentaron complicaciones (preeclampsia, eclampsia, crisis renal, DBT, HELLP, trombosis, hemorragias, CID, desprendimiento placentario, sufrimiento fetal, mortinato, muerte perinatal), resultaron abortos con o sin legrado, pérdidas fetales, o embarazos ectópicos. La proporción de embarazos con mala evolución fue significativamente mayor con enfermedad establecida que en los previos al diagnóstico (85% vs 43% respectivamente, $p < 0,05$). Esto no se relacionó con la edad de las pacientes: el promedio de edad en ambos grupos fue similar: 27,6 \pm 5,1 (20-35) vs 30,4 \pm 5,4 (18-40) años, p no significativa. Hubo una tendencia a mayor peso al nacer en embarazos previos al diagnóstico de enfermedad, comparados con aquellos ocurridos después o simultáneamente, aunque con variabilidad amplia: 3201 \pm 429 mg (2480-3650) vs 2753 \pm 1136 mg (680-3800) resp. $p > 0,05$.

CONCLUSIONES: Las pacientes con ES/EMTC/SSp logran embarazarse normalmente, pero presentan alta morbilidad gestacional, en particular durante 2° y 3° trimestres. Del análisis de los datos obtenidos, surge que la mayor proporción de evolución adversa del embarazo fue para pacientes con enfermedad establecida respecto de los embarazos previos al diagnóstico.

09

PO009
0097**RELACION ENTRE NIVELES DE VITAMINA D Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

JD Romero, A Schiel, M Landa, ML Díaz, ME Lara, M Rivero, M Khoury, M Alonso, JC Barreira

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Niveles bajos de Vitamina D (VD) 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 control de similares características demográficas. Correlacionar asociación de dichos niveles con actividad de la enfermedad, características clínicas y de laboratorio.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR 1980 y subtipos según Le Roy, que asistieron en forma consecutiva al Servicio de Reumatología en las estaciones de primavera y verano de 2 años consecutivos. Se excluyeron pacientes con síndromes de superposición y enfermedades o 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 se constituyó por 58 pacientes, 2 de género masculino, con una media de edad de 55±12 años, edad de inicio de los síntomas de 46±14 años y edad al diagnóstico de 49±13 años. Se pareó por sexo y edad al compararlo con un grupo control de 58 personas sin enfermedad autoinmune, que concurren al Servicio de Hemoterapia en el mismo período de tiempo para donar sangre.

La determinación de 25(OH)D3 se realizó por radioinmunoanálisis-quimioluminiscencia. Se definió 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 (Score de Rodnan modificado), cuestionario de capacidad funcional en SSc (S-HAQ), actividad de la enfermedad (Eustar Disease Activity Score) y severidad por el Score de Medsger.

Análisis estadístico: test de Student o prueba de Mann-Whitney para comparar variables numéricas en 2 grupos, Prueba de Kruskal Wallis para comparar 3 grupos y Chi cuadrado para las categóricas. Se consideró significativo p<0,05.

Resultados: El valor promedio de VD fue de 19,9±8,7ng/ml en el grupo SSc y de 29,6±8,6ng/ml en el grupo control (P<0,001). Del grupo SSc, 29 (50%) tuvieron deficiencia, 20 (34,5%) insuficiencia y 9 (15,5%) niveles normales. En el grupo control, 6 (10,3%) presentaron deficiencia, 27 (46,6%) insuficiencia y 25 (43,1%) VD normal. En el grupo SSc se observó mayor frecuencia de deficiencia en forma estadísticamente significativa (p<0,001) pero no de insuficiencia (p=0,607).

De los 22 (38%) pacientes con forma difusa, 17 (77%) presentaron deficiencia, 4 (18%) insuficiencia y 1 (5%) VD normal. En los 36 (62%) con enfermedad limitada, 12 (33%) tuvieron deficiencia, 16 (44%) insuficiencia y 8 (23%) niveles normales. El subtipo difuso presentó mayor frecuencia de hipovitaminosis D (VD<30ng/ml) en forma significativa (p=0,005).

Las pacientes con niveles subóptimos (VD<30ng/ml) mostraron más altos Scores de Rodnan, S-HAQ, Eustar Disease Activity Score (todos con p<0,001) y de Medsger (p=0,002) y mayor frecuencia de patrón tardío en videocapilaroscopia (p=0,049).

No se halló diferencia significativa en cuanto a la edad de los pacientes, edad de inicio de los síntomas y al diagnóstico, presencia de Raynaud y/o úlceras, compromiso macrolvascular, pulmonar o digestivo, perfil de autoanticuerpos, valores de VSG y PCR. Todos presentaron calcemia, calciuria y parathormona normales. Un subgrupo de 16 pacientes (28%) recibía bajas dosis de esteroides (prednisona o equivalente ≤10mg/d) sin diferencia significativa en el nivel de VD con los que no recibían.

Conclusión: La hipovitaminosis D se halló en más del 80% de los pacientes con SSc con diferencia significativa con controles sanos. Presentaron más frecuentemente la forma difusa, mayor extensión cutánea, enfermedad más activa, severa y valores más altos de discapacidad.

10

PO010
0099**FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

JD Romero, MA D'Amico, M Khoury, V Arturi, MA Peral, MA Garcia, SA Muñoz, M Basta, DA Pereira, GP Pender, MF Caspary, Y Bottinelli, MP Iriarte Padua, L Ferreyra, MY Collado, J Sarano, A Martinez Muñoz, MJ Santa Cruz, SB Papisidero, MA Colazo, JP Pirolo, V Saurit, CN Pisoni, A Longo, AP Alvarez, A Sosa, S Roverano, LS Galván, JLC Moreno, M Sacunán, V Gervasoni, R Quintana, B Pons-Estel, F Vivero, S Babini, PR Maldonado, LS Garay, EV Lucero, JC Barreira

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ²HIGA General San Martín, La Plata, Argentina. ³Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina. ⁴Aguzuz, Argentina. ⁵Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata, Argentina. ⁶Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina. ⁷Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Argentina. ⁸Hospital General de Agudos E. Tornú, Argentina. ⁹Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ¹⁰CEMIC, Argentina. ¹¹Hospital J. M. Penna, Argentina. ¹²Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina. ¹³Hospital G. Rawson, San Juan, Argentina. ¹⁴Hospital Provincial de Rosario, Argentina. ¹⁵Sanatorio Parque de la Ciudad de Rosario, Argentina. ¹⁶Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina. ¹⁷Hospital A. C. Padilla, Tucumán, Argentina.

Introducción: El compromiso neuropsiquiátrico (NP) en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) está asociado con una alta morbimortalidad. La prevalencia estimada es del 56% aunque las cifras comunicadas varían desde 12 a 95%.

Objetivos: Estimar la frecuencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con LES y evaluar diferencias entre los pacientes con y sin NP respecto a actividad de la enfermedad, daño acumulado, comorbilidades y variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de LES que cumplan criterios ACR 1982 revisados en 1997, que consultaron en forma consecutiva a los Servicios de Reumatología de los centros participantes, durante 4 meses. Se excluyeron pacientes con síndromes de superposición y que tuvieran manifestaciones NP de otra causa. Se registraron datos sociodemográficos, cronológicos, comorbilidades, evaluación de actividad por SELENA-SLEDAI y de daño acumulado por SLICC/ACR, laboratorio inmunológico y manifestación NP según la nomenclatura estandarizada ACR 1999. Los resultados se informaron como media ± desvío estándar para variables numéricas y como porcentajes para las categóricas. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon para el 95%. Para comparar dos grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y prueba exacta de Fisher para las categóricas.

Resultados: Se estudiaron 429 pacientes con LES, 90% de género femenino, edad promedio al diagnóstico 30±12 años, evolución del LES 119±109 meses, mediana para SLEDAI 2 y SLICC 0. Presentaron NP 133 pacientes (31%), con una media de edad al primer evento de 34±12 años, con una evolución del LES de 62±85 meses, SLEDAI del evento 11±8, el 28,8% debutó con compromiso NP y el 44% de los eventos se presentaron en los primeros 18 meses del diagnóstico. Además 27 de ellos (20%) tuvieron un segundo evento, 6 (4,5%) un tercer evento y 1 paciente un cuarto evento, totalizando 167 eventos NP. Los eventos neurológicos en orden de frecuencia fueron: convulsiones 12%, ACU 11,4%, cefaleas 8,6%, polineuritis 7,8%, meningitis aséptica 4,8%, mononeuritis 4,2%, melopatía 3%, neuropatía craneal 1,8%, síndrome desmielinizante 1,2%, miastenia gravis y plexopatía 0,6%. Los eventos psiquiátricos fueron: trastornos del humor 11,4%, ansiedad y disfunción cognitiva 10,1%, psicosis 7,8% y estado confusional agudo 3,6%. No se observaron diferencias sociodemográficas entre los pacientes con y sin NP. El grupo con NP presentó en forma estadísticamente significativa mayor número de criterios diagnósticos (p<0,001), puntajes de SLICC más altos (p<0,001), presencia de criterios de Síndrome Antifosfolípido (SAF) (p<0,001), puntajes de ECP/IF IgG (p<0,01) y anticuerpo anti-DNA (p<0,01). En el resto de autoanticuerpos no hubo diferencias. Sólo hubo asociación significativa del grupo con NP/LES con la presencia de diabetes (p=0,046), sin diferencias con HTA, dislipemia, enfermedad arterial periférica, cardiopatía isquémica ni tabaquismo.

En el análisis univariado, el tiempo de evolución mayor a 5 años tuvo un riesgo de 1,88 (IC95% 1.19-2.95) p=0,006. La presencia de mayor número (7 o más) de criterios diagnósticos y de SAF estuvieron asociados al desarrollo de NP, con un OR 3,25 (IC95% 2.12-4.99) p<0,001 OR 3,13 (IC95% 1.72-5.68) p<0,001, respectivamente.

En el análisis multivariado, los mejores predictores de NP fueron tener mayor tiempo de evolución (más de 5 años) con OR 1,88 (IC95% 1.05-2.67, p=0,029) y cumplir mayor número (7 o más) de criterios diagnósticos con OR 3,1 (IC95% 2.01-4.77, p<0,001).

Conclusión: El 31% de la población de pacientes con LES presentó compromiso NP y el 44% de los eventos ocurrieron durante el año y medio del diagnóstico. La frecuencia de cada síndrome en particular fue similar a la comunicada en la literatura. Presentar más de 5 años de evolución de la enfermedad con más de 7 de criterios diagnósticos y la asociación con SAF fueron identificados como factores de riesgo para compromiso NP, al igual que la asociación con mayor daño acumulado que refleja la severidad de la enfermedad en este subgrupo de pacientes.

11

PO011
0185**SITUACIONES ESTRESANTES, ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**VI Bellomio¹, AL Barbaglia¹, L González Lucero¹, HR Suedlo¹, MC Bertolaccini¹, PR Maldonado¹, LS Garay¹, C Gouzeteta¹, M Machado Escobar², MS Yacuzzi², M Santana¹, L Galindo¹, E Lucero¹¹ Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina. ² Hospital del Este Eva Peron - Tucumán, Argentina.

Introducción: Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad sistémica crónica que cursa con estrés psicológico multifactorial. El término estrés define a cualquier exigencia o estímulo que produzca un estado de tensión, que requiera un cambio adaptativo por el organismo. Si bien se ha difundido al estrés como "gatillo" para el inicio o reactivación de enfermedades del tejido conectivo, los instrumentos de medición de las situaciones estresantes no son específicos y existe evidencia discutida de la asociación entre estrés exacerbación clínica del LES.

Objetivo: Investigar si la presencia de factores estresantes se asocia a cambios en la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se evaluaron en forma consecutiva pacientes con LES (criterios ACR 1987/1992) durante los meses de abril a julio del 2014, quienes debían documentar dos estados de corticosteroides durante las 4 semanas previas a la visita. Se excluyeron pacientes analfabetos, con trastornos de la visión y con trastornos psiquiátricos 6 meses previos a la consulta. Se estudiaron variables demográficas, puntaje SLEDAI-2K, SELENA-SLEDAI (exacerbación), SLICC/DI, internación, tratamientos, dosis máxima de corticosteroides y evento clínico relevante (no asociado al LES) en el último mes. Para evaluar estrés en el mes previo se utilizó la encuesta de factores estresantes de Holmes y Rahe, la cual enumera 43 acontecimientos vitales estresantes de la vida con un puntaje específico cada uno (UCV: unidades de cambio de vida). La suma de dichos eventos se clasifican: < 150 UCV, 150 a 300 UCV y > 300 UCV, interpretados como baja, moderada o alta probabilidad de desarrollar enfermedad. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test Chi2 y exacto de Fisher, Correlación de Pearson, ANOVA y Modelo Lineal General.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 88 mujeres (93%), edad media 37.3 ± 12.8 años, 79/95 con cobertura pública, media de años de escolaridad 3.9 ± 2.12, tiempo de evolución medio del LES 10.3 ± 8.5 años, LupusQol medio 63.7 ± 23.9, SLEDAI medio 2.85 ± 3.16 y SLICC/DI medio 0.89 ± 1.3; tenían SLEDAI > 4 puntos 24 pacientes (25.3%), 10 (10.5%) se encontraban cursando una exacerbación del LES por SELENA SLEDAI y 4 (4.3%) estaban internados al momento de la evaluación (uno por LES activo). La media de dosis máxima de metprednisona fue 8.4 ± 12.3 mg/día, 14 tenían diagnóstico de Fibromialgia (FM) y 15 pacientes (15.8%) habían presentado algún evento clínico trascendente en el mes previo, 9 de los cuales fueron infecciones y 3 de ellas oportunistas. Ochenta y seis pacientes (90.5%) habían presentado al menos una situación estresante (mediana 2 eventos, máximo de 13), con un puntaje medio de 88.8 ± 76.05 UCV, 70 (74%) con bajo riesgo, 14 (14.7%) con riesgo moderado y sólo 2 pacientes (2.1%) con alto riesgo para desarrollar enfermedad. Las situaciones estresantes más frecuentes fueron: cambio en hábitos del sueño (26%), cambio en hábitos de alimentación (20%), cambio en la salud de un familiar (20%), cambios económicos importantes (17%) y muerte de un familiar cercano, dificultades sexuales y llegada de un nuevo miembro en la familia (15% cada una). No se encontró correlación lineal entre el puntaje en UCV y edad, tiempo de evolución del LES, SLEDAI, SLICC ni LupusQol (r<0.5).

El score de estrés no fue significativamente diferente según SLEDAI mayor o menor de 4 puntos, internación, cobertura social o fibromialgia asociada (p NS).

Al discriminar los pacientes según las categorías alta, moderada y baja probabilidad de enfermar, no se encontró asociación entre éstas y tratamiento con metotrexato, hidrocortisona, ciclofosfamida, micofenolato o metformil ni esteroides (p NS). Tampoco se encontró asociación entre categorías de estrés y género, SLEDAI > 4 puntos, exacerbación por SELENA SLEDAI, ni hubo diferencias en el tiempo de evolución del LES, edad, puntajes de SLICC/DI ni SLEDAI-2K (p NS).

En el modelo lineal general, las variables que se asociaron a mayor score de estrés fueron: LupusQol (p 0.022) y eventos clínicos no asociados al LES (p 0.037).

Conclusión:

- Los pacientes con LES presentaron alta frecuencia de situaciones estresantes, las cuales no se asociaron a actividad ni a exacerbación de la enfermedad.

- Peor calidad de vida y la presencia de eventos clínicos no lúpicos se asociaron a mayor estrés.

12

PO012
0230**CACTERIZACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO Y VARIABLES ASOCIADAS EN 645 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**SA Muñoz², M Cosatti², MN Tamborenea³, M Garcia⁴, AC Curti⁵, AM Cappuccio⁶, O Rillo⁷, M Zalazar⁸, PM Imamura⁹, EE Schneeberger¹⁰, M Ballent¹¹, M Cousseau¹², J Velasco Zamora¹³, V Saurit¹⁴, C Danielens¹⁵, B Bellomio¹⁶, C Graf¹⁷, SA Paira¹⁸, J Cavallasca¹⁹, B Pons Estel²⁰, ME Gaillo²¹, JL Moreno²², M Diaz²³, P Albez²⁴, M Varrando²⁵, J Sarano²⁶, F Riusueño²⁷, M Méndez²⁸, MS Larroulet²⁹, D Söhn³⁰, P Alvarez Sepulveda³¹, AM Conforti³², C Retamozo³³, E Bresari³⁴, L Llanos González³⁵, F Dal Piaz³⁶, M Quenaro³⁷, A Rivelli³⁸, A Estévez³⁹, A Alvarellos⁴⁰, A Catalán Pellet⁴¹, A Cusa⁴², A Spindler⁴³, A Ortiz⁴⁴, M Pérez⁴⁵, B Martínez⁴⁶, D Dubinsky⁴⁷, C Bru Morón⁴⁸, S Toloza⁴⁹, CA Helling⁵⁰, S Roverano⁵¹, S Malm-Green⁵², D Medina Bornachera⁵³, E Mysler⁵⁴, G Tate⁵⁵, A Alvarez⁵⁶, A Eimon⁵⁷, AG Pender⁵⁸, M Mayer⁵⁹, J Marín⁶⁰, CN Pisoni⁶¹

¹Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina. ²Hospital Universitario CEMIC, Argentina. ³OMI, Argentina. ⁴Hospital Interzonal General Agudos José de San Martín (HIGA), Argentina. ⁵Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. ⁶Hospital Cesar Milstein, Argentina. ⁷Hospital General de Agudos E. Tornú, Argentina. ⁸Hospital Italiano, Argentina. ⁹Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP), Argentina. ¹⁰Hospital Ramón Santamarina, Argentina. ¹¹Policlinica Privada Paz, Argentina. ¹²Instituto Médico CER, Argentina. ¹³Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ¹⁴Consultorio de Reumatología, Argentina. ¹⁵Centro Médico Privado de Reumatología, Argentina. ¹⁶Centro Médico Milre, Argentina. ¹⁷Hospital J.M. Cullen, Argentina. ¹⁸Hospital J.B. Iturraspe, Argentina. ¹⁹Sanatorio Parque, Argentina. ²⁰Hospital del Carmen, Argentina. ²¹OSEP Mendoza, Argentina. ²²Centro Traumatológico Bariloche, Argentina. ²³Hospital de Córdoba, Argentina. ²⁴Hospital General de Agudos B. Rivadavia, Argentina. ²⁵Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Argentina. ²⁶Itémédica, Argentina. ²⁷Consultorios Pilar, Argentina. ²⁸Tiempo, Argentina. ²⁹Instituto de Diagnóstico Roche, Argentina. ³⁰Hospital Central de San Isidro M. A. Posse, Argentina. ³¹CEdyR Orán, Argentina. ³²IMAI, Argentina. ³³Hospital Municipal de Tandil, Argentina. ³⁴Instituto de Asistencia Hospitalaria Integral, Argentina. ³⁵Hospital A. C. Padilla, Argentina. ³⁶Hospital Zonal de Bariloche, Argentina. ³⁷Hospital San Juan Bautista, Argentina. ³⁸Hospital Penna, Argentina. ³⁹Hospital Británico, Argentina.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de evolución crónica que alterna períodos de actividad y remisión. La sobrevida de los pacientes con LES mejoró considerablemente en las últimas décadas. Sin embargo, el daño acumulado como consecuencia de la actividad de la enfermedad y los efectos no deseados de los tratamientos produce un impacto negativo a mediano y largo plazo en la calidad de vida.

Objetivo: Caracterizar el daño total y por órganos o sistemas, e identificar las variables asociadas.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES según los criterios clasificatorios del Colegio Americano de Reumatología de 1997 (ACR). Se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos realizados. El daño acumulado se determinó mediante el cuestionario Systemic Lupus International Collaborative Clinics American College of Rheumatology Damage Index (SLICC/ACR). Se definió como daño un SLICC/ACR ≥1 y como daño grave un SLICC/ACR ≥3. Se realizó estadística descriptiva, análisis uni y multivariado (regresión logística utilizando daño como variable dependiente, y como variables explicativas aquellas cuya asociación en el análisis univariado fue estadísticamente significativa ajustadas por edad y sexo).

Resultados: Se incluyeron 645 pacientes con una edad media de 38 (±12.4) años y 9 (±7.7) años de evolución de la enfermedad. 319 (49.5%; IC95%=45.5-53.4) pacientes tuvieron SLICC/ACR ≥1. Ciento trece (17%; IC95%=14.7-20.7) tuvieron SLICC/ACR ≥3. El SLICC/ACR promedio fue 1.2 ± 1.8. Los dominios más afectados fueron musculoesquelético (40.7%), ocular (30.1%), neuropsiquiátrico (29.5%) y renal (21.6%). La mayor edad (OR=1.02; IC95%=1.01-1.05), el sexo masculino (OR=2.03; IC95%=1.1-3.7), mayor duración de la enfermedad (OR=1.1; IC95%=1.05-1.1), el compromiso renal (OR=1.9; IC95%=1.2-2.9), neurológico (OR=6.3; IC95%=3.1-12.5), depresión (OR=2.9; IC95%=1.6-5.3), fibromialgia (OR=1.9; IC95%=1.1-3.3) y obesidad (OR=2.3; IC95%=1.2-4.1) y el haber usado prednisona (>20 mg) (OR=1.15; IC95%=1.005-2.4) fueron las variables que se asociaron con la presencia de daño en el análisis multivariado. En el grupo de pacientes con daño grave las variables asociadas fueron la mayor edad (OR=1.05; IC95%=1.02-1.1), compromiso neurológico (OR=3; IC95%=1.6-5.7), depresión (OR=3.3; IC95%=1.9-5.9) y uso de ciclofosfamida (OR=6.2; IC95%=1.4-4.9).

Conclusiones: En nuestra serie los dominios más comprometidos fueron el musculoesquelético, ocular, neuropsiquiátrico y renal. La mitad de los pacientes con LES presentó algún tipo de daño. La mayor edad, el sexo masculino, la evolución prolongada de la enfermedad, el compromiso renal, neurológico y el uso pasado de dosis moderadas/altas de prednisona fueron las variables asociadas a daño.

13

PO013
0106
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
E Avid, N Perez, MC Lunic, M Garcia Carrasco, FM Paniego, SS Sapag Duran, G Verna, D Dubinsky, G Nasswetter
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica con alta prevalencia de síntomas psiquiátricos, reportada en un 17 al 71%, siendo los cuadros depresivos los más frecuentes (2-54%). La fatiga es una causa frecuente de morbilidad en pacientes con LES. La etiología permanece incierta, a pesar que se proponen numerosos factores de la enfermedad, estilo de vida y psicológicos.

OBJETIVOS: El objetivo primario fue evaluar la prevalencia de síntomas depresivos en una cohorte de pacientes con LES. El objetivo secundario fue identificar variables clínicas y demográficas asociadas.

MATERIALES Y METODOS: Estudio prospectivo observacional de una cohorte de pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años en forma consecutiva, de enero a julio de 2015. Se analizó: tiempo de evolución del LES, manifestaciones clínicas y tratamientos recibidos, presencia de autoanticuerpos: anti Ro, anti La, anti Sm, anti RNP, anti DNA, C3, C4 y CH50. Se calcularon SLEDAI y SLICC. Se registró: antecedentes psiquiátricos familiares, escolaridad, escala de GRAFFAR para nivel socioeconómico, empleo y estado civil. Se realizaron los cuestionarios Beck II de evaluación de depresión y FACIT (versión IV) de fatiga. Se empleó el test de t Student y el test de Mann Whitney para variables continuas paramétricas y no paramétricas, respectivamente. Se utilizó en el test de CHI cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas. Se determinó el área bajo la curva mediante Receiver Operating Characteristic (ROC) del FACIT para predecir depresión. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se evaluaron 77 pacientes, femenino: 77 (100%), edad media de 34 (19-49) años, tiempo de evolución de la enfermedad de 48 (24-114) meses. Prevalencia de depresión: 52% (44/77). Análisis multivariado: características sociodemográficas, SLICC/SLEDAI, manifestaciones clínicas y serológicas no se correlacionaron con mayor depresión: $p > 0,05$. FACIT: puntos de corte de 31 [22-40] y 44 [41-46] se correspondieron a la presencia o ausencia de fatiga, respectivamente ($p=0,001$). Área bajo la curva del FACIT para predecir depresión: 0,83. FACIT < 40 : sensibilidad 75% y especificidad 78%, valor predictivo positivo: 79% y valor predictivo negativo: 74%.

CONCLUSIONES: La prevalencia de depresión fue similar a la comunicada en otros trabajos. Nuestra población presentó bajos niveles de SLEDAI/SLICC. No se encontró relación entre nivel de actividad y daño basal con la presencia de depresión. La fatiga se considera un fenómeno multifactorial, con factores sociales, dolor, sueño y depresión interrelacionados en su patogenia. La escala de FACIT IV fue buen predictor independiente de depresión (evaluado por Beck II).

14

PO014
0235
REGISTRO ARGENTINO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (RELESSAR). REPORTE PRELIMINAR.

C Capraro¹, A Spindler², C Graf³, R Quintana⁴, R Paniego⁵, G Rausch⁶, A Alvarez⁷, C Gomez⁸, H Figueroa⁹, C Pisoni¹⁰, A Longo¹¹, C Battagliotti¹², A Alilevi¹³, A Kostianovsky¹⁴, D Dubinsky¹⁵, MM Schmid¹⁶, MJ Santa Cruz¹⁷, S Papasidero¹⁸, A Arturi¹⁹, V Martire²⁰, S Roverano²¹, A D'Amico²², G Gomez²³, J Sarano²⁴, V Collado²⁵, J Marin²⁶, S Gordon²⁷, ME Bedoya²⁸, P Finucci Curi²⁹, C Rivelli³⁰, M Cousseau³¹, O Rillo³², D Perera³³, G Pendon³⁴, G Pendon³⁵, R Baez³⁶, K Kirmay³⁷, A Cogo³⁸, M Rivero³⁹, J Romero⁴⁰, Z Bedran⁴¹, U Paris⁴², M Machado Escobar⁴³, C Zamparo⁴⁴, V Bellomo⁴⁵, M Pérez de Ballent⁴⁶, MS Perez Rodriguez⁴⁷, R Maldonado Aguilera⁴⁸, M Peral⁴⁹, V Arturi⁵⁰, GN Rodriguez⁵¹, B Pons Estel⁵², M Garcia⁵³

¹ Hospital Felipe Heras, Concordia, Argentina. ² Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina. ³ Centro Médico Mitre, Paraná, Argentina. ⁴ Sanatorio Parque, Rosario, Argentina. ⁵ Centro Privado de Rehabilitación SRL, Santa Rosa, Argentina. ⁶ Consultorio Privado, Río Grande, Argentina. ⁷ Hospital Penna, CABA, Argentina. ⁸ Hospital Central de Formosa, Argentina. ⁹ Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón, Formosa, Argentina. ¹⁰ CEMIC, CABA, Argentina. ¹¹ Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe, Argentina. ¹² Consultorio de Enfermedades Autoinmunes, CABA, Argentina. ¹³ Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA, Argentina. ¹⁴ Hospital Angela Iglesia de LLano, Corrientes, Argentina. ¹⁵ Hospital Tornú, CABA, Argentina. ¹⁶ Hospital Italiano, La Plata, Argentina. ¹⁷ Hospital Dr. José María Cullen, Santa Fe, Argentina. ¹⁸ Hospital Penna, Bahía Blanca, Argentina. ¹⁹ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, CABA, Argentina. ²⁰ Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ²¹ Hospital Dr. Alende, Mar del Plata, Argentina. ²² Hospital San Martín, Paraná, Argentina. ²³ Consultorio Privado, Tandil, Argentina. ²⁴ Consultorio Regional de Reumatología, Tandil, Argentina. ²⁵ Hospital Ignacio Pirovano, CABA, Argentina. ²⁶ Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata, Argentina. ²⁷ Hospital de General Roca, Argentina. ²⁸ Hospital Zonal de Bariloche, Argentina. ²⁹ H.I.G.A Prof. Dr. Luis Guemes, Haedo, Argentina. ³⁰ Consultorios Externos Vaccarezza, Alberti, Argentina. ³¹ Hospital Británico, CABA, Argentina. ³² Hospital Escuela de Agudo Ramon Madariaga, Misiones, Argentina. ³³ Hospital Eva Perón, Banda de Río Salí, Tucumán, Argentina. ³⁴ Hospital de Alta Complejidad Formosa, Argentina. ³⁵ Consultorios CIAMM, Tucumán, Argentina. ³⁶ Clínica Modelo SRL, Tandil, Argentina. ³⁷ Consultorios Somnus, Pergamino, Argentina. ³⁸ HIGA San Martín, La Plata, Argentina.

Introducción: RELESSAR es el registro de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de la Sociedad Argentina de Reumatología. La base de datos fue desarrollada por la Sociedad Española de Reumatología y adaptada para Argentina después de un convenio firmado entre ambas sociedades en Mayo de 2014.

Objetivo: describir las características clínicas, laboratorio y comorbilidades, de una cohorte multicéntrica de pacientes con LES, atendidos en Servicios de Reumatología de Argentina.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes con diagnóstico de LES (ACR 82-97) en cuya historia clínica se contara con datos clínicos y de laboratorio considerados esenciales en el registro.

Resultados: al momento del presente reporte se encuentran participando en el registro, 38 centros de la ciudad de Buenos Aires y provincias de Buenos Aires, Corrientes, Formosa, Entre Ríos, Misiones, La Pampa, Santa Fe, Tucumán, Río Negro y Tierra del Fuego. En un período de 6 meses fueron incorporados 625 pacientes, con una media de 17 pacientes por centro (1-73 pacientes).

El sexo femenino representó el 90% de la cohorte. Los grupos étnicos fueron: blancos 52.7%, mestizos 37.8%, amerindios 3.59% y afro-latinoamericanos 1.6%.

La media de edad al diagnóstico fue de 30.5 años (2 meses – 75 años), la demora en el diagnóstico fue de 16 meses (1– 329). El 84.6% de los pacientes se encuentra actualmente en seguimiento activo, la pérdida del seguimiento ha sido del 12.15%.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artritis en el 84.5% de los casos, eritema malar 74%, úlceras mucosas 54%, leucopenia 49.5%, linfopenia 39.4%, trombocitopenia 20% y nefropatía en el 37.3%. En el laboratorio inmunológico: anticuerpos anti nucleares positivos en el 97.6%, anti DNAn 68%, anti SM 34%, anti SSA/Ro 35.7%, anti SSB/LA 15.04%, anti fosfolípidos 30%.

Centro de los hábitos y comorbilidades predominaron el tabaquismo en el 26.5%, hipertensión arterial en 25.4%, dislipemia 18.5% y diabetes en 14.4%. La mortalidad fue del 3.25%.

Conclusiones: en un período de 6 meses se han incluido en el registro RELESSAR 625 pacientes con diagnóstico de LES de diferentes puntos del país, mostrando alto porcentaje de pacientes de origen mestizo. Las manifestaciones más frecuentes fueron articulares y cutáneas. La continuidad de este registro en el término previsto de un año nos permitirá caracterizar la enfermedad en Argentina y comparar los resultados con los obtenidos en la población española.

15

PO015
0251
NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO: RESULTADOS MATERNOS Y FETALES
C Otaduy¹, A Maldonado¹, C Maldini¹, C Gobbi¹, E Albiero¹, ML Propato², P Alba^{1,2}
¹ Sección Reumatología, Hospital Córdoba. Cátedra de Medicina I. UNC, Argentina. ² Hospital Materno Neonatal. Córdoba, Argentina.

Introducción: La preexistencia de Nefritis Lúpica (NL) es un factor de riesgo importante para considerar al planificar un embarazo. Las pacientes con NL previa a la concepción tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones maternas y fetales. **Objetivo:** evaluar los resultados maternos y fetales en pacientes con LES con NL. El diseño del estudio es descriptivo, observacional y retrospectivo. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso Sistémico (LES) acorde al ACR con diagnóstico de NL con biopsia renal compatible, asistidos en el consultorio de enfermedades autoinmunes y embarazo del Hospital Materno Neonatal durante los últimos 2 años. Las biopsias renales se clasificaron acorde a la clasificación ISN/RPS 2004. Se evaluaron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio. La actividad Lúpica fue evaluada con SELENA SLEDAI adaptado al embarazo en el momento de la concepción, en embarazo y en el puerperio. **Resultados:** El número total de pacientes incluidos fue de 15 con 21 embarazos. La edad promedio fue de 31.6, 66.6% eran procedentes del interior de la provincia de Córdoba, 100% no poseían cobertura social y tenían antecedentes de promedio de gestas de 5 con una paridad promedio de 2. La duración de LES en años fue de 6.52, con un SLEDAI basal de 4.2, 60% tenían SAF asociado. Con respecto a la clase de NL, el 66.6% eran clase IV (G y S), 13.3 clase II, 13.3 clase V y 6.6 clase III. En la evolución sólo 4 pacientes (26.6%) presentaron brotes renales pero sólo 2 (13.3%) de ellos cursaron con insuficiencia renal no requiriendo terapia de diálisis y con recuperación de función renal en el puerperio, 3 de ellos durante el primer trimestre y sólo 1 durante el 3 trimestre del embarazo. Las complicaciones materno fetales presentadas fueron Preeclampsia en 6 pacientes (28.5%), Parto Prematuro en 8 (38.09%), REM en 3 (14.28%) y RCIU en 3 (14.28%) pacientes. La vía de finalización fue por parto normal en 9 pacientes y por cesárea en 12 pacientes, 9 fueron programadas y 3 de urgencia. Las principales indicaciones de cesárea de urgencia fueron preeclampsia en 2 pacientes y REM en 1. Los resultados fetales fueron un 95% nacidos vivos (n=20), con un promedio de edad gestacional de 36.23 y un peso promedio de 2.300 grs. No hubo mortalidad Materna. **Conclusión:** En conclusión, los pacientes con NL previa al embarazo presentaron buen pronóstico materno y fetal en este estudio.

16

PO016
0177
SÍNDROME METABÓLICO EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO
M Vigilano¹, P Alba¹, C Gobbi², M De Marchi³, V Neme⁴, G Dotto⁵, E Albiero¹, MA Yorio¹, MA Yorio¹
¹ Sección Reumatología, Hospital Córdoba Cátedra Medicina I UNC, Argentina. ² Cátedra de Medicina II UNC, Argentina. ³ Servicio de Bioquímica 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.

MATERIALES 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 del 2013 hasta marzo del 2015 y controles apareados por edad y sexo. Se recolectaron datos demográficos, los datos de altura, peso, perímetro abdominal (PA), índice de masa corporal (IMC), y TG. Los estudios de laboratorio incluyeron: glucemia, colesterol total (CT), HDL, LDL, Triglicéridos (TG), e insulina (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 (ATPIII) e Internacional Diabetes Federation (IDF), $p < 0,05$ fue considerado significativo. **RESULTADOS:** El total de pacientes fue de 43, 38 mujeres, con una media de edad de 37.7 años, y el grupo control fue de 43, 38 mujeres, con una media de edad de 39.2 años. El peso, PA, IMC fueron de 73.27 kg, 90.91 y 27.64 en SAFP y de 70.62 Kg, 86.72 y 21.86 en grupo control ($p=0.49$, $p=0.29$, $p=0.003$). Los valores de glucemia, CT, HDL, LDL, TG e IN fueron 105.09, 182.33, 55.02, 115.33, 108.42 y 13.07 en SAFP y de 101.30, 193.07, 65.79, 116.72, 91.98 y 9.98 en grupo control respectivamente. ($p=0.52$, $p=0.14$, $p=0.008$, $p=0.85$, $p=0.26$, $p=0.06$). 34.9% de los pacientes con SAFP Y 7% en controles cumplieron criterios de SM acorde a ATP III ($p=0.003$), 46.5% de los pacientes con SAFP y 14.3% en controles acorde a la OMS ($p=0.002$), y 44.2% en pacientes con SAFP y 14% en grupo control acorde a IDF ($p=0.004$).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de SM es alta en SAFP en este estudio y estos resultados deben ser confirmados en un número mayor de pacientes.

17

PO017
0113**EVALUACIÓN DEL DAÑO POR LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**
C Rojas, N Dominguez, M Acevedo, L García Faura, M Micelli, G Sequeira, EM Kerzberg
Servicio de Reumatología. Hospital J. M. Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: el daño acumulado predice el daño subsecuente y la muerte del paciente con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Por ende la prevención del daño debe ser el mayor objetivo terapéutico. El manejo básico del LES debe ser basado en decisiones compartidas entre el paciente informado y su médico tratante y se considera de importancia incluir la opinión del paciente en las herramientas que permitirán determinar su daño, y por ende su pronóstico y eventualmente la eficacia o la toxicidad de los tratamientos.

Objetivo: evaluar cuáles son los daños más significativos del LES que, a juicio del paciente, debería prevenir con mayor énfasis el médico tratante.

Materiales y métodos: encuesta a pacientes con LES. Se pidió que evalúen en una escala visual análoga de 0 a 10 (donde 0 significa no debe prestarle mucha atención y 10 significa debe prestarle la máxima atención), el listado de posibles daños secundarios a la actividad de la enfermedad, al tratamiento o interacciones (tomados del SLICC/ACR damage index, SLICC) con el agregado de 1 ítem (daño a la imagen corporal) que incluía los siguientes: aumento 5 kg de peso, cambios en los rasgos faciales, estrías, acné, fragilidad capilar, adelgazamiento de la piel e hirsutismo, sostenidos por al menos 6 meses). Se pidió además que señalen los 3 daños más importantes y los 3 menos importantes. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del hospital.

Resultados: se encuestaron 73 pacientes con LES (66 mujeres y 7 hombres) con una edad promedio de 35 años, una mediana de 6 años de evolución (rango 0-32), una mediana de SLEDAI de 2 (rango 0-14) y una mediana de daño de 0 (rango 0-1).

Análisis cuantitativo: La evaluación promedio que hicieron los pacientes del daño en forma global fue de 7; La evaluación del daño a la imagen corporal promedio fue de 6.6 y 7.9 fue el promedio para el resto de los daños mencionados en el SLICC. Los 3 daños de menor evaluación promedio fueron relacionados con el daño a la imagen corporal: estrías (6.3), hirsutismo (6.4) y cambios en los rasgos faciales (6.6); los 3 daños con mayor evaluación promedio fueron Insuficiencia renal crónica (8.6), filtrado glomerular < 50% (8.5) y malignidad (8.5). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la valoración promedio del daño global que hicieron los pacientes según la edad, el tiempo de evolución o la presencia de daño.

Nivel cualitativo: los pacientes con una mediana de edad menor tendieron a señalar entre los más importantes al daño a la imagen corporal (13.9% vs 5.4% en el resto; p 0.2). Los pacientes con una mediana de tiempo de evolución mayor señalaron más frecuentemente al daño a la imagen corporal entre los menos importantes (86.5% vs 63.9%; p 0.049). El 12.3% de los pacientes sin daño señalaron al daño a la imagen corporal entre los más importantes vs 0% en los pacientes con daño (p 0.2).

Conclusiones: mientras que el compromiso renal y las malignidades fueron señalados como los más significativos, la percepción del daño que debería prevenir con mayor énfasis el médico tratante, no parece estar influida por la edad, el tiempo de evolución ni la presencia de daño en el paciente. El daño a la imagen corporal tiende a ser percibido como de alguna importancia en pacientes más jóvenes, con menor tiempo de evolución y sin daño.

18

PO018
0051**MOTIVO DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**
S Ibañez, D Yucra Bobarrn, A Brigante, J Hogrefe, D Dubinsky
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) requieren internación para estudio y manejo de actividad y daño de la enfermedad, complicaciones del tratamiento, infecciones y comorbilidades. En la Cohorte de la Universidad John Hopkins de 261 pacientes 143 (55.3%) requirieron hospitalización en un período de 2 años. En múltiples publicaciones la causa de internación por reactivación es 11-80%, infecciones 11-31%, pueden ocurrir en cualquier momento y correlacionan con alta actividad de la enfermedad. La mortalidad está aumentada de 2 a 5 veces en pacientes con LES comparado con la población general, con un patrón bimodal, con muertes tempranas hasta los 5 años por actividad de la enfermedad y muertes tardías relacionadas a causa cardiovascular.

Objetivos: 1-Determinar el motivo de internación 2-Determinar el tratamiento 3 meses previos y su relación con la causa de internación

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal. Se analizaron HC de pacientes internados con diagnóstico de LES (ACR 1997), en el servicio de Clínica Médica desde Enero/2013-Junio/2015, consignando variables clínicas y epidemiológicas preestablecidas. Las variables cuantitativas se analizaron por t test y las variables categóricas por x2 con corrección de Yates

Resultados

Se analizaron 50 internaciones correspondientes a 28 pacientes: 25 mujeres (89%). Trece pacientes (46%) fueron internados o más veces. Tiempo de evolución promedio 4 años (0-22). Edad media 36 años (rango 16-77). Las causas fueron: actividad 58% (29/50), infecciones 28% (14/50), enfermedad cerebrovascular 4% (2/50) otras causas 10% (5/50). Dos pacientes presentaron simultáneamente actividad e infección. En 9 pacientes se realizó el diagnóstico de LES en la internación.

En los pacientes que se internaron por actividad las causas fueron nefritis 31% (9/29), serositis 17% (5/29), miosclerosquelético 17% (5/29) SNC (cefalea y neuritis óptica) 10% (3/29), cutáneo 10% (3/29), compromiso hematológico 6% (2/29), pulmonar y enteritis 3% (1/29).

Las infecciones fueron: genticulinas 35% (5/14) respiratorias 21% (3/14) gastrointestinales 21% (3/14), infección asociada a cathéter 14% (2/14) infección de piel y partes blandas 7% (1/14). Señales rescatadas en orina: 2/5 (Klebsiella p. BLEE y E. coli), Espudo 1/3 Acyinetobacter baumani y biopsia cutánea Enterobacter cloacae Hemocultivo Staphilococcus aureus metilicino resistente.

Una paciente presentó hematoma perirrenal post biopsia.

El 25% requirió UCI. Las causas fueron infecciones al ingreso, neumonía 3.5% (1/28), gastroenteritis 3.5%, y complicaciones infecciosas intrahospitalarias en 7% (2/28) No hubo óbitos.

El tiempo promedio de internación fue 15.4 días (rango 2-43). En los pacientes admitidos por actividad el tiempo promedio de internación fue 20 días y 10 días en los admitidos por infección.

El tratamiento recibido 3 meses previos a la internación en 43 episodios fue

Tabla 1

Tratamiento 3 meses antes de la internación	Total episodios N=43	Actividad N=29	Infección N=14
Corticoides	72% (31/43)	82% (18/29)	92% (13/14)
Dosis promedio	8mg/día	5 mg/día	376 mg/día
Hidroxicloroquina	60%(26/43)	58%(17/29)	64%(9/14)
Inmunosupresores	51%	51%	50%
Rituximab	7% (3/43)	7% (3/29)	0%
Ciclofosfamida	13% (6/43)	13% (4/29)	14% (2/14)
Azatioprina	9% (4/43)	7% (2/29)	14%(2/14)
MMF	13% (6/43)	13% (5/29)	7% (1/14)
Metotrexato	7% (3/43)	3,4% (1/29)	14% (2/14)

Conclusiones

Coincidiendo con otras series, el motivo de internación más frecuente fue reactivación de la enfermedad, con un tiempo de evolución menor de 5 años. Las internaciones por actividad fueron más prolongadas que por infección. Cuando el motivo de la internación fue infección se observó que mayor número de pacientes estaban recibiendo dosis más altas de corticoides en los 3 meses previos a la internación. Ambos grupos presentaban el mismo porcentaje de otras drogas inmunosupresoras.

En nuestra cohorte las infecciones fue el evento que determinó el ingreso a UCI.

19

PO019
0192**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS Y ASOCIACIONES CON COMPROMISO DE OTROS ORGANOS**
V Deves, M Britos, C De Cunto
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción. La mayoría de los pacientes con LES desarrollan alteraciones hematológicas en algún momento de la enfermedad. En estudios previos el compromiso hematológico se observó con una frecuencia del 34% al 79%. La relación de manifestaciones hematológicas con la afectación de varios órganos no ha sido ampliamente estudiada en poblaciones pediátricas con LES. **Objetivos.** Describir la frecuencia y el patrón del compromiso hematológico en pacientes con LES juvenil y evaluar su asociación con el compromiso de otros órganos.

Materiales y Métodos. Cohorte retrospectiva de pacientes con LES juvenil según criterios ACR 97 o SLICC'12, menores 18 años, en seguimiento al menos 1 año en un hospital universitario (período 2005-2015). Se evaluaron variables demográficas, clínicas, actividad de la enfermedad (SLEDAI'92), parámetros hematológicos, perfil inmunológico y detección de anticuerpos antiofosfolípidos, al inicio y a la última consulta. **Análisis estadístico:** se realizó Chi 2 o test de Fisher y T test. Se utilizó SPSS 22.0.

Resultados. Se incluyeron 49/60 pacientes con LES, mediana de edad al diagnóstico (Dx): 14 años (RIC 13-16), sexo femenino: 84%, con una mediana de seguimiento de 4 años (RIC 1,5-8,5). La mediana de actividad de la enfermedad al Dx (SLEDAI) fue 11 (RIC 9-13). El 74% (36/49) tenía compromiso hematológico a la primera consulta: anemia (62%), linfopenia (43%), leucopenia (31%) y trombocitopenia (18%). Se observó anemia hemolítica en 27.5% (8/29) del total de los pacientes con anemia. El perfil de anticuerpos mostró: antiADN (70%), anticardiolipinas (33%) y anticoagulante lúpico (27%). Todos los pacientes presentaron compromiso orgánico al inicio de la enfermedad: renal (47%), mucocutáneo (33%), artritis (29%), serositis (20%), miositis (18%), compromiso hepático (12%), SNC (14%), vasculitis periférica (5%) y pulmonar (4%). A la última consulta el 75 % presentó compromiso orgánico: renal (69%), SNC (12%), mucocutáneo (5%), hepático (5%), pulmonar (5%), serositis (3%) y artritis (3%). Sólo el 6.1 % (3/49) de los pacientes persistía con compromiso hematológico a la última consulta. El compromiso hematológico inicial se asoció con alteración de la función renal al Dx (p.04). Cuando se evaluó cada variable en forma independiente se halló que la anemia se asociaba con una enfermedad más activa al momento del Dx (p. 016), con el compromiso renal (p.04) con una mediana de Hb 10g/dl (RIC8,7-11,1) y con falla renal (p.007) con una mediana de Hb 8,7g/dl (RIC 8-10) al momento del Dx. La trombocitopenia se asoció con alteración de la función hepática al inicio de la enfermedad (p.04) con un recuento plaquetario mediano de 109.450/mm3 (RIC 8.347-19.700).

Conclusión. En nuestra cohorte de pacientes con LES juvenil la frecuencia de manifestaciones hematológicas iniciales fue 74%, la anemia y la linfopenia fueron las manifestaciones más frecuentes. La presencia de anemia se asoció en forma significativa con mayor actividad inicial y con compromiso renal, mientras que la presencia de trombocitopenia al diagnóstico se asoció con el compromiso de la función hepática.

20

27-9-2015
08:30 - 19:30**Posters**
"Síndrome de Sjögren"
Salones Columnas del Atlántico y Columns del BoulevardPO020
0147**MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

V Durigan¹, V Duarte¹, A Secco¹, A Catalan Pelleri¹, M Mamani¹, L Raiti², V Cruzat³, A Nitsche⁴, P Pucci⁵, C Amilranton⁶, C Asna⁷, JC Barreira⁸, S Velez⁹, M Mayer¹⁰, F Zazzetti¹¹, B Busama¹², C Gobbi¹³, C Troitino¹⁴, F Caeiro¹⁵, JP Piroldi¹⁶, N Benzaquen¹⁷, M Hayes Salinas¹⁸, S Papisidero¹⁹, J Demarchi²⁰, G Salvaterra²¹, L Santiago²²
¹Hospital Rivadavia, Argentina. ²Clínica Bessone, Argentina. ³Hospital Alemán, Argentina. ⁴Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ⁵Hospital Británico, Argentina. ⁶Hospital Córdoba, Argentina. ⁷Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ⁸Hospital Tornú, Argentina. ⁹IPRI, Argentina. ¹⁰OMI, Argentina.

Introducción: Las manifestaciones cutáneas son una de las manifestaciones extraglandulares más frecuentes en el Síndrome de Sjögren (SS). Se han descrito entidades como el eritema Anular, el síndrome de Sweet, el eritema nodoso y la vasculitis. La presencia de lesiones purpúricas palpables en las extremidades inferiores sugieren un proco vasculítico asociado con el SS. La vasculitis fue comunicada en aproximadamente el 10% de pacientes con SS, histológicamente caracterizada por vasculitis leucocitoclástica o linfocítica.

Objetivos: Describir las manifestaciones cutáneas en pacientes con Síndrome de Sjögren primario, inscriptos en la base de datos GESSAR (Grupo de Estudio de Síndrome de Sjögren Argentino) y determinar su asociación con manifestaciones clínicas sistémicas y de laboratorio.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de casos y controles. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Síndrome de Sjögren primario según Criterios Americano-Europeos 2002. Se recabaron datos demográficos, clínicos y serológicos de pacientes incluidos en la base de datos GESSAR desde su ingreso hasta junio 2015.

Se incluyeron casos (pacientes con manifestaciones cutáneas) y controles (sin manifestaciones cutáneas) con una relación 1:4. Se describieron las características demográficas y las manifestaciones cutáneas. A su vez se comparó los pacientes con púrpura, por ser esta una manifestación distintiva y frecuente, con el resto de los pacientes incluidos en el estudio. Para el análisis de variables continuas se utilizó T Test o Mann Whitney según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se realizó análisis multivariado de regresión logística.

Resultados:

Se incluyeron 335 pacientes, 67 con manifestaciones cutáneas, con una media de edad de 53 años (DS 15). 95% son de género femenino y un promedio de edad al diagnóstico de 47 años (DS 17).

El grupo de pacientes que presentaron manifestaciones cutáneas, 60% presentaron púrpura, 19% urticaria, 19% petequias, 16% úlceras, 7% eritema multiforme, 4% eritema nodoso y 9% nódulos subcutáneos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, género y tiempo de evolución de la enfermedad entre ambos grupos. En el análisis univariado se encontraron diferencias en: artritis (47% vs 31%, p=0.01), neuropatía (21% vs 9%, p<0.01), descenso de C4 (34% vs 18%, p<0.01), descenso de C3 (25% vs 10%, p<0.01) y crioglobulinemia (27% vs 9%, p<0.01). En el análisis multivariado no se encontró asociación independiente de ninguna de estas variables.

En lo que respecta a púrpura se encontraron diferencias significativas con artritis (49% vs 31%, p=0.02), neuropatía (25% vs 9%, p<0.01), anemia de trastornos crónicos (34% vs 17%, p<0.01), descenso de C3 (37% vs 10%, p<0.01), descenso de C4 (49% vs 15%, p<0.01), anti La (66% vs 47%, p<0.03) y crioglobulinemia (37% vs 10%, p<0.01). En el análisis multivariado, el descenso de C4 (OR 4.5 IC 95% 1.6-12.9, p<0.05) y la positividad de crioglobulinas (OR 5.6 IC 95% 1.7-18.6, p<0.05) se asociaron en forma independiente a la presencia de púrpura.

Conclusiones: No se encontraron asociaciones independientes en cuanto a las características demográficas, clínicas y serológicas entre los pacientes con y sin manifestaciones cutáneas. La púrpura es la manifestación cutánea más frecuente. El grupo de pacientes con púrpura se asoció más frecuentemente con el descenso de C4 y la presencia de crioglobulinas.

21

PO021
0154

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES CLÍNICOS Y SEROLÓGICOS DE MAL PRONÓSTICO EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ANÁLISIS DEL GRUPO GESSAR
PA Quevedo¹, MM Mayer², SD Velez³, F Zazzetti⁴, A Gomez⁵, JC Barreira⁶, L Raiti⁷, V Cruzat⁸, A Nilsche⁹, P Puccio¹⁰, C Asnari¹¹, C Crow¹², B Busamini¹³, C Gobbi¹⁴, F Caletro¹⁵, JP Pirola¹⁶, N Benzaquén¹⁷, M Hayes¹⁸, M Mamani¹⁹, A Secco²⁰, G Calzaya²¹, P Marcaida²², S Papasidero²³, J Demarchi²⁴, G Salvatierra²⁵, ML Santiago²⁶
¹ HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES, Argentina. ² CLÍNICA BESSONE, Argentina. ³ HOSPITAL ALEMÁN, Argentina. ⁴ HOSPITAL CÓRDOBA, Argentina. ⁵ HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, Argentina. ⁶ HOSPITAL RIVADAVIA, Argentina. ⁷ HOSPITAL TORNÚ, Argentina. ⁸ IPRI, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la disfunción de las glándulas exocrinas y se encuentra asociada a manifestaciones sistémicas. Se han identificado como indicadores de mal pronóstico a la sialoadenitis recurrente, púrpura palpable, leucopenia, hipergammaglobulinemia, crioglobulinemia e hipocomplementemia a predominio de la fracción C4.

OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de factores de mal pronóstico en pacientes con SS y su asociación con manifestaciones sistémicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes que cumplían criterios americano-europeos 2002 de SS, evaluados en distintos centros que forman parte del grupo de estudio de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESSAR). Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas y serológicas. Para comparar grupos se incluyó a todos los pacientes con al menos un factor de mal pronóstico (grupo 1) y aquellos que no lo presentaban (grupo 2). 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 472 pacientes, de los cuales se halló la presencia de al menos uno o más factores de mal pronóstico en el 58,6%(277/472), pertenecientes al género femenino el 88,4% (245/277) vs. 83,5%(162/194) p=0,12. La edad media fue 53+/-14,9 vs. 51+/-18,5 p=0,21. El factor de mal pronóstico más frecuente fue hipergammaglobulinemia policlonal en 36,4%(172/472), seguido por la sialoadenitis recurrente en 29%(137/472), hipocomplementemia a predominio de la fracción C4 en 13,35%(63/472), leucopenia 12,9%(61/472), púrpura palpable 6,9%(33/472), y crioglobulinemia 4,45%(21/472). Con relación a las manifestaciones sistémicas se encontró artritis 33,5%(93/277) vs. 26,1% (51/195) p=0,08, vasculitis cutánea 2,8%(8/277) vs. 1,05%(5/195) p=0,57, enfermedad pulmonar intersticial 4,335 (12/277) vs. 3,08(6/195) p=0,48, esofagitis por reflujo 8,6%(24/277) vs. 8,72% (17/195) p=0,72, neuropatía 10,4%(29/277) vs. 7,69%(15/195) p=0,30, acidosis tubular 0,36%(1/277) vs. 0 (0/195) p=0,32, linfoma 2,53%(7/277) vs. 0,51%(1/195) p=0,09; a nivel serológico se halló al AAN 81,9%(227/277) vs 62%(121/195) p=0,001; anti Ro/SSA 81,2% (225/277) vs 53,3% (104/195) p=0,0001, factor reumatoideo 54,5% (151/277) vs 29,7% (58/195) p=0,0001. Se analizó luego las manifestaciones sistémicas de acuerdo a la cantidad de factores que presentaban (ver tabla) y se evidenció que a mayor número de factores, mayor asociación a artritis, acidosis tubular renal y linfoma de forma significativa.

Manifestación	1 factor n=163(41,1%)	2 factores n=89(18,8%)	3 o mas factores n=26(5,51%)	Sin factores n=195(41,1%)	p.
Artritis	95(33,7%)	25(28%)	14(53,8%)	50(25,7%)	0,002
Acidosis tubular renal	1(0,61%)	3(3,32%)	2(7,69%)	1(0,52%)	0,002
Linfoma	1(0,61%)	5(5,62%)	1(3,85%)	1(0,52)	0,008
Enfermedad pulmonar intersticial	3(3,07%)	5(5,62%)	2(7,69%)	3(3,09%)	0,488
Cirrosis biliar primaria	7(4,29%)	2(2,25%)	2(2,69%)	3(3,09%)	0,553
Neuropatía periférica	19(11,6%)	6(6,7%)	4(15,3%)	15(7,73%)	0,326

CONCLUSIONES: La frecuencia de pacientes con al menos un factor de mal pronóstico fué del 58,6% siendo la hipergammaglobulinemia policlonal el más frecuente. Este grupo presentó de forma significativa mayor seropositividad para AAN, anti Ro/SSA, factor reumatoideo y mayor frecuencia de artritis, linfoma y acidosis tubular renal en presencia de un mayor número de estos factores.

23

PO023
0062

EFFECTOS DEL TABACO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN
NR Benzaquén¹, M Hayes², A Nilsche³, JP Pirola⁴, V Cruzat⁵, A Nilsche⁶, P Puccio⁷, C Amiranó⁸, C Asnari⁹, JC Barreira¹⁰, S Velez¹¹, F Zazzetti¹², B Busamini¹³, C Gobbi¹⁴, A Catalán Pellea¹⁵, A Secco¹⁶, J Lares¹⁷, V Sandoval¹⁸, S Papasidero¹⁹, J Demarchi²⁰, G Salvatierra²¹, ML Santiago²², F Caletro²³
¹ Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ² Clínica Bessone, Argentina. ³ Hospital Alemán, Argentina. ⁴ Hospital Británico, Argentina. ⁵ Hospital Córdoba, Argentina. ⁶ Hospital Rivadavia, Argentina. ⁷ Hospital Tornú, Argentina. ⁸ IPRI, Argentina. ⁹ OMI, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo puede contribuir a la patogénesis y severidad de distintas enfermedades autoinmunes. Sin bien se ha comunicado la asociación en pacientes fumadores con Sjögren y la presencia de ANA positivos y con menor grado de inflamación en la biopsia de glándula salival, no se ha hallado asociación con el desarrollo de manifestaciones extraglandulares.

OBJETIVO: Analizar el rol del tabaco en la presencia de manifestaciones clínicas, serológicas y anatomopatológicas en una población de pacientes con Sjögren.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional y analítico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad que cumplen criterios diagnósticos de síndrome de Sjögren primario pertenecientes a GESSAR (Grupo de Estudio de Síndrome de Sjögren Argentino). La población fue dividida en dos grupos: expuestos y no expuestos al tabaco. Las variables categóricas se compararon con test de Chi2 y las variables continuas con Test t. Aquellos con ps0,10 se incluyeron en análisis multivariado de regresión logística.

RESULTADOS: Se analizaron 288 pacientes, 250 eran mujeres (86,8%), con una edad promedio al diagnóstico de 49,0 ± 15,9 años. Nunca habían fumado 224 (77,8%), tabaquista actuales19 (6,6%) Ex tabaquista 45 (15,6%). Paquetes de cigarrillos/años: 1 (RIC 0-12). Del total de pacientes, en 190 (66,0%) se había realizado biopsia de glándula salival menor.

Comparación de las variables entre expuestos y no expuestos al tabaco
Análisis Univariado:

Mujeres n (%)	50 (90,9)	200 (69,7)	0,18
Edad al diagnóstico m (DE)	47,7 (15,4)	49,4 (16,1)	0,45
ANA positivo n (%)	52 (92,9)	175 (84,1)	0,13
Anti Ro positivo n (%)	41 (89,5)	165 (79,3)	0,12
Anti La positivo n (%)	27 (47,4)	98 (47,1)	1,00
FR positivo n (%)	27 (46,6)	116 (59,2)	0,09
Presencia de gamapatía n (%)	21 (48,8)	100 (55,2)	0,49
VSG m (DE)	30,2 (25,3)	28,3 (19,8)	0,38
Biopsia grado 3 y4 n (%)	39 (79,6)	118 (86,8)	0,25
Manif glandular n (%)	61 (95,3)	217 (96,9)	0,47
Manif ostearticulares n (%)	53 (82,8)	160 (72,4)	0,10
Manif dérmicas n (%)	16 (26,7)	60 (27,8)	1,00
Manif respiratorias n (%)	11 (18,6)	59 (27,1)	0,24
Manif cardíacas n (%)	1 (1,6)	1 (0,5)	0,37
Manif digestivas n (%)	16 (26,7)	32 (14,9)	0,03
Manif renales n (%)	3 (5,7)	2 (1,0)	0,06
Manif neurológicas n (%)	5 (8,8)	30 (13,9)	0,38
Manif ORL n (%)	7 (12,5)	30 (14,0)	1,00
Linfoma n (%)	0	3 (4,2)	1,00

Análisis Multivariado:
Las manifestaciones renales se asociaron de manera independiente con la exposición al tabaco. Manifestación renal OR 6,00 (IC 95% 1,00-38) p=0,04

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio encontramos asociación independiente entre la exposición al tabaco y la presencia de manifestaciones renales, en pacientes con Síndrome de Sjögren. No se encontró asociación entre tabaquismo y gradación histológica de la biopsia glandular. Tampoco se observó relación con la presencia de anticuerpos.

22

PO022
0096

CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DE LA CICLOOXIGENASE-2, PGE2 Y 6-KETO-PGF1A EN GLÁNDULAS SUBMANDIBULARES DE RATA EN PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR MUSCARÍNICO M3 DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO
CN Pisoni¹, MA Cosatti², S Reina³, A Eimon⁴, S Ganzinelli⁵, E Borda⁶
¹ CEMIC, Argentina. ² Unidad de Farmacología, Universidad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Se ha reportado previamente que la presencia de anticuerpos anti receptor de acetilcolina M3 dirigidos contra la glándula lagrimal y salival de la rata gatillan efectos biológicos a través del sistema parasimpático.

Objetivo: evaluar el proceso inflamatorio provocado por el anticuerpo contra el receptor de acetilcolina M3 (anti-M3) de suero de pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp) en las glándulas submandibulares de rata a través de la expresión de mRNA COX-2 y la producción de PGE2 y PG12.

Materiales y Métodos: los niveles de PGE2, 6-keto-PGF1a fueron medidos por enzoinmunoensayo (ELISA) y los niveles de AMP cíclico (AMPc) mediante RIA en glándulas submandibulares de rata, en presencia de anticuerpos anti-M3 y luego de la incubación con distintos inhibidores. Se utilizó reacción de polimerasa en cadena para medir la expresión del gen mRNA de COX-2. Se incluyeron además los niveles de PGE2 y 6-keto-PGF1a en el suero de pacientes con SSp.

Resultados: Para determinar el efecto de la IgG anti-M3 se midieron los niveles de COX-2 mRNA en acinos de glándulas submandibulares incubados con el anticuerpo, comparados con glándulas incubadas con sueros de controles sanos. A las 6 horas se produjo un aumento significativo de COX-2 mRNA en glándulas incubadas con el suero de pacientes comparada con las del suero control (P<0,001). Este aumento en la expresión de COX-2 mRNA se inhibió de manera significativa (P<0,01) cuando se incubó el anticuerpo en presencia de DuXOOP697 (1x10⁻⁶ M) [un antagonista específico de COX-2] bajo las mismas condiciones experimentales.

Cuando el experimento se repitió en presencia de un antagonista específico del receptor de acetilcolina M3 (J104127 y/o péptido sintético M3) el cambio en los niveles de COX-2 mRNA no alcanzó diferencias estadísticamente significativas. Se produjo un aumento significativo en la producción de PGE2 y 6-keto-PGF1a en los acinos de glándulas submandibulares incubados con el anticuerpo anti-M3, alcanzando el máximo en una curva de dosis respuesta cuando la concentración del anticuerpo fue 1x10⁻⁸ M. El aumento de la producción de ambos prostanoídes fue inhibido alcanzando valores similares a los basales cuando las preparaciones tisulares fueron incubadas con antagonistas de prostanoídes (PF-04418948 2x10⁻⁹ M para PGE2 y RO3244794 5x10⁻⁸ M para 6-keto-PGF1a).

Para comprobar si el aumento de AMPc es causado por aumento de PGE2 y 6-keto-PGF1a en nuestra preparación, estudiamos la acción de ambos prostanoídes en la producción de este nucleótido. Ambas prostaglandinas fueron capaces de aumentar la producción de AMPc mientras que los antagonistas selectivos de prostanoídes (PF-04418948 para PGE2 y RO3244794 para 6-keto-PGF1a) inhibieron la acción estimulatoria provocada por las prostaglandinas.

Se estudiaron los niveles de PGE2 y 6-keto-PGF1a en el suero de 28 pacientes con SSp y en 25 individuos sanos. La concentración de 6-keto-PGF1a y PGE2 en el suero de los pacientes con SSp fue dos desvíos estándar más alto que en los individuos normales (P<0,001).

Conclusión: Este estudio sugiere un interjuego complejo entre distintos factores involucrados en la inmunidad adaptativa en pacientes con SSp en las glándulas exocrinas. El autoanticuerpo IgG anti M3 de suero de pacientes con SSp fue capaz de estimular la expresión del gen COX-2 mRNA y el incremento en la generación de PGE2 y 6-keto-PGF1a inhibidos por el antagonista colinérgico M3 específico. Los prostanoídes juegan un rol importante en el proceso inflamatorio en la glándula exocrina.

24

PO024
0004

ALTERACIONES DEL ÁREA METAFISIARIA TIBIAL EN RATONES NOD CON SÍNDROME DE SJÖGREN

B Busamini¹, MB Gubliemotti², S Fontana³, M Mariani⁴, K Rhys⁵, C Gobbi⁶, E Albiero⁷, M Yorio⁸
¹ Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ² Cátedra de Anatomía Patológica, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ³ Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ⁴ Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, UNC, Argentina. ⁵ Cátedra de Semiología, Hospital Córdoba, UNC, Argentina.

INTRODUCCIÓN: En JIC 2014 describimos en estudios radiográficos alteraciones óseas en ratones NOD afectados con Síndrome de Sjögren (NOD-SS), caracterizadas por la disminución de la radiopacidad de las corticales de la tibia, en relación a los controles. Estos resultados sugerirían que los ratones NOD-SS podrían desarrollar desordenes en la histoarquitectura de las tibias. En la bibliografía actual, no se han descrito claramente afecciones óseas relacionadas con el SS. **OBJETIVO:** Evaluar histológicamente el área metafisaria de las tibias de 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 (grupo SS) y controles NOD sin SS (grupo C, control). Los animales fueron 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 ratones fueron anestesiados con ketamina xilacina, se extrajeron ambas tibias, luego fueron llevados a eutanasia. Los huesos fueron fijados en formol buffer, descalcificados con EDTA y procesados para su inclusión en parafina. Se realizaron cortes orientados según el eje longitudinal de la tibia. Las muestras obtenidas se colorearon con hematoxilina eosina y se evaluó histológicamente el área metafisaria de ambos grupos.

RESULTADOS: en el grupo SS se evidencia en las tibias alteración en la histoarquitectura del cartilago y de las trabéculas metafisarias, en las que se observan menos trabéculas, de menor longitud, así como trabéculas selladoras, cuando se las compara con el grupo C.

CONCLUSIÓN: Los hallazgos radiográficos del estudio previo en el que se observó una disminución de la densidad en las corticales de la tibia y a las alteraciones en la histoarquitectura detectadas en el área metafisaria en el presente estudio preliminar, nos permitirían sugerir que los ratones NOD con SS generan modificaciones en el tejido óseo. Es necesario realizar estudios histomorfométricos en 2D y con técnicas de inmunomarcación, de la calidad y de la actividad del tejido óseo, con la finalidad de objetivar la respuesta en ratones NOD con SS.

27-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Miopatías"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO025

INFORME PRELIMINAR DEL REGISTRO ARGENTINO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS
GN Gomez¹, JF Sarano¹, MV Collado¹, MA Gargiulo¹, A Granel¹, AI Marcos¹, P Quevedo Mayorga¹, S Velez², JC Barreira³, B Barrios⁴, JM Bande⁵, S Papisidero⁶, J Caraciolo⁷, MN Lojo⁸, V Wernicke⁹, AC Costi¹⁰, MA Garcia¹¹, V Juarez¹², C Cattigio¹³, M Cosatti¹⁴, CN Pisoni¹⁵, R Garcia Salinas¹⁶, MP Girard Bosch¹⁷, S Pineda¹⁸, G Herrera¹⁹, M Moroni²⁰, E De Simone²¹, M Rivero²², R Bernuero²³, S Viasentini²⁴, LV Suarez²⁵, M Khoury²⁶
¹ Instituto de Investigaciones Médicas, Alfredo Lanari (CABA), Argentina. ² Hospital San Roque de Gonnet (La Plata), Argentina. ³ Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ⁴ Hospital E. Tornú (CABA), Argentina. ⁵ Hospital Rossi (La Plata), Argentina. ⁶ HIGA San Martín (La Plata), Argentina. ⁷ Hospital Nro Señor del Milagro (Salta), Argentina. ⁸ CEMIC (CABA), Argentina. ⁹ Hospital Italiano (La Plata), Argentina. ¹⁰ Consultorio, Venado Tuerto (Santa Fe), Argentina. ¹¹ Hospital Churrucá (CABA), Argentina. ¹² CE Vacarezza, Alberti (Pcia Buenos Aires), Argentina. ¹³ Hospital Durand (CABA), Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias de causa autoinmune (polimiositis, dermatomiositis, miopatía necrotizante autoinmune y miositis por cuerpos de inclusión) presentan diferencias clínicas, serológicas, histológicas y distintos grados de respuesta al tratamiento. En nuestro país, no contamos con datos relacionados con la enfermedad y su baja prevalencia explicita también la falta de evidencia local. Esto generó la iniciativa de trabajar en forma conjunta y multicéntrica en la implementación de un registro.

OBJETIVOS: Describir las características de pacientes con miopatías inflamatorias ingresados al registro de la Sociedad Argentina de Reumatología.

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron al registro pacientes mayores de 18 años al momento del diagnóstico, con PM, DM y MCI según criterios de Bohan y Peter procedentes de 13 centros de Ciudad de Buenos Aires, provincias de Buenos Aires, Santa Fé y Salta. Se analizaron retrospectivamente datos sociodemográficos, hábitos, características clínicas, laboratorio, tratamiento y mortalidad de los primeros pacientes ingresados.

RESULTADOS: Ingresaron 116 pacientes, 69 con DM (60%), 44 con PM (38%) y 2 pacientes con MCI. El 70% fueron mujeres (n=82), 65 blancos, 20 mestizos, 10 amerindios. Promedio de edad al diagnóstico: 43 años (DE±15), promedio de años de enfermedad al momento del ingreso al registro: 6 (DE ± 6). El 73 % tenía cobertura médica y 47% tenían empleo.

Características clínicas: el curso de la enfermedad fue monofásico en 33% de los pacientes, polifásico en 23% y crónico en 29% y la debilidad muscular se manifestó en 93/113 P (82%) al momento del diagnóstico. Compromiso muscular respiratorio y/o trastornos deglutorios se describió en 13 P.

Fenómeno de Raynaud y artritis se observó en 39% de la muestra y al diagnóstico, 21/113 P (18%) tuvieron enfermedad intersticial pulmonar: 6/92 UIP, 12 NSIP y 2 con daño alveolar difuso. Tres pacientes tuvieron hipertensión pulmonar y neoplasia asociada a miopatía se encontró en 10/114 pacientes.

Estudios diagnósticos: 78/110 pacientes (71%) tuvieron EMG con patrón miopático, biopsia de músculo se realizó a 65 pacientes y RMN a 23.

Laboratorio: 85% de los pacientes tuvieron CPK elevada. En cuanto a los ac asociados a miositis: FR y FAN se realizó a 106 siendo positivo en 64% y Pm-Sd (+) 2/45. De los ac específicos (AEM) anti Jo-1 se solicitó con mayor frecuencia siendo positivo en 16/91 pacientes (14%). El resto de los AEM se midieron en 44 pacientes observando que anti-PL-12 y anti-Mi-2 tuvieron frecuencias similares a la de anti Jo-1 (14%), anti SRP fue positivo sólo en 2 pacientes y ninguno tuvo anti-Pf-7.

Tratamiento: el 100% de los pacientes recibieron glucocorticoides, de ellos, 27% pulsos endovenosos y el resto vía oral. Metotrexato se indicó a 61% de los pacientes, azatioprina a 50%, hidrocortisona a 32%, ciclofosfamida, micofenolato, IVIG y rituximab a menos de 12% de los pacientes. Requieren internación por la enfermedad 52/90(58%) y fallecieron 5/112.

CONCLUSIONES: se describen los primeros datos del registro argentino de miopatías inflamatorias. Se observó que las características clínicas de los pacientes incluidos fueron similares a las descritas en otros trabajos. Sin embargo la frecuencia de los anticuerpos específicos de miositis como anti Jo-1 se observó en un porcentaje menor al de otras series.

Una de las limitaciones del trabajo es que la adquisición de la información clínica se basó en la revisión retrospectiva de historias clínicas con la consiguiente pérdida y/o falta de datos.

Tratándose de una enfermedad poco prevalente sería conveniente contar con la participación de más centros del país para que la información obtenida sea representativa ya que el 89% de los datos presentados provienen de una única región.

027
0073
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS
AC Costi, A Vulcano, A Testi, J Marcos, C Pena, AP Salas, V Arturi, P Sansinanea, M Pera, R Aguilu, MA Garcia
H.I.G.A.Gral. San Martín de La Plata, Argentina.

Objeto: Analizar los diagnósticos de Miopatía Inflamatoria Idiopática (MI) y los tratamientos inmunosupresores realizados.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de pacientes evaluados con Miopatía Inflamatoria en un Servicio de Reumatología de derivación de la provincia de Buenos Aires desde el año 1992 a la actualidad.

Se revisaron las historias clínicas y se analizaron en base a los criterios de Bohan y Peter modificados (1975).

Resultados: De 75 pacientes derivados con sospecha de miopatía inflamatoria, cumplieron criterios de diagnóstico 67 pacientes (89.3%).

La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 47 años +/- 15, 78% fueron de sexo femenino. La pérdida de seguimiento fue del 10%.

Manifestaciones Clínicas	N:67	%
Debilidad muscular proximal	56	83.5
Debilidad músculos de cuello	22	32.8
Disfagia	32	47.7
Mialgias	39	58.2
Raynaud	23	34.3
Artritis	23	34.3
Artralgias	31	46.3
Asiata	33	49.2
Pérdida de peso	32	47.7
Fiebre	12	18
Compromiso pulmonar	14	20.8
Compromiso cutáneo	52	77.6
Escrudoradilla	8	12
Pápulas Gottron	35	52.2
Eritema Helicótopo	35	52.2
Eritema escote	42	62.6
Eritema en dorso	42	62.6
Fotosensibilidad	42	62.6
Eritema periangueal	12	18
Ulceras necrotizantes	3	4.4
Alopecia difusa	13	19.4
Rash malar	25	37.3
Prurito	19	28.3

Laboratorio: de los pacientes estudiadas aumento de las enzimas LDH, CPK, Aldolasa, TGO y TGP en un 63%, 69%, 48%, 51% y 54% respectivamente. La ERS se encontró elevada en un 67% y la PCR en un 27% de los pacientes. ANA positivo 63%, FR 12%, SSA/Ro 21%. El Ac anti Jo-1 fue realizado en 67 % (n: 45) siendo positivo en 6,8% (n: 3).

La biopsia muscular fue realizada en un 43% (n: 29), con diagnóstico de miopatía en un 79% (n: 23). El EMG se realizó en el 40% (n: 27) con patrón miopático en un 96% (n: 26).

Los subgrupos dentro de la miopatía inflamatoria fueron los siguientes: Dermatomiositis Idiopática: 58% (n:39); Dermatomiositis Juvenil: 1.5% (n:1); Dermatomiositis Amiopática: 6% (n: 4); Síndrome Antisintetasa: 6% (n: 4); Miopatía asociada a Esclerodermia: 9% (n: 4); Miopatía asociada a Enfermedad del Tejido Conectivo: 22% (LES n: 5, Esclerodermia n: 5, Enfermedad Mixta n: 1, Artritis Reumatoidea n: 2, Síndrome Sjogren n: 2).

Tratamientos realizados: El 99% de los pacientes recibió corticoterapia (pulsos de metilprednisolona: 21 %, glucocorticoides vía oral 97 %). La dosis promedio de inicio de metilprednisolona fue de 54 mg/día. Drogas inmunosupresoras: Metotrexato: 72%, Hidrocortisona: 37%, Azatioprina: 31% Ciclofosfamida vía endovenosa: 16%, Micofenolato 10% y Ciclosporina: 3%. Gammaglobulina Humana 13%. Drogas biológicas 9% (2 pacientes anti- TNF subcutáneo, 4 pacientes Rituximab).

El principal motivo de indicación de ciclofosfamida (n: 11) fue el compromiso pulmonar intersticial (n: 9), seguido por debilidad muscular (n: 1 esclerodermia) y dermatomiositis amioipática con úlceras necrotizantes (n: 1).

Mortalidad: 18/67 pacientes fallecieron (27%) siendo el promedio de supervivencia de 23 meses desde el diagnóstico. La principal causa de fallecimiento estuvo relacionada con complicaciones infecciosas (61%), seguida por las causas cardiovasculares (11%).

Conclusión: El diagnóstico más frecuente de las MI fue Dermatomiositis seguido por las miopatías asociadas a enfermedades del tejido conectivo. La mortalidad fue muy alta y relacionada principalmente a complicaciones infecciosas. Recibieron tratamiento con corticoides en altas dosis la mayoría de los pacientes y como inmunosupresor el Metotrexato fue la droga más indicada seguida por Azatioprina. Gammaglobulina Humana y Rituximab fueron indicados en casos refractarios al tratamiento inmunosupresor convencional.

PO026
0072
MIOPATÍA INFLAMATORIA ASOCIADA A NEOPLASIA: PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y MORBIMORTALIDAD
AC Costi, A Vulcano, A Testi, J Marcos, C Pena, AP Salas, V Arturi, P Sansinanea, M Pera, R Aguilu, MA Garcia
H.I.G.A.Gral. San Martín de La Plata, Argentina.

Objeto: Analizar las distintas formas de presentación, tratamiento, evolución y pronóstico de las miopatías asociadas a cáncer en nuestro grupo de pacientes.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de 67 pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria que reúnen criterios de clasificación de Bohan y Peter (1975) en un Servicio de Reumatología de derivación de la provincia de Buenos Aires desde el año 1992 a la actualidad.

Resultados: de 67 pacientes evaluados con miopatía se asociaron a diagnóstico de cáncer 15% (n: 10), 70% sexo femenino, la edad promedio al diagnóstico fue de 41 años. El retraso diagnóstico de la miopatía fue de 12 meses (rango: 1-14 meses).

Presentaron aumento de enzimas LDH 60%, CPK 70%, Aldolasa 50%, TGP 50% y TGO 40%. ANA positivo 40 % (cerca del valor de corte en todos los casos), SSA/Ro positivo 10%. FR 10%. ERS elevada 60% y PCR elevada 40%.

Manifestaciones clínicas	n: 10	%
Debilidad muscular proximal	8	80
Debilidad músculos del cuello	6	60
Disfagia	4	40
Mialgias	5	50
Compromiso pulmonar	2	20
Compromiso cutáneo	6	60
Prurito	9	90
Pápulas de Gottron	7	70
Lesiones necrotizantes	2	20
Eritema en helicótopo	7	70
Eritema en escote	4	40
Eritema en dorso	7	70
Fotosensibilidad	6	60

Se diagnosticó cáncer de mama en 30% de los casos (n:3), útero 10% (n:1), ovario 10% (n:1), vesícula 10% (n:1), tiroides 10% (n:1), infiltrado medula ósea de células atípicas 10% (n:1), biopsia ganglionar con atipia 10% (n:1) y metástasis hepáticas (primario desconocido)10% (n:1).

La miopatía precedió al diagnóstico de cáncer en 3 pacientes, fue concomitante en 3 y posterior en 4. Se destaca el caso de una paciente refractaria al tratamiento y con múltiples recaídas que se realizó diagnóstico de cáncer de tiroides a los 10 años del diagnóstico de miopatía.

La Dermatomiositis Idiopática fue la forma más frecuente de presentación 70% (n: 7), seguida por el Síndrome Antisintetasa 20% (n: 2) y Dermatomiositis Amioipática 10% (n: 1).

Tratamientos realizados: todos los pacientes recibieron corticoterapia vía oral, las dosis media de metilprednisolona fue de 47,5 mg/día (rango 20 – 100). Un 40% (n: 4) recibió pulsos de glucocorticoides. Las drogas inmunosupresoras utilizadas en orden de frecuencia fueron: metotrexato 60% (n: 6), azatioprina 20% (n: 2), hidrocortisona 20% (n: 2), micofenolato 10%(n:1) y ciclofosfamida 10% (n: 1). Gammaglobulina Humana 20% (n: 2).

Mortalidad: 50% (n: 5) en el 60% de los casos relacionada con causa infecciosa (shock séptico). Continúan en seguimiento 5 pacientes: una paciente con cáncer de ovario (estadio IV), otras dos con cáncer de mama (estadio IV), cáncer de útero (estadio VI) y cáncer de tiroides con buena evolución de la miopatía en todos los casos.

Comentario: La miopatía asociada a cáncer en este grupo de pacientes fue de un 15%, con una mortalidad del 50%. El diagnóstico de malignidad se hizo antes, durante y después del diagnóstico de miopatía sin cambios en los tratamientos inmunosupresores realizados. Los auto anticuerpos fueron positivos en un bajo porcentaje de pacientes.

PO028
0240
SÍNDROME ANTISINETASA TRATADO CON RITUXIMAB: A PROPÓSITO DE DOS CASOS
M Valero^{1,2,3}, J Sánchez Alcover^{1,2,3}, V Borgia^{1,2,3}, A García Ciccarelli^{1,2,3}, E Civit de Gargianni^{1,2,3}
¹ Hospital Nuestra Señora Del Carmen Mendoza, Argentina. ² F. C. Médicas Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. ³ Universidad de Mendoza, Argentina.

El síndrome antisintetasa (SA) es una enfermedad inmunomediada, sistémica con escasa respuesta al tratamiento convencional. Al igual que otras miopatías inflamatorias, se trata con altas dosis de glucocorticoides. La mortalidad mayor en estos pacientes responde al compromiso pulmonar presente en más del 70% de los mismos. La ciclofosfamida continúa siendo la droga más utilizada en esta patología, con escasa evidencia de respuesta terapéutica. El Rituximab, un anticuerpo monoclonal anti CD20 ha mostrado resultados promisorios en muchas enfermedades inmunomediadas, tales como vasculitis o Lupus. Existen reportes de miopatías asociadas a síndrome antisintetasa que evidenciaron buena respuesta clínica con Rituximab, por lo que se presentan 2 casos de pacientes tratados exitosamente con dicha droga.

1° Caso: Paciente femenino de 58 años sin antecedentes patológicos relevantes. Comienza un mes antes de la consulta con artritis de pequeñas y grandes articulaciones, mialgias y debilidad de cintura escapular, a lo que se agregan los días previos disnea, tos seca y fiebre. Examen físico: lesiones hiperqueratósicas en manos (manos de mecánico), artritis de pequeñas y grandes articulaciones, debilidad muscular de cintura escapular; Kendall 3/5. Rales velcro en ambos campos y crepitantes en base derecha. Estudios complementarios: laboratorio: FR (-) CCP (-) PCR: 48 mg/dL; VSG: 96 mm/1° hora; FAN(-); CKP: 6543 U/L; GOT: 268U/L; GPT: 173 U/L; LDH: 1473 U/L; antiJo1: 142 U/ml. Rx. De Tórax: Infiltrado bibasal con broncograma aéreo en base derecha. Evolución: Se inicia ATB por neumonía. Se deriva a UTI por insuficiencia respiratoria. TAC tórax: infiltrado mixto, parcheado, predominio perihilar de lóbulos superiores con vidrio esmerilado. Biopsia muscular (deítoidea) patrón inflamatorio de miostis. Conducta: ATB de amplio espectro, pulso de metilprednisolona 1 gr/día por tres días con buena respuesta clínica, continuó con metilprednisolona 60 mg/día con descenso progresivo a 8 mg/día. Inmunoglobulina a altas dosis. A los 4 meses presenta recaída del cuadro con disnea, mialgias, debilidad muscular y artritis por lo que se indica Rituximab 1 gr cada 15 días: 2 infusiones, con recuperación clínica y de laboratorio. Espirometría previa a administración de Rituximab: patrón restrictivo moderado FEV1 1,65 y FVC 1,91 y luego del mismo cambio a restrictivo leve con FEV1 2 y FVC 2,5 con franca mejoría de las imágenes tomográficas.

2° Caso: Paciente femenino de 42 años sin antecedentes patológicos que presenta desde un mes previo a la consulta con tos seca y disnea. Se diagnosticó neumonía, medicándose con ATB sin respuesta. Se agregó artritis y descamación en manos. Examen físico: hiperqueratosis en manos (manos de mecánico), artritis en pequeñas articulaciones, rales velcro bibasales. Exámenes complementarios: FAN (+) 1/80 moteado; LDH: 753 U/L; CPK: 248U/L; GOT y GPT normales antiJo1: 55.5 U/ml. TAC tórax: infiltrado intersticial en lóbulos inferiores con opacidades en vidrio esmerilado. Conducta: Se inicia metilprednisolona 40 mg/día con descenso paulatino sin respuesta favorable, por lo que se indica Rituximab con buena resultado. Espirometría: pre medicación: FEV1 1,57 y FVC 1,85 patrón restrictivo severo. Post Rituximab: FEV1 0,01 y FVC 2,35 cambiando a restrictivo leve con mejoría en imágenes pulmonares.

Discusión: Estudios observacionales han sugerido que la afectación intersticial progresiva del SA es el mayor determinante de la morbi-mortalidad de esta patología. Se observaron retrospectivamente dos casos de síndrome antisintetasa con compromiso pulmonar severo tratados con antiCD20 con buena respuesta al mismo, tanto en parámetros clínicos, como en la respuesta funcional pulmonar.

Conclusión: El Síndrome Antisintetasa es una patología poco frecuente, su tratamiento no está aún estandarizado. En estos dos pacientes se obtuvo eficacia con anti CD20 para controlar la actividad de la enfermedad. Se recomienda evaluar mayor número de casos para considerar al Rituximab una opción terapéutica.

27-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Vasculitis"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard
PO029

VASCULITIS ANCA EN ANCIANOS COMPARADA CON PACIENTES JÓVENES

M Gallardo, M Scolnik, L Pompermyer, V Scaglioni, ER Soriano
Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las Características clínicas de los pacientes ancianos con vasculitis asociada ANCA (VAA) no han sido completamente dilucidadas. La edad avanzada es un factor de riesgo de eventos secundarios relacionados con el tratamiento y la mortalidad en pacientes de VAA. También comorbilidades en el momento del diagnóstico VAA se han asociado con reducción en la cantidad de pacientes y menor supervivencia renal. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas y los resultados en los pacientes de edad avanzada con VAA en comparación con los más jóvenes.

Métodos: Todos los pacientes atendidos en nuestro hospital entre los años 2000 y 2014 con diagnóstico de Granulomatosis de Wegener (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) y vasculitis ANCA limitada al riñón (VLR) fueron incluidos. Los pacientes fueron divididos en un grupo de personas de edad avanzada (edad > 65 años) y un grupo más joven (edad <65 años). Se analizaron las características clínicas, comorbilidades, tratamientos, resultados renales y mortalidad.

Resultados: Cien pacientes fueron incluidos (70% mujeres, edad media al diagnóstico de 58,4, DS 18,8). Los pacientes más jóvenes (n = 55) fueron comparados con los de más edad (n = 45) (tabla 1). La afectación renal secundaria a vasculitis fue significativamente más frecuente en pacientes de mayor edad (p = 0,045). No se encontraron otras diferencias clínicas entre ambos grupos. La hipertensión y la dislipidemia fueron más frecuentes en pacientes mayores de 65 años. Mientras que las recaídas fueron más frecuentes en el grupo de menor edad (p = 0,02), la mortalidad fue mayor en el grupo de mayor edad (p = 0,03). En un análisis de regresión logística, la insuficiencia renal crónica fue la única variable asociada con la mortalidad (OR T IC 1,18-41,7; p = 0,032).

Conclusión: los pacientes de edad avanzada con VAA tenían mayor compromiso renal, hipertensión y dislipidemia; y un aumento de la mortalidad. Las recaídas fueron más frecuentes en los pacientes más jóvenes. La insuficiencia renal crónica se asoció de forma independiente con la mortalidad en todo el grupo.

Tabla 1. Comparación entre pacientes jóvenes y de edad avanzada con vasculitis ANCA

	Grupo de Vasculitis ANCA jóvenes (< 65 años)(n=55)	Grupo de vasculitis ANCA ancianos (> 65 años)(n=45)	Valor P
Sexo femenino, % (IC)	69% (56.5-81.7)	71.1% (57.3-84.9)	0.83
Edad al diagnóstico, media (DE)	45.2 (14.9)	74.6 (6.2)	<0.0001
Tipo de vasculitis, n (%)			
- GPA	24 (43.6)	14 (31.1)	0.23
- PAM	7 (12.7)	12 (26.7)	0.11
- GEPA	10 (18.2)	5 (11.1)	0.35
- VLR	14 (25.5)	14 (31.1)	0.49
ANCA positivo, n (%)			
- C ANCA	17 (32.7)	17 (38.6)	0.54
- P ANCA	27 (51.9)	24 (53.3)	0.89
Seguimiento en años, mediana (RIC)	3.9 (1.7-9.3)	7.6 (3.2-9.4)	0.15
Comorbilidades, % (IC 95)			
-Hipertensión	38.2 (25.1-51.3)	71.1 (57.6-84.7)	0.001
-Diabetes	3.6 (1.4-8.7)	11.1 (1.7-20.5)	0.15
-Dislipemia	14.5 (5-24)	42.2 (27.4-57)	0.002
-Alguna vez fumo	25.9 (14-37.9)	15.6 (4.7-26.4)	0.21
Compromiso Inicial			
-Renal	56.4 (43-69.8)	75.6 (62.7-88.4)	0.045
-Infiltrados pulmonares	27.3 (15.2-39.3)	31.1 (17.3-45)	0.67
-Hemorraja alveolar	10.9 (2.5-19.3)	6.7 (0.8-14.1)	0.46
-Fiebre	18.2 (7.8-28.6)	26.7 (13.4-39.9)	0.31
-Constitucional	25.5 (13.7-37.2)	40 (23.3-54.7)	0.12
-Sinusitis	38 (25-51.3)	22.2 (9.8-34.7)	0.09
-Ojo	5.5 (0.7-11.6)	4.4 (1.7-10.6)	0.82
-Pérdida de audición	14.6 (5-24)	11.1 (1.7-20.5)	0.61
-Artritis	18.2 (7.8-28.6)	8.9 (0.4-17.4)	0.18
-Cutáneo	9.1 (1.3-16.9)	15.6 (4.7-26.4)	0.32
-Mono-polineuropatía	14.5 (5-24)	15.3 (3.2-23.5)	0.98
Tratamiento Inicial, % (IC)			
-Methylprednisolona IV	70.9 (58.6-83.2)	73.3 (60.1-86.6)	0.66
-Plasmaféresis	10.9 (2.5-19.3)	6.8 (0.8-14.4)	0.48
-Ciclofosfamida	76.4 (65-87.8)	81.9 (70.1-93.4)	0.51
-Dilíisis al diagnóstico	14.6 (5-24)	15.9 (4.8-27)	0.85
Duración del tratamiento con corticoides, meses, mediana(RIC)	36 (15-60)	15 (8-30)	0.0006
Eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento, % (IC)	5.5 (0.6-11.6)	13.3 (0.3-23.5)	0.17
Desarrollo cáncer durante el seguimiento, % (IC)	5.5 (0.6-11.6)	4.4 (1.7-10.6)	0.82
Infecciones que requirieron hospitalización o antibióticos EV durante el seguimiento, % (IC)	20 (9.2-30.8)	31.1 (17.3-45)	0.2
Recaídas, % (IC)	36.4 (23.4-49.4)	15.6 (4.7-26.4)	0.02
Resultado Renal, % (IC)			
-Insuficiencia Renal Crónica	30.9 (18.4-43.4)	44.4 (29.6-59.3)	0.16
-Enfermedad renal terminal	9.1 (1.3-16.9)	4.4 (1.7-10.6)	0.37
Índice daño en Vasculitis en el seguimiento, media (DE)	1.3 (1.4)	1.7 (1.4)	0.14
Mortalidad, % (IC)	6.1 (0.8-13)	22.2 (8.2-36.2)	0.03

PO030
0191

VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA) EN PEDIATRÍA: FORMAS DE PRESENTACIÓN, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

JM Moreno Lubertino, S Meiorin, A Fayad, G Elias Costa, E De Matteo, G Vallejos, G Espada
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son entidades de observación poco frecuente en la edad pediátrica. Las mismas afectan arterias de pequeño calibre en múltiples órganos, asociadas a una elevada morbilidad. El rápido reconocimiento y el tratamiento precoz de la enfermedad pueden influenciar el pronóstico tanto a corto como a largo plazo.

Objetivo: Describir las formas de presentación, evolución clínica y estrategias terapéuticas en una serie de pacientes pediátricos con diagnóstico VAA.
Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de ptes < 16 años de edad con diagnóstico de VAA (CHCC 2012), período 2001-2015. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas (incluyendo utilización de corticoides, drogas inmunosupresoras y terapias de reemplazo renal) al diagnóstico de la enfermedad (basal), a 6 meses de inicio de tratamiento (Finalizada la inducción) y última consulta. Los hallazgos anatomopatológicos renales fueron clasificados según Berden (J Am Soc Nephrol 10) en 4 clases de acuerdo al predominio de lesiones: Focal, Semilunas epiteliales, Esclerosis y Mixta. Se determinó actividad de la enf. por Pediatric Vasculitis Activity Score (PVAS) y daño por Vasculitis Damage Index (VDI). Se consideró remisión enf. al alcanzar PVAS 0, y se definió recaída al aumento del score PVAS que conlleva una conducta terapéutica. Se realizó análisis estadístico descriptivo y curvas de Kaplan Meier para supervivencia renal y tiempo al flare. Se utilizó SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, 11 mujeres (84.6%), edad mediana diagnóstico 11.1 años (r 4.1-14.9) y tiempo mediano evolución enf. 2.2 años (r 0.1-9.2). Poliangeítis Microscópica (PAM) fue la vasculitis más frecuente en 11 ptes (84.6%), sólo 2 niñas presentaron Granulomatosis con Poliangeítis (GPA, 1 forma limitada). Glomerulonefritis (GN) necrotizante se observó al debut en 84.6% de los ptes (n=11), asociado a hemorragia alveolar (HA) en 5 jóvenes (38.5%). Diez de 11 ptes con compromiso renal presentaban deterioro de función glomerular (mediana creatinina 6.7, r 3.8-9.2), proteinuria mediana 1657 mg/día (r 320-6024), e hipertensión arterial, requiriendo diálisis el 81.8% (n=9). La frecuencia de categorías histopatológicas fue: esclerosis 72.7% (n=8), semilunas 18.2% (n=2) y sólo 1 pte presentó lesiones focales. Las 2 ptes con GPA desarrollaron estenosis subglótica (Tpo 13.6 y 80.8 meses), y una de ellas además, granuloma periorbitario. Púrpura palpable en 2 niños. Actividad mediana al diagnóstico (PVAS) 17 (r 7-27). En cuanto al perfil serológico, presentaron patrón ANCA-p 10 ptes (76.9%) con especificidad MPQ, mientras que en los 3 ptes restantes se observó patrón ANCA-c (1 PR3, 1 MPO y otro indeterminado). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides (pulsos y prednisona 1-2 mg/kg/día), y como terapia de inducción ciclofosfamida EV (n=12) y azatioprina 1 pte. Debido a manifestaciones con riesgo de vida (sme. pulmonare) 6 ptes realizaron sesiones de plasmaféresis en forma concomitante. Azatioprina fue la terapia de mantenimiento más utilizada (46.1%, n=6), Micofenolato Mofetil (3 ptes) y Ciclofosfamida EV (2 ptes). Por recaídas y refractariedad al tto inicial, 3 ptes recibieron Rituximab durante su evolución (1 vasculitis SNC, 1 HA y 1 estenosis subglótica). A los 6 meses del diagnóstico, se observó disminución actividad enf (PVAS X 3, r 0-16), con VDI mediana 1 (r 0-3). Sólo 1 pte alcanzó remisión y el 81.8% ptes con compromiso renal (9/11) desarrollaron estado renal terminal en forma temprana. Luego de tpo X 3 años de seguimiento, 4 ptes presentaron recaídas (mediana tpo 1.2 años, r 0.7-4.0), con mediana de score daño 2 (r 0-3). Ningún pte de esta serie falleció.

Conclusión: En nuestra serie de ptes. juveniles con VAA, PAM fue la entidad nosológica prevalente. El 85% presentó GN necrotizante al inicio, con rápido deterioro evolutivo (9 ptes alcanzaron estado renal terminal dentro de los 6 meses del diagnóstico), a pesar del tratamiento inmunosupresor agresivo (CFM y plasmaféresis), junto a un desarrollo significativo de daño. VAA en pediatría son un grupo de enfermedades con presentación y clínica proliormo, en su mayoría con un debut agresivo e instauración temprana de daño a pesar del tratamiento

27-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"Artritis Psoriásica"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO031

0238

EVALUACIÓN DE CERVICALGIA INFLAMATORIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU ASOCIACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

OL Cerda, M Landi, CA Zaffarana, J Gallino Yanzi, EE Schneeberger, G Citera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

La Artritis Psoriásica (APs) es una espondiloartritis inflamatoria con un cuadro clínico variable, con compromiso articular periférico, axial y/o entesal. Dentro del compromiso axial, el compromiso cervical es muy frecuente y poco estudiado en estos pacientes.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de cervicalgia inflamatoria (CI) en pacientes con APs, su asociación con características clínicas y daño radiológico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes ≥ 18 años de edad con APs según criterios CASPAR de la cohorte RAPSDODIA. Se consignaron datos sociodemográficos, características clínicas y terapéuticas de la enfermedad. Actividad periférica de la enfermedad fue medida mediante recuento de 66/68 articulaciones tumefactas/dolorosas y los índices compuestos DAS28 y DAPSA. El compromiso cutáneo fue evaluado mediante PASI y BSA, y el ungual por PNSS ("Psoriasis Nail Severity Score"). Se valoró la presencia de dactilitis y de entesitis (MASES). Se administraron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (HAQ-A, BASFI) y calidad de vida (PsAQoL, ASQoL, DLQI). Se evaluó la presencia de CI definiéndola como dolor en la región cervical de características inflamatorias. Se establecieron los índices CPDAI ("Composite Disease Activity Index in Psoriatic Arthritis") y MDA ("Minimal Disease Activity") en todos los pacientes. Radiografías de columna cervical, lumbar, sacroiliacas y pelvis fueron puntuadas por un evaluador ciego a los datos del paciente, utilizando el índice BASRI (CI≥0.85).

Análisis estadístico: Estadística descriptiva. T-test para las variables continuas y test de Chi2 o test exacto de Fisher para las categorías. Regresión logística múltiple con el fin de determinar variables asociadas con cervicalgia inflamatoria. Se consideró significativa una p<0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 110 pacientes con APs, 56 hombres (50.9%), con una edad mediana de 55 años (RIC 44.7-63.2). La mediana de tiempo de evolución de la APs fue de 10 años (RIC 6-17) y de la psoriasis cutánea de 24 años (RIC 15.5-33.9). 55 pacientes (50.9%) presentaban compromiso periférico puro, 51 (46.4%) mixto y 2 (1.8%) axial puro. Las formas de evolución fueron: poliarticular simétrica 57.5%, mono u oligoarticular asimétrica 29.6%, espondilitis 10.2%, mutilante 1.9% y compromiso predominante en interfalángicas distales 0.9%. Cervicalgia inflamatoria fue referida por 32 pacientes (29.1%), siendo significativamente más frecuente (68.8%) en aquellos con compromiso mixto (axial y periférico) vs aquellos con compromiso periférico puro (31.3%), p=0.01. Al comparar los pacientes que presentaban CI vs los que no, aquellos con CI tuvieron peor calidad de vida por ASQoL (6.1±6 vs 3.6±5.3, p=0.04) y PsAQoL (8.9±6 vs 6.0± 6, p=0.02), peor capacidad funcional por BASFI (4.6±2.5 vs 3.3±2.8, p=0.03), mayor actividad de la enfermedad por BASDAI (5.4±2.7 vs 3.8±2.7, p=0.007) y mayor índice compuesto CPDAI (8.2±3.5 vs 6.3±3.7, p=0.03). La presencia de CI no se asoció con edad, sexo, DAPSA, tiempo de evolución, HAQ-A, MASES, ni con BASRI total o del segmento cervical. Sólo 7.1% de pacientes con CI cumplían con los criterios de MDA vs un 29.3% de pacientes sin CI (p=0.02). En el análisis de regresión logística, la única variable asociada con CI fue el tipo de compromiso mixto (axial y periférico) (OR= 7.96, IC95%: 1.6-40.4, p=0.01).

CONCLUSIÓN: Un tercio de los pacientes de esta cohorte presentaban CI, siendo significativamente más frecuente en aquellos con compromiso mixto.

32

PO032
0054**SECUKINUMAB INHIBE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS DE UN ESTUDIO DE FASE 3 RANDOMIZADO, MULTI-CÉNTRICO, DOBLE-CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO (FUTURE1)**

O Rillo¹, D van der Heijde², P Mease³, W Placines⁴, S Mpfou⁵
¹Hospital Sirio Libanés, Htal. I. Pirovano, Buenos Aires, Argentina. ²Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos. ³Swedish Medical Center/University of Washington, Seattle, Estados Unidos. ⁴University of Glasgow, Glasgow, Escocia, Reino Unido. ⁵NovartisPharma AG, Basilea, Suiza.

Objetivo: Investigar los efectos de secukinumab, un anticuerpo monoclonal humano anti-interleucina-17A, en la progresión radiográfica de pacientes (pts) con APs en el estudio FUTURE1 (NCT01392326).

Métodos: 606 adultos con APs activa fueron aleatorizados a secukinumab o placebo (PBO), y recibieron dosis de carga intravenosa (i.v.) de 10 mg/kg al inicio, semanas 2 y 4, y luego o 75 mg subcutáneos (s.c.) (10 IV→75 s.c.) o 150 mg s.c. (10 IV→150s.c.) cada 4 semanas a partir de la semana 8. En la semana 16, los pts en PBO que tuvieron una reducción en la cantidad de articulaciones dolorosas e inflamadas igual o mayor al 20% (respondedores) permanecieron en PBO hasta la semana 24, mientras que los no respondedores fueron re-aleatorizados a 75 o 150 mg de secukinumab. Los puntajes de mTSS (van der Heijde Sharp total modificado), erosión y estrechamiento del espacio articular (JSN) fueron determinados al inicio, en las semanas 16/24 (dependiendo de la respuesta clínica) y 52. Para el análisis del efecto en la progresión radiográfica en la semana 24 se utilizó extrapolación lineal en pts con evaluación con rayos X en la semana 16, y un procedimiento pre-definido de testeo jerárquico para ajustar por multiplicidad. Para los análisis de semana 52 se usaron los datos evaluables. Como punto final exploratorio se incluyó la evaluación de la no progresión estructural, definida como un cambio menor o igual que 0.5 en el mTSS desde el inicio hasta la semana 24.

Resultados: Secukinumab inhibió significativamente la progresión radiográfica a las 24 semanas; el cambio promedio en el mTSS desde el inicio hasta la semana 24 fue de 0.08 (considerando la variación de ambas dosis de secukinumab), 0.13 (10 IV→150 s.c.), y 0.02 (10 IV→75 s.c.) vs. 0.57 en PBO. La inhibición del daño articular estructural con secukinumab fue sostenida hasta la semana 52. En los pts que completaron los estudios radiológicos, la inhibición de la progresión radiográfica fue demostrada en los pts de PBO que cambiaron a secukinumab; el cambio promedio en mTSS desde la semana 24 hasta la 52 fue de -0.03. La proporción de pts sin progresión de la enfermedad desde el inicio hasta la semana 24 fue mayor en los grupos de secukinumab (10 IV→150s.c. y 10 IV→75 s.c., respectivamente) vs. PBO: 82.3% y 92.3% vs 75.7%. Desde la semana 24 hasta la 52, la proporción de pts sin progresión de la enfermedad se sostuvo en los grupos de secukinumab (85.7% y 85.8%), y aumentó en pts que fueron inicialmente aleatorizados a PBO, y luego ingresados a tratamiento activo (86.8%).

Conclusiones: se observó una inhibición sostenida de la progresión radiográfica de la enfermedad con secukinumab durante 52 semanas. El cambio a secukinumab en pacientes inicialmente aleatorizados a PBO inhibió la progresión radiográfica de la enfermedad.

33

PO033

0024

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA TEMPRANA

S Scaraffa¹, V Duarte¹, FE Romaniñi¹, E Schneberger¹, N Zamora¹, FA Sommerfleck¹, ER Soriano¹, L Ferreyra-Garrot¹, OL Rillo¹, A Martínez², MA García³, A Salas⁴, F Colombres⁵, AJ Alvarellos⁶, N Benzaquén⁷, S Paíra⁸, A Ortiz⁹, A Berman¹⁰, JA Maldonado-Cocco¹¹

¹ Servicio de Reumatología Hospital "B. Rivadavia", Argentina. ² Servicio de Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ³ Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ⁴ Servicio de Reumatología Hospital "Dr. I. Pirovano", Argentina. ⁵ HIGA San Martín, La Plata, Argentina. ⁶ Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina. ⁷ Servicio de Reumatología Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ⁸ Servicio de Reumatología Hospital "JM Cullen", Santa Fe, Argentina.

Introducción: la obesidad es definida según la Organización Mundial de la Salud como Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30kg/m². Afecta al 35% de la población general en países occidentales. Aproximadamente un 30% de los pacientes con Psoriasis (Ps) desarrollan artritis (APs), estando ambas fuertemente asociadas con la Obesidad. Algunos autores describieron que los pacientes con APs tienden a tener un IMC mayor que pacientes con Ps cutánea, encontrando además mayor prevalencia de obesidad respecto a la población general. Por otra parte la obesidad está asociada a mayor actividad del compromiso articular y con respuesta menos favorable al tratamiento con fármacos anti TNF.

Objetivos: describir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes adultos con Aps temprana y determinar si en pacientes con sobrepeso u obesidad existe mayor actividad de la enfermedad que en pacientes con IMC normal.

Materiales y Métodos: estudio observacional, comparativo y transversal basado en la recopilación de datos prospectiva de CONEART (Consortio Argentino de Espondiloartritis Temprana). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, quienes cumplieron Criterios CASPAR para APs y completaron la primera visita de CONEART. Nuestros puntos de corte para el IMC fueron: normal (18,6-24,9), sobrepeso (25-29,9) y la obesidad (>30). Se midió actividad de la enfermedad por: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), Simplify Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (SASDAS), Disease Activity for Psoriatic Arthritis (DAPSA) y por número de articulaciones dolorosas (68) e inflamadas (66), VSG, PCR, Escala Visual Analógica (VAS) de actividad global y de dolor. Se midió el compromiso cutáneo por PASI (Ps Area Severity Index). Se valoró capacidad funcional por HAQ (Health Assessment Questionnaire) y calidad de vida por PsAQoL (Psoriatic Arthritis Quality of Life). Para la estadística descriptiva las variables continuas se describieron como media (DS) y mediana (RIC) según su distribución y las variables categóricas como porcentajes. Las medidas de actividad de la enfermedad se compararon en el análisis univariado entre los tres grupos utilizando Test de Kruskal Wallis.

Resultados: se incluyeron 92 pacientes, el 53.3% eran mujeres, con una media de edad de 47.7 años (DS 12.6) y una media de tiempo de evolución de 17.5 meses (DS 9.8). La Psoriasis en Placas fue la más prevalente (32.60%), con un mediana de PASI de 2.6 (RIC 0.9-8.5) y un alto porcentaje (66.3%) no presentaba lesiones cutáneas al momento de la Visita basal. El 5.6% fue positivo para HLAB27. El 63% tenían compromiso articular periférico, el 8.70% compromiso axial y 24 pacientes (26.1%) presentaban compromiso mixto. La mediana del Score de Masa para Entesitis fue de 0 (RIC 0-2), 48 pacientes (52.2%) tenían Dactilitis. El compromiso ungueal estaba presente en el 48.9%. En las Radiografías se encontró que el 17.4% tenían Neoformación ósea. La mediana de discapacidad por HAQ-DI fue de 0.6 (DS 0.6) y de Calidad de Vida por PsAQoL fue de 6 (DS 6.5). La frecuencia de sobrepeso fue de 46% (IC95% 35.2-57.2) y de Obesidad de 30% (IC 95% 20.5-40.7). La mediana de ASDAS fue 3 (IC95% 1.7- 4.8) en el grupo de IMC normal, 2.74 (IC95% 1.7-3.1) en los pacientes con Sobrepeso y 3 (IC95% 2-4.6) en los pacientes Obesos, en SASAS los resultados fueron para el grupo de IMC normal mediana de 19.8 (IC95% 11.16-30.54), en el grupo de pacientes con Sobrepeso 18.15 (IC95% 12.97-23.79) y en el grupo de Obesos 20.75 (IC95% 16.62-26.78) y en DAPSA los pacientes con IMC normal tuvieron una mediana de 20 (IC95% 10.28-22), los pacientes con Sobrepeso 20.75 (IC95% 13.73-25.43) y los Obesos 15.98 (IC95% 11.54-24.61). Además se realizó una comparación de los tres grupos de pacientes (IMC normal, sobrepeso y obesidad) respecto al número de articulaciones dolorosas y tumefactas, VSG, PCR, EVA Global y EVA de Dolor, en la cual no se encontró diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes con IMC normal fueron significativamente más jóvenes [media 35 años DS 7.5 (IC95%31.75-38.24) vs 48 años DS 13.2 (IC95%44.5-53) vs 48 años DS 12.5 (IC95%43.8-53.5)] que los del grupo de sobrepeso y obesidad.

Conclusion: encontramos una elevada prevalencia de sobrepeso (46%) y obesidad (30%). No encontramos asociación entre IMC y actividad de la enfermedad en nuestra cohorte de pacientes con Aps temprana. Los pacientes con IMC normal fueron más jóvenes que los pacientes con sobrepeso y obesidad.

34

PO034

0162

DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO PSORIATIC ARTHRITIS IMPACT OF DISEASE (PsAID) EN PACIENTES ARGENTINOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA

MP Kohan¹, SB Papisidero¹, MA Medina¹, R Chaparro del Moral¹, JA Caracciolo¹, DS Klajn¹, J Gallino Yanzi², M Landi³, MM Zalazar⁴, OL Rillo⁵, LS Garay⁶

¹Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina. ²Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ³Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Argentina. ⁴Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

El PsAID es un cuestionario autorreportado desarrollado por el grupo EULAR que permite evaluar el impacto de la Artritis Psoriásica (APs) basado en la experiencia de los pacientes, utilizando una metodología similar que para el desarrollo del RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) en AR. consta de dos versiones: una de 9 preguntas para aplicar en ensayos clínicos y otra a la cual se le sumaron 3 preguntas para su uso en la práctica diaria. Considera los siguientes dominios: dolor, fatiga, afección cutánea, trabajo y ocio, capacidad para realizar actividades de la vida diaria, sensación de incomodidad, sueño, afrontamiento, ansiedad, vergüenza, participación social y depresión. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 10, multiplicándose el resultado por un valor predeterminado según la importancia relativa de cada dominio. La suma de estos valores se divide por 20, obteniendo un puntaje final entre 0 a 10 puntos. En nuestro conocimiento, este cuestionario no ha sido validado en nuestro medio.

OBJETIVOS: 1) Evaluar el desempeño del cuestionario PsAID en una cohorte de pacientes con APs. 2) Evaluar su confiabilidad y reproducibilidad. 3) Determinar el tiempo necesario para completarlo por parte del paciente y para su cálculo por parte del médico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes \geq 18 años con diagnóstico de APs (CASPAR) y se excluyeron quienes padecían colagenopatías o Fibromialgia concomitantes. Se consignaron datos demográficos así como características de la Psoriasis cutánea y la APs y se realizó la cinimetría completa según el tipo de compromiso de cada paciente. Todos completaron el PsAID, consignándose el tiempo de realización por parte del paciente y de cálculo por el médico, tanto para la forma ponderada como sin ponderar. Un subgrupo de pacientes clínicamente estables y en quienes no hubo modificación en la conducta terapéutica, repitió el PsAID entre 2 y 10 días posteriores a la evaluación basal para determinar su reproducibilidad.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva de las variables demográficas. Se determinó media y DE de PsAID ponderado y no ponderado, así como su consistencia interna y la reproducibilidad. Se determinaron las correlaciones de ambas escalas con edad, tiempo de evolución de la psoriasis cutánea y de la APs, EVA dolor, EVA global del paciente y del médico, recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas (28/28 y 68/66), PASI, DLOI, HAQ, DAS28, CPDAI, BASDAI, BASFI y BASMI mediante coeficiente de Spearman. Se compararon las medianas del PsAID ponderado y no ponderado entre grupos definidos por sexo y compromiso articular con test de Wilcoxon.

RESULTADOS: Se evaluaron 36 pacientes, 55% eran mujeres con una media de edad de 57 años (DE 12.9) y una mediana de tiempo de evolución de la Psoriasis cutánea de 168 meses (RIC 108-300) y de la APs de 78 meses (RIC 42-162). Al momento de la evaluación, la media de DAS28 fue de 3.3 (DE 1.3), del CPDAI de 4.2 (DE 2.9) y del HAQ de 0.4 (DE 0.5), mientras que del BASDAI, BASFI y BASMI fue de 4.3 (DE 3), 4.2 (DE 2.6) y 2.9 (DE 1.7) respectivamente. La mediana del LEI fue de 0 (RIC 0-1.5) y PsAQoL de 6.4 (DE 5.3). Con respecto al compromiso cutáneo, los pacientes presentaron una mediana de PASI de 0.9 (RIC 0-2.4), DLOI de 1 (RIC 0-4). La media del PsAID ponderado fue de 3.6 (DE 2.7) y para la forma sin ponderar fue de 3.5 (DE 2.7), presentando ambos cálculos valores más elevados en mujeres y en pacientes con compromiso axial, en forma estadísticamente significativa. El PsAID demostró una consistencia interna de 0.88 (0.72-0.95) y una reproducibilidad de 0.82 (0.41-0.97), con una media de tiempo de realización de 125 segundos (DE 73.4) y de 31 segundos para su cálculo (DE 14.3). El PsAID presentó buena correlación con el EVA dolor, global del paciente y global del médico (rs 0.67, 0.66 y 0.60 respectivamente), así como con el DAS28 (rs 0.6), siendo en todos los casos estadísticamente significativa. No se observó correlación con el resto de las variables evaluadas.

CONCLUSIONES: El PsAID es un cuestionario confiable, reproducible y de rápida realización por parte del paciente y de cálculo por el médico. En los pacientes evaluados demostró buena correlación con la actividad de la enfermedad a nivel articular. Sin embargo, no hallamos correlación con función, calidad de vida ni afección cutánea.

35

27-9-2015

06:30 - 19:30

PO035

0162

"Espondilitis" Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO035

0162

CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DERIVADORES SOBRE DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO Y ESPONDILOARTRITIS

N Zamora¹, E Buschiazco², F Sommerfleck³, D Pereyra⁴, A Salas⁵, V Duarte⁶, M Benegas⁷, E Saturansky⁸, G Pendero⁹, EE Schneberger¹⁰, G Citero¹¹

¹Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina. ²Hospital Señor Del Milagro, Salta, Argentina. ³Hospital Gutiérrez, La Plata, Argentina. ⁴HIGA San Martín, La Plata, Argentina. ⁵Hospital Rivadavia, CABA, Argentina. ⁶Hospital Mendez, CABA, Argentina. ⁷Sanatorio Mitre, CABA, Argentina.

El rol de los médicos derivadores en el diagnóstico precoz de las Espondiloartritis (EsP) es fundamental. Estudios previos han demostrado que el conocimiento de características de dolor lumbar inflamatorio (DLI) es limitado en médicos de atención primaria.

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre DLI y características de EsP en médicos derivadores. **Materiales y métodos:** Se diseñó una encuesta simple de 6 preguntas con respuestas dicotómicas, múltiple opción, acerca del conocimiento sobre las características del DLI y las manifestaciones asociadas a las EsP. La encuesta fue entregada a médicos generalistas/clínicos, traumatólogos, dermatólogos, gastroenterólogos y oftalmólogos. Se consignó género, edad, tiempo del ejercicio como médico y en la especialidad. **Análisis Estadístico:** Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en medianas y rango intercuartílico (RIC). Se utilizó Chi2 o test exacto de Fisher para comparar las variables categóricas y Test de T o Mann-Whitney para las continuas, según correspondiera. Se consideró un valor de p < 0.05 como significativo. **Resultados:** Se encuestaron a 137 médicos procedentes de tres ciudades nuestro país. Setenta y seis (55.5%) encuestados eran de sexo femenino, con una edad mediana de 27 años (RIC:32-43), un tiempo mediano en el ejercicio de la medicina de 10 años (RIC:5-16) y en la especialidad correspondiente 5 años (RIC:2-10). La distribución por especialidades fue: Clínica médica 61 (44.5%), Traumatología 31 (22.6%), Dermatología 23 (16.8%), Gastroenterología 6 (4.4%), Oftalmología 5 (3.6%), Medicina General 10 (7.3%), Otros 1 (0.7%). La mediana de respuestas correctas del cuestionario fue 3 (RIC: 2-4.5). Y sólo 13 (9.5%) encuestados respondieron correctamente las 6 preguntas del mismo. Treinta y cuatro encuestados (24.8%) reconocieron las 5 características de DLI y 36 (26.3%) atribuyeron incorrectamente características del dolor lumbar mecánico. "Buena respuesta a AINES" fue la característica de DLI más reconocida en 122/137 (89.1%) encuestados. La AR y la OA fueron consideradas parte de las EsP en 25 casos (18.2%). 48.4% de los traumatólogos reconocieron la AR como parte de las EsP vs 24.5% en el resto de las especialistas (p=0.01). La EsPax no radiológica fue reconocida en 172 (52.6%) encuestados, siendo el reconocimiento por parte de los traumatólogos significativamente menor vs los otros especialistas (35.5% vs 57.5%, p = 0.03). La edad de inicio de la EsP fue reconocida correctamente en 115 (83.9%) de los casos. Sin embargo, los médicos generalistas más frecuentemente consideraron como edad de comienzo de la enfermedad a > a 60 años de edad (40% vs 10.2%, p = 0.02). Casi el 80% de los encuestados reconoció las manifestaciones extra-axiales; y 124 (90.5%) la asociación con el HLA-B27, en este caso los clínicos presentaron un reconocimiento significativamente menor (83.8% vs 96.1%, p = 0.01). Radiografía (Rx) de sacroilíacas y HLA-B27 fueron reconocidas como las herramientas más útiles para el diagnóstico de EsP en 114 (83.2%), 98 (71.5%) y 104 (75.9%), respectivamente. En 25.5% de los encuestados identificó a las Rx de manos como útiles para el diagnóstico (la mayoría eran traumatólogos (45.2% vs 19.8%, p = 0.004), y la minoría eran clínicos (16.4% vs 32.9%, p = 0.002). **Conclusiones:** El conocimiento general de EsP en médicos derivadores es bajo, principalmente cuando se trata de características clínicas del DLI y enfermedades incluidas en el grupo de las EsP. Particularmente la EsPax-n es poco reconocida, quizás por tratarse de un concepto novedoso. Los traumatólogos presentaron mayores dificultades en la identificación de información relacionada con EsP.

36

PO036
0203
PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE INICIO TEMPRANO. EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO
G Medina, G Nasswetter, A Peluzzoni, M García Carrasco
Hospital de Clínicas "José de San Martín" Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

En diferentes lugares del mundo se han desarrollado distintas estrategias de derivación de las Espondiloartritis y particularmente las formas axiales (Espondilitis Anquilosante (EA) - Espondiloartritis Axial No Radiográfica (EAxNoRad) con el objetivo de reducir el tiempo de demora desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo.

Objetivo

Presentar los resultados de un Programa de Detección de Espondiloartritis Axial en un único centro hospitalario. Evaluar prevalencia de espondiloartritis axial en pacientes con lumbalgia crónica de inicio temprano (LCT) y lumbalgia inflamatoria (LI).

Materiales y métodos

Se estableció un programa para estimular la derivación de pacientes con LCT. El programa consistió de dos aspectos operativos diferentes 1) dos actividades educativas (dirigidas a traumatólogos y reumatólogos de un mismo hospital) sobre Espondiloartritis, espondiloartritis axiales y derivación de pacientes con lumbalgia crónica de comienzo temprano, al inicio y a mitad del período de reclutamiento. 2) información a la comunidad mediante la modalidad de carteles distribuidos en el mismo hospital. Se utilizó para el diagnóstico el Algoritmo Modificado de Berlín en todos los pacientes que cumplieran el criterio de Ingreso (LCT). En algunos casos y a criterio del investigador, con alta sospecha de Espondiloartritis axial se realizó Resonancia Magnética (RM) independientemente del resultado de HLAB27. Se aplicaron tres conjuntos de criterios para definir LI: criterios de Calin, de Berlín y de Expertos del grupo ASAS. Se utilizaron los criterios de Nueva York modificados para EA y ASAS para EAxNoRad.

Resultados

Se evaluaron un total de 89 pacientes. De los cuales 74/89 (83%) cumplían con el criterio de ingreso al estudio (LCT). 30/74 (40,5%) eran hombres. El 64% (47/74) de los pacientes ingresados presentaron LI según criterios de expertos ASAS y este porcentaje aumentó a 85% (63/74) si se aplicaban indistintamente cualquiera de los tres conjuntos de criterios de LI. Se diagnosticó Espondiloartritis axial en 14/74 pacientes ingresados (18,9%), en 14/63 pacientes con LI (22%), y en 14/47 pacientes con LI según criterios de Expertos ASAS exclusivamente (30%). En 6/14 (42,8%) se diagnosticó EA de novo, 4/14 (28,5%) EAxNoRad y 4/14 (28,5%) tenían diagnóstico previo de EA. Solo un paciente con EAxNoRad no cumplió con los criterios de Expertos ASAS y si con los otros dos criterios de LI. Excluyendo a pacientes con diagnóstico previo de EA (n=4), se diagnosticó espondiloartritis axial en 10/70 con LCT (14%) y 10/59 (17%) con LI. En los pacientes sin diagnóstico previo 10/14, la edad de inicio de los síntomas fue a los 29,2 años (mediana), y la media de retraso en el diagnóstico fue de 9,5 años.

Prevalencia de HLAB27 y RM positiva

	HLA B27	RM Lumbal	RM Sacroilíaca
EAxNoRad (n=4)			
Positivo	2 (50%)	3 (75%)	3 (75%)
Negativo	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
EA (n=10)			
Positivo	8(80%)	1(10%)	2(20%)
Negativo	2(20%)	2(20%)	0
Sin datos	0	7(70%)	8(80%)

64/89(72%) fueron derivados por auto derivación (cartel), 16/89(18%) por reumatólogos y 9/89(10%) por traumatólogos.

Conclusiones:

Los pacientes con espondiloartritis axial se diagnostican tarde en el curso de su enfermedad. En nuestra experiencia el retraso diagnóstico es igualmente demasiado prolongado (9,5 años). El 17% de pacientes con LI (solo diagnóstico de novo) tuvieron Espondiloartritis axial. HLA B27 estuvo presente en el 71,5% de los pacientes, con mayor prevalencia en EA (80%) que en EAxNoRad (50%). Mayor cantidad de pacientes cumplieron con la rama imagenológica de los criterios ASAS de Espondiloartritis axial. Observamos que 1) estos datos deben ser contemplados con la perspectiva de aumentar el tamaño muestral y observar su validez y 2) considerar programas para promocionar el reconocimiento de estas enfermedades y la derivación oportuna al especialista.

37

PO037
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LITIASIS RENAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

FA Sommerfleck¹, EE Schneeberger¹, N Zamora¹, MC Orozco¹, A Lizarraga¹, G Betancour¹, R Spivacow², M Barrios¹, G Citera¹
¹ Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ² Instituto de Diagnóstico e Investigaciones Metabólicas, Argentina.

Nuestro grupo reportó previamente alta frecuencia de antecedentes de litiasis renal (LR) en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax). El objetivo del presente trabajo fue estudiar la prevalencia de LR en pacientes con EsPax y analizar las posibles causas asociadas a nefrolitiasis en estos pacientes. Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años, con EsPax según criterios NY 1984 y/o ASAS 2009. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, características de la enfermedad, tipo de EsPax, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de la actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). A todos los pacientes se les realizó laboratorio completo que incluyó: rutina convencional, reactantes de fase aguda (ERS, PCR), la medición de glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, PTH intacta, calcio, calcio iónico, sodio, fosfato y potasio en sangre en ayunas 8 hrs. También se determinó: calcio, fosfato, oxalato, citrato, magnesio, sodio, ácido úrico, creatinina e índice calcio/creatinina en muestra de orina de 24 hrs. Se evaluó el PH y sedimento urinario. El estudio se complementó con radiografía simple de árbol urinario (Rx) y ecografía renal (ER). Se calculó índice SASDAS-ERS. Se puntuó el índice radiológico mSASSS en radiografías de columna cervical y lumbar por un observador ciego a las características de los pacientes con un CCI $\geq 0,8$. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Correlaciones de Pearson y Spearman. Test de Chi² y test exacto de Fisher. Test T de Student y Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, 78,9% hombres, con una edad mediana de 43,5 años (RIC 34-55) y un tiempo mediano de evolución de 17 años (RIC 5-30). 90,5% eran HLAB-27 positivo. Los pacientes presentaban ERS m 15 mm/h (RIC 6-27) y PCR m 0,5 mg/dl (RIC 0,08-1,4). BASDAI m 3,02 (1,1-6,2), SASDAS-ERS m 12,2 (RIC 2,8-35,7), BASFI m 3,25 (RIC 0,8-5,8) y ASQoL m 3,5 (RIC 0,7-10), mSASSS m 47,5 (RIC 5-70,2). En relación al compromiso renal solo 2 (5,3%) tenían diagnóstico haber tenido antecedentes de LR. Al realizar ecografía se observó presencia de LR en 6 pacientes (15,8%), hidronefrosis 10 pacientes (26,3%), arenilla renal (AR) en 6 pacientes (15,8%). En 3 pacientes (7,9%) se detectó LR por Rx, y en 2 de ellos la LR también se observó en la ecografía. Considerando los pacientes con arenilla o lito por ecografía y lito por radiografía, un total de 13 pacientes presentaron LR/AR (34,2%).

Se hallaron varios trastornos en los estudios específicos de orina 24 hrs para LR: hipercalcemia 5,3%, hipofosfatemia 2,6%, hiperuricemia 13,2%, hipomagnesemia 34,2%, hiperoxaluria 7,9%, hipocitraturia 18,4%, hipermatruia 7,9%. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin LR/AR en estos hallazgos, a excepción de natriuria que fue significativamente más frecuente en pacientes con LR/AR (3/10 21,3%) vs sin LR/AR (0%), p=0,03. Los pacientes con LR/AR padecían más frecuentemente hipertensión arterial (HTA) que los pacientes sin LR/AR (52,8% vs 20%, respectivamente, p=0,03). No encontramos asociación entre la presencia de LR/AR y otras comorbilidades, manifestaciones extraarticulares de la enfermedad y evaluaciones de los distintos aspectos de la enfermedad.

Conclusiones: Los pacientes con EsPax presentan una alta prevalencia de LR/AR (34,2%). Estos pacientes padecían más frecuentemente de HTA. Los trastornos en los estudios correspondientes a LR también fueron frecuentes, solo la natriuria fue significativamente más frecuente en pacientes con LR/AR vs sin LR/AR.

38

PO038
0222
NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y SU INFLUENCIA EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A Lizarraga, N Zamora, EE Schneeberger, F Sommerfleck, GV Betancour, MC Orozco, G Citera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

Hay poca evidencia del potencial rol inmunomodulador de la vitamina D en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax). Objetivo: Determinar los niveles de vitamina D en pacientes con EsPax y evaluar su asociación con la actividad de la enfermedad.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, con EsPax según criterios NY 1984 y/o ASAS 2009 de la cohorte ESPAXA. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, tipo de EsPax, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. La presencia de dolor y dolor nocturno, la evaluación global de la enfermedad por el médico y por el paciente se midieron a través de una escala visual graduada (EVG). Se evaluaron, número de articulaciones inflamadas (44), índice de entesitis (MASES), y medidas de movilidad axial (BASMI). Se realizaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Se consignó peso y talla, y se calculó BMI. Se recolectaron muestras de sangre a fin de evaluar: reactantes de fase aguda como ERS y PCR y status del metabolismo fosfocálcico (calcemia, fosfatemia, calcitriol y fosfaturia de 24 hs, índice deoxipiridolina / creatinina (D-PYD/cr), FAL ósea, PTH intacta y 25(OH) Vitamina D3). Se calculó el índice compuesto SASDAS-ERS. Radiografías de columna cervical, lumbar, pelvis y sacroilíacas se evaluaron por medio de los índices BASRI y mSASSS por un observador ciego a las características de los pacientes (CCI $\geq 0,8$). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Chi² y test exacto de Fisher, T-test y ANOVA. Correlaciones por Pearson o Spearman. Análisis de regresión lineal. Se consideró p < 0,05 significativo.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, 30 (78,9%) eran hombres, con una edad mediana de 43,5 años (RIC 34,7-55) y un tiempo mediano de evolución de 17,5 años (RIC 5,7-30,6). 90,5% eran HLAB B27 positivo. 89,5% tenían EA, 5,3% EsPax juvenil, 2,6% EsPax asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 2,6% EsPax indiferenciada. ERS m 15 mm/h (RIC 6-27) y PCR m 0,5 mg/dl (RIC 0,08-1,4). BASDAI m 3,02 (1,1-6,2), SASDAS-ERS m 12,2 (RIC 2,8-35,7), BASFI m 3,25 (RIC 0,8-5,8) y ASQoL m 3,5 (RIC 0,7-10), BASRI m 10 (RIC 4,0-15) y mSASSS m 47,5 (5-70,2).

Respecto a los valores de vitamina D, la m fue de 20,05 ng/ml (RIC 14,62-25,22), 35 (92,1%) pacientes presentaban insuficiencia, 1 paciente deficiencia y sólo 2 (5,3%) valores adecuados. En el estudio de metabolismo fosfocálcico presentaron: calcemia m 9,5 mg/dl (RIC 9,37-9,72), calcio iónico m 4,8 (RIC 4,69-4,90), fosfatemia m 3,3 mg/dl (RIC 2,8-3,6), PTH intacta m 44,45 pg/ml (RIC 4,1-4,62), FAL ósea m 133,75 uig/L (RIC 107,1-17,05), calcitriol m 148,34 mg/24hs (RIC 59,75-211,25) y fosfaturia m 728 mg/24hs (RIC 403,75-657,5). Índice D-PYD/cr m 6 (RIC 4,8-7,75). En 7 (18,4%) pacientes se determinó la vitamina D en verano, en 8 (21,1%) en otoño, en 14 (36,8%) en invierno y en 9 (23,7%) en primavera. En el análisis univariado no se encontraron asociaciones entre los niveles de vitamina D y las variables sociodemográficas, las características de la enfermedad ni las medidas de evaluación de la enfermedad. Tampoco se pudo discriminar a los pacientes en activos o inactivos de acuerdo a los niveles de vitamina D hallados categorizándolos en deficiencia, insuficiencia y adecuado (p=NS). Sin embargo, cuando se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando como variable dependiente los valores de vitamina D y ajustando por sexo, edad, tiempo de evolución, estación del año y BMI, el BASDAI se asoció de manera negativa y significativa con los niveles de vitamina D [coef estandar β -0,715 (IC95% -2,39 -0,23), p=0,024]. Estos datos fueron confirmados en otro modelo de regresión lineal utilizando como variable dependiente al BASDAI, en el cual observamos una asociación significativa con el BASFI [coef estandar β 0,875 (IC95% 0,53 -0,99), p<0,0001] y con menor nivel de vitamina D [coef estandar β -0,238 (IC95% -0,199 -0,16), p=0,024].

Conclusión: Si bien el número de pacientes incluidos es bajo, observamos una asociación negativa de los niveles de vitamina D sobre la actividad de la enfermedad en pacientes con EsPax.

39

PO039
0093
EFFECTOS DEL TABAQUISMO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REACTIVA

M Benegas¹, C Airolidi², C Orozco³, EE Schneeberger⁴, P Girard Bosch⁵, JM Bande⁶, A Medina⁷, OL Rillo⁸, M Diez⁹, M Guinsburg¹⁰, M Oliver¹¹, P Cowan¹²
¹ Consultorio Privado-CABA, Argentina. ² Consultorio Privado-Rosario, Argentina. ³ Servicio de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica-CABA, Argentina. ⁴ Servicio de Reumatología del Hospital Italiano de La Plata, Argentina. ⁵ Servicio de Reumatología del Hospital Gral. de Agudars Dr. E. Tornó, Argentina. ⁶ Servicio de Reumatología del Hospital Pirovano, Argentina. ⁷ Hospital Glacoum-Bahía Blanca, Argentina.

La interacción entre factores genéticos y/o ambientales influye en el desarrollo y la presentación clínica de algunas enfermedades reumáticas. El tabaquismo es el factor de riesgo ambiental más extensamente conocido y estudiado y ha demostrado estar asociado con mayor actividad de la enfermedad, deterioro de la capacidad funcional y progresión radiológica, tanto en pacientes con Artritis Reumatoidea así como con Espondilitis Anquilosante. Sin embargo, el rol del tabaquismo en pacientes con Artritis Reactiva (AR), es aún desconocido. Objetivo: Evaluar la asociación del tabaquismo con actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida y daño radiológico en pacientes con diagnóstico de AR y post-infecciosa.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de AR (criterios de Calin 79) y artritis post-infecciosa. Se recolectaron datos socio-demográficos, tiempo de evolución, presencia de tabaquismo actual o pasado y el número de paquetes/año (paq). Se consignó dolor, rigidez matinal, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico, evaluados mediante una escala visual analógica (EVA), recuento de articulaciones dolorosas (68) y tumefacciones (68), índices de actividad de la enfermedad según DAS-28 y DAREA e índice de entesitis (MASES). La capacidad funcional se valoró a través del HAQ, HAQ-S (Health Assessment Questionnaire Spondyloarthropathy) y BASFI en aquellos pacientes con compromiso axial. Así mismo, la calidad de vida se evaluó según EuroQoL (EQ-5D) y el daño radiológico según índice de Sharp/van der Heijde (SVH) y BASRI, evaluadas por un único lector.

Análisis estadístico Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio. La comparación entre variables categóricas entre fumadores (ex-tabaquistas + tabaquistas actuales) y no fumadores, se realizó por Chi² con prueba exacta de Fisher y la comparación de las variables continuas por prueba U de Mann Whitney. Se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con AR y artritis post-infecciosa. El 76% fueron de género masculino, edad media: 37,5 (DE:12,7) años y un tiempo mediano de evolución de 23 meses (RIC 3,5-45). El 58,6% (17) eran no fumadores y 41% (12) eran fumadores o ex-fumadores, la mediana de paq fue de 20 (RIC 10-25). En 16 pacientes se tipificó el HLA-B27, siendo positivo en 10 (62,5%). El 55% tenían compromiso oligoarticular, el 38% compromiso axial y el 21% y el 45% presentaron dactilitis y entesitis respectivamente. La mediana de EVA para dolor fue de 30 (RIC 0-50), para actividad de la enfermedad por el paciente 20 (RIC 10-50) y por el médico 20 (RIC 10-50), de DAS-28 2,53 (RIC 1,8-3,6), DAREA 4 (RIC 1,4-7), BASDAI 3,25 (RIC 1,3-7) y MASES 0 (RIC 0-1). La mediana de HAQ 0,25 (RIC 0-0,88), HAQ-S 0 (RIC 0-0,5), BASFI 4,2 (RIC 3,5-7,7). Todas las dimensiones presentaron problemas moderados en el EQ-5D: dolor/malestar 52%, movilidad, actividades cotidianas y ansiedad/depresión 38% y cuidado personal 35%. El dominio que mostró mayor compromiso severo fue dolor/malestar en un 10% y la media de EVA del estado de salud fue de 58 (DE: 27). A nivel de daño radiológico la mediana del SVH total fue de 1 (RIC 0-5,5) y la del BASRI total 1 (RIC 0-3,5). El 45% recibían Drogas modificadoras de la enfermedad (DME) y/o drogas biológicas. Al comparar las distintas variables entre pacientes fumadores y no fumadores, no encontramos diferencias significativas en: las manifestaciones extraarticulares, la actividad de la enfermedad, (DAS-28 y DAREA), la capacidad funcional (HAQ y HAQ-S), la calidad de vida (EuroQoL), el índice de entesitis (MASES), el daño estructural (SVH) ni en el tratamiento (DME/biológicos).

Conclusiones en esta cohorte de pacientes hallamos un alto porcentaje de tabaquismo (41%), sin embargo no encontramos asociación con índices de actividad, capacidad funcional, daño radiológico ni mayor necesidad de terapias modificadoras de la enfermedad.

27-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"Artritis Reumatoidea"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO040

0161

UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL CARPO Y DEL SEXTO COMPARTIMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEAMP Kohan¹, T Cazenave², F Dalpra², G Citera², EE Schneeberger², M Rosemffet²¹ Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina. ² Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

El carpo es una de las articulaciones más comprometidas en los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), el dolor y la inflamación en dicha región puede tener diversos orígenes, siendo a veces clínicamente difícil realizar un diagnóstico diferencial. El objetivo del estudio fue evaluar ecográficamente el carpo y el sexto compartimento extensor en pacientes con AR, conocer cuáles son las estructuras más comúnmente afectadas y correlacionar los hallazgos con la evaluación clínica.

Materiales y métodos: Se evaluaron en forma consecutiva pacientes ambulatorios con AR (criterios ACR/EULAR 2010). Se obtuvieron datos demográficos y clínicos de la enfermedad, dos reumatólogos evaluaron presencia de dolor y tumefacción de carpos y presencia de subluxación dorsal del carpo. A continuación dos ecografías ciegas a las características clínicas de los pacientes, realizaron un examen US de las siguientes regiones en forma bilateral: articulación radiocarpiana, intracarpiana y radiocubital inferior, además de la evaluación del 6° compartimento extensor (tendón cubital posterior). También se observó la presencia de erosiones en apófisis estiloides cubital. La presencia de sinovitis se definió por escala de grises y Doppler de poder en una escala de 0 a 3 para cada variable, según estándares previamente establecidos. Se utilizó una máquina ESAOTE my LAB70 con una sonda de 6-18 HZ de frecuencia. 16 pacientes fueron evaluados por dos ecografistas con el fin de determinar la correlación interobservador para las diferentes estructuras evaluadas.

Análisis estadístico: Acuerdo inter-observador por índice de concordancia Kappa (κ) e índice de correlación intraclass (CCI). Estadística descriptiva. Prueba de Chi², test exacto de Fisher, prueba T de Student y test de Mann Whitney

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes con AR, 83% mujeres, con un tiempo de evolución mediano de 15 años (RIC 7-20). La presencia de subluxación dorsal del carpo se observó en el 45.8% de los carpos y se asoció con mayor tiempo de evolución (X de 231,33 DE 77.9 meses meses vs aquellos sin subluxación X 129,66 DE 95 meses, $p=0.0001$). Dolor y Tumefacción en esta región se observó en 12.5% de los casos, mientras que por US se detectó tenosinovitis por escala de grises en 39.6%, Doppler en 8.3%, tendinopatía en 67.7% y presencia de erosiones en apófisis estiloides en 59.4% de los casos. Los pacientes con erosión de la apófisis estiloides tenían un tiempo de evolución mediano mayor en comparación a aquellos que no tenían erosión [m 228 (RIC 108-243) meses vs m 108 (RIC 72-192) meses, respectivamente, $p=0.04$]. Se detectó sinovitis por clínica en 18/96 de los carpos (18.7%), en tanto que por US se detectó afectación en articulación radiocarpiana en 73/96 carpos (76%), en intracarpiana en 45/96 (46.8%), en radiocubital inferior 30/96 (31%), con señal Doppler + en el 6% y 4% y 0%, respectivamente. No se observó asociación entre la presencia de subluxación dorsal del carpo y los distintos hallazgos US evaluados. La correlación interobservador ultrasonográfica fue muy buena (entre 0,62-1 según las diferentes regiones) y el CCI para Doppler fue de 1.

Conclusión: La US fue más sensible que la clínica en la detección del compromiso articular y tendinoso a nivel del carpo, siendo la articulación radiocarpiana la región más comprometida. La tendinopatía y la erosión en apófisis estiloides fueron los hallazgos más frecuentes en el estudio del sexto compartimento. El tiempo de evolución de la enfermedad se asoció con el compromiso de algunas de las estructuras involucradas.

PO041
0068**CORRELACIÓN CLÍNICA DE RAPID 3 CON UN SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA**M Macías^{1,2}, C Farfán^{1,2}, A Burkett^{1,2}, S Hamdani^{1,2}, A Granda^{1,2}, S Visentini¹, G Pacheco^{1,2}¹ Hospital Carlos G Durand, Argentina. ² Universidad Maimónides, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

RAPID 3 es un índice de Severidad/Actividad para Artritis Reumatoidea (AR), de cálculo simple y realizado por el propio paciente. Su medición correlaciona significativamente con otros índices utilizados para medir actividad de la enfermedad. Previamente realizamos investigación sobre RAPID 3, evidenciando una correlación débil con la variable clínica de tumefacción articular. Así, hipotetizamos que la inclusión del conteo de articulaciones tumefactas en un mismo score integrado, incrementaría la especificidad de medición, integrando subjetividad de los síntomas del paciente, con objetividad en detección de signos del médico reumatólogo.

OBJETIVO

Evaluar correlación de RAPID 3, con SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA (incorporando conteo de articulaciones inflamadas al score); además con DAS 28 y CDAI.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio de corte transversal en 45 pacientes de sexo femenino con AR seropositiva durante 3 meses; aplicando scores: RAPID 3, CDAI, DAS 28 y SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA; en nuestros pacientes. Este último score, confeccionado por nuestro grupo, se modificó sustituyendo la pregunta (3) de RAPID 3, por conteo de articulaciones inflamadas. En total, 30 articulaciones (DAS 28 + Test de Squeeze en pies). Esta construcción, se aplicó a preguntas 1 y 2 de escala RAPID 3 original. Se usó el método de Pearson para establecer las correlaciones de scores.

RESULTADOS

Se demostró correlación Pearson positiva para actividad de la enfermedad, de SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA con RAPID-3 original ($r=0.94$); CDAI ($r=0.91$) y DAS 28 ($r=0.82$). SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA, mostró correlación positiva para ítems: articulaciones inflamadas ($r=0.68$), Evaluación Global del médico ($r=0.85$), y Evaluación del Dolor del paciente ($r=0.83$).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio evidenció que SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA, presentó buena correlación clínica con RAPID 3 original.

Observamos que el conteo de articulaciones inflamadas en nuestro score, correlaciona positivamente con otros scores para inflamación en AR ya validados. Fue incluido Test de squeeze, una maniobra semiológica que permite detección de articulaciones inflamada en pies, frecuentemente afectados en AR.

Concluimos que SCORE INTEGRADO DE ARTRITIS REUMATOIDEA, podría ser una opción objetiva para determinar la actividad de la AR, necesitando comprobar en mayor número de pacientes para su futura validación.

PO042

0005

MARCADORES SUBCLÍNICOS DE ATROSCLEROSIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS TEMPRANAP Asbert¹, C Gobbi², P Alba¹, J Resk³, E Cuvertino³, P Astesana¹, G Dotta⁴, M Demarchi⁴, D Salicrú², E Albiero¹, F Martínez²

1 Sala de Reumatología del Hospital Córdoba. UNC, Argentina. 2 Cátedra de Clínica Médica I. Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 3 Centro de Ecografías Dr. Cuvertino. Córdoba, Argentina. 4 Servicio de Laboratorio, Hospital Córdoba, Argentina.

Introducción: La morbilidad y mortalidad está incrementada en pacientes con artritis reumatoide debido a enfermedad cardiovascular (CV).¹⁻⁴ Mientras varios estudios han demostrado aterosclerosis subclínica con incremento del espesor íntima media carotídeo (cIMT) o la presencia de placas ateroscleróticas carotídeas⁴⁻⁶, solo pocos estudios han examinado el cIMT o placas en artritis reumatoide temprana⁷, y ninguno en artritis temprana (AT).

Objetivos: Evaluar los marcadores de aterosclerosis subclínica ecográficos y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis temprana.

Materiales y métodos: Nosotros estudiamos prospectivamente pacientes con diagnóstico de artritis temprana definida con la presencia de 3 articulaciones inflamadas con menos de un año de evolución, que se atendieron en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba desde enero de 2011 a mayo de 2013, y controles sanos, apareados por sexo, edad y factores de riesgo cardiovascular. Se recolectaron datos demográficos, valoración clínica y factores de riesgo cardiovascular. Se realizó ecografía carotídea donde se evaluó por ECG triggering (parte superior de la onda R) para minimizar la variabilidad dependiente de los cambios en el cIMT y el diámetro de la luz que ocurre durante el ciclo cardíaco. Para cada sujeto se calculó un promedio de IMT en seis imágenes. Y la relación cIMT ((izquierda + derecha)/2) fue tomado como medida de la rigidez de la pared carotídea en la Arteria Carótida Común (ACC) y en el Bulbo Carotídeo (BC). El colesterol sérico, las lipoproteínas de baja densidad, alta densidad, triglicéridos, Proteína C reactiva (PCR), eritrosedimentación (VSG), anticuerpos anti péptido citrulinado (ACCP), Factor reumatoide (FR), y anticuerpos antinucleares (ANA) fueron evaluados. La actividad de la enfermedad fue medida por el score de índice de actividad DAS 28, y fue considerado como alta actividad de la enfermedad (AAE) 5,1; moderada actividad de la enfermedad (MAE) desde 5,1 a 3,2; y baja actividad de la enfermedad (BAE) menos de 3,2. Análisis estadístico: Las diferencias de cIMT entre los pacientes con AT y los controles fueron testeados con U de Mann-Whitney. Kruskal Wallis test fue usado para comparar 3 o más grupos de pacientes. El test de chi-cuadrado fue usado para analizar variables categóricas, $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Resultados: 25 mujeres y 5 hombres con una edad promedio de 40 años (18-61) y 30 controles fueron incluidos. El promedio de DAS 28 fue 4, $8 \pm 1,8$; 47%, tuvieron AAE, 33% MAE and 20% BAE. El grupo AT y el grupo control tuvieron similares valores de cIMT ACC (0, $57 \pm 0,10$ mm vs $0,58 \pm 0,15$ mm, respectivamente, $P = 0,82$) y valores de cIMT CB ($0,67 \pm 0,18$ mm vs $0,62 \pm 0,15$ mm respectivamente, $P=0,47$). Ningún paciente demostró placas carotídeas. El promedio de colesterol total fue $188,65 \pm 1,1$ vs $195,33 \pm 42,7$ (p=0,59); triglicéridos $112,6 \pm 56,1$ vs $109,5 \pm 60$ (p=0,83); HDL $56,2 \pm 12,3$ vs $56,23 \pm 13,3$ (p=0,92) and LDL $107,1 \pm 34,9$ vs $118,46 \pm 38,1$ (p=0,23) en AT y controles respectivamente. El cIMT CCA y CB no tuvo relación con presencia de RF, ACCP, CRP, DAS 28, sexo, y tabaquismo (NS).

Conclusiones: En este estudio no se encontraron marcadores ecográficos de aterosclerosis subclínica, sugiriendo que este proceso puede ocurrir luego de varios años del diagnóstico.

PO043

0018

DESEMPEÑO DEL HAQ-MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

JM Bande, SB Papasidero, MA Medina, R Chaparro del Moral, JA Caracciolo, DS Klajn

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina.

El monitoreo de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) requiere la evaluación de diferentes aspectos de la enfermedad tales como actividad, función y daño estructural, para lo cual se han desarrollado numerosos instrumentos. Entre ellos, el HAQ es el de elección para objetivar el deterioro funcional. Se han realizado diferentes versiones del mismo, siendo el HAQ-DI el patrón de oro para determinar la capacidad funcional; la versión Argentina fue validada en el año 2004 (HAQ-A). Tanto el cuestionario original como sus modificaciones, evalúan función en forma global y no un sector anatómico en particular. Baron y cols. describieron el deterioro funcional de la mano en pacientes ancianos que padecían osteoartritis, mediante el cálculo del "HAQ de la extremidad superior", para el cual promediaron aquellas categorías que comprometían miembros superiores, resultando un cuestionario de 10 preguntas. Esta última modificación del HAQ no ha sido validada en pacientes con AR. Por lo tanto, y debido a la alta prevalencia de afectación de miembros superiores presente en esta patología, nuestro objetivo fue evaluar el desempeño de dicho cuestionario al cual denominamos HAQ-Miembro Superior (HAQ-MS). **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) que consultaron durante los 2 últimos meses. Se evaluó la última visita en la cual se encontraba detallado el DAS28 y el HAQ-A. Se calculó el HAQ-MS mediante el promedio de las preguntas correspondientes; SDAI, CDAI e IAS. Análisis estadístico: Se describieron características poblacionales con medias, medianas, frecuencias absolutas y relativas, desvíos estándares (DE) y rangos intercuartiles (RIC). Se determinaron mediana y RIC de HAQ-MS y HAQ-A. Se estimó grado de correlación entre HAQ-MS y HAQ-A con DAS28, SDAI, CDAI, IAS y tiempo de evolución mediante test de Spearman. Se compararon las medianas de HAQ-A y HAQ-MS entre grupos determinados por grados de actividad de la enfermedad con test de Kruskal-Wallis. Se realizó una regresión lineal con las variables de mayor importancia clínica y significación estadística. **Resultados:** Se incluyeron 141 pacientes, 85% mujeres, media de edad de 53,5 años (DE 12,4). La mediana de tiempo de evolución fue 71,5 meses (RIC 36-120). El 93% presentó positividad para RF, 88% para ACPA y 72% enfermedad erosiva. La media del DAS28 fue 4,37 (DE 1,51) y la mediana del HAQ-A 0,85 (RIC 0,25-1,75). Setenta y seis pacientes (56%) recibían AINES, 78 (56%) esteroides; 113 (81%) DMARs (72% Metotrexate) y 14 (10%) terapia biológica. Se observó una asociación estadísticamente significativa de ambos cuestionarios con rigidez matinal, enfermedad erosiva, recuento articular, dolor y evaluación global de la enfermedad del paciente, pero no con edad ni tiempo de evolución. La tabla muestra correlaciones entre HAQ-MS y HAQ-A y los diferentes índices de actividad.

ÍNDICE DE ACTIVIDAD	HAQ-MS r_s	HAQ-A r_s
DAS28	0,59	0,58
CDAI	0,66	0,60
SDAI	0,61	0,62
IAS	0,68	0,61

r_s = coeficiente de correlación de Spearman; $p < 0,0001$.

Al comparar medianas de HAQ-MS y HAQ-A según grados de actividad (DAS28) se observó diferencia estadísticamente significativa entre remisión y actividad grave; actividad leve y moderada-grave; y actividad moderada y grave. La regresión lineal mostró que cada incremento de 1 unidad en el recuento de articulaciones dolorosas (28) aumenta la media de HAQ-MS en 0,028 (IC95 0,007-0,049; $p=0,011$) y cada incremento unitario en EVA general del paciente (en mm) la aumenta en 0,008 (IC95 0,003-0,013; $p=0,002$). **Conclusión:** El HAQ-MS presentó correlación positiva estadísticamente significativa con DAS28, otros índices de actividad y variables clínicas de la enfermedad. Por lo tanto podría constituir una herramienta alternativa útil en la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes con AR.

44

PO044
0050
¿ALCANZAR LA BAJA ACTIVIDAD Y REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DISMINUIENDO EL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS?
MV Martire, RN García Salinas, MP Girard Bosch, P Arturi, S Magri, D Giacomone, AS Arturi
Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción: Actualmente las guías internacionales y las nuevas guías argentinas de artritis reumatoidea recomiendan que una vez controlados los síntomas, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) deben ser suspendidos e indican que la necesidad de su uso continuado debe interpretarse como control inadecuado de la actividad inflamatoria. Sin embargo continúan siendo drogas de alta prescripción.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del consumo de AINEs en pacientes con Artritis reumatoidea (AR) en baja actividad y remisión de la enfermedad por DAS28 y los factores asociados al uso de los mismos.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 atendidos en el Servicio de Reumatología desde el 1/11/2014 hasta 1/6/2015. Criterios de inclusión: pacientes con DAS28 igual o menor a 3,2 por al menos 6 meses consecutivos y considerados en baja actividad o remisión por el médico tratante. Se excluyeron pacientes utilizando AINEs por motivo diferente a la AR, consumo de dosis mayores a 5 mg día de prednisona y fibromialgia. Se recolectaron las siguientes variables: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el uso de la primera droga modificadora, DAS28, HAQ, número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT), EVA del paciente y del médico, eritrosedimentación, proteína C reactiva, factor reumatoideo y AntiCCP, tratamiento actual (drogas modificadoras de la AR (DMAR), agentes biológicos y glucocorticoides). Se evaluó la presencia de riesgo cardiovascular (RCV) definida como la presencia de al menos una de las siguientes variables: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, hiperuricemia, tabaquismo, diabetes, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca. Se evaluó el uso de AINEs, consignándose dosis, modo de utilización (a demanda o continuo) y si se consumían por indicación del médico tratante. Para las variables continuas se utilizó t test o Mann Whitney test. Para las categóricas, Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Se calculó OR e intervalo de confianza del 95%. Se consideró significativa una p < 0,05. Se realizó análisis multivariado de regresión logística, considerando a la utilización de AINEs como variable dependiente e incluyendo a las variables con p < 0,2 en el análisis univariado.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 93 pacientes con DAS28 menor o igual a 3,2 y a su vez considerados en baja actividad o remisión por el médico. 80,4% eran de sexo femenino, la mediana de edad al momento de inclusión: 56 años RIC 44-64. La mediana de DAS28: 2,58 RIC 2,1-3. El 54,9% se encontraba en Remisión por DAS28 y el 45,1% en baja actividad de la enfermedad. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 4 años RIC 2-10 años, y el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el uso del primer DMAR fue de 6 meses RIC 3-12. La mediana de CDAI fue de 4 RIC 1,75-8. Solo un 37% de los pacientes cumplía criterio de Remisión por CDAI (menor o igual a 2,8). El 45,7% (IC 35,2-56,4) manifestó consumir AINEs. El 73,8% los recibía por indicación médica, el 66,7% (n=28) a demanda y el 28,6% (n=26) de manera continua. El 38,1% (n=16) refirió consumir dosis máximas de los mismos. El AINE más utilizado fue diclofenac (39,3%). Menores valores de DAS28 (p=0,023), DAS < 2,4 (p=0,0006 OR 0,3 IC95 0,12-0,72), menor NAD (p=0,009), el tratamiento con Anti TNF (p=0,002 OR 0,35 IC 0,14-0,9), y el estado de remisión por CDAI (p=0,038 OR 0,4 IC 0,16-0,96) se asociaron negativamente a utilización de AINEs. Mientras que la positividad del Anti CCP se asoció al uso de los mismos (p=0,01 OR 3,95 IC 1,2-13,0). No se encontró asociación con las variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la AR, retardo en el inicio de DMAR, HAQ, NAT, EVA del paciente y del médico, PCR, FR ni con la presencia de RCV.

Conclusión: Casi la mitad de los pacientes en baja actividad y remisión de la enfermedad manifestó consumir AINEs. La positividad para AntiCCP es un factor asociado a su uso. Los pacientes con DAS28<2,4 y en remisión por CDAI mostraron menor consumo de estas drogas.

45

PO045
0056
PREVALENCIA DE PERIODONTITIS Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA
MA Lazaroi, MA Cusa, FA Venarotti, AR Baños, MF Marengo 1,3, S Scarafía
1 Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, Argentina. 2 Facultad de Odontología-UIA, Argentina. 3 Hospital "Dr. Hector Cura", Olavarría, Argentina.

Introducción: La Enfermedad Periodontal (EP) es la enfermedad inflamatoria crónica más frecuente de la cavidad oral, afecta a un tercio de la población general y es la principal causa de pérdida de piezas dentarias en los adultos. Debido a su etiopatogenia, inmuno-infecciosa, tiene implicancias sistémicas, produciendo mayor citulinización de proteínas. La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete principalmente las articulaciones pero además puede acompañarse de manifestaciones extraarticulares. Los Ac anti CCP son inmunoglobulinas con alta especificidad para el diagnóstico de AR y son marcadores de mal pronóstico de la enfermedad. Estudios recientes han demostrado una asociación entre AR y EP.

Objetivo: evaluar la prevalencia y severidad de EP en pacientes con AR establecida comparados con sujetos sanos y determinar su asociación con actividad de la enfermedad.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal, observacional comparativo con controles sanos. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR (criterios ACR87), con por lo menos 6 piezas dentarias propias. Como grupo control se incluyeron pacientes sanos (Cs) apareados por sexo y edad con una razón de 1:1. Se consignaron datos clínicos (DAS28, HAQ), demográficos, socioeconómicos y hábito tabáquico. La evaluación odontológica incluyó odontograma convencional e índice de CPOD (Cariados, Perdidos, Obturados). Enfermedad periodontal se definió con una profundidad de bolsa periodontal mayor o igual a 5 mm y un nivel de inserción óseo mayor o igual a 3mm. La severidad de EP se clasificó en leve, moderada y grave de acuerdo a la clasificación de la Academia de periodontología. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva (frecuencia y severidad de enfermedad periodontal). Se comparó la frecuencia de EP en AR vs Cs, ajustando por tabaquismo y edad, y excluyendo pacientes con factores de riesgo conocido como osteoporosis, diabetes y síndrome sicca. Por último se realizó análisis multivariado evaluando la asociación de variables clínicas y sociodemográficas con severidad de EP en pacientes con AR.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes con diagnóstico de AR y 25 controles sanos (Cs). Los pacientes con AR poseían una edad media de 54± 10 años, 80% eran mujeres, 76% presentaba cobertura de salud. No hubo diferencias en sexo, edad y cobertura médica entre AR y Cs. Los pacientes con AR tenían significativamente mayor frecuencia de tabaquismo actual o pasado que los Cs (52% vs 16%, p<0,01). El 76% de los pacientes con AR presentaron enfermedad periodontal versus 52% en Cs (OR=2,9; IC95% 0,9 – 9,8). Los pacientes con AR presentaron más frecuentemente una enfermedad periodontal grave que los Cs, independientemente del antecedente de tabaquismo y edad del paciente [AR=48% vs Cs 16%; OR=13,50; IC95% 2,1-85,1; p=0,02]. Al evaluar variables asociadas a periodontitis, un mayor DAS28 se relacionó significativamente con mayor severidad de periodontitis en pacientes con AR (r=0,52, p<0,02).

Conclusión: Los pacientes con AR presentaron más frecuentemente una enfermedad periodontal que los controles sanos, siendo la misma más grave en pacientes con mayor actividad de la enfermedad.

46

PO046
0067
PERFIL LIPÍDICO E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: UNA CONTRADICCIÓN
MJ Morales¹, NR Benzaquen², AM Bertolli¹, MT Apa¹, F Caeiro², JP Pirota², M Sanchez Freytes¹, V Saurit²
¹ Clínica Universitaria Reina Fabiola, Argentina. ² Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN
En pacientes con artritis reumatoidea (AR), la carga inflamatoria acumulada, medida por los niveles de VSG y PCR durante un período prolongado, ha asociado con aterosclerosis subclínica, riesgo cardiovascular y mortalidad. En contrapartida, la presencia de un estado pro-inflamatorio conduciría a una disminución del colesterol total (CT), colesterol HDL y colesterol LDL, por lo que la contribución de los lípidos como factor de riesgo en este grupo poblacional es, ciertamente, contradictorio.

OBJETIVO
Correlacionar los reactantes de fase aguda (VSG-PCR) y los valores de lípidos (CT, HDL, LDL) en una población de pacientes con AR.

PACIENTES Y MÉTODO
Estudio observacional, retrospectivo, analítico, en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. La relación entre los valores de CT (mg/dl), HDL (mg/dl), LDL (mg/dl) con la PCR (transformación logarítmica de mg/dl) y VSG se analizó con correlación de Pearson. En un segundo modelo, los valores de CT, HDL y LDL se correlacionaron con el logaritmo normal de la PCR realizando distintos cortes de la misma (<5 mg/l, > 5 a <10 mg/l y ≥10 mg/l). Finalmente, las correlaciones significativas, se analizaron en un modelo de regresión lineal multivariado. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

RESULTADOS
El análisis de este estudio incluyó 449 mediciones del perfil de lípidos y reactantes de fase aguda (PCR y VSG) correspondientes a 318 pacientes. Los pacientes fueron predominantemente mujeres (79,5%), con una edad media (desviación estándar-DE) de 57,7 (12,3) años. La mediana (rango intercuartil-RIC) del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 74,0 (108,0) meses. La mayoría de los pacientes eran seropositivos (67%). Las correlaciones entre PCR y CT (r=0,16; p=0,6), LDL (r=0,09; p=0,36) y HDL (r=0,09; p=0,30) fueron pobres. En el sub-análisis, dividiendo la PCR en tres valores de corte, tanto el CT como la fracción LDL mostraron una correlación pobre con la PCR. Por el contrario, se observó una correlación positiva moderada entre los valores positivos intermedios de PCR y HDL (r= 0,53; p= 0,01). Las correlaciones entre VSG y CT (r= -0,03; p=0,58), así como sus fracciones HDL (r= -0,14; p=0,02) y LDL (r= 0,10; p=0,88), fueron débiles, aunque se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre VSG y la fracción HDL (r= -0,14; p= 0,02). En el análisis multivariado de regresión lineal la VSG mantuvo una asociación negativa y significativa con los valores de colesterol HDL (coeficiente β= -0,179, IC95% -0,28 -0,07; p= 0,001)(Tabla 1).

	coeficiente β	Z	IC 95%	P
Análisis univariado				
VSG	-0,14	-2,35	(-0,23 -0,21)	0,02
Análisis multivariado				
VSG	-0,179	-3,25	(-0,28 -0,07)	0,001
Sexo	0,185	3,10	(0,14 0,60)	0,002
Edad	-0,30	-0,49	(-0,24 -0,14)	0,62
Tiempo de evolución de la enfermedad	0,93	1,53	(-0,005-0,01)	0,12
Nivel de hiperlipemias	0,09	1,29	(-1,74-11,93)	0,11
Dosis de glucocorticoides	0,08	1,37	(-0,41-2,51)	0,17
Uso de DME* biológicos	0,008	0,05	(-4,93 5,23)	0,95

Tabla 1. Asociación entre HDL y VSG: análisis uni y multivariado.

CONCLUSIÓN
En este estudio pudimos corroborar una relación inversa, aunque débil, entre la VSG y la fracción HDL-colesterol, por el contrario, no pudimos reproducir los hallazgos previamente publicados sobre la relación inversa entre la PCR y los niveles séricos de colesterol y sus fracciones

47

PO047
0013
EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE CONCURREN A SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE APE S.A Y RECIBEN TERAPIA BIOLÓGICA
A Baños, P Aicardi, N Viudez, M Della Maggiora
APEsa, Argentina.

Se realizó un estudio retrospectivo basado en la recolección de datos de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) según los criterios ACR 1987 que recibieron tratamiento con drogas biológicas o tofacitinib entre marzo 2008 y enero 2015 con el objetivo de identificar y describir los eventos adversos (EA) ocurridos en este período, así como también sus características.

Se reclutaron 170 pacientes con diagnóstico de AR observándose que el 21% (n35) de los pacientes con artritis reumatoidea de APEsa usaban biológicos o tofacitinib, de los cuales el 82,85% (n29) eran mujeres y la edad promedio era de 45,7 años (21-70). El total de ellos recibieron metotrexato antes de usar biológico o tofacitinib y el 85% de los mismos recibió asociación de metotrexato con leflunomida o sulfasalazina.

El 40% (n14) de los pacientes debieron ciliar a un segundo biológico o tofacitinib, dos de ellos por efectos adversos y el resto por pérdida de respuesta. Un 2% (n3) requirió un tercer biológico o tofacitinib, uno de ellos por evento adverso.

Los eventos adversos se presentaron en los dos primeros meses de tratamiento excepto uno de ellos que ocurrió dos años después del inicio. Solo el 14,28% (n5) de los pacientes presentaron eventos adversos de los cuales un paciente presentó dos EA serios con dos drogas diferentes (Plaquetopenia severa y reacción anafiláctica) ambos tratamientos se suspendieron definitivamente.

Se concluye que es importante el registro de los tratamientos con las diferentes drogas en los pacientes con artritis reumatoidea para reflejar la realidad de nuestra población, perfeccionar nuestra práctica y evaluar tanto la respuesta terapéutica como sus efectos adversos en busca de una mejor calidad de atención de nuestros pacientes.

NIVELES DE COMPLEMENTO (C3 y C4) Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

J Sosa¹, SB Papisidero¹, DS Klajn¹, R Chaparro del Moral¹, MA Medina¹, JA Caracciolo¹, L Casalla², L Zárate², MN Capozzi², J Marcos³, MA García³, MI Stancich⁴, A Constantino⁴, AG Quinteros⁵, MO Leal⁶, DL Vaszquez⁷, A Alvarez⁸, C Sánchez Andía⁹, K Kirmayr⁹, MA Correa⁸

¹ Hospital General de Agudos "Dr. E Tornú", Argentina. ² Htal. Nacional A. Posadas, Argentina. ³ HIGA San Martín, La Plata, Argentina. ⁴ Htal. Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina. ⁵ Centro Integral de Reumatología, Tucumán, Argentina. ⁶ Htal. Gral. de Agudos J. A. Penna, Argentina. ⁷ Sanatorio San Carlos, Bariloche, Argentina. ⁸ Instituto de Rehabilitación Psicosocial, Argentina.

Introducción: En la fisiopatología de la Artritis Reumatoidea (AR) ha quedado establecido el rol primordial que tienen las citoquinas, tales como el TNF alfa. Sin embargo, algunos estudios también han observado la presencia de niveles elevados de productos activados del complemento tanto en las articulaciones como en el plasma de estos pacientes, señalando que la activación del complemento podría ser otro evento crucial en la cascada inflamatoria de la AR. Makinde y cols. observaron que los niveles en plasma de C3 y C4 eran significativamente mayores en los pacientes con AR al compararlos con sujetos sanos, y que los mismos podrían estar asociados con el grado de actividad de la enfermedad.

Objetivo: Determinar los niveles de complemento (C3 y C4) en pacientes con AR y evaluar su relación con la actividad de la enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Se excluyeron otras collagenopatías asociadas (incluyendo Sjögren 2°) y otras enfermedades que pudieran alterar los niveles de complemento. Fueron consignados datos demográficos, características de la enfermedad y medidas clínicas. En todos los pacientes se realizó dosaje de los niveles de C3 y C4 mediante nefelometría, Inmunoturbidimetría o Inmunodifusión Radial (según disponibilidad de cada centro participante), y determinación de Eritrosedimentación (VSG) y Proteína C Reactiva (PCR).

Análisis Estadístico: Se describieron características poblacionales con medias, medianas, frecuencias absolutas y relativas, desvíos estándares (DE) y rangos intercuartiles (RIC). Se determinó media y DE de complemento C3 y C4 con cada método utilizado. Se estimó la distribución de C3 y C4 según niveles; y se determinó la asociación entre los mismos (como valor absoluto y en niveles) y DAS28, VSG y PCR mediante prueba de Spearman o de Kruskalwallis.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes, 97,7% mujeres, edad media de 50 años (DE 14.65). La mediana del tiempo de evolución fue 38 meses (RIC 12-94). Se observó positividad para FR y ACPA en 83,7% y 75% de la población estudiada respectivamente. El 56% de los pacientes presentaba enfermedad erosiva y 16% nodular. Un total de 125 se encontraba en tratamiento con AINES (59%), 128 con esteroides (61%), 163 (77%) con DMARS (en su mayoría Metotrexato: 83%) y 43 pacientes (20.6%) recibían terapia biológica. La media de DAS28 fue de 4.29 (DE 1.55) y la de HAQ-A de 1.09 (DE 0.83). Las medianas de VSG y PCR fueron de 46 mm¹/hora (RIC 12-40) y 1.1 mg/dl (RIC 0.3-3.8) respectivamente. Los niveles plasmáticos de complemento fueron normales en la mayor parte de la población estudiada independientemente del método utilizado: C3 normal en 194 pacientes (92%) y C4 en 180 (85%). No se observó asociación entre el valor de DAS28 y los niveles plasmáticos de C3 (p=0.79) ni de C4 (p=0.07). Tampoco hubo asociación en el análisis según grados de actividad de la enfermedad con respecto a C3 (p=0.846) ni C4 (p= 0.051). No observamos diferencias estadísticamente significativas de los niveles de C4 entre los grupos de remisión-bajo grado y moderado-alto grado de actividad (p=0.117). La mediana de PCR del grupo con niveles elevados de C4 fue de 1.95 mg/dl (RIC 0.82-3.65), mayor a la observada en el grupo con niveles bajos [0.40 mg/dl (RIC 0.20-1.40)] y dicha diferencia fue estadísticamente significativa (p<0.039). Esta asociación no se observó con los niveles de C3 (p=0.07). No hubo relación entre VSG y complemento. El tratamiento con DMAR y/o biológicos no modificó los niveles de C3 ni de C4. El uso de corticoides tampoco modificó los niveles de complemento C3 (p=0.179), aunque sí los de C4 (p=0.003); aquellos con corticoides mostraron mayor porcentaje de niveles de C4 bajo (17/128; 13%) al compararlos con los que no los recibían (5/83; 6%).

Conclusión: A diferencia de lo hallado en la literatura, en esta muestra de pacientes con AR, los niveles de C3 y C4 no se asociaron con la actividad de la enfermedad; observándose además que, independientemente del método utilizado, la gran mayoría presentaban valores de complemento dentro de rangos normales. Destacamos la asociación hallada entre los niveles de PCR y de C4 así como los niveles bajos de C4 en aquellos pacientes que recibían esteroides.

ECOPAR VS REABER: DATOS COMPARATIVOS DE 2 COHORTES ABIERTAS CON RECOGIDA DE DATOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS Y NO BIOLÓGICOS (DMAR)

MV Gazzoni, E Mussano, L Onetti, I Cadile, G Py, M Audisio, P Santaela, S Bulibasic, M Werner, E Moyano, MC Taboada, R Herrera Comoglio
Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

OBJETIVO: evaluar el riesgo relativo de aparición de eventos adversos entre pacientes tratados con DMAR y aquellos tratados con fármacos biológicos.

MÉTODOS: se estudiaron 2 cohortes de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, una de ellas (ECOPAR) registró 249 pacientes en tratamiento con DMAR tradicionales y la otra (REABER) incluyó a 224 pacientes tratados con fármacos biológicos. Se incluyeron datos recogidos entre los años 2005 y 2015 en 8 consultorios de Reumatología de nuestra ciudad. Se analizaron datos clínicos, los tratamientos y las reacciones adversas que se produjeron, comparándose luego ambas cohortes. Los datos fueron analizados con Inostat

RESULTADOS: se estudiaron 473 pacientes en total, 224 (47.3%) tratados con fármacos biológicos y 249 (52.7%) medicados con DMAR, de los cuales 383 (80.9%) fueron mujeres. La media etaria fue 55.2 años (rango 18-90) y el tiempo medio de tratamiento fue de 50.2 meses. En la cohorte ECOPAR (DMAR) 80% fueron mujeres con una edad media de 54 años y un tiempo medio de seguimiento n de 71.2 meses. En la cohorte REABER (biológicos) el 81% fueron mujeres, con edad media de 56.5 años y un tiempo medio de seguimiento de 30 meses.

Las patologías más frecuentemente encontradas fueron artritis reumatoidea (367 pacientes), artropatía psoriásica (38) y LES (22). El DMAR más usado fue metotrexato (191 pacientes) y el biológico más utilizado fue etanercept en 117 pacientes, seguido por adalimumab en 76 y certolizumab pegol en 39. En la cohorte ECOPAR (DMAR) encontramos 57 eventos adversos (infecciosos 8/57) vs. 91 en la cohorte REABER (biológicos), de los cuales 47/91 fueron infecciosos. El RR de eventos adversos en general entre las dos cohortes fue de 0.62 y el OR fue 0.54 pero el RR de eventos adversos infecciosos fue de 3.68 con un OR= 6.54.

CONCLUSIÓN: según nuestros resultados, los fármacos biológicos aumentarían el riesgo de padecer eventos adversos infecciosos pero no de otras reacciones adversas en comparación con las DMAR.

DEFORMIDADES DEL PIE Y ARTRITIS REUMATOIDEA

RM Murciano¹, AE Fernández², E Knobel¹, MR Risk², EA Derecho¹, CF Mori¹, JM Gandufo Galarza¹, A Felkar¹

¹ Hospital General de Agudos Dr. Dalmasio Vélez Sarsfield, Argentina. ² ITBA-CONICET, Argentina.

Introducción

Las deformidades del pie reumático son frecuentes e impactan en la función y calidad de vida de los pacientes. El compromiso del antepié produce dolor, colapso del arco anterior transversal, pie cavo y deformidades de los dedos. La afectación del retropie lleva a la pérdida del arco interno, desalineación posterior, dando un pie plano valgo y pronado.

Objetivo

Determinar la prevalencia de pie plano anterior transversal (PAT) y pie plano valgo en pacientes con artritis reumatoidea y compararlo con un grupo control.

Materiales y métodos

Se incluyeron 52 pacientes, de los cuales 34 cumplían criterios para artritis reumatoidea (AR) y 18 controles, durante el período 2014 -2015. Se registraron sexo, edad, índice de masa corporal (IMC) (18-25), años de evolución de la enfermedad, evaluación funcional HAQ-A (0-3) y actividad de la enfermedad DAS 28 (0-9.4); tipos de pie (cuadrado, griego, egipcio y triangular); retropie en valgo evaluado por la clínica, pie plano valgo (evaluado por pedigráfica y clínica); análisis de la huella plantar mediante pedigráfica estática y análisis radiográfico de los ángulos: Costa Bartani (valor normal 120-130° <120°cavo y>130° plano e intermetatarsiano primero al quinto: D1/5 > 35° plano anterior transversal) en radiografías de perfil y frente ambos pies con carga.

Resultados

De los 52 pacientes, 43 (83%) fueron mujeres. La edad media fue de 69.3 (11.1). El IMC 27.2 (4.2), 34/52 (65.4%) pacientes con AR de los cuales 7/34 (20.6%) cumplían criterios para AR precoz y 27/34 (79.4%) establecida; edad media 68.5 (9.9). De los 18/52(34.6%) controles, la edad media fue 69.2 (11.2). El IMC en AR fue de 26.9 (3.7) vs controles 27.21 (4.2). Años promedio de evolución de la enfermedad 9.3 (9.9). Los índices HAQ y DAS 28 fueron 0.91 (0.9) y 3.5 (2) Tipo de pie AR: 15 (44.1%) egipcio, 8 (23.5%) griego, 6 (17.7%) pie cuadrado, 5 (14.7%) triangular; vs controles: 9 (50%) griego, 5 (27.8%) egipcio, 4 (22.2%) cuadrado p=NS. Del análisis pedigráfico en AR se obtuvo: pie plano I y D 16/34(47.1%), PAT I 9/34 (26.5%), D 8/34 (23.5%); Cavo I y D 5/34 (14.7%), varo supinado 1/34 (11.8%) D 5/34 (14.7%) Control plano I 9/18(50%) D 8/18 (44.5%), PAT 1/18 (11.1%) D 4/18 (22.2%); cavo I 2/18 (11.1%) D 1/18 (5.6%), varo supinado I y D 5/18 (27.8%). Pie plano valgo I 7/34(20.6%) D 6/34(17.7%) vs control I 0/18 p=0.11, D 1/18 (5.6%) p=0.42 (prueba exacta de Fisher). Media en años de evolución de la AR con pie valgo 22(11.2) y sin pie valgo 5.7 (6) p<0.001. En las radiografías de pacientes con AR se evidenció 16/34 (47.1%) de pie plano derecho y 15/34 (44.1%) izquierdo; 9/34 (26.5%) de pie cavo derecho y 9/34 (26.5%) izquierdo; 5/34 (14.7%) y 6/34 (17.7%) pie derecho e izquierdo respectivamente, fueron normales. Cuando se comparó con el grupo control, p=NS. En las radiografías de PAT pie izquierdo para los pacientes con artritis tuvieron diagnóstico positivo 7/34 (20.6%), y negativo 23/34 (67.6%), mientras que los controles fueron positivos 0/18 y negativo 15/18 (83.3%), p=0.045; por otro lado para el pie derecho para los pacientes con AR tuvieron diagnóstico positivo 5/34 (14.7%), y negativo 25/34 (73.5%), mientras los controles fueron positivos 1/18 (5.6%) y negativo 14/18 (77.8%), p=0.34.

Conclusiones

La prevalencia de pie plano valgo en AR fue del 38.2%, sin embargo no hubo diferencia estadísticamente significativa, entre los grupos. Los pacientes con pie plano valgo, tuvieron mayor tiempo de evolución de la AR. La prevalencia de pie PAT radiológico, fue mayor en AR, con una diferencia estadísticamente significativa respecto del grupo control.

MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS POCO FRECUENTES EN ARTRITIS REUMATOIDEA: ALEXITIMIA, RESILIENCIA Y CATASTROFIZACIÓN

A Benítez, C Uña, M De la Vega, L Fernandez, N Villa, G Redondo, G Gomez, J Gamba, L Lucana, A Russo, A Rio Pedro, O Messina
Hospital Cosme Argerich, Argentina.

Introducción

Las patologías dolorosas crónicas como la Artritis reumatoidea (AR) se asocian a trastornos psicopatológicos. Esto afecta la calidad de vida del paciente.

Si bien es conocida la asociación de AR con ansiedad y depresión, son escasos los estudios que la relacionan con alexitimia (incapacidad de describir emociones), resiliencia (capacidad de sobreponerse a situaciones adversas sin pensar en la derrota) y catastrofización (la visión negativa sobre el mundo).

Objetivos:

1. Evaluar la frecuencia de resiliencia, alexitimia y catastrofización en pacientes con AR comparado con pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla.
2. Correlacionar estos aspectos con la actividad de la enfermedad, calidad de vida, nivel socio económico, demográfico y antecedentes de enfermedad

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, transversal de los pacientes con diagnóstico de AR, mayores de 18 años de ambos sexos que asistieron a consulta pública y privada entre el 01/04/2015 y el 30/06/2015. Se utilizó como grupo control pacientes con diagnóstico de OA de cadera y rodilla según clasificación kellygen y Lawrence.

Los pacientes con AR se clasificaron según criterios ACR/EULAR 2010. Se excluyeron pacientes que padecían otra enfermedad dolorosa crónica y los pacientes analfabetos.

Se recabaron datos sobre, Edad, sexo, Atención pública o privada, nivel educativo, cobertura, ocupación, ingreso anual, comorbilidades y año de diagnóstico. La Alexitimia se evaluó con la alexitimia scale (TAS-20). La resiliencia con la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISK) y la catastrofización con la Pain Catastrophizing Scale. La ansiedad y depresión fueron valoradas con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), estas valoraciones fueron comunes a ambos grupos, autoadministradas y en español.

En AR se evaluó actividad con el Índice DAS 28. Los pacientes con OA de cadera y/o rodilla fueron valorados con el índice WOMAC-ab. Para el análisis y la elaboración de los gráficos se utilizó el programa STATA v. 10. Los resultados de los análisis estadísticos descriptivos están expresados en media \pm desvío estándar, mediana (rango) y frecuencia (porcentaje). Para evaluar diferencias se utilizaron los test t de Student, test de Wilcoxon Mann Whitney, test Chi-cuadrado y test exacto de Fisher. Se realizó un análisis de la varianza para evaluar la influencia de variables categóricas sobre variables continuas. Se evaluó la correlación entre variables continuas con regresión lineal.

Resultados

Se analizaron 113 pacientes 64 (56%) pertenecientes al grupo AR y 49 (43.4%) al grupo OA. Del total 81.4% (n= 92) fueron mujeres. De la muestra el 54% (n=61) tenían nivel educativo primario completo, 35% secundario completo (31), 10.1%, terciario completo (n=12) 3.5% universitario completo (n=4). En el análisis de las variables edad, DAS 28, tiempo de evolución de la enfermedad, trabajo y pacientes jubilados, solo la edad mostro diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (p< 0,001). No se encontró diferencia significativa en el análisis del TAS 20 según pertenecieran al grupo AR 70.8 \pm 15.9 vs. Control 67.3 \pm 18.5 p= 0.3. El 69% (n=78) obtuvo un valor de TAS 20 >61, indicando alexitimia. La evaluación de la Pain Catastrophizing Scale tuvo una media para el total de la muestra de 16.2 \pm 12.4, grupo AR 16.8 \pm 15.1 versus Control 15.5 \pm 13.5, sin diferencia estadísticamente significativa, p = 0.878. Hubo mayor catastrofización en el bajo nivel educativo con un p = 0.010. En el análisis del CD RISK, la media para el grupo general fue de 68.8 \pm 20.2. No se encontró una diferencia significativa según la pertenencia al grupo AR vs. Control; 71.7 \pm 18.1 vs. 65.0 \pm 22.3, respectivamente, p = 0.09. La dimensión de ansiedad de la escala HADS tuvo un valor medio de 7.5 \pm 3.7 y no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre quienes pertenecen al grupo AR vs. Control, p = 0.94.

De las variables secundarias se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el bajo nivel educativo y un mayor nivel de ansiedad, p = 0.017. En la dimensión depresión del test HADS no mostro diferencias.

Conclusión

No se observó diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones estudiadas en cuanto al objetivo primario. De los objetivos secundarios, el bajo nivel educativo presentó mayor nivel de catastrofización y ansiedad. Se observó en ambos grupos alta frecuencia de alexitimia, alta resiliencia y baja catastrofización.

52

PO052 0168
ARTRITIS REUMATOIDEA: FRECUENCIA E INFLUENCIA DEL SOBREPESO-OBESIDAD EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD
 MI Slančich, E Mussano, L Onetti, I Cadile, M Werner, S Bulubasic, P Santaella, G Py, MV Gazzoni, MC Taboada, R Jurado
 Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

Introducción: El aumento exponencial de la obesidad en los últimos años ha generado nuevas investigaciones debido a su elevada prevalencia y el impacto sobre las enfermedades relacionadas. El tejido adiposo blanco ha surgido como un órgano endocrino activo, jugando un papel no sólo en el metabolismo, sino también en los procesos inmunes y patologías inflamatorias mediante la liberación de una gran cantidad de adipocitos y mediadores pro-inflamatorios. La prevalencia de obesidad en la Artritis Reumatoidea (AR) es de 18-31%, y el sobrepeso se ha observado en más del 60%. Los datos publicados sugieren la influencia negativa de un alto índice de masa corporal (IMC) sobre la actividad de la enfermedad, con una disminución de la probabilidad de entrar en remisión.

Objetivos:
 - Establecer la frecuencia de sobrepeso y obesidad en pacientes con AR;
 - Determinar el grado de actividad y remisión de la enfermedad según DAS28 en toda la muestra, en los grupos de pacientes normopeso (PN) y en los obesos (PO);
 - Definir el valor entrosedimentación (ESD), escala visual análoga (EVA) y la capacidad funcional por HAQ DI en toda la muestra y en los grupos de PN y PO.

Pacientes y métodos:
 Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal que comenzó el 1 de noviembre de 2014 y finalizó el 30 de junio de 2015. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 de un año o más de diagnóstico de la enfermedad, asistidos en consultorio externo de reumatología, independientemente del tratamiento establecido. Se utilizaron variables categóricas ordinales: IMC (utilizando los intervalos de clasificación establecidos por la OMS) y DAS 28 (intervalos de actividad establecidos por ACR/EULAR) y variables mensurables continuas: ESD, EVA y HAQ. El modelo estadístico utilizado para analizar las variables mensurables fue media y error estándar (EE) y para las categóricas las frecuencias relativas.

Resultados:
 Se estudiaron 44 pacientes (83% sexo femenino) con una media de 6,54 años de diagnóstico de la enfermedad. El 32% presentaban normopeso, 35% sobrepeso y 33% obesidad según el IMC. Del total de la muestra, 21% se encontraba en remisión, 7% tenía baja actividad de la enfermedad, 42% moderada y 30% alta. El 21% de los PN presentaban alta actividad vs el 43% de los PO. El 36% de los PN presentaba remisión de la enfermedad vs el 14% de los PO. Las medias y EE de las variables numéricas para el total de la muestra analizada fueron: ESD 25,23±2,23, EVA 44,65±4,58 y HAQ DI 0,78±0,78. Los valores hallados para los diferentes grupos fueron: ESD 19,86±3,30 mm/hora en PN vs 35,14±3,67 mm/hora para PO, EVA 32,86±7,87 mm en PN vs 51,43±8,57 mm en PO y HAQ DI de 0,60±0,17 en PN vs 0,95±0,20 en PO. Por tratarse de una muestra pequeña, no se determinó probabilidad entre los diferentes grupos.

Discusión: Los resultados de este estudio apoyan lo demostrado en estudios observacionales mayores, la frecuencia de obesidad es similar a la publicada, siendo menor el sobrepeso. El riesgo de no alcanzar remisión, mayor índice de actividad mayor, elevación persistente de reactivantes de fase aguda, mayor percepción del dolor y la disminución de la capacidad funcional en los PO también es coincidente.

Conclusión:
 Teniendo en cuenta los resultados hallados en este estudio se sugiere una influencia negativa de la obesidad sobre la actividad de la enfermedad, ESD, EVA y HAQ DI en pacientes con AR.

53

PO053 0007
EL PATRÓN DE LA SEÑAL DOPPLER DE PODER A NIVEL METACARPOFALÁNGICA Y SU ASOCIACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
 MJ Audisio¹, AM Bertoli², GE Py¹
¹ Hospital Nacional de Clínicas, UNC, Argentina. ² Instituto Reumatológico Strusberg, Argentina.

Introducción: La ultrasonografía con Doppler de poder (USPD) se está utilizando de manera rutinaria para la evaluación de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoidea (AR). Diferentes scores de actividad han sido validados, sin embargo, no se han descrito patrones de señal Doppler de poder en las articulaciones pequeñas y su posible asociación con la actividad de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar si el patrón de distribución del flujo sinovial a través de la USPD (periférico vs yuxta-cortical) se asocia a actividad de la enfermedad en pacientes con AR. **Pacientes y Método:** Se examinaron 820 articulaciones metacarpoalángicas (MCF) de 82 pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 1987. El patrón del flujo sinovial detectado por USPD se clasificó en: periférico (la señal USPD se encuentra en cualquier punto de la superficie articular sin contactar la cortical ósea) y yuxta-cortical (la USPD se encuentra en contacto con la cortical ósea). En el análisis se incluyeron todas las articulaciones MCF con señal Doppler ≥1. La actividad de la enfermedad se calculó con DAS28-VSG. La asociación del patrón de USPD con el DAS28 y sus componentes [recuento de articulaciones doloridas, recuento de articulaciones inflamadas, evaluación global de la actividad de la enfermedad por el paciente (EGAFP) y entrosedimentación (VSG)] se analizó utilizando el test U de Mann-Whitney. Se consideraron significativos valores de p ≤ 0.05.

Resultados: Los pacientes eran en su mayoría de sexo femenino (80.5%), con una edad media (DE) de 50.5 (13.1) años y una duración media de la enfermedad (RIC) de 80.0 (82.0) meses. La mediana (RIC) del DAS -VSG fue de 3.1 (0.9). De las 820 MCF, 87 tenían señal Doppler ≥1. Cuarenta y seis tenían patrón Doppler periférico y 41 patrón yuxta-cortical. La tabla a continuación describe el DAS28-ESR y sus componentes de acuerdo al patrón USPD detectado.

Variables	Patrón USPD		Valor p
	Periférico	Yuxta-cortical	
Mediana (RIC)			
DAS28-VSG	4.79 (3.09)	3.58 (1.95)	0.052
Articulaciones doloridas	5.00 (8.00)	1.00 (3.00)	0.389
Articulaciones inflamadas	13.00 (10.00)	9.00 (10.00)	0.006
VSG	27.00 (27.00)	25.00 (23.00)	0.037
EGAFP	41.50 (67.26)	23.00 (33.50)	0.010

Conclusiones: En este estudio se identificaron dos patrones diferentes de USPD nivel de las articulaciones MCF de pacientes con artritis reumatoidea: periférico y yuxta-cortical. El patrón periférico USPD muestra una tendencia a asociarse con la actividad de la enfermedad cuando se lo compara con DAS28-VSG y una clara asociación con el número de articulaciones inflamadas y la VSG. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos.

54

PO054 0009
LA PRESENCIA E INTENSIDAD DE SINOVITIS DETECTADA POR ULTRASONOGRAFÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA ES MAYOR EN LA MANO DOMINANTE, INCLUSIVE EN AQUELLOS PACIENTES EN REMISIÓN CLÍNICA
 AM Bertoli¹, MJ Audisio², GE Py²
¹ Instituto Reumatológico Strusberg, Argentina. ² Hospital Nacional de Clínicas, UNC, Argentina.

Introducción: La ultrasonografía con Doppler de poder (DP) es una herramienta sensible y confiable para el estudio de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoidea (AR). Diferentes scores fueron propuestos para la medición de la actividad inflamatoria. Dada la necesidad de optimizar el tiempo de realización del estudio, estos scores incluyeron sucesivamente un menor número de articulaciones e incluso alguno de ellos examinan solo la mano dominante, existiendo por tanto, la posibilidad de no reflejar el estado inflamatorio real del paciente.

Objetivo: Comparar el número de articulaciones con hipertrofia sinovial (HS) y señal DP en la mano dominante vs la no dominante.

Pacientes y Método: Se incluyeron 62 pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987). Se evaluó la presencia e intensidad de HS y señal DP en la muñeca, articulaciones metacarpoalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP) de ambas manos. La HS y la señal DP se graduó semi-cuantitativamente de 0 a 3 de acuerdo a OMERACT.

Un índice de 11 articulaciones, tanto para HS como para señal DP se obtuvo de la suma de los scores individuales de cada articulación. Se comparó el número total de articulaciones con HS y señal DP y sus respectivos índices de la mano dominante y la no-dominante usando el coeficiente de correlación de Spearman. También se realizaron dos sub-análisis, el primero incluyendo un número reducido de articulaciones (muñeca, segunda y tercera articulaciones MCF) y el segundo incluyendo solo los pacientes que se encontraban en remisión de acuerdo al DAS28-VSG.

Resultados: Los pacientes eran predominantemente de sexo femenino (81%) y tenían una edad media (DE) de 55.6 (13.6) años con una mediana (RIC) de duración de la enfermedad de 83.5 (100.5) meses. La mediana del DAS28-ESR fue de 3.1 (2.2). La Tabla muestra el número total de articulaciones con HS y señal DP y sus respectivos índices en la mano dominante y no-dominante.

	Mano		Valor Rho	Valor de P
	Dominante mediana (P/C)	No dominante mediana (P/C)		
Toda la muestra				
Evaluación de todas las articulaciones				
Hipertrofia sinovial	7.0 (6.26)	6.0 (6.0)	0.86	<0.001
Índice de hipertrofia sinovial	10 (11.5)	9.0 (9.0)	0.92	<0.001
Doppler de poder	1.0 (0.0)	1.0 (2.0)	0.73	<0.001
Índice de Doppler de poder	1.0 (4.0)	1.0 (5.0)	0.74	<0.001
Evaluación de número reducido de articulaciones				
Hipertrofia sinovial	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	0.61	<0.001
Índice de hipertrofia sinovial	5.0 (4.25)	4.0 (3.0)	0.80	<0.001
Doppler de poder	1.0 (2.0)	1.0 (2.0)	0.67	<0.001
Índice de Doppler de poder	1.0 (3.0)	1.0 (2.25)	0.69	<0.001
Pacientes en remisión clínica				
Evaluación de todas las articulaciones				
Hipertrofia sinovial	6.5 (3.0)	5.0 (5.0)	0.75	0.001
Índice de hipertrofia sinovial	7.0 (6.0)	7.0 (5.0)	0.73	0.001
Doppler de poder	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.22	0.419
Índice de Doppler de poder	0.5 (0.0)	0.0 (0.0)	0.30	0.137
Evaluación de número reducido de articulaciones				
Hipertrofia sinovial	3.0 (2.0)	2.0 (2.0)	0.54	0.031
Índice de hipertrofia sinovial	4.5 (3.0)	3.0 (3.0)	0.71	0.002
Doppler de poder	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.51	0.044
Índice de Doppler de poder	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.58	0.040

Conclusiones: En este estudio, encontramos que tanto la HS como la señal DP tienen una correlación alta entre ambas manos, independientemente del número de articulaciones evaluadas (evaluación de todas las articulaciones o de un número reducido de articulaciones). Cuando se examina exclusivamente a los pacientes en remisión clínica, estas correlaciones caen a moderadas. Sin embargo, la mano dominante sigue mostrando más HS y señal DP comparada con la no-dominante, lo cual avalaría su evaluación aislada también en pacientes en remisión clínica.

55

PO055 0234
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PROVINCIAS DE LA PATAGONIA ARGENTINA
 F España, F Abadie, K Kymair, M Diaz, R Báez, G Caballero, G Deoliqui, J Jacobo, R Paniego
 SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA DEL SUR, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La incorporación de nuevas drogas para el tratamiento de enfermedades reumáticas ha devenido en mejoría de la capacidad funcional, disminución del daño estructural y la morbilidad, con aumento de la sobrevida. En la actualidad, se disponen de numerosos fármacos con diferentes mecanismos de acción para el tratamiento de una variedad de enfermedades reumatológicas.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y epidemiológicas de una población de pacientes de la Patagonia Argentina con enfermedades reumatológicas tratadas con DMARDs biológicos.

MATERIAL Y METODOS: Se estudió una población de pacientes con enfermedades reumatológicas atendidos en consulta ambulatoria en las Provincias de Río Negro, La Pampa, Neuquén y Chubut, tratados con DMARDs biológicos, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1ro de enero y el 30 de junio de 2015. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR, EASN, LES, Vasculitis ANCA+ y Uveítis, atendidos en forma ambulatoria con al menos 3 consultas consecutivas y con tratamiento con DMARDs biológicos. **DISEÑO DEL ESTUDIO:** observacional, de corte transversal. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** las variables continuas se expresaron como mediana y RIC o como media y desvío standard, las variables categóricas se expresaron como porcentaje y su respectivo IC95%. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS v17. Toda la información que se obtenga será manejada en forma confidencial. Se tomarán todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio conforme a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas Data). El paciente no resultará identificado personalmente ante ninguna instancia institucional ni en ningún informe o publicación sobre el estudio. Toda la información recabada durante el estudio será almacenada sin identificar a ninguno de los participantes del mismo.

RESULTADOS: Se analizaron 240 paciente (74.6% de sexo femenino, IC95%= 68,72; 79,67), con una mediana de edad de 55 años (IC95%= 52,34; 55,53) y una media de 53,54 ± 12,53, provenientes de las provincias de Río Negro (44,6%), La Pampa (33,8%), Neuquén (17,9%) y Chubut (3,8%). En la distribución por etnia, el 62,9% (IC95%= 56,65; 68,78) eran mestizos, seguidos por el 36,3% (IC95%= 30,43; 42,50) de blancos europeos. En la distribución por nivel educativo se observó secundario completo en el 32,1%, (IC95%= 26,50; 38,23) seguido por secundario incompleto (25%) (IC95%= 19,94; 30,84), primario incompleto (18,8%) (IC95%= 14,32; 24,17), terciario (15,8%) (IC95%= 11,76; 20,99) y universitario (8,3%) (IC95%= 5,46; 12,52). La enfermedad que mayormente recibió terapia biológica fue Artritis reumatoidea (179 paciente – 74,6% (IC95%= 68,72; 79,67), seguida por Artritis Psoriásica (33 pacientes – 13,8% (IC95%= 9,96; 18,68). El fármaco más utilizado fue Etanercept (40,8% (IC95%= 34,81; 47,15), seguido de Adalimumab (25,8% (IC95%= 20,71; 31,72)). La media de DAS28 de los pacientes evaluados por este score fue de 2,97 y de HAQ 0,72. Se observaron eventos adversos serios en 13 pacientes (5,4%) (IC95%= 3,19; 9,05). Se observaron eventos adversos no serios en 49 pacientes (20,41%) (IC95%= 15,80; 25,96), de los cuales los más frecuentes fueron infecciosos (73,46%) (IC95%= 59,74; 83,79), siendo el catarro de vías aéreas superiores el más frecuente (19 pacientes – 38,77%) (IC95%= 26,43; 52,75).

CONCLUSIONES: En este análisis descriptivo se apreció que la mayoría de pacientes en tratamiento biológico fueron de sexo femenino, en su mayoría mestizos, y con secundario completo. Artritis Reumatoidea fue la patología en la que más se utilizó terapia biológica, seguido de Artritis Psoriásica. Los eventos adversos fueron en su mayoría no serios, del tipo infeccioso, predominantemente cuadros de catarro de vías aéreas superiores.

CÉLULAS T HELPER FOLICULARES EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEAAB C Costantino¹, L Onetti², M Cloquell³, CV Acosta², E Mussano³, II Cadile³, CM Rodríguez⁴, S Sauto², PV Ferrero²¹ Laboratorio de Inmunología, Hospital Nacional de Ciencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ² Servicio de Reumatología, Hospital Nacional de Ciencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ³ Laboratorio de Oncohematología, Hospital Nacional de Ciencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ⁴ Laboratorio de Oncohematología, Hospital Nacional de Ciencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La AR es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica, de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de Factor Reumatoide (FR) y anticuerpos anti-proteína citrulinada (ACPA). Las células T helper foliculares (Th) son una subpoblación de células T CD4+ que colaboran con la célula B para la producción de anticuerpos y se caracterizan por la expresión de CXCR5, Bcl6, PD-1, ICOS, CD40L y la liberación de IL-21.

El aumento de células CD4+CXCR5+ (Th) en sangre periférica se ha asociado con autoinmunidad sistémica. La expresión diferencial de CXCR3 y CCR6 define tres subpoblaciones mayores dentro de las células CD4+CXCR5+: CXCR3+CCR6- (Th1), CXCR3+CCR6+ (Th2) y CXCR3+CCR6- (Th17).

El objetivo es demostrar si las células Th y sus distintas subpoblaciones se encuentran alteradas en pacientes con AR y si dicha alteración se correlaciona con actividad de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron un total de 62 muestras de sangre pertenecientes a 24 pacientes con AR, 22 controles normales (CN) y 16 pacientes con artritis indiferenciada (AI). La actividad de la enfermedad se determinó por DAS-28. Por citometría de flujo se estudió el porcentaje de células T CD4+CXCR5+ y sus subpoblaciones CXCR3+CCR6- CXCR3+CCR6+, CXCR3+CCR6- en células mononucleares de sangre periférica. Además se realizó citocitrógeno completo, recuento de plaquetas, velocidad de sedimentación globular (VSG), dosaje de hemoglobina, proteína C reactiva (PCR), FR, anticuerpos anti-vimentina mutada citrulinada (anti-VMC), inmunoglobulinas, C3 y C4. Para el análisis estadístico se utilizó ANOVA de una vía y Bonferroni o Kruskal Wallis y Dunn, Chi cuadrado, coeficiente de correlación de Pearson o Spearman según corresponda.

RESULTADOS

No se hallaron diferencias en el porcentaje de células Th entre AR vs CN ni entre AR vs AI (media ± ds, AR=12,89 ± 7,73; CN=10,48 ± 3,9; AI=11,71 ± 5,04, p=0,66). Tampoco en el porcentaje de subpoblaciones Th1 (12,75 ± 9,72; 11,22 ± 7,48; 12,81 ± 6,13; p=0,77) ni Th2 (32,66 ± 11,46; 39,53 ± 12,12; 27,56 ± 11,25; p=0,0092) o Th17 (37,94 ± 11,34; 40,79 ± 8,17; 37,34 ± 7,16 p=0,45) cuando se comparó AR con los otros 2 grupos, aunque AI presentó menos Th2 que CN (p<0,01). Similares resultados se obtuvieron cuando se analizaron sólo los pacientes con AR y actividad alta (DAS-28 > 5,1, n=14, Th AR: 12,84±8,00 p=0,73; Th1 AR: 12,74±9,19 p=0,77; Th2 AR: 35,03±11,64 p=0,01; Th17 AR: 36,21±10,80 p=0,26), nuevamente y como se esperaba, la diferencia en Th2 es debida a AI vs CN (p<0,01). No se halló correlación entre células Th (r=-0,19 p=0,37) ni entre la subpoblación Th1 (r=0,09 p=0,68), Th2 (r=0,36 p=0,09) o Th17 (r=-0,20 p=0,35) vs DAS-28 como así tampoco entre cada una de estas subpoblaciones y VSG (r=-0,18 p=0,39, r=-0,08 p=0,71, r=-0,01 p=0,97, r=-0,25 p=0,23, respectivamente). Sorprendentemente, sólo se halló correlación positiva entre células Th17 y PCR (r=0,47 p=0,021).

Finalmente no hubo correlación entre Th1, Th17, Th2 y Th17 vs anti-VMC (r=0,38 p=0,07, r=-0,04 p=0,84, r=-0,1419 p=0,51 y r=-0,19 p=0,3726, respectivamente) como así tampoco entre cada una de estas subpoblaciones y FR (r=0,30 p=0,15, r=-0,18 p=0,39, r=-0,16 p=0,46, r=0,01 p=0,98, respectivamente).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta nuestros resultados, las células T CD4+CXCR5+ y sus subpoblaciones no estarían implicadas en el desarrollo de AR. Estos hallazgos concuerdan con algunos estudios aunque existen otros que involucran a estas células en la fisiopatología de esta enfermedad. Las discordancias podrían deberse a las diferencias moleculares que se utilizaron para identificarlas.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE PACIENTES ECUATORIANOS CON ARTRITIS REUMATOIDEAC Aguirre¹, C Ríos¹, M Moreno², R López², J Martínez², N Córdova³, G Maldonado¹, C Ferro⁴, M Intriago¹, C Aguirre¹, J Cárdenas¹, C Paredes¹, Y Avila¹, L Moreno², C Vera², S Vargas², A Alvarado², I Moreno², D Noboa², P Merlo², J Nuñez², R Ventura², C Vallejo²¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador. ³ Servicio de Reumatología del Hospital Luis Vernaza, Ecuador. ⁴ Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. ⁵ Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, Ecuador.**OBJETIVO:** Evaluar y describir las características clínicas, inmunológicas, estado de actividad de enfermedad y capacidad funcional en una cohorte de pacientes ecuatorianos con AR.**MATERIALES MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo en una población de pacientes provenientes de consultorios ecuatorianos de reumatología públicos y privados localizados en las ciudades de: Quito, Guayaquil, Manta y Portoviejo, con diagnóstico preestablecido de Artritis Reumatoidea de acuerdo a los criterios de clasificación del ACR 1987. Se creó una base de datos con la información de los pacientes incluyendo las siguientes variables: datos demográficos, manifestaciones clínicas, índice de actividad de la enfermedad clasificada de acuerdo al DAS-28-PCR e índice de capacidad funcional de acuerdo al HAQI validado al español en 1993, comorbilidades, hábitos y tratamiento. Los datos obtenidos fueron analizados en un programa estadístico SPSS V.22.**RESULTADOS:** Se estudiaron 400 pacientes con una edad media de 50 años (18-90 años) de los cuales el 11.75%(47) eran varones y 88.25% (353) mujeres. La edad promedio de comienzo de la enfermedad fue de 41 años (10-89 años) y el tiempo promedio de retardo hasta la visita con el especialista fue de 29 meses (0-332 meses). De acuerdo al sistema de salud del que provienen los pacientes el 32% (129) pertenecían a la atención privada, mientras que el 23% (92) atención estatal y el 45% (179) atención mixta (público-privado). Según la características de la enfermedad que presentaron los pacientes, el 44.3% (177) tuvo un inicio agudo de la enfermedad, mientras que en el 55.5% (222) el inicio de la enfermedad fue insidioso; el 83.5% (334) presentó una poliartrosis simétrica, el 11.8% (47) una poliartrosis asimétrica, el 5.3% (21) oligoartritis y el 0.3% (1) monoartritis. De acuerdo a la sintomatología, el 60.3% (241) refirió rigidez matinal mayor a 1 hora, 48.5% (194) fatiga, 41.8% (167) sequedad ocular, 37.5% (150) boca seca, 22.8% (91) fiebre, 35.5% (142) migrañas, 11.5%(46) nódulos reumatoideos, 3.3% (13) fenómeno de Raynaud, 30.8%(123) pérdida de peso, 37.3% (149) pérdida de apetito y 51.3% (205) presentaba erosiones. 301 pacientes se les realizó serología para factor reumatoideo, de estos el 89.7% (270) presentó Factor Reumatoideo positivo; y a 200 pacientes se les realizó serología para anticóps, de los cuales 96.5% (193) presentó anticóps positivo.

El índice de actividad de la enfermedad fue calculado con el DAS-28-PCR cuyo valor promedio fue de 3.37 (0.87-7.59), de su análisis se obtuvo que el promedio de articulaciones dolorosas fue de 5 (0-28), articulaciones tumefactas 4 (0-26); las escala analogía visual (VAS) referida por el paciente fue en promedio de 3.9 (0-10), mientras que la VAS media por el médico de 3.4 (0-10); en cuanto a los valores de PCR, el promedio fue de 18.31mg/dl (0-142mg/dl). De acuerdo a los valores de DAS-28-PCR, 35.5% (142) estaban en remisión, 16.8% (67) tuvieron actividad baja de la enfermedad, 32.8% (131) actividad moderada y 15% (60) actividad alta. Para calcular la discapacidad de los pacientes se utilizó el HAQI, cuyo promedio fue de 0.8 (0-3), de su análisis se obtuvo que el 27% (108) presentó discapacidad y el 7% (28) discapacidad severa. Según el tratamiento 94.75% (379) recibían drogas modificadoras de la enfermedad (DMAR), al analizar cada DMAR se obtuvo que el 18% (72) de la población usaban antiinflamatorios, 78.3% (313) Metotrexato, 4.3% (17) Sulfazalacina y 7.8% (31) Leflunomida. 73.5% (294) recibían corticoides, 66.5% (266) Antiinflamatorios no esteroideos, 12.5% (50) biológicos.

CONCLUSIONES: Esta es la cohorte de pacientes con Artritis Reumatoidea más grande del Ecuador, las características clínicas son similares a las de otras poblaciones de Latinoamérica, principalmente a las demostradas en el estudio GLADAR.**SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE TRATAMIENTO**

N Domínguez, S Peres, MC Quaglia, M Gaona, G Chuquimia, F Robalino, D Alvarez, E Kerzberg Hospital Ramos Mejía, Argentina.

IntroducciónDiversos estudios en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) han vinculado al sobrepeso y obesidad, a través del índice de Masa Corporal (IMC), con mayor actividad de la enfermedad, menor capacidad funcional, menor probabilidad de obtener remisión e incluso con alteración de la respuesta a agentes anti-TNF- α . Sin embargo, hay cierta controversia, algunos estudios sugieren que la obesidad puede tener un efecto protector contra el daño de las articulaciones, el cual, incluso progresaría a menor velocidad.**Objetivo:**

Evaluar las características clínicas y de tratamiento de los pacientes con sobrepeso y obesidad con diagnóstico de AR.

Materiales y métodos:Estudio observacional. Se evaluaron 102 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR/ EULAR 2010 que habían concurrido a control de su enfermedad durante mayo de 2015. Se midió IMC (peso/talla²) y se clasificó de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, en bajo peso (IMC<18,5); normopeso (IMC 18,5 a 24,9); sobrepeso (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC>=30).

Se dividió la muestra en dos: a) aquellos con un IMC >=25 (casos) y b) IMC <25 (controles).

Se midió HAQ y actividad de la enfermedad por CDAI y DAS28. Se registró la presencia de erosiones, factor reumatoideo (FR), nódulos y características del tratamiento: uso de corticoides, dosis semanal de Metotrexato (MTX), monoterapia o terapia combinada, uso de biológicos y falla al mismo. Se compararon las variables categóricas mediante chi² o test exacto de Fisher y las continuas con Test de T o Mann Whitney según correspondiera. Se estudió la dosis de MTX e IMC con correlación lineal. Se consideró una p significativa < 0,05.**Resultados:**

Se incluyeron 102 pacientes, 83,3% (n=85) de sexo femenino, con una mediana de edad de 57 años (RIC 17,5).

La mediana de IMC fue 27,29 (RIC 7,68).

Según la clasificación de la OMS: 34 pacientes (33,3%) presentaban Normopeso; 36 pacientes (35,3%) Sobrepeso y 32 pacientes (31,4%) eran Obesos. Ningún paciente presentó Bajo peso.

El 69% tenían IMC<25 y el resto eran Normopeso. No hubo diferencias significativas con respecto a edad y sexo entre ambos grupos.

La presencia de nódulos fue más frecuente en pacientes con normopeso, con una p no significativa (23,53% vs 15% p. 0,933). El 86,76% de los pacientes con sobrepeso/obesidad tenían FR positivo vs 94,1% en el grupo IMC<25 (p. 0,32). La mediana de IMC en pacientes con FR negativo fue de 31,34 (RIC 5,71) mientras que en pacientes FR positivo fue de 27,29 (RIC 7,65) con una p significativa (p.0,02). Se encontró erosiones en el 94,1% de los pacientes Normopeso vs 82,4% del grupo IMC<=25(p.0,13).

Los pacientes que tenían alta actividad de la enfermedad por CDAI tenían una mediana de IMC más elevada que aquellos que no alcanzaron alta actividad (28,75 vs. 26,66 p.0,22); aquellos que tenían alta actividad por DAS28 tenían una IMC mediana de 28,78 vs. 26,75 los que no alcanzaron (p. 0,30).

La mediana de HAQ fue de 0,63 (RIC 1,32) en Sobrepeso/obeso y en Normopesos fue de 0,5 (RIC 1,35) con una p no significativa (p.0,93).

No hubo diferencias significativas con respecto al uso de corticoides, monoterapia, terapia combinada, biológicos y antecedentes de falla al mismo.

Los pacientes con IMC >= 25 se encontraban con dosis semanales mayores de MTX, con mediana 20 mg (RIC 6,25) vs. Mediana 15 mg RIC (17,5) en Normopeso (p.0,006). Se evidenció coeficiente de correlación de Pearson de 0,25 entre IMC y dosis de Metotrexato con p. 0,009.

	Normopeso n=34	Sobrepeso/Obeso n=68	P valor
Enf. Erosiva % (n)	94.1% (32)	82.4% (56)	0.13
Nódulos % (n)	23.53% (8)	15% (22)	0.933
FR % (n)	94.1% (32)	86.76% (59)	0.32
Dosis de MTX mg/semana mediana (RIC)	15 (17.5)	20 (6.25)	0.006

Conclusión:

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el IMC y la dosis de MTX, siendo la misma mayor en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

La presencia de factor reumatoideo negativo se relacionó con una mediana de IMC correspondiente a obesidad, con una p estadísticamente significativa.

La presencia de nódulos reumatoideos, enfermedad erosiva y factor reumatoideo positivo fue más frecuente en pacientes Normopeso, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA CON DOPPLER DE PODER DE LA ARTICULACIÓN DEL CARPO Y METACARPOFALANCIAS (MCFs) DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. (AIJ) ESTUDIO DESCRIPTIVO

ML Barzola, L Blumenthal, S Meiorin, G Espada Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Argentina.

Las articulaciones del carpo y de la mano se encuentran frecuentemente comprometidas en AIJ, siendo su evaluación clínica compleja. La persistencia de inflamación ocasiona deformidad y deterioro funcional, por lo tanto el control precoz de la enfermedad requiere en ocasiones de la utilización de técnicas de imágenes más sensibles para su detección, como la Ultrasonografía (US). Objetivos: 1- Describir los hallazgos US y Doppler de poder de la articulaciones del carpo y MCFs en pacientes con AIJ 2-Evaluación del sistema de poleas anular y cruciforme.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron ptes con diagnóstico de AIJ (IAR 01) con compromiso clínico de carpo y MCFs, en quienes se efectuó evaluación clínica y US en la misma semana. Se registraron variables clínicas: presencia de tumefacción, limitación y/o dolor a palpación y/o movilización, definiendo como artritis clínicamente activa al hallazgo de 2/3 de las manifestaciones. La US fue realizada por un médico radiólogo y un reumatólogo infantil entrenados en ecografía musculoesquelética con Equipo Toshiba, Nemio transductor lineal de 6-12 MHz. Se evaluó escala de grises para detectar anomalías estructurales, y Doppler de poder para identificar hipermemia. Los recesos radiocarpiano y mediocarpiano se examinaron en un plano longitudinal dorsal, y las vainas de los tendones en planos transversal y longitudinal. Cada dedo se escaneó sobre su cara palmar longitudinal y transversal. La cavidad intracapsular de MCFs se evaluó en plano longitudinal, dorsal y palmar. La visibilidad de cada polea en las imágenes ecográficas se calificó como "no visible" o "claramente visible". Se utilizaron definiciones OMERACT para AR para definir hallazgos patológicos en US. Resultados: Se evaluaron 18 pacientes, 14 mujeres (77%), edad mediana 12,8 años (RIC 5,3-18), mediana tiempo de evolución de enfermedad 39 meses (RIC 10-108). Subtipos AIJ(n ptes): 10 poli, 5 oligo, 1 sist y 2 formas indiferenciadas. Del total de la serie de ptes, 10 presentaban artritis activa del carpo y 8 limitación residual; 4 ptes artritis activa de 1 y 3 de 2 MCFs. Se evaluaron un total de 144 articulaciones. Por US se detectó hipertrofia sinovial en 46/144 articulaciones (30%); 16 radiocarpiana, 12 mediocarpiana, 10 1^o MCF y 8 2^o MCF; mientras que señal PD se observó en 20/144 art (13,8%); 8 radiocarpianas, 6 mediocarpianas, 4 1^o MCF, 2 2^o MCF. De los 36 carpos examinados, sólo 4 presentaron compromiso US aislado del receso radiocarpiano, mientras que en el resto se observó concomitantemente en el mediocarpiano. Tenosinovitis se encontró en 5/36 carpos (14%), 5 con hipertrofia y 4 con señal PD. Ningún paciente presentó tenosinovitis sin compromiso radio o mediocarpiano por US. No se logró visualizar el sistema de poleas en nuestros pacientes con AIJ.

Compartimentos	Hipertrofia sinovial	Señal PD	Artritis activa
Receso radiocarpiano (n=36)	16 (44%)	8 (22%)	10
Receso mediocarpiano (n=36)	12 (33%)	6 (16,6%)	10
1ra MCF (n=36)	10(27%)	4 (11%)	4
2da MCF (n=36)	8 (22%)	2 (5,5%)	3
Tendones	5 (14%)	4 (11%)	5

Del total de articulaciones clínicamente activas (n=27), 70 % carpos (14/20) y 85% MCFs (6/7) presentaron sinovitis activa por US.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con AIJ, se evaluaron 144 articulaciones, presentando 30% hipertrofia sinovial, 13,8 % señal PD y 14% tenosinovitis de tendones extensores. De las 27 articulaciones clínicamente activas, US confirmó este hallazgo en 70% de carpos y 85% de MCFs. La US nos ha permitido evaluar y detectar inflamación sinovial en compartimentos que son difíciles de evaluar clínicamente, además de proporcionar información sobre la anatomía exacta y ubicación de estructuras inflamadas en la región del carpo.

60

PO060
0085
REACTANTES DE FASE AGUDA SEGÚN GÉNERO Y EDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA
J.P. Piroia¹, M.J. Haye Salinas², N.R. Benzaquén¹, M.A. Colazo¹, V. Saurit¹, A. Alvarrelos¹, C.A. Waimann³, G. Citera², F. Dal Pra⁴, C. Orozco⁵, F. Ceccato⁶, S. Paire⁷, M.V. Martire⁸, G. Crespo Amaya⁹, A. Secora¹⁰, M. Mamani¹¹, E. Bertiller¹², J. Rosa¹³, E.R. Soriano¹⁴, J. Marcos¹⁵, M. García¹⁶, A.C. Costi¹⁷, M.M. Zalazar¹⁸, A. Martínez Muñoz¹⁹, O.L. Rillo²⁰, H. Berman²¹, A. Berman²², F. Colombres²³, E. Velozo²⁴, V. Juárez²⁵, M. Crespo²⁶, I. A. Quinteros²⁷, M. Leal²⁸, G. Salvatierra²⁹, M. Sacún³⁰, R. Quintana³¹, M. Abdala³², F. Caeiro³³
¹ Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina. ² Instituto De Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ³ Hospital Dr. José María Cullen, Argentina. ⁴ Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. ⁵ Hospital Italiano De Buenos Aires, Argentina. ⁶ Hospital San Martín, Argentina. ⁷ Hospital Pirovano, Argentina. ⁸ Centro Médico Privado De Reumatología (Tucumán), Argentina. ⁹ Sanatorio y Universidad Adventista Del Plata, Argentina. ¹⁰ Hospital Señor Del Milagro, Argentina. ¹¹ Centro Integral De Reumatología, Argentina. ¹² Instituto Provincial De Rehabilitación Integral, Argentina. ¹³ Hospital Provincial De Rosario, Argentina. ¹⁴ Hospital Provincial Del Centenario, Argentina.

Introducción
Los reactantes de fase aguda, como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), son utilizados para medir el nivel de actividad en Artritis Reumatoide (AR) y forman parte de los índices de actividad ampliamente utilizados, como el DAS28. Estudios previos afirman que la VSG y PCR pueden ser influenciados por la edad y el género.
Objetivo
Evaluar la influencia de la edad y el género en los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) en pacientes con AR temprana.
Materiales y Métodos
Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR de menos de 2 años de evolución perteneciente a CONAART (consorcio argentino de artritis temprana).
Las variables evaluadas fueron: género, edad (se dicotomizó en mayores y menores de 50 años para el análisis), recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, score de actividad (DAS 28-VSG), capacidad funcional (HAQ), factor reumatoideo (FR), rigidez matinal en minutos, dolor en mm por escala visual analógica (EVA), EVA de actividad global del paciente, VSG y PCR.
Las variables se resumieron en frecuencia, media (m) y desvío estándar (DS) o mediana (M) y rango intercuartil (RIC). Se realizó análisis univariado con test Mann Whitney y multivariado con regresión logística usando como dependiente género y edad. Se consideró significativo un valor de p≤0.05

Resultados
Se evaluaron 1110 pacientes, 83% mujeres, con edad promedio 49,8 años (DE 13,8), VSG 30 (RIC 17-48), PCR 3,3 (RIC 0,6-11,0), FR positivo 829 (74,7%), DAS28: 5,1 (DE 1,4), HAQ 1,1 (RIC 0,6-1,9).
En la tabla uno se observa análisis univariado y en la tabla dos análisis multivariado

	HOMBRE		MUJER		p
	≤ 50	> 50	≤ 50	> 50	
VSG (M (RIC))	24 (11-50)	29 (12-50)	24 (13-39)	30 (16-50)	0,374s < 0,001b / 0,907e < 0,242d
PCR (M (RIC))	3,26 (0,51-12,95)	4,50 (0,75-17,50)	2,20 (0,30-8,36)	2,29 (0,42-9,20)	0,204a < 0,230b / 0,003c < 0,000d

Tabla 1: Valor de Entro sedimentación y Proteína C Reactiva Según Género y Edad. Análisis Univariado.
a: compara valor según edad en hombres, b: compara valor según edad en mujeres, c: compara valor según sexo en > 50 años y d: compara valor según sexo en ≤ 50 años.

Variable dependiente	Variable	ET	OR (IC 95%)	p
Sexo masculino	N° de Art. inflamadas	0,02	1,06 (1,03-1,10)	<0,001
Edad ≤50 años	VSG	0,003	1,00 (1,00-1,10)	0,009
Edad ≤50 años	Rigidez	0,106	0,99 (0,99-1,00)	0,03
Edad ≤50 años	Dolor	0,003	1,00 (1,00-1,01)	0,0007

Tabla 2: Parámetros de Actividad de la Enfermedad Según Género y Edad en Pacientes con Artritis Reumatoide Temprana. Análisis Multivariado.

Se incluyeron VSG, PCR, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, Dolor en mm, Rigidez en minutos, EVA paciente.

Conclusión

El valor de VSG se relaciona independientemente con la edad. Esto puede llevar a sobre-estimación de la actividad de la enfermedad en los pacientes de mayor edad.

61

PO061
0041
EMPLEO Y CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN CUATRO PAISES DE AMÉRICA LATINA
RM Xavier¹, J. Morales-Torres², DCR Ramos-Remus³, P Chalem⁴, JF Molina⁵, J Duhau⁶, A Perez-Gilbe⁷, A Perez-Gilbe⁸, EMG Carnide⁹
¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil. ² Brasil. ³ Morales Vargas Centro de Investigación - Hospital Aranda de la Parra León, México, León, México. ⁴ Unidad de Investigación en Enf. Crónico-Degenerativas Guadalajara, México, México. ⁵ Fundación Instituto de Reumatología Fernando Chalem, Bogotá Colombia, Bogotá, Colombia. ⁶ Reumatolab, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia, Colombia. ⁷ Centro de Investigaciones en Enfermedades Reumáticas (CIER), Buenos Aires Argentina, Argentina. ⁸ AbbVie, San Juan, Puerto Rico, Puerto Rico. ⁹ AbbVie, São Paulo, Brasil, Brasil.

Antecedentes: La artritis reumatoide afecta negativamente la calidad de vida y la productividad laboral. Prácticamente no existen datos sobre el estado laboral y la carga de la enfermedad en pacientes con AR de Latinoamérica (LA).

Objetivos: Evaluar la carga de la AR en la productividad laboral y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de LA.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR consecutivos que concurren a 20 consultorios externos de reumatología distribuidos en Argentina, Brasil, Colombia y México quienes completaron los siguientes cuestionarios estándar: escala de limitaciones de la actividad en el lugar de trabajo (WALS - Workplace Activity Limitations Scale), deterioro de la actividad y productividad laboral (WPAL - Work Productivity and Activity Impairment), cuestionario de limitaciones laborales (WLQ - Work Limitations Questionnaire), EuroQol (EQ-5D) y cuestionario abreviado de salud de 36 ítems (SF-36). También se recabaron los datos sociodemográficos. **Resultados:** El estudio incluyó a 309 pacientes, 90% mujeres, edad promedio de 43 años (DS 9) y duración de la enfermedad de 8 años (DS 8). Por lo menos el 40% de los pacientes informaron alguna dificultad en las actividades en el lugar de trabajo (WALS), especialmente "ponerse en cuclillas, agacharse, arrodillarse o trabajar en posiciones incómodas" (83%) y "levantar, cargar o mover objetos" (80%). El WPAL mostró una tasa de empleo del 58% y tiempo promedio de trabajo perdido en una semana de 4.3 horas (DS 15.8). En el WLQ, las exigencias de trabajo físico se vieron afectadas en el 42% de los pacientes seguidas por las exigencias de tiempo en un 34%. El estado de salud autoevaluado medio utilizando la escala analógica visual del EQ-5D (donde 0 = peor y 100 = mejor estado de salud) fue de 69 (DS 20), oscilando entre 63 (DS 22) en Brasil y 75 (DS 21) en México. La dimensión del EQ-5D más afectada fue dolor y malestar con solo el 20,3% de los pacientes informando no haber tenido problemas en esa dimensión, mientras que el 72% informó no haber tenido problemas con el cuidado personal. Los puntajes de los componentes físicos y mentales del SF-36 para la muestra total fueron de 39 (DS 9,8) y de 45 (DS 11,4), respectivamente. Se observaron valores más bajos en el componente físico en Brasil 34 (DS 9,6) y en el componente mental en Argentina y Colombia 44 (DS 9,8). La siguiente tabla resume estos resultados para cada país analizado.

Resultados	Tabla 1				Total (N=290)
	Argentina (N=78)	Brasil (N=77)	Colombia (N=76)	México (N=78)	
WPAI empleada %	73	40	61	54	58
WLQ Exigencias físicas %	38	50	36	44	42
WLQ Exigencias de tiempo %	25	44	32	33	34
EQ-VAS media (DS)	72 (17)	63 (22)	67 (20)	75 (21)	69 (20)
EQ-5D Dimensión dolor y malestar %	NP 28 AP 67	NP 10 AP 83	NP 19 AP 70	NP 24 AP 71	NP 20 AP 73
EQ-5D Dimensión cuidado personal %	EP 5 NP 79	EP 7 NP 62	EP 11 NP 72	EP 5 NP 74	EP 7 NP 72
SF-36 PCS medio (DS)	42 (9,7)	34 (9,6)	39 (9,1)	41 (10,7)	39 (9,6)
SF-36 MCS medio (DS)	44 (11,9)	47 (12,5)	44 (9,8)	47 (11,3)	45 (11,4)

DS: Desviación Standard; NP: Ningún problema; AP: Algunos problemas; EP: Enormes problemas
PCS: Puntaje de componentes físicos (Physical component score); MCS: Puntaje de componentes mentales (Mental component score)

Conclusiones: La AR afecta tanto el rendimiento laboral como la calidad de vida en una proporción importante de pacientes. Si bien se observaron tendencias similares entre los países, los pacientes brasileños informaron haber estado más afectados en la mayoría de los aspectos evaluados.

62

27-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Indiferenciadas"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard
PO062
0219
MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON COLOCACIÓN DE IMPLANTE MAMARIO
R Rojas Tessel, MD Alonso Lopez, VR Juárez, E Buschiazzo, MV Lencina, M Aciar, ME Crespo Espindola Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina.

Introducción - El síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) incluye condiciones médicas denominadas siliconosis, Síndrome de la Guerra del Golfo, Síndrome de miofascitis macrófaga y fenómeno post-vacunación. Se presenta en pacientes susceptibles genéticamente a desarrollar enfermedades autoinmunes o autoinflamatorias luego de una exposición ambiental. Desde la aparición de las cirugías de implante mamario se ha descrito la ocurrencia de enfermedades del conectivo (AR, LES, PM, ES, EMTc, Sjogren) en estos pacientes, lo que podría sugerir una relación causal entre ambos.
Objetivo - Describir casos de pacientes con implante mamario de siliconas que desarrollaron manifestaciones reumatológicas posteriores al mismo.

Materiales y métodos - Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con antecedentes de implante mamario de siliconas que hayan consultado al especialista por aparición de síntomas reumatológicos. La información se recabó de historias clínicas, y se recolectaron datos sociodemográficos (edad), presencia de comorbilidades, antecedentes asociados al implante mamario (tiempo desde colocación hasta aparición de síntomas, remoción, biopsia), síntomas/enfermedad autoinmune desarrollada, laboratorio, tratamiento y evolución posterior.

Análisis estadístico - las variables categóricas fueron expresadas en número y porcentaje, y las continuas en mediana y rango intercuartil. Se realizó test de chi2, test de Fisher, test de Student y Mann Whitney según correspondiera.

Resultados - Se detectaron 21 casos con implantes mamaros, con una mediana de edad de 46 años (RIC 38-53). El tiempo desde la colocación de la prótesis hasta el inicio de los síntomas tuvo una mediana de 7 meses (RIC 2-22). Los síntomas más frecuentes fueron artalgias 18 (85,7%), artritis 7 (33,3%), boca seca 6 (28,6%), trastornos del ritmo evacuatorio y trastornos del sueño 5 cada uno (23,8%), migrañas 4 (19%), debilidad muscular y fatiga 3 cada uno (14,3%). En solo 2 pacientes (9,5%) se retiraron las prótesis mamaras, uno por la severidad de las manifestaciones clínicas y otro por múltiples complicaciones de las prótesis (encapsulamiento, fistulización). Cuatro pacientes (19%) tuvieron complicaciones de la prótesis, 1 paciente tuvo biopsia compatible con síndrome ASIA, 9 pacientes (42,9%) desarrollaron síntomas reumatológicos inespecíficos y 11 (57,1%) tuvieron una enfermedad reumatológica definida, con la siguiente distribución: 3 fibromialgia, 3 Artritis reumatoideas, 2 Polidermatomiositis, 1 artritis indiferenciada, 1 Lupus eritematoso sistémico, 1 síndrome de superposición miofascitis/esclerodermia. En el laboratorio inmunológico se encontró que 7 (33,3%) tuvieron FR (+), 6 (28,6%) FAN (+), 5 (23,8%) VSG elevada. Las comorbilidades más frecuentes fueron: tabaquismo 7 (33,3%), hipertiroidismo 3 (14,3%), tuberculosis 2 (9,6%) y neoplasias 2 (9,6%) (mama y tiroides). Los tratamientos instaurados fueron: 5 (23,8%) hidroxicloroquina, 4 (19%) metotrexato, 4 (19%) leflunomida, 3 (14,3%) agentes biológicos y 1 (4,8%) ciclofosfamida EV. Diez pacientes (47,6%) evolucionaron favorablemente, 6 (28,6%) perdieron el seguimiento, 4 (19%) tuvieron evolución estable con recaídas y se constató 1 óbito (por actividad de la enfermedad). En los pacientes con diagnóstico de enfermedad sistémica el tiempo desde el implante a la aparición de la enfermedad fue significativamente menor (3,6 vs 32 meses, p = 0,008).

Conclusión - La mayoría de los pacientes que consultaron a reumatología y presentaban antecedente de implante mamario, presentaron síndromes dolorosos inespecíficos. El período desde la colocación del implante a la aparición de los síntomas fue menor en aquellos que presentaron una enfermedad sistémica definida. No es posible determinar mediante este estudio la asociación causa-efecto entre el implante y la enfermedad reumatológica.

63

27-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Osteoporosis y Cristales"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard
PO063
0088
FRACHTURA DE CADERA ASOCIADA AL USO DE BIFOSFONATOS
JP Piroia, MF Ceballos Recalde, NR Benzaquén, MJ Haye Salinas, V Saurit, A Alvarrelos, YV Neder, A Fazio, AC Alvarez, F Caeiro Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

Introducción: Los bifosfonatos (BF) disminuyen el riesgo de fracturas (fx) en pacientes con osteoporosis (OP), pero se encontró asociación entre el uso prolongado de éstos y la aparición de fx subtrocanterías y diafisarias. Se cree que el BF afecta el remodelado del hueso y esto conduce al aumento del microdaño.

Objetivos: Evaluar la relación entre el uso de BF con las fx subtrocanterías y diafisarias de fémur. Evaluar además la relación entre el tipo de BF y el tiempo de uso de los mismos

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Observacional. Análisis de caso control no pareado. Se incluyeron pacientes con fx de cadera que ingresaron a Hospital Privado de Córdoba desde 01/01/09 al 31/05/15.

Las variables evaluadas fueron: sexo; edad; tipo de fx; uso o no de BF, tipo y años de uso del mismo; traumatismo, comorbilidades, fármacos asociados y realización de densitometría ósea (DMO). Las fracturas se distribuyeron según la topografía en: Pertrocanterica (PT), cuello femoral (CF), diafisis del 1/3 proximal y del 1/3 medial (DPM), subtrocanterica (ST) y diafisis distal (DD). A las fx subtrocantericas, diafisarias proximal y medial se le denominó Fx atípicas por su posible relación con el uso de BF.

Criterios de exclusión: datos incompletos en historia clínica electrónica (HCE), edad menor de 55 años, fx de alto impacto, fx pélvicas y periprotésicas. Para el análisis se tomaron como Casos las fracturas atípicas y como Controles las Fracturas PT, excluyendo del análisis las restantes.

Las variables se resumieron en frecuencia, media (m) y desvío estándar (DS). Se realizó fracturas análisis bivariado, multivariado, T-Test y con regresión logística. Se considera significativa p<0,05 con IC 95%.

Resultados: Se revisaron 767 HCE de pacientes con fx de cadera (período de 6 años y 5 meses), cumplieron criterios de inclusión 517. Las fx se distribuyeron en: PT 45,7% (N:236), CF 43,3% (N:224), DPM 4,6% (N:24), ST 3,7% (N:19) y DD 2,2% (N:14).

En el análisis de Caso/Control quedaron 279 fracturas: 43 fx atípicas y 236 fx PT.

Predominó el sexo femenino: 81,4% (N:35/43) en los casos y 83% (N:196/236) en los controles (NS), la edad fue de 78 (DS: 9,3) y 80 (DS: 8,7) años respectivamente (p=0,001 - OR=0,9).

En el análisis bivariado la asociación con BF fue 44,2% (N:19/43) en los casos y 15,3% (N:36/236) en los controles con una p=0,00 y se mantuvo en el análisis multivariado con un OR de 3,6. Alendronato fue el único tipo de BF que presentó asociación significativa con las Fx atípicas 11,6% (N:5/43) y 0,8% (N:2/236) en las PT (p=0,00).

Las fracturas atípicas fueron predominantemente No Traumáticas 53,5% (N:23/43) contra 9,3% (N:22/236) en las PT, con una significancia estadística de p=0,000.

Análisis bivariado de comorbilidades se asoció la fx atípica con Osteoporosis (OP) 55,8% (N:24/43) y 17% (N:40/236) en los controles (p=0,00), con enfermedad autoinmune (EAI) 9,3% (N:4/43) y 1,7% (N:4/236) (p=0,00); y con uso de corticoides 18,6% (N:8/43) y 5,5% (N:13/236) respectivamente, con p=0,003. Al realizar el análisis multivariado, sólo se mantuvo la asociación de fx atípica con OP con OR de 5,5.

Tenían realizadas DMO 43% (N:18/42) de los casos y 17% (N:38/229) de los controles (p=0,00) No se encontraron diferencias entre los años de uso de BF siendo 5,11 en Fx atípicas y 4,41 en PT (p=0,08)

Conclusión: Los BF estuvieron relacionados con la aparición de Fx atípicas de cadera. Alendronato fue el único BF que se asoció de manera significativa a ésta fx. No se encontró relación en el tiempo de uso de los mismos, probablemente debido a la falta de éstos datos en la HCE.

64

PO064
0173**ROL DE ESTATINAS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**P Asteasana¹, P Alba², C Gobbi¹, AR Fernandez², E Albiero², MA Yorio²
¹ Sanatorio Allende, Argentina. ² Hospital Córdoba Catedra Medicina I UNC, Argentina. ³ UNC, Argentina.

Introducción:La osteoporosis (OP) es la enfermedad ósea metabólica más frecuente caracterizada por baja masa ósea y el deterioro micro arquitectónico del tejido óseo, que aumenta el riesgo de sufrir fracturas. Distintos fármacos fueron aprobados para el tratamiento de la OP. Las estatinas (ES) son fármacos con propiedades pleiotrópicas, con acciones antiinflamatorias, antitrombóticas e inmunoregulatorias. Recientemente algunos investigadores sugirieron su uso en diferentes enfermedades, entre ellas la OP. **Objetivo:** Determinar el efecto de las ES sobre la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con postmenopausas que reciben tratamiento con las mismas. **Materiales y Métodos:**Se estudiaron mujeres postmenopáusicas, con hipercolesterolemia que recibían tratamiento con ES por un período no menor a 6 meses asistidos en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba y Sanatorio Allende de Córdoba durante 2 años. El grupo control fue población postmenopáusica sana. Los criterios de exclusión fueron: Diabetes, tratamiento previo con estrógenos, calcitonina, anabólicos, esteroides, bifosfonatos o vitamina D durante un período de 6 meses previo al estudio o con amenoreas menor a 12 meses. Se evaluaron datos de edad, peso y talla (para el cálculo del índice de masa corporal, IMC), antecedentes de fractura y familiares de primer grado con fractura, uso de corticoides, tabaquismo, alcoholismo, ingesta diaria de calcio, sedentarismo así como laboratorio de metabolismo fosfocálcico. Se realizó a todas las pacientes una Densitometría Ósea por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) mediante un equipo Hologic en la cadera derecha y la columna lumbar estandarizadas de acuerdo a la clasificación de la OMS. El análisis estadístico se realizó usando test de Student y Fisher test para variables categóricas. Valores de p <0.05 serán considerados significativos. **Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes en el grupo con ES y 192 en el control. La edad, Peso, talla y IMC fueron de 63,6; 68,3; 1,60 y 26,5 en el grupo de ES y de 58, 3,66,09; 1,59 y 27,02 en el grupo control respectivamente (p=0,001,p=0,50,p=0,93,p=0,26). No hubo diferencias significativas en los factores de riesgo para OP en ambos grupos. La DMO lumbar promedio fue -0,96 para grupo de ES y de -1,74 para grupo control (p=0,000), la DMO promedio cuello fémur fue de -1,34 para grupo de ES y de -1,42 para control (p=0,497), la DMO cadera total fue -0,50 para grupo de ES y de -0,69 para grupo control (p=0,155), vitamina D3 fue de 26,22 para grupo de ES y de 28,44 (p=0,168). **Conclusión:**Las ES pueden mejorar la DMO lumbar en mujeres postmenopáusicas y podrían ser un tratamiento promisorio para la osteoporosis.

65

PO065
0248**EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE 25(OH)VITAMINA D EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**ML Branca^{1,2}, LR Brun¹, G Berbotto³, L Berbotto³, M Palatnik¹, A Sanchez⁴
¹ Centro de Reumatología, Rosario, Argentina. ² Laboratorio de Biología Ósea, Fac. Cs. Médica UNRosario. ³ Centro de Endocrinología, Rosario, Argentina. ⁴ Servicio de Reumatología, Hospital Escuela Eva Perón, Baigorria, Argentina. ⁵ Centro de Endocrinología, Rosario, Argentina.

Introducción: La vitamina D presenta efectos inmunomoduladores. Numerosos trabajos sobre evaluación de los niveles plasmáticos de 25(OH) vitamina D y lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoidea han sido publicados. En el resto de las enfermedades reumatológicas menos estudios fueron realizados. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue evaluar los niveles de 25(OH)vitamina D en pacientes adultos con diagnóstico de AR, espondiloartritis, LES, vasculitis, Síndrome de Sjogren, síndrome de superposición, enfermedad diferenciada del tejido conectivo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional en pacientes con las enfermedades reumatológicas mencionadas comparado con población control apareado por igual sexo y edad. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos. Criterios de exclusión: pacientes que presentaban menos de 18 años de edad, estaban cursando un embarazo, padezcan alguna otra enfermedad inmunológica, que tomen glucocorticoides por otra causa, que presenten malabsorción intestinal, enfermedad renal crónica, hepática crónica o enfermedades oncológicas. Los datos fueron obtenidos de registros paralelos a la historia clínica. La 25OHD total se determinó por quimioluminiscencia. Ningún paciente recibía suplemento de vitamina D. **Resultados:** Los resultados se expresan como medias \pm SE. La comparación de los resultados se realizó utilizando análisis de la variancia (ANOVA) o el test de Kruskal-Wallis según correspondiera con la distribución de los datos evaluada ésta con el test de Kolmogorov-Smirnov.

Se estudiaron 75 pacientes con enfermedad reumatológica las cuales fueron subclasificadas en 3 grupos: lupus, y otras colagenopatías (n=23), artritis reumatoidea (n=45), espondiloartritis (n=7). Como grupo control se incluyeron 45 pacientes de edad e índice de masa corporal similar que no presentaban enfermedades reumatológicas (n=45).

Para comparación de los resultados el orden de los grupos es el siguiente: controles, LES y otras colagenopatías, espondiloartritis, artritis reumatoidea. La edad promedio fue de 54,8 años \pm 1,7, 56,0 años \pm 3,6, 47,7 años \pm 5,6 y 56,2 años \pm 1,7 respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en IMC: 27,16 \pm 0,90, 26,26 \pm 1,0, 27,19 \pm 2,15, 26,12 \pm 0,72; calcemia 9,43mg/dl \pm 0,07, 9,07mg/dl \pm 0,07, 9,35mg/dl \pm 0,35, 9,27mg/dl \pm 0,08; fosfatemia: 3,54mg/dl \pm 0,09, 3,65mg/dl \pm 0,11, 3,83mg/dl \pm 0,21, 3,34mg/dl \pm 0,08. Solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de FAL siendo mayor en el grupo con artritis reumatoidea (P < 0,001) vs control, y artritis reumatoidea vs LES y otras (P < 0,05): 99,38UI/L \pm 8,65, 143,7UI/L \pm 12,49, 123,0UI/L \pm 21,27, 178,8UI/L \pm 11,16 [Post test (Dunn)]. Los cuatro grupos presentaron insuficiencia de vitamina D. Los pacientes con espondiloartritis (15,54ng/ml \pm 1,84), y artritis reumatoidea (19,53ng/ml \pm 0,86) presentaron menores niveles respecto del grupo control 26,35ng/ml \pm 1,92, de forma estadísticamente significativa ambas P < 0,05. [Post test (Dunn)]. El grupo con LES y otras presentó niveles de vitamina D de 19,73 ng/ml \pm 1,19.

Conclusión: En este trabajo todos los pacientes con patologías reumatológicas estudiadas han presentado niveles de hipovitaminosis D. Si bien la población control también presentó insuficiencia de vitamina D esta fue significativamente mas baja en los pacientes con artritis reumatoidea y espondiloartritis. La suplementación con vitamina D a demostrado mejorar la enfermedad en modelos murinos de AR, diabetes mellitus tipo 1, LES. En pacientes con AR la suplementación con vitamina D ha demostrado mejorar la actividad de la enfermedad. Estudios posteriores a fin de evaluar los niveles de vitamina D en pacientes suplementados y correlacionarlos con la enfermedad de base son necesarios.

66

PO066
0034**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA**M Intriago¹, C Ríos¹, L Moreno², C Aguirre¹, J Cárdenas¹, G Maldonado¹
¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: La vitamina D es un esteroide que juega un papel fundamental en el metabolismo fosfocálcico y la homeostasis mineral ósea. Las personas obtienen vitamina D a través de diversos alimentos pero la fuente principal la constituye la síntesis de novo en la piel gracias a la acción de la luz ultravioleta. Sus niveles varían por diversos factores que afectan su síntesis como el color de piel, sexo, latitud, y estación, así como también por patologías como insuficiencia renal y hepática que alteran su hidroxilación, y medicamentos.

OBJETIVO: Evaluar los niveles de vitamina D en pacientes de un centro de reumatología durante el periodo de Abril 2009 a Febrero 2015.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que acudieron a un centro de reumatología que tenían un primer estudio de vitamina D, de una base de datos previamente establecida. De cada paciente se incluyeron los niveles de vitamina D, edad, sexo, enfermedad concomitante, diagnóstico final y densitometría. Los niveles de vitamina D fueron determinados por quimioluminiscencia en un mismo laboratorio: suficiencia 30-70 ng/mL, hipovitaminosis 20-29ng/mL, insuficiencia 10-19 ng/mL, y deficiencia severa <10 ng/mL. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS V. 22 (2013).

RESULTADOS: Se incluyeron 279 pacientes con una edad media de 58 años (8-93), 86% mujeres (59 años) y 14% hombres (60 años). El valor medio de vitamina D en general fue de 29,09 ng/mL, 41% de pacientes con valores >30ng/ml y 59% debajo de éste. Al comparar las medias de vitamina D por sexo se encontró que las mujeres tuvieron niveles menores que los hombres (28,20 vs. 34,54, IC 95%, p=0,004). Así mismo, 62% de las mujeres presentaron algún grado de hipovitaminosis en comparación con 41% de los hombres (IC 95%, p=0,015).

Al comparar las medias de vitamina D de los grupos de edad se encontró que aquellos menores de 20 años tuvieron el mayor valor con 32 ng/mL y aquellos entre 40 y 49 años el menor valor con 24,95 ng/mL (IC 95%, p=0,029).

En cuanto a los diagnósticos primarios, los más comunes fueron osteoartritis (61,6%), artritis reumatoidea (11,8%), fibromialgia (6,1%), y osteoporosis (5%). Considerando estos, se encontró que hubo mayor porcentaje de valores normales de vitamina D en los pacientes con artritis (47%, IC 95%, p=0,023), mientras que el 76,5% de los pacientes con fibromialgia presentaron niveles <30ng/ml. (IC 95%, p=0,048).

Cuando se evaluó a los pacientes con densitometría ósea, ésta se había realizado en el 44,1% (n=123) de los pacientes, 71 con osteoporosis (media de edad 67 años) y 52 pacientes (media de edad 58 años) con osteopenia. Además, 56,3% de los que tenían osteoporosis presentaron niveles inferiores a lo normal en comparación con 50% de los que tenían osteopenia.

CONCLUSIONES: La prevalencia de hipovitaminosis en el presente estudio fue de 59%, afectando principalmente a mujeres. Los niveles de vitamina D fueron declinando con la edad. En cuanto a las patologías primarias hubo mayor prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes con fibromialgia. Los pacientes con osteoporosis presentaron una prevalencia de 56% de hipovitaminosis. Este es el primer estudio de vitamina D realizado en el Ecuador.

67

PO067
0040**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DENSITOMETRÍAS ÓSEAS DE PACIENTES DE UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA**C Aguirre¹, J Cárdenas¹, M Intriago¹, G Maldonado¹, C Ferro¹, L Moreno², C Ríos²
¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una masa ósea disminuida y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que predispone al aumento de la fragilidad ósea y mayor susceptibilidad de fracturas traumáticas. Su diagnóstico se basa en los datos clínicos y en la medición de la densidad mineral ósea.

OBJETIVO: Evaluar los resultados de densitometría ósea realizados en un centro de reumatología, en un periodo de tiempo de Enero a Diciembre del 2014.

MATERIALES Y METODOS: Se tomó la base de datos de densitometrías óseas de un centro de reumatología privado (CERER), se seleccionaron las solicitudes del 1 de Enero a 31 de Diciembre del 2014. Las densitometrías fueron realizadas con un equipo Hologic Discovery por un técnico capacitado. El diagnóstico se basó en la clasificación de DMO de la OMS. Todos los pacientes que ingresaron para el estudio tuvieron que realizar un cuestionario previamente establecido que incluía: edad, sexo, peso, talla, diagnóstico y presencia de comorbilidades. A partir de estos datos junto con los valores densitométricos, se creó una nueva base de datos en Excel y se procedió a su análisis utilizando el programa estadístico SPSS V22.

RESULTADOS: Se analizaron las mediciones densitométricas de 647 pacientes: la edad media de los pacientes fue de 60 años (6 -87); 573 mujeres y 74 varones (11,4%), 115 (17,8%) tuvieron densidad mineral ósea normal; 253 (39,1%) con osteopenia, y 279 (43,1%) con osteoporosis. La edad media de los pacientes con DMO normal fue de 50 años, 58 para osteopenia y 66 para osteoporosis, se observó una correlación entre edad y diagnóstico densitométrico, puesto a que a mayor edad, menos DMO (p<0,01). En cuanto al peso en kg, la media de peso para diagnóstico normal fue de 72,95Kg, 61,17kg para osteopenia y 59,75Kg para osteoporosis, lo que demuestra que a menor peso mayor es la pérdida de DMO (p<0,01). En cuanto a la talla en cm, la media fue de 158,84cm para diagnóstico normal, 154,88 para osteopenia y 149,87 para osteoporosis, de igual manera se demuestra una correlación entre la talla y la DMO, a menor talla, menor DMO (p<0,01). Para la realización del diagnóstico de DMO, se evaluaron cuellos de fémur(F), antebrazos(A) y columna lumbar(C), siendo los patrones más frecuentes solicitados: 1F+C en 390 (60,2%) pacientes seguido de 2F+C en 138 (21,3%) pacientes. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, antecedentes familiares de osteoporosis y AR. De los pacientes con antecedentes familiares de fracturas, el 86,4% tuvieron osteopenia u osteoporosis, de aquellos con oofosis el 81,5% tuvo osteopenia u osteoporosis y de aquellos pacientes que usaban corticoides el 82,2% tuvieron osteopenia u osteoporosis.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de osteoporosis fue más frecuente en mujeres. El promedio de edad de los estudios solicitados fue de 61 años para mujeres y 57 para hombres. Los pacientes con osteopenia y osteoporosis tuvieron mayor edad, menor talla y peso, en comparación con los pacientes normales.

68

27-9-2015
08:30 - 19:30
Pósters
"FM y Partes Blandas"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO068
0083
EVALUACIÓN DE DESESPERANZA APRENDIDA, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y ARTRITIS REUMATOIDEA
S Moyano, M Scolnik, F Vergara, MV García, MR Sabelli, JE Rosa, ER Soriano
Sección Reumatología, Servicio de Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Argentina.

Introducción: Las enfermedades crónicas comprenden aspectos cognitivos y emocionales de los pacientes. Un factor cognitivo relevante es la desesperanza aprendida (DA), definida como una percepción inadecuada de la enfermedad, generando sentimiento de indefensión, conductas de pasividad, pérdida de la autoestima y creencia que nada que haga el propio paciente puede mejorar su situación. Otro factor cognitivo importante es la autoeficacia percibida (AP), que se define como las capacidades del individuo para superar la enfermedad. Ha sido reportado que los pacientes con más alta DA tienen más dolor y discapacidad funcional. La relación entre estos aspectos cognitivos no ha sido completamente estudiada en fibromialgia (FM). Nuestro propósito fue evaluar DA y AP en pacientes con FM y compararlos con pacientes con artritis reumatoidea (AR), y evaluar su asociación con discapacidad funcional y nivel de dolor y fatiga percibidos en ambos grupos de pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos, mayores de 18 años, con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) y con diagnóstico de FM (criterios ACR 1990 ó 2010) atendidos en consultorio externo de Reumatología entre marzo de 2014 y junio de 2015. Durante la consulta se recolectaron los siguientes datos: HAQ-A (Health Auto Questionnaire-simplificado validación argentina); dolor (EVA); fatiga (EVA); DA medida por Rheumatology Attitudes Index (RAI) y AP medida por Arthritis Self-efficacy Scale. Las estadísticas descriptivas fueron calculadas y comparadas entre ambos grupos. Las correlaciones fueron calculadas entre DA y AP y dolor, fatiga y HAQ-A, usando test de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes con AR y 57 pacientes con FM. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Los pacientes con FM tuvieron significativamente mayor dolor, mayor fatiga, mayor DA y menor AP que los pacientes con AR (tabla 1). Hubo una correlación positiva significativa entre DA y dolor (AR: r=0.67, p<0.001; FM: 0.59, p<0.001); HAQ-A (AR: r=0.65, p<0.001; FM: r=0.52, p=0.0004), y fatiga (AR: r=0.54, p<0.001; FM: r=0.49, p=0.0010); y una correlación negativa entre AP y dolor (AR: r=-0.47, p<0.001; FM: r=-0.59, p<0.001); HAQ-A (AR: r=-0.47, p<0.001; FM: r=-0.42, p=0.0112) en ambos grupos de pacientes.

Tabla 1.

Características	AR (n=115)	FM (n=57)	p
Mujeres, n (%)	94 (82)	55 (96.5)	0.007
Edad, años, media (DS)	56 (13)	59 (14)	0.727
Tiempo desde el diagnóstico (años), media (DS)	12 (10)	2 (2.8)	<0.0001
HAQ-A, media (DS)	0.75 (0.76)	0.73 (0.59)	0.832
Dolor (EVA, 0-100), media(DS)	31 (28)	61 (25)	<0.0001
Fatiga (EVA, 0-100), media (SD)	26 (28)	66 (28)	<0.0001
Desesperanza aprendida, media (RIC)	10.4 (4.8)	14.5 (6.1)	<0.0001
Autoeficacia percibida, media (DS)	61 (15.4)	48 (18.6)	<0.0001

Conclusión: Los pacientes con FM tuvieron mayor DA, dolor y fatiga que los pacientes con AR, y menor AP. Hubo una correlación significativa entre estas evaluaciones psicológicas y el dolor, la capacidad funcional y la fatiga. La DA y la AP son factores cognitivos potencialmente modificables que se correlacionan con la discapacidad funcional y el pronóstico de los pacientes. Esto podría tener implicancias clínicas.

69

PO069
0112
EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y FIBROMIALGIA. CORRELATO PSICOPATOLÓGICO
MJ Gamba, G Gomez, C Uña, M De la Vega, F Erafá, M Vidal, G Redondo, E Chiuzzi, A Rieopedr, M de la Barrera, N Villa, D Mata, L Lucana, A Russo, OD Messina
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

La Fibromialgia (FM) y la Artritis Reumatoidea (AR) son patologías reumatológicas que afectan con mayor frecuencia a mujeres. Ambas enfermedades, además de provocar dolor crónico, pueden comprometer la vida de relación, tanto en lo social como en lo afectivo, incluyendo la sexualidad. Es por ello que decidimos valorar este componente tan importante en nuestra población con FM y AR, ya que consideramos que en la práctica diaria de consultorio este aspecto no forma parte de la anamnesis y valoraciones objetivas de rutina, a pesar de la posible implicancia que puede tener una disfunción a este nivel en la calidad de vida de los pacientes. OBJETIVO: valorar la función sexual en mujeres con AR y FM. Analizar si existe asociación con la presencia de depresión y/o antecedentes de violencia psicofísica.

PACIENTES Y MÉTODOS: estudio transversal de casos y controles. Entre el 01/03/15 y el 30/06/15 se incluyeron en forma consecutiva mujeres >18 años con diagnóstico de FM (ACR'90), diagnóstico de AR (ACR'10) y controles sanas >18 años. Se excluyeron pacientes con otras patologías causantes de dolor crónico, trastornos psicóticos o que no pudieran completar los cuestionarios. Se consignaron en los tres grupos: datos sociodemográficos, nivel educativo, actividad laboral, presencia de menopausia, fatiga crónica (Criterios Fukuda 1994), ansiedad y depresión (Escala de Ansiedad y Depresión -HADS-), antecedentes de violencia psicofísica (Cuestionario de Detección de Violencia de Género), y evaluación de la función sexual mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). En los grupos FM y AR se agregó el tiempo de evolución de la enfermedad, medicación utilizada, severidad clínica (FIQ y DAS 28 respectivamente), función (Health Assessment Questionnaire -HAQ-) y calidad de vida (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire -RAQoL-). Se utilizaron pruebas de Chi2, ANOVA de Kruskal-Wallis y pos Hoc Bonferroni, U de Mann-Whitney, según correspondiera; y CC de Spearman (significativo p<0.05).

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes en el grupo FM, 80 pacientes en el grupo AR y 130 pacientes en el grupo control. Media de edad: 50 ± 12, 50 y 48 ± 11 años respectivamente. El grupo FM presentó: mediana de tiempo de evolución: 60 meses (1-552), media de puntos dolorosos: 15 ± 3, mediana de FIQ: 67.8 (28-86). El grupo AR presentó: mediana de tiempo de evolución: 90 meses (6-372), media DAS28: 3.9 ± 1.3, HAQ 0.95 ± 0.6 y RAQoL 12.47. Los pacientes con FM presentaron una tendencia a un menor nivel educativo, pero mayor actividad laboral que los pacientes con AR (p<0.001). El 52% de las AR eran menopáusicas vs el 46% de las FM, no observándose diferencia estadísticamente significativa.

El 7.5% de los pacientes con AR presentaron criterios de FM asociada. El 76% de las mujeres con FM presentó antecedentes de violencia psicofísica y el 56% de fatiga crónica vs el 44% y 4% de las mujeres con AR (p<0.001).

Se constató un deterioro significativo de la función sexual en los grupos FM y AR en comparación con el grupo control, (mediana IFSF total: FM 15.8 (1.2-33.3), AR 17.5 (1.2-33.6), control 25.3 (1.2-36); p<0.001), siendo el dominio dese el más afectado en FM y el dominio lubricación en AR. Sin embargo no fue posible hallar diferencias estadísticas entre ambos grupos de pacientes en la evaluación global de la sexualidad.

Los pacientes con FM presentaron más antecedentes de depresión, ansiedad y violencia que los pacientes con AR (p<0.001), pero dichas variables no tuvieron influencia alguna en la sexualidad de ninguno de los dos grupos.

CONCLUSIÓN: nuestras pacientes con FM y AR presentaron deterioro de la función sexual con respecto al grupo control, pero sin diferencias significativas entre ambos grupos. Los antecedentes de depresión y violencia fueron más frecuentes en el grupo FM, no presentando asociación alguna con la sexualidad.

70

28-9-2015
08:30 - 19:30
Pósters
"Esclerodermia"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO070
0127
ADAPTACIÓN DEL TEST HAND MOBILITY IN SYSTEMIC SCLEROSIS (HAMIS) AL ESPAÑOL EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA
M Mayer¹, G Alsina², ME Lara¹, MA Rivero¹, JA Maldonado Cocco², P Maldonado Alsina², A Gallacher¹, MC Khoury¹, GG Earsman¹, JC Barreira¹
¹ Servicio de Reumatología, Hospital Británico, Argentina. ² Consultorios Reumatológicos Pampa, Argentina. ³ Sección Estadística, Depto. de Docencia e Investigación, Hospital Británico, Argentina.

Introducción: Existen instrumentos específicos para valorar la funcionalidad de la mano esclerodérmica como el Cochin y el Scleroderma Health assessment questionnaire (SHAQ) que son autoadministrados. Sanciovi y Eklun diseñaron el Hand Mobility In Systemic Sclerosis (HAMIS) que se realiza con la evaluación de un profesional de la salud.

El instrumento original se desarrolló en inglés. El objetivo del estudio fue adaptar al español el test HAMIS para evaluar la funcionalidad de la mano en pacientes con esclerosis sistémica y explorar confiabilidad y validez.

Material y método: Se incluyeron 28 pacientes que cumplían criterios ACR/EULAR 2013 para clasificación de esclerosis sistémica, que consultaron al Servicio de Reumatología desde marzo de 2014 hasta marzo de 2015. Se excluyeron pacientes con síndromes de superposición y síndromes esclerodermiformes. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, serológicos AAN por IFI en Hep2; se realizaron diferentes scores. Rodnan modificado, Medsger y Cochin. Se realizó la traducción al español del HAMIS y retro-traducción al inglés. Los cuatro traductores involucrados desconocían la versión original del test en inglés. Se realizó una prueba piloto en 5 pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica y se realizaron las adaptaciones necesarias hasta lograr la versión en español definitiva. El HAMIS fue realizado por una terapeuta ocupacional. Se replicó el HAMIS en 10 pacientes tomados al azar a las 2 semanas para evaluar estabilidad (test-retest) y la concordancia se analizó por Bland&Altman. Se correlacionaron valores del HAMIS con los del Test de Cochin (coeficiente r de Spearman).

Resultados: Los 28 pacientes (27 mujeres) tenían edad al diagnóstico promedio de 49.6 ± 13 años y una mediana del tiempo de evolución de enfermedad de 5 años (rango=0-25), 21 fueron limitadas y 7 difusas. Todos los pacientes manifestaron fenómeno de Raynaud, media del inicio de Raynaud de 45±17 años, 3 pacientes tuvieron manos puffy, 11 presentaron úlceras digitales, 9 pitting scars y 23 telangiectasias. En la evaluación mediante capilaroscopia, hallamos patrón temprano en 11 pacientes, patrón activo en 7 y tardío en 8. Al evaluar la severidad por score de Medsger, éste fue normal en 1 paciente, 11 tuvieron compromiso leve, 13 moderado y 3 severo. Las medianas fueron de 6 (rango=2-27) para el Rodnan y de 8 (rango=0-38) para el Cochin. La mediana de HAMIS fue de 6 (rango=0-21) con alpha de Cronbach de 0.81; en el test-retest: la media de la diferencia fue 0.091 (rango= -5 a +5). La correlación entre HAMIS y Cochin fue significativa (r = 0.65; p=0.0002). Conclusiones: se logró una versión en español del HAMIS adaptada para utilizar en nuestro medio que mostró aceptable confiabilidad (Cronbach y estabilidad) y validez de criterio (correlación con test de Cochin).

71

PO071
0116
ASOCIACIÓN ENTRE SD PATTERN Y SEVERIDAD DEL RAYNAUD EN ESCLEROSIS SISTÉMICA
M Gaona, S Porta, N Dominguez, F Robalino, G Chuquimia, C Arnez, V Cosentino, E Kezberg
Hospital Ramos Mejía, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Fenómeno de Raynaud se encuentra presente en el 90-95 % de los pacientes con Esclerosis Sistémica. La lesión estructural que lo acompaña puede evaluarse mediante capilaroscopia del lecho ungueal que es un método no invasivo, simple y económico. El hallazgo de SD pattern es uno de los criterios para el diagnóstico de la enfermedad.

OBJETIVO: Estudiar la asociación entre la presencia de SD pattern activo y la severidad del Fenómeno de Raynaud.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron en forma retrospectiva historias clínicas de pacientes con Esclerosis Sistémica atendidas en el servicio. Todos cumplían criterios ACR/ EULAR 2013 para Esclerosis Sistémica. Se dividió la muestra de acuerdo al resultado de la última capilaroscopia en aquellos que tenían SD Pattern Activo (Casos) y SD Pattern NO Activo (Controles). Estos últimos podían presentar SD Pattern tardío, temprano, inespecífico o normal. Se registraron datos demográficos, serológicos, clínicos y terapéuticos correspondientes a la visita de seguimiento en que se realizó la capilaroscopia. Se compararon las variables categóricas mediante chi2 o test exacto de Fisher y las continuas con Test de T o Mann Whitney según correspondiera. Se consideró una p significativa < 0.05.

RESULTADOS: Se evaluaron 104 historias clínicas. De ellas 15 fueron excluidas por presentar datos incompletos, ingresando en el análisis un total de 89 pacientes (83 mujeres y 6 hombres). La mediana de la edad fue 54 años (17- 84). La mediana del tiempo de evolución en años desde el comienzo de los síntomas fue 12 (Ri= 12). El compromiso cutáneo fue limitado en el 69,66 % de los pacientes y difuso en el 30,34%. El FAN presentó patrón Centromérico en el 52,81% mientras que el Nucleolar estuvo presente en el 40,45 %. Un SD pattern Activo se encontró en el 33,71% de los casos. En 34 pacientes el SD pattern tardío, en 19 SD pattern Temprano; en 3 fue inespecífico y en 4 pacientes fue normal. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al sexo, edad, evolución de la enfermedad y la presencia de anticuerpos. Si bien no fue significativo, el grupo con SD pattern Activo presentó mayor número de episodios de Raynaud por semana, y un mayor porcentaje se encontraban en tratamiento con bosentan. La presencia de SD pattern Activo tuvo una asociación significativa con el compromiso cutáneo limitado con respecto al compromiso difuso (5:1 vs 1,7:1 p 0,04), la presencia de Raynaud objetivo al examen físico (100% p 0,01) y con una severidad mayor del mismo medido por Escala Visual Analoga (EVA) (p 0,03).

	SD Pattern Activo N=30	SD Pattern No Activo N= 59	p valor
Edad en años (mediana)	51.5 (Ri = 24.5)	55 (Ri=19.0)	0.76
Años desde inicio de síntomas (mediana)	9 (Ri= 13.25)	13 (Ri=11.50)	0.18
Sexo femenino %	90%	94.9%	0.40
Limitadas/Difusas	5:1	1:7.1	0.04
Ac. Anticentromero %	53.3%	52.5%	1.00
Ac. Nucleolar %	36.7%	42.4%	0.60
Presencia de Raynaud %	100%	83.1%	0.21
Nº de episodios por semana (mediana)	4 (Ri= 3)	3 (Ri=7)	0.20
EVA de Raynaud en mm (mediana)	50 (Ri = 33.75)	30 (Ri=48.50)	0.03
Úlceras activas %	13.3%	18.6%	0.52
Trat combinado para Raynaud %	36.7%	42.4%	0.60
Bosentan %	13.3%	3.4%	0.17

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio se demostró una asociación clara entre el patrón SD Pattern Activo y la Esclerosis sistémica Limitada. A su vez, el patrón SD Pattern Activo se asoció significativamente con la presencia de Raynaud objetivo y con mayor severidad del mismo medido por EVA del paciente, siendo de utilidad, para valorar el compromiso vascular y la respuesta al tratamiento.

ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR: SIN RESPIRO PARA LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

P Sansinena, C Costi, J Marcos, A Salas, C Pena, A Testi, M Garcia
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es un factor pronóstico de mortalidad en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES). El tratamiento inmunosupresor (TIS) con frecuencia es necesario para controlar la progresión de la enfermedad y mejorar la supervivencia. Existen factores de riesgo que se asocian a deterioro progresivo pulmonar y en los cuales estaría indicado el TIS: a) Todos los pacientes que al inicio de la enfermedad presenten una extensión > 20% en la tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) ó menor extensión pero con una capacidad vital forzada (CVF) < 70%; b) pacientes que durante el seguimiento presenten un deterioro de la difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) > 15% ó GVf > 10%.

OBJETIVO: analizar la supervivencia y causas de muerte en función de los que recibieron y no tratamiento inmunosupresor

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva durante el periodo 1983-2015 en un único centro hospitalario. El diagnóstico se estableció por TACAR. Se analizaron las características demográficas, serológicas, clínicas, radiológicas, pruebas funcionales respiratorias, supervivencia y causas de muerte. Para la estimación de la supervivencia se utilizó el modelo de Kaplan-Meier y el Test de Log-Rank. Para las variables cuantitativas y cualitativas se utilizó Test de Student y Chi-cuadrado respectivamente. Se obtuvieron los valores del odd ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95%. Los valores de p < 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS: de los 105 pacientes 35 (33,3%) presentaron compromiso pulmonar. De ellos 30 fueron mujeres y 5 varones. La edad de diagnóstico fue de 50,15 ± 5 años. El 54,3% presentaba forma difusa y el 45,7% forma limitada. Los pacientes que recibieron TIS fueron 24 (68,5%) y los que no recibieron 11 (31,4%). En el grupo tratado el 79,1% presento neumonía intersticial no específica (NINE), y DLCO < 70% (95,8%). En cuanto al tratamiento por el compromiso pulmonar se indicó: corticoides (dosis < 40mg/día) 19 (79%), ciclofosfamida 23 (95,8%), micofenolato 12 (50%), azatioprina 1 (4,1%) y rituximab (16,7%). La media de la supervivencia global fue de 19,2 ± 5,6 años (IC95% (14,5-24,5)). El tiempo de supervivencia en el grupo tratado fue de 17,5 ± 5,6 años (IC95% (12,2-22,8)) y en el grupo no tratado de 23,2 ± 9 años (IC95% (18,0-29,5)) p = 0,29. La supervivencia de los pacientes que recibieron tratamiento y de los que no recibieron a los 10 años fue de 56% y 88% respectivamente. Se registraron 3 óbitos (22,8%), 6 en el grupo tratado y 2 en el no tratado.

CONCLUSIONES: el compromiso intersticial pulmonar constituye una enfermedad discapacitante y causa de muerte en la esclerosis sistémica. En el presente estudio la supervivencia en los pacientes tratados con inmunosupresores fue inferior que la de aquellos no tratados, aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. Los pacientes que no recibieron tratamiento presentaban test de funciones respiratorias estables y menor extensión radiográfica en la TACAR, encontrándose en el grupo de pacientes con progresión lenta de la enfermedad. La terapia inmunosupresora podría considerarse sólo en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo para enfermedad pulmonar progresiva.

	Tratados(24)	No tratados(11)	p<0,05	OR(IC95%)
Edad al diagnóstico(años)	48,7 ± 10,7	51,1 ± 11,1	0,35	
Sexo				
Femenino	20(83%)	10(90%)	0,55	0,50(0,04-5,08)
Masculino	4(16%)	1(9%)	0,55	2(0,19-20)
Tipo Difuso	15(62,5%)	4(36,3%)	0,15	2,91(0,66-12,8)
Anti-act70	11(45,8%)	7(63,6%)	0,32	0,48(0,11-2,09)
Test de función pulmonar	23(95,8%)	8(72,7%)	0,04	8,62(0,78-95,2)
DLCO%				
Tipo de EPI				
NINE	19(79,1%)	7(63,6%)	0,32	2,17(0,45-10,4)
Otras	5(20,8%)	4(36,3%)	0,32	0,48(0,05-2,22)
TACAR				
Vidrio esmerilado	20(83,3%)	9(81,8%)	0,91	1,11(0,17-7,21)
Fibrosis	4(16,6%)	2(18,1%)	1,00	0,90(0,13-5,84)
Hipertensión pulmonar	9(37,5%)	1(9%)	0,08	8(0,65-54,9)
Causas de muerte				
EPI	3	1		
Shock séptico	1	-		
Muerte súbita	1	-		
Hemorragia digestiva	1	-		
Perforación intestinal	-	1		

EVALUACIÓN CLÍNICA Y ULTRASONOGRÁFICA DEL COMPROMISO ARTICULAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Martín, P. Marcaida, S. Scarafía, G. Amaya Crespo, A. Secco, M. Mamani, L. Santiago
Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis sistémica es una enfermedad multisistémica caracterizada por el desarrollo de microangiopatía y posterior fibrosis de piel y órganos internos. El compromiso articular es común, pero su prevalencia y características difieren en la bibliografía. Tradicionalmente se evaluó mediante examen clínico el cual podría subestimar la presencia de sinovitis y erosiones.

Objetivo: Evaluar las características del compromiso articular en una cohorte de pacientes con Esclerosis sistémica mediante clinimetría y ultrasonografía.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se realizó una evaluación clínica del compromiso articular y de laboratorio con reactantes de fase aguda (Velocidad de sedimentación globular y Proteína C Reactiva), laboratorio inmunológico, factor reumatoideo y AnticCP. Se midió actividad por DAS28, funcionalidad de manos por Índice de Duruóz y Test de Kapanjdi modificado, extensión del compromiso cutáneo por Score de Rodnan y discapacidad por HAQ. Un reumatólogo especializado en ecografía musculoesquelética, ciego a los hallazgos clínicos y de laboratorio, realizó la ecografía que incluyó: evaluación sistémica en escala de grises y técnica power doppler con transductor lineal de multifrecuencia (10-18) en los cortes longitudinales y transversales de articulación radiocarpiana, segunda a quinta articulación metacarpofalángica, articulación tibio astragalina. Se evaluó el compromiso tendinoso a nivel de: 1° a 6° compartimento extensor, 1° a 5° tendón flexor, Tendón de Aquiles, tendones Peroneos, Tibial posterior y Tibial Anterior bilateralmente. Para la estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como mediana (RIC) y las variables categóricas en porcentajes. Para analizar las diferencias entre los grupos con y sin hallazgos en ecografía, se utilizó Mann Whitney para las variables continuas, y test exacto de Fisher para las variables categóricas. Se consideró significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes consecutivos con diagnóstico de Esclerosis sistémica según criterios EULAR-ACR 2010. Mediana de edad: 53 (RIC 45-59, 87,5%) fueron mujeres. La mediana de evolución de la primera manifestación no Raynaud fue de 4 años (RIC 2-6). El 72,5% de los pacientes tenía Esclerodermia limitada, subtipo 1 de Barnett. El 77,5% presentaba Raynaud. El 50% de los pacientes manifestó tener artralgias y sólo 4 pacientes artritis. El 35% (n=14) de los pacientes tenía pitting y 17,5% (n=7) úlceras digitales activas. Solo 1 paciente tenía antecedente de amputación y 2 calcinosis. La media de Índice de Duruóz fue de 12,7 (DS 14,3), Test de Kapanjdi 80 (DS 23), HAQ 0,79 (DS 0,83) y mediana de DAS28: 2,77 (RIC: 2,18- 3,34). Los hallazgos ultrasonográficos fueron: 47,5% (n=19) de los pacientes presentó algún hallazgo por ecografía. El 32,5% (n=13) sinovitis grado II de tipo proliferativa en la articulación radiocarpiana y 2,5% (n=1) grado III. Solo 2 pacientes presentaron PD positivo grado II. A nivel de la articulación tibio astragalina, sólo 2 pacientes presentaron sinovitis. El 15% (n=6) presentaron tenosinovitis de algún compartimento extensor y 30% (n=12) tenosinovitis flexora. El 42,5% (n=17) tenosinovitis y signos de tendinosis en tibial anterior, Tendones peroneos y Tibial posterior. El 12,5% (n=5) presentaron erosiones en apófisis estiloides (n=4) y 2° metacarpofalángica (n=1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin hallazgos en ultrasonografía en cuanto a las siguientes variables: mediana de HAQ, DAS28, Score de Rodnan, Índice de Duruóz y Kapanjdi. Tampoco con los Anticuerpos anti centrómeros, Scl-70, FR, reactantes de fase aguda, EVA de médico y paciente, edad ni tratamientos utilizados (p < 0,05).

Conclusión: El compromiso articular en Esclerosis sistémica es frecuente, evaluado tanto clínicamente como por ultrasonografía. Debe ser un compromiso considerado en la atención diaria en pacientes con Esclerosis Sistémica.

ESTUDIO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. EPIDEMIOLOGÍA Y NIVELES DE ATENCIÓN

P Sansinena¹, AP Salas², DA Pereira², MA Cusa³, ML Cousseaur⁴, L Raiti⁵, MS Larroude⁶, VD Caputo⁷, M Rivero⁸, F Ruseñor⁹, GP Pendoñ¹⁰, MA Garcia¹

¹ Hospital San Martín de La Plata, Argentina. ² Hospital Gutiérrez de La Plata, Argentina. ³ Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, San Fernando, Argentina. ⁴ Policlínica Privada Paz, Tandil, Argentina. ⁵ Consultorio Privado, San Miguel, Argentina. ⁶ Consultorio Privado, Argentina. ⁷ Sanatorio Juncal Tempelpey, Argentina. ⁸ Consultorio Privado, Alberti, Argentina. ⁹ Consultorio Privado, Bahía Blanca, Argentina. ¹⁰ Instituto Diagnóstico La Plata, Argentina.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad de origen desconocido que se caracteriza por alteraciones vasculares, inmunológicas y producción de matriz extracelular, clínicamente se traduce en fibrosis de la piel y órganos internos. La búsqueda de manifestaciones de la enfermedad como el estudio del fenómeno de Raynaud con técnica de capilaroscopia, la determinación de anticuerpos específicos, así como el estudio mediante Tomografía Computada de Alta Resolución para detectar enfermedad pulmonar intersticial o mediante ecografía Doppler color cardiaco en búsqueda de Hipertensión pulmonar 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 1980 (ACR) 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 113 pacientes de 10 centros provinciales. Los datos de las variables clínicas y de laboratorio se resumen en la tabla. De 113 se obtuvo el dato del compromiso cutáneo en 86 pacientes 49(57%) forma limitada y 37(43%) forma difusa. El 91,2% fueron mujeres y el 8,8% varones, presentaron una edad de 59,2 ± 13,2 años y un tiempo de evolución desde el diagnóstico de 10,9 ± 10,2 meses. Se obtuvieron datos del nivel de complejidad en 62/113 pacientes oriundos de 22 ciudades de la provincia, asistidos por 6 reumatólogos. 25/62 (40%) pacientes fueron asistidos en su lugar de residencia en tanto que 37/62 (59,7%) fueron asistidos en otra ciudad. Los estudios complementarios fueron realizados en el lugar de residencia en 24 (38,7%) pacientes, mientras que 38 (61,2%) pacientes tuvieron que viajar a diversas ciudades para completar los estudios (8 de ellos en al menos más de dos ciudades). **Conclusiones:** En la población estudiada el 91,2% fueron mujeres, 43% forma difusa, 40% con compromiso pulmonar, y 38% compromiso 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.

Sexo	Femenino	masculino	N(%)
Edad (años)	59,2 ± 13,2		103(91,2) 9(8,8)
Evolución(meses)	10,9 ± 10,2		108(102,4)
Forma difusa	37(43)		
Anticuerpos antinucleares	103(91)		
Úlceras digitales	28(24,8)		
Capilaroscopia	Normal	SD temprano	7(8,2)
	SD activo		26(24,8)
	SD tardío		14(12,4)
	No realizada		36(32)
Pulmonar	Hipertensión pulmonar	Vidrio esmerilado	46(40)
			12(10,6)
			47(53)
Cardíaco	Insuficiencia sistólica		16(42)
	Insuficiencia diastólica		14(32,5)
	Demarce pericárdico		3(7)
	Arritmias		8(11,6)
	Isquemia		3(7)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico			86(61)
anti-scl70			25(23)
anticentrómero			46(44)

Posters "Lupus y Síndrome Antifosfolípido" Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FENÓMENO DE RAYNAUD

LO Roa Perez, RA Gomez, N Perez, A Saad, M Baborer, H Laborde, D Dubinsky, G Nasswetter
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan fenómeno de Raynaud (FRay) en un 15-40%. Está descrita su asociación a mayor frecuencia de hipertensión pulmonar (HTP) y anticuerpos anti RNP. No obstante, aún no está claro si corresponde a un subgrupo con características propias y evolución diferente de la enfermedad.

OBJETIVO: Comparar características clínicas y de laboratorio en pacientes lúpicos con y sin FRay seguidos en forma ambulatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se analizó la base de datos electrónica del consultorio de LES (2013 a 2015) en la División Reumatología de un único centro. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de LES (ACR 1997). Se excluyó superposición con esclerosis sistémica, miopatías inflamatorias o enfermedad mixta del tejido conectivo. Se analizaron datos demográficos, características clínicas, tiempo de evolución de la enfermedad, anticuerpos (FAN, anti ADNc, anti Ro/SS-A, anti La/SS-B, anti Sm y anti RNP), presencia de síndrome de Sjögren secundario (SS 2°) (AECG 2002), hipertensión pulmonar (PSAP por ecocardiograma Doppler ≥ 36 mmHg) y hallazgos por capilaroscopia.

RESULTADOS: Se revisaron los datos de 190 pacientes con LES: 186 (97,9%) mujeres, promedio de edad 38,8 (15-78) años, tiempo de evolución de 107,4 (1-516) meses desde diagnóstico. Se constató FRay en 51/190 (26,8%) pacientes, 8/51 se excluyeron por superposición con AR, 3/51 con esclerodermia y 13/51 por datos incompletos. Se analizaron los 27 pacientes restantes y se compararon con un grupo control de 41 pacientes con LES sin FRay pareados por sexo, edad y duración de enfermedad. Se realizó capilaroscopia en los 27 pacientes: normal 14 (51,8%), inespecífica 3 (11,1%) y patrón SD 10 (37,1%). De estos últimos, 3 presentaron anti RNP positivo. Se encontró en el grupo con FRay mayor positividad para anti Ro, anti La, anti Sm, anti RNP y SS 2° (ver tabla). Solo 1/27 en el grupo con Fray y 3/40 sin Fray tuvieron HTP. No hubo diferencias significativas en el compromiso por órganos.

Tabla. Diferencias entre ambos grupos

	LES + FRay (n=27) (%)	LES - FRay (n=41) (%)
anti Ro	14 (52)	16 (39)
anti La	5 (18)	4 (10)
anti Sm	11 (41)	10 (24)
anti RNP	11 (41)	10 (24)
SS 2°	11 (41)	3 (7)

CONCLUSIONES: El porcentaje de FRay en nuestra serie fue similar a la hallada en la literatura (26,8%). No hubo diferencia entre los grupos en la presencia de HTP. La positividad para anti RNP fue mayor en este subgrupo, como esta descrito. No fue infrecuente el hallazgo de patrón SD en los pacientes con FRay, requiriendo mayor atención en el seguimiento por la posibilidad de desarrollar otra enfermedad del tejido conectivo asociada. Correspondería realizar estudios con un número de pacientes superior para arribar a conclusiones de mayor poder.

76

PO076
0181**DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO "SYSTEMIC LUPUS ACTIVITY QUESTIONNAIRE" (SLAQ) PARA EVALUAR ACTIVIDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)**

A Martínez Muñoz¹, RE Chaparro del Moral¹, DS Klajn¹, SB Papasidero¹, MA Machado Escobar¹, E González Lucero², E Lucero³, L Martínez², S Muñoz², C Catoggio², G Pisoni⁴, MV Collado², G Gómez², J Sarano², J Marín⁵, M Scolnik⁶, J Romero⁷, JC Barreira⁸, MM Zalazar⁹, OL Rillo⁹

¹ Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú", Argentina. ² Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina. ³ Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Argentina. ⁴ CEMIC, Argentina. ⁵ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari¹, Argentina. ⁶ Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ⁷ Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. ⁸ Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano", Argentina.

INTRODUCCIÓN: El SLAQ (Systemic Lupus Activity Questionnaire) es un cuestionario auto-reportado que evalúa la actividad del LES. Fue validado por Karlson E. y col. en el año 2003 demostrando correlación con otros índices que miden actividad del LES como el SLAM. En el año 2014 realizamos la validación para su uso en Argentina en una muestra de 45 pacientes con LES sin encontrar correlación con el SLEDAI. **OBJETIVO:** Evaluar el desempeño del SLAQ validado para su uso en Argentina mediante la correlación con el SLAM-2, LupusQol y actividad de enfermedad por examen físico del médico (SLAM-no lab). **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1997/SLICC 2012) y se excluyeron aquellos con enfermedades infecciosas agudas o crónicas y/o comorbilidades no estables que pudiesen ser confusores del SLAQ. Se evaluaron: datos sociodemográficos y socioeconómicos (escala de Graffar modificada, edad, género, etnia), nivel educativo (años de educación), datos de la enfermedad (fecha de diagnóstico del LES, tiempo de evolución, criterios de LES acumulados, medicación recibida y acumulada), y calidad de vida (mediante LupusQol). Se consignaron parámetros de laboratorio realizados dentro de los 30 días previos o posteriores a la evaluación. Los pacientes completaron SLAQ, la escala Likert de Brote de la Enfermedad, escala Visual Analógica (EVA) de actividad y LupusQol. El médico en forma ciega para el SLAQ, completó: SELENA-SLEDAI, SLAM-2 (calculándose además el SLAM sin tener en cuenta los datos de laboratorio = SLAM-No lab), EVA de actividad de la enfermedad e Índice de Exacerbación del LES. 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 (rs). Se consideró correlación a una Rs ≥ 0.6 . **RESULTADOS:** Se incluyeron 97 pacientes (93% mujeres), con un promedio de edad de 40 (DE: 14) años. Etnia: 42% Mestizos, 33% Amerindios y 25% Blancos. Nivel socio económico: 32% alto/medio alto; 34% medio; y 34% medio-bajo/bajo. La mediana del tiempo de evolución del LES fue de 94 (RIC: 39-171) meses, SLEDAI 0.5 (RIC: 0-4), SLAM-2, 3 (RIC: 2-5), LupusQol 82 (RIC: 64-93). Presentaron brote de la enfermedad 29 pacientes (30%), de los cuales: 76% fue leve/moderado y 24% fue severo según el Índice de Exacerbación del LES. La mediana de VSG fue 26 (RIC: 15-40) mm¹ h, PCR de 0,3 (RIC: 0,11-1) mg/dl, promedio de C3: 103 (DE: 28) mg/dl y C4: 18 (DE: 8) mg/dl. El SLAQ tuvo una mediana de 7 (RIC: 3-12). Mediana de EVA de actividad por el médico o (RIC:0-4) y EVA de actividad por el paciente 1 (RIC: 0-4). Diecinueve pacientes (20%) presentaron brote leve reportado por Likert, 4 (4%) brote moderado y 3 (3%) severo. No encontramos correlación entre el SLAQ y SELENA-SLEDAI (rs 0,12; p 0,26), igual que con el SLAM-2 (rs 0,37; p 0,002) como con el SLAM-no lab (rs 0,38; p 0,0001) ni el EVA del médico (rs 0,42; p<0,0001). Sí presenté correlación moderada con la EVA de actividad por el paciente (rs 0,64; p<0,0001) y con el LupusQol (rs -0,62; p<0,0001). Cuando se analizó diferencia en la actividad del LES entre grupos, a través del Índice Flare, no se hallaron diferencias con respecto al SLAQ (p=0,21). **CONCLUSIONES:** En este estudio observamos correlación del SLAQ con la evaluación del paciente de la actividad de la enfermedad mediante EVA y con la calidad de vida medida por LupusQol, sin embargo no podemos concluir que el SLAQ sea un índice válido para medir la actividad del LES.

77

PO077
0187**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y SU ASOCIACIÓN CON DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS**

A Martínez Muñoz¹, RE Chaparro del Moral¹, DS Klajn¹, SB Papasidero¹, MA Machado Escobar¹, E González Lucero², E Lucero³, L Martínez², S Muñoz², C Catoggio², G Pisoni⁴, MV Collado², G Gómez², J Sarano², J Marín⁵, M Scolnik⁶, J Romero⁷, JC Barreira⁸, MM Zalazar⁹, OL Rillo⁹

¹ Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú", Argentina. ² Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina. ³ Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Argentina. ⁴ CEMIC, Argentina. ⁵ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari¹, Argentina. ⁶ Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ⁷ Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. ⁸ Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano", Argentina.

INTRODUCCIÓN: El LES puede afectar de diversas formas la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de quienes padecen esta enfermedad, como ser el nivel de la actividad física, sexual, mental y social. Desde el punto de vista subjetivo la CVRS es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, social y emocional en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico, emocional y social. **OBJETIVO:** Evaluar la CVRS en pacientes con LES, a través de un cuestionario específico validado, y analizar su asociación con diferentes parámetros demográficos y de la enfermedad. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de LES (Criterios revisados ACR 1997/SLICC 2012) y se excluyeron aquellos con enfermedades infecciosas agudas o crónicas y/o comorbilidades no estables que pudiesen ser confusores con los resultados del LupusQol. Se evaluaron: datos sociodemográficos y socioeconómicos, nivel educativo (años de educación), datos de la enfermedad, y calidad de vida (LupusQol). Se consignaron parámetros de laboratorio realizados dentro de los 30 días previos o posteriores a la evaluación. Los pacientes completaron SLAQ, escala Likert de Brote de la Enfermedad, escala Visual Analógica (EVA) de actividad (0-10) y LupusQol (0-100), donde 0 es la peor calidad de vida y 100 la mejor posible. El médico en forma ciega para el LupusQol, completó: SELENA-SLEDAI, SLAM-2, EVA de actividad (0-3) e Índice de Exacerbación del LES. 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. Se evaluaron pacientes según Calidad de Vida tomando como punto de corte $\geq 63/100$, para definir buena calidad de vida, según trabajos previos y se lo comparó con diferentes parámetros demográficos y de la enfermedad. Se comparó con otros índices utilizando Coeficiente de Correlación de Spearman (rs). Se consideró actividad por el SLAQ a un puntaje ≥ 9 y por SELENA-SLEDAI ≥ 4 . **RESULTADOS:** Se incluyeron 94 pacientes (93% mujeres), con un promedio de edad de 40 años (DE: 15). Etnia: 42% Mestizos, 32% Amerindios y 26% Blancos. Nivel socio económico (según escala de Graffar): 33% alto/medio alto; 35% medio; y 32% medio-bajo/bajo. La mediana del tiempo de evolución del LES fue de 94 meses (RIC: 38-175), SLEDAI 0,5 (RIC: 0-4), SLAM-2, 3 (RIC: 2-5), el promedio del LupusQol fue de 74 (DE: 24), SLAQ 7 (RIC: 3-12). Según el Índice de Exacerbación de LES presentaron brote de la enfermedad 26 pacientes (28%), de los cuales: 73% fue leve/moderado y 27% fue severo. En la escala Likert: 18 pacientes (19%) reportaron brote leve, 4 (4%) moderado y 3 (3%) severo. La mediana de VSG fue 25 mm¹ h (RIC: 15-39), PCR de 0,3 mg/dl (RIC: 0,1-0,8), promedio de C3: 103 mg/dl (DE: 28) y C4: 19 mg/dl (DE: 8). La mediana de la EVA de actividad por el médico fue de 0 cm (RIC: 0-1) y por el paciente fue de 1 cm (RIC: 0-4). Veintidós pacientes (23%) presentaron mala calidad de vida. El LupusQol presentó correlación moderada con EVA paciente (rs -0,57; p < 0,001) y el SLAQ (rs -0,65; p < 0,001), y no presentó correlación con SLAM-2 (rs -0,3), SELENA-SLEDAI (rs -0,15) y el EVA médico (rs -0,25). No se encontraron diferencias entre los grupos étnicos y años de educación con respecto a calidad de vida. Veintidós pacientes (23%) presentaron mala calidad de vida. No hubo diferencias en el tiempo de evolución de la enfermedad ni con la edad en pacientes con mala calidad de vida. Los pacientes con peor calidad de vida presentaron una tendencia a mayor EVA de actividad de la enfermedad, aunque no estadísticamente significativa (3,74 Vs 2,2; p=0,09). Los pacientes que presentaron algún tipo de brote, según índice de exacerbación de LES, presentaron peor calidad de vida (p=0,03). Por otra parte, los pacientes con peor calidad de vida estaban recibiendo mayor dosis de corticoides (p=0,02). **CONCLUSIONES:** En este estudio observamos que la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada con LupusQol, empeora con la actividad de la enfermedad auto-evaluada mediante SLAQ y con los brotes del LES. Hubo una mayor utilización de corticoides a altas dosis en aquellos pacientes con mala calidad de vida.

78

PO078
0108**SUPERPOSICIÓN DE ENFERMEADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN UNA COHORTE DE LES**

AS Brailhard Poccarr, R Quiroz, N Perez, MS Pino, AM Beron, D Dubinsky, G Nasswetter

Hospital de Clínica "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) son entidades crónicas que comparten características clínicas, fisiopatológicas y desencadenantes. Aún cuando un paciente con una ETC puede presentar manifestaciones aisladas de otra, hay un subgrupo que desarrolla completamente dos o más enfermedades simultáneas o en forma secuencial y son clasificados como síndromes de superposición. Algunos adoptan nombres propios como rupus o esclerodermatosis.

OBJETIVOS: Describir otras ETC en esta cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Analizar su presentación y evolución.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con LES que concurren a consultorios externos desde mayo de 2013 a julio de 2015. Se utilizaron los criterios SLICC 2012 para LES; ACR 1987 para artritis reumatoidea (AR); ACR/EULAR 2013 para Esclerosis Sistémica (ES) y AECG 2002 para Síndrome de Sjögren (SS). Se analizó: fecha de desarrollo de los primeros síntomas, actividad al inicio de la segunda enfermedad, manifestaciones clínicas y respuesta terapéutica. Además se indagó sobre: autoinmunidad órgano-específica (vitiolgo, celiacua, tiroides o hepática). Se evaluó: FAN, anti Ro, anti La, anti Sm, anti RNP, anti DNA, anti Scl-70, FR, anti CCP, anti β2GPI IgM e IgG, aCL IgM e IgG, IL, C3, C4 y CH50. Se revisaron Rx de manos y pies, capilaroscopia, ecocardiograma y TC de tórax. Se excluyeron pacientes con HIV, HBV, HBV o neoplasias malignas.

RESULTADOS: Se analizaron historias clínicas de 171 pacientes, mujeres 167 (97,7%) y hombres 4/171 (2,3%), edad media 41,4 (17-75) años, tiempo de evolución de la enfermedad de 7,31 (30-0.5) años. Se hallaron 11 pacientes con síndromes de superposición y se definieron dos grupos: rupus 8/11 (72%) y ES-LES 3/11. En el grupo de rupus, conformado por 6 amerindias y 2 mestizas, la edad media fue de 43 (21-78) años. En 4, el inicio de ambas enfermedades fue simultáneo, 2 presentaron AR activa (DAS28 > 5) entre 5 y 9 años antes del LES y en 2 el LES (SLEDAI > 4) se presentó 3 a 14 años previos a la AR. Todas tuvieron alopecia, 7 lupus cutáneo agudo, 3 tuvieron serositis, 3 compromiso renal (GNF IV, clasificación ISN/RPS), 3 úlceras orales y 2 leucopenia. Ninguna evidenció compromiso cutáneo crónico, anemia hemolítica, trombocitopenia o compromiso del sistema nervioso. Laboratorio: hipocomplementemia en 7, anti DNA (+) en 6, anti RNP en 6, anti Sm y anti Ro en 3 pacientes. Sólo una presentó positividad para anticuerpos antifosfolípidos en una única medición, asociado a trombosis venosa. Todas tuvieron artritis simétrica en manos y rigidez matinal, 7 presentaron erosiones y FR (+). Se midió aCCP en 7 pacientes, siendo positivo en 5. Ninguna presentó nódulos. En el grupo con ES-LES, 2 eran amerindias y 1 mestiza, edad media 39,6 años. En 1 paciente el diagnóstico se realizó de manera simultánea, otra desarrolló LES 4 años antes. La restante presentó ES 4 años previos al LES. Todas tenían expresión cutánea limitada. Dos presentaron compromiso pulmonar intersticial (UIP-1 y NSIP-1) y Scl-70 (+), ninguna HTP. Una paciente con aCL IgG y anti β2 GPI IgG en bajos títulos sin eventos trombóticos. Dos pacientes (1 rupus y 1 ES-LES), cumplían criterios para SS 2^a en base a síntomas, test de sequedad ocular y oral, anticuerpos y en una, biopsia de glándula salival compatible. Ninguna de las 11 pacientes presentó otra enfermedad autoinmune no reumatológica.

CONCLUSIONES: En el grupo de rupus, la mitad desarrolló ambas enfermedades en simultáneo, a diferencia de lo descrito en la literatura, donde la AR suele presentarse primero, con un intervalo de 4.3 a 11 años. Sólo una paciente presentó positividad para anticuerpos antifosfolípidos, siendo más frecuente en otras series. De los 11 pacientes, más de la mitad presentó anti RNP positivo, mayor a lo esperado en LES (30-40%). La detección de hallazgos clínicos frecuentes en LES como artritis, úlceras orales o serositis, que no responden al tratamiento convencional, alerta sobre la presencia de una segunda ETC. Esto impacta en la evolución clínica, seguimiento y tratamiento.

79

PO079
0129**LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS Y SU RELACIÓN CON HPV EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

S Sapay Durán¹, N Perez¹, V Maldonado², M Garcia Carrasco³, R Quiroz¹, A Beron¹, E Avidí¹, C Pappalardo¹, M Piovesan¹, S Catalan Pellet¹, R Puerta Francochi¹, S Tatti¹, F Echary¹, D Dubinsky¹, G Nasswetter¹

¹ División de Reumatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina. ² División de Ginecología, Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y su tratamiento con drogas inmunosupresoras, predisponen a infecciones, como el Virus Papiloma Humano (HPV). La infección persistente por HPV es un factor de riesgo para el desarrollo de displasia epitelial/carcinoma in situ, cáncer de cérvix, anogenital y orofaríngeo.

Objetivos: Evaluar la presencia de lesiones cervicales, vulvovaginales y anales. Determinar la incidencia acumulada de lesiones por HPV en LES. Detectar lesiones premalignas y malignas. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo y longitudinal. Se estudiaron en forma consecutiva 50 mujeres con diagnóstico de LES (ACR 1997) entre enero 2013-junio 2015 enviadas al Servicio de Ginecología para control. Se realizó examen físico vulvo/vaginal, evaluación cito-colposcópica del tracto genital inferior (TGI) y anopsia magnificada de alta resolución. Se realizó biopsia de lesiones macroscópicas según criterio ginecológico y consentimiento del paciente. El Pap se informó por sistema de Clasificación Bethesda (1988) y citología anal por Clasificación Bethesda (2001). El hallazgo de células colilocíticas en anatomopatología se asoció a la presencia de HPV.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con LES y 104 controles sanos comparables en edad e historia obstétrica. Edad media 36,8 (± 10,9) y 34 (± 7,6) respectivamente. Duración del LES: 5-10 años 24/50 (48%), >10 años 14/50 (28%) y <5 años 12/50 (24%). Menopausia: LES vs Control: 11/50 (22%), 5/104 (4,81%) p<0,05. Lesiones compatibles con HPV en LES: 17/50 (34%) vs Control: 8/104 (5,7%) p<0,05. Incidencia acumulada de lesiones HPV en LES vs Control: 3,4/100 personas/años vs 0,57/100 personas/año. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a duración del LES, escolaridad, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, estado civil, uso de preservativo, conducta sexual, anti-DNA positivo y complemento bajo. Pap anormal: grupo LES 5/50 (10%) vs Control 3/104 (2,8%) p<0,05. LSIL en biopsia de cuello: LES 4/10 (40%) vs Control 1/14 (25%). Anormalidad vulvo/vaginal: LES 8/50 (16%) vs Control 2/104 (1,9%) p<0,05. En 3 del grupo LES se encontró VIN tipo 3 (6%). Previa aceptación, se realizó anopsia en 26/50 del grupo LES. Hubo alteración anopsia en 9/26 (34%), siendo en 5 pacientes, el único hallazgo alterado al examen del TGI. Del grupo de LES con HPV recibieron corticoides 16/17 (94%) vs sin HPV 22/33 (66%) y otras terapias inmunosupresoras 13/17 (76%) vs sin HPV 16/33 (48%) p<0,05.

Conclusión: En nuestra cohorte la incidencia acumulada de lesiones por HPV fue mayor en LES que en el Control. Se observó alta frecuencia de lesiones anales aun en pacientes sin lesiones en otros sectores del TGI. En el Pap, la LSIL fue el hallazgo más frecuente. La inclusión de la anopsia dentro del examen del TGI se sustenta en la frecuencia de hallazgos patológicos, la relevancia del HPV como lesión predisponente de cáncer anal y que el contagio puede producirse por contigüidad o exposición a secreciones vaginales, sin que medien relaciones anales. Una debilidad de nuestro estudio es que no se realizó serología para HPV y su detección fue en forma indirecta a través de la histología y del hallazgo de células colilocíticas. Se destaca la importancia de la educación sexual y el control ginecológico periódico en mujeres con LES.

Variable	Lupus	Control	p
Cuello	5/50 (10%)	3/104 (2,8%)	< 0,05
Pap Anormal	(LSIL 2, HSIL 1, ASCUS 1, ASCH 1)	(LSIL 2, CIE 1)	
Cuello	Total 10/50	Total 4/104	NS
Biopsias	Anormal 5/10 (50%)	Anormal 4/4 (100%)	
	(LSIL 4, HSIL 1)	(LSIL HSIL 1, CVA 1, CIE 1)	
Vulvo/Vaginal	8/50 (16%)	2/104 (1,9%)	< 0,05
Biopsias	(CVA 5, VIN 3)	(CVA 2)	
Anopsia	2/26 (7,6%)	NA	NA
Pap	(LSIL 2)	NA	NA
Anopsia	9/26 (34,6%)	NA	NA
Biopsia	(CVA 9)		

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado. ASCH: Células escamosas atípicas con posible lesión intraepitelial de alto grado. LSIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (CIN 1 o displasia leve). HSIL: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (CIN2 o displasia moderada y CIN3 o displasia severa). CIE: Carcinoma invasor escamoso. CVA: Condiloma viral acuminado. VIN 3: Neoplasia intraepitelial vulgar relacionada con HPV. NS: No significativo. NA: No aplicable.

ANTI ADN DE SIMPLE Y DOBLE CADENA COMO MARCADORES SEROLÓGICOS DE ACTIVIDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO
C Remundés¹, MN Antonini¹, C Catoggio², CE Favaroni³
¹ Departamento de Medicina Interna, Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ² Sección Reumatología e Inmunología, CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Los anticuerpos anti ADN son característicos de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Los anticuerpos anti ADN de doble cadena (ADNdc) forman parte de los criterios de clasificación y de los índices de actividad de LES debido a su alta especificidad, pero su sensibilidad es baja. El rol de los anticuerpos anti ADN de simple cadena (ADNsc) no ha sido totalmente establecido. En un estudio retrospectivo encontramos que los anti ADNsc presentaron mayor sensibilidad y menor especificidad que los anti ADNdc para actividad del LES.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar la asociación de anti ADNsc y anti ADNdc con la actividad de la enfermedad en una cohorte prospectiva de pacientes con LES en seguimiento.

Materiales y Método

Se realizó un estudio prospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años de edad que cumplían criterios de clasificación de LES del Colegio Americano de Reumatología (1997) en seguimiento por nuestro grupo. Los mismos fueron evaluados entre agosto de 2013 y junio de 2015. Cada paciente fue evaluado en forma trimestral y/o a presentar una intercurencia clínica. En cada visita se realizó una evaluación clínica y de laboratorio. El anti ADNdc fue analizado por inmunofluorescencia sobre *Citridia luciliae*, y el anti ADNsc por ELISA. En cada visita se calculó el SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, versión 1992 y 2000). Utilizando el SLEDAI como gold standard, se calcularon la sensibilidad, especificidad y valores predictivos del anti ADNdc y anti ADNsc. Finalmente, las determinaciones fueron clasificadas en 4 grupos: Grupo 1 (ambos anti ADN positivos), Grupo 2 (anti ADNsc positivo y anti ADNdc negativo), Grupo 3 (anti ADNsc negativo y anti ADNdc positivo) y Grupo 4 (ambos anti ADN negativos), y se analizaron sus respectivas sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Resultados.

Incluíamos 41 pacientes (85.4% mujeres), con una mediana de edad de 39.5 años (rango 20-68). Cada paciente fue evaluado en un rango de 1 a 8 veces, incluyéndose un total de 201 visitas. Utilizando el SLEDAI 2000 para definir actividad de la enfermedad, el 47.8% de las evaluaciones mostraron enfermedad activa y 52.2% enfermedad inactiva. La media y la mediana de SLEDAI 2000 fue de 1.99 y 0, respectivamente (rango 0-31). El 59.6% de las determinaciones de anti ADNsc fueron negativas, mientras que las determinaciones de anti ADNdc fueron negativas el 84.5% de las veces.

Considerando al SLEDAI 2000 como gold standard de actividad, se calcularon la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los anti ADN. Se muestran los resultados en la siguiente tabla.

	Sensibilidad % (95% CI)	Especificidad % (95% CI)	VPP % (95% CI)	VPN % (95% CI)
Anti ADNsc	54 (47-61)	72 (56-78)	54 (57-71)	63 (55-70)
Anti ADNdc	33 (27-40)	100 (100)	100 (100)	61 (54-68)

Los cálculos realizados utilizando el SLEDAI 92 como gold standard, fueron semejantes.

Se calcularon también la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para cada grupo serológico.

	Sensibilidad % (95% CI)	Especificidad % (95% CI)	VPP % (95% CI)	VPN % (95% CI)
Grupo 1 (n 21)	39 (30-47)	100 (100)	100 (100)	99 (61-77)
Grupo 2 (n 54)	47 (39-55)	74 (67-81)	54 (46-62)	69 (61-76)
Grupo 3 (n 9)	21 (14-29)	100 (100)	100 (100)	89 (80-79)
Grupo 4 (n 105)	39 (29-43)	29 (21-34)	31 (25-38)	32 (29-39)

Conclusiones

- El Anti ADNsc muestra mayor sensibilidad pero menor especificidad para actividad de la enfermedad.
- Ninguno de los tests aislados muestra sensibilidad adecuada para la actividad de la enfermedad.
- Ninguna de las combinaciones de tests muestra sensibilidad adecuada para la actividad de la enfermedad.

"Síndrome de Sjögren"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO
S Catalán Pellet, G Medina, AM Berón, M Cavallieri, N Perez, R Puerta Franchi, M Sosa, G Nasswetter
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica que produce hipofrótia glandular (parótidas y/o submaxilares) en el 25% de los casos. La ultrasonografía puede detectar estos cambios en etapas tempranas de la enfermedad y podría sustituir a la gammagrafía y la sialografía. Se ha publicado que la alteración en la ecoestructura glandular mediante ecografía sería la alteración más característica. Otras características como la vascularización glandular o el tamaño, no han mostrado correlaciones significativas. La sensibilidad de la ecografía para visualizar alteraciones estructurales en las glándulas salivales en pacientes con SS tiene una sensibilidad aproximada del 78% en comparación con el 81% de la Resonancia Magnética.

OBJETIVO: Describir resultados ecográficos de glándulas salivales menores en pacientes con diagnóstico de SS 1° y correlacionarlos con biopsia de glándula salival menor (BGS) y autoanticuerpos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SS 1° según criterios ACR (2012) y americano europeos (2002), que consultaron en forma consecutiva desde enero de 2013 a enero de 2015. Los datos se analizaron con VCSTAT.

Se evaluaron historias clínicas, datos serológicos (anticuerpos antinucleares (FAN), factor reumatoideo (FR), anti Ro, anti La), resultados de BGS y ecografía de glándulas salivales (EGs). Se realizó EGs de parótidas y submaxilares en forma bilateral estandarizando ecoestructura, tamaño y vascularización. Se asignó cuatro grados (0, I, II, III). Se definió alteración ecográfica a cualquier valor distinto a cero. Se consideró BGS positiva a los grados Chisholm y Masson 3 o 4.

Criterios de exclusión: irradiación en cuello, portadores de HCV, infección de vía aérea superior o fiebre al momento de la ecografía o en cualquier momento del mes anterior, HIV o Sarcoidosis.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes, 38 mujeres (97.43%), edad promedio 56.8 años (X: 41-71), tiempo promedio de evolución de la enfermedad 5.42 años (X: 0-17), FAN ≥ 1/320 en 34/39 (87.2%). De los 5 pacientes con FAN ≤ 1/320, 3 presentaron Anti Ro +, 1 FR +, 1 BGS (+).

A todos los pacientes se realizó EGs, 36/39 (92.3%) presentaron alteraciones: 34/36 (94.4%) disminución del tamaño glandular; 21/36 (58.3%) alteración en la ecoestructura; 14/36 (38.9%) disminución de estructuras vasculares en el Doppler. El tiempo de evolución de enfermedad en los pacientes con disminución del tamaño glandular fue de 5.8 años y en los que presentaron tamaño glandular normal 2.4 años.

Se realizó BGS en 25/39 pacientes: Positiva en 17/25 (68%); 15 (88%) presentaron anomalías ecográficas (93.3% disminución en el tamaño, 73.3% alteración en ecoestructura, 60% hipovascularización). Negativa 8/25 (32%); 7 (87.5%) presentó alteración ecográfica (100% disminución en el tamaño, 28% alteración en ecoestructura; 14.2% hipovascularización).

No se realizó BGS en 14 (35.9%) pacientes, todos ellos presentaron alteración ecográfica (92.8% disminución en el tamaño, 57.14% alteración en ecoestructura; 28.5% Doppler disminuido).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la alteración ecográfica más frecuente fue la disminución del tamaño glandular. No se encontró correlación entre manifestaciones extra articulares y BGS o EGs positivas. El 32% de los pacientes con diagnóstico de SS y biopsia glandular normal presentaron alteraciones ecográficas, por lo tanto, la ecografía glandular podría representar una técnica diagnóstica a considerar en futuros criterios de clasificación.

MORTALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
M Aciair¹, NL Cucchiari¹, VR Juarez², R Rojas Tessel¹, E Buschiazzi³, MV Lencina¹, E Picco^{1,2}, MA Aciair¹, I Artes Rocha¹, MD Alonso Lopez², MC Crespo Espindola¹
¹ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina. ² Hospital San Bernardo, Salta, Argentina. ³ Hospital Oñativia, Salta, Argentina.

Introducción – El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una patología reumatológica con aumento en la morbilidad de los pacientes comparado con la población general. Es escasa la información acerca del curso evolutivo de los pacientes con esta patología en nuestra provincia. El OBJETIVO de este estudio fue describir la mortalidad y la evolución de una población de pacientes con LES que consultaron en un hospital de referencia. **Materiales y Métodos** – Se realizó un estudio de diseño retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes asistidos entre los años 2000-2005 con diagnóstico de LES, que consultaron al sector de reumatología de un hospital de referencia. Se registraron datos sociodemográficos (sexo, edad, lugar de residencia), relacionados con la enfermedad (fecha de diagnóstico, diagnóstico previo o posterior a la primera consulta, presencia de comorbilidades, tratamientos concomitantes, compromiso renal). Se consignó si el paciente permanecía en seguimiento actualmente y si había muerto o no mediante los registros de los hospitales de la ciudad. Asimismo, se consultaron los padrones electorales nacionales, buscando si el paciente se encontraba activo o no en el mismo.

Estadística – Se expresaron las variables categóricas en frecuencia y porcentaje, y las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Se compararon las variables categóricas mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y las continuas mediante T de Student o Mann-Whitney. Se construyeron curvas de Kaplan-Meier para cálculo de la supervivencia. Se consideró una p < 0.05 como significativa.

Resultados – Se incluyeron 55 pacientes, 48 (87.3%) de sexo femenino, mediana de edad de 37 años a la primera consulta (RIC: 29-44.5). A la última visita registrada los pacientes presentaban una mediana de evolución de la enfermedad de 9 años (RIC: 3-12.2), con un seguimiento de 500 pacientes-años. Treinta y cinco pacientes tuvieron diagnóstico de LES posterior a la primera consulta (63.6%). Dos (3.6%) eran tabaquistas, 16 (29.1%) hipertensos, 8 (14.5%) diabéticos, 9 (16.7%) displicésmicos. Los tratamientos incluyeron glucocorticoides (>10 mg/día de Prednisona) en 47 (85.5%), tratamiento inmunosupresor 27 (49.1%) y anti-palúdicos 44 (80%). Se encontró compromiso renal en 30 (54.5%) pacientes.

Se perdieron en el seguimiento 34 pacientes (61.8%). La supervivencia a 5 años y 10 años fue 81% y 66.7%, respectivamente. La mortalidad en los pacientes que continuaron en seguimiento fue 8/21 (38.1%), y las causas de muerte fueron: 3 infecciones, 1 ACV, 1 hemorragia alveolar y 3 desconexión. De los 34 pacientes perdidos en el seguimiento, 21 fueron encontrados en el padrón electoral nacional. Considerando como defunciones a los 13 que no figuraban en el padrón junto con los 8 muertos registrados previamente, la mortalidad probable¹ total fue de 21/55 (38.2%). No hubo asociación entre la frecuencia de comorbilidades, tratamientos recibidos, presencia de compromiso renal o demora a la primera consulta y mayor mortalidad.

Conclusión – Comparado con estudios previos de la región en nuestro grupo de pacientes, la mortalidad fue elevada. La gran pérdida de seguimiento de pacientes es un importante sesgo del estudio, y la mortalidad calculada tomando el padrón electoral como referencia es una herramienta imprecisa, que sin embargo no tuvo influencias en la mortalidad total. Si bien este estudio presenta limitaciones, podría brindar información basal para llevar a cabo un estudio prospectivo.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y EMBARAZO: REPORTE DE 18 CASOS

J Demarchi¹, SB Papisidero¹, JA Caracciolo¹, P Alba², AM Babini¹, V Durigan¹, C Gobbi¹, L Raitti¹
¹ Hospital Gral de Agudos E. Tornú, Argentina. ² Hospital Córdoba y Materno Neonatal Córdoba Cátedra de Medicina I UHMN 3, UNC, Argentina. ³ Hospital Italiano de Córdoba, Argentina. ⁴ Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina. ⁵ Sanatorio Allende, Argentina. ⁶ Clínica Bessone, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Sjögren (SSJ) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica con clara preferencia por el sexo femenino (relación 9:1), con una tasa de prevalencia del 0,1 a 4,8%, siendo más frecuente entre la 4° y 5° década de la vida. Debido al aumento de la edad promedio para el primer embarazo en los últimos años, se ha observado con mayor frecuencia embarazos en mujeres con SSJ. La complicación más grave que puede afectar a los hijos de estas pacientes es el bloqueo cardíaco congénito (BCC), el cual se relaciona con la presencia de los anticuerpos anti-Ro/SSA y/o anti-La/SSB. La incidencia del mismo se ha estimado en aproximadamente el 2%. En otras enfermedades autoinmunes como en LES y Síndrome Antifosfolípido (SAF), el impacto en el resultado del embarazo ha sido bien establecido y diferenciado de acuerdo a la enfermedad materna, la actividad de la enfermedad, la gravedad del daño orgánico, el perfil de anticuerpos y el tratamiento instituido. Sin embargo, en el SSJ los reportes sobre la evolución de los embarazos son pocos y contradictorios. Los mismos informan un aumento de la tasa de abortos espontáneos y pérdidas fetales, no hallándose relación con la presencia de anticuerpos específicos. Otros trabajos mostraron una alta tasa de retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) y recién nacidos (RN) con menor peso al nacer; además se observó menor frecuencia de partos normales. Presentamos un reporte de 11 pacientes y 18 embarazos luego del comienzo de los síntomas de esta enfermedad. **Materiales y Métodos:** Se realizó un trabajo multicéntrico retrospectivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con SSJ de 5 centros de Reumatología en Argentina. Se incluyeron aquellas pacientes que quedaron embarazadas luego del comienzo de los síntomas sugestivos de SSJ, excluyéndose quienes cumplieran criterios de SAF. Se describieron las características clínicas y serológicas de la enfermedad, los factores de riesgo y comorbilidades maternas previas. En cada embarazo se detalló la evolución del mismo, el parto y las características del recién nacido. **Resultados:** Se hallaron 11 pacientes con 18 embarazos: todas presentaban FAN positivo; 10 anti-Ro/SSA+ y 7 anti-La/SSB+; 4 seropositividad para FR. Todas habían padecido alguna manifestación extraglandular, siendo las más frecuentes artritis y citopenias. El promedio de edad materna al inicio de los síntomas fue de 24.9 años (DE 6,9) y al momento del embarazo fue de 30,3 años (DE 5,4). Durante el curso del embarazo 8 pacientes recibieron tratamiento con HCQ, 4 AAS profiláctica y 2 corticoides a bajas dosis. En los embarazos previos al inicio de síntomas (13) se observó como única complicación un aborto espontáneo, por el contrario luego de la presentación de la enfermedad se encontraron diferentes complicaciones. De los 18 embarazos informados: 10 se desarrollaron normalmente con RN normales, 2 terminaron en abortos espontáneos y en 7 se realizó cesárea. Durante el transcurso de estos embarazos se informaron: 2 partos prematuros, 1 oligoamnios, 2 roturas prematuras de membranas y 2 RN con bajo peso al nacer. Se halló un solo BCC con requerimiento de marcapasos permanente y un caso de lupus cutáneo neonatal.

Todas las mujeres con complicaciones obstétricas (6) presentaban Ac anti-Ro/SSA+ y 5 además Ac anti-La/SSB+. En una sola paciente se informó la presencia de Ac anticardiolipinas positivos a títulos moderados en dos oportunidades sin cumplir criterios para SAF, observándose Lupus cutáneo neonatal y tres cesáreas por distocias del parto. Con respecto a las mujeres que no tuvieron complicaciones (5): 2 presentaban anti-Ro/SSA+ y anti-La/SSB+ y 2 sólo el primero. Una paciente que relató un parto prematuro con bajo peso al nacer, tenía como antecedente una trombofilia hereditaria.

Discusión: En este reporte de casos se puede observar que cerca de la mitad de los embarazos de las pacientes con SSJ analizados presentó alguna complicación no atribuible a otros factores distintos de su enfermedad de base, exceptuando la paciente con trombofilia. Estas complicaciones coinciden con las observadas en los estudios publicados. Podemos concluir que los embarazos en pacientes con SSJ, al igual que en aquellas con enfermedad autoinmune, deben considerarse como de alto riesgo y seguirse de manera multidisciplinaria. El BCC es la complicación más temida y siempre se debe sospechar y pesquisar al igual que en las pacientes con LES.

84

PO084
0138

FACTOR REUMATOIDE Y SU EXPRESIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN, ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 50 PACIENTES
PA Quevedo, MM Mayer, SD Velez, F Zazzetti, DE Duartes Noe, A Gomez, L Galván, JC Barreira
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, durante su evolución puede presentar diversas manifestaciones extraglandulares. Dentro de los autoanticuerpos presentes, se puede hallar el anti-Ro/SSA, anti-La/SSB y factor reumatoideo (FR). Los pacientes seropositivos para FR presentan mayor frecuencia de manifestaciones extraglandulares e inmunológicas. El ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome disease activity index), es un cuestionario diseñado para evaluar la actividad de la enfermedad. Se ha descrito su utilidad para evaluar de acuerdo al puntaje el desarrollo de linfoma asociado a SS.

OBJETIVO: Describir la frecuencia de FR en pacientes con diagnóstico de SS y evaluar las diferentes manifestaciones clínicas, serológicas y actividad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SS de acuerdo a los criterios americano - europeos (2002), con dosaje de factor reumatoideo (técnica de nefelometría y turbidimetría) evaluados entre junio de 2014 y mayo 2015. Se excluyeron pacientes con gammopatías monoclonales, cáncer u otras enfermedades asociadas que pudieran ocasionar la presencia de autoanticuerpos. Se recolectó información demográfica, clínica y serológica a partir de la historia clínica. Se realizó el cálculo de ESSDAI. Se dividió a los pacientes en dos poblaciones en función de la positividad para FR, aquellos con FR positivo (grupo 1) y FR negativo (grupo 2). Para comparar grupos se utilizó la prueba Mann - Whitney para variables numéricas y prueba de chi cuadrado o test de Fisher para variables categóricas. Se consideró significativa p<0,05.

RESULTADOS: Se analizaron 50 pacientes con SS (44 mujeres) con edad promedio de 52,42±13 años y mediana de evolución de la enfermedad de 53 meses (rango=2-312). En 35/50 pacientes el FR fue positivo (70%; IC95%=55,39-83,14). Las medianas del tiempo de evolución fueron de 60 meses en el grupo FR positivo y de 24 meses en el grupo negativo (p=0,0564). El grupo con FR positivo presentó significativamente mayor frecuencia de hipocomplementemia a predominio de la fracción C4 45,7% (16/35) vs 13,3% (2/15) p=0,02 y mayor actividad de la enfermedad medida por ESSDAI (p=0,02), la media del puntaje de actividad fue 2,1±1,1, hallándose el dominio hematológico más frecuentemente (p=0,014). Se evidenció menor frecuencia de anti-La/SSB 37,1% (13/35) vs 86,6% (13/15) - p=0,001, hipergammaglobulinemia policlonal 22,6% (8/35) vs 60% (9/15) - p=0,014.

CONCLUSIONES: Se observó una frecuencia del 70% de FR positivo en pacientes con SS. La presencia de FR se asoció significativamente a mayor frecuencia de hipocomplementemia y actividad de la enfermedad evaluada por ESSDAI. Aunque no alcanzó significancia estadística, el grupo con FR positivo presentaba mayor tiempo de evolución de la enfermedad, a su vez se hallaron menos frecuentemente anti-La/SSB e hipergammaglobulinemia policlonal. Dado el bajo número de la muestra, se requieren más datos para continuar su análisis.

85

PO085

ROL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-LA/SSB EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

GG Bartel, MM Mayer, SD Velez, F Zazzetti, A Gómez, NI Daciuk, H Laborde, JC Barreira
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de infiltrados linfocitarios focales en el epitelio de las glándulas exocrinas, asociado hasta en un 80 % a manifestaciones sistémicas. Los autoanticuerpos más frecuentemente asociados al SS son los anticuerpos antinucleares (ANA), el factor reumatoideo y los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, siendo los dos últimos los que forman parte de los criterios de clasificación. Se ha reportado su asociación con manifestaciones sistémicas, inmunológicas y hematológicas. La presencia de anti-Ro/SSA en el SS puede encontrarse en el 30 al 70 % de los pacientes y se ha descrito mayor frecuencia de síntomas clínicos como alteraciones cutáneas, escleritis y enfermedad intersticial pulmonar entre otros. Los anticuerpos anti-La/SSB están presentes entre 5-50 % de los pacientes con SS y co-existen con anti-Ro/SSA en un 50 %. La variable de anti-La/SSB positivo con anti-Ro/SSA negativo se encuentra en un porcentaje muy bajo de pacientes con SS por lo que su implicancia clínica no se encuentra correctamente establecida.

Objetivo Evaluar la presencia de anti-La/SSB en el SS y su correlación a variables clínicas, demográficas y serológicas.

Materia y método Se incluyeron 195 pacientes con SS evaluados en el Servicio de Reumatología mayores de 18 años que cumplían criterios Americano-Europeos del 2002 y que concurren a consulta al menos una vez en el último año. Se consignaron datos demográficos, clínicos, serológicos y estudios complementarios. Según la presencia o ausencia de anti-Ro/SSA y anti-La/SSB se seleccionaron pacientes en 3 grupos. Grupo 1: anti-Ro/SSA positivo anti-La/SSB negativo; Grupo 2: anti-Ro/SSA positivo anti-La/SSB positivo; Grupo 3: anti-Ro/SSA negativo anti-La/SSB positivo. Para comparar grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas y pruebas de chi cuadrado o de test Fisher para variables categóricas. Se consideró significativa una p<0,05, para incluir factores en el análisis multivariado mediante regresión logística.

Resultados Se analizaron 195 pacientes con SS, 93,8% (n=183) de género femenino, con una edad media de 54,71 años (19-35) y tiempo de evolución de la enfermedad media de 68,53 meses (1-420). El 34,3 % (n=7) fueron incluidos dentro del grupo 1, el 41 % (n=80) fueron incluidos en el grupo 2; y el 1,5% (n=3) poseían anti-La/SSA con anti-Ro/SSB negativo que no fueron incluidos dentro del análisis al ser un porcentaje muy bajo de pacientes, como así los pacientes con datos faltantes (n=13). En el análisis univariado, la presencia de anti-La/SSB se asoció de manera significativa con sialoadenitis recurrente y púrpura palpable. Al analizar las variables serológicas hubo asociación significativa con la presencia de factor reumatoideo, hipocomplementemia e hipergammaglobulinemia. Se realizó un análisis multivariado de los factores de mal pronóstico de SS, solo siendo significativa la presencia de púrpura palpable (OR 9,5 IC 95% 1,1-79 p 0,037), sialoadenitis recurrente (OR 3,1 IC 95% 1,2-7,7 p 0,011), hipocomplementemia (OR 3,6 IC 95% 1,4-9,4 p 0,0075) e hipergammaglobulinemia (OR 2,7 IC 95% 1,2-6,1 p 0,01); no así la leucopenia y la presencia de crioglobulinas, coincidiendo con el análisis univariado.

Manifestación	Grupo 1 n=67 (%)	Grupo 2 n=80 (%)	p
Clínica			
Sialoadenitis recurrente	9 (13,4)	30 (37,5)	0,0099
Púrpura palpable	11 (16,4)	18 (22,5)	0,2988
Neuropatía	9 (11,9)	10 (12,5)	0,56
Intersticio pulmonar	4 (6)	9 (11,2)	0,6
Raynaud	12 (17,9)	15 (18,7)	0,63
Artitis	27 (40)	35 (43)	0,79
Serológica			
Hipocomplementemia	9 (13,4)	39 (48,8)	0,00001
Hipergammaglobulinemia	22 (32,8)	55 (68,8)	0,00003
Factor reumatoideo	28 (41,8)	55 (68,8)	0,00016
ANA	81 (100)	80 (100)	0,08
Leucopenia	7 (10,4)	18 (22,5)	0,08
Crioglobulinemia	2(3)	4 (5)	0,42

Conclusiones En nuestra población la presencia de anti-La/SSB en pacientes con anti-Ro/SSA positivo se asoció de manera significativa a sialoadenitis recurrente, púrpura palpable, hipocomplementemia, hipergammaglobulinemia y factor reumatoideo. Si bien en la literatura la evidencia es contradictoria, nuestros hallazgos justifican la búsqueda sistemática de este autoanticuerpo debido a la implicancia clínica y su asociación a factores de mal pronóstico.

86

PO086
0145

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R Aguila Maldonado, M Pera, C Peña, J Marcos, P Samsianena, MA García
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

OBJETIVO: En una cohorte de pacientes con Síndrome de Sjögren primario 1) describir formas clínicas y de laboratorio de presentación de las manifestaciones extraglandulares 2) tratamientos indicados y 3) complicaciones presentadas en el transcurso de la enfermedad.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjögren primario según criterios europeo-americanos de 2002, registrados en la base de datos del Servicio de Reumatología, asistidos entre 1996 y 2015.

El compromiso glandular se registró de acuerdo a la presencia de xerofalmia, xerostomía, xerodermia, xerovaginitis y tumefacción parotídea. Test de Schirmer, BUT, Rosa de Bengala, sialometría, gammagrafía parotídea y biopsia de glándula salival menor, según correspondiera el caso.

Se registraron manifestaciones sistémicas por órganos y sistemas.

Del laboratorio: positividad y título de Anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, factor reumatoideo, niveles de complemento (C3 y C4), proteinograma electroforético y crioglobulinas. Otros autoanticuerpos (Sm, RNP, Scl70, ACA, antifosfolípidos).

RESULTADOS: Se registraron 37 pacientes. 36 mujeres, media de edad 49 años (rango: 20-80) y edad al diagnóstico: 44 años (rango 19-73).

34/37 (91,89%) cursaron ≥ 1 manifestación extraglandular. Manifestaciones musculo-esqueléticas presentaron 29 pacientes: artralgias 26, artritis 9 casos, 2 cursaron mialgias.

Cutáneas en 10/37 (27,03%); púrpura: 2, rash malar: 2; enfermedad de Bowen, 1; liquen plano: 1; alopecia: 1; úlceras orales: 1; nódulos: 1 y psoriasis: 1.

Cardiológicas un paciente: Pericarditis. Fenómeno de Raynaud: 9 pacientes. Gastrointestinales 12/37 (32,43%) pacientes: gastritis: 8, Colitis ulcerosa: 1, enfermedad celíaca: 2; intestino irritable: 1. Hepáticas: 3 pacientes (hepatitis autoinmune: 1, CBP: 1 y trombosis HTP: 1)

Renales: 4/37 (10,81%); Acidosis tubular renal: 2, Nefritis intersticial crónica: 1, Nefropatía crónica: 1. Un paciente neuropatía sensitivo motora. No compromiso del Sistema nervioso central (SNC).

Serología: 22/37 (59,46%) Ac anti-SSA/Ro positivos; 14/37 (37,84%) anti-SSB/La; 34/37 (91,89%) ANA; 32/37 (86,49%) factor reumatoideo; 4/34 RNP positivo.

En 15 pacientes (43,24%) se observó hipergammaglobulinemia. Tres (8,10%) hipocomplementemia.

En 4/14 pacientes (10,81%) se detectaron anticuerpos antifosfolípidos positivos. De ellos ≥ 2 determinaciones positivas. Una paciente con SAF obstétrico, no eventos trombóticos asociados.

Asociación a neoplasias en cuatro casos: Linfoma MALT parotídeo, adenocarcinoma de yeyuno, carcinoma mucopidermoide de parotídea y enfermedad de Bowen.

Comorbilidades: Fibromialgia 8 pacientes (21,62%), HTA en 6 (6,22%) y DM en 2 (5,40%).

Tratamientos: sintomático 32 pacientes (86,49%), Hidroxicloroquina (HCQ) 34 pacientes (91,89%), Metotrexato 7 pacientes (18,92%), Azatioprina 3 pacientes, Iefunomida 2, sulfasalazina 2 y cloroquina en asociación con HCQ en 3 pacientes. Ciclofosfamida 2 pacientes por sistema nervioso periférico. Rituximab, un caso por púrpura cutánea y afectación renal refractaria.

Corticoterapia, 21 pacientes <6,5mg de prednisona o equivalentes, y 18 una dosis mayor.

CONCLUSIONES: Se observa una alta frecuencia de manifestaciones sistémicas en pacientes con Síndrome de Sjögren predominando el compromiso articular, cutáneo y gastrointestinal. El 59% de pacientes presentó anticuerpos anti-SSA/RO positivos. Cuatro pacientes desarrollaron una neoplasia en la evolución de la enfermedad, todas cursaban manifestaciones extraglandulares.

87

28-9-2015
08:30 - 19:30

PO087 0225
“Vasculitis” Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO087

MOTIVO DE INTERNACIÓN EN VASCULITIS SISTÉMICAS. PREDICTORES DE ESTADIA HOSPITALARIA

A Brigante, J Hogrefe, S Ibañez, D Yucra Bobarin, A Hamahui, D Dubinsky
Sanatorio Guemes, Argentina.

Introducción: Las Vasculitis Sistémicas (VS) son enfermedades con alta morbilidad y frecuentes recaídas, con mayor frecuencia de internaciones en unidades cerradas y estadías prolongadas. El Birmingham Vasculitis Activity Score (BVASv3) mide actividad, estima severidad y brinda un enfoque terapéutico. **Objetivos:** 1) Describir los motivos de internación 2) Evaluar la existencia de predictores de estadía hospitalaria prolongada en pacientes con VS. **Materia y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes >18 años internados con diagnóstico de VS según criterios ACR 1990 y Chapel Hill 2012, comprendidos entre Enero 2013 a Julio 2015. Fueron excluidos Arteritis de células gigantes y VS secundarias. Se definió como internación prolongada aquella >20 días. Se analizaron como predictores de internación prolongada las siguientes variables: edad, género, ANCA, BVAS, patrón tomográfico, Hemorragia Alveolar Difusa (HAD), parámetros de compromiso renal. Se consignó tratamiento recibido durante la internación: glucocorticoides (GC), ciclofosfamida (CFM), azatioprina (AZA), plasmáferesis (PF), hemodilisis. Se calculó el Ingreso Five Factor Score (FFS) y última versión BVASv3 (programa Java script dominio epsnetwork) rango de 0-63 estableciendo como punto de corte 20 y su media aritmética. Se utilizó el programa SPSSv21. Se realizó análisis univariado y multivariado. Se utilizó el test exacto de Fisher para variables dicotómicas y Student para variables continuas, considerando un error alfa del 5%. **Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes con VS, 47% mujeres, edad media 51,57 (rango 25-76), internación 28,78 días (5-82). En 74% el diagnóstico se realizó al ingreso siendo un 58% Poliangeítis Microscópica, Granulomatosis con poliangeítis 10,5%, Granulomatosis con poliangeítis eosinofílica 10,5%, PAN 10,5%, Púrpura de Schönlein-Henoch 5,3% y vasculitis crioglobulinémica 5,3%. En 89% el motivo de ingreso fue actividad de la enfermedad: Síndrome Pulmón-riñón (SPR) 47%, úlcera cutánea 23,5%, HAD aislada 11,7%, compromiso renal aislado 11,7% y polineuropatía 6%. Del total de pacientes 4 fallecieron por sepsis siendo la media de BVASv3 de 24,63 y FFS fue 2,5. En 14 (74%) pacientes se encontró insuficiencia renal, 6/14 requirieron hemodilisis. La biopsia renal se realizó en 6 pacientes, GNF paucimucina en 5 y 1 nefropatía por IgA. Serología 58% (11/19) fueron ANCA positivo, 3 ANCAc y 8 ANCAp dentro de los cuales 7/8 se detectó Mieloperoxidasa. En 13 pacientes con compromiso pulmonar, los patrones tomográficos fueron vidrio esmerilado en 6, alveolar 4 y mixto 3. En 10/13 se diagnosticó HAD por BAL y TAC. Todos los pacientes recibieron altas dosis de GC, 39% (9/19) asociado a CFM, en 16% (3/19) asociado a AZA, 1/19 IgEV y 1/19 Rituximab. En 39% (5/19) se agregó PF por HAD e insuficiencia renal rápidamente progresiva. En el análisis univariado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables: sexo p=0,170, tipo de vasculitis p=0,2, CFM p=0,377, PF p=1,00, ANCAp=1,00, Cr p=0,603, proteinuria p=1,00, PCR p=0,506, patrón tomográfico p=0,145, ARM p=1,00, UTI p=1,00, obito p=0,641; BVASv3 <20 p=0,617; BVASv3 >20 p=0,328. **Conclusiones:** Coincidiendo con la bibliografía, la actividad de la enfermedad fue la principal causa de admisión y la presentación clínica más frecuente el SPR. La ventaja del BVASv3 es su rápida realización y su capacidad de reflejar el compromiso multiorgánico. La causa de muerte fue por sepsis, observándose el mayor valor de FFS en estos pacientes. No se observó correlación entre internación prolongada y las diferentes variables que podrían influir en la duración de la misma. Ninguna de las variables se relacionó con mortalidad. Se reconoce como limitación del estudio, la posibilidad del error estadístico debido al bajo número de pacientes

28-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Indiferenciadas"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO088
0208

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD NO CARACTERIZADA DEL TEJIDO CONECTIVO: INTENTANDO DEFINIR PATRONES

F Paulini¹, H Mateos², ML Alberti¹, ME Fernández², FM Caro¹, ME Mejía²
¹ Hospital María Ferrer, Argentina. ² Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México.

Introducción: Los pacientes con Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a Enfermedad no caracterizada del tejido conectivo (ENCTC) representan un grupo heterogéneo en cuanto a sus características y comportamiento. El objetivo de este estudio fue encontrar características que permitan agruparlos según patrones de comportamiento.

Métodos: Estudio analítico, de cohortes retrospectivas. Se revisaron las historias clínicas (HC) de pacientes internados en el INER durante el periodo 2012-2014 y de pacientes ambulatorios que concurrieron al Consultorio de EPI Hospital Ferrer (HF) en el período enero 2012 - junio 2015. Se incluyeron aquellos que cumplían con los criterios de Kinder para ENCTC. Se consignaron datos demográficos (edad, sexo), clínicos (tabaquismo, signos/síntomas respiratorios y asociados a enfermedad del tejido conectivo (ETC)), de laboratorio inmunológico (ANA, FR y ENAS), funcionales (CVF% al debut, CVF% en el seguimiento) y tomográficos (TACAR). Se clasificaron las TACAR según criterios ATS/ERS/JRS/ALAT 2011 en típica de neumonía intersticial usual (NIU), NIU posible, e inconsistente con NIU. Se consideraron manifestaciones asociadas a ETC "duras" raynaud, xeroftalmia y artritis. Se consideraron títulos altos de ANA >1/320 y patrones específicos el centromérico, citoplásmico y moteado grueso. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test del Chi2, test exacto de Fisher, test de Student o Mann Whitney. Se evaluó la normalidad con test de Shapiro Wilk.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (45 INER, 21 HF). Ambas cohortes (INER y HF) mostraron ser similares en la mayoría de las características analizadas, excepto en la proporción de pacientes tabaquistas (33.3 vs 66.6%, p 0.01), pacientes con manifestaciones "duras" (31.1 vs 71.43%, p 0.002) y pacientes con TACAR inconsistente con NIU (34.09 vs 85%, p <0.001). Al analizar ambas cohortes en forma conjunta observamos que las mujeres presentaron más frecuentemente FAN "específico" (39.47 vs 5.56%, p 0.009) y manifestaciones "duras" (57.78 vs 14.29%, p 0.001), con una media de edad menor aunque no estadísticamente significativa (55.88 vs 61.42 años, p 0.105). Los pacientes mayores de 60 años sin manifestaciones "duras" presentaron más frecuentemente TACAR con NIU típica (54.55 vs 10%, p 0.006), sexo masculino (60 vs 19.57%, p 0.001) y una mediana de caída en la CVF% mayor (1 vs -5%, p 0.052).

Conclusiones: En la población analizada los pacientes mayores de 60 años sin manifestaciones consideradas "duras" de ETC mostraron mayor proporción de sexo masculino y NIU típica en TACAR, junto a una mayor caída CVF% en la evolución, asemejándose a lo descrito clásicamente para la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). De confirmarse en estudios prospectivos con mayor tamaño muestral, la identificación de un subgrupo de pacientes con un fenotipo similar a la FPI podría tener implicancias terapéuticas.

PO089
0206

REGISTRO ARGENTINO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4. GRUPO GESAER-IgG4

JR Gallo¹, A Ortiz¹, M Scolnik¹, F Zazzetti¹, G Bartei¹, JC Barreira¹, NM Aste¹, N Benzaquen¹, JP Pirola¹, F Casero¹, M Cosatt¹, C Cologgi¹, C Pisoni¹, ME Cespo¹, J Vicente¹, SO Paira¹
¹ Hospital "José María Cullen" Santa Fe, Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina. ⁴ Resistencia, Chaco, Argentina. ⁵ Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina. ⁶ CEMIC, Bs As, Argentina. ⁷ Hospital Señor del Milagro de Salta, 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.

Material y Método: Estudio multicéntrico descriptivo prospectivo. Se realizó protocolo clínico y una base de datos conjunta. Los pacientes fueron reclutados de 7 centros. El diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 se basó en los "Comprehensive Diagnosis Criteria 2011", clasificándolos en definido, probable y posible.

Medición de actividad: 0-Si el órgano es normal o si la actividad previa resolvió; 1-Si la actividad previa en el órgano afectado mejoró desde la última visita; 2- actividad persistente; 3-Si hay nueva actividad en órganos ano; 4- empeoramiento de actividad comparado con la visita anterior. Se describen 3 respuestas al tratamiento: Respuesta al tratamiento: mejoría de 2 o más en el score de actividad a los 6 meses de tratamiento, sin tratamiento entre 4 y 6 mes, Remisión completa: 6 meses de score 0 sin glucocorticoides; Remisión sostenida: igual pero 9 meses.

Resultados: Veintitrés pacientes fueron incluidos en el estudio, 12 de los cuales (52%) eran masculinos. La mediana de edad al diagnóstico fue de 53 años. Con un retraso promedio al diagnóstico de 2,74 años. La mediana de seguimiento fue de 11 meses. Seis pacientes (27%) presentaron antecedentes de asma, alergia o rinitis. Doce pacientes (54.5%) presentaron al comienzo síntomas constitucionales (5 fiebre, 2 pérdida de peso y 5 astenia). Diecisiete pacientes (77%) presentaron ER-IgG4 con más de un órgano afectado. Al inicio los órganos más comprometidos en orden de frecuencia fueron Glándula salivales (87%) de las cuales 9 pacientes presentaron aumento de glándula parotídea y 11 glándulas submaxilares, síntomas Sicca (54.5%), ganglios (52%), pancreatitis autoinmune (30%), (Hipoacusia sensorineural) oído (26%), ojo (esclerouveitis) (23%), glándula lagrimal (21%), pseudotumor orbitario(17%), neumonitis intersticial (17%). Laboratorio seis pacientes (27%) presentaron eosinofilia periférica, aumento sérico de IgG se observó en 9/15 pacientes (60%), IgM 3/15 (20 %), IgG 7/17 pacientes (41%), IgG1 5/20 pacientes (25%), IgG2 7/20 pacientes (35%), IgG3 2/20 pacientes (10%) e IgG4 en 10/21 pacientes (48%). De los 23 pacientes solo 11 presentaron datos de actividad postratamiento de los cuales 7 (63.6%) mostraron remisión de la enfermedad y recaída en 4 pacientes (36%). Se realizaron 30 biopsias a 23 pacientes presentándose el infiltrado linfoplasmocitario 80%, fibrosis 53% y fibrilitis 12%, infiltrado eosinofílico 20%, infiltrado de neutrófilos 0,03%. Solo 11 pacientes cumplieron criterios definitivos al inicio, 10 pacientes criterios probables y 2 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 13 (56%) pacientes se añadieron inmunosupresores, metotrexato 8 (61%), rituximab 3 (23 %), azatioprina 2 pacientes (15%). Diecisiete pacientes (77 %) presentaron una respuesta completa y cinco (22.7%) presentaron una respuesta parcial (nefritis túbulo intersticial, pseudotumor intestinal, polineuropatía, nódulo de pulmón y adenopatía). 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. Se observaron 23 pacientes, con una edad mediana de 53 años. Una demora al diagnóstico promedio de 2,74 años. Los órganos más comprometidos fueron Glándula salivales, ganglios, pancreatitis autoinmune, Hipoacusia sensorineural, esclerouveitis. Solo el 48 % de los pacientes presentaron IgG4 sérica aumentada. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron: el infiltrado linfoplasmocitario 80%, fibrosis 53%. Todos recibieron tratamiento con corticosteroides, y en su mayoría tratamiento inmunosupresor. La mayoría de los pacientes tuvieron respuesta terapéutica a los glucocorticoides. 4 de 11 pacientes presentaron recaída.

PO090
0090

EXPERIENCIA EN UTILIZACIÓN DE PLASMAFERESIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MA Pera, C Peña, R Aquila Maldonado, C Costi, S Azzaro, C Lamonega, MA Garcia HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: en las últimas décadas, la aféresis ha sido utilizada en diversas enfermedades en las cuales factores humorales, como inmunocomplejos y autoanticuerpos, juegan un rol patogénico. Es así como ha sido utilizada en el manejo de enfermedades autoinmunes sistémicas como una opción terapéutica.

La Sociedad Americana de Aféresis ha desarrollado recomendaciones para el uso de dicha terapia en distintas situaciones clínicas, donde las divide en cuatro categorías según el nivel de recomendación: Categoría I, indicación como primera línea de tratamiento; PTT, Síndrome de Guillain-Barre, CIDP, Esclerosis Múltiple, Mielostenia Gravis, Síndrome de Goodpasture con hemorragia alveolar con o sin insuficiencia renal. Categoría II, indicación como segunda línea de tratamiento; encefalopatía desmielinizante aguda, neuromielitis óptica, síndrome de Eaton-Lambert, cerebritis o hemorragia alveolar por lupus, Saf catastrófico. Categoría III, el beneficio no está establecido; GNF postestreptococo, GNF membranoproliferativa, Nefritis Lúpica, Nefropatía por IgA, Púrpura de Schonlein-Henoch. Categoría IV, la indicación puede ser perjudicial: Síndrome de Goodpasture sin hemorragia alveolar.

Objetivo: describir las características demográficas, clínicas, motivo de indicación, complicaciones de la misma y evolución clínica en una serie de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

Material y Métodos: se analizó, en forma retrospectiva, las historias clínicas de pacientes tratados con aféresis en el período comprendido entre 2005 y la actualidad. La modalidad de aféresis realizada en todos los pacientes fue centrifugación y reposición con albumina humana al 5%, siempre de forma isovolumétrica. En todos los casos se sustituyó el equivalente a una volúmen mediante acceso por catéter de 11 French. Se utilizó un separador celular Spectra Optia de flujo continuo. La modalidad realizada fue a días alternos.

Resultados: Se incluyeron en total 23 pacientes, 12 hombres y 11 mujeres, promedio de edad de 39.9 años +/- 17.9 DS. Discriminando por patología: 15 pacientes (65%) correspondieron a vasculitis asociada a Anca: 8 (53%) GPA, 6 (40%) PAM y 1 (7%) GEPA, 5 pacientes (22%) correspondieron a lupus, 2 pacientes (26%) con diagnóstico de PTT; Un paciente (4%) con diagnóstico de GNFp.

El principal motivo de indicación en vasculitis fue el síndrome riñón/pulmón (10 pacientes, 67%), como debut o reactivación de la enfermedad de base (70% vs 30%). En pacientes con lupus correspondió a Hemorragia Alveolar (3 pacientes, 60%).

La media de procedimientos realizados por paciente fue de 8.45 +/-4.75 DS.

El promedio de actividad en vasculitis calculado por Bvas, previo y posterior al procedimiento, fue 19.2 +/-8.7 DS y 14.6 +/- 7.2 DS.

El promedio de actividad en lupus calculado por Sledai, previo y posterior al procedimiento, fue 15.6 +/- 6.8 DS y 6.8 +/- 3.34 DS.

De todos los pacientes, 20/23 (87%) recibió corticoides a altas dosis asociado a otro inmunosupresor, en su mayoría ciclofosfamida endovenosa (15 ptes), seguida de gamaglobulina (7 ptes).

Fallaron 5 pacientes (22%), 4 vasculitis (27%) y 1 lupus (20%). Todas las muertes ocurrieron durante el tratamiento, donde la principal causa fue la infección de origen pulmonar. Trece pacientes (57%) continúan en seguimiento a la actualidad. La principal complicación reportada durante el procedimiento fue la hipocalcemia, la cual no motivó la suspensión del procedimiento y fue rápidamente corregida mediante reposición.

Conclusión: La aféresis fue indicada en pacientes con manifestaciones severas de su enfermedad y con alto riesgo de mortalidad. El diagnóstico más frecuente correspondió a vasculitis asociada a ANCA. La complicación relacionada al método fue hipocalcemia, en ningún caso motivó la suspensión del tratamiento. El 22% de los pacientes falleció durante el episodio que requirió la aféresis, siendo la principal causa las complicaciones infecciosas.

PO091
0231

ANTICONCEPCIÓN Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS: PROBLEMÁTICA ACTUAL

V Borgia^{1,2,3}, M Valerio^{1,2,3}, J Sanchez Alcover^{1,2,3}, A García Ciccarelli^{1,2,3}, E Civit de Garignani^{1,2,3}
¹ Hospital Nuestra Señora del Carmen Mendoza, Argentina. ² F.C Médicas Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. ³ Universidad de Mendoza, Argentina.

Introducción:

El embarazo en pacientes con afecciones reumáticas es un gran problema sanitario y social al cual nos enfrentamos cotidianamente. Los enfermos con patologías del tejido conectivo pueden presentar complicaciones del embarazo vinculada a la enfermedad y viceversa; sumado a eso, muchos de ellos reciben drogas potencialmente teratogénicas para el feto. A diario se observa que el manejo de la planificación familiar responde a una causalidad muy variada y compleja, difícil de manejar y modificar. Entre los distintos factores que interactúan, la insuficiente información recibida, tanto en el ámbito familiar, académico como sanitario se encuentran dentro de los más importantes.

Objetivos:

1- Evaluar la calidad y eficacia de la información que reciben los pacientes con enfermedades autoinmunes en relación con anticoncepción y riesgos del embarazo.

2- Identificar la influencia de los factores socioculturales en la información recibida.

Material y método:

Se realiza un estudio observacional de corte transversal, en 30 pacientes en edad fértil que consultaron en el Servicio de Reumatología durante un período de tiempo comprendido entre Mayo y Junio del 2015, mediante un cuestionario anónimo, autoadministrado. Se incluyeron pacientes con lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, artritis psoriásica, Artritis juvenil, esclerodermia y pacientes que por otras patologías reumáticas reciben drogas potencialmente teratogénicas.

Resultados:

Del total de pacientes, 27 (90%) eran mujeres y 3 (10%) hombres. Edad media: 29 años, con un rango entre 15 a 45 años de edad. De estos, 13 pacientes tenían diagnóstico de Artritis Reumatoidea, 5 lupus eritematoso sistémico, 4 artritis psoriásica, 4 esclerodermia, y 1 paciente con Artritis idiopática juvenil. De estos pacientes 26 (87%) estaban tratados con drogas potencialmente teratogénicas.

Nivel educativo de los pacientes: 10%(3) escuela primaria completa; 36%(11); secundario completo y 54%(16) nivel universitario.

Evaluación de la información recibida: 10 (33%) de estos pacientes no habían recibido comunicación por parte de su reumatólogo sobre anticoncepción; 20 (74%), sí.

El 80% (24) había sido informado de la potencial teratogenicidad de los medicamentos administrados; el 20% (6) reportó carencia de esta información. También se evaluó si los pacientes habían recibido datos acerca de las consecuencias de su enfermedad sobre el embarazo y viceversa: un 27% (8) negativo 73%(22) positivo. A los 28 (93%) enfermos que recibieron algún tipo de información se les solicitó que calificaran la misma; 82%(23) buena, 14%(4) regular y 4%(1) mala.

Se catalogó la información recibida de acuerdo al nivel educativo de los individuos analizados; de 15 pacientes universitarios 87% puntuó buena y 13% regular; de 13 no universitarios 92% buena y 8% regular

Conclusión

La educación es un componente fundamental para el manejo de la anticoncepción en los pacientes de riesgo. La falta de conocimiento exhibida por muchos de ellos, hace imprescindible tomar conductas que los disminuyan.

En esta muestra se observó que un porcentaje no despreciable de pacientes no habían recibido información acerca de anticoncepción, así como del potencial riesgo teratogénico de la medicación prescripta y de las consecuencias de la enfermedad sobre el embarazo y del mismo sobre la enfermedad, por parte de su Reumatólogo

A pesar de esto, aquellos que habían recibido algún tipo de información en general estaban satisfechos con la misma.

Se analizó si la información recibida fue mejor catalogada en pacientes con nivel educativo universitario que en aquellos que no lo eran, no encontrándose diferencias significativas.

92

PO092
0064**HIPOACUSIA SEVERA Y POLIARTRITIS**V Caputo, H Venarotti, G Casado
Hospital Militar Central "Cir My Cosme Argerich", Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La asociación de hipoacusia, síntomas visuales y compromiso articular es de presentación poco frecuente y de difícil vinculación en la consulta reumatológica ambulatoria. El síndrome de Cogan (SC), descrito por David G. Cogan en 1945, es de etiología desconocida, pero con probable base autoinmune.

OBJETIVO

Describir una presentación clínica infrecuente y atípica de poliartritis, hipoacusia y vértigos destacando que su diagnóstico y tratamiento precoz constituye un desafío para los integrantes del equipo de salud a fin de evitar secuelas neurológicas permanentes.

MATERIAL Y METODO

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Varón de 73 años, hipertenso, que acude a la consulta derivado por Otorrinolaringología con diagnóstico de Síndrome de Menière bilateral resistente al tratamiento habitual. Con una evolución de casi 1 año, presentaba hipoacusia moderada a severa en oído derecho.

Al examen físico evidenciaba dolor e impotencia funcional en cinturas escapular y pelviana, sin signos de artritis periférica con discreto edema en el dorso de manos, cefalea holocraneana pero sin trastornos masticatorios. Recibimos un primer laboratorio: VSG de 110 mm en 1ª hora y PCR de 97 mg/L. Hemograma, bioquímica clínica normales, factor reumatoideo, ANCA, FAN, anti CCP y B27 negativos, C3, C4 dentro de rangos normales. Radiografías de tórax, manos, pies y sacroilíacas normales, con una TC de tórax c/contraste informando leve derrame pleural bilateral.

En nuevo perfil inmunológico (a 1 año del inicial) positivizó factor reumatoideo y anti CCP en títulos altos. Con el compromiso poliarticular persistente, los síntomas audiovestibulares se diagnosticó un **Síndrome de Cogan** asociado a enfermedad autoinmune, en este caso **AR**.

Se instauró tratamiento con me-prednisona 1 mg/kg/d obteniéndose una respuesta incompleta, basada en la recuperación parcial de la audición del OD, con disminución también **parcial** de los reactivos de fase aguda, a pesar de haber incorporado metotrexato y leflunomide en dosis plenas. Se discute actualmente la indicación de tratamiento biológico.

El SC se caracteriza por la asociación de queratitis intersticial no lúetica y síntomas audiovestibulares (similar al síndrome de Ménière), que acontecen en un intervalo menor de 2 años. Se presenta predominantemente en adultos jóvenes caucásicos, sin predominio de género. Presenta manifestaciones oculares y audiovestibulares, generalmente en un plazo no mayor a dos años, denominándose atípico cuando excede este periodo de tiempo. Puede asociarse a manifestaciones sistémicas como aortitis y vasculitis.

CONCLUSIÓN

La identificación y el tratamiento inmunosupresor precoz y agresivo de esta rara enfermedad (220 casos publicados desde su descripción inicial en 1945) evita en muchos casos secuelas auditivas y/o visuales permanentes e irreversibles, más allá de recuperar la calidad de vida de los pacientes, como en este caso, en asociación a Artritis Reumatoidea.

93

PO093
0061**ENCUESTA DE VACUNACIÓN A PACIENTES REUMÁTICOS**MA Lazaró, I Exeni, DA Pereira¹¹ Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, Argentina. ² Reumatología, Sanatorio Parque, Córdoba, Argentina. ³ Hospital "R. Gutierrez", La Plata, Argentina.

Introducción: El principal mecanismo fisiopatológico de las enfermedades reumatológicas es la disregulación del sistema inmunológico. Se considera a los pacientes reumáticos básicamente inmunosuprimidos. Actualmente existen diferentes blancos terapéuticos que han modificado significativamente la evolución de las enfermedades, generando en mayor o menor medida predisposición para las infecciones. La oportuna vacunación es considerada como la medida más efectiva para prevenir la morbimortalidad asociada a las infecciones. El momento ideal es el diagnóstico y antes de prescribir tratamiento inmunosupresor. Las vacunas activas están contraindicadas en inmunocomprometidos. Las vacunas inactivadas, si bien no hay riesgo de vacunarse durante el tratamiento, suelen tener menor respuesta. Se recomienda aplicarlas dos semanas antes de iniciar el tratamiento.

Objetivo: estimar la prevalencia de vacunación en los asistentes al 2° Congreso Argentino de Pacientes, Salta 2014.

Materiales y Métodos: se realizó una encuesta de preguntas y respuestas de opción múltiple a los pacientes asistentes al congreso en octubre de 2014.

Resultados: se realizaron 102 encuestas de pacientes provenientes de varias provincias del país. Se excluyeron 8 pacientes por tener diagnóstico de artrosis y 5 por no estar completas. De las 89 analizadas, la mayoría eran mujeres (87%), con una media de edad de 60.5 años DS 13. El 80% tenía diagnóstico de AR, 8% LES, 10% Esclerodermia y otras. 2%. Respecto a los tratamientos recibidos el 49.46% tomaba corticoides con una media de dosis diaria de 6.74mg de Prednisona, 61.29% Metotrexate, 19.35% Leflunomida, 3.92% Azatioprina, 7.52% Micofenolato, 1.07% Ciclofosfamida y el 37.63% Biológicos. El 66.67% respondió recibir la Vacuna Antigripal todos los años y el 62.37% se la había aplicado durante el 2014. Fue menor la tasa de vacunación, 56.52%, con la Vacuna Antineumocócica y menor aún con la Vacuna anti-Hepatitis B, 32.95%. Al consultar por las vacunas que les había prescrito su reumatólogo, los pacientes respondieron Anti-influenza 91% (IC95%: 82.3-96.3), Antineumocócica 75.6% (IC95%: 64.6-84.7), Hepatitis B, 37.17% (IC95%: 26.5-48.9) y Doble de adultos 37.2% (IC95%: 26.47-48.89). Respecto a las vacunas indicadas por su médico clínico respondieron Antiinfluenza 74.35%, Antineumocócica 53.84%, Hepatitis B 29.5%, Doble de adultos 23%.

Conclusión: si bien la muestra puede estar sesgada, ya que los pacientes que concurren al congreso pueden ser más activos o interesados que quienes concurren diariamente a nuestro consultorio, consideramos importante que incluímos datos de todo el país. La proporción de pacientes vacunados es coincidente con la bibliografía nacional e internacional. Consideramos que el presente trabajo es un diagnóstico de situación actual sobre el cual se propone seguir trabajando para optimizar la vacunación en nuestros pacientes y disminuir la morbimortalidad que generan en ellos las infecciones.

94

28-9-2015
08:30 - 19:30**Posters****"Artritis Psoriásica"**

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO094

0055

ESTABLECIENDO PUNTOS DE CORTE ESTIMATIVOS DEL ÍNDICE COMPUESTO DAPSA (DISEASE ACTIVITY FOR PSORIATIC ARTHRITIS) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN ARGENTINAJ Gallino Yanzi¹, EE Schneeberger¹, O Cerda¹, CA Zaffarana¹, M Landi¹, M Rosemffet¹, N Zamora¹, T Cazenave¹, F Dal Pra¹, MP Kohan², E Buschiazio³, G Citera⁴¹ Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina. ² Hospital Dr. E. Tornó, CABA, Argentina. ³ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El DAPSA (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) es un índice compuesto que evalúa actividad de la enfermedad en pacientes con Artritis Psoriásica (APs) en cuenta el compromiso articular periférico. Los valores más altos representan peor actividad de la enfermedad, pero el DAPSA no tiene valores de corte preestablecidos.

OBJETIVO: Establecer valores de corte estimativos de DAPSA según remisión, baja, moderada o alta actividad. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se elaboraron 20 (veinte) casos clínicos hipotéticos de pacientes con APs que presentaban los datos necesarios para el cálculo del índice. Cada situación fue evaluada por 10 (diez) médicos reumatólogos entrenados en la evaluación de pacientes con APs, los cuales debían consignar si el paciente se encontraba en remisión, baja, moderada o alta actividad de la enfermedad. Con los datos presentados se calcularon los índices compuestos: DAPSA, DAS28-PCR (Disease Activity Score) y SDAI (Simplified Disease Activity Index). Los valores de corte fueron validados en la cohorte RAPSODIA, la cual incluye pacientes \geq 18 años con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. De la misma se obtuvieron los siguientes datos: sociodemográficos, características clínicas, comorbilidades y tratamiento actual. Se evaluó rigidez matinal, dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico a través de una escala visual análoga (EVA), número de articulaciones tumefactas (66), dolorosas (68), entrosedimentación (ERS) y proteína C-reactiva (PCR). Los pacientes completaron los cuestionarios ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life), PsAQoL (Psoriatic Arthritis Quality of Life), HAQ-A (Health Assessment Questionnaire), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) y BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Finalmente, se calcularon los índices compuestos: DAS28-PCR, DAPSA, SDAI y CDAI (Clinical Disease Activity Index). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Para comparar variables continuas se utilizó test de T Student y ANOVA y para categóricas test de Chi2 y test exacto de Fisher. Correlación por test de Spearman y curvas ROC para determinar los puntos de corte del índice, calculando área bajo la curva (ABC), sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS: Se incluyeron 112 pacientes, 57 (50.9%) de sexo masculino, con una mediana de edad de 54 años (RIC 42-63) y una mediana de duración de la enfermedad de 9 años (RIC 5-15). En esta cohorte DAPSA tuvo una excelente correlación con DAS28 (Rho:0.85), CDAI (Rho:0.95), SDAI (Rho:0.94) y número 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), número de articulaciones tumefactas (Rho:0.69), dolor (Rho:0.79) y actividad de la enfermedad por el paciente (Rho:0.72). DAPSA discriminó significativamente así como los otros índices compuestos. Usando los valores de corte del SDAI (Simplified Disease Activity Index) para Artritis Reumatoidea (AR) y la opinión de expertos elaboramos curvas ROC para establecer los diferentes valores de corte del DAPSA. Basados en estos valores se podría clasificar a los pacientes de la siguiente manera: un puntaje de DAPSA \leq 3 se consideraría remisión, 5.4 a 14.8 baja actividad, 14.9 a 37.7 moderada actividad y \geq 37.8 alta actividad. Estos puntos de corte presentaron una sensibilidad y especificidad \geq 90%, con un área bajo la curva de 98%.

CONCLUSIÓN: Los valores de corte del DAPSA propuestos en este estudio permitieron definir los diferentes estados de actividad de la enfermedad con muy buena sensibilidad y especificidad en los pacientes con APs de la cohorte RAPSODIA.

95

PO095

0026

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS DIFERENCIAS ENTRE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE EN ARTRITIS PSORIÁSICAJ Gallino Yanzi, OL Cerda, M Landi, CA Zaffarana, EE Schneeberger, G Citera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina.

Introducción: Estudios en Artritis Reumatoidea (AR) encontraron diferencias a la hora de evaluar la actividad de la enfermedad entre médicos y pacientes, siendo considerados como determinantes importantes para cada uno diferentes aspectos de la enfermedad. En Artritis Psoriásica (APs) hay limitada información sobre este aspecto y sobre cuáles serían los factores que influyen al momento de colocar un puntaje a la actividad de la misma.

Objetivo: Evaluar los factores que influyen en las diferencias entre la evaluación global del médico y del paciente en la actividad de la enfermedad en APs.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes \geq 18 años con diagnóstico de APs, según criterios CASPAR, pertenecientes a la cohorte RAPSODIA. Se consignaron datos sociodemográficos, formas clínicas de la enfermedad, comorbilidades y tratamiento actual. Se realizó recuento de articulaciones dolorosas (68) y tumefactas (66), evaluación de entesitis por MASES, de dactilitis, de psoriasis cutánea por PASI y de compromiso ungueal por PNSS. Se midieron reactivos de fase aguda: Proteína C Reactiva (PCR) y entrosedimentación (ERS). Se evaluó fatiga, rigidez matinal, dolor y actividad de la enfermedad por el paciente y el médico a través de escala visual análoga (EVA). Los pacientes completaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (HAQ-A y BASFI) y calidad de vida (ASQoL y PsAQoL). Se calcularon los índices compuestos DAS28, DAPSA y CPDAI. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test de T Student para comparar variables continuas y test de Chi2 y test exacto de Fisher para variables categóricas. Correlaciones por test de Pearson. Análisis de regresión lineal múltiple utilizando la evaluación global del médico y del paciente como variables dependientes y logística múltiple, utilizando MDA como variable dependiente. Una $p < 0.05$ fue considerada significativa.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes, 56 varones (50.9%), con una edad mediana de 55 años (RIC 45-63) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 10 años (RIC 6-17). 55 pacientes (50.9%) presentaban compromiso periférico, 2 (1.9%) axial y 51 (47.2%) mixto. En cuanto al tratamiento, 73.1% recibían AINES, 80.9% drogas modificadoras de la enfermedad (DME) y 15.5% anti-TNF α . 22.1% cumplían criterios de Minimal Disease Activity (MDA). La mediana de EVA de actividad por el paciente fue de 4.25 cm (RIC 2.13-7), por el médico de 3 cm (RIC 1.13-5) y de dolor 5 cm (RIC 2.6-7). HAQ-A m 0.75 (RIC 0.16-1.22), BASDAI m 4.37 (RIC 1.33-6.53), BASFI m 3.55 (RIC 0.92-5.8), PsAQoL m 6 (RIC 1-12), PASI m 1.6 (RIC 0.4-4.48), PGA m 2 (RIC 0-3), BSA m 0.75 (RIC 0-4) y CPDAI m 8 (RIC 4-10). El EVA global del médico tuvo buena correlación con EVA de dolor (r:0.65), BASDAI (r:0.62) y EVA global del paciente (r:0.84), acceptable con BASFI (r:0.59), número de articulaciones tumefactas (r:0.52), dolorosas (r:0.41) y PsAQoL (r:0.43), baja correlación con PASI (r:0.21) y no correlación con ERS. Por el contrario, el EVA de global del paciente tuvo mayor correlación con EVA de dolor (r:0.76), BASFI (r:0.7) y BASDAI (r:0.7), acceptable con PsAQoL (r:0.56), pero no correlación con número de articulaciones tumefactas, dolorosas, PASI, ni ERS. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que cumplían MDA y los que no, tanto por el EVA global del médico (X 1.26 DS 1.19 vs X 4.94 DS 4.23, $p < 0.001$) como del paciente (X1.58 DS 1.62vs 6.38 DS 8.37, $p = 0.015$), no así con sexo, escolaridad ni desocupación. En el análisis de regresión lineal múltiple, utilizando EVA global del médico y del paciente como variables dependientes, EVA de dolor fue la única variable que se asoció significativamente a ambas (coef β : 0.529, $p < 0.001$ y coef β : 0.481, $p = 0.002$, respectivamente). En la regresión logística evaluando MDA, la evaluación del paciente tuvo una influencia mayor que la del médico (OR 0.61 IC95% 0.42-0.89 $p = 0.01$, vs 0.49 IC95% 0.29-0.87 $p = 0.02$).

Conclusión: El número de articulaciones tumefactas, dolorosas y el compromiso cutáneo fueron discordantes entre las evaluaciones de la actividad global de la enfermedad de los médicos y los pacientes con APs. El EVA de dolor fue la variable más relevante y el peso del EVA del paciente fue mayor que el del médico para evaluar MDA.

PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN ESPONDILARTRITIS AXIAL Y SU ASOCIACIÓN CON MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD. DATOS DE LA COHORTE ARGENTINA ESPAXIA

MC Orozco, A Lizarraza, GV Betancur, N Zamora, F Sommerlecker, EE Schneeberger, G Citera

Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, CABA, Argentina.

Introducción: Se ha observado que la presencia de comorbilidades en pacientes con enfermedades reumáticas afecta la capacidad funcional y la calidad de vida, y pueden limitar la utilización de diferentes mediciones para el control de la enfermedad.

Objetivos: Analizar la frecuencia de comorbilidades en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax), y evaluar su influencia en diferentes aspectos de la enfermedad.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años de edad con diagnóstico de EsPax (según criterios NY modificados 1987 y/o ASAS 2009) de la cohorte ESPAXIA. Se consignaron datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, años de educación), datos relacionados con la enfermedad (tiempo de evolución, manifestaciones extra-espinales, comorbilidades, tratamiento). Todos los pacientes completaron los cuestionarios, ASQoL, BASDAI y BASFI. Se calculó SASDAS ERS/PCR. La evaluación global de la enfermedad tanto por el paciente como por el médico se determinó mediante escala visual numérica (EVN). Se realizó examen físico con recuento articular (44) y evaluación de entesis (MASES). Se determinó de HLA-B27 y ERS/PCR. Evaluación radiológica por BASRI por un evaluador ciego al estado clínico de los pacientes y por mSASSS (CCI= >0.80). Se recolectaron datos de las comorbilidades de cada paciente, presentes y pasadas, priorizando para el análisis la presencia de las comorbilidades utilizadas en los principales índices de comorbilidad (Índice de Comorbilidad de Charlson), tales como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar, asma, diabetes mellitus, ACV, insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, cirrosis, neoplasias, úlcera gástrica, insuficiencia renal crónica o cáncer. Análisis Estadístico: Análisis descriptivo. Test T de Student, Chi2, regresión logística múltiple utilizando como variable dependiente la presencia o ausencia de comorbilidades, ajustando por edad, sexo y duración de la enfermedad. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes, 151 de sexo masculino (74%), con una edad mediana 46 años (RIC 35-57) y tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 19 años (RIC 9-29). 73 pacientes tuvieron comorbilidades (35.8%), siendo las más frecuentes las cardiovasculares (40.7%), gastrointestinales (36.7%), endocrinas (16.2%), hepatobiliares (11.3%), respiratorias (9.3%). Cuando comparamos los pacientes con y sin comorbilidades, no observamos diferencias en el sexo, pero los pacientes con comorbilidades eran significativamente de mayor edad (X 56 años DS13.6 vs X 41.4 años DS12.1, $p = 0.0001$) y con mayor tiempo de evolución de la enfermedad (X 26.9 años DS14.4 vs X 16.80 años DS11.2, $p = 0.0001$). Con respecto a las características de la enfermedad, los pacientes con comorbilidades tenían peor capacidad funcional (BASFI X 4.83 DS2.9 vs X 3.3 DS2.8, $p = 0.0001$) peor calidad de vida (ASQoL X 7.4 DS5.6 vs X 5.8 DS5.1, $p = 0.02$) y mayor daño radiológico (mSASSS X 40.4 DS25.2 vs X 20.4 DS21.7, $p = 0.001$), estas diferencias se mantuvieron luego de ajustar por edad y tiempo de evolución. En el análisis de regresión múltiple, si bien mayor edad fue la principal variable asociada a la presencia de comorbilidades, las 3 variables antedichas también se mantuvieron asociadas a la misma. La presencia de comorbilidades no se asoció con ningún parámetro de actividad de la enfermedad y tampoco encontramos diferencias en el tratamiento de la enfermedad y la presencia de comorbilidades. Cuando dividimos a los pacientes de acuerdo al número de comorbilidades; 49(24%) tenían 1 comorbilidad, 18 (8.8%) 2 comorbilidades y 6 (2.9%) 3 o más comorbilidades. No encontramos que presentar mayor número de comorbilidades se asociara a ningún parámetro de la enfermedad.

Conclusión: 35.8% de los pacientes con EsPax presentan comorbilidades severas y esto se asocia con peor capacidad funcional, peor calidad de vida y mayor daño radiográfico, independientemente de la cantidad de comorbilidades presentes.

¿TIENE UTILIDAD LA PRESENCIA DE SEÑAL POWER DOPPLER EN LA ECOGRAFÍA ARTICULAR PARA PREDECIR RECAÍDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA EN REMISIÓN CLÍNICA?

J Marin, ML Acosta Felquer, L Ferreyra Garrot, E Catay, S Ruta, J Rosa, M Sabelli, L Catoggio, E Soriano Guppy

Hospital Italiano de Buenos Aires, Sección Reumatología Servicio de Clínica Médica, Argentina.

Introducción: la ecografía articular permite detectar la presencia de sinovitis subclínica en pacientes con artritis reumatoidea y artritis psoriásica (APs) en remisión clínica. La presencia de señal power Doppler por ultrasonido (PDUS) para predecir recaídas en pacientes con APs en remisión o en actividad mínima de enfermedad (MDA) no ha sido del todo estudiada.

Objetivo: determinar si la presencia de señal power Doppler por ultrasonido (PDUS) predice recaídas en pacientes con APs en remisión clínica.

Pacientes y métodos: se incluyeron pacientes consecutivos que cumplían criterios CASPAR para APs y que se encontraron en MDA y/o en remisión clínica definida por DAS28 ≤ 2.6 . El examen ecográfico intercaló la evaluación de 18 articulaciones: segunda y tercera metacarpofalange bilateral, segunda y tercera interfalange proximal bilateral, muñecas, rodillas, tobillos y segunda y quinta metatarsofalange bilateral. El examen por ultrasonido fue realizado por un mismo reumatólogo, ciego a los datos clínicos. La señal power Doppler (PD) fue graduada en una escala semicuantitativa que iba desde el grado 0 a grado 3. Se definió como PD positivo la presencia de PD intraarticular ≥ 1 , y se trató a esta variable en forma dicotómica. La evaluación clínica fue realizada por otro reumatólogo ciego a los hallazgos ecográficos y en el mismo día que se les realizó la ecografía articular. Todos los pacientes fueron seguidos por 6 meses. Se definió recaída al requerimiento de cambio en el uso de drogas modificadoras de enfermedad (DMARDs) (incremento de dosis, agregado o cambio de DMARDs clásicos o biológicos). Los cambios fueron realizados por el reumatólogo tratante, ciego a los hallazgos de ultrasonido. Se calculó el riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza del 95 % (IC 95%) para recaída entre los pacientes con y sin señal PD positiva. Se realizó análisis multivariado utilizando la variable recaída como variable dependiente, y señal PD las características demográficas, y los índices de actividad basales como variables independientes.

Resultados: se incluyeron cincuenta y cuatro pacientes: 47 pacientes cumplían criterios deMDA, 36 pacientes se encontraban en remisión por DAS28 y 29 pacientes cumplían ambos criterios. La tabla muestra las características basales de los pacientes y compara las características de los pacientes que tuvieron recaída con los que no tuvieron recaída. De los 54 pacientes enMDA con remisión por DAS28, 15 (28 %) tuvieron recaída en los 6 meses de seguimiento, 15/47 (32%) pacientes enMDA, 10/36 (28%) pacientes en remisión por DAS28, y 10/29 (35%) pacientes que cumplían ambos criterios. De los 15 pacientes que tuvieron recaída, 13 (87%) tenía PD positivo en la ecografía basal comparada con 2/39 (5%) pacientes que tenía PD positivo en la ecografía basal y no tuvieron recaída (RR= 11; IC 95%: 2.8-44; $p < 0.0001$). El análisis de regresión logística mostró que las únicas variables asociadas a recaídas dentro de los 6 meses fue la presencia de señal PD positiva en la ecografía basal (OR: 35.5; $p = 0.001$), y el uso de DMARDs clásicos (OR: 12.7; $p = 0.038$).

Conclusión: la inflamación sinovial demostrada por la presencia de señal PD positiva en los pacientes con APs en remisión clínica, fue un fuerte predictor de recaída.

Características	Todos los pacientes (N 54)	Pacientes con recaídas (N15)	Pacientes sin Recaídas (N 39)	Valor de P
Sexo masculino (%)	33 (61)	9 (53)	25 (64)	0.467
Mediana de edad en años (DS)	54.5 (14)	62 (13)	51.6 (13)	0.0111
Mediana de duración de la enfermedad en meses (RIQ)	36 (10-60)	27 (18-60)	36 (10-72)	0.7859
Mediana del tiempo de remisión en meses (RIQ)	5.5 (2-12)	8 (2-12)	5 (2-15)	0.876
Uso de DMARDs Clásicos (%)	35 (65)	13 (87)	22 (57)	0.0370
Uso de anti-TNF (%)	12 (22)	4 (27)	8 (21)	0.626
Mediana de VSG (RIQ)	14 (7-22)	14 (7-25)	14 (7-25)	0.8694
Med. de art. inflamadas (86) (DS)	0.3 (0.65)	0.5 (0.8)	0.3 (0.6)	0.4451
Med. de art. dolorosas (86) (DS)	0.3 (0.68)	0.4 (0.8)	0.3 (0.6)	0.7387
Med. de DAS28 (DS)	2.26 (0.7)	2.2 (0.6)	2.3 (0.7)	0.7034
PD positivo (%)	20 (37)	13 (87)	7 (18)	0.0001

CORRELACIÓN ENTRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS, HLA B27 Y RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES SACROILIÁCAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

M Piovesan¹, JP Vinicki¹, E Sarabia Chávez¹, S Catalán Pellet¹, V Martire², L Aciri³, G Lopez Marchi³, E Saturansky⁴, J Uboguri⁴, M Mamiani⁵, E Gómez², E Degross¹, G Medina¹, H Laborde¹, G Nasswetter⁶

¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina. ² Hospital B. Rivadavia, Buenos Aires, Argentina. ³ Sanatorio Otamendi & Mirolli, Buenos Aires, Argentina. ⁴ Psorihue, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN. La Artritis Psoriásica (APs) puede presentar compromiso axial. Estudios previos han enfatizado la falta de correlación entre la clínica y el compromiso radiológico. Se ha demostrado que la resonancia magnética (RM) de las articulaciones sacroiliacas es más sensible que la radiografía convencional para la detección precoz de sacroileítis.

OBJETIVOS. Primero, establecer la frecuencia de dolor en región sacroiliaca, sacroileítis clínica y edema óseo por RM en pacientes con diagnóstico de APs. Segundo, correlacionar las manifestaciones clínicas de compromiso de articulaciones sacroiliacas, HLA B27 y RM.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se incluyeron 33 pacientes consecutivos con diagnóstico de APs (CASPAR, 2006) en seguimiento en 2 hospitales universitarios y un centro privado. Se realizó un interrogatorio para evaluar dolor en región sacroiliaca y un examen físico dirigido para la evaluación de sacroileítis clínica (≥ 4 maniobras positivas). Se consideró dolor lumbar inflamatorio, compromiso axial y/o periférico según ASAS (2009). Se realizó HLA B27 mediante técnica de SSP. La RM de articulaciones sacroiliacas se realizó según criterios ASAS/OMERACT (2009). Los datos se presentan mediante análisis descriptivo.

RESULTADOS. La edad media de los pacientes fue de 47.7 años (rango, 27-70 años) y 58% eran mujeres. La duración media de APs fue de 6.1 \pm años (rango, 1-21 años) y 94% (n = 31) presentaba compromiso periférico exclusivo y 6% (n = 2) compromiso mixto. La distrofia ungueal se observó en 15 pacientes (45%). La presencia de sacroileítis por RM se observó en 3/33 pacientes (10%). Los pacientes con RM positiva tenían una duración media de APs de 12.6 años (rango, 11-15 años) comparado con 5.5 años (rango, 1-21 años) en aquellos con RM negativa. Interrogatorio compatible con sacroileítis fue observado en 5/33 pacientes (15%) y sólo 1 presentó RM positiva. Examen físico ≥ 4 maniobras sacroiliacas positivas se observó en 8/33 pacientes (24%) y sólo 1 presentó RM positiva. Características clínicas de DLI estuvieron presentes al interrogatorio en 11/33 (33%). Sólo 2 pacientes con DLI presentaron RM positiva y en los 9 restantes la RM fue negativa. El antígeno HLA B27 estuvo presente en 3/33 pacientes (9%). Sólo 1 paciente refería DLI, dolor sacroiliaco, presentaba maniobras positivas y RM con presencia de edema óseo. El segundo paciente refería DLI y el tercero presentaba ≥ 4 maniobras positivas pero en ambos la RM fue negativa.

CONCLUSIÓN. La sacroileítis por RM estuvo presente en el 10% de los pacientes incluidos. En la mayoría de los pacientes con DLI, interrogatorio compatible con sacroileítis o ≥ 4 maniobras sacroiliacas positivas la RM fue negativa. Sólo 1 paciente presentó sacroileítis con RM positiva y presencia de HLA B27.

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA Y FACTORES ASOCIADOS

CA Zaffarana, J Gallino Yanzi, OL Cerda, M Landi, EE Schneeberger, G Citera

Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En estudios epidemiológicos se ha observado una elevada prevalencia de obesidad en pacientes con Artritis Psoriásica (APs). La asociación de este factor de riesgo cardiovascular con una mayor severidad de psoriasis cutánea fue descripta, pero su relación con la severidad de la APs ha sido menos estudiada.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de obesidad en una cohorte de pacientes con APs y su asociación con características clínicas y sociodemográficas.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes ≥ 18 años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se recolectaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución, forma de inicio y de evolución de la APs, comorbilidades y laboratorio incluyendo reactantes de fase aguda y perfil lipídico. Se recabaron datos del tratamiento por medio de una entrevista directa con el paciente complementando con la historia clínica. Se evaluó recuento de 66 articulaciones tumefactas y 68 dolorosas, entesis (MASES), presencia de dactilitis, compromiso cutáneo (PASI) y ungueal (PNSS). Se completaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (HAQ-A, BASFI), calidad de vida (DLQI, PsAQoL). Se calcularon los índices compuestos: DAS28 y DAPSA y los criterios de MDA (Minimal Disease Activity). Se utilizó escala visual análoga (EVA) para graduar severidad de psoriasis cutánea, dolor y actividad de enfermedad según médico y paciente. Se realizó medición de talla (m), peso (kg) y tensión arterial (mm Hg). Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC)=peso/talla². Se clasificó a los pacientes según la Clasificación Internacional del estado nutricional de la OMS en: Normal (IMC 18.5-24.9), Sobrepeso (IMC 25-30) y Obesidad (IMC ≥ 30). Obesidad se clasificó en grado I o leve (IMC 30-34.9), grado II o moderada (IMC 35-39.9) y grado III o severa (IMC ≥ 40). *Análisis Estadístico:* Estadística descriptiva. T test y ANOVA. Chi2 y test exacto de Fisher. Modelo lineal general univariante.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con APs pertenecientes a la cohorte RAPSODIA, de los cuales 56 (50.9%) eran hombres. La edad mediana fue 55 años (RIC: 44.7-63.2). El tiempo mediano de evolución de la APs fue 10 años (RIC: 6-17) y de la psoriasis fue 24 años (RIC: 15.5-33.9). PASI m1 6 (RIC: 0.4-4.5) y CPDAI m 8 (RIC: 4-10). 19 pacientes (17.3%) cumplían MDA. La mediana de IMC fue 28.38 (25.6-32.2). 21 pacientes (19.1%) tenían IMC normal, 48 (43.6%) sobrepeso, 41 (37.3%) obesidad. De los pacientes obesos, 33 (80.5%) tenían obesidad leve, 6 (14.6%) moderada y 2 (4.9%) severa. Los pacientes obesos tuvieron peor capacidad funcional medida por BASFI que los pacientes con peso normal (4.4 \pm 2.8 vs 2.7 \pm 2.5, $p = 0.03$) y mayor EVA de dolor (6.7 \pm 7.6 vs 4.6 \pm 2.4, $p = 0.05$). No hubo diferencias según sexo, edad, comorbilidades, variables del laboratorio, tiempo de evolución, forma de evolución de la APs ni otras medidas de evaluación. En relación al tratamiento, de los 74 pacientes que habían recibido terapia corticoidea: 9 (12.2%) tenían peso normal, 37 (50%) sobrepeso y 28 (37.8%) obesidad. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.02$). Sin embargo, al analizar solamente aquellos con tratamiento con glucocorticoides al momento del estudio, no se observaron diferencias según el IMC. Ningún paciente con normopeso tenía DBT tipo II, vs. 16 pacientes del grupo sobrepeso y obesidad ($p = 0.03$). La media de PASI fue mayor en el grupo con obesidad y sobrepeso versus los pacientes con peso normal (2.8 \pm 2.9 vs 1.6 \pm 1.7, $p = 0.02$), sin embargo, perdió significancia al ajustar por tiempo de evolución.

Conclusiones: En este estudio observamos que el 81% de los pacientes con APs presentan sobrepeso u obesidad. La presencia de obesidad se asoció a peor capacidad funcional por BASFI y a mayor EVA de dolor, y tener un IMC ≥ 25 se asoció a presencia de DBT tipo II.

100

28-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"Espondilitis"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO100

0227

DESEMPEÑO DE UN NUEVO ÍNDICE DE MOVILIDAD ESPINAL PARA PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIALGV Betancur, F Sommerfleck, A Lizarraga, N Zamora, MC Orozco, S Gagliardi, EE Schneeberger, G Citera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

ASAS recomienda la utilización del BASMI para la evaluación de la movilidad axial en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax). Este índice incluye 5 medidas [rotación cervical (RC) por goniometría, distancia trago-pared (TP), Schöber modificado (mSch), flexión lumbar lateral (FL) y distancia intermaleolar (DIM)]. El EDASMI (Edmonton Ankylosing Spondylitis Metrology Index) es otro índice de movilidad espinal que incluye: RC medida con cinta métrica, expansión torácica (ET), FL y rotación interna de caderas (RIC). Este método no requiere el uso de goniómetro, sería menos sensible a las variaciones posturales de la columna cervical e incluye la medición de la ET. **Objetivo:** Validar el EDASMI en una cohorte de pacientes con EsPax. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes >18 años, con EsPax según criterios NY 1984 y/o ASAS 2009 de la cohorte ESPAXIA. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, tipo de EsPax, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de la actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Se consignaron ERS y PCR. El examen físico consistió en recuento de articulaciones tumefactas (44), puntos de entesitis (MASES) y medición de la movilidad axial (OP, mSch, ET, TP, FL, DIM, RC por medio de goniómetro y cinta métrica, RIC). Se calcularon índices de movilidad axial (BASMI-2 medición de RC con goniómetro, TP, mSch, FL y DIM, BASMI-10 y EDASMI) y de actividad de la enfermedad (SASDAS-ERS, SASDAS-PCR). Se tomó el tiempo en la toma de medidas del BASMI y EDASMI, por un solo evaluador entrenado. Radiografías de columna cervical, lumbar, pelvis y sacroilíacas fueron puntuadas mediante mSASSS y BASRI, por un lector ciego. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Correlación de Spearman. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes, 86.7% hombres, con una edad mediana de 48 años (RIC 34.7-56.2) y un tiempo mediano de evolución de 24.5 años (RIC 16.7-32.5). 90.9% eran HLAB-27 positivo. 70% tenían EA pura, 16.7% EsPax juvenil, 6.7% EsPax asociada a psoriasis y 6.7% EsPax asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. ERS m 15 mm/h (RIC 7-20) y PCR m 0.5 mg/dl (RIC 0.08-1.22). 76.7% pacientes recibían AINEs y 46.7% estaban en tratamiento con agentes anti-TNF α . BASDAI m 4.77 (RIC 2.0-7.0), SASDAS-ERS m 17.5 (RIC 9.4-28.1), SASDAS-PCR m 16.95 (8.3-27.9), BASFI m 4.1 (1.9-6.1) y ASQoL m 6.5 (1-11). 10% presentaban sinovitis periférica. Índices radiológicos: mSASSS m 18 (RIC 8-54) y BASRI m 10.5 (RIC 6.2-14). Medidas de movilidad axial: BASMI-2 m 5 (RIC 3-7), BASMI-10 m 24 (RIC 18.7-32.5) y EDASMI m 11.5 (RIC 8.7-13.2). EDASMI tuvo muy buena correlación con BASMI-2 y BASMI-10 (r : 0.80 p =0.0001 y r : 0.84 p =0.0001, respectivamente) y buena correlación con mSASSS (r : 0.49 p =0.006) y BASRI (r : 0.5 p =0.004) y no correlacionó con BASDAI, SASDAS-ERS, SASDAS-PCR, BASFI, ASQoL y rigidez matinal. BASMI-2 y BASMI-10 tampoco correlacionaron con otras medidas evaluadas. El tiempo en tomar las medidas fue significativamente menor para EDASMI en comparación con BASMI-2 y BASMI-10 (1.8a. 0.23 min vs 2.64 \pm 0.23 y 2.67 \pm 0.34 p =0.02 y 0.01 respectivamente). **Conclusiones:** El EDASMI es una alternativa válida para la medición de la movilidad axial, es de fácil y rápida realización y no requiere el uso de goniómetro.

101

PO101

0228

INFLUENCIA DEL DAÑO RADIOLÓGICO EN EL RESULTADO DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA DE LA COLUMNA LUMBAR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ¿HAY OTRA REGIÓN POR DENSITOMETRÍA QUE REFLEJE MEJOR LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DEL HUESO TRABECULAR?GV Betancur, N Zamora, EE Schneeberger, MC Orozco, F Sommerfleck, A Lizarraga, G Citera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

La osteoporosis (OP) es una comorbilidad frecuente en pacientes con Espondiloartritis Axial (EsPax). Varios estudios indican que la DXA (absorciometría de doble energía de rayos X) de la columna lumbar puede ser un método engañoso para evaluar la DMO (densidad mineral ósea) en aquellos pacientes con daño estructural severo, ya que los sindromes podrían ser un artefacto para su correcta medición. Existen resultados variables y contradictorios dependiendo del diseño del estudio, la técnica empleada y las características clínicas de los pacientes. Por este motivo, el método más adecuado y válido para evaluar la DMO en pacientes con EsPax avanzados, aún no está claramente consensuado. **Objetivos:** Evaluar la asociación entre el daño radiológico axial y la estimación de la DMO en pacientes con EsPax y estimar el desempeño de otras regiones, como trocánter (TF) y radio ulnar (RUD), para medir la densidad de hueso trabecular. **Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes >18 años, con EsPax según criterios NY 1984 y/o ASAS 2009 de la cohorte ESPAXIA. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, tipo de EsPax, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de la actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoL). Se consignaron ERS y PCR. El examen físico consistió en recuento de articulaciones tumefactas (44) y puntos de entesitis (MASES). Se consignó peso y talla, y se calculó BMI. Radiografías de columna cervical, lumbar, pelvis y sacroilíacas fueron puntuadas mediante mSASSS y BASRI, por un lector ciego (RIC \geq 0.8). Se realizó densitometría ósea (DMO) de columna lumbar L1-L4 (CL L1-L4), cuello femoral (CF), TF, RUD y radio 33% (R33%) con un aparato LUNAR Prodigy Advance 2012 utilizando DXA. La DMO se clasificó en base a los criterios de la OMS. Se realizó un análisis del metabolismo fosfo-cálcico que incluyó: calcemia, fosfatemia, índice D-PYD/creatinina, calcitriol de 24 hrs, 25-OH-vitaminaD3 (VD) y PTH intacta. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Test T de Student y ANOVA. Test de χ^2 y test exacto de Fisher. Correlación por test de Pearson o Spearman. **Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes, 78.9% hombres, con una edad mediana de 43.5 años (RIC 34.7-55) y un tiempo mediano de evolución de 17.5 años (RIC 5.7-30.6). 90.5% eran HLA-B27 positivo. 89.5% tenían EA pura, 5.3% EsPax juvenil, 2.6% EsPax asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 2.6% EsPax indiferenciada. 21.1% presentaban manifestaciones extra-articulares. ERS m 15 mm/h (RIC 6-27) y PCR m 0.5 mg/dl (RIC 0.08-1.4). BASDAI m 3.02 (1.1-6.2), SASDAS-ERS m 12.2 (RIC 2.8-35.7), BASFI m 3.25 (RIC 0.8-5.8) y ASQoL m 3.5 (RIC 0.7-10), mSASSS m 47.5 (RIC 5-70.2) y BASRI m 10 (RIC 4.0-15). Densitometría ósea: DMO CL L1-L4 m 1.25 g/cm 2 (RIC 1.1-1.5), CF m 0.98 g/cm 2 (RIC 0.86-1.5), TF m 0.83 g/cm 2 (RIC 0.72-0.93), RUD m 0.5 g/cm 2 (RIC 0.46-0.55) y R33% m 0.92 g/cm 2 (RIC 0.86-0.99). De acuerdo a la clasificación de OMS en CL L1-L4: 11 pacientes (28.9%) tenían DMO normal, 4 (10.5%) osteopenia y sólo 1 (2.6%) osteoporosis y en CF: 8 (21.1%) pacientes presentaban DMO normal, 4 (10.5%) osteopenia y 2 (5.3%) OP. No hallamos alteraciones importantes del metabolismo fosfo-cálcico en la mayoría de los pacientes a excepción de una hipovitaminosis D (sólo 2/38 pacientes presentaban niveles adecuados). Los valores de DMO de CL L1-L4 presentaron una buena correlación con CF (r : 0.58 p =0.0001) y RUD (r : 0.46 p =0.006) pero no con TF ni R33%. Los valores de la DMO de CF tuvieron buena correlación con CL L1-L4 y con RUD (r : 0.68 p =0.0001). No encontramos asociación entre los valores de DMO y las características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad. Sin embargo, hallamos una correlación positiva significativa entre la DMO de CL L1-L4 y el daño radiológico medido por mSASSS (Rho: 0.66, p =0.02), pero no hallamos correlaciones significativas entre el mSASSS y el resto de los sitios de medida de DMO. **Conclusión:** La medición DMO CL L1-L4 correlaciona positivamente con el daño radiológico en los pacientes con EsPax, indicando que el daño radiológico podría sobrestimar la medición de la densidad mineral ósea en estos pacientes, pero no en otros sitios de evaluación. El RUD mide hueso trabecular, correlaciona con DMO de CL L1-L4 y no correlaciona con el daño radiológico, por lo cual podría ser una alternativa válida para medición de la DMO en estos pacientes.

102

28-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"Artritis Reumatoidea"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO102

0170

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANAMI Stanchic, E Mussano, I Cadille, L Onetti, MV Gazzoni, MC Taboada, R Jurado, A Constantini, P Ferrero
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 Reumatoidea (AR) en pacientes con artritis temprana (AT) sin clasificar, considerando temprana al inicio de los síntomas \leq 12 meses. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y Liga Europea contra el Reumatismo (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. El análisis de los nuevos criterios muestra un alto valor predictivo positivo para clasificar a la enfermedad en AR.

Objetivo: caracterizar de forma clínica-analítica una población de pacientes con AT.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal realizado desde marzo de 2014 a marzo de 2015. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AT, asistidos en forma ambulatoria en consultorio de reumatología. Se solicitó laboratorio: Enterosedimentación globular (VSG), PCR, Factor Reumatoideo (FR), Anticuerpo Anticitruína (ACCP) y hemoglobina (Hb). Se aplicaron los criterios ACR/EULAR 2010 para subclasificar a AT en AR Temprana o AT Indiferenciada (AI). Se utilizó DAS28 como índice de actividad de la enfermedad. El modelo estadístico utilizado para analizar las variables mensurables fue media y error estándar y para las variables categóricas las frecuencias relativas.

Resultados: Se estudiaron 54 pacientes con AT (85 % sexo femenino), con media de edad de 48,36 años, el tiempo de evolución de la enfermedad fue 7,15 \pm 3,04 meses, el 85% de los pacientes presentaron compromiso poliarticular, 9% oligoarticular y 6% monoarticular. La media de articulaciones dolorosas fue 9,05 y de inflamadas 8,01. El 70% cumplían criterios ACR/EULAR 2010 para AR, 59% tenía alta actividad según DAS28, 33% moderada y 8% baja, siendo la media de DAS28 5,31 \pm 1,37 y de EVA 65,77 \pm 23,79. Las articulaciones dolorosas e inflamadas más frecuentemente encontradas fueron la 2ª y 3ª MCF de ambas manos y 2ª IFP de mano derecha. La frecuencia de anemia se registró en 32% de los pacientes. La media de VSG era 29,94mm/h, PCR: 3,87mg/dl, FR: 335,36 U/ml, ACCP: 170,17 U/ml, Hb: 12,56 g/dl.

Discusión: Las características clínico-analíticas de la población estudiada se compararon con los datos del estudio argentino CONAART, latinoamericano GLADAR, español PROAR y multicéntrico SAVE. La edad de inicio de los síntomas y el predominio de sexo femenino fue semejante a todos los estudios. El tiempo de evolución de la enfermedad era similar a CONAART pero mayor a los demás. El número de articulaciones dolorosas e inflamadas fue similar a SAVE (10 articulaciones) y menor que PROAR (17 articulaciones). El inicio poliarticular estuvo presente en el 85% de pacientes, semejante a CONAART y GLADAR y mayor a los registros de PROAR (64%). La media de DAS28 fue coincidente con el resto de los estudios. En SAVE solo el 47,52% de los pacientes cumplían criterios ACR/EULAR 2010 para AR. La VSG fue similar a los valores registrados en SAVE, siendo mayor en los otros grupos. La media de PCR cuadruplicó los valores encontrados en SAVE y PROAR. Se encontraron títulos altos de FR y ACCP comparados con CONAART y SAVE. No hay datos de las articulaciones más frecuentemente afectadas en los demás estudios.

Conclusión: Los pacientes de este estudio presentaron al momento de la consulta alta actividad de la enfermedad según DAS28 con FR y ACCP fuertemente positivos. Las articulaciones dolorosas e inflamadas más frecuentemente encontradas fueron la 2ª y 3ª MCF de ambas manos y 2ª IFP de mano derecha.

103

PO103

0183

ECOPAR 2º INFORME: 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)MC Taboada, MV Gazzoni, MI Stanchic, R Jurado, I Cadille, L Onetti, E Mussano, R Herrera
Comoglio
Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

Introducción: Este es el segundo informe de seguimiento de una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas (ER) inflamatorias autoinmunes tratados con fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad (DMAR) no biológicos. Desde la aparición de estas drogas y de los inmunosupresores el curso de muchas ER ha cambiado, ya que su uso precoz previene o retrasa daños en estos pacientes. Como cualquier fármaco, también estos producen efectos colaterales o reacciones adversas (RA) que deben ser identificadas y notificadas.

Objetivo: Identificar RA y su gravedad en pacientes con ER tratados con terapias no biológicas (TNB)

Pacientes y métodos: Fueron evaluados 249 pacientes con TNB con un promedio de 71,2 meses de tratamiento. 200 eran mujeres con una media etaria de 54 años. Las patologías prevalentes fueron: AR 175, LES 21, artritis psoriásica 20, espondiloartritis 11. En los 249 pacientes se utilizaron 352 TNB: metotrexato en 191, hidroclicloroquina en 72, leflunomida en 51, azatioprina en 20, sulfasalazina en 17 y micoftolato mofetil en 1 paciente. 189 pacientes recibieron combinación de fármacos, siendo metotrexato e hidroclicloroquina la asociación más frecuente.

Resultados: En 249 pacientes tratados con TNB se observaron durante el seguimiento 57 RA relacionadas con dichos fármacos, a saber: aumento de transaminasas: 15; alopecia: 7; dispepsia: 6; ITU: 5; compromiso de mucosa oral: 2; trastornos hematológicos: 5; trastornos cardíacos: 3; neoplasias: 3; neumonitis: 3; insuficiencia renal leve a moderada: 2; herpes zoster, fatiga y prurito severo, todos con 1 evento.

Los fármacos relacionados con las RA fueron metotrexato en 49 casos, leflunomida, en 19, hidroclicloroquina en 17, sulfasalazina en 4 y azatioprina en 3. 59 pacientes debieron suspender el tratamiento, 11 de ellos requirieron internación relacionadas con la RA y un paciente murió.

Discusión y conclusión: este segundo informe confirmaría que, si bien los fármacos inmunoreguladores e inmunosupresores han demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, la aparición de reacciones adversas es frecuente y se debe estar atento a su prevención, rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación (ANMAT).

104

PO104
0236

ARTRITIS REUMATOIDEA Y COMORBILIDADES. UTILIDAD DEL SCORE DE CHARLSON
MS Conte¹, B Kisliuk¹, ME Sattler¹, JC Raggio^{1,2}, GA Berbotto^{1,2}
¹ Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Santa Fe, Argentina. ² Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción:

La presencia de múltiples trastornos crónicos en una misma persona se define como un problema de salud pública cada vez más relevante. Los índices de comorbilidades agrupan enfermedades y las transforman en variables cuantitativas medibles, permitiendo la comparación entre individuos. Se basan en información obtenida de informes médicos, autorreferida por el paciente, del juicio clínico o bases de datos. Una de las formas de valorarlo es con el score desarrollado por Charlson y colaboradores en 1987, creado con el objetivo de acceder a un instrumento pronóstico que pudiera evaluar el índice de supervivencia a 10 años.

Objetivos:

Evaluar la utilidad del score de Charlson en la valoración de la supervivencia a 10 años en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR).

Materiales y Métodos:

Estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra corresponde a 100 pacientes con diagnóstico establecido de AR definida según los criterios de clasificación ACR 2010, que mantienen un seguimiento regular en el servicio de reumatología del Hospital Escuela Eva Perón, Gro. Baigorria, Santa Fe (entendido como una consulta al menos cada tres meses), con reclutamiento al azar durante el período comprendido entre el 01 de diciembre de 2014 y el 30 de abril de 2015.

Se utilizó una encuesta dirigida con el fin de obtener las variables necesarias para el cálculo del score de Charlson, las cuales son: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad del tejido conectivo, úlcera gastroduodenal, hepatopatía crónica leve, diabetes mellitus, hemicipleja, insuficiencia renal crónica, tumor o neoplasia sólida, leucemia, linfoma, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en estadio SIDA.

A los fines del estudio, se dividió la muestra en tres grupos de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico en: menos de 2 años, de 2 a 10 años y más de 10 años.

Resultados:

Del total de los pacientes, 90.1 % son de sexo femenino y 9.9 % de sexo masculino, con un promedio de edad de 53 años. El 51% de los pacientes tenía AR de más de 10 años de evolución, 40% de 2 a 10 años y 9% menos de 2 años.

El promedio general del score de Charlson fue de 2.87; arrojando valores de 4.83, 2.25 y 1.33 para los subgrupos de más de 10 años de evolución, de 2 a 10 años y menos de 2 años, respectivamente.

Conclusiones:

De acuerdo a los datos obtenidos, observamos que la supervivencia a 10 años va disminuyendo conforme la enfermedad presenta mayor tiempo evolutivo, así como asociado a la presencia de un mayor número de comorbilidades. Cuantificar el impacto de las patologías coexistentes en los pacientes con AR nos permite evaluar de manera objetiva a nuestros pacientes, optimizando la toma de decisiones terapéuticas así como el control a largo plazo. En este sentido creemos que el score de Charlson podría ser una herramienta útil para el mejor manejo de nuestros pacientes.

105

PO105
0212

ARTRITIS REUMATOIDEA, COMORBILIDADES Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

MS Conte¹, ME Sattler¹, B Kisliuk¹, JC Raggio^{1,2}, GA Berbotto^{1,2}

¹ Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Santa Fe, Argentina. ² Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción:

La escala de Graffar es un esquema internacional de valoración de las características sociales de la familia, basado en la suma de puntuaciones de acuerdo a cinco criterios preestablecidos, a partir de la cual se definen cinco estratos sociales.

Paralelamente se proponen un grupo definido de comorbilidades, cuya presencia podría ser determinante en el comportamiento de la Artritis Reumatoidea (AR), entendida a la comorbilidad como presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad primaria.

Es bien conocido que la esperanza de vida en pacientes con AR es menor que la población general y existe estrecha relación con las comorbilidades.

Objetivo:

Relacionar las comorbilidades en pacientes con Artritis Reumatoidea con la escala de Graffar.

Materiales y métodos:

Estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra corresponde a 100 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea, que mantienen un seguimiento regular en los servicios de reumatología del Hospital Escuela Eva Perón de Coadunador Baigorria y del Sanatorio Británico de Rosario (entendido como una consulta al menos cada tres meses), con reclutamiento al azar durante el período comprendido entre el 01 de diciembre de 2014 y el 30 abril de 2015.

Se aplicó la escala de Graffar y se individualizaron las comorbilidades establecidas según la determinación de tres estratos sociales: estrato social alto (entendido como escala de Graffar 1 y 2), estrato social medio (escala de Graffar 3) y estrato social bajo (escala de Graffar 4 y 5).

Resultados:

De 100 pacientes evaluados, el 90.9% correspondieron al sexo femenino y el 9.1% al sexo masculino. La edad promedio de los grupos fue de 51 años en las categorías sociales altas y media, y 55 años en las bajas. Respecto a la escala de Graffar, el 30% de la población cumplía características de estrato social elevado, el 43% a estrato medio y el 27% a estrato bajo. Con relación a las comorbilidades, en los estratos socioeconómicos elevados encontramos: 21% hipotiroidismo, 13% hipertensión arterial, 11% depresión y osteoporosis, 10% tabaquismo, 8% fibromialgia. En las categorías socioeconómicas medias prevalecen: 18% hipertensión, 16% osteoporosis, 16% no presenta comorbilidades, 12% hipotiroidismo, 11% depresión, 10% obesidad y tabaco, 3% fibromialgia, 2% dislipemia y anemia. Respecto de estrato socioeconómico bajo encontramos: 27% hipertensión, 16% tabaco, 15% hipotiroidismo, 12% obesidad, 10% osteoporosis, 8% sin comorbilidades, 4% dislipemia, 2% fibromialgia, 2% asma.

Conclusiones:

Como se evidencia, la hipertensión es la patología prevalente en las categorías medias y bajas. El hipotiroidismo adquiere relevancia en los tres grupos, siendo la comorbilidad más frecuente en las categorías altas. El hábito de fumar se observa en similares proporciones en todos los grupos. Se destaca el predominio de los cuadros fibromiálgicos y depresivos en los estratos sociales más altos, con muy bajo porcentaje en los estratos medios y bajos.

106

PO106
0129

ROL DE LA MONOTERAPIA CON BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA DIARIA

RN García Salinas, MP Girard Bosch, MV Martire, P Arturi, S J Magri, D Giacomone, AS Arturi
Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción: La asociación de anti TNF y DMARs sintéticos ha demostrado eficacia en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea (AR) activa; por lo que clásicamente la monoterapia sólo se considera en situaciones excepcionales. Sin embargo, con el advenimiento de otros mecanismos de acción (OMA) y la evidencia arrojada en estudios con tocilizumab, esta opción comenzó a considerarse en aquellos pacientes que por alguna razón no podían recibir metotrexato (MTX). El mecanismo de acción de los anti TNF involucra principalmente a los monocitos y células dendríticas, por lo tanto su asociación con MTX, el cual inhibe los linfocitos, produciría un efecto terapéutico sinérgico. En cambio otros tratamientos tienen un espectro de acción más amplio y se dirigen tanto a los linfocitos T y B, como también a las células dendríticas y los monocitos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del uso de monoterapia biológica de pacientes con AR y los factores asociados al mismo, en condiciones de práctica diaria.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR EULAR 2010 atendidos en el Servicio de Reumatología desde 1/1/2014 hasta 1/6/2015 que estaban recibiendo terapia biológica. Se recolectaron las siguientes variables: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, DAS28, HAQ, eritrosedimentación, proteína C reactiva, factor reumatoideo y AntiCCP, tratamiento actual: Monoterapia con anti TNF u OMA. Se evaluó el uso de AINES y corticoides. Para las variables continuas se utilizó t test o Mann Whitney test según correspondiera. Para las categóricas, Chi cuadrado. Se calculó OR e intervalo de confianza del 95%. Se consideró significativa una p < 0,05. Se realizó análisis multivariado de regresión logística, considerando a la Monoterapia como variable dependiente.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes con diagnóstico de AR en tratamiento con con drogas biológicas. 82.5% eran de sexo femenino, la media de edad al momento de inclusión: 53.7 años (DS: 13.9). La mediana de DAS28: 3.39 (2.6-4.5) y HAQ: 1 (0.38-1.4). La mediana de evolución de la enfermedad fue de 7 años (2-38), los biológicos utilizados fueron: Anti TNF: 76%, y del 24% de los pacientes que utilizaba OMA el 68% era tocilizumab. De Los pacientes en terapia combinada el 89% recibían MTX como DMARs.

El 31.6% (IC:24.8-40) Se encontraba con Monoterapia Biológica, la principal razón era la intolerancia al MTX (85%), el uso de esta modalidad fue, en el grupo de los anti TNF y OMA del 23.8% y 56.1% respectivamente (p: 0.0002). Se analizaron también las variables: Edad, Sexo, tiempo de evolución, DAS 28, HAQ, PCR, ERS, Factor Reumatoideo, ACCP, consumo de AINES y corticoides, nivel de actividad, encontrándose una asociación negativa entre el consumo de AINES y el uso de Monoterapia (p: 0.0012). En el Análisis multivariado el uso de OMA mostró asociación positiva e independiente (p: 0.0000 OR: 6.8 IC: 2.8-16.5) y nuevamente el uso de AINES se asoció en forma negativa (p: 0.0008 OR: 0.23 IC: 0.1-0.5).

Conclusión: La monoterapia con drogas biológicas se vislumbra como una opción cada vez más aceptada en el consultorio de reumatología.

En nuestro centro el 31.6% de los pacientes reciben biológicos libre de DMAR sintéticos, principalmente tocilizumab y abatacept; esta prevalencia fue superior a la reportada en 2013 (de 21.4%).

107

O107
0172

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 14B); 2° REPORTE

E Mussano, L Onetti, I Cadile, M Audisio, G Py, P Santaella, MV Buliubasich, E Moyano, MV Gazoni, 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 2015. 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 346 en 224 pacientes, 183 mujeres y 41 hombres con una edad promedio de 56.5 años (21-88). Las patologías incluidas fueron: AR 192, A. psoriásica 18, espondiloartritis 7, poliangitis con granulomatosis 2, artritis crónica juvenil 2, LES 1, Still 1 y SS 1. Los biológicos más utilizados fueron: etanercept (117/346) seguido por adalimumab (76/346) y certolizumab pegol (39/346). Del total, 138 pacientes utilizaron un biológico, 61 dos, 17 tres, 6 cuatro y 2 pacientes cinco y seis biológicos respectivamente. El tiempo promedio de tratamiento fue de 30 meses (rango 1-132). Las causas de interrupción fueron: EA en 77, ineficacia en 98 y remisión en 31 pacientes. Los EA prevalentes fueron 91: infecciosos (47/91), dermatológicos (19/91), neurológicos (9/91), cardiovasculares (6/91), hematológicos (4/91), digestivos (4/91), neoplasias (2/91). 6 pacientes presentaron secuelas post EA (además de las neoplasias). Sólo 24 requirieron internación y en 8 de ellos fueron EA mortales probablemente relacionados con la terapia biológica.

Conclusión: Este segundo reporte de eventos adversos en pacientes reumáticos tratados con fármacos confirma que 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).

108 PO108
0186
ROL DE LA FORMA DE TOMA Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO FÓLICO EN LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON METOTREXATO
E Buschiazzi¹, MD Alonso Lopez¹, MV Lencina¹, R Rojas Tessel¹, RV Juarez¹, C Lascano², A Gervilla¹, L Ibañez Zurlo¹, M Aciar¹, ME Crespo Espindola¹
¹ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina. ² Hospital San Roque, Jujuy, Argentina. ³ Instituto ALAS, Salta, Argentina.

Introducción – La suplementación con ácido fólico (AF) en pacientes tratados con metotrexato (MTX) es una recomendación universal y ha sido asociada con menor ocurrencia de eventos adversos (EA). El OBJETIVO PRIMARIO de este estudio fue evaluar la influencia de la toma correcta de AF en la presencia de eventos adversos atribuibles al MTX. Los OBJETIVOS SECUNDARIOS fueron evaluar la influencia de los patrones de toma de AF, tanto en la ocurrencia de EA como en la eficacia del MTX. **Materiales y Métodos** – Se diseñó un estudio transversal, incluyéndose pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 87^o o ACR/EULAR 2010 de la consulta ambulatoria que estuvieran en tratamiento con MTX en monoterapia en los 6 meses previos a la visita. Se consignaron datos socio-demográficos (Edad, sexo), relacionados a la enfermedad (Tiempo de evolución, presencia de nódulos, erosiones, factor reumatoideo (FR) positivo, comorbilidades, tratamientos concomitantes, dosis de prednisona en los últimos 3 meses, recuento articulaciones dolorosas (28) y tumefactas (28), EVA del paciente en mm, VSG y PCR en mg/dl, DAS28-VSG y capacidad funcional medida por HAQ). Se interrogó de forma dirigida en busca de EA atribuibles al MTX en los últimos 6 meses, así como también el cumplimiento y la modalidad de toma y motivo de abandono del MTX y el AF en el mismo período de tiempo. **Estadística** – Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en medianas y rango intercuartil (RIC). Las variables categóricas se compararon mediante chi2 o test exacto de Fisher y las continuas mediante test de T o Mann Whitney según su tipo de distribución. Se considero significativa una p < 0.05. **Resultados** – Se incluyeron 70 pacientes, 64 (91.4%) de sexo femenino, con una mediana de edad de 44 años (RIC: 34.5- 54), tiempo de evolución de la enfermedad de 48 meses (RIC: 24- 108), 18 (25.7%) erosivos, 5 (7.1%) nodulares y 68 (97.1%) seropositivos. La dosis mediana de MTX en los últimos 3 meses fue 17.5 mg (RIC: 15-22.5) y la dosis de AF fue 5 mg en 65 pacientes (92.9%). Se consignaron EA en 38 pacientes (54.3%), 27 tuvieron entre 1 y 2 EA (38.6%), 9 (12.9%) entre 3 y 5, y 3 (4.3%) más de 5 EA. Los EA más frecuentes fueron epigastralgia 17 (24.3%), náuseas y vómitos 14 (20%), caída de cabello 11 (15.7%), aumento de la sudoración 8 (11.4%), acúfenos 6 (8.6%) y mareos 6 (8.6%). El MTX no fue tomado correctamente en 21 (30%), en 11/21 la falta de entrega o compra del mismo fue la causa y 13/21 saltaron una sola dosis de la toma. Asimismo, 23 pacientes (32.9%) no tomaron correctamente el AF, y la causa más frecuente fue olvido de la toma (10/23) y falta de entrega o compra (9/23). Saltaron menos de 2 dosis de MTX 15/23 pacientes. Haber tomado o no correctamente el AF no se asoció a mayor presencia de EA, así como tampoco a alteraciones del laboratorio. Tomar primero el MTX o el AF no tuvo influencia sobre la aparición de EA. Los pacientes que tomaron correctamente el AF, presentaron mayor media de DAS28 actual (3.63 vs 2.87, p = 0.018), al realizar un ajuste por la dosis de MTX, esta diferencia se mantuvo. **CONCLUSIÓN** – Un 30% de los pacientes no toma correctamente el AF y el MTX. La toma correcta de AF, así como el patrón de toma, no se asociaron a menor ocurrencia de EA. El paciente más activo podría ser más adherente a la suplementación con AF.

109 PO109
0109
IMPACTO EN LA SEXUALIDAD DE PACIENTES ARGENTINOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA
YR Chichotky¹, JL Velasco Zamora^{1,2}, A Pérez Dávila³, A Borh³, L Araquistain³, MA Correa⁴, C Orozco⁴, B Pons-Estel⁵, R Quintana⁶, D Pereira⁶, G Gómez⁷, MC de la Vega⁷, S Papisidero⁸, J Santa Cruz⁹, A Cusa⁹, MA Lázaro⁹, S Scarafía⁹, K Kimayr¹⁰, M Kohury¹², C Helling¹¹, E Mysler¹¹
¹ Reumatología al Sur, Argentina. ² Centro de Diagnóstico y Tratamiento Sabato, Argentina. ³ Hosp Rehabilitación M. Rocca, Argentina. ⁴ Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ⁵ Sanatorio Parque SA, Argentina. ⁶ Hosp R. Gutiérrez, Argentina. ⁷ Hosp Argerich, Argentina. ⁸ Hosp Tornú, Argentina. ⁹ IARI, Argentina. ¹⁰ Sanatorio San Carlos, Argentina. ¹¹ Organización Médica de Investigación, Argentina. ¹² IIM Lanari, Argentina.

La sexualidad es un aspecto complejo del ser humano y es mucho más que sólo el acto sexual. La función sexual normal consiste en poder transitar todo el proceso con placer y llegar a un estado de relajación sin alteraciones psíquicas o físicas. Los problemas relacionados a la salud sexual son comunes en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). La artritis afecta la salud sexual como resultado del dolor, la limitación en la movilidad articular, la fatiga, la depresión así como la distorsión en la percepción de su propio imagen corporal. **Objetivo.** El objetivo del estudio fue explorar el impacto en la sexualidad de los pacientes con artritis reumatoidea y su relación con las características de la enfermedad y su salud. **Métodos.** Se realizó un estudio de corte transversal sobre una población de pacientes consecutivos y ambulatorios con diagnóstico de AR según criterios ACR1987. Se relevaron datos sociodemográficos y de la salud general. Las variables relacionadas a la AR se exploraron mediante la evaluación física (articulaciones comprometidas, deformaciones y limitación en caderas). La salud sexual fue explorada a través del cuestionario de impacto en la sexualidad (Qualissex), la capacidad funcional por HAQ-DI, el impacto de la enfermedad por RAID, la actividad de la enfermedad a través de CDAI, se midieron escalas visuales (VAS), depresión y ansiedad (escala de depresión y ansiedad hospitalaria). Los resultados fueron informados como mediana y rango inter-cuartil (RIQ) en variables numéricas y como porcentaje en variables categóricas. Se calcularon coeficientes de correlación "r" de Spearman. Para comparar valores del Qualissex se utilizó prueba de Mann-Whitney si eran dos grupos y Kruskal-Wallis si eran más de dos. **Resultados.** Se ingresaron en forma consecutiva 136 pacientes con AR de acuerdo a los criterios ACR 1987 que dieron su consentimiento para participar del estudio en once centros del país. Se excluyeron 19 pacientes quienes no tuvieron relaciones sexuales más allá de 6 meses previos al ingreso al estudio. Se analizaron los datos de 107 pacientes (92 eran mujeres) con una mediana de edad de 49 años (RIQ: 41-56), el 64,49% eran casados y el 56,07% trabajaba. La edad de inicio de la enfermedad fue a los 40 años (RIQ: 31-47) y el tiempo de evolución fue de 94 meses (RIQ: 36-156). El 72,89% recibía al menos un DMARD sintético y/o un biológico. Presentaron un HAQ de 0,7385 (RIQ: 0,5-1,25), RAID de 3,85 (RIQ: 1,4-5,25), VAS global de 3 (RIQ: 1-5) y Qualissex de 3,15 (RIQ: 0,8-6,1). El 19,63% se encontraban en remisión clínica (CDAI <2,8). Se encontró correlación entre valores del Qualissex con HAQ (r=0,49; p<0,0001), VAS global (r=0,31; p<0,0013), depresión (r=0,46; p<0,0001) y ansiedad (r=0,39; p<0,0001). No se encontraron diferencias significativas en valores de Qualissex en grupos según sexo, estado civil, presencia de Sjogren, deformidad de mano (butoniere, desviación cubital y/o cuello de cisne). Las medianas de Qualissex fueron de 5,65 en el grupo con CDAI >10; de 2,7 con CDAI entre 2,8 a 10 y 1 con CDAI <2,8 (p=0,005); de 4,8 en el grupo con RAID>2 y 1,05 con RAID≤2 (p=0,0001); de 6,65 y 2,75 en grupos con y sin dolor de cadera respectivamente (p=0,0002); de 5,85 y 3 en grupos con y sin limitación de caderas respectivamente (p=0,02). **Conclusiones.** Los resultados sugieren que en pacientes con AR la sexualidad no solo está vinculada a aspectos emocionales sino que se relaciona con la actividad, la función física y el impacto general de la enfermedad.

110 PO110
0043
TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON DROGAS BIOLÓGICAS
N Benzaquén¹, JP Piroia¹, MJ Huye Salinas¹, A Alvarrotes¹, F Caero¹, G Gomez², G Citera³, MA Gallardo⁴, A Quinteros⁵, I Exeni⁶, MA Medina⁷, P Astesana⁸, C Sanchez Andia⁹, J Sarano¹⁰, A Granel¹¹, A Peluzzoni¹², AM Cappuccio¹³, A Eimon¹⁴, R Quintana¹⁵, B Pons Estel¹⁶, E Mussano¹⁷, S Scarafía¹⁸, F Tamayo¹⁹, C Costi²⁰, A Velozo²¹, A Ortiz²², A Bertoli²³, S Aguerre²⁴, C Beteghio²⁵, A Perez Davila²⁶, JC Barreira²⁷, M De la Sola²⁸, M Larouadi²⁹, E Cavillon³⁰, C Capraro³¹, ML Encinas³², MC De la Vega³³, C Casado³⁴, K Kimayr³⁵, S Soares de Souza³⁶, AC Alvarez³⁷, V Sauri³⁸
¹ Hospital Privado de Córdoba, Argentina. ² CEIM, Argentina. ³ IREP, Argentina. ⁴ Hospital Italiano, Argentina. ⁵ Centro Integral Reumatológico, Argentina. ⁶ Sanatorio Parque, Argentina. ⁷ Hospital Tornú, Argentina. ⁸ Sanatorio Allende, Argentina. ⁹ Hospital Penna, Argentina. ¹⁰ Instituto de Investigación Lanari, Argentina. ¹¹ Centro Platense de Reumatología, Argentina. ¹² Hospitalológica José de San Martín, Argentina. ¹³ Hospital César Milstein, Argentina. ¹⁴ CEMIC, Argentina. ¹⁵ Hospital Provincial, Argentina. ¹⁶ Sanatorio Parque, Rosario, Argentina. ¹⁷ Hospital Nacional de Cínicas, Córdoba, Argentina. ¹⁸ Hospital Rivadavia, Argentina. ¹⁹ Atención Integral de Reumatología, Argentina. ²⁰ Hospital San Martín, La Plata, Argentina. ²¹ Sanatorio Adventista de La Plata, Argentina. ²² Hospital Cullen, Argentina. ²³ Instituto Reumatología Strussberg, Argentina. ²⁴ Sanatorio Pasteur, Argentina. ²⁵ Hospital de Niños Dr. Orlando Alasia, Argentina. ²⁶ Hospital de Rehabilitación Rocca, Argentina. ²⁷ Hospital Británico, Argentina. ²⁸ Consultorios, Argentina. ²⁹ Centro Médico de Bariloche, Argentina. ³⁰ REUMAR, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones oportunistas son el principal riesgo en pacientes bajo tratamiento con drogas biológicas (DB), siendo la Tuberculosis (TBC) una de las más relevantes. Las manifestaciones clínicas suelen ser atípicas. Frecuentemente extra pulmonares 65%, lo que puede retrasar el diagnóstico y contribuir a un aumento de la mortalidad. **OBJETIVO:** Evaluar la frecuencia de TBC en pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con DB. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes ingresados en BIOBADASAR (Registro Argentino de Eventos Adversos con Tratamientos Biológicos en Reumatología), creado en el año 2010. La base incluye pacientes bajo tratamiento con DB y controles sin estas drogas, muestreado por diagnóstico, edad y sexo. Se evaluaron características demográficas, clínicas y del tratamiento. Los datos se presentan como media (m), mediana (M) y desvío estándar (DE), rango intercuartil (RIC) o frecuencia según corresponde. Se realizó análisis de regresión logística para determinar OR e IC 95%. **RESULTADOS:** Se analizaron, hasta marzo de 2015, 2928 pacientes, 1709 (58.4%) tratados con DB y 1219 (41.6%) controles. Eran mujeres 79.1 %, la edad promedio fue 42.9±16.2. DB incluyeron: anti TNF 1770, Abatacept 239, Rituximab 199, Tocilizumab 107, Tocilizumab 32, Belimumab 19, Ustekinumab 2, Anakinra 1. Recibieron más de un biológico 355 (20.7%). De los 2928 pacientes, 13 (0.04%) tuvieron diagnóstico de TBC, estaban tratados con DB 11 (0.64%), 2 (0.16%) eran controles, tenían diagnóstico de AR 12 (92.3%) y PSA 1 (7.7%). En 1701 pacientes (58.1%) la PPD fue realizada previamente, 119 (6.9%) fue positiva > 5 mm, 93 (68.1%) tratados con DB, uno solo desarrollo TBC. En 2100 pacientes (71.7%) se realizó Rx de Torax, en 31 pacientes (1.5%) mostraron infiltrados pulmonares sugestivos de TBC, 25 (80.6%) tratados con DB, ninguno de ellos desarrollo TBC. Se diagnosticó TBC pulmonar en 12 (92.3%) pacientes, 1 (7.7%) paciente tuvo enfermedad ganglionar; 12 pacientes (92.3 %) tuvieron recuperación completa. El tiempo de inicio del tratamiento con DB al diagnóstico de TBC fue 12 (RIC 6-104) meses. **Tabla 1:** Riesgo de TBC según tratamiento al momento del diagnóstico. Análisis de Regresión Logística

	p	OR	IC 95%
Drogas No Biológicas	0.13	Referencia	Referencia
Etanercept	0.25	3.72	0.68- 20.38
Adalimumab	1.00	3.20	0.44- 22.77
Abatacept	0.05	7.14	1.00- 51.0
Infliximab	0.10	7.26	0.65- 80.97
Tocilizumab	<0.01	15.65	2.17- 12.60

CONCLUSIÓN: Fue baja la frecuencia de TBC, y su prevalencia se asoció con DB. Prevalció la enfermedad pulmonar como manifestación clínica. La mediana del tiempo de tratamiento a la presentación de TBC fue un año. Un solo paciente con PPD positiva desarrollo TBC.

111 PO111
0121
SUPERVIVENCIA DE DROGAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILIOARTROPATIAS Y ARTRITIS PSORIÁSICA
J Marcos, AP Salas, AC Costi, P Sansinanea, MA Pera, R Aguila Maldonado, MA Garcia 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 Psoriasisica (APs) y las espondilioartropatias (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 falta a este tipo de drogas y deben ser cambiadas a otras con igual o diferente mecanismo de acción. **Objetivos:** Evaluar el tiempo de supervivencia de agentes biológicos en los tratamientos de pacientes con AR, EASn o APs. Determinar causas de suspensión de tratamiento en estos pacientes. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional de tres centros privados de Reumatología de la ciudad de La Plata, en el que se evaluaron 176 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR, EASn o APs en tratamiento con drogas biológicas. Se registraron datos demográficos (sexo, edad), diagnósticos, años de enfermedad, inicio y finalización de cada tratamiento biológico, uso de Dmards previo y motivo de discontinuación. Se ha agregado al análisis los datos de Tocilizumab (TCZ), ya que si bien no es una droga biológica, es una alternativa de tratamiento, con nuevo mecanismo de acción y es utilizada en pacientes con falla a Metotrexato (MTX) y a otros biológicos. Los datos fueron registrados en base de datos y analizados utilizando el método de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia y test de Log rank. Las variables continuas fueron evaluadas por test exacto de Fisher siendo de significancia estadística un valor de p < 0.05. **Resultados:** de 176 pacientes analizados, 131 (74.43%) padecían AR, 25 (14.20%) APs y 20 (11.36%) EASn, siendo 139 (78.97%) mujeres y 37 (21.02%) hombres. La edad promedio fue de 57.99 años ± 14.26. 67 (38.06%) pacientes utilizaron previo al tratamiento biológico triple terapia con Dmards, 69 (39.20%) terapia con dos drogas, 26 pacientes monoterapia con Dmards, siendo el MTX la droga más utilizada al menos una vez en el 92.61% de los pacientes. La primera droga biológica más utilizada fueron los antiTNF (88.06%) en 155 pacientes. 108 Etanercept (ETN), 32 Adalimumab (ADA), 7 Golimumab (GLM), 5 Infliximab (INF), 3 Certolizumab (CTZ); otras drogas biológicas utilizadas fueron 14 Abatacept (ABA), 2 Rituximab (RTX), 1 Tocilizumab (TCZ). En 79 casos se utilizó el biológico como monoterapia, siendo 97 los casos en los que se utilizó un dmdard asociado, utilizando en el 83.50% metotrexato. De los 176 pacientes en tratamiento biológico 82 (46.59%) discontinuaron el tratamiento, 39 de los cuales (45.88%) pacientes se encontraban en monoterapia. 64 ETN, 7 ADA, 3 INF, 1 CTZ, 6 ABA, 1 TCZ. El promedio de tiempo de uso del primer biológico fue de 42.39 meses ± 38.58, con un rango de 1 a 163 meses y con una media del tiempo de supervivencia de 80.06 (CI95% 68.15-91.97). El 69.5% de los casos suspensos fueron por falta de eficacia (57 pacientes) p=0.001, 25.6% por eventos adversos (10 infecciones, 4 graves, 1 TBC, 6 relacionadas a la infección o inyección) p= 0.001, 4 pacientes por falta de cobertura, 1 falta de adherencia, 1 embarazo, 1 cáncer. Cuando se compararon las curvas de supervivencia según diagnóstico se encontró una p=0.013 para el diagnóstico de AR comparado con EASn y APs en conjunto. Al comparar los diagnósticos con la supervivencia de la droga biológica y los meses de diagnóstico de enfermedad no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, p=0.093. Con respecto al segundo biológico, iniciaron tratamiento 71 pacientes, debiendo discontinuar 26 (36.61%). Los anti TNF a continuación siendo las drogas biológicas más utilizadas. Los tratamientos instaurados fueron: 29 ADA, 4 ETN, 4 GLM, 3 INF, 3 CTZ, 9 RTX, 7 TCZ, 7 ABA, 5 TFB. En el caso del segundo biológico el promedio de tiempo de uso fue de 32 meses con una media del tiempo de supervivencia de 76.94 (CI 95% 59.60-94.27). **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. Se destaca una mayor correlación entre el diagnóstico de AR con la discontinuación del biológico. Las drogas anti TNF a fueron los más utilizados como primer y segunda droga biológica.

112

P0112
0245**VALIDACIÓN DEL AUTOQUESTIONARIO FLARE PARA LA DETECCIÓN DE BROTE DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**A Lizarraaga, M Landi, EE Schneeberger, J Gallino Yanzi, GV Betancur, C Zaffarana, MC Orozco, OL Cerda, F Dal Pra, G Cittera
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

El auto cuestionario "FLARE" se desarrolló con el fin de detectar la presencia de un brote en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) dentro de los 3 meses previos a la consulta. El objetivo de este trabajo fue validar dicho cuestionario al idioma español en pacientes con AR.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo en pacientes ≥ 18 años de edad con AR según criterios ACR 2010 y/o ACR 1987. Se consignaron datos socio-demográficos y características clínicas. Los pacientes fueron evaluados basalmente y luego cada 3 meses. En cada visita se evaluaron parámetros de actividad de la enfermedad (Recuento 28 articulaciones inflamadas y dolorosas, ERS, PCR, DAS28) y capacidad funcional (HAQ-A, HAQ-II). Los pacientes completaron el cuestionario FLARE, el cual consta de 13 enunciados que se responden a través de una escala de Likert (1-6), el resultado final surge de la sumatoria de las respuestas y tiene un rango 13-78, 13 representa la mayor posibilidad de haber padecido un brote. Además, tanto el paciente como el médico debían estimar, según su criterio, la presencia de brote. En el período entre cada visita (3 meses) los pacientes completaron un cuestionario RAPID-3 por semana (total 12). Se definió brote al aumento en el DAS28 $\geq 1,2$ o $\geq 0,6$ si el valor previo del DAS 28 era $\geq 3,2$. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test de T Student, ANOVA, Chi2 y test exacto de Fisher. Correlación de Spearman. Análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, 84,8% eran mujeres, con una mediana de edad de 44 años (RIC 34-54,75), con un tiempo mediano de evolución 20,5 meses (RIC 6-45,7 meses). 89/99 pacientes (89,9%) presentaban Factor Reumatoideo positivo y 36/42 pacientes (85,7%) anti-CCP positivo. En la visita N°1 fueron evaluados 105 pacientes, en la N°2 48, en la N°3 27, en la N°4 13, en la N°5 7 y en la visita N°6 sólo 1 paciente. Por la pérdida de seguimiento, solo se evaluaron los datos entre las visitas N°1 y N°2. En la visita N°1, los pacientes presentaban DAS 28 m 3,4 (RIC 2,4-4,7), HAQ A m 0,62 (RIC 0,12-1,12), HAQ II m 0,7 (RIC 0,3-1,1), VSG m 25 mm/h (RIC 13-40) y de PCR m 0,4 mg/dl (RIC 0,1-0,8) y en la visita N°2: DAS 28 m 3,6 (RIC 2,2-4,6), HAQ A m 0,5 (RIC 0-1,25), HAQ II m 0,65 (RIC 0-1,3), VSG m 27 mm/h (RIC 15-43) y de PCR m 0,39 mg/dl (RIC 0,08-0,5). La mediana del FLARE de la visita N°2 fue de 56,5 (RIC 34-70,2). El 10,4% de los pacientes afirmaban que habían padecido un brote, y el médico tratante también lo consideraba en el 10,4% de los casos. El valor del FLARE de la visita N°2, presentó diferencias significativas según los puntos de corte del DAS 28 entre remisión y actividad moderada y alta (X 65,9 DS13,2 vs X 48,3 DS17,3 y X 35,4 DS15,9, p=0,04 y p=0,002, respectivamente) y según los puntos de corte del RAPID-3, entre remisión y actividad alta de la enfermedad (X 67,7 DS20,7 vs X 35,4 DS7,2, p=0,002). Los pacientes anti-CCP positivos presentaron significativamente menor valor de FLARE comparado con los anti-CCP negativos (48,03 vs 58,3, p=0,04). No se observaron diferencias en el valor de FLARE según la presencia o ausencia de brote definido por un aumento en el DAS 28 entre la visita N°1 y N°2. El grado de acuerdo entre la opinión del médico y la definición de brote por DAS28 entre dos visitas fue bueno (K 0,7, p=0,001) sin embargo no hubo acuerdo con la opinión del paciente (K 0,4, p=0,06), ni entre la opinión del médico y del paciente (K 0,26, p=0,2). El FLARE de la visita N°2 tuvo muy buena correlación con HAQ A (r=-0,76, p=0,0001), HAQ II (r=-0,7, p=0,0001), N° de articulaciones dolorosas (r=-0,64, p=0,0001), N° de articulaciones inflamadas (r=-0,63, p=0,0001) y aceptable correlación con DAS28 (r=-0,56 p=0,0001), RAPID3 (r=-0,53 p=0,01) y ERS (r=-0,48, p=0,001) En el modelo de regresión lineal, al usar como variable dependiente los valores de FLARE de la visita N°2, ajustando por edad, tiempo de evolución, sexo, la única variable independientemente asociada a brote fue el HAQ-A (coef β: -5,4, IC95%: -38,6-4,5, p=0,03). **Conclusión:** El FLARE es un instrumento válido y sencillo para determinar brote en pacientes con AR.

113

P0113
0223**NIVEL DE ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL CON TERAPIA BIOLÓGICA. RESULTADOS PRELIMINARES**M Fabi, R Larroulet, M Hortas, M Mastri, SM Garay
Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, Argentina.**Introducción:**

El tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ) es complejo y requiere de la administración de un número variable de drogas que incluyen a los agentes biológicos. La adherencia a un régimen de tratamiento farmacológico se refiere a si el paciente recibe el fármaco acorde a las instrucciones prescriptas y en el caso de la AIJ se requiere tanto del esfuerzo de los padres como de los pacientes. Debido a que los agentes biológicos han contribuido sustancialmente a mejorar el curso y pronóstico de la enfermedad, surge la posibilidad que la adherencia pueda estar afectada debido a la mejoría alcanzada. Existen pocos trabajos sobre adherencia en pediatría; en adultos con enfermedades crónicas la misma no supera en general el 50%.

Objetivos:

Evaluar la adherencia a los tratamientos en pacientes con AIJ que se encuentran recibiendo terapia biológica e identificar los factores asociados a la falta de adherencia.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en donde se incluyeron pacientes consecutivos con AIJ, que recibían tratamiento con drogas biológicas asistidos en el sector de hospital de día del servicio de Reumatología del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, durante el período de mayo-julio de 2015. Para la recolección de los datos se realizaron dos encuestas auto-respuestas para pacientes $>$ o iguales a 8 años y para sus padres. Para ello se utilizó el cuestionario JAMAR modificado en su sección destinada a evaluar adherencia (con licencia de PRINTO) que incluía escalas visuales análogas (de 0 a 100) para evaluar la adherencia al tratamiento. Se definió adherencia a un valor $>$ o igual a 80 mm.

Tanto a pacientes como a padres se les solicitó el consentimiento para participar del estudio.

Fueron recolectados datos sociodemográficos, subtipo y evolución de la AIJ y tratamiento farmacológico indicado.

Resultados:

Se realizaron un total de 51 encuestas: 25 pacientes y 26 padres. La edad promedio de los pacientes fue de 13,3 años (mín 8,3-max 18,1), de los cuales el 65% fueron mujeres. El subtipo de AIJ más frecuente fue el sistémico (46%), 27% poliarticular seronegativa, 8% poliarticular seropositiva, 8% oligoarticular extendida, 8% artritis relacionada a entidades y 3% artritis indiferenciada. De los 26 pacientes, 14 (54%) recibía Tocilizumab, 7 (27%) Infliximab, 4 (15%) Adalimumab y 1 (4%) Etanercept. Metotrexate estaba indicado en 23/26 pts (88%); AINEs en 21/26 pts (81%); corticoides en 7/26 pts (27%) e hidroxicloroquina en 3/26 pts (11%). 16/25 pacientes encuestados (64%) y 19/26 padres encuestados (73%) refirieron tomar regularmente todas las medicaciones prescriptas, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p: 0,75); ambos señalaron una vas $>$ o igual a 80 mm (pacientes adherentes) en el 64 y el 65% respectivamente.

El 72% de los niños y el 73% de los padres respondieron recibir regularmente el biológico; los restantes atribuyeron no recibirlo por falta de provisión de la droga por su obra social o por infecciones intercurrentes. El 74% de los niños y el 70% de los padres refirieron recibir regularmente el metotrexate. Los restantes adujeron no recibirlo por intolerancia digestiva o por olvido. El 86% de los niños y el 76% de los padres refirieron recibir AINEs regularmente; los niños que no lo recibieron alegaron olvido o intolerancia digestiva, y los padres olvido o mejoría.

La medicación más difícil de tomar regularmente fue el metotrexate para el 28% de los niños y el 27% de los padres, siendo la intolerancia digestiva la causa más frecuente.

Efectos adversos fueron manifestados en el 36% de los niños y en el 42% de los padres siendo los más frecuentes dolor abdominal, náuseas, úlceras orales y cefaleas.

Conclusiones:

-Estos datos preliminares demuestran que la adherencia a los tratamientos indicados en pacientes con AIJ que reciben terapia biológica fue similar para niños y padres, 64 y 65% respectivamente probablemente debido a la participación activa de los padres en el tratamiento.

-Para la medicación biológica la falta de adherencia fue atribuida a la no provisión de la droga y a infecciones intercurrentes en proporciones similares. Para el metotrexate la causa más frecuente fue la intolerancia digestiva y para los AINEs el olvido o la mejoría.

-El médico deberá siempre reforzar la importancia de la adherencia a los padres y a los pacientes para contribuir a lograr el mejor pronóstico de la enfermedad.

114

P0114
0184**REPORTE SOBRE EL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN 100 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, EN UN PERIODO DE 11 AÑOS EN UNA COMUNIDAD CERRADA: HOSPITAL CHURRUCA-VISCA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**M Verando, MI Morón, P Aicardi, M Della Maggiora, GB Herrera
Hospital Churruc-visca, Argentina.

Introducción: La Artritis Reumatoidea constituye una de las principales demandas de consulta en nuestro servicio, representando su tratamiento un alto costo para nuestro sistema de salud. El hospital presta servicio a una comunidad cerrada, conformada por afiliados y familiares directos de la fuerza de seguridad. Destacamos que la instauración temprana del tratamiento adecuado es fundamental para la mejor evolución de esta patología crónica. Está demostrado por numerosos ensayos clínicos la eficacia y seguridad de la terapia biológica.

Objetivo: Describir las características clínicas de una población de 100 pacientes con AR que recibieron terapia biológica en un período de 11 años.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se revisaron las HC en forma sistemática y retrospectiva de 100 pacientes con AR que recibieron terapias biológicas. Se registraron datos demográficos (edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad), comorbilidades (diabetes, HTA, dislipemias, tabaquismo), seropositividad para FR, DMARs, agentes biológicos recibidos, ocurrencia de infecciones (respiratorias, urinarias, cutáneas, TBC), y neoplasias. Se utilizó el programa Epi Info v3.5.4 para el análisis de medias y frecuencias con respectivos intervalos de confianza.

Resultados: Del análisis surge que el 81% de los pacientes fueron del sexo femenino (IC95: 71,9-88,2). La media de la edad fue 56,7 años (DS: 12,7). La seropositividad para Factor Reumatoideo fue de 82% (IC95: 73,1-89). Respecto a las comorbilidades, 38% de los pacientes presentaron HTA (IC95: 28,5-48,3), 28% dislipemias (IC95: 19,5-37,9), 17% presentó diabetes (IC95: 10,2-25,8) y 10% tabaquismo (IC 95: 4,9-17,6). El DMARD más utilizado fue el metotrexate en el 92 % (IC 95: 84,8-96,5) y entre los agentes biológicos, el etanercept en el 64% (IC 95: 53,8-73,4). Entre las infecciones, las respiratorias fueron las más observadas en el 32% (IC: 23- 42,1), seguidas por las infecciones del tracto urinario 10% (IC 95: 4,9-17,6) y las cutáneas en un 8% (IC95: 3,5-15,2). Se registraron 4 casos de TBC y 7 neoplasias.

Conclusión: Los hallazgos observados en nuestros pacientes son coincidentes con el resto de la literatura. Sin embargo creemos que dado las limitaciones del método utilizado (retrospectivo) puede haber un subregistro de comorbilidades y eventos adversos. La importancia de este estudio radica en que si bien, el tipo de población tratada (agentes de seguridad y sus contactos primarios), se encuentra en constante exposición con grupos de riesgo, el acceso a la atención médica (controles de salud, vacunación, realización de estudios complementarios, etc.) y a la medicación requerida, podría contribuir de manera positiva en nuestra población.

115

P0115
0028**ENCUESTA SOBRE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y TELÉFONOS MÓVILES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**N Dominguez, F Robalino, M Laffont, D Alvarez, G Sequreira, EM Kerzberg
Servicio de Reumatología. Hospital J. M. Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: actualmente los teléfonos móviles ocupan un importante lugar en la vida cotidiana de la población general y se estima que existen 40 millones de teléfonos móviles en la Argentina. La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad que afecta característicamente las manos y genera limitaciones en las actividades de la vida diaria, pudiendo afectar el uso de los teléfonos móviles.

Objetivos: analizar la frecuencia y las características del uso de teléfonos móviles en pacientes con AR.

Materiales y métodos: encuesta a pacientes ambulatorios con diagnóstico de AR y a controles, sin enfermedad reumática conocida, de igual sexo, edad, nivel educativo y lugar de residencia. Se preguntó acerca de la utilización del celular y sus aplicaciones. Se construyó una escala para medir las actividades de la vida diaria con el teléfono celular (AVD celular) de 8 dominios medidos de 0 (sin dificultad) a 3 (no puede hacerlo o solo con ayuda). Se realizó estadística descriptiva, chi2 o prueba de Fisher para las variables nominales, T Student o Mann U Whitney/ Kruskal Wallis para las variables numéricas según correspondiera. Se consideró significativa p < 0,05. Se utilizó software EPIINFO version 3.5.4

Resultados: se encuestaron 52 mujeres con AR y 61 controles. Las pacientes con AR tenían una mediana de 11 años de evolución y una mediana de HAQ al momento de la visita de 0,81. El 57,7% de las pacientes con AR no había elegido su celular vs 44,3% de las controles (p 0,2). El celular con pantalla táctil fue el más común en las controles (68,9% vs 32,7% en las AR; p < 0,001 con corrección de Bonferroni) y el celular con tecla sobreelevada fue el más frecuente en las AR (46,2% vs 21,3% en las controles; p < 0,01 con corrección de Bonferroni).

Los controles consideraron al celular como un artículo más importante en su vida diaria (donde 0 era nada importante y 10 muy importante) que las AR (9,6 vs 6,9; p 0,009) y refirieron menor nivel de dificultad para su uso: 0 vs 4,5 en AR (p < 0,001). No se observaron diferencias en la frecuencia con que pacientes y controles realizaban y recibían llamados, enviaban y recibían mensajes de texto, escuchaban la radio y sacaban fotos con el celular.

Los pacientes con AR realizan un menor uso de internet (30,8% de los pacientes ingresa una o varias veces al día vs 45,9% de las controles; p 0,04), acceden a Facebook con menor frecuencia (30,7% ingresa a Facebook una o varias veces por día vs 49,1% de las controles; p 0,02) y utilizan Whatsapp con menor frecuencia (36,6% de las AR vs 67,3% de los controles; p: 0,002).

La mayoría de las pacientes con AR y todos los controles pueden tomar el celular con una mano para hablar (94,2% vs 100% p 0,1). Todos los controles, mientras toman el celular con una mano, logran llegar con el dedo pulgar a todas las teclas del teclado vs 69,2% de las AR (p < 0,001); todos los controles pueden escribir un sms con una mano vs 51,9% de las AR (p < 0,001). La mediana de AVD celular fue 0 para los controles y 0,13 para las AR (p < 0,001).

Conclusiones: las pacientes con AR tienen una mayor limitación en las actividades de la vida diaria con su teléfono celular, que si bien no afecta las funciones de comunicación básica parece reducir el uso de las aplicaciones más complejas, como el acceso a internet y el uso de las redes sociales.

116 PO116
0119
¿TIENEN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POSITIVOS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES?
F Robalino, S Porta, N Dominguez, G Chuquiñima, M Gaona, V Goyml, D Alvarez, E Kezberg
Hospital Ramos Mejía, Argentina.

Introducción:

Algunos estudios han establecido que pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) y Anticuerpos antinucleares (ANA) a títulos elevados presentan una enfermedad más agresiva, mayor grado de erosión ósea, mayor frecuencia de nódulos y otras manifestaciones extra articulares. Hasta la fecha no se ha logrado demostrar una relación causal e incluso es tema de discusión si esta asociación existe.

Objetivo:

Estudiar la prevalencia de ANA positivo y sus principales características clínicas relacionadas en una cohorte de pacientes con AR.

Materiales y Métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR que se encuentran en seguimiento en el servicio. Todos cumplían criterios ACR-EULAR 2010 para AR. Se dividió la muestra en dos grupos según la presencia de ANA positivo (casos) o ANA negativo (Controles) medido por inmunofluorescencia indirecta utilizando células HEp-2 como sustrato. Se recolectaron datos demográficos (edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad) y serológicos (FR látex). Se evaluó la presencia de nódulos reumatoideos, y erosiones. Se registró la actividad de la enfermedad mediante DAS28, la discapacidad mediante HAQ, el uso de corticoides, DMARS y terapia biológica de acuerdo a los datos de la última consulta realizada. Se compararon las variables categóricas mediante Chi cuadrado o Test de Fisher y las variables continuas, con T Student o Mann Whitney. Se consideró una P significativa <0.05.

Resultados:

Fueron ingresados 102 pacientes (95 mujeres y 17 varones) La edad promedio fue de 55,34 años (25-80) La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10 años (R= 8). El 45,1% de los pacientes tenían ANA positivo y el resto negativo. El patrón más frecuentemente encontrado fue moteado fino en el 56,52%, seguido por el patrón homogéneo 26,08%.

	FAN POSITIVO	FAN NEGATIVO	P
N	46	56	
Sexo femenino %	89,1%	79,6%	0,15
Tiempo de evolución en años (mediana)	10(R=6,75)	9,5(R=9,75)	0,68
Edad en años (media)	53,28 (SD=12,67)	57,04(SD=11,83)	0,13
DAS28 (mediana)	3,71 (R=2,01)	3,37 (R=2,17)	0,45
HAQ (mediana)	0,69 (R=1,38)	0,62 (R=1,13)	0,7
FR (%)	91,3%	87,5%	0,75
Nódulos Reumatoideos %	21,7%	23,2%	0,85
Erosiones %	82%	89,3%	0,3
Corticoides %	37%	42,9%	0,5
Terapia Combinada %	37%	39,3%	0,5
Biológicos %	15,2%	12,5%	0,69

Encontramos que el grupo con ANA positivo presentó: mayor porcentaje de sexo femenino; mayor tiempo de evolución de la enfermedad, más discapacidad medido por HAQ y mayor actividad de la enfermedad medido por DAS28.

Conclusión:

Pese a la alta prevalencia de ANA positivo, no encontramos que su presencia se relacione con alguna característica clínica pronóstica ni terapéutica, necesitando más estudios para confirmarlo.

117 PO117
0143
COMPROMISO PULMONAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA, INFORME PRELIMINAR
A Maldonado¹, C Gobbi¹, P Alba¹, D Alessio¹, C Otaduy¹, C Maldini¹, M Demarchi², B Helain³, M Bornancini⁴, M Castrillon⁵, G Dotto⁶, E Albiero¹, M Yorio¹
¹ Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, UNC, Argentina. ² Servicio de Laboratorio, Hospital Córdoba, Argentina. ³ Servicio de Radiología, Hospital Córdoba, Argentina. ⁴ Cátedra de Medicina II, Hospital Córdoba, UNC, Argentina. ⁵ Cátedra de Radiología UNC, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar es una manifestación extraarticular conocida e importante de la Artritis Reumatoide que puede presentarse como enfermedad pleural, enfermedad intersticial, nódular, arteritis con hipertensión pulmonar, enfermedad de la pequeña vía aérea. Existen pocos estudios publicados sobre el compromiso pulmonar en la Artritis Temprana.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de compromiso pulmonar en Artritis Temprana y correlacionarlo con la serología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, Caso - Control de pacientes con Artritis Temprana (AT) de menos de un año de evolución. Se estudiaron 23 pacientes comparados con grupo control, apareados por sexo, edad y presencia de tabaquismo, asistidos en forma consecutiva entre junio de 2013 y julio 2015 en un Servicio de Reumatología de Córdoba. Se realizó una encuesta sobre factores de riesgo, antecedentes y hábitos tóxicos relacionados con enfermedad pulmonar. Se evaluaron VSG, PCR y DAS28. Se determinaron anticuerpos antinucleares (ANA), factor reumatoide (FR) y anti péptido citrilunado cíclico (ACCP). Se realizó espirometría y TAC de tórax de alta resolución (TACAR). Se utilizó prueba de Chi Cuadrado, p menor a 0,05 fue considerada significativa.

Resultados: Se estudiaron 17 mujeres (74%) y 6 varones (26%) en cada grupo, edad promedio de 41 años, el 30% de los individuos de ambos grupos es tabaquista. En el grupo de AT, 70% tuvieron aumento de PCR, 83% FR positivo, 96% ACCP positivo y ANA 39%, comparado con 4%, 8%, 4%, y 13 % en los controles.

13% de los pacientes y 8% de los controles tuvieron espirometría anormal p NS 30% de los pacientes y 4% de los controles presentaron TACAR anormal, p menor a 0,02.

Cuando se compararon las TACAR anormales con la PCR y los anticuerpos, no hubo significación estadística para FR y ANA, mientras que ACCP presentó p<0,023, y PCR P<0,002.

Conclusión: El compromiso pulmonar en Artritis Temprana parece producirse tempranamente en la enfermedad. Estos resultados y el tipo de compromiso deben confirmarse con mayor número de pacientes.

118 28-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Discapacidad"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO118

0224

VÍAS DE ACCESO A LA PRIMERA CONSULTA EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA

L. Zárate, L. Casalla, MN Capozzi
Hospital A Posadas, Argentina.

Introducción: La evaluación temprana de los pacientes con enfermedades reumáticas por el reumatólogo constituye, en la actualidad, un pilar fundamental para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las mismas. Para ello, es importante conocer las diferentes modalidades de acceso a la consulta, y así definir estrategias para optimizar la realización de la misma. Es de nuestro interés describir las diferentes vías de contacto entre los pacientes y los médicos reumatólogos para realizar la primera consulta.

Objetivos: 1- Describir las vías de acceso a la primera consulta en nuestra Sección y 2- Determinar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta al reumatólogo.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos de ambos sexos, ≥ 16 años, que concurren por primera vez a nuestra Sección en un período de 6 meses. Se consignaron edad, sexo, nivel educativo (años de escolaridad), si tenían o no obra social y/o prepaga, empleo (sí/no). Si la consulta fue programada, espontánea o durante la internación; motivo de consulta; tiempo de evolución de los síntomas (semanas), 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 derivante. Para evaluar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta realizar la consulta se excluyeron aquellos pacientes que habían sido evaluados previamente por otro reumatólogo.

Análisis estadístico: estudio descriptivo de corte transversal.

Resultados: Se incluyeron 495 pacientes que concurren a nuestra sección por primera vez durante el período de estudio; 79,6% eran de sexo femenino, con una edad promedio de 55 ± 13 años. La consulta fue en forma programada en el 71,5% de los casos, a través de demanda espontánea en el 26,6%, y se encontraban internados el 1,9%. El 31,2% tenía obra social, el 67,8% no tenía cobertura y sólo el 1% prepaga. El promedio de años de educación fue de 8 ± 3, y el 2,9% eran analfabetos. Se encontraban empleados el 35,8%, desempleados el 31,5% y pensionados o jubilados el 32,7%. Al evaluar los motivos de consulta, los más frecuentes fueron artralgias (38,6%), osteoartritis (12,8%), Artritis Reumatoidea -AR- (10,2%) y artritis no filiada (10%). Al excluir aquellos que ya habían sido evaluados previamente por otro reumatólogo se mantuvo dicha frecuencia, excepto en el caso de las AR que fue del 3,3%. Las vías de acceso fueron: derivación médica en el 55,5% (275), espontánea 23,5% (116), recomendación 10,5% (52), cambio de reumatólogo 7,5% (37), derivación por otro profesional de la salud no médico 2,6% (13), campaña publicitaria 0,2% (1) y grupo de pacientes 0,2% (1); de los pacientes derivados por un médico lo más frecuente fue por clínica médica en el 41% y por traumatología en el 33%. Al evaluar los pacientes que no habían consultado al reumatólogo previamente (367) la mediana de tiempo de evolución fue 76 semanas (RIC 124). De ellos el 67,9% consultaron antes de los 2 años desde el inicio de los síntomas, y los motivos de consulta más frecuentes fueron artralgias (52,2%), artritis no filiada (11,3%) y osteoartritis (6%).

Conclusión: La vía de acceso más frecuente para la primera consulta reumatológica fue la derivación médica, principalmente por clínicos y traumatólogos. Al evaluar el tiempo de demora para la consulta reumatológica, más del 50% habían consultado antes de los 2 años. Según estos resultados, deberíamos continuar estimulando la educación tanto de los profesionales de otras especialidades como de la comunidad para fomentar un contacto oportuno con el reumatólogo.

119 PO119
0066
CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ORIGEN REUMATOLÓGICO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA
MN Tamborena, P Fuentes, S García, C Tuse
Servicio Nacional de Rehabilitación, Argentina.

Marco Referencial: De acuerdo al Informe Mundial sobre Discapacidad (OMS 2011), se estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. Según datos del Censo Nacional 2010 el 12,9% del total de la población de viviendas particulares presenta alguna discapacidad física y/o mental. Las enfermedades reumatológicas constituyen una causa frecuente de Discapacidad Motora.

Las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, una menor participación económica y tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad.

El Servicio Nacional de Rehabilitación es un Organismo Público dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, rector en lo referente a la normalización y ejecución de políticas en discapacidad y rehabilitación. De él depende la Certificación de Discapacidad en todo el territorio nacional que se realiza mediante la emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD)

Objetivos: 1- Conocer qué proporción de la Discapacidad Motora en Argentina (CUD emitidos) tiene como causa las enfermedades reumatológicas. 2- Describir las características de esta población. **Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas según la clasificación CIE-10/OMS ingresadas en el Registro Nacional de Situación de las Personas con Discapacidad entre enero del año 2009 y junio del año 2015. Se recolectaron datos socioeconómicos y demográficos. Estadística: Se realizó análisis descriptivo.

Resultados: En el período evaluado se incluyeron en el Registro Nacional 647.067 personas con discapacidad, de las cuales el 40,9% (n=265036) tiene discapacidad motora. Del total de personas con discapacidad motora el 22,27% (n= 59026) presenta origen reumatológico. La mayoría son mujeres (72,6%, n=22419), con una edad promedio de 59±12 años. El 69,2% (n=21353) de este grupo tiene obra social y/o prepaga, mientras que el 25,3% (n=7853) se atiende en el hospital público. El 47,4% (n=14644) goza de beneficio previsional. El 21,6% (n=6670) de los individuos concurre a renovar el certificado, y un 8,2% (n=2558) presenta algún tipo de dispositivo protésico u ortopédico asociado a su discapacidad.

Discapacidad Motora de Origen Reumatológico, según etiología.

Osteoartritis	87,37%
Artritis Reumatoidea	18,5%
Lupus	4,22%
ARJ	2,08%
SCL	1,5%
Artritis Psoriásica	1,32%
Sjogren	1,1%
Espandilitis Anquilosante	1%
Otros	2,79%

Conclusión: Las enfermedades reumatológicas constituyen más del 20% de los casos de Discapacidad Motora de la Argentina. La causa más frecuente es la Osteoartritis, seguida por la Artritis Reumatoidea en segundo lugar. Las mujeres de mediana edad constituyen el grupo más afectado. Este es el segundo informe con datos obtenidos del Registro Nacional de Discapacidad, el cual busca informar a la comunidad científica el impacto de las enfermedades reumatológicas a fin de generar estrategias que mejoren la evolución de estas patologías.

120

PO120
0033**ARTRITIS REUMATOIDEA Y DEPRESIÓN**

M Intrigato¹, C Ríos¹, G Maldonado², C Ferro¹, J Cárdenas², C Aguirre², C Paredes², V Avila², R López², J Martínez², N Córdova², M Moreno²
¹ Centro de Reumatología y Rehabilitación, Ecuador. ² Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ³ Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. ⁴ Servicio de Reumatología del Hospital Luis Vernaza, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con AR. Su incidencia es variable (10-25%), siendo más frecuente en mujeres. Wolfe determinó que la actividad de la enfermedad se asocia a la depresión y que los cambios en el dolor y el HAQ-DI predicen mayor depresión.

OBJETIVO: Evaluar la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico establecido de AR por medio del cuestionario PHQ-9 y evaluar su relación con la actividad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en pacientes con diagnóstico establecido de AR de acuerdo a los criterios ACR 2010, provenientes de la consulta externa del Hospital Luis Vernaza y un centro de reumatología privado (CERER). La base de datos incluyó datos demográficos, escala analógica visual del dolor (VAS), índice de actividad DAS28-PCR, índice de discapacidad HAQ-DI y el cuestionario PHQ-9. Los datos fueron cargados y analizados en un programa estadístico SPSS V. 22. Las variables cualitativas fueron estudiadas utilizando estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, máximo y mínimo. Para los datos ordinales se calculó el coeficiente de correlación de Spearman y ANOVA para la comparación de las medias. La significancia estadística empleada fue de 0.01, con una confiabilidad del 99%.

RESULTADOS: Se incluyeron 184 pacientes con una edad media de 51 años (20-90), 90.8% mujeres y 9.2% hombres, la edad media de comienzo de la enfermedad fue de 40 años (18-49) con un retraso de visita al especialista de 56 meses (1-432). El 94.6% eran mestizos, 3.8% blancos, y 1.6% afroecuatorianos, 50% eran casados, 16.3% unión libre, 16.3% divorciados, 9.2% solteros, y 8.2% viudos.

La comorbilidad más frecuente en los pacientes fue la obesidad 26.6% (49), seguida de hipertensión arterial y diabetes mellitus con 23.3% (52) cada una. Las manifestaciones extraarticulares más comunes incluyeron ojo seco 47.3% (87), rigidez matinal mayor a una hora 46.2% (85) y boca seca 42.4% (78).

El promedio del VAS del paciente fue 3.4 (0-10) y VAS del médico 2.8 (0-10). La media del DAS 28 PCR fue de 3.11 (0.7-7.6), con 44% (81) en remisión, 16.8% (31) actividad baja, 32.1% (59) actividad moderada y 7.1% (13) actividad alta. El 21.7% (40) de los pacientes presentaron discapacidad y 1.6% (3) discapacidad severa, con una media de HAQ I de 0.8 (0-3).

La media del cuestionario PHQ-9 fue de 5.39 puntos (0-24). De acuerdo a este, se encontró depresión en 42.9% (79), 24.5% (45) depresión leve, 9.8% (18) moderada, 7.1% (13) moderada-severa y 1.6% (3) severa. De estos, 89.9% (71) eran mujeres y 10.1% (8) hombres.

Se encontró una relación entre los niveles de depresión y la actividad de la enfermedad con DAS-28. El 66.7% (20) de los pacientes en remisión tuvieron depresión leve mientras que el 70% (7) de los pacientes con actividad alta presentaron depresión moderada a severa (p=0.009). El DAS 28 medio para los pacientes con depresión moderada a severa fue mayor que en aquellos con depresión leve (4.0 vs. 2.9, p=0.004).

La discapacidad también se relacionó con los niveles de depresión ya que 40.7% (11) de los pacientes con discapacidad funcional presentaron depresión moderada a severa, en comparación con 35.1% (13) de los pacientes sin discapacidad (p=0.009). Así mismo, el HAQ medio de los pacientes con depresión grave fue mayor que los demás (p=0.000).

En cuanto a la EVA del paciente, se encontró que el valor medio en personas con depresión leve fue de 3.7, mientras que en depresión moderada a severa fue de 5.4 (p=0.000). En la del médico, el valor medio en personas con depresión leve fue de 3.1, mientras que en depresión de moderada a severa fue de 4.6 (p=0.000). El número de articulaciones dolorosas fue mayor en los pacientes con depresión grave que en aquellos con depresión leve (7 vs 1, p= 0.000), al igual que las articulaciones tumefactas (8 vs 1, p=0.000).

CONCLUSIÓN: La presencia de depresión fue frecuente en nuestra población, las mujeres fueron las más afectadas. La depresión se asoció a discapacidad y actividad de la enfermedad. La presencia de depresión en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoidea fue similar a la de otras poblaciones, este es el primer estudio de depresión en pacientes con artritis reumatoidea del Ecuador.

121

PO121
0107**"GENERANDO HABITOS SALUDABLES". TALLER EDUCATIVO INTERDISCIPLINARIO PARA PACIENTES CON COLAGENOPATIAS**

E Alves, F Casarías, O Bergel Roldán
 Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur, Argentina.

Introducción

Las colagenopatías son un grupo de enfermedades que afectan el tejido conectivo que conlleva a diversos grados de incapacidad funcional, por sus grados variables de deformidad y dolor que provocan con su consecuente impacto en el desempeño en todas las áreas de ocupación, en su red social y laboral. Dentro de este grupo la de mayor frecuencia es la Artritis Reumatoide.

Su curso crónico y carácter multifactorial requiere de un abordaje holístico e interdisciplinario con la finalidad de incluir todas las variables que afectan al paciente. Sus características provocan un proceso continuo de estrés y adaptación por la necesidad de manejar los síntomas físicos, emocionales y psíquicos y el cumplimiento de una serie de cuidados preventivos con un intenso esfuerzo personal, que pueden afectar su calidad de vida. El abordaje se orienta en tres pilares importantes; la medicación adecuada, los ejercicios activos terapéuticos y la educación. Múltiples estudios señalan que la educación debería ser el primer paso para el manejo de esta patología.

Por ellos se creó como estrategia de intervención un taller educativo interdisciplinario (Terapia Ocupacional, Reumatología, Terapia Física, Nutrición, Psicología) para pacientes con Artritis Reumatoide que incluye un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas que conduzcan al bienestar biopsicosocial. La estrategia se sustenta en la necesidad de transmitir el conocimiento necesario para que los pacientes comprendan los mecanismos actuantes en la enfermedad y los efectos que provoca, para incorporar los cuidados específicos y lograr un mayor control de sus variables de su salud tomando parte activa en su rehabilitación.

Objetivo
 Fomentar la participación activa en el proceso de rehabilitación y promover el aprendizaje e incorporación de hábitos saludables específicos, de las personas con diagnóstico de colagenopatías que asisten al taller en Centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, durante el período 2013-2014.

Material y métodos
 La población estuvo compuesta por 14 personas con diagnóstico de colagenopatía que cuentan con historia clínica en Centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, no siendo factores de exclusión la edad, el sexo, el tiempo de evolución ni las enfermedades asociadas. Se recolectaron datos por medio de dos encuestas pre y post taller, en las mismas contaban con preguntas semiestructuradas. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva.

Resultados
 El 93% de los participantes fueron de sexo femenino y el 7% de sexo masculino, el rango etario fue de 34 a 70 años de edad. (X 55,21+ 9,49). La participación al taller presentó un promedio de asistencia semanal del 77%.

A través de la encuesta pre taller se determinó que el 92% de los participantes no conocen el proceso fisiopatológico de la patología y por ende los cuidados que ella requiere.

La encuesta post taller indicó que luego de la participación en el mismo, el 100% de los participantes manifestó haber incorporado los conocimientos básicos de la patología, haber comprendido las medidas de protección articular y conservación de energía. Todos refieren haber implementado alguna modificación en su quehacer cotidiano, principalmente en Actividades instrumentales.

El total de los participantes le adjudicó un importante valor al trabajo grupal, ya que permite compartir experiencias y diferentes estilos de vida.

Ante preguntas específicas sobre actividades y su manera correcta de realizarlas, el total de los participantes respondió adecuadamente, por lo que se concluye que lograron aprehender e incorporar los cuidados necesarios.

Conclusión

El abordaje interdisciplinario resulta indispensable para garantizar que todos los aspectos involucrados en el proceso de rehabilitación estén contemplados.

La posibilidad de generar un espacio para trabajar aspectos educativos de manera grupal, es valiosa, ya que los participantes incorporaron los contenidos con mayor facilidad, se abordan los emergentes de manera práctica y les permitió tomar parte activa en el proceso de rehabilitación. Se obtuvieron beneficios que facilitaron la incorporación y transferencia de aprendizajes, obteniendo nuevas posibilidades de fortalecimiento personal. Lograron retomar roles y actividades significativas, aumentar la capacidad y posibilidad de interacción y de comunicación, y el fortaleciendo sentimientos de autoconfianza.

122

PO122
0159**SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR PRIMERA VEZ A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**

C Troilito, M Adrover, G Calizaya, V Sandoval, J Lares, P Marcaida, V Durigan, V Duarte, S Scarafía, A Secco, M Mamani
 Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La depresión puede pasar inadvertida fácilmente en la atención clínica habitual. Las repercusiones que tiene esta demora en el diagnóstico de depresión, incrementan la posibilidad de cronicación del cuadro psicológico, deteriora la calidad de vida, aparecen otras complicaciones médicas, producen fenómenos de hiperfrecuentación y aumenta el gasto sanitario.

OBJETIVOS: Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes que consultaron por primera vez al servicio de reumatología y, determinar si los pacientes con depresión tenían diferentes motivos de consulta y mayor puntaje en la escala visual análoga (EVA) de dolor que los pacientes sin depresión.

MÉTODOS: Se realizó un estudio de cuantificación y comparación a muestras independientes, observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que consultaron por primera vez al Servicio de Reumatología, excluyéndose a pacientes con tratamientos psiquiátricos y enfermedades reumatológicas establecidas. Se analizaron datos demográficos, hábitos, automedicación, comorbilidades, consultas previas realizadas, especialistas consultados, motivos de consulta y diferencias de EVA de dolor entre pacientes con y sin síntomas depresivos. Se realizó el cuestionario autoadministrado PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), el cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tenía un índice de severidad correspondiente a: 0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad de los días y 3 = casi todos los días (total de 0-27) y según los puntajes obtenidos, se clasificó en 4 categorías: (1) síndrome depresivo mayor, (2) otros trastornos depresivos, (3) síntomas depresivos positivos y (4) síntomas depresivos negativos. Para realizar el análisis se dividieron a los pacientes en quienes tenían algún trastorno depresivo (categorías 1 y 2) de los que no lo tenían (categorías 3 y 4). Para las variables continuas se utilizó t-test o prueba de Mann Whitney, según distribución y tamaño muestral. Para las variables categóricas se utilizó Chi cuadrado o test exacto de Fisher según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se realizó análisis multivariable de regresión logística tomando a la depresión como variable dependiente.

RESULTADOS: Se incluyeron 121 pacientes, de los cuales 86% eran mujeres, con una edad media de 49 años (DS 15). El 53% de los pacientes eran extranjeros, y 54% vivía en CABA. El 41% eran desocupados y 12% jubilados, con una mediana de escolaridad de 7 años (RIC 6-11). El 42% eran solteros vs 58% de casados, divorciados y viudos. El 50.4% se automedicaba (principalmente con AINES) y 54% tenía trastornos del sueño. El 52% tenía alguna comorbilidad (principalmente HTA o hipotiroidismo) y 11% eran fumadores. La mediana de consultas previas por el motivo actual era de 2 (RIC 1-3) y la mayoría había consultado a otro especialista previamente. Los motivos de consultas más frecuentes fueron poliartalgias (35,5%), lumbalgias (13%) y dolor de manos (11%).

Según el PHQ-9, el 37% de los pacientes se clasificaba dentro de un Síndrome depresivo mayor y 19% dentro de otros trastornos depresivos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin algún trastorno depresivo en cuanto a los diferentes motivos de consulta. Sin embargo, los pacientes con trastornos depresivos tenían mayor EVA de dolor (7, RIC 5-8) que los pacientes sin depresión (5, RIC 4-6) y más días con dolor en la semana previa (7, RIC 5-7 vs 5, RIC 3-7), ambos con una p < 0.01. Se observó mayor frecuencia de automedicación (61% vs 39%) y trastornos del sueño (63% vs 37%) entre los pacientes con trastornos depresivos, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el análisis multivariado la única variable que se encontró asociada a la depresión de manera independiente fue el EVA de dolor (OR 1.33, IC 1.13-1.56).

CONCLUSIÓN: En la población estudiada se encontró que un alto porcentaje de pacientes tenía algún trastorno depresivo y, si bien no había diferencias en los motivos de consulta, este grupo de pacientes tenía una mayor frecuencia y percepción del dolor. Por lo cual consideramos que el reumatólogo debe tener presente a esta problemática a fin de realizar un diagnóstico adecuado, optimizar la solicitud de estudios complementarios, y realizar un enfoque multidisciplinario del paciente.

123

PO123
0081**RECURSOS EN REUMATOLOGÍA EN EL DISTRITO V DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

NL Fara¹, G Sequeira²
¹ Instituto Médico de la Comunidad, Argentina. ² Centro Dermatológico Schejtmán, San Miguel, Prov Bs As, Argentina.

Introducción: conocer el número de reumatólogos y las condiciones asistenciales y laborales en que trabajan es básico para el desarrollo de la especialidad en una provincia o en un país porque permite planificar la asistencia en el futuro y redundar en un mejor cuidado de los pacientes con enfermedades reumáticas.

Objetivo: evaluar los recursos en reumatología en el Distrito V del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Las 17 localidades incluidas en el distrito V distan, en promedio, 73 km de la Ciudad de Buenos Aires y tienen una población de 2.462.509 habitantes. A través de los datos provistos por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito V se identificaron: 1) a todos los reumatólogos registrados y se les invitó a participar de una encuesta 2) a todas las instituciones públicas o privadas registradas en el distrito con internación y se les invitó a participar de una encuesta. Se preguntó sobre estándares de calidad y recursos en la especialidad. Los datos obtenidos, se complementaron con llamados telefónicos, información obtenida a través de internet, y bases de datos públicas de obras sociales y sociedades científicas.

Se estimó como óptima una tasa de al menos 1 reumatólogo cada 40.000 habitantes o menor y como mínimo aceptable al menos 1 efector con internación público y 1 privado con reumatólogo.

Resultados: se identificaron 35 profesionales de los cuales se descartaron 2 (1 fallecido, 1 jubilado) y en 8 casos no se pudo certificar que fueran reumatólogos. Con los 33 reumatólogos identificados (certificados o no) se calculó una tasa de 1 reumatólogo cada 74.621 hab. Se calculó que faltan 29 reumatólogos para llegar a una tasa óptima.

Sobre 156 establecimientos de salud registrados en el distrito, se excluyeron 92 que correspondían a institutos dedicados a otras especialidades (oftalmológicos, psiquiátricos, materno-infantiles, cardiológicos, etc), salas de primeros auxilios o instituciones que habían cerrado. Sobre 64 instituciones públicas y privadas del distrito se obtuvo información de 48 (75%). Tenían reumatólogo 21 instituciones (44%) y el resto no. Sobre 21 instituciones que tenían reumatólogo, 8 (38%) correspondían a instituciones públicas y el resto correspondían a instituciones privadas, mutuales o militares. De las instituciones que no se obtuvo información todas correspondían a establecimientos privados.

En 5 localidades, que significaban el 25.5% de la población total del distrito V se consideraron óptimos los recursos en Reumatología; en 2 localidades (25.2% de la población del distrito V) se consideraron mínimamente aceptables los recursos en reumatología, aunque la tasa de reumatólogos por hab fue de 1 cada 74.769 hab y 107.458 hab, respectivamente; 5 localidades (45.1% de la población total del distrito) no llegaron a tener recursos mínimamente aceptables, con tasas de reumatólogo por habitante desde 1 cada 57.135 hasta 1 cada 150.835. Por último 5 localidades (4.2% de la población total del distrito) no tenían reumatólogo ni institución pública o privada con reumatólogo.

Conclusiones: el número de reumatólogos actuales supera ligeramente el 50% de la tasa óptima estimada para todo el distrito V. Alrededor del 50% de la población no accede a recursos mínimamente aceptables en reumatología en su localidad y un 4% de la población no tiene ningún recurso en reumatología disponible.

124

28-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Fibromialgia"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO124
0247
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, IMAGENOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO 1
SJ Magri, RN Garcia Salinas, MV Martire, MP Girard Bosch, P Arturi, AS Arturi
Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción: Es conocido que el Síndrome doloroso regional complejo tipo 1 (SDRC) o Sudeck es una patología poco frecuente en el consultorio de reumatología. Se caracteriza por manifestarse con dolor, tumefacción, trastornos sensoriales, disfunción vasomotora autonómica, cambios tróficos en los tejidos y trastornos en la motilidad del área afectada. Pudiendo ocurrir en una o varias regiones articulares, sin repercusión sistémica y sin modificar parámetros inflamatorios. La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IAPS) determinó en 1993 adoptar la denominación de SDRC y a partir de 1994 lo clasifica en 2 tipos, según la existencia o no de lesión nerviosa. El SDRC tipo 1 ocurre en cualquier etapa de la vida, más frecuentemente entre los 30 y 60 años, es 3-5 veces más frecuente en mujeres. La prevalencia es del 2 por mil en la población general y del 5% en los pacientes con un traumatismo previo. En la literatura disponible la mitad de los casos se relacionan con accidentes de trabajo.

Objetivo: Describir las características clínicas, imagenológicas y de tratamiento de un grupo de pacientes con SDRC tipo 1 derivados a un servicio de Reumatología en el período de un año.

Material y Métodos: Se incluyeron 19 pacientes SDRC en el período comprendido desde 01/01/2014 a 01/06/2015 derivados al servicio de Reumatología. Se analizaron las siguientes variables: Causa vinculada al desarrollo del SDRC, tipos de tratamientos instaurados, hallazgos en imágenes (centellograma, radiología), colocación de material de osteosíntesis, laboratorio, kinesioterapia, tiempo de inmovilización y fracturas secundarias a stress. Una variable de peso para nuestro servicio luego de haber realizado campañas de derivación oportuna fue evaluar el tiempo que derivaba dicha patología.

Resultados: Se analizaron 19 pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados: El 68,4% fueron mujeres. La causa principal que desencadenó el SDRC en primera instancia se asoció a fractura en el 84,2% de los pacientes de los cuales el 31% tuvo que utilizar osteosíntesis. El 15,8% se debió a esguinces que fueron de tobillo en el 100% de los casos. Con respecto al diagnóstico se obtuvo centellograma en 3 tiempos compatible con SDRC en el 84,2% de los casos, en la evaluación radiográfica se obtuvo como patrón predominante a la osteopenia en parches en el 52,6% de los casos, todos los pacientes recibieron indicación de inmovilización siendo la media de inmovilización de 2,21 meses (DE 1.03). Al analizar el tratamiento instaurado se obtuvo que el 100% de los pacientes utilizó vitamina D, calcio y antiinflamatorios no esteroideos en el transcurso de la enfermedad. Con respecto a los antiresortivos el Pamidronato EV se utilizó en el 42,1% de los casos, el restante 57,9% correspondió a Ibandronato vía oral. El 31,6% utilizó menos de 1 mes de esteroides a dosis bajas y el 63,2% utilizó dosis de Pregabalina mayores a 150 mg día. El 78,9% de los pacientes realizó kinesioterapia específica más de 30 sesiones como pilar en su tratamiento. En el análisis de derivación oportuna se obtuvo un 68,4% derivado por el servicio de traumatología y el resto derivados por la ART (Aseguradora de Riesgos de Trabajo) a nuestro servicio.

Conclusión: El SDRC es una afección infrecuente que requiere ser diagnosticado precozmente para realizar el tratamiento. Un dato de relevancia es la gran derivación del servicio de traumatología en la mayoría de los casos tanto para diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Con respecto a este último tenemos un alto porcentaje de utilización de Pamidronato ev en un 42% con buena respuesta a largo plazo. Nos llama la atención el alto porcentaje de utilización de pregabalina en dosis mayores de 150 mg día (63%), y de cursos cortos de esteroides, con lo cual creemos que sería necesario realizar guías de tratamiento locales para el SDRC tipo 1 con el fin de protocolizar el manejo de dicha patología en Reumatología.

125

28-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Osteoporosis y Artrosis"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO125
0111
RIZARTROSIS: ¿ES ÚTIL LA ECOGRAFÍA PARA SU DETECCIÓN?
M Gallardo, F Vergara, E Bertiller, E Bertiller, J Rosa, S Ruta, ER Soriano
Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La artrosis de la articulación trapeciometacarpiana (TMC), llamada rizartritis, es una de las localizaciones más frecuentes de esta patología degenerativa articular. Su diagnóstico se basa, habitualmente, en características clínicas y radiográficas (Rx). No está clara la utilidad de la ecografía en la detección de la rizartritis. El objetivo fue evaluar la capacidad de la ecografía en la detección de la rizartritis.

Pacientes y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes consecutivos que fueron sometidos a Rx y ecografía de ambas manos (con un intervalo entre ambas técnicas menor a 30 días) entre enero del 2012 y diciembre del 2014. Se registraron datos demográficos y clínicos. Todos los exámenes ecográficos se llevaron a cabo por un reumatólogo entrenado en dicha técnica, sin conocer los resultados de la Rx, utilizando un equipo ecográfico MyLab70 (Esaote) provisto con transductor lineal multifrecuencia de 6 a 18 MHz. A nivel de la articulación TMC se evaluó la presencia de osteofitos, definidos como excrescencias de la cortical ósea desde los márgenes articulares, observable en dos planos perpendiculares. Los osteofitos, además, se clasificaron en una escala de 0 a 3 (0 = ausencia; 1 = leve: presencia de osteofitos < 2 mm; 2 = moderada: presencia de osteofitos ≥ 2 mm; 3 = marcada: presencia de osteofitos ≥ 2 mm asociados con pérdida de la arquitectura articular normal). Las Rx fueron valoradas por otro reumatólogo experimentado, sin conocer los datos de la ecografía, para determinar la presencia de estrechamiento del espacio articular y/o osteofitos a nivel de la articulación TMC. Se utilizaron los criterios de Eaton para la clasificación de la rizartritis por Rx (Estadio 1: espacio articular normal; Estadio 2: Disminución del espacio articular, osteofitos pequeños (<2 mm), subluxación <1/3; Estadio 3: Disminución del espacio articular, quistes subcondrales o esclerosis, osteofitos ≥ 2 mm, subluxación <1/3; Estadio 4: Estadio Asociado al compromiso de la articulación escafotrapezoidea). **Resultados:** Se incluyeron un total de 378 articulaciones TMC en 189 pacientes para el análisis final. Ciento veintiocho (67,7%) pacientes fueron mujeres y la edad media (DE) fue de 64,1 (14) años. Respecto a la presencia de rizartritis, la Rx y la ecografía concordaron en 365 de 378 (96,5%) articulaciones TMC (figura 1). En 71 articulaciones TMC ambos métodos de imagen no detectaron patología degenerativa, mientras que en 294 TMC ambos métodos de imágenes confirmaron la presencia de rizartritis (Kappa: 0,89; IC del 95%: 0,84-0,95). El coeficiente de correlación intraclass para los grados de rizartritis de acuerdo a ambas modalidades de imágenes fue de 0,9 (IC 95%: 0,88-0,92) (Figura 2).

Conclusiones: La ecografía y la Rx mostraron un excelente grado de acuerdo para la detección de rizartritis y una excelente correlación para la clasificación acorde al grado de compromiso articular. La ecografía podría ser utilizada tanto para la detección de la rizartritis, como en el establecimiento del grado de afectación articular.

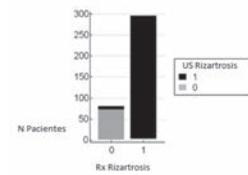


Figura 1. Acuerdo entre la Rx y la ecografía para la detección de rizartritis.

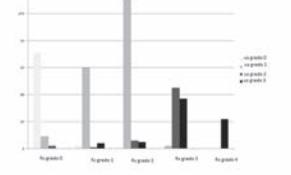


Figura 2. Distribución de los grados ecográficos de rizartritis según la clasificación Rx en estadios de Eaton.

126

PO126
0131
PRODUCTIVIDAD LABORAL EN OSTEOARTRITIS Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS
MJ Santa Cruz¹, B Barrios¹, SB Papisidero¹, MA Medina¹, DS Klajn¹, JA Caracciolo¹, OL Rillo¹, L Casalla², M Benegas³, S Agüero⁴, F Tamaño⁵, G Casado⁶
¹ Hospital General de Agudos Dr. E. Torná, Argentina. ² Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano, Argentina. ³ Consultorio Privado, Argentina. ⁴ Centro de Rehabilitación de la provincia de Catamarca, Argentina. ⁵ Hospital Militar Central, Argentina.

La Osteoartritis (OA) es una de las patologías articulares más prevalentes, que puede producir un importante impacto en la capacidad funcional y la calidad de vida, así como también en la productividad laboral. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la productividad laboral en pacientes con OA de cadera y/o rodilla y analizar su relación con las características clínico-radiológicas de la enfermedad. **Material y métodos:** Estudio multicéntrico, analítico, observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de OA de rodillas y/o caderas (criterios ACR '86 y '90 respectivamente), laboralmente activos en la última semana. Se excluyeron pacientes con artropatías inflamatorias, Fibromialgia y/o alguna condición que impidiese la lectura o comprensión de los cuestionarios. Se registraron características sociodemográficas, de la enfermedad y laborales. La productividad laboral se evaluó mediante el cuestionario WPAI (Work Productivity and Activity Impairment) adaptado para OA. **Análisis estadístico:** Se determinó mediana y RIC de ausentismo, presentismo y pérdida de productividad laboral total (PPLT). Se estimó la correlación de los tres indicadores de productividad de WPAI con WOMAC Ab, HAD A, HAD D, HAD total, EVA dolor y OAKHQOL mediante coeficiente de correlación de Pearson en toda la población y en el grupo laboral que mostró mayor pérdida de productividad. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple de la PPLT con las variables estadísticamente asociadas en el análisis bivariado. **Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes (83% mujeres), edad media 58 años (DE 9,9). Mediana del tiempo de evolución de la OA: 24 meses (RIC 2-180), media de EVA dolor: 51,9 mm (DE 21,5); la articulación más sintomática fue la rodilla derecha (62,5%). El 78,4% presentaba daño radiológico grado 2 o 3 según K&L. Trabajaban por hora: 42 pacientes (47,7%), y en relación de dependencia: 37 (42%). El 60% de las tareas realizadas eran de intensidad leve. El tipo de empleo más frecuente fue personal doméstico (35%). Cambiaron de empleo por la OA: 14 pacientes (15,9%). Datos obtenidos del WPAI: mediana de Ausentismo (Au): 0% (RIC 0-2,37); Presentismo (Pr): 40% (RIC 5-60); PPLT: 37% (RIC 0-70); y compromiso de las actividades de la vida diaria (AVD): 30% (RIC 10-55). En la tabla 1, se observa la correlación de Pr, PPLT y pérdida de AVD con las otras variables analizadas. El WPAI no correlacionó con daño radiológico ni con demanda física laboral. El modelo de regresión múltiple, tomando como variable dependiente el porcentaje de PPLT, mostró como única variable estadísticamente significativa al OAKHQOL. Al comparar los diferentes grupos según trabajo ocasional, por hora o en relación de dependencia, observamos mayor PPLT en los trabajadores por hora (N=42). En la tabla 2, se observa la correlación del Pr, la PPLT y la pérdida de AVD con las variables analizadas en este grupo de pacientes. **Conclusión:** La Pérdida de Productividad Laboral Total fue del 37%, con mayor impacto en el presentismo. La calidad de vida fue la única variable que en el modelo de regresión múltiple demostró afectar la PPLT en forma estadísticamente significativa. En los pacientes que trabajaban por hora, la productividad laboral evaluada por WPAI se asoció al compromiso funcional y calidad de vida.

Tabla 1 (N= 88)

	Presentismo	Pérdida PLT	Pérdida de AVD
WOMAC Ab	0,39	0,35	0,33
HAD A	0,40	0,40	0,30
HAD Total	0,39	0,40	0,31
OAKHQOL	-0,46	-0,41	-0,31

p<0,05

Tabla 2 (N= 42)

	Presentismo	Pérdida PLT	Pérdida de AVD
WOMAC Ab	0,58	0,57	0,66
HAD A	0,46	0,45	0,47
HAD D	0,44	0,43	0,47
HAD Total	0,47	0,47	0,52
OAKHQOL	-0,61	-0,59	-0,58

p>0,05

127

PO127
0211
NIVEL DE ACUERDO INTEROBSERVADOR EN LA DETECCIÓN DE LESIONES ULTRASONOGRÁFICAS DE GOTA.
T Cazenave¹, J Rosa², SO Ruta², W Spindler³, G Citera¹, MG Rosenfield¹
¹ Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ Centro Médico Privado de Reumatología, Tucumán, Argentina.

Introducción: La Ultrasonografía (US) ha demostrado ser útil para la evaluación diagnóstica de los pacientes con gota, siendo capaz de detectar lesiones específicas de la enfermedad. Determinadas lesiones elementales han sido recientemente definidas por un grupo internacional de expertos. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de acuerdo interobservador para la detección de lesiones US elementales de gota en un ejercicio de evaluación en tiempo real de pacientes.

Materiales y métodos: Se diseñó un ejercicio de evaluación US de pacientes con diagnóstico de gota (según Criterios ACR 1977). Dos pacientes con diagnóstico establecido de gota fueron invitados a participar. La evaluación US estuvo a cargo de cinco reumatólogos con amplia experiencia en US (TC, MR, JR, SR, WS). Se utilizaron dos equipos US (General Electric LOGIQ E) equipados con una sonda lineal multifrecuencia y utilizando presels acordados a las recomendaciones establecidas. Previamente a la evaluación se realizó una sesión teórica para acordar la técnica de examinación y las definiciones de lesiones US. Se definieron las siguientes 5 lesiones relacionadas a gota: signo de doble contorno en cartilago (DC) tofo blanco (TB), tofo duro (TD), agregados hiper-ecogénicos (AH) y banda lineal hiper-ecogénica (BLH). Durante el ejercicio cada evaluador por separado examinó a ambos pacientes en dos rondas consecutivas. La evaluación US incluyó ambos codos (tendón del tríceps), rodillas (receso anterior, receso paratrotuliano interno y externo; tendón rotuliano) y primeras metatarsofalangias (MTF) (vista anterior y medial). Se consignó la presencia de DC, TB, TD, AH, en rodilla y MTF y de TB, TD, AH y BLH en tendones del tríceps y rotulianos. Además se evaluó la presencia de sinovitis, señal Power Doppler (PD) y erosiones (en MTF). **Análisis estadístico:** El nivel de acuerdo inter-observador para la presencia de cada una de las lesiones fue evaluado utilizando estadística de Kappa (κ).

Resultados: El nivel de acuerdo inter-observador para cada lesión US se muestra en la tabla 1. Se observó acuerdo de moderado a excelente para la presencia de TB, AH, BHL y Erosión (κ = 0,43-1). El nivel medio de acuerdo para las lesiones elementales de gota varió de medio a bueno (media de κ = 0,31-0,71) dependiendo de la lesión observada.

Tabla 1.

Lesión US	TB	TD	AH	DC	BLH	Erosiones	Sinovitis	señal PD
Kappa de Cohen (range)	0,51-1	0,37-1	0,43-0,92	-0,21-1	0,62-1	0,51-1	0,39-0,87	0,29-0,63
Media de kappa	0,71	0,69	0,69	0,31	0,71	0,66	0,55	0,46

*TB: tofo blanco; TD: tofo duro; AH: agregados hiper-ecogénicos; DC: signo de doble contorno; BLH: banda lineal hiper-ecogénica.

Conclusión: Las lesiones US elementales de la gota mostraron un aceptable nivel de acuerdo inter-observador. El hallazgo de estas lesiones puede resultar útil en la evaluación diagnóstica de los pacientes con gota.

128

29-9-2015
08:30 - 19:30

Posters

"HTP/Esclerodermia"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO128

0035

ESTUDIO DE PATRONES CAPILAROSCÓPICOS EN POBLACIÓN SANAJ Cárdenas¹, G Maldonado¹, C Ferro², K Ríos¹, C Ríos³¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. ³ Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: La capilaroscopia es un método no invasivo, útil en la evaluación del compromiso vascular de algunas colagenopatías, principalmente las que se asocian a Fenómeno de Raynaud (FR), algunas de estas enfermedades pueden provocar alteraciones capilaroscópicas como: dilatación capilar, zonas avasculares, hemorragias y arborización que nos permiten sugerir un diagnóstico clínico, sin embargo existen pocos reportes de patrones capilaroscópicos en población sana.

OBJETIVO: Describir los patrones capilaroscópicos en una cohorte de sujetos sanos.

MATERIALES Y METODOS: Estudio prospectivo observacional y descriptivo de selección de sujetos sanos mediante criterios de inclusión y exclusión. Se realizó videocapilaroscopia del cuarto y quinto dedo y se estudió la morfología vascular. Los datos fueron analizados en un programa estadístico SPSS V22.

RESULTADOS: Fueron analizados 100 pacientes, con una media de edad de 21.38 años, 50 mujeres (50%) y 50 hombres (50%) de raza mestiza en su mayoría (87%) y blanca (13%). Se realizó videocapilaroscopia, el 17% de la población no presentó alteraciones capilaroscópicas, el 86% presentó alteraciones y las más frecuentes fueron ectasias (60%), tortuosos (62%) y entrecruzados (59%), la media capilar fue de 42.75 um (mujeres: 41.14um vs. hombres 45.34um). Se dividió a la población en dos grupos, fumadores y no fumadores. En el grupo de fumadores (n=14) la media capilar fue de 46.25um, los hallazgos capilaroscópicos más frecuentes fueron capilares tortuosos (91%), entrecruzados (72%) y ectasias (64%). Los sujetos presentaron de 1-3 alteraciones capilaroscópicas: 1 alteración (45%), 2 alteraciones (36%) y 3 alteraciones (18%), en el grupo de fumadores el porcentaje de hallazgos aumenta, 1 alteración (86%), 2 alteraciones (57%) y 3 alteraciones (28%). Se encontró una relación entre la presencia de arborizaciones y el tabaco (p<0.05, OR 7.54, IC95% 1.35-42.11). No se evidenció zonas avasculares, megacapilares y patrón SD.

CONCLUSIÓN: Existen pocos reportes de estudios en población sana, este es el primer estudio de capilaroscopia en sujetos sanos en el Ecuador. 86% de la población presentó cambios capilaroscópicos.

129

PO129

0037

FENÓMENO DE RAYNAUD ASOCIADO A SOLVENTES ORGÁNICOSD Carbonell¹, G Maldonado¹, C Ferro², C Ríos³¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. ³ Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud fue descrito por primera vez en el año 1834 por Maurice Raynaud y lo definió como "vasoespasmio episódico, simétrico y distal, caracterizado por palidez, cianosis y sensación de llenado o entumecimiento, a veces doloroso de manos, orejas y nariz". La patogénesis del Fenómeno de Raynaud no está totalmente clara sin embargo, en los últimos 20 años se han incrementado los estudios acerca de este mecanismo y se han establecido puntos claves, uno de ellos es que el Fenómeno de Raynaud puede ser primario (idiopático) o secundario a una serie de condiciones subyacentes y que la patogénesis y fisiopatología varían entre estas condiciones. La exposición a solventes orgánicos se ha asociado con el desarrollo de enfermedades de patrón esclerodermia, siendo la exposición ocupacional un factor de riesgo. La capilaroscopia es un método no invasivo, seguro que permite la visualización de los capilares a nivel del lecho ungueal y permite distinguir entre el FR primario y secundario mediante patrones microvasculares. Presentamos el caso de una paciente que desarrolla Fenómeno de Raynaud hace aproximadamente dos años a partir del uso de sustancias orgánicas (ácido nítrico y cloruro de sodio).

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 36 años de edad que es referida por dolores generalizados mal definidos, fenómeno de Raynaud y artralgias de manos. No refiere antecedentes patológicos personales ni familiares: consume tabaco y alcohol ocasionalmente. Su ocupación es la metalurgia, enfocado al tamizaje de oro con ácido nítrico y cloruro de sodio, la paciente refiere cambios de coloración de manos que se desencadenaron desde hace dos años a partir del manejo con las sustancias que utiliza en su trabajo. Fue valorada por primera vez 5.03.15, a la exploración física presentó hipersensibilidad de 18/18 puntos fibrosíticos, fenómeno de Raynaud, hipersensibilidad en PIF sin tumefacción articular. Se evidenciaron placas descamativas a nivel de los dedos de las manos, se solicitó estudios inmunológicos y una videocapilaroscopia. Dos semanas después regresa a la consulta debido a que los dolores generalizados se habían incrementado, al examen físico presentó tumefacción de PIF, MTF, hipersensibilidad en carpos y codos, continuaba con todos los puntos fibrosíticos positivos. Refiere que durante el período entre la primera y segunda consulta presentó edema peribulbar y lesiones eritematosas en cara que respetaban el puente nasal en viaje realizado a la sierra. La videocapilaroscopia presentó alteraciones morfológicas: capilares entrecruzados, tortuosos, arborificados, megacapilares, hemorragias, zonas avasculares y depósito de material no identificado. En el laboratorio clínico se evidenció anticuerpos antinucleares positivos patrón nuclear 1:160.

CONCLUSIÓN: El uso y manipulación de solventes orgánicos por un periodo prolongado de tiempo podría ser considerado un gatillador externo de Esclerodermia. Se debe tener en cuenta la realización de estudios inmunológicos y videocapilaroscopia frente a pacientes que manipulen estas sustancias y que presenten manifestaciones clínicas sugerentes de una colagenopatía.

130

PO130

0252

NECROSIS DIGITAL LENTA Y PROGRESIVA: ...PENSAR SIEMPRE EN UN SOLO**DIAGNÓSTICO? REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**N Errico, C Pappalardo, J Romanelli, R Solari, M Mamani, A Catalan
Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

Introducción: La Necrosis Digital representa un desafío diagnóstico que debe ser abordado por varias disciplinas, no siempre es un solo diagnóstico.

Caso clínico:

Paciente de sexo masculino, 43 años, consulta por lesión necrótica en 2º dedo pie derecho y proceso infeccioso circundante en noviembre 2012. Antecedente de F. de Raynaud de 1 año de evolución y pitting scar en meñique derecho. No fumador, no otros antecedentes. Tratamiento: Nifedipina 40 mg/d, Pentoxifilina: 1200 mg/d, Cilostazol 200mg/d. Se plantean Dx diferenciales:

1) Esclerosis Sistémica Progresiva, 2) Vasculitis, 3) Tromboangiitis obliterante (TAO), 4) Crioglobulinemia, 5) Otra ETC.

1/10/2012: Colesterol: 237, FG: 77.44, Látex: -, C3: 207, FAN: -, Ac anticentrómero y anti Scl70-, Crioglobulinas: -, Anticardiolipinas a IgG e IgM: -, ANCA: -, Proteinuria de 24 hs: 0,35/24 hs; Capilaroscopia: Normal.

Ecodoppler cardíaco: N. Ecodoppler arterial de MMII: imágenes ecogénicas doppler color monocromo y espectral monofásico producto de lesión severa. 04/12/12: KPTT: 46%, LAC: +, ACL IgG: 18, Extracción quirúrgica de dedo afectado con Anat-Pat compatible con TAO. Posterior compromiso de pie homolateral.

08/02/13: GB: 13,100, VSG: 92, Colesterol: 168, Látex: -, KPTT: 41, LAC: -, ACL a IgG e IgM: -, Proteína S: 23 %, Proteína C Biológica: 45%. 01/08/2013: C3: 48, C4: 27, CH50: 35, Proteína S: 22; ACL a IgG: 18.

Julio 2014 lesión similar en dedo medio pie izquierdo. Capilaroscopia: ESD pattern activo. El paciente evoluciona en forma tórpida. Requiere amputación. Anat-pat TAO

Conclusión: la ocurrencia de dos entidades trombosantes como Trombofilia y TAO, es poco frecuente en la etiología de una necrosis digital. El paciente no reúne criterios para ESD según criterios ACR-EULAR 2013.

131

PO131

0122

NECROSIS DIGITAL EN ESCLERODERMIA Y LUPUS TRATADA CON CÉLULAS ADULTAS DE MÉDULA**ÓSEA AUTÓLOGA: ESTUDIO DE SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD**S Roverano¹, D Fioretti², H Ortega³, J Gallo³, M Cibils³, J Vicario³, S Paira¹¹ Hospital José María Cullen, Argentina. ² Deport Med, Argentina. ³ Facultad Veterinaria (UNL), Argentina. ⁴ Sanatorio Garay, Argentina. ⁵ Hospital Central Reconquista, Argentina.**INTRODUCCIÓN:**

Los riesgos tradicionales para la ocurrencia de eventos vasculares agudos son la presencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y uso de tabaco. El fenómeno de Raynaud asociado a esclerodermia (ESP) y lupus eritematoso sistémico (LES) demuestran que son enfermedades con compromiso vascular.

Un 30% de las úlceras digitales progresan a necrosis en ESP, mientras que menos del 1% de los pacientes con LES tienen este desenlace debido a una alteración en la angiogénesis y a una inadecuada circulación colateral. El tratamiento convencional incluye la administración de nifedipina, pentoxifilina, cilostazol, sildenafil, alprostadil y recientemente se incorporó el bosentán, siendo el desenlace final la amputación quirúrgica con pérdida de falanges o dedos.

Es amplia la experiencia para tratar pacientes con isquemia crítica de otras etiologías, como diabetes o arteriopatía periférica con células adultas de médula ósea. Hay varios trabajos (sobre todo en ESP) que demuestran el beneficio de la terapia con células madre en pacientes con úlceras y necrosis digitales, donde no es posible la revascularización quirúrgica.

OBJETIVO: evaluar seguridad y factibilidad de la administración intra-arterial de médula ósea autóloga no fraccionada (MOANF) en un paciente con LES y otro con CREST que presentaron necrosis digital.

Caso 1: Varón de 23 años, derivado por necrosis dedos pie derecho, de inicio el 10/01/2015. Medicado con 3 pulsos de 1 gr de metilprednisolona, sin respuesta. Antecedentes: necrosis 3 dedos de manos dos años antes, tabaquismo y F. Raynaud bifásico, manos y pies.

Examen físico: perforación del tabique nasal y ausencia de pulso pedio y tibial posterior derechos. SLEDAI: 4 Laboratorio: Hb: 7 gr/dl Hcto: 23.8% VSG: 70 mm/1º h, linfopenia, disminución de C3 y C4; FAN 1/5120 moteado, DNA (+), Sm (+)

VDRL: ANCA P y C, HIV, HCV, HbsAg, Chagas, proteinuria 24 hs: (-) o normales. Se diagnóstica LES.

Arteriografía: afinamiento arteria tibial posterior y desaparición de tibial anterior derechas.

Tratamiento: Prednisona 60 mg/día VO, Cilostazol 200 mg/día, Sildenafil 150 mg/día y Alprostadil 40 mcg/día EV durante 3 semanas. Dado la falta de mejoría se realiza administración intra-arterial de MOANF.

Aparece pulso pedio y mejora el tibial posterior, disminuyendo el área de necrosis y calmando el dolor a las 48 horas.

Arteriografía al mes del implante: mejoría significativa en la circulación digital con mayor flujo de los vasos nativos y aumento de la circulación colateral con vasos de neoformación compatible con angiogénesis. **Caso 2:** mujer de 76 años, derivada por necrosis digital manos de inicio abril 2015, disnea, pérdida de peso. Antecedentes: hipertensión arterial, F. Raynaud trifásico manos y lengua.

Exámen físico: telangiectasias, esclerodactilia, ausencia pulso cubital izquierdo y peroneos.

Laboratorio: Hb: 7,1 gr/dl Hcto: 22% VSG: 105 linfopenia FAN 1/2560 moteado DNAn, Ro, La, Sm, RNP, Scl-70: (-) anticentrómero 1/2560

Arteriografía: oclusión arteria radial derecha y lesiones difusas ambas arterias cubitales. Capilaroscopia: avascularidad severa en goma de borrar

Se diagnóstica CREST.

Tratamiento: cilostazol 200 mg/día, pentoxifilina 1200 mg/día, sildenafil 150 mg/día y alprostadil 40 mcg/día. Dada la falta de mejoría, a la semana se realiza administración intra-arterial de MOANF.

Aparecen los pulsos ausentes. Calma el dolor a las 48 hs. Reduce las áreas de necrosis.

Arteriografía al mes del implante: mejoría significativa en la circulación digital con mayor flujo en los vasos nativos y aumento en la circulación colateral con vasos de neoformación compatible con angiogénesis. A ambos pacientes se les realizó biopsia de piel pre-implante y al mes del mismo, con inmunomarcación, cuyos resultados están pendientes.

COMENTARIOS: la administración intra-arterial de MOANF en pacientes con necrosis digital causada por LES y ESP es un procedimiento seguro y factible, dando las bases para estudios posteriores con mayor número de pacientes para poder demostrar su eficacia clínica.

132

PO132
0123**MIOSITIS FOCAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**S Roverano¹, A Taratuto², S Paíra¹¹ Hospital José María Cullen, Argentina. ² Facultad de Medicina (UBA), Argentina.**INTRODUCCIÓN:**

El desarrollo de una masa en parte blanda en un corto período de tiempo hace sospechar la presencia de una neoplasia. Sin embargo, el examen histopatológico puede mostrar la presencia de un pseudotumor no neoplásico, tal como la miositis focal. Esta es un pseudotumor inflamatorio infrecuente del músculo esquelético, autolimitada, de etiología desconocida, que se presenta como una masa solitaria y que puede ser confundida con enfermedades inflamatorias y neoplásicas, tales como miositis osificante, miositis proliferativa y fasciitis nodular pseudosarcomatosa. Fue descrita por primera vez por Heffner en 1977.

CASO:

Mujer de 21 años con diagnóstico de Síndrome de Sjögren (Consenso Europeo-Americano 2002) desde 2013, que consulta en febrero 2015 por una masa localizada en brazo izquierdo, sin aumento de temperatura, de consistencia aumentada, de 4 x 5 cm, dolorosa que provocaba limitación en la extensión del codo, que había crecido insidiosamente en dos o tres semanas y pérdida de 10 kg de peso en dos meses. Se excluyó traumatismo.

Laboratorio: enzimas musculares y VSG normales. FAN (HeP-2): 1/5120; Ro (+); DNAN, RNP-U1, Scl-70, Jo-1, CCP, IgG4 sérica: negativos o normales. Inmunotinción para IgG4 en tejido de glándula parótida: (-).

Ecografía Doppler brazo izquierdo: trombosis parcial de vena axilar izquierda.

Se anticoagula a la paciente.

RMN brazo izquierdo: edema de músculos bíceps y subescapular sin calcificaciones.

Biopsia de la masa: se obtiene tejido pálido, fibro-grasoso. Tinción con Hematoxilina –eosina mostró tejido conectivo de aspecto aponeurótico, con escasas fibras musculares y severo infiltrado linfocítico dentro del tejido conectivo y entre las fibras musculares.

Inmunotinción: resultados positivos para ACL y CD3; escasos linfocitos fueron positivos para CD20 y CD8.

Esta miopatía inflamatoria fue consistente con el diagnóstico de Miositis Focal.

La paciente fue tratada con prednisona 20 mg/día y estaba recibiendo metotrexato 10 mg/semana e hidrocortisona 200 mg/día por el síndrome de Sjögren.

La masa retrogradó su crecimiento.

COMENTARIOS

La miositis focal se caracteriza por la presencia de una masa solitaria en un músculo esquelético específico, raramente doloroso y de lento crecimiento. Fue descrito en ambos sexos, desde edades que abarcan la niñez hasta la vejez.

El sitio más frecuentemente afectado son las piernas; pero brazos, lengua, cuello y músculo temporal también han sido descritos. La debilidad muscular o el compromiso articular no son característicos. El laboratorio no ayuda al diagnóstico, siendo la resonancia magnética el método de elección para localizar el músculo inflamado y la biopsia la regla de oro para diagnosticar la miositis.

Hay casos anecdóticos de miositis focal que evolucionaron a polimiositis, otros que se asociaron a enfermedad mixta del tejido conectivo, embarazo, crioglobulinemia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Hodgkin, Behçet y otros casos de "miositis nodulares localizadas" que se presentaron inicialmente como una pseudotrombocitosis, de manera similar al caso presentado.

133

PO133
0080**ESCLERODERMIA ASOCIADO A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**S Gordon, J Yauri, C Iruiralde, G Gerling, T Grosello, H Scherbarth
Unidad Reumatología y Enf. Autoinmunes H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

El síndrome antifosfolipídico (SAF) se presenta con mayor frecuencia asociado a conectivopatías como LES y AR. (aprox. 16 %). Es poco frecuente en la literatura el reporte de asociación entre Esclerodermia (SSc) y SAF, según algunos autores 4 % para SAF asociados a conectivopatías no AR o LES. Es posible encontrar los anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y beta 2 glicoproteínas (B2GP1) en SSc, pero generalmente los pacientes son asintomáticos.

OBJETIVO

Se reporta un caso de nuestra institución a efectos de tener en cuenta esta asociación y con el objetivo de utilizar el método clínico y semiológico para detectar antecedentes y seguimiento, pesquisar signo-sintomatología, tales como cefaleas, abortos, trombosis, livedo reticularis, etc. que lleve a sospechar la asociación de SAF y no solo realizar screening de auto-anticuerpos.

CASO CLÍNICO

Paciente S.G. sexo femenino, 23 años, derivada de sala periférica por poliartralgias, Raynaud trifásico y FAN positivo, con diagnóstico presuntivo de LES.

No refiere antecedentes personales y familiares. Niega alcohol, tabaco y otras sustancias.

Antecedentes ginecológicos: tres gestas, dos partos y un aborto espontáneo sin poder especificar causa.

Comienza hace dos años con Raynaud en manos y pies, poliartralgias y cefalea intensa tipo migraña que no respondía a ninguno de los tratamientos instituidos por el servicio de neurología. Estos síntomas se intensificaron en frecuencia e intensidad en los últimos meses.

El examen físico revela sinovitis de manos y muñecas, infiltrado edematoso de tejidos blandos que llegan hasta codos en miembros superiores y hasta tobillos en miembros inferiores (Rodnan modificado 3), afilamiento de los dedos con erosiones en pulpejos y esclerodactilia. Afilamiento de nariz, disminución de apertura bucal, falta de arrugas en la frente y mejillas (Rodnan modificado 3). Piel indurada en zonas expuestas del cuello hasta esternón (Rodnan modificado 3). Livedo reticularis en ambos miembros inferiores.

Se realiza capilaroscopia que muestra SD Pattern en 4 dedos de ambas manos.

Se efectúa ecodoppler cardíaco que muestra engrosamiento de válvula mitral y alteración funcional leve.

Se solicita laboratorio completo con los siguientes resultados: FAN 1/320 patrón nuclear homogéneo, Scl70 positivo 138 U/ml, antiDNA negativo, ENA negativo, anti-Centrómero negativo, IgG B2GP1 46, IgM B2GP1 54, IgG AACL 25, IgM AACL 32. Inhibidor lúpico positivo

Con el cuadro clínico y los resultados del laboratorio se asume que la paciente tiene una SSc y que la migraña y livedo reticularis y probablemente el antecedente de aborto se relacionan con la presencia de SAF, por lo que se consensúa con el servicio de hematología anticoagular a la paciente con un RIN entre 2,5 y 3,5 más AAS, clostazol 60 mg 3 veces por día, mepredisona 4 mg día y AINES según dolor.

La paciente al término de una semana presenta una evolución favorable nunca antes lograda en cuanto a la desaparición de sus migrañas y mejoría en livedo reticularis, mejoría notoria del Raynaud y desaparición completa de la infiltración edematosa de los tejidos blandos tanto de miembros superiores como inferiores.

CONCLUSIONES.

Como se pudo observar, la asociación de SSc y SAF, si bien es poco frecuente, hay que sospecharla clínicamente revisando los antecedentes y la signo-sintomatología del paciente, esto redundará en un tratamiento temprano de la enfermedad evitando así la progresión y las complicaciones de este cuadro clínico. Recordar, como nos enseñara G. Hughes, a tener en cuenta los hallazgos de migrañas en mujeres jóvenes que no responden a tratamientos convencionales, livedo reticularis y la valvulopatía mitral, como asociados a SAF.

134

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Lupus"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO134

0010

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A VACUNA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANOF Vivero¹, SM Babini², JC Babini³, F Salinas³, PO Malfante²¹ HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, Servicio de Reumatología y Clínica Médica, Mar del Plata, Argentina. ² HOSPITAL ESPAÑOL, Servicio de Reumatología, La Plata, Argentina.

Introducción: La relación entre vacunas y autoinmunidad es un tema ampliamente estudiado y debatido. Las vacunas, junto con las infecciones, el estrés psicológico, la exposición solar y ciertos fármacos, se describen como posibles factores medioambientales desencadenantes de autoinmunidad en pacientes genéticamente predispuestos. Las vacunas, no sólo contienen antígenos infecciosos, sino también sustancias utilizadas con el fin de aumentar la respuesta inmune a dichos antígenos, llamadas adyuvantes. Ambos componentes pueden gatillar autoinmunidad por diferentes mecanismos. Sin embargo, estos efectos adversos son poco frecuentes y, actualmente, la vacunación en pacientes con enfermedades autoinmunes está recomendada, siempre en situación clínica de remisión.

El cáncer de cérvix es uno de los más prevalentes en la población femenina mundial, particularmente en pacientes inmunodeprimidos. En nuestro país, la vacuna contra el HPV está incluida en el calendario de vacunación debiendo ser administrada en la pre-adolescencia.

Se describen dos casos de inicio de lupus eritematoso sistémico en relación temporal estrecha a vacunación contra el HPV.

1) paciente de 29 años consulta 2 meses luego de recibir la 3° dosis de vacuna bivalente contra HPV, por cuadro de erupción maculo-papular en cara y miembros, fotosensibilidad, alopecia, poliartritis y dolor pleurítico. En los exámenes complementarios se evidencia serositis, anemia, leucopenia con linfopenia, ANAs a títulos 1:1280 patrón moteado, anti-RNP y Sm positivos. La paciente fue tratada con dosis moderadas de prednisona e hidrocortisona con buena respuesta. En los tres años siguientes permaneció serológicamente activa y presentó dos brotes con manifestaciones cutáneas, articulares y serositis con buena respuesta al aumento transitorio de esteroides.

2) paciente de 18 años que ingresa una semana luego de recibir la 1° dosis de la vacuna cuadrivalente contra HPV por cuadro de artralgias, fatiga, fiebre, náuseas y dolor abdominal. Presentaba palidez con ictericia y coluria. El estudio de la paciente evidenció anemia hemolítica severa Coombs positiva, trombocitopenia, hepatosplenomegalia y derrame pleural bilateral. ANAs a títulos 1:1000, anti-DNA, anti-Ro/SSA y anticoaguable lúpico positivos. La paciente recibió pulsos de metilprednisolona seguida de reducción progresiva de prednisona e hidrocortisona, con remisión completa a los 3 meses. Un año después, continúa en remisión clínica, con actividad serológica positiva y en tratamiento de mantenimiento con hidrocortisona.

Discusión: existen numerosas descripciones de fenómenos autoinmunes vinculados a la administración de vacunas. Entre ellos se encuentran la positividad de autoanticuerpos, cuadros de desmielinización, episodios de artritis autoinmune, el inicio o el brote de una enfermedad autoinmune sistémica y ciertos síndromes inespecíficos asociados a adyuvantes. El período de latencia entre la vacunación y las manifestaciones clínicas puede ser de días hasta varios meses posteriores a la vacunación y, probablemente, esté asociado al mecanismo de autoinmunidad involucrado. Ciertas vacunas están más vinculadas que otras a la autoinmunidad, entre ellas principalmente la vacuna anti-influenza, hepatitis B y HPV. Se ha publicado que la vacuna contra el HPV produjo reacciones autoinmunes desde junio del 2006 a diciembre 2008 de 0.2 cada 100.000 mujeres (según el Vaccine Adverse Event Reporting System de EE.UU.). Sin embargo, existen numerosos reportes de efectos adversos desde su aprobación por la FDA, incluyendo casos definidos de lupus eritematoso sistémico. Conclusión: la vacunación es una medida de salud efectiva contra las infecciones más prevalentes. Su uso es amplio y globalizado y, en raras ocasiones puede gatillar una enfermedad autoinmune en pacientes predispuestos. Debe considerarse la posibilidad de estos fenómenos en pacientes con vacunación reciente, tener precaución en aquellos con antecedentes personales o familiares de autoinmunidad e incluir a las vacunas recibidas en la anamnesis inicial cada vez que se diagnostica una enfermedad autoinmune.

135

PO135

0016

POLIRADICULONEURPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOML Quispe Villanueva, M Travaglia, MJ Otero, VC Wernicke, MN Lojo, MR Lazzarino
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUADOS R. ROSSI, Argentina.**Introducción**

Las manifestaciones neurológicas del sistema nervioso periférico en el lupus eritematoso sistémico (LES), comprenden desde las formas más frecuentes como la polineuropatía axonal sensitiva lentamente progresiva o sensitivo-motora a las menos frecuentes, las formas desmielinizantes.

Reportes de la literatura describen pocos casos de Guillain Barré y aún menos de poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP, abreviatura inglesa) en LES.

Reportamos una paciente cuya manifestación inicial de lupus fue una CIDP con exitosa respuesta al tratamiento instituido.

Caso Clínico

Mujer de 40 años que presenta debilidad e impotencia funcional de cuatro miembros de más de seis meses de evolución de curso progresivo. Inicia con afectación distal sensitivo-motora de miembros superiores, agregándose similar compromiso en miembros inferiores. Cuando es evaluada en el servicio, se observa compromiso proximal de los cuatro miembros con paresia severa que en el transcurso de 48 horas evoluciona a cuadriplejía, a la cual se suma disfonía, diploplía y trastorno deglutorio.

Datos positivos del examen físico: hipotrofia muscular generalizada a predominio distal, cuadriplejía, disfonía, diploplía por paresía del VI par derecho, alteración de la sensibilidad superficial y profunda y ausencia de reflejos ostendinosos. No se objetivó trastorno esferintario. En la nasofitoscopia se observa aspiración de líquido. Los datos de laboratorio relevantes fueron: ERS 46, Hemoglobina 11,6 mg%. Proteinuria 1,33g/24h. Clearance de Creatinina 60 ml/min. FAN 1/640 UI, antiDNA(-), antiRo+ antiLa+, antiSm+, C3: 48 mg/dl(79-152) C4:2 mg/dl(16-38).

Tomografía de Encéfalo normal.

Líquido cefalorraquídeo: proteínas 107 mg% (14-45). Células: 1
Electromiograma: los hallazgos electrofisiológicos se correlacionan con poliradiculoneuropatía axonomielínica. Se le suma compromiso miogénico proximal, con signos activos de denervación. La velocidad de conducción, la onda F y el tiempo de latencia fue anormal en todos los músculos explorados.

Resonancia Nuclear Magnética encéfalo-medular normal.

Con diagnóstico de poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y LES se inicia tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona en tres días consecutivos 1g/día, seguido de 5 sesiones de plasmáferesis.

Evoluciona con mejoría de la visión, deglución y disfonía, persistiendo debilidad severa de los cuatro miembros y el tronco. Se realiza infusión de gammaglobulina (2g/Kg) en cinco días. Continúa con pulsos de ciclofosfamida 750 mg/des y corticoides vía oral en descenso. A los seis meses de seguimiento deambula con ayuda marcha y logra independencia parcial para actividades de la vida diaria.

Discusión

Las polineuropatías inmunomediadas como el Síndrome de Guillain Barré y la CIDP son manifestaciones del sistema nervioso periférico poco frecuentes en LES. Son enfermedades desmielinizantes (aunque existen variantes axonales), predominantemente motora, y tienen un curso clínico distintivo (agudo monofásico en el Síndrome de Guillain Barré, crónico progresivo o recurrente/remite en la CIDP).

Se ha descrito el desarrollo de CIDP previo, posterior y simultáneo al inicio del lupus. De nuestro conocimiento se ha descrito nueve casos desde 2004 a la fecha.

Reportamos el caso de una paciente que presenta como primera manifestación de LES una CIDP. Al igual que el tratamiento indicado para los casos idiopáticos, recibió plasmáferesis e inmunoglobulina. Dado el diagnóstico de lupus y severidad del caso, recibió además pulsos de metilprednisolona y tratamiento de sostén con ciclofosfamida mensual, con excelente respuesta al tratamiento pese al compromiso axonal y el tiempo de evolución.

136

**PO136
0058**
LEISHMANIASIS VISCERAL ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
C Rizzotti, Z Bedran, U Paris, C Niveyro, M Pepermans
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Argentina.

Introducción: La leishmaniasis visceral (LV) es una antroprozoosis producida por la leishmania chagasi y transmitida por lautzomyia longipalpis, es la forma más grave de leishmaniasis, con una mortalidad próxima al 100% sin tratamiento. Es endémica en el noreste y noroeste de Argentina, con mayor casuística en Misiones.

Objetivo: Reportar casos de LV en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), ya que su asociación es infrecuente.

Materiales y Métodos: Se incluyeron dos casos de LV asociada a LES diagnosticados en Misiones durante el año 2014. Caso 1: Femenina, 19 años de edad, sin antecedentes patológicos, ingresó a la internación con síndrome febril prolongado, distensión abdominal por esplenomegalia y gingivorragia. Se diagnosticó LES (FAN+, hipocomplementemia, úlceras orales, serositis, leucopenia y rash malar).

Caso 2: Femenina, 24 años, diagnóstico de LES de 7 años de evolución, nefritis lúpica grado IV, en tratamiento con metprednisona 40 mg por día. Varias internaciones por síndrome febril prolongado y pancitopenia asumida como actividad lúpica por lo que recibió tratamiento inmunosupresor con altas dosis de glucocorticoides y gammaglobulinas. Cushing exógeno y esplenomegalia. Ingresó con persistencia febril.

Resultados: Caso 1: Laboratorio: Pancitopenia, hipergammaglobulinemia, RK39 (+), c3: 75 mg/dl, c4: 11 mg/dl, FAN 1/320 homogéneo. Punción de Médula Ósea (PAMO): Se observan amastigotes. Ecografía abdominal y pleural: hepatosplenomegalia, ascitis, derrame pleural izquierdo.

Caso 2: Laboratorio: Pancitopenia, hipalbuminemia, PCR ITS-1 para leishmaniasis (sangre-PAMO) positivo, se detecta banda de 300-350 pb. En posición del fragmento esperado de ITS-1 de ADN de Leishmania spp.

Conclusiones: Para que se desarrolle la LV es necesaria una respuesta inmunitaria inadecuada del huésped ante el parásito, la asociación con LES es infrecuente y fue un factor de riesgo para la evolución de la LV, con mayor frecuencia de infecciones nosocomiales y dificultad para el diagnóstico diferencial. El diagnóstico de LV se realiza con la búsqueda del parásito por métodos directos (frotis de sangre periférica, médula ósea o bazo y cultivo) e indirectos (RK39 inmunocromatografía, PCR y test de aglutinación directa).

En el caso 1 el diagnóstico de LV se realizó al mismo tiempo que el LES por métodos directos e indirectos, e intercurrió con neumonía intrahospitalaria. En el caso 2, con tratamiento inmunosupresor previo, la LV se diagnosticó por métodos indirectos y requirió internación prolongada en UTI por infección asociada a catéter. Para el tratamiento pueden utilizarse antimoniales pentavalentes y anfotericina. En el caso 1 se inició con anfotericina B y continuó tratamiento con glucantine intramuscular, en el caso 2 se realizó tratamiento con anfotericina liposomal durante siete días. Ambas pacientes presentaron buena evolución con alta hospitalaria.

137

**PO137
0140**
ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDAR (REPORTE DE 3 CASOS)
L Dulong, I Miranda, M Rotella, G Rivero, R Valles
HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA, Argentina.

INTRODUCCIÓN: la encefalitis por anticuerpos contra receptor de N-metil-D-aspartato (NMDAR) es una forma de encefalitis poco común en la que inicialmente predominan los síntomas de tipo psiquiátricos. Es más frecuente en mujeres jóvenes y puede encontrarse como síndrome paraneoplasico principalmente asociada a teratoma ovárico. Aproximadamente la mitad de los pacientes responden favorablemente al tratamiento con corticoides, plasmáferesis y gammaglobulina. Si presenta falla terapéutica puede requerir rituximab o ciclofosfamida. La importancia de conocer la enfermedad radica en que el diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico pudiendo revertir completamente el proceso.

CASO N°1: mujer de 17 años, sin antecedentes clínicos conocidos, ingreso por fiebre y cefalea, trastornos de conducta, del lenguaje y síndrome confusional. Presentó mala evolución con profundización del cuadro neurológico (desconexión con el entorno, ecolalia, rigidez generalizada) y poliserositis, inestabilidad autonómica, patrón respiratorio central, mioclonías, movimientos estereotipados orofaciales y en manos requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM). LCR evidenció 80 células/ml, a predominio linfocítico, proteínas de 0, g/l. RMN y angiografía sin lesiones. EEG: patrón de ondas lentas compatible con encefalopatía, sin actividad epiléptica. Inmunológico: negativo en suero. Se descartó infección viral. Ac anti NMDAR en suero y LCR positivo. Se realizó TAC multicorte de tórax, abdomen y pelvis y PET-TC sin evidencia de neoplasia. Tratamiento con plasmáferesis 4 sesiones, gammaglobulina ciclofosfamida 1g/ dosis mensual. Se objetivó respuesta 30 días posteriores al cumplimiento del tratamiento.

CASO N°2: mujer de 30 años, ingreso por trastorno de conciencia de 12 hs de evolución, acompañado de movimientos estereotipados y cefalea de 10 días de evolución. EF: vital, responde a ordenes simples, verbaliza monosílabos, menor iniciativa de hemisferio derecho. Laboratorio: Hto 37%, GB 16200 (NS92%, L7%), TAC de cerebro: normal. LCR: recuento celular total: 150 células/mm3 (45% Mononucleares, PMN 55%), PCR para herpes (-). Test del látex negativo. HIV no reactivo. RMN alto campo: cambio sutil de intensidad ubicado a nivel cortical frontal temporoparietal del lado izquierdo, con señal hipertensa en T2 y FLAIR y sin realce luego de la administración de contraste EV. Atribuible a proceso inflamatorio INESPECÍFICO. Angio RMN normal. EEG: normal. Ecografía ginecológica: sin lesiones. Ac contra receptor NMDA en LCR y sangre: positivo. Evolución: mejor cuadro espontáneamente.

CASO N°3: mujer de 33 años con antecedente de hipotirodismo, consultó por presentar trastorno de conciencia de 15 días de evolución, cefalea y movimientos involuntarios no estereotipados. Laboratorio: anti cuerpos anti NMDA positivos en líquido cefalorraquídeo y sangre. RMN de cerebro: normal. EEG: normal. LCR: células 2/ml/mm3. Test de látex: negativo. PCR para herpes: negativa. Ecografía Ginecológica: se observa imagen poco definida en ovario derecho. Se realiza ooforectomía derecha, Anatomía quirúrgica: teratoma quístico maduro de ovario derecho. Inmunológico: negativo en suero. Presenta regular respuesta al tratamiento quirúrgico y médico (gammaglobulinas y corticoides), realiza status epiléptico y falleció.

COMENTARIOS: encefalitis autoinmune por anticuerpos anti NMDAR fue descrita por primera vez en 2007 y desde entonces se han ido reportando casos que estaban rotulados como encefalopatías de causa no clara o cuadros psiquiátricos graves. Se desconoce la incidencia exacta de esta enfermedad. Comunicamos estos casos para contribuir a la descripción de su historia natural y aportar elementos para su conocimiento y por lo tanto su diagnóstico y tratamiento oportunos.

El análisis diferencial de encefalopatías subagudas en la población joven, implica un abordaje diagnóstico adicional hacia la búsqueda de autoinmunidad, puesto que la mayor complejidad de los métodos diagnósticos de imágenes y laboratorio, han demostrado una incidencia creciente en los últimos años.

La encefalitis por anticuerpos contra el receptor NMDA confiere un diagnóstico de importancia clínica, al ser una condición relativamente reversible y tratable con un abordaje oportuno.

CONCLUSIÓN: Es una entidad de reciente descripción que debe ser considerada en pacientes con trastornos psiquiátricos, del lenguaje, movimientos anormales, convulsiones y/o síntomas disautonómicos de etiología no definida.

138

**PO138
0214**
DERRAME PLEURAL MASIVO EN LES
A Brignante, DV Yucra Bobarin, J Hogrefe, S Ibañez, G Gomez, B Pettrini, D Dubinsky
Sanatorio Guemes, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La pleuritis es la manifestación respiratoria más frecuente en lupus eritematoso sistémico (LES), presente en 45 a 60% de los pacientes. El derrame pleural, reportado en 16 a 50%, puede ser uni o bilateral, relacionado a actividad de la enfermedad o secundario a síndrome nefrótico, embolia pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva o infección pulmonar. Puede presentarse aislado o en el contexto de actividad multiorgánica. En general, la cantidad de líquido es pequeña a moderada (400 a 1000 ml) por lo que suele ser oligo o asintomático. El líquido pleural es un exudado no complicado con glucosa baja, contiene de 230 a 15000 leucocitos/ul, a predominio polimorfonuclear en cuadros agudos y linfocitario en crónicos. Como característica distintiva puede presentar hipocomplementemia y anticuerpos antinucleares. Existen pocas publicaciones de derrame pleural masivo sin respuesta al tratamiento convencional a pesar de la mejoría en la actividad de los otros órganos afectados.

CASO CLINICO
Mujer de 44 años de edad. Ex tabaquista (10 paq/año). G1P1. Hijo con LES. En 05/2014 diagnóstico de LES (criterios ACR 1997) rash malar, úlceras orales, pleuritis, leucopenia, FAN (+) 1/320 moteado, Anti Ro(+). Anti La, Sm, RNP y AntiDNA negativos. Inició MPD 8 mg día, HCQ 400 mg día.
11/2014 Internación por disnea con derrame pleural derecho sintomático. Se realiza toracocentesis evacuándose 1500 ml de exudado no complicado. Cultivo de líquido para gérmenes comunes y micobacterias negativos. ADA 18 UI/litro en 2 oportunidades.
Biopsia pleural: infiltrado inflamatorio inespecífico. Ziehl nielsen negativo.

03/2015 Internación por fiebre y taquipnea con progresión de derrame pleural bilateral. Evolución con pérdida visual aguda, bilateral. Fondo de ojo y RMI de encéfalo con topografía de nervio óptico sin hallazgos patológicos. Se realiza punción lumbar. Impresión diagnóstica: neuropatía óptica.

Inicia pulsos de metilprednisona (MP) 1 gr/día por cinco días y mantenimiento con metprednisona 1mg/kg/día. Previo al inicio de pulsos se realiza nueva toracocentesis derecha de 1500 ml líquido cultivos negativos, micobacterias negativo. En el día 3 de pulsos de MP evoluciona con taquipnea y disnea con progresión del compromiso pleural bilateral, evacuándose de hemitórax izquierdo 1500 ml y derecho 2000 ml.
Laboratorio: GB 2200, linfocitos 352, C3 79, C4 18, PCR 117, Anti DNA (-) proteinuria 540 mg/24 hrs sin hematuria. HC, UC y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativos.

Tomografía computada (TC) de tórax informa derrame pleural hasta vértice de ambos pulmones sin evidencia de compromiso parenquimatoso. Se realiza nueva pleurocentesis diagnóstica y terapéutica que arroja como resultado exudado no complicado.
Por compromiso neuro-oftalmológico y serositis refractaria a corticoide se agrega tratamiento inmunosupresor con pulsos EV de ciclofosfamida 1 gr.
04/2015 Internación en UTI por insuficiencia respiratoria se realiza nueva toracocentesis de 1000 ml izquierdo y 200 ml derecho, en tratamiento con MPD 40 mg/día.
A lo largo de los 6 meses de evolución requirió 5 pleurocentesis con evacuación de > 6.500 ml.

DISCUSION
Presentamos una paciente con LES con derrame pleural bilateral, masivo refractario a tratamiento convencional con AINEs, MPD e hidrocortisona. En nuestra paciente se estudió reiteradamente el líquido pleural y se realizó biopsia pleural para descartar infección y especialmente, tuberculosis.
En la literatura se han reportado diez casos en los últimos 25 años, tres fueron parte de la presentación de la enfermedad. La taquipnea fue el síntoma predominante y en la mitad de los casos el derrame fue bilateral. En todos, el tratamiento incluyó corticoides, hidrocortisona, e inmunosupresión con azatioprina, ciclofosfamida, o ciclosporina y en algunos pacientes inmunoglobulina y plasmáferesis. Nueve requirieron tratamiento local con corticoide intrapleural o pleurodesis con talco o tetraciclina y pleurotomía.
Debido al pequeño número de reportes, el mejor tipo de intervención es desconocido. Descartada la infección, cuando el derrame pleural refractario es parte de la exacerbación de la enfermedad, el tratamiento de elección es la inmunosupresión. La pleurodesis puede ser realizada cuando la terapia inmunosupresora falla o cuando el derrame es la única manifestación de LES.

139

**PO139
0300**
VASCULITIS INTESTINAL EN UNA SERIE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)
M Skromeda, C Barros Martinez, A Sewald, O Sosa, U Paris, Z Bedran
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Argentina.

Introducción: La enteritis lúpica (EL) es una de las complicaciones más graves de LES con una prevalencia de 0,2-9,7% en pacientes con enfermedad activa.

Es un compromiso poco común del LES, que puede manifestarse por vómitos, diarrea y dolor abdominal, presentándose esta última en 29-65% de los pacientes.

La analítica refleja actividad de la enfermedad. Las imágenes tomográficas muestran edema de la pared intestinal, ascitis, alteraciones de la vasculatura mesentérica y dilatación intestinal.

Objetivos: Reportar 6 casos de EL, analizar la presentación clínica, tratamiento realizado y comparar con la bibliografía actual.

Materiales y Métodos Se revisó la historia clínica de 101 pacientes con diagnóstico de LES controlados en nuestro nosocomio en un periodo de 24 meses, desde 1 de Enero 2013 al 31 de Diciembre de 2014. Se incluyeron 6 casos que intercurrieron con EL.

Las variables evaluadas fueron consideradas las características demográficas, la presentación clínica, los hallazgos tomográficos, tratamiento instaurado y evolución clínica.

Resultados: En nuestra serie de casos todas fueron de sexo femenino. Entre 16 y 38 años de edad.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad	25	27	31	38	17	16
Tiempo de evolución	2 meses	7 meses	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes
Clinica	Biopsia DNA + Leucocitoclastica Hipertrófica parotidea	Vasculitis Leucocitoclastica Nefritis Lúpica	Anemia Hemorrágica Ictericia Purpura	Angioedema	Polartralgias	Nefritis Lúpica con hemodilución Hemorragia alveolar Plaquetopenia
SLICC diag	4	5	8	5	4	7
SLEDAI	12	15	26	12	30	31
Laboratorio perfil autoinmune	FAN+ DNA + RO/LLA + RNP + SM - C3 C4 Bajos AL - ACA - B2 GP1 -	FAN+ DNA+	FAN + DNA + RO/LLA + RNP + SM - C3 C4 Bajos	FAN + DNA + RO/LLA + RNP - SM - C3 C4 Bajos	FAN + DNA + RNP + SM + C3 C4 Bajos	FAN + DNA + RNP + SM + C3 C4 Bajos

Prevalencia de EL fue del 5,94 %.
Caso 2 presentó EL en el curso de 7 meses de diagnóstico de lupus y los demás casos presentaron menos de 2 meses de evolución de la enfermedad de base al momento del diagnóstico.

En 3 pacientes se observó serología positiva para anticuerpo antifosfolípidico.

Todos los casos presentaron dolor y distensión abdominal. Diarrea y vómitos en los casos 1 y 5. Suboclusión en los casos 1 y 3. Diarrea sanguinolenta en el caso 2.

Los signos tomográficos encontrados fueron: Edema de pared en todos los casos, dilatación intestinal en cuatro casos, isquemia intestinal y perforación en el caso 1, ascitis y adenomegalias en el caso 5.

Todos los casos fueron tratados con pulsos de metilprednisona, ciclofosfamida en cinco casos, gammaglobulinas en dos casos y plasmáferesis en dos casos.

El caso 1 requirió tratamiento quirúrgico con resección intestinal por necrosis con duodenostomía. Cuatro casos presentaron buena evolución y dos llegaron al óbito.

El caso 6 presentó mala evolución y óbito en el curso agudo de la manifestación de EL. El caso 1 presentó complicación y óbito a los 18 meses de la resolución quirúrgica y del cuadro clínico. En ambos casos la causa de muerte fueron complicaciones sépticas.

Conclusiones Se diagnosticó EL en el contexto de una enfermedad activa y de reciente diagnóstico. El 100 % presentó SLEDAI mayor a 12 es decir enfermedad severa.

La prevalencia fue del 5,94% con una mortalidad del 33%. Clínicamente predominó dolor abdominal difuso y diarrea que se correlacionaron con los hallazgos tomográficos típicos.

La mitad de los casos presentó serología positiva para anticuerpos antifosfolípidicos.

Es primordial el diagnóstico temprano para evitar complicaciones como necrosis y perforación intestinal.

140

PO140
0133
LESIONES DESMIELINIZANTES EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTE CON LUPUS ERMETOMATOSO SISTÉMICO Y VIRUS JC. A PROPOSITO DE UN CASO
RA Gomez, LO Roa Perez, N Perez, E Avila, A Peluzzoni, AM Beroni, D Dubinsky, G Nasswetter
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones desmielinizantes en SNC obligan a un diagnóstico diferencial entre esclerosis múltiple (EM), esclerosis lúpide (EL), encefalomielitís aguda diseminada (ADEM) y leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP). Las manifestaciones neurológicas y las lesiones en resonancia magnética (RM) pueden ser indistinguibles.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 41 años con antecedente de neumonía grave de la comunidad en septiembre de 2014. En octubre de 2014, tras abordaje quirúrgico de piasalpinx, intercorre con hemiplejía faciobraquiocrural derecha, amaurosis unilateral y afasia de expresión. RM cerebro (T2, FLAIR y difusión): lesiones redondeadas-ovoides en sustancia blanca periventricular, proyección a cuerpo calloso, coronas radiadas y centros semioviales, compatibles con lesiones desmielinizantes en fase activa y lesiones focales en mesencéfalo y protuberancia que restringen en secuencia de difusión. LCR: hiperproteinorraquia policlinal sin bandas oligoclonales; directo, cultivos para gérmenes comunes y tinta china (-), PCR (+) para virus JC. Laboratorio: VSG 110 mmh, PCR 54 mg/dl (VN n/0.5), hipergammaglobulinemia policlinal de 3.5 g/dl. FAN, FR y VDRL (-). Se interpretó ADEM vs EM (se desestima presencia de virus JC en LCR) y se indican 3 pulsos de metilprednisolona de 1 gr EV, continuando luego con 1mg/Kg/día V.O. Buena evolución neurológica.

En abril 2015, estando en tratamiento con 10 mg/día de metprednisolona, desarrolla alopecia no cicatrizal, artralgias, fenómeno de Raynaud, fotosensibilidad, livedo reticularis, eritema facial y en esclavina. Al examen neurológico: paresia 4/5 faciobraquiocrural derecha y darsítria, como secuela que episodio previo. RM sin cambios con respecto a la previa. FAN (+) 1/1280 con patrón homogéneo, anti ADNdc (+), anti Ro (+), anti LA (+), anti Sm (-), anti RNP (-), Scl-70 (-), ANCA (-), MPO (-), PR3 (-), anticuerpos aCL, β2glicoproteína e inhibidor lúpico (-). Con diagnóstico de LES, se mantiene la dosis de corticoides e inicia HQC.

En Junio 2015 se interna por hematimia, edemas, lesiones cutáneas eritematosas anulares, urea 131 mg/dl (VN h/40 mg/dl), creatinina 2.53 mg/dl (VN h/0.96 mg/dl), sedimento urinario con hemias 20-30/campo (80% dismórficos), más de 5% acantocitos y cilindros granulados. Proteinuria 24 hs 4.1 g/24 hs. Ecografía renal con doppler normal. PBR: Nefritis lúpica clase IV de la clasificación ISN/RPS, actividad 9/24, cronicidad 5/12. Evoluciona con diplopía, inestabilidad, nistagmo horizontal y signo de Romberg Se plantea tratamiento inmunosupresor, e inicia 3 pulsos de metilprednisolona seguidos de metprednisolona 1 mg/kg/día asociado a ciclofosfamida 1 gr EV, con buena evolución.

DISCUSIÓN:

LES y EM son enfermedades inmunomediadas, crónicas, de etiología desconocida, que afectan a pacientes jóvenes, con remisiones y recidivas. La ADEM suele ser un cuadro post infeccioso (Mycoplasma Pneumoniae, Epstein Barr) de curso monofásico. Estas tres entidades son inmunomediadas y requieren inmunosupresión. La LMP se presenta secundaria a infección por virus JC en pacientes inmunocomprometidos, de curso severo o fatal, sin respuesta al tratamiento y con inmunosupresión contraindicada. Esto, en nuestra paciente, significó un desafío a la hora de definir tratamiento. El antecedente de infecciones previas y el hallazgo de FAN negativo al inicio podrían sugerir el diagnóstico de ADEM. A la vez que las manifestaciones neurológicas posteriores, en contexto de actividad de la enfermedad en otros órganos, podría sugerir una manifestación neurológica de LES.

CONCLUSIONES:

En estas patologías (EM, ADEM, LMP y EL) los exámenes complementarios no proporcionan un diagnóstico certero, siendo un desafío el diagnóstico diferencial ya que el enfoque terapéutico es diferente y a veces contradictorio. Asimismo, el pronóstico depende del tratamiento precoz.

141

PO141
0147
SHOCK SÉPTICO POR CHRYSEOBACTERIUM MENINGOSEPTICUM EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERMETOMATOSO SISTÉMICO
A Amador
Hospital General de Agudos J.M.Penna, Argentina.

Shock séptico por Chryseobacterium meningosepticum en una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico
Autores: Amador, A.; Medina, D.; Álvarez, A.; Retamal, E.; Sanchez, C.; Servicio de Reumatología Hospital J.M.Penna.

Introducción

Chryseobacterium meningosepticum es un bacilo Gram negativo no fermentador, patógeno oportunista en humanos, con alta resistencia a antimicrobianos. Se encuentra ampliamente distribuido en la naturaleza. En el ámbito hospitalario su presencia se ha documentado en sistemas de agua, respiradores, tubos de traqueostomía, humidificadores, válvulas protésicas, incubadoras, instrumental endoscópico. Conocido históricamente como Causante de infecciones en su mayoría meningitis neonatales, su ocurrencia en adultos es rara, con pocos casos descritos. Actualmente considerado como un patógeno emergente en adultos inmunocomprometidos.

Presentación de caso

Paciente femenina de 29 años sin antecedentes patológicos, consulta a el día 03/01/15 por fiebre, poliartalgias, astenia, adinamia, hiporexia, vómitos, diarrea, pérdida de peso y dolor abdominal de 15 días de evolución
Examen físico: ictericia, palidez mucocutánea, disminución del murmullo vesicular en base y campo medio derecho, hepatomegalia dolorosa, esplenomegalia, puntos ureterales derechos positivos y sinovitis de carpo derecho, 2 y 3 metacarpofalángicas derechas, 2 y 3 metacarpofalángicas izquierdas y rodilla derecha.

Laboratorio

HTO 19.3 HB 6.3 GB. 6060 Plaquetas 224.000 Urea 1.4 Creatinina 0.41 BT 2.84 BD 2.47 GPT 47.3 GOT 180 LDH 99 FAL 88 HIV no reactiva serologías para hepatitis no reactivas VDRL no reactiva CL de creatinina 54 ml/min proteínas orina de 24 horas 0.53 g/24 horas

RX de tórax: cardiomegalia, infiltrados en base derecha, senos costo/ cardiofrenicos derechos velados

Hemocultivos X 2 negativos Cultivo de líquido pleural negativo

Ecografía abdominal: hepatomegalia, derrame pleural derecho

Ecocardiograma doppler: normal. VEDA y VCC: sin particularidades

Biopsia pleural: citológico - ADA - cultivo: negativos

Urocultivo: positivo para Klebsiella pneumoniae BLEE cumple tratamiento por 10 días con meropenem

Laboratorio inmunológico: FAN hep 2 (IF) 1/1280 homogéneo, ANTI nRNP + (inmunodifusión), anti SM + (inmunodifusión), anti DNAN: Positivo.

Se diagnostica LES y se inicia tratamiento con metprednisolona 40 mg/día, hidrocortisona 200 mg /día, isoniazida 300 mg/día.

Intercurre con celulitis en pared abdominal, febril persistente se toman hemocultivos x 2 (Gram negativo) se inicia empíricamente vancomicina/ amikacina.

25/01/15 se tipifica Gram negativo como Chryseobacterium meningosepticum solo sensible a ciprofloxacina y TMS, se rota tratamiento a ciprofloxacina

26/01/15 paciente con inestabilidad hemodinámica, mala mecánica respiratoria pasa a UTI; con requerimientos de ARM, intubados. FALLECE.

Discusión

Chryseobacterium meningosepticum es un bacilo Gram negativo no fermentador, aerobio obligado, no forma esporas, inmóvil, con una prevalencia cada vez mayor en los entornos de salud. A pesar de que durante mucho tiempo ha sido reconocido como una causa rara pero grave de meningitis neonatal y septicemia, y aunque clínicamente no es un patógeno común en adultos, causa infección en personas inmunocomprometidas o con condiciones mórbidas debilitantes de base, como neoplasias, neutropenia, tuberculosis, anemia aplásia, diabetes o trasplantes de órganos, posee dos clases de betalactamasas: BLEE y metabetalactamasas, las cuales le dan capacidad de desarrollar resistencia a betalactámicos de amplio espectro, aminoglicosidos, tetraciclinas y cloranfenicol; esto tiene implicación importante para la elección de antibióticos empíricos para pacientes con factores de riesgo para infección por E. meningoseptica.

Bibliografía

JeanSS, Lee WS et al. Elizabethkingia meningoseptica: an import emerging pathogen causing healthcare-associated infections. J Hosp Infect 2014; 244-249
Young SM, Lingam Get al. Elizabethkingia meningoseptica endogenous endophthalmitis-a casa report. Antimicrob resist infect control 2014; 35
Salim S Hayek, Thura T Abd et al. Rare Elizabethkingia meningosepticum meningitis case in an immunocompetent adult. Emerg Microbes Infect 2013; 17

142

PO142
0169
FAMILIA MULTICASOS DE LUPUS Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES
RE Nieto, VL Gervasoni, SM Navarro, BA Pons Estel, MP Sacun
Hospital Provincial de Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN: el lupus eritematoso sistémico (LES) posee una etiopatogenia multifactorial aún no claramente dilucidada, siendo la susceptibilidad genética, uno de los principales factores de riesgo. La evidencia genética se basa en: co-existencia de lupus en gemelos idénticos (hasta en un 50%), alta prevalencia de casos familiares (10-20%), presencia de auto-anticuerpos en familiares asintomáticos de pacientes con lupus y mayor prevalencia de la enfermedad en ciertos grupos étnicos (mestizos).

OBJETIVO: el objetivo de la presentación es describir una familia con una generación con ocho hermanos (dos pares de mellizos), de los cuales cuatro de ellos padecen de LES, otros dos, manifestaciones clínicas compatibles con este diagnóstico, y dos hermanos aparentemente sanos. La generación superior paterna consta de ocho hermanos, de los cuales cinco padecen alguna enfermedad autoinmune (EAI), tres LES y dos artritis reumatoideas.

SUMARIO DE CASOS CLINICOS: se registraron y analizaron los datos clínicos y de laboratorio de una familia multicasos: ocho hermanos de la segunda generación (cuatro lúpicos, dos con manifestaciones autoinmunes y dos sanos), y de la primera generación (padre de los hermanos portador de LES y dos hermanos con LES y dos con AR). Se realizó anamnesis exhaustiva en la pesquisa de otros familiares no diagnosticados. Todos son mestizos que cumplen con los criterios de clasificación de lupus (ACR 1982, revalidados SLICC 2010) y AR (ACR 1987, revalidados 2011), con un nivel socioeconómico bajo.

II.4: varón 48 años. Criterios de lupus: poliartritis, glomerulonefritis proliferativa difusa tipo IV OMS, FAN (+). Presentó dos episodios de mielitis transversa. Otros datos: anemia ferropénica. Fecha de comienzo de la enfermedad (FCE): 1999.

III.1: mujer 29 años. Criterios LES: poliartritis, eritema malar, fotosensibilidad, FAN (+), VDRL falso (+). Otros datos de valor: hipocomplementemia, ACA (+) IGM en títulos moderados. FCE: 2010. SLEDAI 4.

III.2: mujer 20 años. Criterios LES: poliartritis, eritema malar, fotosensibilidad, FAN (+), antiADN (+). Neuritis óptica isquémica. ACA elevados. Beta2 glicoproteína (+) y C1q elevado. Hipocomplementemia. Diagnóstico de síndrome antifosfolípido. Pérdida permanente de visión ojo izquierdo. Actualmente agrega proteinuria en estudio. FCE: 2012. SLEDAI 8.

III.3: varón 15 años. Mellizo. Criterios LES: poliartritis, fotosensibilidad, eritema malar, úlceras orales, FAN (+), glomerulonefritis proliferativa mesangial tipo II OMS. Presentó neuritis óptica en ojo derecho. ACA títulos elevados y C1q elevado, con hicomplementemia. Síndrome antifosfolípido asociado. Hipocausia sensorial bilateral en estudio. FCE: 2008. SLEDAI 6.

III.4: mujer de 15 años. Melliza. Criterios LES: poliartritis, eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales, FAN (+), glomerulonefritis proliferativa mesangial tipo II OMS. Además ENA (+), RNP, Sm, Ro positivos, livedo reticularis, hipocomplementemia, elevación marcada de C1q. FCE: 2012. SLEDAI 8.

III.5: mujer 28 años, refiere como antecedente púrpura a los 9 años de edad que requirió esplenectomía. En estudio.

III.6: varón 19 años. Púrpura a los 12 años, sin necesidad de esplenectomía. En estudio.
Los dos hermanos restantes, aparentemente sanos, y primera generación se hallan citados para estudio de EAI y obtención de material biológico para determinar posible asociación con antígenos de histocompatibilidad y/o genes de susceptibilidad conocidos.

DISCUSIÓN: en pacientes con LES, la agregación familiar de lupus y otras EAI es ampliamente reconocida. En 2009, D. Alarcón Segovia y col. publican un artículo basado en el estudio de la cohorte de GLADEL sobre la presencia de agregación familiar en relación al LES y otras EAI, destacando un modelo poligénico aditivo aplicable al LES, con mayor susceptibilidad en mestizos e individuos con nivel socioeconómico alto, detectando alta prevalencia de familiares de primer y segundo grado que exhibían lupus y otras EAI como AR, tiroiditis, esclerodermia y polimiositis, comparados con la población general.

Reportamos una familia multicasos mestiza, en la cual el estudio de 3 generaciones sucesivas muestran al menos 11/16 individuos (generación II y III) afectados de diferentes enfermedades autoinmunes: lupus 7/16 (incluyendo el caso índice), AR 2/16 y púrpura idiopática 2/16. Se destaca la importancia del interrogatorio buscando EAI en familiares de pacientes con lupus, con objetivo en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

143

PO143
0011
NECROSIS CUTÁNEA EXTENSA POR SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS (SAF) SECUNDARIO A LES
P Finucci Curi, ME Bedoya, V Góngora, F Cargniel
Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

La necrosis cutánea consiste en la muerte celular de un área de tejido. Puede estar causada por agentes exógenos, infecciones u oclusión vascular, siendo esta última la causa más frecuente. Clínicamente se manifiesta como áreas violáceas o negruzcas dolorosas que generalmente terminan cubiertas por una escara. Muchas son las manifestaciones dermatológicas del SAF, siendo la necrosis cutánea sumamente infrecuente. Presentamos el caso de un varón de 34 años, tabaquista y coacainómano, sin antecedentes previos, que refería de 5 meses de evolución pápulas eritematosas fotosensibles en tronco, agregando una semana previa a la consulta placas negruzcas intensamente dolorosas en miembros inferiores, abdomen, genitales y hélix, asociado a registros febriles. Al examen se evidenciaba livedo reticularis, sinovitis en codo derecho y metacarpofalángicas 3 y 5 bilateral, hepatomegalia y lesiones necróticas en los sitios mencionados. Al laboratorio presentaba leucopenia, linfopenia, VES aumentada y KPTT prolongado. FAN (+) 1280, DNA (+), Complemento consumido, Ac lúpico (+), Ac anticardiolipina, B2 Glicoproteínas, ENA, ANCA y Crioglobulinas (-), Proteínas C, S y antitrombina III normales. Ante la sospecha de SAF secundario a LES se inició anticoagulación con heparina sódica, antiplúvidos y dosis bajas de esteroides. A la semana de internación el paciente evolucionó con distensión y dolor abdominal, disminución de ruidos hidroaéreos y falta de eliminación de gases, presentando en la Rx directa de abdomen asas distendidas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Ante la sospecha de vasculitis mesentérica secundaria a LES se decidió comenzar pulsos de esteroides y ciclofosfamida, logrando mejoría del cuadro a las 24hs, con recuperación del tránsito intestinal. Al décimo día de internación se recibe la biopsia de piel que informa presencia de trombos en vasos capilares de la dermis, necrosis epidérmica, infiltrado inflamatorio perivascular, sin evidencia de vasculitis. Finalmente el paciente fue externado con buena evolución de las lesiones dérmicas, encontrándose actualmente anticoagulado con acenocumarol y bajo tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida. En la bibliografía hay escasos casos descritos de necrosis cutánea como presentación de SAF secundario a LES; más aun, el LES asociado a SAF es una entidad poco frecuente en el varón, lo que motivó nuestra presentación. El reconocimiento y tratamiento temprano e interdisciplinario redujo la morbimortalidad y llevaron a la buena evolución y escasas secuelas del paciente.

144

PO144
0063**LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN UNA PACIENTE CON LUPUS Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO**E Rivero, V Caputo, C Romeo, F Tañano, G Casado
Hospital Militar Central, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico neuroradiológico de presentación poco frecuente en las enfermedades autoinmunes. Se desconoce la incidencia de PRES en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido secundario (SAF secundario) ya que los reportes han sido de casos aislados o pequeñas series. Se reportó una prevalencia de PRES asociado a LES de 1-1,9 cada 100 000 pacientes. Se presenta en enfermedades activas en especial con nefropatías. En muchos casos se ha asociado a la administración de inmunosupresores. La presentación clínica más frecuente es la cefalea pulsátil y visión borrosa y menos frecuente convulsiones, náuseas y vómitos.

OBJETIVO: describir una presentación clínica atípica de la leucoencefalopatía y destacar que su diagnóstico precoz constituye un desafío a los distintos especialistas del equipo de salud para evitar secuelas neurológicas permanentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 16 años, sexo femenino con diagnóstico de LES de 2 años de evolución que debutó con neumonitis con derrame, compromiso hematológico y SAF secundario. Presenta antecedentes familiares de LES. Se interna en el presente año con síndrome nefrótico, náuseas y vómitos incoercibles a pesar de la medicación, normotensa, afebril, con anemia, hematócrito 30,4%, hemoglobina 10 g/dl, leucopenia GB 2600, con neutrofilia 75%, creatinina sérica 1,56, GOT 84, TGP40, ERS 17 mm, PCR (+) 22,1, proteinuria franca 4253,4 g/dl, FAN positivo > 1/280, anti DNA > 240, hipocomplementemia C3 38 y C4 4. La biopsia renal informó Nefritis lúpica proliferativa difusa con vasculopatía necrotizante no inflamatoria.

Se indicaron 3 pulsos de metilprednisolona y corticoterapia VO 60 mg/d. Ante la presencia de hemocultivo (+) Roseomonas Guillardii se inició tratamiento con Imipenem postergándose el inicio de ciclofosfamida.

Evoluciona en forma tórpida, con enfermedad activa (SLEDAI 22), con deterioro renal, persistencia de vómitos e intolerancia absoluta a la vía oral; comenzó con convulsiones tónico-clónicas, sin rigidez de nuca, sin signos de foco. En el fondo de ojos se observó edema de papilas. En la punción lumbar la presión de apertura fue de 40 cm de agua. El análisis del LCR fue normal.

La RMN de cerebro mostró imágenes de hiperseñal en secuencias T2 y FLAIR con discreto efecto de masa, borramiento de los surcos y cisuras de la convexidad comprometiendo ambas cortezas, occipito basales y bifrontales en menor medida temporales bilaterales a predominio izquierdo. Angioresonancia de vasos intracraneales con fase venosa y arterial dentro de límites normales.

RESULTADO: Se diagnosticó PRES, iniciándose tratamiento con acetazolamida y anticonvulsivantes con buena evolución clínica, y sin lesiones residuales y con mejoría de las imágenes de la RMN con respecto a basal. A continuación se inició tratamiento con ciclofosfamida EV de acuerdo a los lineamientos del Euro lupus con excelente tolerancia y sin eventos adversos.

CONCLUSIÓN: La incidencia no se ha determinado dada la rara presentación del mismo.

Considerar la presencia de este síndrome en todo paciente con LES activo, en presencia de compromiso renal, ante manifestaciones del lupus del SNC y como evento indeseable al tratamiento inmunosupresor.

Instaurar tratamiento precoz para evitar lesiones neurológicas permanentes, en especial visuales.

145

PO145
0100**SÍNDROME ANTICOAGULANTE LÚPICO HIPOPROTROMBINÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**ME Sattler¹, MS Conte¹, B Kisliuk¹, ME Funes², JC Raggio^{1,2}, GA Berbotto^{1,2}
¹ Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Santa Fe, Argentina. ² Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Los anticuerpos antifosfolípidos son detectados habitualmente en el contexto de la aparición de eventos trombóticos y complicaciones obstétricas constituyendo así el síndrome antifosfolípido en el marco de variadas enfermedades reumatológicas o como condición primaria.

Existe una entidad denominada síndrome anticoagulante lúpico hipoprotrombinémico (LA-HPS), patología de baja prevalencia descrita en niños y adultos asociado a infecciones virales, enfermedades autoinmunes y síndromes linfoproliferativos, en el cual se evidencia la presencia de manifestaciones hemorrágicas en el contexto de positividad para la determinación de inhibidor lúpico (IL) con un déficit marcado de factor II. Se cree que en este cuadro se desarrollan anticuerpos anti-protrombina no neutralizantes, y actúan formando complejos antígeno-anticuerpos con la trombina, los cuales son rápidamente depurados a través del sistema retículoendotelial llevando a un descenso del factor II circulante (déficit adquirido).

Presentamos el caso de un paciente masculino de 56 años que consulta por cuadro de lumbalgia severa de 3 semanas de evolución por lo que se realiza resonancia magnética (RM) que evidencia lesión en la región sacroiliaca de 3,7 x 8,8 cm que erosiona la cortical. Se decide internación para realizar biopsia quirúrgica ante la sospecha de neoplasia ósea primaria, detectándose en laboratorio prequirúrgico: TP 15" (corrige con plasma normal(PN)), tasa protrombina 47%, kptt 89" (no corrige con PN), plaquetas 180.000/mm3. Hto 30%. Se suspende acto quirúrgico, se realiza punción guiada bajo tomografía computada. Anatomía patológica: hematoma organizado. Evolución con poliartritides de manos, carpos y codo izquierdo. Se completa estudio con TAC tórax, abdomen y pelvis: adenopatías generalizadas, la mayor de 1 cm. Laboratorio: Hto 32%, VSG 110 mm/11"hora, FAN 1/320 moteado-nucleolar, anti ADN (-), anticardiolipina (ACL) IgG 110 (VN 10), ACL IgM 19 (VN 5), anti β2glicoproteína IgG positiva, IL positivo, inhibidor factor VIII (-), factor VIII 5% (interferencia con IL), factor IX 15%, hipergammaglobulinemia policlonal. Se realiza punción de médula ósea: hiperplasia de las tres series, tipo reactiva. Biopsia de adenopatía: hiperplasia folicular reactiva. Ante la sospecha de un trastorno hemorrágico autoinmune se decide iniciar tratamiento con metprednisolona 1 mg/kg vía oral asociado a hidrocortisona 400 mg/día. Evolución clínica y analítica favorable, suspendiéndose tratamiento con corticoides en enero de 2014. En noviembre de 2014 presenta dolor en fosa iliaca izquierda, se realiza RM que evidencia imagen focal hiperintensa que mide 44 x 35 x 55 mm a nivel del músculo obturador interno compatible con hematoma, lesión previa en región iliaca sin cambios. Laboratorio: TP 17" (no corrige con PN), tasa protrombina 47%, kptt 90" (no corrige con PN), inhibidor lúpico positivo, ACL IgG 42 U/ml, ACL IgM 13 U/ml, anti β2glicoproteína IgG 62 U/ml, anti β2glicoproteína IgM 8 U/ml, inhibidor factor VIII negativo, anti factor II IgG 10 U/ml, anti factor II IgM 75 U/ml. Ante la presencia de inhibidor anti factor II se inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día vía oral con pauta descendente. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría progresiva de los valores coagulométricos, sin nuevos episodios de sangrado. Si bien el LA-HPS es una enfermedad de baja prevalencia y de predominio en niños, creemos que en el contexto de episodios de sangrado, prolongación del TP y positividad para el inhibidor lúpico debería considerarse su diagnóstico. De confirmarse esta patología debe iniciarse precozmente tratamiento con glucocorticoides, terapia considerada de primera elección. Es importante destacar la necesidad de un estrecho control evolutivo para mantener el lábil balance entre hemorragia y trombosis; así como estar atentos para detectar de manera precoz la eventual aparición de una enfermedad asociada, tal como el lupus eritematoso sistémico.

146

PO146
0125**HEMORRAGIA ALVEOLAR Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**C Maldini¹, C Otaduy¹, A Maldonado¹, JA Albiero¹, C Gobbi^{1,2}, E Albiero¹, P Alba¹
¹ Unidad de Reumatología, Cátedra de Medicina I, Hospital Córdoba. UNC, Argentina. ² Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba. UNC, Argentina.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una manifestación no trombótica inusual en el síndrome antifosfolípido primario (SAFP).

Caso Clínico: Mujer de 34 años con diagnóstico en 2003 de SAFp con manifestaciones trombóticas (2 episodios de ACV) y obstétricas (2 muertes fetales, 6 abortos), triple serología (anti-cardiolipinas (aCL) positivas, anti-β2 glicoproteínas (aβ2GPI) positivas y anticoagulante lúpico (AL) positivo) y manifestaciones no criterio (valvulopatía aórtica y mitral) por lo que recibe tratamiento anticoagulante con acenocumarol. En 2015 consulta por disnea CF III/IV (disnea CF I habitual) de 12 hs de evolución acompañada de tos y hemoptisis sin fiebre. Al ingreso en guardia se encontraba taquipneica, tensión arterial de 100/60 mmHg y saturando al 90% con FIO2 al 21%. Al examen físico se constata, estertores crepitantes bilaterales a la auscultación y en el laboratorio muestra leve e insuficiencia respiratoria hipoxémica a la gasometría arterial. La anticoagulación se encontraba en rango (RIN 2.8). Se realiza radiografía de tórax y TAC de tórax sin contraste donde se evidencia áreas extensas con opacidades alveolares y en vidrio esmerilado bilaterales, adenomegalias en grupo paratraqueal y prevascular y derrame pleural bilateral. Con diagnóstico probable de hemorragia alveolar difusa ingresa a la unidad de terapia intensiva. Se indica LBA no pudiendo realizarse. Se comienza tratamiento con metilprednisolona 500 mg/d (3 días en total) y asistencia ventilatoria. Los cultivos (hemocultivos y urocultivo) no desarrollaron gérmenes. Las serologías virales para HIV, VHB y VHC fueron negativas y el perfil inmunológico mostraba: ANA (-), aDNA (-), aCL IgG >120, aβ2GPI IgG >100, ANCA (-), PR3 y MPO (-), aMβG (-). La paciente evoluciona con mejoría de los parámetros clínicos, biológicos y radiológicos por lo que es dada de alta con corticoides a alta dosis (meprednisolona 40 mg) y anticoagulación. Dos meses post-alta hospitalaria, la paciente abandona el tratamiento inmunosupresor, presentándose 15 días después a la guardia con igual sintomatología (disnea CF III/IV, tos y hemoptisis) y reparación de un infiltrado alveolar difuso con algunas zonas de vidrio esmerilado en la TAC tórax. Se realiza biopsia pulmonar que muestra signos de hemorragia alveolar antigua y reciente, fibrosis intersticial irregular periférica, sin signos de capilaritis. La paciente recibe nuevamente tratamiento con corticoides con mejoría clínica-radiológica. Ante la recidiva del cuadro y la confirmación histológica, se solicita Rituximab.

Conclusión. La hemorragia alveolar difusa es una manifestación poco frecuente y grave en SAFp, que requiere alta sospecha y diagnóstico precoz para un tratamiento inmunosupresor agresivo y soporte vital de alta complejidad.

147

29-9-2015
08:30 - 19:30Posters
"Miopatías"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del BoulevardPO147
0243**ESPONDILODISCITIS Y OSTEOMIELITIS POR NOCARDIA FARCÍNICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**C Lugones¹, LS Galván¹, JL Moreno²
¹HOSPITAL RAWSON, Argentina. ² CER San Juan, Argentina.**Introducción:**

Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son más susceptibles a infecciones que la población general. Esta mayor susceptibilidad obedece a factores intrínsecos de la enfermedad y al uso de medicamentos inmunosupresores. Las infecciones son responsables del 40-50% de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con LES.

La Nocardiosis es una infección oportunista que aparece en pacientes inmunodeprimidos con déficit en la inmunidad celular, se ha descrito en pacientes transplantados, bajo tratamiento inmunosupresor o con glucocorticoides. La infección se adquiere por vía inhalatoria y por inoculación cutánea directa. Los principales sitios de afección son SNC, piel, tejido subcutáneo, ojos, riñón, articulaciones y coraza, siendo poco común la espondilodiscitis y osteomielitis.

La importancia en identificar la especie de nocardia, más allá del nivel de género, radica en que difieren en el espectro clínico de enfermedad que causan, el huésped que compromete y la susceptibilidad a los antibióticos que poseen.

Objetivo:

Presentar un paciente con LES bajo tratamiento inmunosupresor en el que se diagnosticó bacteremia, espondilodiscitis y osteomielitis por Nocardia farcinica.

Caso clínico:

Hombre de 41 años con diagnóstico de LES de 6 años de evolución y Glomerulonefritis Membranosa y Proliferativa focal, en tratamiento con micofenolato 2 gramos por día y prednisona 70 mg por día en dosis decreciente en los últimos 5 meses (dosis al ingreso 20 mg)

Consultó por lumbalgia no inflamatoria de 3 semanas de evolución, con irradiación a ambos miembros inferiores tipo urente, que no cedió con analgésicos comunes. Presentó también, disuria y tenesmo vesical de pocas horas de evolución.

Laboratorio: Leucocitos: 14.390 (PMN 91% Linfocitos 3%); HTO: 41%; Hb: 13 g/dl; Plaquetas 248.000/mm3; VSG: 130 mm; PCR: 459 g/dl, Urea: 83 mg/dl, Creatinina: 1,45 mg/dl, Clearance de creatinina: 63 ml/mg; Gases venosos: acidosis metabólica; Sedimento urinario: hematuria; AAN 1/640; C3 y C4 normales; antiDNA negativo, SLEDAI de 10 puntos. Radiografía de tórax: derrame pleural escaso bilateral. Radiografía lumbosacra: compresión discal L5-S1.

Se sospechó de Infección urinaria alta y probable radiculopatía lumbiar.

Se comenzó tratamiento empírico con ceftriaxona y derivados opioides.

Al segundo día de internación presentó shock séptico, requiriendo tratamiento con drogas vasopresoras y ARM. Presentó urocultivo negativo y hemocultivos positivos para Bacilos Gram Positivos. Se presumió presencia de actinomicosis en hemocultivos y se indicó Meropenem durante 10 días. En hemocultivos se logró aislar y tipificar Nocardia farcinica, y se comenzó con ampicilina sulbactam. Se realizó RM de columna lumbosacra y se diagnosticó espondilodiscitis de L5-S1 y osteomielitis de las 3 primeras vértebras sacras, con pequeña colección de 2 cm en los músculos paraespinales del lado izquierdo, a la altura de L4-L5. Se realizó biopsia ósea de la región afectada comprobándose el mismo germen. Se inició tratamiento con Trimetoprima sulfametoxazol (800/160), para continuarlo durante 1 año. El paciente fue dado de alta.

Conclusión:

Se comunica el caso clínico, ya que la nocardiosis se diagnostica con poca frecuencia tanto por su baja incidencia como por sus manifestaciones clínicas no típicas. Tener la sospecha de este germen patógeno en pacientes que se encuentran bajo tratamiento inmunosupresor, facilitará un tratamiento oportuno.

148

PO148
0176**LESIONES CUTÁNEAS NECRÓTICAS REFRACTARIAS A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS**R Jurado, M Palombo, MI Stanchic, MV Gazzoni, MC Taboada, E Mussano, I Cadile, L Onetti
Hospital Nacional de Clínicas Córdoba, Argentina.

Introducción: La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel y el músculo. Se incluye dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas o miositis idiopáticas, que son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares de etiología desconocida que se caracterizan por la aparición progresiva de debilidad muscular e inflamación. Las lesiones cutáneas necróticas en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis son poco frecuentes y suelen presentarse como un factor de riesgo potencial de dermatomiositis paraneoplásica. Se presenta un caso de dermatomiositis con lesiones necróticas en piel refractarias a tratamiento médico, habiéndose descartado patología tumoral.

Caso clínico: Mujer de 46 años con diagnóstico de dermatomiositis desde 2008 tratada al inicio con meprednisona 60 mg/día asociada a metotrexato 10 mg/sem con buena respuesta. Posteriormente presenta intolerancia a metotrexato debiendo cambiar a azatioprina 100 mg/día y disminución progresiva de meprednisona. En 2009 presentó un episodio de trombosis venosa profunda en pierna derecha que se interpretó, luego de haber descartado otras causas inmunológicas y asociaciones, como consecuencia de corticoterapia crónica, recibiendo tratamiento anticoagulante hasta julio 2010, dejando como secuela síndrome postrombótico en dicha pierna. En 2011 presenta lesiones necróticas en ambas piernas, dolorosas y de bordes eritematosos y, ante la asociación de estas lesiones y dermatomiositis se sospecha síndrome paraneoplásico realizándose: marcadores tumorales (CEA, CA 125, CA 19.9) que resultaron negativos, TAC de tórax que informa engrosamiento intersticial en base pulmonar derecha de aspecto secudario, TAC abdominal-pelviario: esteatosis hepática y mioma 25 mm; serología para otras enfermedades autoinmunes y SAF que también fueron negativas. Se realiza biopsia de piel que evidencia piel ulcerada con formación de granulomas y fenómenos de necrosis y supuración superficial. Se inició tratamiento con meprednisona 60 mg/día, azatioprina 100 mg/día, calcio + vitamina D y antibiótico terapia, presentando buena evolución de sus lesiones dérmicas. En febrero de 2015, estando bajo tratamiento con meprednisona 2 mg/día y azatioprina 75 mg/día, reaparece lesión dérmica en pierna derecha próxima a lesiones anteriores y en segundo dedo de pie derecho que evolucionan rápidamente a pesar del tratamiento a lesiones dérmicas necrotizantes en ambos pies, muy dolorosas e invalidantes. Ante esto se inician pulsos de metilprednisona 500 mg/día durante 3 días, luego pulso de ciclofosfamida 1g/mes, observándose buena respuesta a la terapéutica empleada.

Conclusión: El desarrollo de lesiones necróticas en el contexto de la dermatomiositis es un hecho poco frecuente y de difícil respuesta terapéutica. Sin embargo, su presencia establece, independientemente de la edad del paciente en el comienzo de la enfermedad, la obligación de llevar a cabo un estudio exhaustivo para descartar un proceso neoplásico subyacente.

149

PO149
0213**REPORTE DE UN CASO: POLIMIOSITIS ASOCIADO A VASCULITIS DE SNC**DV Yucra Bobarin, A Brigante, J Hogrefe, S Ibañez, G Gómez, JP Romano, D Dubinsky
Sanatorio Guemes, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) representan un grupo de enfermedades caracterizadas por inflamación muscular, las características clínicas y serológicas dependen del perfil inmunogenético del paciente y los factores ambientales. Los anticuerpos (Ac) anti sintetasa están presentes en 35 - 40 % de pacientes con MI. El Ac anti Jo1 (histidil tRNA sintetasa) se encuentra en 35% de pacientes con MI y en un 90% de pacientes con síndrome anti sintetasa (SAS) con enfermedad pulmonar intersticial (EPI), es un marcador de curso severo. El hallazgo en el citoplasma del FAN (anticuerpo anti nuclear) de imagen moteado fino orienta a la búsqueda de este Ac por métodos específicos.

Las complicaciones extramusculares como dermatitis, artritis, EPI, cardiomiopatía y enteropatía son ocasionales. El compromiso del sistema nervioso central (SNC) es raramente reportado

CASO CLINICO

Mujer de 63 años que consulta por disartria. Antecedentes: HTA. Hipotiroidismo. Inicia su enfermedad 4 meses previos con dolor y debilidad a predominio proximal de miembros superiores asociado a artralgias, artritis, rigidez matutina 30 minutos, siendo medicada con AINES e HCQ 400 mg/día, evoluciona con disfagia para sólidos y disartria aguda. Raynaud.

Examen Físico: desviación de comisura labial izquierda, paresia muscular 3/5 proximal de miembros superiores, 3/5 flexión cervical, 4/5 proximal miembros inferiores. Hipovolemia generalizada. Articulaciones interfalángicas proximales tumefactas, cianosis distal
Laboratorio: ESD 73, PCR 24, TGP 142, TGO 230, GGT 26, FAL 109, CPK 1582, Aldolasa 47, LDH 1394 Látex AR 15, Anti CCP (-), C3 94, C4, FAN 1/80 moteado fino imagen granular en citoplasma, ANCA (-) MPO 1.1, PR3 0.8, Anti Jo1 (+), CEA, Ca19.9 normales, ACL IgG positiva débil.

RMI de encefalo con difusión: imagen hiperintensa en T2 y Flair con difusión en territorio silviano derecho compatible con proceso isquémico agudo-subagudo. Otras imágenes focales inespecíficas, hiperintensas en Flair y T2 dispersas en sustancia blanca subcortical de coronas radiatas, centros semioviales, hemisferio cerebeloso izquierdo, compatibles con pequeños focos isquémicos secuenciales de gliosis y desmielinización. Arteriografía digital cerebral: aspecto arrosariado de vasos distales.

Tac tórax: Compromiso intersticial bilateral con engrosamiento de septos interlobulillares a predominio subpleural y bibasal, con áreas de vidrio esmerilado.

Biopsia de músculo deltoides: Inflamación perivascular y perimisial ++, algunas fibras con necrosis y regeneración, infiltrado inflamatorio perivascular, aisladas fibras atroficas esterasa positiva, tipo denervatorio. Conclusión: miopatía inflamatoria.

Se descartó neoplasia mediante marcadores tumorales e imágenes.

Realizó tratamiento con 3 pulsos de 1 gramo de metilprednisona / día, 6 pulsos de ciclofosfamida con buena respuesta, actualmente en mantenimiento con metotrexato 15 mg / semana

DISCUSION

Presentamos un paciente con polimiositis (PM) asociada a vasculitis del SNC. El compromiso multiorgánico (muscular, articular, esofágico, pulmonar y del SNC) y el hallazgo de anti Jo1, confirman la severidad de la enfermedad. Se ha publicado 1 paciente con PM anti Jo1 positivo asociado a arteritis linfocítica cerebral y siete pacientes con dermatomiositis juvenil con vasculitis del SNC.

Se desconoce si la presencia del Ac anti Jo1 podría tener un rol en la patogénesis de la vasculitis. La detección mediante imágenes de vasculitis del SNC y de métodos invasivos como angiografía es relevante, dado que la terapia temprana y agresiva con pulsos de metilprednisona e inmunosupresores contribuye a la mejor evolución de los mismos.

150

PO150
0220**RABDOMIÓLISIS RECURRENTE EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE POLIMIOSITIS**B Kisliuk¹, MS Conte¹, ME Sattler¹, R Theaux², JC Raggio³, GA Berbotto^{1,3}¹ Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina. ² Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. ³ Sanatorio Británico. Rosario, Santa Fe, Argentina.

La polimiositis es una forma de presentación habitual de miopatía inflamatoria. Ésta se manifiesta con debilidad muscular proximal y simétrica, dolor o inflamación muscular y manifestaciones extra musculares, respetando la piel. La rabdomiolisis es un síndrome clínico caracterizado por injuria muscular aguda y severa que resulta en mialgia, debilidad y/o inflamación con liberación del contenido de las miofibras en el torrente sanguíneo y mioglobinuria. Los síntomas generalmente se desarrollan durante horas o días después de un factor de incitación. Los niveles de enzimas musculares en suero y mioglobina en orina están marcadamente elevados. Existen múltiples causas potenciales de rabdomiolisis. Las miopatías inflamatorias, y en particular la polimiositis, se ha descrito en forma infrecuente como causa de la misma. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 37 años de edad que consulta por episodio de mialgias dorsolumbares y en región proximal de miembros superiores, de intensidad leve a moderada, sin debilidad asociada, de instauración progresiva en el curso de 2 a 3 días. Se objetiva creatinina quinasa sérica (CPK) de 65.000 UI (VN: 15-170) y mioglobina por lo que se decide su internación. La electromiografía muestra un patrón miofático. Laboratorio inmunológico: FAN (-), Ro (-), La (-), Sm (-), Rnp (-), Jo-1 (-), anticoagulante lúpico (-), Ac anti trichinela (-), Ac anti centrómero (-). TSH, T4 libre, anticuerpos anti tiroglobulina y anti tiroperoxidasa dentro de parámetros normales. Se hace un diagnóstico clínico y bioquímico de miopatía inflamatoria y rabdomiolisis por lo que recibe tratamiento con pulsos endovenosos de metilprednisona 1 gr/día por tres días. Durante el curso de la misma presenta insuficiencia respiratoria con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, por lo que se decide administrar gammaglobulina endovenosa. Tras un mes de internación se logra el alta, iniciándose tratamiento con meprednisona 1 mg/Kg día vía oral y metotrexato 20 mg semanales. Se toma una biopsia del músculo deltoides definiendo una miopatía inflamatoria, con un patrón de lesión correspondiente con una polimiositis idiopática. Un año después del episodio inicial, tras descender la dosis de meprednisona presenta nuevo cuadro de mialgias en miembros superiores, principalmente brazos y región proximal de antebrazos, así como en región interscapular. Se obtiene un laboratorio que arroja un valor de CPK de 17.530 UI (VN: 15-170), láctico deshidrogenasa (LDH) 2.981 UI (VN: 230-460), aspartatoaminotransferasa (TGO) 605 UI (VN: 0-32) y mioglobina. Con el antecedente previo de rabdomiolisis severa con compromiso respiratorio en la primera crisis, se realiza pulso de metilprednisona endovenosa de 1 gr por tres días, con pronta mejoría clínica y bioquímica. Se rota metotrexato por azatioprina (AZA), inicialmente 50 mg día, llevándolo a 150 mg en el curso de 3 meses (peso estimado de la paciente= 102 kg). A dos años del episodio inicial, durante el descenso lento de corticoides y al llegar a 4 mg de meprednisona, presenta nuevo episodio de rabdomiolisis, caracterizado por aparición súbita de dolor interscapular y en ambos brazos, con CPK 62.285 UI, TGO 1.487 UI, LDH 3.404 UI, aldolasa de 15 UI (VN: 0-7,6) y mioglobina. Se indica nuevamente pulso de metilprednisona 1 gr/día por 3 días obteniéndose una pronta remisión clínica y bioquímica. Al alta se decide aumentar la dosis de azatioprina a 2 mg/kg/día (200 mg/día), planteándose la posibilidad de una droga alternativa ante una potencial recurrencia. Las miopatías inflamatorias son enfermedades de baja prevalencia que rara vez se presentan en forma de rabdomiolisis. El manejo clínico de la polimiositis recurrente plantea un desafío terapéutico para el equipo tratante debido a la gravedad potencial del cuadro.

151

29-9-2015
08:30 - 19:30**Posters****"Síndrome de Sjögren"****Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard**

PO151

0160

ANGIOEDEMA ADQUIRIDO Y SÍNDROME DE SJÖGREN. REPORTE DE CASO CLÍNICOJ Lares, G Calizaya, V Duarte, S Scarafía, P Marcaida, M Mamani
Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.**RESUMEN**

Introducción: El Angioedema es una reacción vascular que se clasifica como hereditario o adquirido, el cual puede ser secundario a enfermedades linfoproliferativas o autoinmunes. La fracción C1q del complemento tiene un rol fundamental en la fisiopatología. El Lupus Eritematoso Sistémico es la enfermedad autoinmune más comúnmente asociada. Por otra parte, el Síndrome de Sjögren Primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica, que compromete a las glándulas de secreción exocrina. Sin embargo, la asociación de Angioedema con SSp es muy poco conocida.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 59 años de edad, oriunda del Chaco, con antecedente de Hipertensión Arterial controlada. Derivada del Servicio de Alergia con diagnóstico reciente de Angioedema Adquirido Severo, en tratamiento con Danazol 200 mg día, por presentar FAN positivo 1/1280 con patrón moteado fino. A la anamnesis refería xerostafalmia, xerostomía, xerodermia, xerovaginia, fotosensibilidad, alopecia, gingivorragia y caries frecuentes. Al examen físico se evidenció lago salival disminuido, maculas hipo-pigmentadas difusas a nivel peribucal y en tórax. Laboratorio inmunológico: Factor reumatoideo, Ac anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B positivos a altos títulos y C4 disminuido. Ac Anti-DNA, Anti-Sm, Anti-RNP, anti-CCP negativos, reactantes de fase aguda y proteína C reactiva dentro de parámetros normales. Para el estudio objetivo de síntomas SICCA se realizó test de Schirmer y sialometría que resultaron positivos, con los que clasificó para Síndrome de Sjögren primario al cumplir 4 de 6 de los criterios Americano Europeos 2002.

Conclusión: Hacemos referencia a este caso clínico debido a la escasa información de la asociación y la poca frecuencia del Angioedema Adquirido y el Síndrome de Sjögren primario.

152

PO152
0217

MONONEURITIS MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
C Iturralde, T Grosello, S Gordon, J Yauri, C Gerling, H Scherbarth
Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes, H.I.G.A. Dr. Alende, Mar del Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjogren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la disfunción de las glándulas exocrinas. Hasta el 85% de los pacientes con SSp pueden presentar compromiso sistémico. La frecuencia de manifestaciones neurológicas en el SSp oscila entre 0 - 70%, dependiendo de los criterios de inclusión y métodos diagnósticos utilizados. La neuropatía periférica (NP) suele ser sensitiva, sensitiva/motora ó autonómica. La afectación en orden de frecuencia son la polineuropatía mixta, neuropatía sensitiva pura, mononeuritis múltiple, afectación trigeminal y mucho menos frecuente la neuropatía motora pura, afectación de otros pares craneales y poliradiculopatía.

OBJETIVO: Analizar las manifestaciones clínicas, estudios complementarios, evaluando la forma de presentación y evolución hasta llegar al diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Mujer de 62 años con antecedentes de HTA, DLP, hipotiroidismo. Antecedentes Familiares, hija con enfermedad autoinmune (probable Sjogren). Comienza con caída del pié derecho (steppage) y caídas por pérdida de la estabilidad y dificultad para caminar de aproximadamente 6 meses de evolución. No presenta síntomas en MMII contralateral ni en MMSS. No refiere disfgia ni trastornos en el lenguaje.

EMG con VCM: en la exploración de miembros inferiores, se observa que los patrones de reclutamiento muscular de esfuerzo máximo fueron deficitarios en Tibial anterior y extensor largo de los dedos derechos y los PUM, de características fisiológicas. Se observó actividad espontánea durante el reposo en los antes mencionados y en menor cantidad, en isquiotibiales y gemelo externo derecho. El estudio de la VCM mostró amplitudes, latencias distales y velocidades normales para Tibial posterior y Ciático popliteo izquierdos. No hubo respuesta motora en Ciático popliteo externo derecho y fue de amplitud disminuida en Tibial posterior derecho; Compatible con Neuropatía del Nervio Ciático Derecho.

Los Potenciales evocados (PESS) del Nervio sural derecho muestran respuesta sensitiva anormal (Neuropatía sensorial).

En el examen físico: se constata Flexión Muelo-cadera Derecho 2/5, extensión rodilla Derecho 4/5, flexión rodilla Derecha 3/5, extensión pié y hallux Derecho 1/5, flexión pié y hallux Derecho 4/5, marcha con steppage (D), ROT +++ en MMSS y MMII. Hipotrofia muscular leve del cuadriceps derecho y severa en Tibial anterior, gemelos y pedio del MMII Derecho. Hipoestesia con nivel sensitivo (superficial) por debajo de la arcada crural derecha (L1-L2) e hipopalestesia en todo el MMII Derecho con barestesia conservada.

Además se halló xerofthalmia, xerostomía y sinovitis en metacarpo-falángicas de 2, 3 y 4 de ambas manos.

Laboratorio: VSG: 51 mm, AMA (+) 1/1280, Anca P ++, aumento de gamma policlonal, FAN 1 /320 patrón moteado, ENA: SSA/Ro(+)

RMN columna sin y con contraste (gadolinio): cambios edematosos con atrofia muscular a nivel de obturador interno, glúteo y recto anterior dercho.

Biopsia Glándula salival menor: inflamación crónica Grado IV.

Se inicia tratamiento con Hcq 400 mg/día, meprednisona 40 mg/día, Aines, gabapentin, amitriptilina, complejo B, ácido fólico, pilocarpina.

La paciente tuvo una respuesta favorable tanto en lo neurológico como en las manifestaciones oculares y de glándulas salivales. Con lo que su calidad de vida tuvo un drástico vuelco.

CONCLUSIONES: la presentación de este caso y la revisión de la literatura nos permite tener presente a una mononeuritis múltiple como parte de los diagnósticos diferenciales de una colagenopatía como el sjogren primario, y como en este caso y después de estudiar la evolución y evaluando los métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio, estudios electrofisiológicos, RMN, anatomía paológica) la confirmación del diagnóstico definitivo.

153

PO153
0165

ENFERMEDAD CELÍACA, HEPATITIS AUTOINMUNE Y SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO
C Costa, J Cavallasca, F Marozzi, J Musuruana
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

Introducción:

El hígado es un órgano linfoide involucrado en la respuesta inmune y el mantenimiento de la auto-tolerancia, pero también es un blanco de reacciones autoinmunes. La hepatitis autoinmune puede estar asociada a enfermedad celíaca y raramente a Síndrome de Sjögren.

Caso clínico:

Mujer de 20 años, sin hábitos tóxicos, con antecedente de enfermedad celíaca consulta por vasculitis leucocitoclástica confirmada por biopsia, fatiga y poliartralgias. Lab (24/04/14): VES: 96 GOT: 173 GPT: 202 GGT: 44 TSH: 2.57 PxE: PT 9.88 Albumina 4. Globulinas totales 5.62 con gammapatía policlonal. FAN Hep2 (+) 1/5120 patrón moteado. Anti-músculo liso, LKM y mitocondriales negativos. Serología para hepatitis A B y C negativos. HIV negativo. Eco abdomen: s/p. Realiza dieta libre de gluten estricta.

Biopsia Hepática (6/6/14): parenquima hepático con 10 espacios porta, hepatocitos que se disponen focalmente alrededor de ductos biliares conformando rosetas. Se observa moderado infiltrado inflamatorio mononuclear con aislados PMN a nivel portal con extensión hacia el parénquima adyacente confluyendo en sectores. Se observa (con coloración de Masson) refuerzo de la trama fibroconectiva a nivel portal con colapso de interfase. Ausencia de granulomas. Gradación de la actividad necroinflamatoria (ISHAK): 5/18.

En agosto inicia prednisona 10mg/día, mejorando su sintomatología.

En noviembre continúa asintomática. Lab: VES 144 GOT 57 GPT 46 PCR 0.6mg/L. FR 1/1280. Se agrega azatioprina (AZA) 100mg/día.

Lab inmunológico (10/12/14) FAN (+) 1/5120 patrón moteado, ENA (+), anti Ro 60kd y 52kd (+), anti La (+), anti-DNA (-), anti Histonas (-), anti SM (-), anti RNP (-), ANCA (-). ACA (-). Se aumenta AZA a 150mg/día.

En marzo 2015 asintomática, Lab: GOT: 19 GPT: 9 FAL: 130.

Biopsia labial (29/06/15) moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario que rodea a algunos conductos introduciéndose entre los acinos glandulares. Sialoadenitis crónica moderada con compromisos de escasos acinos. Lab inmunológico (20/07/15): AMA-M2, SLA/LP, LKM: negativos. Con buena evolución clínico-serológica hasta la fecha.

Destacamos en este caso el diagnóstico de HAI tipo I posterior a su enfermedad celíaca, con autoanticuerpos FAN, a-Ro 60 - 52 Kd, a-La y FR positivos, y biopsia labial confirmando SSp.

Conclusión:

Las descripciones de HAI y SSp son excepcionales y corresponden a casos aislados, aunque su identificación es importante, dado el efecto beneficioso de los glucocorticoides y/o inmunosupresores.

154

PO154
0141

DEGENERACIÓN MARGINAL CORNEAL DE TERRIEN Y SÍNDROME DE SJÖGREN. UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE
A Seewald, S Catalán Pellet, N Perez, H Laborde, G Nasswetter
Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción

La degeneración marginal corneal de Terrien (DMCT) es una enfermedad rara de la córnea periférica caracterizada por vascularización, opacificación, depósitos lipídicos, adelgazamiento y perforación corneal (15%). Suele ocurrir en hombres (75%), uni o bilateralmente y debido a su lenta progresión el diagnóstico se realiza en estadios avanzados de la enfermedad. Es extremadamente infrecuente la asociación con las enfermedades del tejido conectivo; siendo las vasculitis de vaso pequeño (eritema elevatum diutinum), la artritis reumatoidea y la esclerodermia las asociaciones más reportadas.

Caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 39 años, es derivada a la División Reumatología con diagnóstico de DMCT. Al examen oftalmológico presentaba adelgazamiento periférico de córnea bilateral con riesgo de perforación. La biopsia de conjuntiva de ojo izquierdo mostró: conjuntiva vascongestiva con degeneración hialina del corion y focos de infiltrado inflamatorio crónico-activo.

Al interrogatorio refería xerofthalmia y xerostomía, negando artritis, fenómeno de Raynaud o fotosensibilidad. Laboratorio: VSG 23 mm/h, PCR 0.2 mg/dl (VN h/0.5), ligera hiperalfa-2, marcada hiperbeta-1 globulinemia, niveles de complemento normal. FAN 1/1280 homogéneo, con anti DNA, anti La, anti Sm, anti RNP y anti Ro negativos. FR 6 UI/ml (VN h/ 14), ANCA, HIV, HBV y HCV negativos.

Se solicita biopsia de glándula salival menor: Grado III de la clasificación de Chisholm y Mason. Se diagnostica síndrome de Sjögren, con DMCT como manifestación extraglandular, comenzando con corticoides (1 mg/kg/día) y azatioprina 100 mg/día con buena evolución, no habiendo presentado perforación corneal.

Discusión:

La DMCT fue descrita por primera vez en 1900 como un trastorno no inflamatorio de la córnea, con adelgazamiento periférico. Se presenta en hombres mayores de 40 años y puede ser estructuralmente distinguida de otros cuadros de adelgazamiento periférico como queratocono marginal, degeneración marginal pelúcida y úlcera de Mooren mediante el estudio microscópico.

Tiene lenta progresión, de inicio tardío y ausencia de inflamación en las formas clásicas. En un subgrupo de adultos jóvenes, sin embargo, Austin y Brown en 1981 describieron una variante inflamatoria, caracterizada por episodios de inflamación ocular asociada a esclerosis. Por microscopia electrónica, demostraron que el epitelio que recubre el área de adelgazamiento en DMCT es anormal, con dilatación de los espacios intersticiales, presencia de material granular, y células inflamatorias.

Se especula que la expresión de antígenos de histocompatibilidad en las células epiteliales de la córnea, que normalmente no expresan estos marcadores podría iniciar una respuesta inflamatoria autoinmune, con cambios subclínicos del epitelio pudiendo conducir a la perforación corneal espontánea. El tratamiento incluye antiinflamatorios tópicos, hipotensores oculares, y eventualmente queratoplastia. En esta paciente el inicio de inmunosupresión se decidió ante la inminente perforación corneal, con mala respuesta al tratamiento local.

Conclusiones:

La enfermedad corneal periférica ulcerativa puede estar asociada a una variedad de enfermedades autoinmunes, pudiendo ocurrir luego de años del inicio, siendo en raras ocasiones la manifestación inicial. El desarrollo de úlcera de córnea puede llevar a la pérdida de la visión en la DMCT, con lo que la búsqueda de otra enfermedad asociada y su tratamiento podría llevar a una mejor evolución.

155

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Vasculitis"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del BoulevardPO155
0026

¿GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS ANCA NEGATIVO O POLICONDRIITIS RECIDIVANTE? CURSO EVOLUTIVO DE 33 AÑOS
C Costa, J Cavallasca, J Musuruana
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

Introducción

La Granulomatosis con Poliangeitis (GP) y la Policodriitis Recidivante (PR) son enfermedades autoinmunes sistémicas que comparten características clínicas como el compromiso ocular, otorrinolaringológico y de vías aéreas.

La GP es una vasculitis asociada a ANCA con predominante afectación pulmón-riñón. La PR es infrecuente y se caracteriza por episodios recurrentes de inflamación y destrucción de los tejidos cartilagineos.

Caso Clínico

Mujer de 64 años de edad, que a los 31 años (1982) consultó por conjuntivitis, otitis, deformidad de la nariz en silla de montar, laringotraqueitis, poliartralgias y ptequias en miembros inferiores. Sin compromiso renal ni pulmonar. Biopsia de mucosa nasal: inflamación inespecífica. Se descartó patología infecciosa.

Se diagnosticó granulomatosis de Wegener. Inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg (con descenso gradual) y ciclofosfamida oral durante diez años. Discontinúo los controles.

En 1999 consultó por mucosidad rinosinusal fétida, estridor laringeo, hipoacusia e hipertensión arterial; con mayor afectación de su lesión nasal.

Laboratorio inmunológico: todos los autoanticuerpos, incluidos ANCA fueron negativos.

Se plantearon diagnósticos diferenciales: PR, granuloma de la línea media, sífilis, lepra y sarcoidosis.

TAC de tórax (21/01/00) formaciones nodulares pequeñas y periféricas, sugestivo de proceso granulomatoso con áreas necrotizantes. La paciente se negó a la biopsia pulmonar. TAC de maxilo facial: ausencia de septum, no se observan granulomas endocavitarios. Biopsia de mucosa nasal (03/04/00): hiperplasia de glándulas mucosas con infiltrado mononuclear en el corion. Excitosis focal de PMN (neutrófilos), no se observan signos vasculíticos. Lab: VDRL(-), HIV(-), rutina normal. Tratamiento: prednisona 5 mg/d, enalapril 10 mg/d, cotrimoxazol 2g/d.

Presentó múltiples infecciones de la vía aérea que resolvieron con antibióticos.

En el 2003 se realizó TAC de cuello: engrosamiento de las paredes de la vía aérea, predominantemente a nivel traqueal, compatible con PR. En junio presentó severa estenosis laringotraqueal, se planteó realizar traqueostomía, pero se optó por ciclofosfamida 1g/1EV (inducción y mantenimiento hasta la actualidad). Lab inmunológico (2012): ANCA (-) PR3: 23 U/ml (21-30 positivo bajo)

Persiste con secuelas a nivel del maxilo facial (nariz en silla de montar), estridor laringeo y fteidez. TAC tórax (14/01/15) bronquectasias en racimos sin nódulos. Senos paranasales: compromiso de tabique y septum, ausencia de cornetes inferiores y medio derechos.

Conclusión

Las características en común de la GP y PC, la ausencia de anticuerpos ANCA y la histopatología inespecífica, dificultan diferenciar entre ambas patologías. Al compartir una misma terapia inmunosupresora, permitió una larga sobrevida.

156

PO156
0032**POLIARTERITIS NODOSA AISLADA EN TESTÍCULOS: REPORTE DE DOS CASOS**
C Costa, MR Maliandi, J Cavallasca, J Musuruana
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.**Introducción:**

La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis sistémica caracterizada por inflamación necrotizante no granulomatosa que afecta arterias de mediano y pequeño calibre. Raramente el proceso inflamatorio es aislado e involucra a un solo órgano sin manifestaciones sistémicas. Cuando se localiza en testículo, puede presentarse imitando un tumor primario o una orquiepididimitis. El diagnóstico definitivo es histopatológico. La terapia es controvertida.

Caso 1:

Paciente de 54 años, consulta por dolor y masa palpable en testículo derecho en octubre de 2012. Ecografía testicular (23/10/12): testículo derecho: aumento de tamaño y de su vascularización arteriovenosa a nivel epididimario, compatible con epididimitis. Testículo izquierdo: mínimo hidrocele.

Biopsia testicular (09/11/12): pieza de orquiepididectomía. A nivel de la túnica vascular de la albúginea se reconoce un vaso arterial mediano que presenta un área de infiltración inflamatoria transparietal por leucocitos polimorfonucleares con necrosis fibrinoide. Diagnóstico: poliarteritis nodosa testicular.

Examen físico normal. Lab: VES: 55 mm, HIV, VHB y VHC negativos, PCR (-), PxE: normal, FAN, ANCA y anticardiolipinas negativos. C3: 108 mg/dl, C4: 12 mg/dl. Sin evidencias de compromiso sistémico. Tratamiento sintomático, sin inmunosupresores.

Caso 2:

Paciente de 31 años, con antecedente de eritema nodoso que revirtió con AINES (año 2011); consultó en agosto de 2014 por síndrome febril con foco respiratorio, le diagnosticaron neumonía y realizó tratamiento con levofloxacina. Luego presentó dolor e hinchazón testicular y fiebre, con presunción de orquiepididimitis. Ecografía testicular: orquitis en testículo izquierdo. Laboratorio: VES: 58 mm; HIV, VHB, VHC y VDRL: negativos.

Biopsia testicular izquierdo (29/08/14): parénquima testicular con un denso infiltrado inflamatorio agudo y crónico que afecta a los túbulos seminíferos. Se observa congestión vascular con hemorragia intersticial reciente, vasos congestivos con endotelios lúrgentes y leucocitos polimorfonucleares. Se identifican aislados vasos arteriales con necrosis fibrinoide. Diagnóstico: Orquitis aguda y crónica con fenómenos vasculíticos agudos.

En septiembre se presenta sin compromiso sistémico y afebril, sólo con tratamiento sintomático. Lab: VES: 25 mm, PCR (-), FAN y ANCA negativos.

Ecografía testicular (23/09/14): Testículo derecho: moderado incremento de la vascularización. Epidídimo de calibre conservado, sin signos de lesión focal. Líquido libre escaso peritesticular de aspecto homogéneo. Testículo izquierdo: con hipervascularización leve intraparenquimatosas. Ecografía testicular (05/01/15): normal.

Hasta la fecha el paciente persiste asintomático sin tratamiento. Pendiente: angio-RMN abdomino-renal.

Conclusión:

La conducta terapéutica puede limitarse sólo a la exéresis del órgano comprometido. La PAN puede permanecer localizada a un solo órgano, pero requiere de monitorización estricta.

157

PO157
0021**PAQUIMENINGITIS HIPERTROFICA ASOCIADA A ANCA: DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS**
C Pena, M Pera, P Sansinanea, R Aguilá, MA García
HIGA San Martín La Plata, Argentina.

Introducción: La Paquimeningitis Hipertrofica (PH) es una condición crónica y poco frecuente caracterizada por un engrosamiento difuso o localizado de la duramadre craneal y/o espinal, pudiendo ser su etiología infecciosa, tumoral, inflamatoria o idiopática. Su asociación en vasculitis asociada a anticuerpos antinucleares de neutrófilo (ANCA) se ha reportado en la literatura, siendo una manifestación poco frecuente de compromiso neurológico y generalmente asociada a formas limitadas de la enfermedad.

Objetivo: describir las características clínicas y resultados observados en una serie de casos de pacientes con diagnóstico de PH asociada a ANCA.

Caso 1: Mujer de 52 años, antecedentes de nódulos dolorosos en miembros inferiores, otitis media bilateral, hipocausa neurosensorial bilateral y parálisis facial izquierda; desarrolla deterioro del estado general, fiebre y tendencia al sueño, nódulo subcutáneo en región mamaria y reactivación de nódulo preexistente en miembro inferior izquierdo. RMN encéfalo y oído: mastoiditis bilateral, realce meníngeo a nivel frontoparietal izquierdo. TAC torax: nódulos cavitados pulmonares en base de pulmón. Biopsia de nódulo: severa panarteritis necrotizante de vasos de mediano calibre con presencia de células gigantes multinucleadas. Se descarta procesos infecciosos subyacentes. Biopsia de nódulo mamario: proceso inflamatorio inusual, negativo para células neoplásicas. ANCA C y P: negativos por IFI y ELISA. Diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeítis (GPA).

Inicia pulsos de metilprednisolona (MP) IV y corticosteroides a dosis altas (30 mg/d) evolucionando de manera favorable, continuando tratamiento de mantenimiento con metilprednisolona.

Caso 2: Varón de 59 años, diagnóstico de GPA de 2 años evolución en tratamiento corticoide derivado por exoftalmos bilateral, limitación de movimientos oculares en todas direcciones, visión luz en ojo derecho y cuenta dedos en ojo izquierdo. TSH normal. RMN de orbitas: engrosamiento difuso de cubiertas neurales de nervio óptico derecho, exoftalmos bilateral, y discreto engrosamiento del músculo recto interno izquierdo. Marcado realce de cubiertas meníngeas de la región frontal. ANCA C positivo.

Inicia pulsos de MP y ciclofosfamida (CF IV) 15 mg/kg (6 dosis), con respuesta clínica parcial a dicho tratamiento pese a altas dosis de esteroides (20 mg/d). Se indica metotrexato (MTX) 20 mg/sem y Rituximab (RTX)

Caso 3: Varón de 18 años, antecedentes de otitis media izquierda, sometido a mastoidectomía radical, es derivado de por presentar fistula palatina con comunicación con base de encéfalo y pérdida de LCR, tumefacción mediocéfala izquierda y cefalea intensa con fotofobia. LCR: leve hiperproteinorrea y cultivos negativos. RMN: realce de meninges a nivel de fosa posterior, tienda de cerebelo y frontoparietal derecha. Colección que invade seno sigmoides y transversus izquierdo compatible con trombosis. Engrosamiento de senos mucosos. TAC de cuello: solución de continuidad en región palatina izquierda con comunicación entre cavidad oral y fosas nasales. ANCA PR3 + 93U. Diagnóstico de GPA. Inicia pulsos de MP, CF 15 mg/kg IV (6 dosis). Recidiva de los síntomas meníngeos al descender metilprednisolona a menos 30 mg/d. Se indica RTX 375mg/m² (x 4 semanas) + MTX 25 mg/sem con excelente respuesta clínica.

Caso 4: Mujer de 27 años que debuta con paraparesia progresiva de 10 meses de evolución, RMN encefalo y columna vertebral: PH craneoespinal desde región cival hasta sector cervical anterior y posterior mielorradicular. LCR: bandas oligoclonales tipo IV, bacteriológico, micológico y PCR para tbc negativos. Biopsia de meninges: infiltrados linfomonocitarios en vasos, sin proliferación neoplásica, tinciones negativas para hongos o micobacterias. IgG4: 5.94 mg/dl. ANCA MPO 71 UI.

Se inician pulsos de MP, metilprednisolona 30 mg/d y CF IV 15 mg/kg, con evolución favorable de sintomatología y disminución del requerimiento de esteroides.

Comentario: Se destaca la importancia de reconocer esta entidad poco frecuente caracterizada por la presencia de cefaleas crónicas con o sin déficits neurológicos o neuro-oftalmológicos acompañantes, que puede asociarse a la presencia de vasculitis clínicamente definida o constituir una manifestación limitada a SNC. La inmunosupresión con dosis altas de esteroides, CF, MTX o RTX constituyen alternativas terapéuticas.

158

PO158
0166**GRANULOMATOSIS CON POLIANGÉITIS ASOCIADA A TUMOR RETROPERITONEAL**
SK Perez, JM Bande, SB Papasidero, JA Caracciolo, ME Martín, M Fernandez, JC Scioscio
Hospital General de Agudos "Dr. E Tornú", Argentina.

La Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) es una vasculitis sistémica que afecta vasos de pequeño y mediano calibre caracterizada por la presencia de granulomas necrotizantes y positividad para ANCA-c. Clínicamente se presenta con compromiso del aparato respiratorio, tanto de la vía aérea superior como inferior, afectando también la función renal en forma variable. Ocasionalmente puede asociarse a la presencia de masas siendo estas la expresión de la misma enfermedad constituyendo lesiones pseudotumorales de tipo inflamatorio. La localización reportada con mayor frecuencia es a nivel renal, habiéndose descrito también en órbita, mama y vejiga, entre otras. En muy pocos casos se ha informado una masa ubicada en el retroperitoneo, ante lo cual debe plantearse el diagnóstico diferencial entre pseudotumor inflamatorio y neoplasia. Tatsis y colaboradores analizaron la frecuencia y el tipo de neoplasias malignas halladas antes o simultáneamente con el diagnóstico de GPA, en comparación con un grupo control, reportando con mayor frecuencia en dicha localización el carcinoma de células renales. A continuación describimos un caso de GPA asociada a tumor retroperitoneal. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 52 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo que consultó por presentar migrañas generalizadas de 3 meses de evolución asociado a dolor y tumefacción en manos, tobillos y pies, disminución de la sensibilidad en miembros inferiores infrapatelares, bilateral con hiperalgia e inestabilidad en la marcha. Refería además, haber presentado durante la evolución episodio de ojo rojo doloroso y fenómeno de Raynaud. Al examen físico se constató acrocianosis en manos; artritis en manos a predominio de MCF e IFP con dificultad para completar puños; disminución de la sensibilidad superficial y profunda en pierna, pie y mano derechos. Ante este cuadro se decidió su internación. En estudios de laboratorio se evidenció anemia, leucocitosis, VSG y PCR aumentadas, ANCAc, Anti PR3 y FR positivos. La capilaroscopia mostró hallazgos inespecíficos. Se realizó EMG, el cual informó mononeuritis múltiple, y la biopsia del nervio sural evidenció lesiones anatomopatológicas compatibles con vasculitis. Con diagnóstico de GPA, se inició tratamiento con glucocorticoides a altas dosis con buena respuesta. Se efectuó además tomografía de tórax, abdomen y pelvis en la cual se detectó la presencia de una masa retroperitoneal de 70 x 73 mm. Con este hallazgo, se procedió a realizar una laparotomía exploradora con extracción de la masa tumoral remitiendo el material para su estudio anatomopatológico cuyo informe fue compatible con Schwannoma celular. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria por lo que fue externada y continuó seguimiento en forma ambulatoria. Actualmente, se encuentra en tratamiento con Azacloripina y bajas dosis de glucocorticoides evolucionando favorablemente. **Conclusión:** La asociación de GPA con masa retroperitoneal constituye una presentación sumamente infrecuente. Según lo informado en la literatura a través del reporte de casos y los escasos estudios observacionales, las etiologías más frecuentes están representadas por el pseudotumor inflamatorio y el carcinoma de células renales. Hasta la fecha, en la bibliografía consultada, no hallamos ninguna publicación sobre la asociación de GPA con Schwannoma.

159

PO159
0197**VASCULOPATÍA DE LA ENFERMEDAD DE BEHCET. TRATAMIENTO CON AGENTES ANTI-TNF α**
GF Mora¹, C Couto², R Cerato³, P Lylyk³¹ Sección Inmunología Clínica, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina. ² Sección Uveítis, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ³ Instituto Médico ENÉR, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet (EB) es una vasculopatía sistémica, caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, uveítis, compromiso vascular, neurológico, articular, renal y gastrointestinal. El manejo terapéutico depende de la presentación clínica y del compromiso orgánico. Cuando existe compromiso del sistema nervioso central como forma de presentación, los diagnósticos diferenciales son particularmente desafiantes. La panuveítis y la vasculitis retiniana están entre las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad, ocurriendo en el 60-80% de los pacientes, evolucionando a la amaurosis luego de años sin tratamiento. El tratamiento habitual de estas manifestaciones comprende dosis altas de esteroides e inmunosupresores, teniendo como alternativa ante la falta de eficacia o toxicidad de los mismos, el uso de agentes anti TNF α .

CASO 1. Paciente de 48 años de edad, hipertenso, en 2005 ACV isquémico paracapsular izquierdo con afasia y hemiparesia. Recibió tratamiento endovascular, evolucionando favorablemente. En 2007 coriorretinitis izquierda, secundaria a herpes zoster, eritema nodoso en miembros inferiores y afasia, que por arteriografía digital mostró ser consecuencia de la oclusión de la rama supraoftálmica de carótida interna derecha y de arterias leptomeningeas de cerebral posterior a silviana izquierdas. Punción lumbar normal. Atlas orales y genitales a repetición, múltiples lesiones compatibles con paniculitis (comprobada por histología), acné en torso. Sinovitis de ambos tobillos y dolor sacroiliaco bilateral. Neftitis túbulo intersticial y síndrome de secreción inadecuada de HAD. En el laboratorio VSG 60 mm y PCR positiva en altos títulos, autoanticuerpos negativos. Se realizó diagnóstico clínico de EB. El paciente fue tratado con clopidogrel y rehabilitación fonológica por su afasia, y desde 2008 sucesivamente con colchicina, penicilina benzatínica y metotrexato, más dosis moderadas de esteroides orales, sin respuesta completa. En 2010 sufrió una hemorragia digestiva y crisis hipertensiva, por lo que se suspende el tratamiento inmunomodulador por vía oral y se comienza tratamiento con etanercept 50 mg subcutáneos semanales, con remisión clínica completa (cutáneo-mucosa-articular y neurológica) hasta la fecha.

CASO 2. Paciente de 36 años de edad, con antecedentes de aftas orales recurrentes desde la infancia, que en 1999 sufre uveítis izquierda con vasculitis retiniana, momento en el que comienza con aftas genitales a repetición. Se realizó diagnóstico de EB, recibiendo tratamiento con corticoides en altas dosis y pulsos endovenosos de ciclofosfamida durante 1 año, con remisión completa del compromiso oftalmológico y con disminución secuencial importante de la agudeza visual izquierda. Las aftas tanto orales como genitales persistieron. En 2015 consulta por ojo rojo y visión borrosa, diagnosticándose panuveítis de ojo derecho con vasculitis retiniana y papilitis. Se comenzó tratamiento con metilprednisolona oral 1 mg/kg/día, con mejoría sintomática. Como ahorrador de esteroides, se introdujo micofenolato mofetil en dosis de 1 a 2 gramos diarios divididos en dos tomas. El paciente presentó elevación de transaminasas por 4, que se modificaron solamente con la suspensión del fármaco. Se introdujo tratamiento con adalimumab 40 mg subcutáneos semanalmente durante 4 semanas, para luego continuar cada dos semanas. El paciente presenta mejoría sostenida de la agudeza visual en ojo derecho, sin signos de inflamación en el examen oftalmológico y remisión completa de sus manifestaciones cutáneo-mucosas.

COMENTARIO: Las manifestaciones vasculares de la Enfermedad de Behcet se asocian con un elevado riesgo de complicaciones severas, morbilidad y mortalidad. La detección temprana y la instalación de un tratamiento agresivo son esenciales para la evolución de estos pacientes. Los agentes anti-TNF α están siendo utilizados crecientemente en pacientes con EB. A pesar de no existir estudios controlados importantes, constituyen en la práctica clínica una alternativa para aquellos pacientes refractarios o intolerantes a los tratamientos inmunosupresores convencionales.

160 PO160
0205
DOLOR EN PANTORRILLAS COMO FORMA DE COMIENZO DE POLIARTERITIS NODOSA
M Negri, R Calvo, A Ortiz, S Roverano, S Paiva
Hospital José María Cullen, Argentina.

Introducción:
Descrita en 1886 por Küssmaul y Maier, es inflamación necrotizante de arterias de mediano y pequeño tamaño sin glomerulonefritis o vasculitis en arteriolas, capilares o vénulas. (Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill –CHCC- 2012)
Los órganos de compromiso más frecuentes son piel, riñón, tracto gastrointestinal, articulaciones y músculos, nervio periférico y los síntomas constitucionales asociados; con menor frecuencia afecta corazón, pulmón y SNC.

Objetivo: Describir un caso inusual de presentación de PAN con dolor en pantorrillas

Caso: Hombre de 47 años, con antecedente de hiperuricemia desde hace 15 años, tratado con allopurinol 300 mg/día y colchicina 1 mg/día. Comienza con cuadro de un mes de evolución caracterizado por pérdida de peso de 10 kg, fiebre (> a 38,5°) a predominio vespertino, taquicardia, dolor espontáneo en ambas pantorrillas que impide la marcha, tumoraciones en gemelos en relación al plano muscular, de consistencia duro-elástica, eritematosas, con aumento de la temperatura, de 6 x 10 cm a nivel derecho y 4 x 4 el izquierdo; máculas eritemato-purpúricas en cara anterior y posterior de MMII infrapatealares; oligoartritis asimétrica de pequeñas articulaciones (Carpó, MCF y PIF), anemia, leucocitosis y trombocitosis.

Exámenes complementarios:
1) Laboratorios: FAN negativo, DNA negativo, ENA negativo, ANCA p y ANCA c negativos, C3 y C4 normales, serologías para VHB, VHC, VDRL y HIV negativos.
2) RMN de ambos miembros inferiores que informa hiperintensidad en gemelos, compatible con miostitis.
3) EMG de cuatro miembros: polineuropatía sensorio-motora con disminución de la velocidad de conducción de ambos nervios surales.
4) Arteriografía de aorta abdominal, tronco celiaco, mesentérica superior e inferior y renales normales.
5) Biopsia de músculo gastrocnémico: miostitis en ambas muestras.
6) Biopsia de nervio sural: Vasculitis de vasos pequeños y arteria mediana.
7) Mutación Tirocinquinasa Jack 2 y ABL: negativos.
8) Centellograma: no evidencia hipercatabolismo óseo

Se realizaron tres pulsos de Metilprednisolona de 1g/día, continuando con 60 mg/día de Meprednisolona vía oral. Posteriormente se indicó 1° pulso de Ciclofosfamida mensual, evolucionado afebril con remisión del dolor en ambas piernas.

Conclusión:
Se presentó un caso de PAN que debuta como forma inusual con dolor en pantorrillas por miostitis evidenciada por métodos de imágenes y anatomo-patológicos.
El compromiso en grupos musculares selectos por PAN es comunicado raramente en la literatura. Se expresa con dolor en pantorrillas y fiebre sostenida. La resonancia magnética nuclear es el método de elección para guiar la biopsia con sospecha de miostitis en PAN.

161 PO161
0218
PÚRPURA DE SCHÖENLEIN-HENOCH EN EL ADULTO CON COMPROMISO GASTROINTESTINAL ANCA NEGATIVO
C Baled, N Aguilera, G Bovea, E Gutfraind
Hospital Naval, Argentina.

Introducción: la Púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis sistémica de vasos de pequeño calibre relacionada con depósitos de inmunocomplejos conteniendo inmunoglobulina A. Si bien se puede manifestar a cualquier edad, afecta principalmente a niños entre 3 a 15 años.

Esta vasculitis es excepcional en adultos, con una incidencia de 13 casos por millón de habitantes.

Objetivo: destacar la importancia de la sospecha de etiología autoinmune ante un paciente con compromiso gastrointestinal y lesiones en piel.

Material y Método: se revisó la historia clínica de un paciente con antecedente de vasculitis que ingresó a cirugía por abdomen agudo quirúrgico.

Resultados: se recabaron los siguientes datos: paciente varón de 45 años, con antecedentes de Púrpura de Schönlein-Henoch a los 30 años, manifestada en esa oportunidad por lesiones en piel en miembros inferiores con placas purpúricas (cuya biopsia confirmó el diagnóstico por inmunofluorescencia de depósito de IgA), compromiso articular (sinovitis de tobillos y artralgias), que había tenido buena respuesta al tratamiento con corticoides vía oral y que lo cumplió por 6 meses. Estuvo libre de síntomas hasta diciembre del 2014, en que presentó una recidiva con compromiso de piel (púrpura palpable en los cuatro miembros y genitales) acompañado de artritis simétrica en tobillos y muñecas. Fue evaluado en esa oportunidad por dermatología, se le realizó biopsia de piel con diagnóstico de vasculitis leucocitoclastica alérgica y le indicaron en forma ambulatoria meprednisolona 80mg por día, en dosis decrecientes hasta suspenderla en 10 días.

El paciente evolucionó con dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómitos. Consultó a la guardia donde le practicaron una cirugía de urgencia con diagnóstico de perforación intestinal secundaria a isquemia de ileon terminal, que requirió resección y anastomosis termino-terminal.

Fue tratado en forma empírica con ciprofloxacina y metronidazol endovenoso.

La anatomía patológica de la biopsia informó necrosis isquémica vascular segmentaria de probable origen trombotico (¿vasculitis?) con reacción peritoneal asociada.

Solicitaron interconsulta con el servicio de reumatología, y se le indicó un pulso de ciclofosfamida de 1 gramo endovenoso con mejoría de los síntomas.

Laboratorio: hematócrito 45, glóbulos blancos 11.750, TGO 62, TGP 34, glucosa 113, urea 16, creatinina 0,69, bilirrubina total 0,3; serologías para retrovirus, hepatitis B y C (-), citomegalovirus (-), ESD 55, Proteína C Reactiva 2,7; Factor Reumatoideo (-), C3 119, C4 13, Anticuerpo anti DNA (-), Factor antinuclear (-), anticuerpo anti Ro, y anti La (-), Anticuerpo anti-RNP (-), ANCA C y ANCA P (-).

Es dado de alta por cirugía, y a las dos semanas presentó recidiva de las lesiones en piel y del compromiso articular por lo que se interna nuevamente, se le administraron 3 pulsos de metilprednisolona de un gramo con remisión paulatina de las lesiones y mejoría franca de la sintomatología articular.

Luego se continuó con meprednisolona 1 mg/kg por vía oral en dosis decrecientes hasta llegar a 10 mg por día. Se le otorgó el alta hospitalaria con buena evolución.

Conclusión: presentamos el caso de un paciente adulto con Púrpura de Schönlein-Henoch con compromiso gastrointestinal que requirió intervención quirúrgica.

Según la literatura consultada, el 22% de los adultos tiene recaídas, y el 33% tiende a la cronicidad. La afectación digestiva en el adulto con esta patología ocurre en el 85% de los casos.

La presentación suele manifestarse con dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y hematoquesia. Los síntomas ocurren por depósito de inmunocomplejos en la pared de los vasos sanguíneos que conducen a edema y hemorragia de la pared intestinal.

Puede ser confundida con una amplia variedad de otras patologías, entre ellas enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones o isquemia mesentérica.

Es importante sospechar la etiología autoinmune ante un paciente con un cuadro similar.

Motiva la presentación del caso la inusual aparición de esta patología en adultos.

Su retraso en diagnosticarlo puede aumentar el riesgo de complicaciones y la morbimortalidad.

162 PO162
0198
POLICONDRIITIS RECIDIVANTE: TRES NUEVOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
MM Zalazar¹, L Vargas², OL Rillo³, SB Pappasidero⁴, MM Mayer⁵, JC Barreira⁶

¹ Hospital General De Agudos Dr. I Pirovano, Argentina. ² Hospital General De Agudos Dr. E Tornú, Argentina. ³ Hospital Británico, Argentina.

Introducción: La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad sistémica, autoinmune, poco frecuente, con una prevalencia de 4,5 por millón. Se caracteriza por la inflamación episódica y progresiva del tejido cartilaginoso. Las manifestaciones más frecuentes son la condritis articular, artritis, condritis nasal y laringotraqueobronquial. Un tercio de los pacientes, presentan otras enfermedades autoinmunes. El diagnóstico es clínico, existiendo criterios de clasificación de Mc Adam, de Damiani y de Mitchell. La mortalidad se asocia fundamentalmente a las infecciones y obstrucción respiratoria. Se presentan tres pacientes de sexo femenino con compromiso respiratorio severo

Casos clínicos:
Paciente 1: 58 años de edad, con antecedentes de queratoconjuntivitis sicca, episcleritis y uveitis anterior. Consulta por disnea CF I-II. Examen físico: estridor laríngeo, sibilancias y ronus diseminados. Nariz en silla de montar. Perfil tiroideo, serológico y autoinmune negativo. Tomografía computada (TC) de tórax: disminución del calibre de la tráquea, carina y bronquios fuentes. Espirometría: obstrucción severa de la vía aérea superior. Fibrobroncoscopia (FBC): colapso dinámico de la tráquea. Tratamiento: prednisona 1 mg/kg/día y ciclofosfamida vía oral.
Paciente 2: 45 años; consulta por pérdida de peso, dolor en ambos pabellones auriculares, poliartitis, tos seca y disnea CF I. Examen físico: nariz en silla de montar, ambos pabellones auriculares eritematosos y tumefactos. Espiración prolongada, ronus diseminados. Laboratorio: anemia, perfil serológico y autoinmune negativo. Radiografía de tórax: infiltrado intersticio-reticular. Espirometría: patrón obstructivo severo. FBC: granuloma subcondral, estenosis subglótica. TC de Tórax y Cuello: alteración morfológica de los anillos traqueales y cartilagos crico-aritenoides, con disminución del diámetro traqueal. Inicia pulsos de metilprednisolona y continúa con esteroides altas dosis, adicionándose metotrexate, el cual se suspende por intercurencias infecciosas. Actualmente recibe azatioprina.
Paciente 3: 28 años de edad al momento de la consulta. Antecedentes de síndrome de Meniere de reciente inicio y medicada con metilprednisolona 40 mg/día. Consulta por dolor de ambos pabellones auriculares y disfonía. Examen físico: nariz en silla de montar, ambos pabellones auriculares eritematosos y tumefactos. Biopsia del pabellón auricular: acúmulo de leucocitos pericondrales. Se adiciona azatioprina 150 mg/día. Evolución con compromiso respiratorio requiriendo traqueostomía. Laboratorio: leucocitosis, perfil serológico y autoinmune negativo. TAC de cuello: obstrucción subglótica. FBC: inflamación difusa de la tráquea. Completa cinco pulsos de metilprednisolona y luego continúa con ciclofosfamida mensual. Actualmente en mantenimiento con azatioprina.

Discusión: La PR es una entidad poco prevalente, que en ocasiones se asocia a otras enfermedades autoinmunes, por lo cual puede llegar a ser subdiagnosticada.

La mayoría de los autores en las series de pacientes con mayor número de casos, coinciden en que es una enfermedad grave, que compromete la calidad de vida significativamente, y aumenta el riesgo de morbimortalidad, sobre todo por el compromiso respiratorio grave, y las infecciones intercurrentes, como ocurrió en nuestros pacientes. Es importante tener en cuenta el diagnóstico de esta entidad con el objetivo de identificarla en forma temprana e instaurar un correcto tratamiento, limitando de esta forma posibles complicaciones graves que empeoran el pronóstico.

163 PO163
0201
VASCULITIS ANCA ASOCIADAS: REPORTE DE CASOS
M Oliver, CA Asnal, MR Seisdedos, P Cowan, I Morend, L Giliardi, G Lebersztein, D Mata
Centros Ambulatorios OSECAC. Centro Jonas Salk Sarandí. CABA, Argentina.

Introducción: La presencia de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) y el compromiso inflamatorio de la pared de pequeños vasos en múltiples órganos son las características centrales del grupo de vasculitis asociadas a ANCA (VAA). Las vasculitis necrotizantes que afectan los vasos de pequeño calibre son la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis microscópica (MPA), la granulomatosis con poliangeítis y eosinofilia (EGPA) y la vasculitis limitada a un órgano.

En la actualidad, el objetivo del tratamiento es reducir su alta tasa de mortalidad y mal pronóstico, utilizando estrategias terapéuticas disponibles. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, los hallazgos del laboratorio, score de actividad y el tratamiento recibido de 14 pacientes con diagnóstico de vasculitis asociadas a ANCA.

Materiales y métodos: Se revisaron respectivamente las historias clínicas electrónicas desde 02-2015 hasta 30-6-2015 de aquellos pacientes en seguimiento por Reumatología que presentaban VAA según criterios de Chapel Hill 2012, se recabaron las siguientes variables: datos epidemiológicos, clínicos, score BVAS (versión 3), estudios complementarios y tratamiento recibido.

Resultados: Un total de 14 pacientes fueron incluidos: GPA 42.85% (n=6), EGPA 14.28% (n=2), MPA 42.85% (n=6). La distribución del sexo, edad al diagnóstico, determinación de anticuerpos y compromiso clínico inicial, se describen en la tabla 1. Todos presentaron anemia y reactivantes de fase aguda elevada al diagnóstico. Ningun paciente presentó hiperagammaglobulinemia. El tratamiento de inducción fue ciclofosfamida endovenosa en un 92.85% (n=13), sólo uno recibió ciclofosfamida oral. La mediana del tiempo de inducción fue de 6 meses (RIQ 6-7). Dos pacientes recibieron plasmaféresis (14.28%), y tres (21.42%) recibieron diálisis el primer mes de tratamiento. De elección en el mantenimiento se utilizó azatioprina. Hubo un paciente con insuficiencia renal crónica terminal que continuó en diálisis y un paciente que recayó post remisión, que respondió al tratamiento. Hubo sobrevida del 100% de los pacientes en seguimiento con una mediana de 2 años. Se analizaron asociaciones entre fiebre y compromiso de VAS, VAI o glomerulonefritis (GN) y entre las diferentes formas de compromiso de vías aéreas y GN, no encontrándose ninguna asociación.

Tabla 1

Sexo (Masculino/ Femenino)	8/8
Edad al diagnóstico (mediana en años)	50 (RIQ 38-60)
Tiempo de seguimiento (mediana en años)	2 (RIQ 1-3)
Antecedentes TBQ	42.85 % (n=6)
ANCA C+ y anti PR 3+	42.85 % (n=6)
ANCA P+ y anti MPO+	50 % (n=7)
Síntomas constitucionales	71.42% (n=10)
Tracto respiratorio superior	78 % (n=11)
Nódulos / cavidades (TAC)	57 % (n=8)
Hemorragia alveolar	42.85 % (n=6)
Renal / Biopsias necrotizantes	71.42 % (n=10) / n=9
Neuropatía periférica	28.57 % (n=4)

Conclusión: Se observó un gran porcentaje de afección pulmonar y renal concomitante, como es descrita por otros autores. La presencia o no de fiebre al diagnóstico, no se relacionó con la presencia del compromiso de vías aéreas superiores, inferiores, ni glomerulonefritis, aunque hubo una tendencia en el grupo de pacientes con compromiso de VAI. Tampoco hubo diferencias entre el patrón por inmunofluorescencia del ANCA ni su determinación por elisa y las manifestaciones clínicas iniciales. Todos los pacientes recibieron antibioterapia por diagnóstico presuntivo de proceso infeccioso respiratorio previo a la visita al reumatólogo. El tratamiento de inducción de elección fue la ciclofosfamida. Concluimos que es importante continuar registrando y estudiando a los pacientes VAA para mejorar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

164

PO164
0253**RESPUESTA AL TOCILIZUMAB EN UN VARÓN DE 7 AÑOS CON ARTERITIS DE TAKAYASU. ROL DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PET/CT**C Battagliotti, I Villaruel
Servicio de Reumatología Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Argentina.**Introducción:**

La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica granulomatosa, idiopática, de las grandes arterias que afecta la aorta y sus ramas principales. Existen pocos casos descritos en la edad pediátrica.

El proceso inflamatorio comienza en la capa adventicia de los vasos y la inflamación produce el estrechamiento de la arteria. Los estudios por imágenes PET/CT con FDG Fluor Desoxi Glucosa permiten identificar la actividad metabólica aumentada en las células inflamatorias de la pared de los vasos en pacientes con vasculitis activa.

La IL-6 se sobreexpresa en la pared de los vasos de los pacientes con enfermedad activa.

El Tocilizumab antagonista del receptor de la IL-6, se plantea como una alternativa terapéutica para casos graves o refractarios.

Objetivo: presentar un nuevo caso en pediatría, su manejo y evolución.

Caso Clínico: Varón de 7 años, sin antecedentes de jerarquía que consulta por fiebre de un mes de evolución y pérdida de peso con lesiones nodulares eritematosas múltiples en miembros inferiores. En el laboratorio tenía GB 15700 (N 73L 30) Hto 29% plaquetas 600.000 VSG > 120mm PCR 20 mg/l PPD(-). Estudios Viroológicos e inmuno reumatológicos negativos. El examen cardiovascular detectó una pericarditis posterior grado 1 con dilatación aneurismática de la coronaria izquierda.

La angiografía mostró tortuosidades en ambas carótidas con dilatación irregular del bulbo carotideo izquierdo y compromiso en la parte proximal de la arteria mesentérica superior. La biopsia de piel informó vasculitis granulomatosa de vasos de mediano y pequeño calibre.

Recibe Gamadobulina EV 1g/kg, por persistencia de la fiebre se indica pulso de metilprednisolona y como no responde comienza con tocilizumab a 8 mg/kg infusiones mensuales con lo cual baja la fiebre y mejoran los parámetros de inflamación. Recibe un total de 9 pulsos mensuales junto con aspirina a dosis antiagregantes. Se inicia descenso paulatino de corticoides. El control cardíaco y las angiografías se normalizan y el PET/CT a los 5 meses detectó compromiso focal con actividad metabólica (SUV2.9) a nivel proximal de la carótida primitiva derecha. Se agregó al tratamiento metotrexate y continuó con el descenso de corticoides hasta suspenderlo. Permanece en remisión tanto clínica como de laboratorio a los 20 meses de evolución con metotrexate a 7.5 mg semanales en descenso.

Se plantea la realización de un nuevo PET/CT

Conclusión: El diagnóstico de AT se hizo en la fase pre-isoquímica de la enfermedad con síntomas inespecíficos como fiebre, disminución de peso, eritema nodoso de piel. Junto a los marcadores de inflamación, la biopsia de piel y las imágenes del sistema cardiovascular.

Tanto los nuevos biológicos como los estudios por imágenes como el PET/CT con FDG necesitan más estudios para evaluar su real indicación.

La AT requiere una alta sospecha para arribar al diagnóstico y tratamiento oportuno.

165

PO165
0136**NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLES Y LÍVEDO SIMULANDO VASCULITIS**C Gerling¹, T Grosello¹, C Iturralde¹, S Gordon¹, J Yauri¹, L Marcostrigiano², H Scherbarth¹¹ Unidad Reumatológica y Enf. Autoinmunes H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina. ² Servicio de Clínica Médica H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La granulomatosis linfomatosa, descrita por primera vez en 1972, por Liebow y cols, es un proceso linfoproliferativo angiocéntrico y angiodestructivo que afecta tejidos linfáticos extranodales, con especial incidencia a nivel pulmonar (cerca de un 50%), afectando también piel, SNC, tracto GI, hígado, bazo, riñones y corazón. Actualmente se considera un proceso de células B relacionado con infección por el virus de Epstein Barr y con linfoma B de células grandes.

OBJETIVO

Plantear un diagnóstico complicado, dada su similitud con procesos vasculíticos, siendo relevante la confirmación diagnóstica mediante biopsia pulmonar cuando la utilidad de la sospecha clínica y radiológica, como también del laboratorio inmunológico, resultan insuficientes y confusas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 63 años, albañil, sin antecedentes personales y familiares de relevancia, ingresa a clínica médica el 2001/2014 con un cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por: edemas generalizados, disminución de peso (< 15 kgs) y sudoración nocturna. Al examen físico se presentaba con buen estado general, afebril, facie abotagada, edemas generalizados (bipalpebral, MMSS, y MMLI), adenopatía axilar derecha. En laboratorio se constata anemia N.N., hipo-proteinemia con hipo-albuminemia (2,6) y marcada disminución de globulinas (0,4). Ac anti endomisio IgA (+ débil). Recibe tratamiento diurético con lo que remiten edemas descriptos y se da alta médica sin diagnóstico y con pautas de control por consultorio externo (31/01/2014). Posteriormente, en marzo 2014, es nuevamente internado por síndrome de repercusión general, fiebre persistente de 10 días de evolución, tos sin expectoración, astenia, edemas generalizados, adenopatías de mayor tamaño y cantidad a nivel axilar derecho), rales crepitantes bilaterales con hipo-ventilación y malizaje en 1/3 inferior de hemitórax izquierdo compromiso senos paranasales y tabique con abundantes secreciones y lesiones costrosas, amplias lesiones livedeoides en ambos miembros inferiores. Laboratorio: FAN 1/160 (patrón homogéneo), ANCA Cy P (-), PR3/MPO (-), CPK normal, F.R. (-), Ac Anti-JO1 y ENA (-), dosaje de inmunoglobulinas (IgE, ECA x 3, Calcitriol) y proteinuria ++++. Se realiza Ecocardiograma (moderada dilatación de A.I. e insuficiencia mitral leve). TAC de tórax (evidencia al menos 3 imágenes nodulares en pulmón, la más significativa en lóbulo superior izquierdo, espiculada de 2-3 cm), Biopsia Pulmonar por Toracoscopia (diagnóstico confirmatorio de linfoma de células B angiocéntrico). La mala evolución clínica con agregado de vasculopatía cutánea a predominio de MM.II. (símil livedeoides) y compromiso en senos paranasales, entre otros, pese a las múltiples opciones terapéuticas efectuadas, fue motivo del obito del paciente el 08/06/2014.

CONCLUSIÓN

La granulomatosis linfomatosa constituye una entidad rara, de mal pronóstico y para la que no se ha definido un tratamiento específico y que ha sido foco de interés para múltiples Diagnósticos Diferenciales entre ellos Sarcoidosis y fundamentalmente en su evolución con Vasculitis Granulomatosas (Granulomatosis con Poliangeitis) y donde solamente la Biopsia por toracoscopia confirmó el diagnóstico definitivo.

166

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Pediatría"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO166

0008

PROCESOS REUMATOLÓGICOS Y PROCESOS ONCOLÓGICOSYS Ameruso, GS Kondratuk, A Pringe, MI Brusco, R Cuticua
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina.

Introducción: Niños con leucemia pueden presentar síntomas musculoesqueléticos similares a una Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) con variables hematológicas normales. El diagnóstico correcto puede demorarse porque la evaluación se enfoca en la artritis.

Objetivo: Presentar un caso de leucemia aguda en paciente con enfermedad reumática diagnosticada y tratada con inmunosupresores.

Caso: Paciente femenino de 15 años, seguida en nuestro servicio desde Febrero de 2013, con diagnóstico de AIJ desde Abril 2012 en país limítrofe, medicada con Metotrexate(MTX) a dosis subterapéutica y sin controles clínicos desde dicha fecha. Concurrió presentando artritis de rodilla izquierda e impotencia funcional de una semana de evolución.

Laboratorio: Hemograma normal, Serologías(negativas), PPD(negativa) FAN:1/40, FR: negativo.

Rx. Rodilla izquierda: Aumento del espacio articular, sobrecrecimiento.

Con estos datos se confirma diagnóstico: Artritis Idiopática Juvenil FAN(+).

Se ajustó dosis de MTX a 20mg/m2/semana. Durante su evolución presentó compromiso de ambas rodillas y ambos tobillos. Nunca presentó compromiso ocular. Se realizó Artrocentesis Terapéutica de rodillas en tres oportunidades.

Luego de 22 meses de tratamiento, presentó síndrome febril de 24 hs de evolución, sinovitis de tobillo izquierdo y celulitis de pierna izquierda. **Ecografía:** Derrame articular izquierdo de 6 mm a nivel de tobillo izquierdo. **Laboratorio:** Normal.

Se decidió su internación y recibió Clindamicina.

Al quinto día de internación se presentó febril y con aumento de líquido articular en tobillo izquierdo. Se solicitó laboratorio que evidenció leve descenso de GB y plaquetas con respecto al de ingreso pero dentro de límites normales. **Centellograma Óseo:** compromiso de tobillo izquierdo y Necrosis Avascular de cabeza y cuello femoral derecho. **Resonancia Magnética Nuclear:** Edema a nivel de partes blandas peri tibial.

Se realizó interconsulta con el Servicio de Traumatología quienes tomaron conducta expectante.

Se otorgó egreso hospitalario luego de 14 días de haber recibido Clindamicina EV por indicación del Servicio de Infectología y se citó a control por consultorios externos una semana después presentando sinovitis de rodilla y tobillo derecho, reinició MTX. Al mes y medio de su internación presentó leucopenia con neutropenia, reactantes de fase aguda aumentados, artritis de rodilla izquierda.

Se realizó interconsulta con Servicio de Hematología quienes realizaron Punción Aspiración de Medula Ósea diagnosticándose: Leucemia Bifenotípica.

Discusión: Existen características clínicas que pueden diferenciar los procesos reumáticos y oncológicos. El dolor nocturno, el dolor óseo, la ausencia de rigidez y el compromiso oligoarticular son más frecuentes en pacientes oncológicos. Tal como lo describe Zombori en su reporte de 2013 la mayoría de las artralgias relacionadas con malignidad se localizan en las caderas. Otros autores como Barbosa describen que el dolor reumático de origen leucémico puede afectar a las articulaciones de los miembros inferiores, especialmente las rodillas.

En cuanto al laboratorio, se sugiere que la neutropenia con relativa linfocitosis y/o niveles plaquetarios bajos se asocian con malignidad.

Como es sabido, los pacientes con AIJ conllevan un riesgo relativo aumentado de padecer procesos malignos con respecto a la población que no tiene diagnóstico de AIJ. Según el estudio del Kok que evaluó el riesgo de malignidad en el Este de Asia publicado en el 2014 demostró que la incidencia de malignidad es tres veces mayor en los pacientes con AIJ. El tipo de cáncer más frecuentemente relacionado es la leucemia, seguido por linfoma y los tumores sólidos; al igual que la población pediátrica no diagnosticada con AIJ. Datos similares se observan en el reporte publicado por Beukelman y colaboradores en 2012. En cuanto al tratamiento relacionado con AIJ, estos últimos dos estudios no hallaron diferencias significativas relacionadas al riesgo de malignidad y el uso de MTX. Al igual que lo describe Barbara Ansell, si bien el MTX es una medicación muy segura, algunos estudios han mostrado que tiene un alto potencial carcinogénico in vitro, pero varios estudios en modelos animales in vivo han fracasado en demostrar dicha capacidad carcinogénica.

Conclusión: Se recomienda considerar varios diagnósticos diferenciales en el contexto de síntomas musculoesqueléticos, incluso si el paciente tiene una enfermedad reumática de larga data con el fin de permitir un diagnóstico precoz de malignidad.

167

PO167
0012**POLIARTERITIS NODOSA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO**M Zamora Sabando¹, YS Ameruso¹, GS Kondratuk¹, A Pringe¹, MI Brusco¹, R Cuticua¹, C Canteros²¹ Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina. ² Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

Introducción: La Poliarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis poco frecuente en la infancia, de evolución crónica, caracterizada por inflamación de las paredes arteriales de pequeño y mediano calibre.

Objetivo: Presentar un paciente pediátrico con diagnóstico de PAN y gangrena digital de difícil manejo.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 9 años de edad, con diagnóstico de PAN por biopsia cutánea realizada en Hospital Pediátrico Juan Pablo II de Corrientes, de 1 año de evolución tratado con corticoides a dosis inmunosupresoras durante los primeros 6 meses de enfermedad, con buena respuesta y tolerancia al tratamiento.

A los 12 meses de evolución, inicio con mialgias, artralgiyas y registros febriles diarios asociado a epistaxis, nódulos subcutáneos dolorosos en miembros y tronco, acrocianosis y necrosis en 1° y 5° dedo de mano derecha. Se interno y recibí 3 pulsos de metilprednisolona, 1 pulso de Gamma globulina, y 1 pulso de Ciclofosfamida, asociado a analgésicos y vasodilatadores. Por mala respuesta y progresión de enfermedad fue derivado a nuestro servicio.

El Laboratorio mostraba leucocitosis, anemia, aumento de entrosedimentación, función renal y hepática normal, serologías virales y hemocultivos negativos, FAN 1/160 nuclear homogéneo, Ro, La, Sm y RNP negativos. Evaluación Oftalmológica, Cardiológica y Hematológica normal. EcoDoppler de miembros superiores y Ecografía abdominal: normal. Además de nódulos presentaba necrosis de 1° y 5° dedo de mano derecha, acrocianosis y livoredicularis. Se indicó sildenafil, nifedipina, pulsos de esteroides, analgésicos, incluyendo opioides para manejo del dolor e inició nitroglicerina con regular respuesta. Se realizó angioTAC de miembros y abdomeno-renal que evidenció ausencia de flujo en el tercio distal de la arteria principal del pulgar y de las digitales del 2°, 4° y 5° dedo. Además de pulsos de esteroides inició cámara hiperbárica, pulsos de Ciclofosfamida y Gamaglobulina EV. Dada la mala evolución sin respuesta a los tratamientos utilizados se decidió iniciar terapia biológica con Infliximab 6mg/Kg/dosis.

La necrosis se limitó a la falange distal de 1° y 5° dedos mano derecha, mejorando el resto de la sintomatología.

CONCLUSIÓN: Se concluye que la PAN requiere un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo dado que puede causar daños irreversibles por su carácter necrotizante tal como revela el caso que presentamos.

168

PO168
0049**SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE DERMATOMIOSITIS JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO**M Etcheverry, YS Ameruso, A Pringe, MI Brusco, R Cutticia
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina.

Introducción: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo caracterizada por afectación multisistémica pero con especial compromiso de músculo y piel. Siendo esta última la expresión más común y evidente. Las complicaciones más frecuentes son las secundarias a la debilidad muscular, calcinosis, contracturas en flexión, úlceras y lipodistrofia. En menor frecuencia se encuentran complicaciones que afectan otros sistemas, que a pesar de su rareza pueden ser potencialmente fatales. Entre ellas encontramos el Síndrome de Activación Macrofágica (SAM), particularmente extraño en la DMJ, con una tasa de mortalidad del 20%.

Objetivo: Presentar un caso de SAM como complicación de DMJ en edad pediátrica.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, con antecedente de asma. Presentó edema y eritema bipalpebral de 45 días de evolución que había sido interpretado como dermatitis alérgica. Agregando los 4 días previos a la consulta, debilidad muscular progresiva.

Al examen físico presentaba eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, debilidad muscular a predominio proximal, con Score de Kendall: 44/80 y CMAS: 26/52.

Laboratorio: GOT: 216 UII GPT: 107 UII, CPK: 5757 UII, FAN 1/160. **Capilaroscopia:** SD Pattern en todos los dedos, con megacapilares, lesiones periungueales, microhemorragias.

Resonancia Magnética Nuclear de Cuédriceps: edema de distribución difusa y simétrica que compromete el sector proximal de ambos muslos, se observa mayor compromiso en la cara anterior de ambos muslos región abductora, músculos isquiotibiales con franco predominio de los músculos vasto lateral e intermedio con líquido laminar perifascial. También se observan cambios de edema de músculos sartorio y recto interno con líquido perifascial. **Ecocardiograma, Seriado Esófagogastroduodenal, Videodeglución y Evaluación Oftalmológica:** Normal.

Tratamiento: pulsos de metilprednisolona EV 30mg/Kg y metotrexato 25mg semanal SC con buena adherencia y tolerancia a la medicación. Pero la paciente no respetó la indicación de mantener reposo. Tres semanas posteriores al diagnóstico consultó por reagudización del rash y debilidad muscular que le impedía la deambulación, y se agregó regurgitación oronasal e inestabilidad cefálica. Kendall 31/80. Se internó y se indicó gammaglobulina 2g/Kg y pulsos de metilprednisolona con escasa respuesta al tratamiento. Progresivamente el estado de la paciente desmejoró, presentando franco edema muscular y apareciendo leucopenia, plaquetopenia, anemia, que requirió transfusión de glóbulos rojos desplasmalizados, aumento de transaminasas, CPK y triglicéridos. Se asumió el cuadro clínico como Síndrome de Activación macrofágica y se sumó al tratamiento ciclosporina oral con respuesta favorable.

Conclusión: Si bien el SAM en la DMJ es poco frecuente, debemos tener un alto índice de sospecha frente a una reagudización de la sintomatología asociada a citopenias, aumento de ferritina y transaminasas; ya que esta entidad tiene un alto riesgo de mortalidad si no recibe tratamiento oportuno.

169

PO169
0075**ERITEMA NODOSO CON UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE**AS Narchi, M Etcheverry, YS Ameruso, MI Brusco, A Pringe, R Cutticia
Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina.

Introducción: La Lepra puede manifestarse con un amplio espectro clínico, que incluye signos y síntomas que pueden observarse en enfermedades reumáticas. La tasa de prevalencia nacional es de 0,18/10.000 habitantes. La lepra se puede presentar por sí misma o por fenómenos reaccionales con nódulos cutáneos, siendo el prototipo de dichos episodios el eritema nodoso.

Objetivo: Presentar un paciente en edad pediátrica con eritema nodoso en el que se define el diagnóstico de Lepra.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 14 años de edad, previamente sano. Sin antecedentes patológicos de relevancia. Comenzó en el mes previo a la consulta con nódulos subcutáneos en parte anterior del muslo que se extendieron a la parte posterior y pierna. Se internó en otra institución donde se realizó Laboratorio: ERS: 116, PCR: 5, Anemia, Gammaglobulina: 3,3, FAN Negativo, Serologías virales negativas, PPD negativa. Radiografía de Tórax, Ecografía Abdominal, Ecocardiograma y Fondo de ojo Normal. En la primera consulta presentaba rash malar extendido a mejillas, lesiones nodulares eritematosas múltiples en miembros superiores e inferiores con placas induradas dolorosas a la palpación compatibles con Panniculitis. Ante la sospecha diagnóstica de Panniculitis Nodosa vs Panniculitis Lúpica se indicó metprednisolona 40mg/día con buena respuesta clínica y egreso hospitalario. Luego de un mes de tratamiento con esteroides, concurrió nuevamente y al examen físico presentaba lesiones hipertróficas residuales en muslos, livedo reticularis, nódulos subcutáneos disminuidos de tamaño en ambos miembros, no dolorosos con leve eritema. Había iniciado escolaridad, se encontraba en buen estado general, por lo cual se indicó descenso paulatino de esteroides. El paciente concurrió nuevamente a la consulta luego de dos meses habiendo abandonado el tratamiento indicado y encontrándose en mal estado general, con síndrome febril de 48hs de evolución, livedo reticularis y eritema nodoso.

Biopsia de piel: Panniculitis septal que se extiende al lobulillo graso con abundante infiltrado linfocitario. Cuadro histológico compatible con Eritema Nodoso.

Reinterrogando a la madre en ese momento surgió el antecedente familiar de padre con diagnóstico de Lepra, que no convivía con él desde hacía seis años.

Tenia leucocitosis (GB: 21.000), reactantes de fase aguda aumentados (ERS: 95 PCR: 105), función renal y hepática normal. Dado el grave cuadro clínico del paciente se indicó pulso de metilprednisolona con franca mejoría clínica.

Se realizó segunda **Biopsia de lesión nodular de muslo:** Eritema Nodoso. Tinción directa para micobacterias Ziehl Nielsen positiva. PCR para Mycobacterium Tuberculosis negativa. Se tomaron muestras de hisopado nasal y esputos seriados que arrojaron idénticos resultados para micobacterias. Se realizó además interconsulta con Servicio de Infectología y en conjunto se define el diagnóstico de Lepra, derivándose a centro especializado en dicha entidad.

Conclusión: Si bien la magnitud de la enfermedad es moderada, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce la enfermedad de no realizarse diagnóstico y tratamiento precoz. El diagnóstico de Lepra es poco frecuente debido a su baja incidencia pero debemos tener un alto índice de sospecha en pacientes que presentan clínica de Eritema Nodoso sobre todo en aquellos provenientes de zonas de alta endemicidad y zonas de concentración de migrantes externos, para poder realizar de manera oportuna el tratamiento poliquimioterápico específico, mejorando así el pronóstico del paciente.

170

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters

"Espondilitis"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO170
0115**FIBROMATOSIS PALMAR BILATERAL ASOCIADA A ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**G Castro De Del Rio¹, D Del Rio²
¹ HOSPITAL RAUL F LARCADE SAN MIGUEL PROV BUENOS AIRES, Argentina. ² HOSPITAL RAUL F LARCADE SAN MIGUEL PROV BUENOS AIRES, Argentina.

Introducción: Se presenta un caso de fibromatosis palmar bilateral de evolución tórpida que lleva a las 2 manos en garra con imposibilidad de realizar prehensión de objetos sin dolor, acompañándose el cuadro con dolor lumbar.

Cuadro clínico: Paciente de 48 años que comienza en diciembre del 2011 con flexión del 5º dedo de mano derecha, con diagnóstico de enfermedad de Dupuytren. En mayo del año 2012 se realiza intervención quirúrgica. A posteriori de la misma y en una evolución de 6 meses presentó retracción palmar de los dedos de mano derecha y luego izquierda a excepción de ambos pulgares presentado manos en garra sin dolor. Las rx. de manos demostraron flexión de los dedos y leve disminución de la densidad ósea en carpos y mcf. La RM presentó formaciones nodulares en retináculo flexor de ambas manos.

Sin mejoría con kinesiología y sin respuesta al intentar la movilización bajo anestesia.

La anatomía patológica informó compatible con cambios esclerodiformes. El paciente no presentaba Raynaud; no cambios en la piel del dorso de la mano compatible con esclerodermia, induración de la piel en región palmar. Rx de tórax normal, espirometría normal, veda y manometría esofágica normal.

Perfil inmunológico latex (-) fan (-) anticentrómero (-) topoisomerasa (-) antirnp (-) ccp (-). En el laboratorio de rutina presentaba una entro de 30mm y una pcr (+++).

El paciente relata que en forma coincidente con el cuadro en manos presentó dolor lumbar que se intensificó en los últimos meses a predominio nocturno y con limitación a la flexoextensión. La rx de columna lumbosacra presentaba una rectificación marcada de la lordosis lumbar.

Se solicitaron HLAB27+ y la RM de columna lumbosacra: signos de edema proveniente de la médula ósea (osteitis) de los márgenes articulares en el sector ánteroinferior de articulaciones sacroilíacas. Examen oftalmológico normal, no uveítis.

Al examen físico Schober 3cm, occipucio pared 9cm, trago pared 18cm, flexión lateral derecha 55 cm lateral izquierda 60cm BASFI 7, 6 BASDAI 6, 2

Con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA) y sin respuesta adecuada a aines (indometacina, naproxeno...) se indica Anti tnf alfa: adalimumab 40mg sc cada 15 días. Fisioterapia y rehabilitación.

Conclusiones: El paciente se presenta con una asociación casual de 2 patologías. fibromatosis palmar y EA rápidamente evolutivos con impotencia funcional marcada por manos en garra. Esto último es lo que el paciente siempre priorizó por la imposibilidad de realizar tareas laborales y de la vida diaria planteándose la conducta quirúrgica.

171

PO171
0150**RESOLUCIÓN DEL EDEMA ÓSEO EN ARTICULACIONES SACROILÍACAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CON ETORICOXIB: REPORTE DE 2 CASOS**A Peluzzoni¹, JP Vinicki¹, AF González¹, G Aguilar¹, G Medina¹, G Nasswetter¹
¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina. ² Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN. La espondiloartritis (SpA) axial comprende la espondilitis anquilosante (EA) y la SpA no radiográfica (SpA-nr). Los AINES son el tratamiento de primera línea en SpA axial y se ha postulado un posible efecto modificador de la enfermedad.

Presentamos 2 casos clínicos de SpA-nr que luego de iniciar tratamiento con Etoricoxib muestran mejoría clínica e imagenológica por resonancia magnética (RM).

CASO CLÍNICO 1. Mujer de 30 años de edad consultó por lumbalgia inflamatoria de 1 año de evolución. El examen físico evidenció sacroileitis derecha y el laboratorio informó reactantes de fase aguda (RFA) elevados (VSG 30 mm¹ h y PCR 12 mg/L) y HLA*B27 negativo. Radiografía (RX) de articulación sacroilíaca (aSI) normal. RM de aSI con esclerosis, erosión y edema a predominio derecho; BASDAI 5,8. La paciente inició tratamiento con Etoricoxib 90 mg/día con franca mejoría del dolor así como descenso de RFA a los 3 meses (BASDAI=4). Seis meses después y con uso continuo de Etoricoxib, se realizó nueva RM de aSI observándose resolución del edema óseo. **CASO CLÍNICO 2.** Mujer de 34 años de edad consultó por dolor lumbar crónico de carácter inflamatorio y dolor glúteo alternante de más de 5 años de evolución. El examen físico evidenció sacroileitis izquierda y el laboratorio informó VSG elevada (35 mm¹ h) y HLA*B27 positivo. RX de aSI normal. RM de columna vertebral evidenció cambios de edema óseo en los ángulos anteriores de los cuerpos vertebrales de D9 hasta L1 (epifititis) y erosiones en las superficies articulares tanto sacro como ilíaco, aSI izquierda con edema óseo subcondral, pequeñas erosiones y esclerosis; BASDAI 2,6. La paciente inició tratamiento con Etoricoxib 90 mg/día con mejoría del dolor, descenso de BASDAI (1,12) y resolución del edema óseo por RM a los 6 meses.

DISCUSIÓN. Se ha sugerido que los AINES podrían tener un efecto sintomático y modificador de la enfermedad en EA. El uso continuo de AINES en dosis plenas podría estar asociado a retraso en la progresión radiográfica, especialmente en pacientes con RFA elevados y presencia de sindesmoftosis. Sin embargo, en SpA-nr este efecto terapéutico es controversial. Etoricoxib demostró ser seguro, bien tolerado y eficaz en el tratamiento de la EA. Estudios previos demostraron que Etoricoxib reduce la inflamación por resonancia magnética (RM) en sacroileitis activa. Sin embargo, existe poca bibliografía sobre resolución de edema óseo en aSI con Etoricoxib.

CONCLUSIÓN. El uso continuo de Etoricoxib se asoció a una resolución del edema óseo en aSI con mejoría del dolor y de la actividad de la enfermedad en estos 2 pacientes. Son necesarios más estudios para evaluar el rol de coxibes en SpA-nr, considerando su bajo costo y buena tolerabilidad.

172

PO172
0098

INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE ESPONDILOARTROPATÍA POR COLITIS ULCEROSA Y ARTRITIS REUMATOIDEA. REVISIÓN DE LA LITERATURA
JD Romero, NB Alonso, JC Barreira
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida. Aunque el intestino grueso es el principal foco de autoinmunidad, es en realidad una enfermedad sistémica, con numerosas manifestaciones extraintestinales. El compromiso articular afecta hasta el 30% de los pacientes, pudiendo presentarse con compromiso periférico predominante o bien, ser axial o espondilítica. Si bien es más frecuente que el compromiso intestinal sea previo, puede observarse posterior al compromiso articular. La forma espondilítica es similar, clínica y radiológicamente a la espondilitis anquilosante (EA) y la artropatía periférica suele presentarse como oligoartritis asimétrica, afectando principalmente los miembros inferiores. Por definición la CU se halla dentro de las espondilioartritis seronegativas. El compromiso de pequeñas articulaciones de manos y muñecas es infrecuente. Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de CU que desarrolla en forma simultánea una sacroileitis clínica y radiológica concomitantemente con una poliartritis simétrica seropositiva de pequeñas articulaciones.

Caso clínico: Paciente de género femenino, de 52 años de edad, con antecedentes de CU de 28 años de diagnóstico, no tabaquista, recibiendo tratamiento regularmente con mesalazina, que desarrolló una poliartritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones, de comienzo insidioso y curso sostenido, y dolor lumbar inflamatorio. En el examen físico se hallaron articulaciones tumefactas: 12, articulaciones dolorosas: 16, EVA actividad 100 mm, entesodematización 40 mm, DAS28: 7.19, HAQ: 2. Prueba de Schöber: 2 cm y Signo de Mennel positivo bilateral. En el laboratorio se halló Factor Reumatoideo por nefelometría 4.895 UI/ml, anti-VMC 230 UI/ml, AAN 1/320 patrón homogéneo, ANCA, ASCA y HLA-B27 negativos. El examen radiológico de manos evidenció osteopenia en banda con Score de pinzamiento de 10. El examen radiológico de sacroilíacas (SI) fue de grado II bilateral con pinzamiento y esclerosis marginal. En la RMN con contraste de SI se halló entesitis, sinovitis y osteitis bilateral con incipiente puente óseo articular sacroilíaco derecho. Recibió bajas dosis de esteroides y metotrexato con una respuesta clínica significativa del compromiso articular periférico. La persistencia de compromiso axial requirió tratamiento con droga anti-TNF.

Discusión: si bien la coexistencia simultánea o sucesiva de la AR con otras enfermedades autoinmunes es conocida, es excepcional con las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Los enfermos de CU tienen una prevalencia de AR similar a la población general pero 50 veces mayor para EA. No hay datos de la existencia de una artritis específica de estos pacientes, diferente de la observada en enfermos con EA o con AR. Han sido comunicados pocos pacientes con ambas patologías, por lo general, CU complicando el curso de una AR o espondilioartritis seronegativa asociada a la EII.

En nuestra paciente el inicio insidioso de la enfermedad articular con participación de pequeñas articulaciones de manos y muñecas, los hallazgos radiológicos y la positividad de Factor Reumatoideo y anti-VMC apoyan el diagnóstico de AR. Sin embargo, la coexistencia de AR y sacroileitis desconcierta acerca de su diagnóstico, ya que no han sido comunicados casos similares en la literatura en nuestro conocimiento.

Conclusión: Se requiere de estudios adicionales para ayudar en la comprensión de los mecanismos patogénicos que determinan la asociación de CU, AR y sacroileitis en un mismo paciente.

174

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters

"Artritis Reumatoidea"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO174

0163

MENINGITIS REUMATOIDEA: UNA RARA MANIFESTACIÓN

JA Albiro, C Gobbi, P Astesana, M Gottero, R Ferreyra Dillon, E Albiro
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La meningitis reumatoidea (MR) es una manifestación rara de la artritis reumatoidea (AR), la actividad clínica no es un indicador confiable para diagnosticar compromiso del sistema nervioso central por AR. **Objetivo:** Presentación de tres casos. **CASO 1:** mujer, 47 años, AR, 5 años de evolución, tratada con metotrexato (MTX) 15mg/sem. Entre 50mg/semana (8 inyecciones), Acido fólico (AF) 10mg/sem y Prednisona 5mg/día. Desarrolla cefalea retroocular, parálisis facial periférica, hemiparesia/hemiparostesia MMSS izquierdo, artralgias difusas. Al examen tenosinovitis muñeca derecha, hemiparesia MMSS izquierdo 4/5, hipostesia braquial izquierda. Laboratorio anemia microcítica, ferropénica (miomas uterinos), VDRL-, PPD anérgica, Ferritina 7mg/dl, ANA-, ENA-, HIV-, VHC-, VHB-, ANCA-, CCP 214, FR 35. Punción Lumbar: Histoplasma-, proteínas totales 0.53 gr/l, glucosa 32mg/dl (glucemia 75), leucocitos 184, cultivos para BAAR y PCR TB en LCR negativos, ausencia de bandas oligoclonales, inmunoelectroforesis de proteínas normal. IRM cerebral con gadolinio con engrosamiento y realce meníngeo frontoparietal izquierdo, parietal derecho con realce de la aracnoides y hoz del cerebro. EEG normal. Biopsia muñeca izquierda con tenosinovitis crónica hipertrófica, nódulos reumatoides, Ziehl Neelsen y PAS negativo. Diagnóstico de MR, inicia Solimedrol 1.5gr en 3 días, Rituximab (RTX) 1gr c/15 días. Buena evolución, remisión. IRM cerebral a los 6 meses normal. **CASO 2:** varón, 71 años, AR, 14 años de evolución, FR 214, CCP >1000, tratamiento MTX 20mg/sem, Lefunomida (LEF) 20mg/día, AF 10mg/sem, AR estable sin sinovitis activa. Comienza con estatus convulsivo, mareos, inestabilidad, bradipsiquia. Fenitoína luego Levetilacetam y Carbamazepina. EEG con patrón difuso. IRM cerebral con gadolinio leptomeningitis focalizada derecha sin trombosis, FLAIR borramiento de los espacios aracnoides, afeción cortical focal, focos hiperintensos en región parietal y frontal derecha y en hoz del cerebro. VDRL-, ANCA-, HIV-, VHC-, VHB-, ENA-, ANA 1/80 moteado, PCR TB, HISTOPLASMA y VDRL negativas en LCR, proteínas 0.6gr/l, leucos 48mm3, glucosa 67mg%, cultivos negativos, BAAR negativo, PPD 5mm, hipergamaglobulinemia policlonal 1.95gr/l, glucemia 94, Ferritina 621, calcio iónico 1.15, TSH 1.21. Biopsia meníngea: meningitis crónica, infiltrado inflamatorio perivascular linfocitario, células mononucleares agrupadas y aisladas células gigantes (AR), PAS negativa para elementos micóticos. Recibió Dexametasona 8mg c/12hs, RTX 1gr c/15 días. Resolución completa. **CASO 3:** varón, 56 años, AR, 4 años de evolución, FR 54, CCP 300, erosiva y nodular. Tratamiento: Prednisona 5, MTX 20mg/semana, LEF 20mg/día. Debido a enfermedad refractaria, inicia HUMIRA 40mg c/15 días. Isoniacida previamente por PPD 10mm. 6 meses después, cefalea hemicránea, parestias y debilidad de MMII, astenia severa y sudoración nocturna. IRM cerebral con gadolinio aracnoiditis en FLAIR. Punción lumbar con leucocitos 12mm3, proteínas 0.42gr/l, glucosa 70mg%. Se inicia tratamiento por sospecha de TB meníngea. PCR TB, VDRL, Histoplasma, HIV, VHC, VHC negativas, ANA, ENA, ANCA negativos, hipergamaglobulinemia policlonal, VSG 45, PCR 1.3. TACAR de tórax, senos paranasales normales. Cumple 2 meses de tratamiento sin mejoría. IRM cerebral sin cambios, AR activa con poliartritis, síndrome inflamatorio, rigidez matinal 1hs. Imposibilidad de realizar biopsia por localización de las lesiones cerebrales. Se decide corticoterapia 1mg/kg/día, RTX 1gr c/15 días. Resolución sintomática en 4 semanas. IRM cerebral de control a los 5 meses normal. **DISCUSIÓN:** La MR es una manifestación rara de la AR, muchas veces de difícil diagnóstico. En general se manifiesta con enfermedad articular estable. Nuestra serie muestra similitud con las publicadas. El retraso diagnóstico surge por la necesidad de descartar compromiso cerebral infeccioso, neoplásico y otras causas de meningitis crónica. No existen guías definidas para el tratamiento. RTX es una opción válida con casos reportados.

173

PO173
0155

RHIZOBIUM RADIOBACTER EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADO CON INFILIXIMAB

E Castell¹, M Marban¹, C Urquiola¹, G Rodríguez Gil¹, F Zazetti²
¹ Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero" - Bahía Blanca, Argentina. ² Depto Médico laboratorio Janssen-Cilag, CABA, Argentina.

Paciente femenina de 44 años de edad y diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA), inicialmente en tratamiento con Metotrexate, AINES y corticoides.

Dada la falta de respuesta, comienza terapia biológica con Adalimumab 40 mg, cada 15 días y luego Infliximab a 3 mg/kg/dosis por falla del primero.

Con los cuatro primeros pulsos del Infliximab se obtuvo buena evolución de su patología reumatológica. Días después, consulta por fiebre y tos. Se realiza Rx de tórax que muestra un infiltrado reticulonodular bilateral. Se decide internación de la paciente en el Servicio de Clínica Médica para diagnóstico y tratamiento pensando como posibles diagnósticos diferenciales: neumonía a gérmenes atípicos, TBC o infección por gérmenes oportunistas.

Se realiza TC multicorte de tórax donde se observan infiltrados nodulilares bilaterales y derrame pleural. La PPD fue de 9 mm. En el lavado bronquioalveolar se descarta BAAR y se aísla Rhizobium Radiobacter (RR) en 10.5 UCF.

Inicialmente se realiza tratamiento con Trimetoprima-sulfametoxazol (TMP/SMX) cubriendo posible P. jiroveci. Al aislarse el germen causal con antibiograma, se agrega Cipprofloxacin, con buena respuesta clínica e imagenológica. Continúa TMP/SMX en forma profiláctica.

Discusión: Rhizobium radiobacter es un bacilo gram negativo oxidasa positivo no formador de esporas. En los reportes de los casos con RR la mayoría de los pacientes tenían enfermedades hematológicas o cánceres de órgano sólido, por lo tanto habían recibido quimioterapia. Según la literatura RR debe ser considerado como un patógeno potencial en presencia de materiales plásticos como catéteres especialmente en pacientes inmunocomprometidos.

Conclusión: se realizó búsqueda bibliográfica en conjunto con el laboratorio Janssen-Cilag, no registrándose antecedentes, siendo nuestro caso, el primer reporte mundial de infección por Rhizobium Radiobacter durante el tratamiento con Infliximab.

La paciente se recuperó totalmente y consensuando con ella se decide reiniciar Infliximab dada la excelente respuesta lograda de su enfermedad de base.

175

PO175
0178

ARTRITIS REUMATOIDEA ASOCIADA A PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA TRATADA CON ANTI-TNFα

FJ Hüttmann, MP León, VI Bellomío, E Lucero
Hospital Angel C. Padilla - Tucumán, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las porfirias son trastornos metabólicos y cada una de ellas es consecuencia de la deficiencia de alguna enzima específica en la vía de biosíntesis del grupo HEM. La porfiria intermitente aguda es un tipo de porfiria autosómica dominante, consecuencia de la disminución de la actividad de Hidroximetilbilano sintetasa. La prevalencia en Argentina es 1:125.000 habitantes.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad con Artritis Reumatoidea (AR) diagnosticada en 2009 con compromiso poliarticular, de pequeñas y grandes articulaciones, erosiva, seropositiva para FR y anti CCP.

Inició tratamiento con hidrocicloroquina 400 mg/día los 2 primeros meses y luego se agregó metotrexato 15 mg/sem (DAS 28 5.7, HAQ 2). Durante el tratamiento presentó náuseas, vómitos y epigastalgia tanto con la vía oral como parenteral por lo que se aumentó gastroprotección sin respuesta favorable. Se realizó ecografía abdominal donde se constató litiasis vesicular realizándose colecistectomía. El cuadro no mejoró por lo que se solicitó VEDA con diagnóstico de gastritis congestiva con biopsia gástrica normal.

En 2010 se rotó a leflunomida más prednisona 7.5 mg/día y etoricoxib, que mantuvo durante 11 meses. Mejora tolerancia gástrica y actividad de la enfermedad (DAS 28 en remisión).

Ante desecho de embarazo se suspendió medicación, reiniciando HCQ, intercurriendo nuevamente con reactivación articular, dolor epigástrico y vómitos.

Durante 2011 recibió tratamiento con diferentes DMARs, todos por breves periodos de tiempo por intolerancia gástrica. Se repitió VEDA y biopsia gástric con iguales resultados que en 2009 y TAC de abdomen normal.

Entre 2012 y 2013 continuó con episodios de exacerbación articular. Se intentó nuevamente metotrexato SC pero reaparecieron epigastalgia intensa y episodios de vómitos que requirieron internación. Se repitieron exámenes complementarios: laboratorio, ecografía abdominal, VEDA y colonoscopia con resultados normales.

En diciembre de 2013 presentó poliartritis con severo compromiso erosivo de hombro y carpos, nuevos episodios de vómitos, náuseas y epigastalgia. Gastroenterología sugirió diagnóstico de porfiria y solicitó: UROPORFIRINAS EN ORINA: 1666 ug/24 HS (VN 0-26), CÖPROPORFIRINAS EN ORINA: 302 ug/24 HS (VN 0-160), PORFOBILINOGENO EN ORINA POSITIVO, ALA-U 105 mg/l (VN hasta 10).

Se realizó diagnóstico PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE explicándose así la causa de las crisis abdominales y vómitos.

Por persistencia de severo compromiso articular se planteó tratamiento con anti TNF α. Ante la falta de evidencia de que estos fármacos podrían desencadenar recaídas de porfiria, se decidió iniciar Adalimumab 40 mg/quincenal (SC) con buena respuesta.

DISCUSIÓN: Tras la extensa revisión de la literatura en búsqueda de casos de AR asociada a Porfiria intermitente aguda tratados con AntiTNF α, se decide continuar con Adalimumab monoterapia. No repite crisis abdominales hasta la actualidad (16 meses de tratamiento) y se encuentra con DAS 28: 2.6.

CONCLUSIÓN: Según nuestro conocimiento es la primera comunicación de paciente con Artritis reumatoidea asociada a porfiria intermitente aguda tratada con anti TNFα.

176

PO176
0237**QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA LUEGO DE TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**S Catalán Pellet¹, R Puerta Franchi¹, L Rodríguez², G Medina¹, G Nasswetter¹¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín" Universidad de Buenos Aires, Argentina. ² Hospital Interzonal de Lobos, Buenos Aires, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La queratitis ulcerativa periférica (QUP) es una lesión de la córnea asociada a Artritis Reumatoidea (AR), Síndrome de Sjögren, Poliarteritis Nodosa, Granulomatosis de Wegener y Policondritis Recidivante. Puede variar desde una lesión leve hasta la perforación corneal y ceguera, dependiendo del grado de adelgazamiento corneal periférico [1]. El paciente puede presentarse con ojo rojo y doloroso, secreciones, sensación de cuerpo extraño o disminución de la agudeza visual. Tiene muy baja incidencia y si bien la enfermedad del colágeno a la que más frecuentemente se encuentra asociada es a AR no es una manifestación extra-articular frecuente de la misma. Suele presentarse en AR de larga evolución asociado a actividad de la enfermedad aunque también se han reportado casos en pacientes sin sinovitis activa. [2]

El tratamiento de esta entidad depende del grado de lesión corneal, variando desde corticoides y AINES tópicos hasta inmunosupresión sistémica [3]. Hay reportes contradictorios sobre la utilidad del rituximab[4], e incluso se ha reportado la aparición de QUP luego del tratamiento con anti CD20 [5]. CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 64 años, con Artritis Reumatoidea de 45 años de evolución, seropositiva y erosiva. Queratoconjuntivitis sicca como única manifestación extra articular. Antecedente de tratamiento con sales de oro, metotrexato parenteral, hidroxicloroquina y corticosteroides. Debido a actividad persistente se inició tratamiento con etanercept 50 mg semanales durante dos años con buena respuesta inicial. Por fallo secundario inicio rituximab a dosis de 1000 mg cada 15 días en ciclos reiterados cada seis meses. Al momento de la consulta había recibido 6 ciclos. Dos meses antes presentó fotofobia, ojo rojo y secreción en ojo derecho. Fue medicada con esteroides tópicos y lágrimas artificiales con persistencia del cuadro. Evolución con perforación corneal. Se diagnosticó QUP requiriendo parche en esclera y posteriormente trasplante de córnea. Artritis en remisión por DAS28 y sin evidencia de ninguna otra manifestación extra-articular. Se realizaron tres pulsos endovenosos de metilprednisolona de 1 gramo cada uno en tres días consecutivos. Continuando con metotrexato e infliximab con buena evolución y sin recaídas luego de un año de seguimiento.

CONCLUSIÓN

Hasta donde hemos investigado este sería el segundo caso reportado de QUP luego de tratamiento con Rituximab en una paciente con AR [5], y el primer reporte de esta entidad en pacientes con AR inactiva luego de varios ciclos de esta droga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Messmer EM, Foster CS. Vasculitic peripheral ulcerative keratitis. Surv Ophthalmol. 1999;43:379-96.
2. D.M. Squirrel, Winfield and R. S. Amos. Peripheral ulcerative keratitis "corneal melt" and rheumatoid arthritis: a case series. Rheumatology (Oxford). 1999;38:1245-1248.
3. Oodoric S, Keystone EC, Ma JJ. Infliximab for the treatment of refractory progressive sterile peripheral ulcerative keratitis associated with late corneal perforation: 3-year follow-up. Cornea. 2009;28:89-92.
4. Rituximab en queratitis ulcerativa periférica asociada a artritis reumatoide M. Alberta, E. Beltrán y L. Martínez-Costa a Servicio de Oftalmología, Hospital Dr. Peset, Valencia, España, Servicio de Reumatología, Hospital Dr. Peset, Valencia, Espan a
- 5] Goodison LA, Bourne JT, Maharajan S. A case of bilateral peripheral ulcerative keratitis following treatment with rituximab. Rheumatology (Oxford). 2010;49:609-10.

177

PO177
0074**PARASITEMIA E INFECCIÓN DISEMINADA POR TRIPANOSOMA CRUZI EN PACIENTES CON ARTRITIS Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**

S Relamozo, A Alvarados, V Saurit, F Caeiro, MJ Haya Salinas, L Encinas, JP Caeiro, M Medeot, A Diller, M Medic, R Albertini, A Sanchez, T Alvarados

Hospital Privado y Hospital Raúl A Ferreyra, Carrera de Post Grado de Reumatología UCC, IUCBC, Argentina.

Introducción:

La infección por *Tripanosoma Cruzi* (*T.cruzi*) tiene una fase aguda, con manifestaciones clínicas de pocas semanas, seguida de una fase latente de varios años, generalmente asintomática, con persistencia de serología positiva. La reactivación de la enfermedad inducida por inmunosupresión ha sido reportada en la infección por HIV, trasplante de órganos, enfermedades hematológicas y tratamientos prolongados con esteroides e inmunosupresores entre otros, siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes, panculitis, miocarditis, meningoencefalitis, fiebre prolongada, en general con serología positiva y el diagnóstico se confirma por biopsia y la detección del ADN del *T. cruzi* mediante técnica de PCR.

Objetivos

Describir la reactivación de la enfermedad de Chagas en dos pacientes con artritis tratados con inmunosupresores diagnosticados con serología, biopsia y PCR cuantitativa.

Pacientes y Métodos:**Paciente 1**

Mujer 65 años con diagnóstico serológico de Chagas a los 45 años, siempre vivió en zona endémica sin síntomas de infección aguda. Artritis Psoriásica de 25 años de evolución, tratamiento continuo con prednisona en los últimos 15 años con buen control.

Se interna en mayo 2015 por fiebre de dos semanas, > 38°C, debilidad proximal en miembros inferiores y lesiones nodulares en abdomen y miembros superiores de panculitis. Examen: febril 38°C, cara Cushingoide, piel fina, marcada debilidad proximal en miembros inferiores, panculitis con lesiones induradas, dolorosas en miembros y abdomen; no presentaba artritis ni lesiones de psoriasis. Tratamiento al ingreso: prednisona (40 mg/d), hidroxicloroquina (200 mg/d), metotrexato (15 mg/semana) y pregabalina (75 mg/d). Laboratorios: leucopenia (3.7 x 10⁹/L), anemia (9.4 g/dL) y trombocitopenia (57 k/uL), GOT 115 U/L, GPT 107 U/L, GGT 72 U/L, LDH 2511 U/L, CPK 180 U/L, VSG (46 mm) PCR (13,14 mg/dL), PPD y serología para HBV, HCV, HIV y EBV negativos. Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica de VI, derrame pericárdico mínimo, ECG: normal. ELISA y hemaglutinación (H.I.A.) positivas para *T. cruzi*; Biopsia de piel: panculitis con necrosis grasa e infiltrado septo lobulillar crónico, esférulas PAS y metenamina plata positivas; PCR cuantitativa en sangre para *T. cruzi* positivo 850 p/ml (rango lineal = 50-1.000.000 parásitos/ml) y PCR positiva en la biopsia de piel. Inicia tratamiento con benznidazol 400 mg/día con mejoría de fiebre y panculitis. PCR cuantitativa a los 30 días < de 50 p/ml (No detectable).

Enfermedad Chagas diseminada, fiebre y panculitis, serología, biopsia y PCR positivas.

Artritis Psoriásica, altas dosis de esteroides, Cushing, sin drogas biológicas.

Paciente 2

Mujer de 46 años, serología positiva para enfermedad de Chagas durante su segundo embarazo, año 2000, sin síntomas de infección aguda o transfusiones. Nació y vivió 15 años en zona endémica. Historia de AR de 13 años de evolución tratada con: metotrexato (10 mg / semana), adalimumab (40 mg cada 15 días desde 2010), ácido fólico (5 mg / semana) y clonazepam (0,5 mg / día). Consulta en febrero 2015 para cambiar tratamiento biológico por intolerancia a adalimumab. PPD, Rx tórax normales, serología HBV, HCV y HIV negativos, HIA y ELISA positivos para *T. cruzi*, PCR cuantitativa en sangre positiva con 1.990 copias p / ml. Ecocardiograma normal, ECG con extrasístoles supra ventriculares, sin otros signos de infección diseminada. Inicia benznidazol 400 mg/día, al mes el resultado de la PCR cuantitativa en sangre fue de <50 copias p / ml. Enfermedad de Chagas con serología y PCR positivas en paciente asintomática con Artritis Reumatoide

tratada con adalimumab y MTX por 5 años.

Conclusiones:

Dos pacientes con artritis en tratamiento inmunosupresor con o sin drogas biológicas.

Clinica de: 1) reactivación de infección por *T. cruzi* con panculitis e infección diseminada

2) parasitemia asintomática.

Enfatizar la búsqueda de la infección por *T. cruzi* en pacientes inmuno suprimidos con enfermedades reumáticas utilizando serología, biopsia y PCR cuantitativa para el diagnóstico precoz y para evaluar respuesta al tratamiento.

178

PO178
0158**SÍNDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

G Calizaya, C Troitinho, V Durigan, J Lares, P Marcaida, V Duarte, M Mamani Hospital Bernardino Rivadavia, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La Artritis Reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica, con manifestaciones articulares y extraarticulares que pueden ocasionar compromiso sistémico. En la última década, con el avance de las intervenciones terapéuticas han disminuido las complicaciones graves como las hematológicas, las pulmonares y las vasculares. El síndrome de Felty está constituido por la tríada de artritis, leucopenia y esplenomegalia, actualmente es muy poco frecuente y tradicionalmente se lo ha asociado a enfermedad de larga data y escaso control de la inflamación.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 58 años de edad, ocupación transportista, oriundo de Misiones, con residencia actual en la Provincia de Buenos Aires. Antecedentes personales de Hipertensión Arterial. Consulta al servicio de Reumatología por diagnóstico de Artritis Reumatoidea de 15 años de evolución sin seguimiento y automedicado en forma crónica con AINES y corticoides en dosis variables. Al examen físico presentaba artritis de carpos, metacarpofalángicas asociado a hepato-esplenomegalia. En el laboratorio se constató leucopenia (GB: 1800/ml), Factor Reumatoideo, Ac Anti-CCP y reactantes de fase aguda positivos a altos títulos. Ecografía con sinovitis de carpos Grado II. Ecografía abdominal con Hepatomegalia y esplenomegalia. Para descartar patología hematológica se realizó punción de médula ósea, en la cual no se observaron alteraciones. Durante el seguimiento intercurrió con neumonía adquirida de la comunidad y celulitis del pie derecho con buena respuesta al tratamiento antibiótico. Se interpretó el cuadro como un Síndrome de Felty: ya que el paciente presentaba Artritis Reumatoidea establecida y de larga evolución asociado a manifestaciones clínicas características: neutropenia (en ausencia de otra causa que lo explique), hepatomegalia y esplenomegalia.

Conclusión: Al revisar la bibliografía publicada encontramos que en la actualidad el Síndrome de Felty presenta baja incidencia (1-3%). Esto podría deberse a las nuevas estrategias de tratamiento (treat to target), el diagnóstico precoz y el avenimiento de los tratamientos biológicos permitiendo el mejor control de la actividad de la Artritis Reumatoidea. Por lo tanto, consideramos relevante presentar este caso clínico con el fin de considerarlo en pacientes mal controlados.

179

PO179
0244**ARTRITIS REUMATOIDEA Y ENFERMEDAD DE PAGET: UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE**

D Medina Borchachera, L Mendiburo, C Sánchez Andía, A Alvarez, E Retamal Hospital J. M. Penna, Argentina.

Introducción:

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, de etiología desconocida cuyo órgano blanco principal es la membrana sinovial. Compromete pequeñas y grandes articulaciones generalmente en forma simétrica. Se asocia a la presencia de factor reumatoideo y anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico. La prevalencia global mundial es del 1%. El pico de incidencia es entre los 40 y 50 años, es más frecuente en el sexo femenino con una relación 2-3:1.

La enfermedad de Paget es un desorden focal del metabolismo óseo, de etiología desconocida y evolución crónica. Se caracteriza por un ritmo acelerado de la remodelación que resulta en el crecimiento excesivo óseo en sitios seleccionados y la alteración de la integridad del hueso.

Puede comprometer uno (monostótica) o varios huesos (poliostótica), siendo mayormente afectados en orden de frecuencia la pelvis, fémur, columna, cráneo y tibia.

Tiene prevalencia del 1 al 3% en la población mayor de 40 años. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. La fosfatasa alcalina (FAL) es una enzima que puede estar aumentada en la enfermedad de Paget como reflejo de la formación ósea aumentada y en la AR se ha correlacionado con actividad de la enfermedad

Se presenta el caso de un paciente de 65 años de edad, a quien se le diagnosticó AR y a lo largo de su evolución presenta niveles de fosfatasa alcalina elevada, cuya investigación diagnóstica identificó tardíamente la coexistencia de enfermedad de Paget, debido a la presentación asintomática de esta última.

Al existir poca evidencia acerca de la concurrencia de estas dos entidades en un mismo paciente y teniendo en cuenta la probabilidad de encontrar niveles elevados de FAL en ambas patologías que pueden generar retraso en el diagnóstico de enfermedad de Paget, asociado a formas de presentación asintomática resulta relevante la presentación del caso.

Presentación de caso: Paciente masculino de 65 años, con diagnóstico de AR desde 1993 por presentar poliartrosis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, rigidez matinal mayor a 2 horas, factor reumatoideo positivo y a nivel radiológico erosiones en dedos de manos. Recibió tratamiento con sales de oro, sulfasalazina, corticoides y metotrexato, con poca respuesta, por lo que requirió tratamiento biológico con antiTNF desde el año 2008, el cual fue rotado por ineficacia al año de tratamiento. Actualmente recibe abatacept, alcanzando parámetros de moderada actividad con un DAS 28 de 3.94

Estudios complementarios: Hb: 13, Hto: 41%, TGO: 16, TGP: 12, GGT: 41, FAL: 850 (VN: 60 – 170 U/L), VSG: 26, PCR +++, PSA: 1.76, calcemia: 9.6, fosfatemia: 3.7, calcitriol: 107, fosfatúria: 713, 21-hidroxiprolina 326 (VN: 15 – 65).

Por persistencia de FAL por encima del valor normal, se solicita centellograma óseo que reporta aumento de actividad en hemipelvis izquierda, sacro, tercio medio e inferior del fémur izquierdo astrálogo izquierdo, sugestivo de Paget

Se diagnóstica enfermedad de Paget y se inicia tratamiento con risedronato 150 mgs/mes, calcio más vitamina D, alcanzando disminución de los niveles de FAL en forma significativa a los 3 meses de tratamiento.

Discusión: Los síntomas descritos por el paciente y los hallazgos en exámenes complementarios son altamente sugestivos de AR, estrechando las posibilidades de otros diagnósticos diferenciales.

La enfermedad de Paget puede ser asintomática llegando al diagnóstico por el hallazgo casual de fosfatasa alcalina elevada y/o por un estudio radiológico efectuado por otra causa, o bien por un centellograma hipercaptante, habiendo descartado otras etiologías.

Durante su evolución el paciente presenta aumento de los niveles de VSG, PCR y FAL, descartando patología hepática por niveles de transaminasas y GGT en valores normales, ecografía abdominal sin particularidades. Presenta además PSA normal y sin hallazgos de síntomas ni signos de sospecha de enfermedad maligna

La prevalencia de la AR y enfermedad de Paget vistas como entidades independientes es similar (1% de la población general), pero la presentación concomitante en un mismo paciente se ha reportado en muy pocos casos, por lo cual aunque existe la posibilidad de encontrar niveles elevados de FAL en pacientes con AR activa, no se debe dejar de lado la sospecha diagnóstica de otras patologías, aun sin síntomas asociados como es el caso de la enfermedad de Paget, por lo cual se hace relevante tenerla en cuenta al momento de la evaluación del paciente.

180

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Artrrosis"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO180

0117

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE: ENFERMEDAD DE ALBRIGHT

J Vandale¹, E Fonseca¹, G Rombó¹, G Levit¹, M Abdala²

¹ Policlínico PAMI II, Argentina. ² Director de Carrera Nacional de especialización de Reumatología, UNR, Argentina.

Introducción: Las displasias fibrosas constituyen un grupo de displasias en las cuales existe un fallo en la formación del hueso esponjoso. La enfermedad de Albright es un raro síndrome caracterizado por displasia ósea poliestótica y afección endocrina. Se relaciona en un 95% al sexo femenino. Las alteraciones de los huesos, piel y ovarios son las más frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años con antecedentes de Cirugía a los 5 años de edad por Tumor funcionante de Ovario, Cirugía transefenoidea por adenoma de hipofisis a los 18 años, pubertad precoz (9años) y anexohisterectomía por mioma (40 años).

Derivada a reumatología por lumbalgia crónica de carácter mecánica de intensidad moderada sin irradiación que no cede con Aines por lo que se realizó Radiografía de Columna dorsolumbar observando imágenes líticas en L5-S1. A fin de aclarar dichas imágenes se realizó Centellograma corporal óseo que mostró múltiples imágenes - en columna -dorsal (D5-D8)-lumbal (L5-S1) y costillas 5,8,9 y 10 bilaterales compatibles con secundarismo.

Al examen físico: Buen estado general. Obesidad central, baja talla, implantación baja del cabello. Sin adenomegalias palpables, Abdomen blando depresible sin visceromegalia.

Por los antecedentes del paciente se solicitó Radiografía de Torax observando lesiones líticas en costillas bilaterales, Ecografía de Abdomen y evaluación por ginecología sin encontrar alteraciones.

En la analítica presento TSH 2,78 mU/L, T4 libre, 1,08 ug/dl, Prolactina 11.37 ng/ml, LH 8.13 mU/L, FSH 32 mU/L, Cortisol 21ug/dl, PxE: normal, FAL 373, PTH 85, Calcio 9.8, Vit D 18.

RMI de Cráneo: asimetría de la adenohipofisis con desviación del tallo selar hacia la derecha sin evidencia de MOE.

Se realizó biopsia de imágenes líticas en costilla siendo el resultado de la misma una Displasia fibrosa ósea que asociada a las endocrinopatías hacen el diagnóstico de Enfermedad de Albright.

Finalmente la lumbalgia de tipo mecánico, mejoró con Fisiokinesiterapia. Luego de 2 años de seguimiento de la paciente no presento manifestación de neoplasia asociada y en nuevo centellograma no agrego lesiones adicionales.

Discusión

La displasia fibrosa ósea es una entidad relacionada con mutación de la subunidad alfa de las proteínas G, adquiriendo dos patrones morfológicos: monostótica y poliestótica. Esta última se ha integrado al síndrome de McCune-Albright cuando se asocia a hiperpigmentación cutánea y trastornos endocrinológicos como pubertad precoz. Las lesiones óseas poseen características peculiares en los estudios de imagen, sin embargo es habitual que muestren alteraciones similares a metástasis óseas.

La displasia fibrosa resulta del desarrollo aberrante del hueso provocando deformaciones únicas o múltiples. Las lesiones que en la mayoría de los casos son asintomáticas se detectan de forma incidental en radiografías; o pueden manifestarse como fracturas patológicas o tumoraciones. Suelen presentarse en diáfisis, metáfisis o rara vez en epífisis; las costillas, mandíbula, huesos del cráneo, fémur y tibia son sitios comúnmente involucrados.

Así, la presentación clínica de cada individuo depende de la distribución de las células afectadas, ocasionando un amplio espectro de manifestaciones endocrinas, como pubertad precoz, hipertiroidismo, exceso de GNRH, hiperprolactinemia e hipercortisolismo; y no endocrinas como displasia fibrosa ósea (de predominio poliestótica), pérdida renal de fosfato, disfunción hepatobiliar e hiperpigmentación cutánea. El comienzo es en la infancia y el pronóstico depende del mosaico que presente el paciente. En las radiografías el defecto usualmente adopta forma de una zona bien definida de rarefacción con apariencia de vidrio despolido rodeado por una capa delgada de hueso esclerótico. En el fémur suele existir deformación secundaria a múltiples microfracturas corticales por fragilidad ósea.

Se presenta caso por la infrecuencia de la enfermedad así como por la importancia de definir correctamente las imágenes y siempre que sea necesario obtener la anatomía patológica para un diagnóstico correcto.

181

29-9-2015
08:30 - 19:30

Posters
"Fibromialgia"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO181

0207

FIBROMIALGIA Y DISTIMIA, EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DUAL CON SERTRALINA - LAMOTRIGINA

C Pereyra^{1,2}, M Casas^{1,2}, J Fuerte^{1,2}, I Gamba^{1,2}, T Loor^{1,2}, G Pacheco^{1,2}

¹ Hospital Carlos G Durand, Argentina. ² Universidad Maimonides, Argentina.

Introducción: La fibromialgia (FM), es un desorden en el procesamiento del dolor central por amplificación del umbral de percepción. Se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso mantenido por hiperactividad simpática, hiperalgesia, alodinia en individuos autoexigentes con tendencias a la ansiedad y depresión.

Objetivo: Nuestra investigación focalizo en comparar la eficacia de la asociación terapéutica Sertralina 50 mg - Lamotrigina 50 mg vs Sertralina 50 mg - Pregabalina 50 mg; en pacientes con diagnóstico de FM y sintomatología depresiva asociada.

Materiales y Métodos: Participaron 20 pacientes de sexo femenino entre 35 y 60 años, que acudían regularmente a la Unidad de Reumatología del Hospital Carlos G. Durand, por un período de 4 meses. Previo al tratamiento, se les realizó la escala de Hamilton, conteo de puntos dolorosos para FM e índice de masa corporal, con reevaluaciones cada 30 días durante este lapso de tiempo. 50% de los pacientes recibieron Sertralina-Lamotrigina (Grupo 1); 50% Sertralina-Pregabalina (Grupo 2) control.

Resultados: Grupo 1: Se constató descenso en el conteo de puntos dolorosos para FM con una media de 6 puntos asociado a una mejoría del 40% según la escala de Hamilton, a expensas del insomnio y ansiedad psíquica, comparado con el grupo control. Grupo 2: No mostró superioridad en eficacia terapéutica comparado con el grupo 1, evidenciando un descenso de 4 puntos para FM y una mejoría del 20% en escala de Hamilton; además de evidenciar un efecto negativo en este grupo terapéutico basado en un incremento del IMC del 5%.

Conclusión: La terapia dual con Sertralina - Lamotrigina, supero al grupo control demostrando mayores beneficios basados en el alivio de los síntomas depresivos asociados a FM, disminuyendo la ansiedad psíquica y el insomnio precoz e intermedio, sin cambios significativos en el IMC.

182

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Osteoporosis"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO182

0188

OSTEOPOROSIS ¿MODIFICAMOS SUS FACTORES DE RIESGO?

E Fonseca¹, JM Vandale¹, G Rombó¹, G Levit¹, M Abdala²

¹ Policlínico PAMI II, Argentina. ² Carrera de especialización de Reumatología, UNR, Argentina. ³ Director de Carrera Nacional de especialización de Reumatología, UNR, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis se define como pérdida de la masa mineral ósea con aumento subsiguiente en la fragilidad del hueso. Su causa es multifactorial. Inicialmente era considerada como parte del proceso de deterioro natural con la edad que se hacía evidente en individuos con fractura por fragilidad. Posteriormente se observó cierta superposición de resultados durante la medición de masa ósea en individuos con fracturas comparados con personas sin fracturas de la misma edad. Este concepto nos lleva a concluir que existirían otros factores que influyen en su desarrollo.

Resultado importante diferenciarla de la osteopenia y determinar los factores de riesgo que influyen en su desarrollo para guiar su tratamiento.

OBJETIVO

Analizar los factores de riesgos modificables en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de osteopenia/osteoporosis.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de tipo transversal en el cual se analizaron datos de pacientes mayores de 60 años que concurrían a la consulta al servicio de reumatología del Policlínico PAMI II, entre los meses de abril y junio de 2015 para evaluación de osteoporosis y osteopenia. Durante la consulta se recabaron datos de la historia clínica y se realizaba una encuesta que consistía en preguntas cerradas prefijadas. La medición de la densidad mineral ósea fue evaluada por densitometría del cuello femoral (Dxa) considerando osteoporosis como disminución por debajo de 2.5 desvíos estándar de la media de la población joven normal del mismo sexo (T score). Cuando se agrega la existencia de por lo menos una fractura se denomina osteoporosis establecida. Valores de T score entre 0 y -1 son considerados normales mientras que valores entre -1 y -2.5 se consideran osteopenia.

Variables analizadas: edad, sexo, peso, talla, edad de menopausia, vitamina D, tabaquismo (toda persona que fumó al menos 100 cigarrillos en su vida), exposición solar (al menos 15 minutos por día), consumo de corticoides (>5 mg de prednisona o equivalente > de 2 meses), ingesta de calcio (>1200 mg por día), ingesta de alcohol (tres o más vasos diarios de vino o equivalente).

RESULTADOS

Características de la población: Se analizaron en total 50 pacientes con edad promedio de 73 años, 58% (29) con diagnóstico de osteoporosis y 42 % (21) de osteopenia. El 98% (49) eran sexo femenino, con una edad promedio de menopausia de 45 años, y 2 % (1) masculino. El 28 % (14) presentaba antecedente de fractura por fragilidad. El 12% (6) refería antecedente familiar de osteoporosis. De los 35 pacientes que se encontraban en tratamiento, 63% (22) recibía bifosfonatos, 28% (9) ranelato de estroncio, y 11% (4) denosumab. Dentro de los factores de riesgos analizados hay que tener en cuenta el adelgazamiento extremo. En nuestra población solo el 2% (1) presentaba un IMC <20 y el 24% (12) un peso <55 Kg. Con respecto al tabaco el 38% (19) de la población refería su consumo.

Es importante mantener un nivel adecuado de vitamina D. En nuestra población el 46 % (23) presentaba deficiencia de vitamina D. El 68% (34) manifestó exposición solar inadecuada.

Con respecto al consumo de calcio el 38% (19) refería ingesta inadecuada de calcio con la dieta.

El 6% (3) de la población refería consumo excesivo de alcohol.

El uso de corticoide supone un sustancial riesgo para futuras fracturas, y este riesgo es en gran parte independiente de la DMO. De los datos analizados un alto porcentaje 32% (16) refería consumo de corticoides.

En conclusión, la prevención de la osteoporosis y fracturas debe iniciarse con un estilo de vida adecuado desde la adolescencia y mantenido durante la adultez. Pero cuando se llega al diagnóstico de osteopenia y/o osteoporosis debemos tratar de interrogar y revertir en lo posible los factores de riesgo modificables con la finalidad de disminuir el riesgo de fracturas en edades más avanzadas.

183

PO183

0036

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: CASO CLÍNICO

S Sig-tú¹, G Maldonado¹, C Ferro¹, C Ríos²

¹ Universidad Espíritu Santo, Ecuador. ² Centro de Reumatología y Rehabilitación - CERER, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: La osteogénesis imperfecta (OI) es un trastorno congénito, la mayoría de los casos se produce por un defecto autosómico dominante del gen codificador del colágeno tipo I (COL1A1 o COL1A2), pero algunos cuadros pueden deberse a mutaciones del gen involucrado producidas de novo, es decir mutaciones que aparecen por primera vez en una familia cuya etiología más común es edad paterna avanzada. La OI se caracteriza por una deficiencia cualitativa y cuantitativa en la producción de tejido conectivo, pudiendo presentar múltiples manifestaciones fenotípicas. La incidencia se estima en uno por cada 20.000 nacimientos, variando acorde al subdiagnóstico de las formas leves. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de huesos débiles con tendencia a fracturarse fácilmente. Los pacientes afectados por OI suelen presentar deformidad ósea, laxitud articular, escoliosis, dentinogénesis, pérdida de la audición, debilidad muscular, fatiga, escleras azules y talla baja. Las formas de presentación de la OI varían considerablemente de una persona a otra y, por ende, los diversos rasgos no resultan evidentes en su totalidad. Existen 11 tipos de OI definiendo la severidad de los síntomas basados en la clasificación de Silience. Hasta el año 2000 se reportaron 120 casos en el Ecuador.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 9 años de edad con antecedentes de parálisis cerebral infantil (PCI) e epilepsia, que acude a la consulta por primera vez debido a una fractura de fémur derecho a los siete meses de edad mientras realizaba terapia física por la PCI, dos meses después durante una consulta pediátrica sufre una segunda fractura en el fémur izquierdo. A los once meses de edad sufre una tercera fractura de peroné derecho posterior a una convulsión y recibe el diagnóstico de Osteogénesis Imperfecta tipo IV basado en criterios clínicos de Silience. Se realizó un estudio de pedigree el cual estudió tres generaciones y no se relevó antecedentes familiares de OI. Al examen físico presentó bajo peso y estatura para su edad basado en los percentiles, sus rasgos faciales denotan estrabismo convergente, cara triangular, puente nasal ancho, sus extremidades superiores denotan una hipotonía moderada-severa y sus miembros inferiores una deformidad marcada. El manejo de la Osteogénesis Imperfecta no fue considerado hasta el año 2010, en el cual se inició Pamidronato endovenoso 30mg en cuatro ocasiones cada 3 meses. Su madre refirió que la paciente mejoró en cuanto a dolor y número de fracturas durante el período de aplicación de la medicación, el medicamento se suspendió debido a la falta de accesibilidad al mismo. Posterior a la suspensión de la medicación presentó una nueva fractura de fémur izquierdo que requirió corrección quirúrgica. En el año 2013, se reinicia tratamiento con ácido Zoledrónico endovenoso, debido a la dificultad en cuanto al acceso venoso se tomó la decisión en junio de 2014 de buscar un medicamento de fácil aplicación por lo que recibió Denosumab subcutáneo. Hasta antes de la aplicación del Denosumab el familiar refería un total de 40 fracturas repartidas entre clavículas, caderas y miembros inferiores. Actualmente la paciente lleva la tercera aplicación, no ha presentado nuevas fracturas, desde la primera aplicación la paciente creció 12cm y los niveles de Pírilinks-D descendieron.

CONCLUSIÓN: La OI es un trastorno congénito poco común, el tratamiento hasta la fecha habían sido los bifosfonatos para disminuir las fracturas. Denosumab podría ser útil en pacientes con esta enfermedad.

184

PO184
0149

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR: PRESENTACIÓN POLIARTICULAR
A Brigante, S Ibañez, M Fanelli, J Hogrefe, D Yucra Bobarin, D Dubinsky
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción

El compromiso osteoarticular en tuberculosis es raro. Se presenta en el 1-5% de los casos. La afectación osteoarticular puede ser la única manifestación de la enfermedad. El compromiso articular más frecuente es la localización vertebral en un 60%. Existen dos formas de afectación periférica, la ósea y la osteoarticular. La monoartritis es la forma de presentación periférica más frecuente.

El diagnóstico en general es tardío por la baja prevalencia y la capacidad de mimetizar otras enfermedades

Presentamos una paciente con TBC poliarticular sin afectación pulmonar

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 60 años con antecedentes de HTA, ex-tabaquista, Síndrome de Raynaud y diagnóstico de artritis indeterminada dos años previos a la consulta.

Ingreso por artritis de tobillo derecho, rodilla, carpo y codo izquierdo de varios meses de evolución que refiere reagudiza en la semana previa a la internación asociado a un registro febril, que cede con paracetamol. Se encontraba en tratamiento con meprednisona 10mg, AINES a demanda, había recibido durante 4 meses metotrexato 10mg/semanales, suspendido 2 meses previos a la consulta.

Presentaba al examen físico artritis de carpo, codo, rodilla izquierda y manos edematosas. *Laboratoro:* Hto 38 %, Hb 11,9 g/dl, GB 14.000 mm³, (N 69 L21 E1 M9) Pla_q 554.000 mm³, VSG 80, PCR 81.

Se realiza artrocentesis de rodilla izquierda. Se extrae líquido purulento con financia aumentada. Microscopía directa negativa. BAAR negativo, cultivo de gérmenes comunes negativos. Inicia tratamiento antibiótico con Piperacilina / tazobactam-Vancomicina, sin mejoría de los síntomas, con incremento del dolor y tumefacción del carpo izquierdo. Se realiza artrotomía de carpo izquierdo con toma de biopsia sinovial y ósea. Al mes se obtiene cultivo positivo para *Bacilo de Koch* en rodilla izquierda. *Anatomía patológica:* de sinovial y hueso de carpo izquierdo Infamación granulomatosa necrotizante con necrosis caseosa y células multinucleadas tipo Langhans. Se inicia tratamiento con cuatro drogas antituberciosas.

En seguimiento por infectología por ambulatorio, varias consultas por gonalgia y por registros febriles aislados. Reingreso para toiles de quirúrgica con cultivos que cerraron negativos. Poco adherente al tratamiento.

Conclusión

La TBC poliarticular es una entidad poco frecuente, que necesita un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Se presenta como artritis crónica moderada y lentamente progresiva con síntomas poco específicos y sin compromiso respiratorio que contribuye al retraso diagnóstico. No existen patrones radiográficos patognomónicos y los cambios son tardíos con enfermedad clínicamente silente. Los hallazgos incluyen osteopenia, erosiones marginales y varios grados de destrucción de cartilagos. Debemos sospecharla ante artritis a cultivos negativos y falta de respuesta a los tratamientos instaurados. Para establecer un tratamiento oportuno y evitar la destrucción articular con recuperación de la funcionalidad en la mayoría de los casos.

185

PO185
0078

EMBOLIA PULMONAR POR METACRILATO DESPUÉS DE VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA

M Stanchic, I Kairuz
Hospital Aeronáutico Córdoba, Argentina.

Introducción: La vertebroplastia percutánea es un procedimiento terapéutico rápido y efectivo. Si bien su práctica se ha extendido, debido a su potencial eficacia, se deben tener en cuenta las complicaciones. Las más frecuentes son las derivadas de la fuga del material de cementación, que van desde pequeñas extravasaciones asintomáticas hacia el tejido circundante, hasta embolismos.

Se presenta el caso de una paciente con fracturas vertebrales por osteomalacia que sufrió embolia pulmonar luego vertebroplastia percutánea.

Caso Clínico: Paciente femenina de 62 años con antecedentes patológicos de hipotiroidismo, artritis reumatoidea, hepatitis autoinmune y osteomalacia por malaabsorción intestinal (cirugía bariátrica: switch duodenal). Desde el año 2008 comienza con fracturas vertebrales recibiendo tratamiento de suplementación con vitamina D 3 y citrato de calcio, sin lograr normalizar déficit. Pamidronato y Denosumab tampoco mostraron resultado. Desde el año 2010 hasta el 2014 sufrió múltiples fracturas (C7, D5, D7, D8, L1, L4, L5, pelvis, 2°, 3° y 7° costillas derechas, esternón y clavícula derecha). En junio de 2014 se realiza vertebroplastia de D8 y L1 por intenso dolor dorsal que dificultaba la expansión torácica. A tres semanas del procedimiento comienza con disnea grado II-III y fiebre, se diagnostica neumonía con block neumónico en base izquierda, recibe antibiótico parenteral, pero luego de revertir el cuadro continúa con disnea a pequeños esfuerzos. En la radiografía de tórax se observan imágenes radiopacas en ambos campos pulmonares e hilio izquierdo. La TACAR de tórax informa: imágenes hiperdensas infracentrímetras en ambos campos pulmonares y material hiperdenso lineal a nivel del hilio izquierdo, demostrándose densidad compatible con metacrilato. **Diagnóstico:** embolia pulmonar. Por el tiempo de evolución del evento y por la condición de la paciente se decide no anticoagular.

Discusión: Desde la introducción de la vertebroplastia percutánea, se han descrito complicaciones graves: el cemento puede escapar al canal espinal, causando estenosis o compresión de la médula, a los agujeros intervertebrales ocasionando la compresión de las raíces nerviosas o el pasaje a la vena cava y las arterias pulmonares, generando embolia pulmonar. Las fugas del material de cementación vertebral ocurren en 15 a 30 % de las vertebroplastias. La embolia pulmonar por cemento es un evento relativamente frecuente subdiagnosticada, con una incidencia del 0 al 23% en estudios observacionales. Las causas son: defectos en la técnica por polimerización insuficiente del polimetacrilato, posición incorrecta de la aguja, o llenado excesivo del cuerpo vertebral. La radiografía de tórax debe realizarse rutinariamente después del procedimiento para la detección precoz de la embolia. Si ésta ocurriera debe administrarse heparina no fraccionada inmediatamente para prevenir la progresión del infarto pulmonar. La anticoagulación oral puede reducir el riesgo de formación de trombos alrededor del material embólico.

Conclusión: La embolia pulmonar por metacrilato es una complicación sistémica relativamente frecuente, pero con repercusión clínica o hemodinámica infrecuente. Las recomendaciones indican que los pacientes deberían ser cuidadosamente evaluados clínicamente tras su realización, con radiografía de tórax en todos los casos. Si la complicación ocurriera, debe utilizarse heparina no fraccionada para prevenir la progresión al infarto pulmonar.

186

29-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Otros"

Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO186

0077

TAPONAMIENTO CARDÍACO, UNA EXTRAÑA COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

M Stanchic, I Kairuz, M Moyano Pugge
Hospital Aeronáutico Córdoba, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica en la que 20-40% de los pacientes desarrollan compromiso cardíaco (pericarditis no exudativa, pleuritis y más raramente miocarditis). Se presenta un caso de ESA complicado con taponamiento cardíaco que requirió tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico: Paciente de 25 años sin antecedentes conocidos que consulta por fiebre de 5 días de evolución sin foco aparente. Al examen físico presentaba temperatura de 39,8°C, adenomegalia submaxilar derecha, poliartalgias, astenia, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares. En la radiografía de tórax se observaba leve derrame pleural. *Laboratorio:* GB 17.200/mm³, VSG 55mm/h, PCR: 377mg/dl, GOT: 90U/L, GPT: 74U/L, GGT: 50U/L, FAL: 227U/L, LDH: 1125U/L, resto normal. A las 24 horas de internación comienza con insuficiencia respiratoria (saturación de oxígeno 81%, PO₂ 41,5mmHg). La radiografía de tórax muestra condensación en ambas bases pulmonares. Se indica levofloxacina 500mg/día y oseltamivir 75mg/12hs. El ecocardiograma informa leve derrame pericárdico. *Laboratorio inmunológico:* FR, ANA, AntiDNA negativos, C3 y C4 normales, ANCAp y ANCAc negativos. Ferritina: mayor a 1000 ng/ml. Comienza con prednisona 40mg/día. Serología para gérmenes comunes y atípicos negativa. A las 48 horas comienza con taquicardia y taquiplejía. Ecocardiograma derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco requiriendo drenaje quirúrgico de urgencia (exudado). Se aumenta la dosis de corticoide y se agrega azatioprina 100 mg/día constatando mejoría clínica/análisis marcada. Ecocardiograma control: cavidades ventriculares y volúmenes normales, función sistólica conservada, no derrame pericárdico. Se decide alta hospitalaria con prednisona 40 mg y azatioprina 100 mg/día. Informe anatomopatológico de pericardio: inflamación crónica no específica con focos de fibrosis, marcadamente vascularizado. Cultivos negativos.

Discusión: En el caso presentado la paciente no responde al tratamiento médico inicial, requiriendo la pericardiocentesis e intensificación del tratamiento inmunomodulador. La ESA fue descrita por primera vez por Bywaters en 1971, aún así es un trastorno inflamatorio sistémico de etiología desconocida. La prevalencia estimada es inferior a 1 caso por cada 100.000 personas. Los pacientes suelen presentar fiebre, artralgia o artritis, dolor de garganta, erupción maculopapular transitoria, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia y serositis. La fiebre de origen desconocido es una de las presentaciones más comunes y no existe un marcador serológico definitivo en la actualidad. El diagnóstico se hace después de la exclusión de infecciones, neoplasias y otras enfermedades autoinmunes, utilizando los criterios de Yamaguchi. La ferritina en valores superiores a 1000 ng/ml, se ha descrito como un marcador sérico inespecífico, útil en la ESA, no solo para el diagnóstico, sino también para el seguimiento de actividad. Las manifestaciones cardiovasculares varían en las diferentes series entre el 20 y el 40% de los pacientes con ESA, la principal forma de presentación es la pericarditis no complicada. Otra forma es la miocarditis, que puede predisponer a arritmias ventriculares complejas e insuficiencia cardíaca. Una complicación más rara es el derrame pericárdico pudiendo desarrollar taponamiento cardíaco, lo que ocurre hasta en 5% de los casos requiriendo, en algunas ocasiones tratamiento quirúrgico para drenaje.

Conclusión: En adultos jóvenes que se presentan con fiebre y derrame pericárdico es importante sospechar la ESA como posible etiología. Valores de ferritina >1000 ng/ml permiten orientar el diagnóstico. Se observa variabilidad en la respuesta al tratamiento, por esto se requiere un diagnóstico temprano y tratamiento inmunomodulador específico adaptado a cada paciente que detenga la progresión de la enfermedad y prevenga recurrencias.

187

PO187
0060

SÍNDROME M.A.G.I.C. REPORTE DE UN CASO

M Salcedo, Z Bedran, C Barros Martínez, U Paris, O Sosa
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Argentina.

Introducción:

El Síndrome MAGIC (Mouth And Genital ulcers with Inflamed Cartilage), es una entidad poco frecuente. Fue descrito inicialmente por Firestein en 1985 en una serie de pacientes que reunían criterios diagnósticos para Enfermedad de Behçet (EB) y Policondritis Recidivante (PR), postulando una base fisiopatológica en común para ambas entidades.

Objetivo:

Reportar un caso de Síndrome de Mgc (Mouth and genital ulcers with inflamed Cartilage), debido a la baja frecuencia de esta entidad.

Materiales y Metodos.

Caso:

Masculino de 54 años, antecedentes de úlceras orales y genitales recurrentes, episodios reiterados de condritis de ambos pabellones auriculares y nariz, eritema nodoso en miembros inferiores, poliartrosis (tobillos, muñecas, manos). Presentó en el año previo trombosis venosa profunda (TVP) subclavio-axilar en forma parcial y femoropoplíteas derechas por lo que recibió anticoagulación. Examen físico: Eritema y dolor de ambos pabellones auriculares, edema y dolor de antebrazo derecho, ojo izquierdo doloroso con inyección conjuntival. Durante la internación presenta artritis de tobillo izquierdo.

Laboratorios: FAN, anticardiolipinas, anti-beta2 glicoproteína, inhibidor lupico negativos, factor reumatológico negativo, PCR 1,7 mg/dl (VN asta 0,9 mg/dl); VSG 140 mm/1^o hora. EcoDoppler venoso de miembros superior derecho: Tromboflebitis superficial. Radiografías articulares sin erosiones óseas. TC tórax sin alteraciones vasculares o del parénquima pulmonar. Videobroncoscopia sin alteraciones estructurales del árbol respiratorio. Examen oftalmológico: Congestión conjuntival, sin signos de uveítis. Test de Patergia positivo.

Conclusiones:

En este paciente la EB se diagnosticó reuniendo 4 (cuatro) criterios de los propuestos por el International Study Group for Behçet Disease (1990): Úlceras orales recurrentes (excluyente), úlceras genitales recurrentes, lesiones en piel (eritema nodoso), Test de Patergia Positivo; así también cumpliendo 4 (cuatro) criterios de los propuestos por McAdam para PR: Condritis articular bilateral, poliartrosis inflamatoria seronegativa no erosiva, condritis nasal, inflamación ocular (conjuntivitis). La TVP y el síndrome anti-fosfolípido (SAF) se han observado asociadas al Síndrome MAGIC. En este caso la TVP fue un antecedente alejado descartándose un nuevo evento y siendo negativas las pruebas de laboratorio para Síndrome antifosfolípido. El tratamiento consiste en el uso de drogas para la EB y PR basándose en la experiencia de casos aislados y serie de casos reducidos en que se utilizan combinación de corticoides y distintos tipos de inmunosupresores (metotrexate, azatioprina, agentes biológicos anti-TNF). En nuestro paciente al momento del diagnóstico predominaba la clínica de PR con síntomas moderados, sin afectación del árbol respiratorio ni de cartilagos costales por lo que inició tratamiento con esteroides a dosis de 1 mg/kg/día, metotrexate 15 mg/semanales con buena respuesta clínica.

188

PO188
0048**MUJER CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO**

M Tami, M Akseirad, O Giorgetti, E Chigauer, C Lessa
Hospital Carlos G. Durand. Unidad de Inmunología e Histocompatibilidad, Área de Inmunología Clínica, CABA, Argentina, Argentina.

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad de Still del adulto es un desorden inflamatorio de escasa frecuencia caracterizado por picos febriles diarios, artritis y rash cutáneo asalmonado.

La fisiopatogenia permanece desconocida, sin embargo, en la última década, se reclassificó al síndrome como un desorden autoinflamatorio poligénico, en base a la demostración del importante rol que presenta la inmunidad innata en el desarrollo de la enfermedad, siendo las principales citoquinas involucradas las correspondientes a la familia de la IL1 (IL-1 β , IL-18), IL-6 y TNF- α .

La presentación clínica es heterogénea, y el espectro de diagnósticos diferenciales es variado, incluyendo causas infecciosas, neoplásicas y autoinmunes; enfermedades que deben ser descartadas antes de realizar el diagnóstico definitivo.

OBJETIVO.

Presentación de un caso con enfermedad Still del adulto que durante el brote clínico presentó corticodependencia que requirió inicialmente el agregado de metotrexato al esquema terapéutico. Sin embargo, el curso evolutivo de la enfermedad resultó en la autolimitación sintomática.

DESARROLLO.

Paciente de 29 años de edad, deportista de alto rendimiento, sin otros antecedentes de relevancia. Es derivada al servicio de inmunología para estudio de enfermedad inmunológica. Al interrogatorio dirigido refería cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por registros febriles diarios, de predomino vespertino, acompañados de artralgias generalizadas y rash cutáneo macular evanescente, no pruriginoso. Al examen físico de ingreso, se constata paciente afebril, rash cutáneo macular asalmonado, demografía positiva, no artritis. Se indican antiinflamatorios no esteroides.

Para descartar causa infecciosa se realizan serologías virales, brucelosis, ASTO, VDRL, y radiografía de tórax, sin datos positivos.

En búsqueda de causa autoinmune se solicita laboratorio inmunológico con determinación de FAN, FR, Anti CCP, Anti RNP, Anti DNA, Anti Ro/La, Anti Jo1 y Anti Mi2 que resultaron negativos, y dosajes de complementos C3 y C4 elevados.

El laboratorio general de inicio presentaba como datos positivos leucocitosis, eritrosedimentación y PCR elevadas.

Por sospecha de enfermedad de Still se solicitan laboratorios seriados con determinación de ferritina sérica, eritrosedimentación y PCR, que resultaron siempre marcadamente elevados. Se constató hipertransaminasemia leve en dos oportunidades.

Evoluciona con mayor compromiso articular, artritis bilateral en articulaciones interfalángicas proximales, muñecas, codos y rodillas, persistencia de picos febriles vespertinos y rash cutáneo. Se hace el diagnóstico definitivo y se inicia tratamiento con prednisona 20 mg/día. Respondiendo favorablemente.

Luego de dos semanas de tratamiento, se decide disminuir la dosis de prednisona a 10 mg/día, evolucionando con un nuevo brote articular, cutáneo y febril. Por lo que se aumenta la dosis de prednisona y se decide agregar al esquema terapéutico metotrexato inicialmente a dosis de 5 mg/semana.

La paciente evoluciona con remisión sintomática por lo que decide luego de 15 días del inicio del metotrexato abandonar el tratamiento. Se realiza laboratorio control que muestra mejoría de los parámetros inflamatorios con franco descenso de la ferritina sérica, eritrosedimentación y PCR.

Dos semanas luego del abandono del tratamiento la paciente persistió asintomática.

CONCLUSIÓN.

La enfermedad de Still del adulto evoluciona de forma variable pudiendo autolimitarse, seguir un patrón poliocíclico sistémico o evolucionar con un patrón de compromiso articular crónico.

Se utilizan como tratamiento de primera línea corticosteroides asociados a antiinflamatorios no esteroides. En caso de corticodependencia se agrega al esquema metotrexato. Para casos refractarios al tratamiento estándar, se propone la utilización de agentes biológicos contra las citoquinas involucradas en la patogenia de la enfermedad (anakinra, infliximab, tocilizumab).

189

PO189
0110**ARTRITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE AMILOIDOSIS PRIMARIA**

JM Vandale^{1,2}, E Fonseca³, GRAC Rombo³, G Levit¹, M Abdala¹
¹ Policlínico PAMI II, Argentina. ² Carrera de especialización de Reumatología, UNR, Argentina. ³ Director de Carrera Nacional de especialización de Reumatología, UNR, Argentina.

Introducción: La Amiloidosis primaria (Amiloidosis AL) es una rara enfermedad que se asocia excepcionalmente a manifestaciones articulares, como poliartritis que puede simular una artritis reumatoidea (AR). Puede ser clasificada como Amiloidosis AL y asociada a Mieloma Múltiple (MM), en base al número de células plasmáticas de la médula ósea, la cantidad de proteína monoclonal en suero u orina y a la presencia o ausencia de lesiones óseas.

Caso clínico: Paciente femenino de 75 años con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo que llega a la consulta en nuestro servicio luego de cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por artralgia generalizadas y poliartritis en ambas manos con sinovitis en carpos y articulaciones interfalángicas proximales, evaluada en otro centro previamente donde se realizó el diagnóstico de artritis seronegativa en tratamiento con metotrexato y prednisona con buena respuesta inicial. Al examen físico presentaba mal estado general, pérdida de peso de 10 kilogramos en 4 meses, sin sinovitis ni rigidez matinal, edema con fovea en miembros inferiores y glositis, interpretada inicialmente como efecto adverso del metotrexato por lo que se suspende. En laboratorio se obtuvo Eritrosedimentación 90 mm en la 1ª hora, Proteína C Reactiva 23 mg/dl, anticuerpos antinucleares, Factor Reumatóideo y Anticuerpos antipeptido citrilinado cíclico negativos. Proteínograma por electroforesis (PxE): hipogammaglobulinemia sin banda oligoclonal 0,3 mg/dl. Albumina 3,8 g/dl, Creatinina: 0,76. Uremia 36; anemia de trastornos crónicos. Calcio 10 mg/dl. Orina sin proteinuria. Inmuno-electroforesis IgA 52 (22-157), IgG 590 (423-1090), IgM 28 (45-190). Evolucionó con severa dificultad para la movilización. Se realizó Radiografía de columna Lumbar que evidencia aplastamiento L2. A 9 meses del inicio de los síntomas la paciente desarrolla macroglobulia marcada por lo que se reemplaza el diagnóstico junto a Hematología. Se realiza Biopsia de Médula Ósea: infiltración de 24% de células plasmáticas. Ecocardiograma sin alteraciones. Ecografía abdominal sin alteraciones. Nuevo PxE: con hipogammaglobulinemia con disbalance en la relación cadenas ligeras en sangre y orina. Se realizó biopsia de grasa abdominal: Engrosamiento de paredes vasculares a expensas de material hialino, eosinófilo y homogéneo (Rojo congo positivo) consistente con amiloide. Se realizó el diagnóstico de Amiloidosis Primaria. Comenzando tratamiento con Bortezomib, dexametasona y pamidronato. Presento buena respuesta con disminución de clonalidad plasmática y de las manifestaciones musculoesqueléticas.

Discusión: En este caso la paciente se presenta con artritis como manifestación inicial de su enfermedad simulando una artritis reumatoidea. La Amiloidosis AL es infrecuente, siendo una discrasia de células plasmáticas relacionada con el mieloma múltiple (MM), en donde los clones de células plasmáticas de la médula ósea producen inmunoglobulinas que son amiloidogénicas. Sin embargo diferenciar si existe o no MM es, en muchas ocasiones difícil y artificial, pues ambos son procesos de proliferación clonal de células plasmáticas y por tanto muchas veces solapados, por lo que es preferible considerar ambas categorías juntas. Las manifestaciones clínicas en la amiloidosis AL reflejan la afectación multisistémica de la enfermedad, pues los depósitos de amiloide se encuentran virtualmente en todos los órganos excepto en el sistema nervioso central. Los órganos más frecuentemente afectados son el riñón y el corazón. La macroglobulia ocurre en el 10% de los pacientes, y se puede acompañar de un aumento del tamaño de las glándulas submandibulares, contribuyendo a la obstrucción respiratoria. Las manifestaciones osteoarticulares son poco frecuentes pudiendo presentarse como una poliartritis, en una proporción menor se han descrito casos en donde la amiloidosis AL presenta clínica de Polimialgia Reumática. En la mayoría de los casos de amiloidosis AL el número de clones es pequeño (<10% de células plasmáticas en la médula ósea), pero la actitud terapéutica es la de una enfermedad proliferativa maligna, pues la distal entre la existencia de un MM sobre una amiloidosis AL es arbitraria y la evolución es habitualmente fatal. Por ello es de vital importancia el diagnóstico temprano, pues los estadios precoces son los más susceptibles al tratamiento. De ahí el interés de reconocer las manifestaciones clínicas menos características, como la artritis.

190

PO190
0116**REUMATISMO POR VIRUS CHIKUNGUNYA: REPORTE DE 1 CASO**

R Quiroz¹, N Perez², AM Sapaq Durán¹, E Gomez², JP Vnicki¹, G Nasswetter¹
¹ Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina. ² Hospital Universitario Japonés, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. ³ Sanatorio Otamendi & Mirolli, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN. La fiebre chikungunya (CHIK) es una enfermedad producida por un alfavirus perteneciente a la familia Togaviridae, transmitida por miembros de diferentes especies del género Aedes: Aedes aegypti y Aedes albopictus (A. albopictus). Es endémica en África y Asia, ocasionando brotes epidémicos recurrentes.

En 2007, surge de forma emergente en Europa. En 2013 se detectó la transmisión autóctona del virus CHIK (VCHIK) en el Caribe, generando una epidemia en el Hemisferio Occidental. La cepa del virus responsable de esta epidemia corresponde al linaje asiático. El virus CHIK puede causar trastornos musculoesqueléticos y reumáticos de larga duración.

Presentamos el caso de una paciente con manifestaciones reumáticas secundarias a infección por VCHIK.

CASO CLÍNICO. Paciente de sexo femenino de 51 años de edad que reside en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y sin antecedentes patológicos, consultó por cuadro clínico de 30 días de evolución que comenzó con fiebre, rash eritematoso en tronco, extremidades y dolor generalizado autolimitado (<72 horas de duración), seguido de parestias en manos, artralgias en rodillas, tobillos y pies que persiste a la fecha de evaluación. Además, refiere familiares con artritis/artralgias intensas en contexto de fiebre el mes previo. Al examen físico presentaba artralgias en rodillas sin derrame articular, tumefacción y dolor en dorso del pie derecho y sinovitis en 4ª MTF derecho. El laboratorio informaba elevación de reactantes de fase aguda y látex AR negativo. Se realizó RM de pie derecho que informó pequeña imagen hiperintensa en T2 e hipo-intensa en T1 en cabeza 4ª MTF que podría corresponder a pequeña lesión osteocondral, con similar hallazgo en escafoideas tarsal, 2ª cuña, pequeña cantidad de líquido a nivel del receso posterior de la articulación astragalocalcánea, líquido a nivel de la vaina del tendón del tibial anterior y signos de edema en TCS del dorso del pie. Considerando el episodio febril, el factor epidemiológico y el antecedente familiar, se solicitó serología para virus Dengue, Fiebre Amarilla y CHIK, obteniéndose IgM-CHIK positivo. Inició tratamiento con AINES con buena evolución clínica y desaparición de los signos y síntomas a los 3 meses de iniciado el cuadro clínico suspendiéndose el tratamiento antiinflamatorio.

DISCUSIÓN. La enfermedad febril por VCHIK es epidémica en algunos países de América Latina. Curso con una etapa aguda (10 primeros días) con fiebre, rash, prurito, dolor generalizado, artralgias y artritis. En más del 60% de los pacientes estos síntomas pueden ser persistentes o recurrentes en la etapa subaguda (11 días - 3 meses) y crónica (> 3 meses) produciendo cuadros de dolor musculoesquelético no inflamatorio difuso o regional asociado o no a síndromes de atrapamiento o compromiso inflamatorio tendinoso o articular, en algunos casos similar a la artritis reumatoide seronegativa. La duración de estos síntomas es variable pudiendo prolongarse por más de 6 años según algunos estudios clínicos. El abordaje terapéutico es sintomático dependiendo del tiempo de evolución y el tipo de compromiso, utilizándose analgésicos y moduladores del dolor. AINES en cuadros inflamatorios y/o cursos cortos de corticoides a dosis bajas cuando no hay respuesta a estos últimos.

CONCLUSIÓN. Es fundamental considerar la enfermedad por VCHIK en el diagnóstico diferencial de pacientes con manifestaciones musculoesqueléticas de inicio agudo asociado a cuadro febril previo y antecedente epidemiológico.

191

PO191
0139**POLIARTRITIS POST INFECCIÓN CON VIRUS CHIKUNGUNYA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

MA Pera¹, R Aguila Maldonado¹, V Angeletti¹, L Yantorno², J Marcos¹, AS Espósito², MA Garcia¹
¹ HIGA San Martín La Plata, Servicio de Reumatología, Argentina. ² HIGA San Martín La Plata, Servicio de Infectología, Argentina.

La enfermedad causada por el virus Chikungunya (Virus ARN, de la familia Togaviridae) representa un nuevo problema de salud pública para América. El cuadro clínico puede ser fácilmente confundido con infección por virus Dengue. Cerca del 30% de los individuos afectados podrán presentar secuelas a largo plazo que incluyen artralgia y artritis. Se debe sospechar la enfermedad cuando hay epidemiología compatible asociada a la triada característica: fiebre, artralgias y erupción cutánea.

Caso N°1: Mujer de 64 años de edad que consulta derivada del Servicio de Infectología por presentar cuadro de poliartritis posterior a viaje a Colombia (Bogotá, Isla San Bernardo, Tilipán, Cartagena, Isla del Rosario) entre el 22/10 al 13/11 del 2014. A las 24 hs de su regreso al país, refiere haber comenzado con síndrome febril, mialgias, exantema generalizado y pruriginoso, cefalea con dolor retroocular y poliartritis en manos, pies y rodillas. Consulta en institución privada lo cual motiva internación durante 5 días y se solicita serología para Chikungunya y Dengue siendo negativas. Al persistir el cuadro de poliartritis es evaluada en nuestro servicio donde se constata rigidez matinal de 30 minutos, sin artritis. Aporta ecografía articular donde se observa bursitis supra-rotuliana. Se indica meprednisona 8 mg/día y tramadol 50 mg cada 8 hs. Se recibe 2ª a los 20 días y 3ª muestra a los 45 días para Chikungunya positiva (IgM y IgG). Se solicita: FAN -, ERS y PCR normales. FR y Anti CCP -, C3 y C4 normal. Se realiza ecografía articular donde se constata cuadro compatible con proceso degenerativo articular, se descarta la presencia de sinovitis. Se suspende tratamiento con corticoides y durante el seguimiento presenta mejoría sintomática disminuyendo la dosis de analgésicos. La paciente abandona el seguimiento en el servicio.

Caso N°2: Hombre de 58 años de edad que consulta derivado del Servicio de Infectología por cuadro de poliartritis de tres semanas de evolución. Refiere haber viajado a Colombia (Cartagena, Santa Marta) entre el 23/10 y el 7/11 de 2014. A las 24 hs de su regreso, comienza con fiebre (un episodio), rash generalizado, levemente pruriginoso y con lesiones blanquecitas, similar a dengue. Agrega poliartritis que no cede con analgésicos comunes. Se solicita laboratorio donde se constata linfopenia (960/mm³) y TGO/TGP 62/111. Se solicita serología para Chikungunya IgM y IgG positivas (4ª y 8ª semana post infección). Se deriva a nuestro servicio donde se constata artritis en carpos, metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales. Se indica Prednisona 5 mg/día y naproxeno. Se solicita: FAN -, FR y Anti CCP -, PCR +. El paciente decide seguimiento en institución privada.

Discusión: Los síntomas articulares suelen comprometer más de una articulación, con predomino en manos y muñecas; con menor frecuencia rodillas, hombros y columna vertebral. Se acompañan de rigidez matinal, incapacidad funcional, tenosinovitis. Se ha descrito artritis migratoria en cerca del 70% de los casos. En las formas sub-agudas y crónicas el síntoma persistente más frecuente es la artritis. Generalmente no hay cambios significativos en las pruebas de laboratorio, no se encuentran marcadores biológicos típicos de enfermedades autoinmunes o reumáticas, ni se observan cambios radiográficos. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan artropatía/artritis destructiva, semejante a la artritis reumatoide o psoriasis.

Los hallazgos de laboratorio anormales pueden incluir ligera trombocitopenia (<100.000/mm³), leucopenia a predominio de linfopenia y enzimas hepáticas elevadas. La ERS y la PCR están generalmente elevadas y pueden permanecer elevadas por algunas semanas.

Los factores de riesgo para la persistencia de los síntomas son la edad >65 años, trastornos articulares preexistentes y enfermedad aguda más grave. Diabetes fue la mayor comorbilidad identificada como factor de riesgo para la presencia de artralgia crónica.

Existen reportes de que la infección por virus de chikungunya genera una respuesta inmunológica llevando al desarrollo de cuadros de poliartritis crónicas. En estos dos pacientes el cuadro articular se prolongó más allá de las 6 semanas, constataándose en uno de ellos el desarrollo de sinovitis. Se necesitarían mayor número de casos para establecer si dicha infección viral puede predisponer al desarrollo de una enfermedad articular autoinmune crónica.

ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER

JR Gallo¹, A Ortiz², N Migliore³, M Eletti⁴, L Daluro⁵, GL Godoy¹, SO Paira²
¹ Hospital Central de Reconquista, Olga Stucky de Rizzzi, Argentina. ² Sección Reumatología-Hospital JM Cullen-Santa Fe, Argentina. ³ Servicio anatomía Patológica-Hospital Italiano- Bs As4, Argentina. ⁴ Servicio Anatomía Patológica. Hospital JM Cullen Santa Fe, Argentina.

La enfermedad de Erdheim Chester (ECD) es una rara enfermedad histiocitaria caracterizada por infiltración de los tejidos por histiocitos cargados de lípidos. La forma de presentación más común es dolor óseo afectando principalmente los huesos largos. El 60 % de los pacientes presentan compromiso extra óseo. El pronóstico depende de la extensión y de la distribución de las manifestaciones extraesqueléticas. Se caracteriza por hallazgos radiológicos típicos de la esclerosis bilateral y simétrica de la diáfisis y metáfisis de los huesos tubulares.

ECD puede distinguirse de la histiocitosis de células de Langerhans (LCH) por las características inmunohistoquímicas de histiocitos, que en ECD son: positivos para CD68 y negativos para CD1a, y negativos para la proteína S-100 en el 80% de los casos.

Objetivo: Presentamos 6 casos con diferentes formas de presentación de una misma enfermedad.

CASO	SEXO	EDAD	FORMA DE PRESENTACION	HISTOPATOLOGIA	INMUNOHISTOQUIMICA
CASO 1	M	41	• tumores en huesos. • dolor en MS y MI • xantelasma bilateral en párpado superior e inferior • polidactilias • Infarto Agudo de Miocardio	Histiocitosis espumosa y células gigantes multinucleadas de Touton	CD68 (+) S100 (-) CD1a (-)
CASO 2	F	30	• tumor cerebral • dolor en MS y MI • r-Raynaud	Histiocitos espumosos infiltrado fibrinoleucocitario Vaso arterial con trombosis	GFAP (+) CD68 (+) S100 (+) CD1a (-)
CASO 3	M	51	Pseudotumor renal (HAIKY KIDNEY)	Infiltrado linfoplasmocitario infiltrado histiocitario Microvacuolados	CD68 (+) DIFUSO S100 (-) AISLADA CD1a (-) IgG4 >10%
CASO 4	F	35	• Polidactilias • tumores en tendón de Aquiles bilateral • dolor en MI • Insuf. Renal en hemodilísis (HAIKY KIDNEY)	Histiocitosis espumosa y células gigantes multinucleadas de touton.	CD68 (+) S100 (-) CD1a (-)
CASO 5	F		Nódulo mamario	Histiocitos espumosos fibrosis	CD68 (+) S100 débilmente(+) CD1a (-)
CASO 6	F		Nódulo mamario	Histiocitos espumosos e infiltrado fibrinóide	CD68 (+) S100 débilmente(+) CD1a (-)

CASO	RX	CENTELLOGRAMA	RM/PET/CT
CASO 1	Normales	Hipercaptación en humero bilateral, muñecas, rodillas, tobillos, calcia craneal y parrilla costal	NO
CASO 2	Normales	Hiperfijación metafisaria en codos, rodillas. Hiperfijación con engrosamiento en tendón distal femoral	NO
CASO 3	Normales	Hipercaptación rodillas, proximal metafisis bilateral tibia y tobillos	NO
CASO 4	Normales	Hipercaptación en pelvis y epifisis y metafisis proximal bilateral de tibia y peroneo	NO

Conclusión. El desconocimiento de esta entidad dificulta sobremanera su diagnóstico. La mayoría de los pacientes presentados tardaron años en diagnosticarse, siendo necesaria la práctica de numerosas biopsias para poder llegar al diagnóstico. En algunos casos las biopsias ya practicadas, inicialmente inespecíficas, al ser reevaluadas por los patólogos en un adecuado contexto clínico y tras los correspondientes estudios de inmunohistoquímica, permitieron alcanzar el diagnóstico correcto.

SÍNDROME ASIA SECUNDARIO A VACUNACIÓN

J Cavallasca, C Costa, MR Maliani, J Musuruana
Hospital J. B. Iturraspe, Argentina.

Introducción:

En el año 2011 Shoenfeld y cols. describieron el síndrome ASIA (Autoimmune Syndrome Induced by Adjuvants). El mismo refiere al desarrollo de manifestaciones clínicas como mialgias, artralgias, fatiga, síntomas neurológicos, entre otras; luego de la exposición a un adyuvante como por ejemplo las siliconas o el aluminio utilizado en las vacunas. Reportamos una paciente con manifestaciones autoinmunes luego de la vacunación contra hepatitis B y tétano.

Caso clínico:

Mujer de 40 años, con antecedentes de síndrome HELLP secundario a SAF en el año 2005, consultó en febrero de 2014 por artralgias y rigidez matinal de un mes de evolución. Recibió 30 días previos a la consulta el segundo refuerzo de la vacuna contra hepatitis B y la vacuna antitetánica. Luego comenzó con artralgias en hombros, articulaciones MCF de manos y MTF de pies, que no mejoraron con AINES. Refería también rigidez matinal de 20 minutos y astenia marcada. Estaba antiagregada con aspirina 100 mg/día desde su único embarazo. Al examen físico presentaba dolor a la palpación de articulaciones IFP y MCF en ambas manos, y maniobra de squeeze positiva en ambos pies. Laboratorio: hemograma, función hepática, renal, proteinograma electroforético y hormonas tiroideas normales. FAN, factor reumatoideo y anti-CCP negativos. VES: 64 mm. C3: 149 mg/dl (VN: 90-180) y C4: 5 mg/dl (VN: 20-50). Ecografía de hombros: normal, ecografía con power doppler de manos y pies: derrame en los recessos dorsales de 2 y 3 MTF bilateral y derrame articular a nivel de la 2 MCF bilateral y 3 MCF derecha. Comenzó tratamiento con prednisona 7.5 mg/día e hidroxicloroquina 200 mg/día con buena respuesta inicial. En el último control, al año, se agrega metotrexate 10mg/sem por persistencia de la sinovitis.

Conclusión:

A pesar de la baja frecuencia, la posibilidad de manifestaciones autoinmunes luego de la vacunación debe ser tenida en cuenta, ya que muchas de las manifestaciones del síndrome ASIA involucran al sistema músculo esquelético.

PASAJE PASIVO DE ANTICUERPOS ANTI HEPATITIS B A TRAVÉS DE GAMAGLOBULINA EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA. REPORTE DE DOS CASOS

C Catoggio, M Cosatti, S Marciano, CN Pisoni
Cemic, Argentina.

Introducción:

Los pacientes con hepatitis B crónica o resuelta pueden requerir profilaxis antiviral en caso de ser inmunosuprimidos. El tratamiento con gamaglobulina puede generar transferencia de anticuerpos anti hepatitis B, lo cual puede generar dificultades al momento de determinar la necesidad de tratamiento y/o profilaxis antiviral. Presentamos 2 casos de pacientes con miopatía inflamatoria con transferencia de anticuerpos anti hepatitis B.

Caso 1

Paciente de 60 años, con diagnóstico de polimiositis desde el año 2005 tratada con azatioprina, que en el año 2012 presenta reactivación de su enfermedad. La paciente se niega a recibir esteroides orales, por lo que se decide realizar pulsos de metilprednisolona, 6 pulsos de gamaglobulina mensuales y mantenimiento con micofenolato. Recibe primer pulso de gamaglobulina en noviembre 2012 y presenta aumento transitorio de transaminasas en enero (GOT 75 y GPT 80 U/L), por lo cual se solicitan serologías virales, hallándose anticuerpo anti-HBs positivo > 1000 y anti-HBc reactivo. Se solicita carga viral que fue negativa. La paciente no había presentado conductas de riesgo para contagio de hepatitis B y niega haberse vacunado. En el 2014 presenta negativización de ambos anticuerpos.

Caso 2

Paciente de 41 años con lupus eritematoso sistémico desde el año 2001. En agosto del 2013 desarrolla un cuadro de miositis con anticuerpo anti Jo-1 positivo que requiere internación. Se inician esteroides orales y se indican pulsos de gamaglobulina mensuales y mantenimiento con micofenolato. En enero 2014 se interna por un tromboembolismo de pulmón y presenta aumento de las transaminasas (GOT 480 y GPT 320 U/L). Se solicitan serologías virales presentando anti-HBc y anti-HBs (>227 UI/ml) positivos. La paciente niega haberse vacunado y presentaba serologías negativas en mayo 2013. Se interpreta como hepatitis B resuelta. Por persistencia de los síntomas musculares, en mayo 2014 comienza tratamiento con anti CD 20 por lo que se indica profilaxis con entecavir. En mayo 2015 presenta anti-HBc y anti-HBs no reactivos y carga viral indetectable.

Conclusiones:

En los pacientes presentados, la negativización de ambos anticuerpos con el paso del tiempo, demuestra que ambos fueron transferidos por la gamaglobulina. Es importante tener en cuenta esto al momento de evaluar la necesidad de profilaxis y/o tratamiento anti hepatitis B.

FASCITIS EOSINOFÍLICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

S Cuadros^{1,2}, MP Zapata^{1,2}, C Achilli^{1,2}, G Kluwak^{1,2}, C Dieguez¹, V Gilli¹, M Abdala^{1,2}
¹ Hospital Centenario de Rosario, Argentina. ² Carrera de especialización de Reumatología, UNR, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La fascitis eosinofílica es un trastorno esclerodermiforme, de etiología desconocida. Su incidencia real es desconocida.

CASO CLÍNICO: Varón de 20 años, sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos. Curso internación en otro nosocomio por edema duro en miembros superiores (de carpa a codos) y miembros inferiores (de tobillos a rodillas), de 20 días de evolución. Agrega induración en piel de tórax, abdomen y dorso, adenopatías generalizadas, móviles, indolores; hepatosplenomegalia, fiebre y pérdida de peso.

Laboratorio: anemia leve microcítica, leucocitosis con eosinofilia, Eritrosedimentación (VSG) elevada, aumento de transaminasas, LDH aumentada, marcada hipoalbuminemia. Función renal normal. Sedimento urinario sin alteraciones: Proteinuria de 24 hs negativa. Serologías virales: CMV IgM: positivo; 918, IgG: negativo. VEB VCA IgM y IgG: positivo; 62.

Monotest: negativo. Ag P24 HIV negativo, AgS VHB negativo, Anti AgS VHB positivo >100. Anticore VHB IgM e IgG negativos, AntiVHC negativo. Otros: VDRL, Chagas, Toxoplasmosis, Trichinella Spiralis, Huddleson, Reacción de Vidal negativos. ANCA P/C: negativo. Anticuerpo anti-músculo liso positivo 1/80. Anticuerpos antioctonucleares: negativos. PXE: Gammapatía oligoclonal. Parasitológico seriado: Blastocystis hominis.

TC de abdomen y pelvis: Hepatomegalia a expensas de lóbulo derecho. Esplenomegalia. Conglomerado ganglionar en cadenas ilíacas. Adenopatías en regiones inguinales e ilíacas externas. TC de tórax: Adenopatías axilares bilaterales.

Se interpretó el cuadro como síndrome mononucleosiforme por Citomegalovirus.

Por persistencia de edema e induración en piel se realizó RMI de miembros inferiores con gadolinio: que evidenció difuso engrosamiento con aumento en el brillo sugiriendo proceso inflamatorio de las fascias musculares afectando ambos miembros inferiores. Tejido celular subcutáneo edematoso en forma difusa. Sin evidencias de miositis.

Comenzó tratamiento con prednisona 30 mg/día, al alta, con mejoría de los edemas. Fue derivado a nuestro servicio para continuar estudios y tratamiento.

Un mes posterior al alta, continuaba con edema duro en miembros superiores, tórax, abdomen, dorso y miembros inferiores, respetando regiones acras y cara.

Laboratorio: anemia, eosinofilia, VSG normal, PCR aumentada. Hepatograma, función renal, hormonas tiroideas normales. PXE aumento oligoclonal de gammaglobulinas e hipoalbuminemia. Laboratorio inmunológico: FAN negativo, ENA negativo, AntiDNA negativo, FR 40, Rose Ragan negativo, C₃ 72 mg%, C₄ normal. Capilaroscopia normal.

Biopsia cutánea profunda: Engrosamiento de la fascia muscular con infiltrado inflamatorio por células plasmáticas, histiocitosis, eosinófilos, linfocitos y mastocitos. Compatible con fascitis eosinofílica. Por presentar respuesta parcial inicia Metotrexate 15mg/semanal, Ácido fólico 5mg/semanal, Colchicina 1mg/día y rehabilitación kinésica, con buena respuesta.

DISCUSIÓN: La fascitis eosinofílica, se ha asociado a múltiples factores desencadenantes, aparición tras un ejercicio físico intenso, exposición a fármacos (simvastatina, bleomicina, ramipril) y la infección por Borrelia burgdorferi. Más frecuente en varones de edad media. Se caracteriza por edema e induración de la piel debido a inflamación y esclerosis de la dermis y fascias profundas. Se acompaña de eosinofilia, aumento de VSG e hipergammaglobulinemia. La RMI muestra engrosamiento con aumento de la intensidad de señal, de la fascia muscular en secuencias T2 y STIR, así como el refuerzo tras administración de contraste. Dentro de las manifestaciones extracutáneas puede presentar artritis, artralgias con contracturas articulares y neuropatías por compresión. Sólo el 10% se asoció a enfermedades hematológicas y neoplásicas.

El diagnóstico definitivo se establece mediante biopsia profunda hasta fascia en zona afectada donde se observa engrosamiento fibroso de la fascia y un infiltrado inflamatorio con depósito de eosinófilos.

El tratamiento es a base de glucocorticoides 1 a 2 mg/kg/día y en casos resistentes, se han intentado tratamientos alternos, como metimida, metotrexato, fototermoterapia con luz ultravioleta, sin lograr, en general, un beneficio claro. En la actualidad se han reportado casos de uso de anti TNF (infliximab, etanercept), en pacientes resistentes.

Presentamos un caso de fascitis eosinofílica, entidad poco frecuente, que supone un reto diagnóstico y tratamiento, requiere de un manejo multidisciplinario.

196

PO196
0194**LENTIGINOSIS ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB**CA Asnal, P Cowan, M Oliver, I Morend, L Gilardi, D Mata
Centros Ambulatorios OSECAC. Centro Jonas Salk Sarandí. CABA, Argentina.**Introducción**

Se define lentiginosis a la presencia de máculas pigmentadas que resultan de la actividad aumentada de los melanocitos epidérmicos. Existen 2 tipos de lentigo según su forma de presentación: el lentigo simple de aparición en la infancia y el lentigo solar, fotosensible; ambos persisten en el tiempo. Los principales diagnósticos diferenciales son el lentigo maligno y el melanoma temprano. El lentigo maligno en sí mismo no es una lesión maligna; sin embargo es un signo de fotodaño que aumenta el riesgo de tumores melanoma y no melanoma.

El factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) y la interleuquina 17 (IL17) contribuyen a la hiperpigmentación postinflamatoria en pacientes psoriáticos. En forma paralela hay inhibición de la síntesis de melanina (protección contra la melanogénesis). El tratamiento con anti-TNF α permite la recuperación de la señalización de pigmentación en las zonas de placas psoriáticas. Los pacientes en tratamiento con estos fármacos biológicos presentan un 35% más de nevos.

Objetivo

Comunicar un caso clínico de un paciente con artritis psoriática y psoriasis cutánea que presentó lentigo asociado al uso de adalimumab.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 55 años de edad, residente en la provincia de Misiones, con diagnóstico de artritis psoriática de 15 años de evolución, refractario a drogas convencionales modificadoras de la enfermedad. Por actividad periférica y axial de la artritis y el extenso compromiso de piel (PASI 90) se indicó tratamiento con adalimumab. A las 4 semanas, el paciente presentaba franca mejoría en piel y articulaciones. A las 10 semanas de tratamiento se observó aparición de lesiones hiperpigmentadas menores de 5 mm de diámetro en zonas extensas de la piel en cabeza, tronco y extremidades coincidiendo con áreas de exposición solar excesiva. Estas lesiones eran pequeñas máculas hiperpigmentadas, múltiples y diseminadas en toda la piel que había sufrido lesiones previas por psoriasis y exposición solar. Se realizó el diagnóstico clínico de lentigo. Se indicó fotoprotección y humectación reiterada de la piel. Continuó el tratamiento con metotrexato y adalimumab.

Discusión

El lentigo simple y el lentigo solar son una afección benigna de la piel. En su evolución natural, las lesiones hiperpigmentadas de la piel persisten aun suspendida la fotoexposición y debe recurrirse a tratamientos locales dermatológicos para su desaparición.

Se han reportado casos de pacientes que presentan lentigo en las zonas donde antes habían estado las placas de psoriasis. Los informes describen tratamiento con diferentes anti-TNF α (infliximab, etanercept, adalimumab). En este caso particular de un paciente acostumbrado a la fotoexposición solar en forma persistente, las lesiones aparecieron por primera vez ante la exposición solar y coincidiendo con el inicio del tratamiento con adalimumab. Es de particular interés que las lesiones retrocedieron pese a no suspender el anti-TNF α , sólo con medidas de fotoprotección y tratamiento humectante de la piel.

Conclusión

La presentación de este evento adverso es poco frecuente y su evolución permite continuar el tratamiento indicado al paciente

197

PO197
0202**COMPROMISO MAMARIO EN ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER**C Drago, S Paira, N Migliore, M Eietti, A Ortiz, S Roverano
Hospital José María Cullen, Argentina.**Introducción**

La enfermedad de Erdheim Chester es una histiocitosis de células no Langerhans caracterizada por infiltración de tejidos por histiocitos espumosos asociados con células gigantes de tipo Touton e infiltrado linfocítico.

El compromiso extra óseo ocurre aproximadamente en el 50 % de los pacientes y compromete mayormente ojos, pulmón, glándula pituitaria, riñón, retroperitoneo, hígado, bazo, sistema nervioso central, piel y corazón. El compromiso mamario ha sido raramente descrito.

Existen diversas enfermedades que pueden cursar con mastitis como única manifestación o formando parte de otros síntomas, entre las que se encuentran la vasculitis de órgano aislado, enfermedad por IgG4 y enfermedad por Rosai Dorfman. Entre los diagnósticos diferenciales sobre la histología se incluye necrosis grasa, paniculitis lúpica (mastitis profunda), otras lesiones histiocíticas incluyendo Histiocitosis de Langerhans y enfermedad por Rosai Dorfman (Histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva) y carcinoma lobular mamario.

Objetivo

Presentar dos casos de EED (enfermedad de Erdheim Chester) inicialmente diagnosticados como mastitis granulomatosa.

Caso 1

Mujer de 38 años sin antecedentes patológicos, consulta por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por dolor, eritema y tumefacción en cuadrante supero externo de la mama izquierda (hora 10-12).

Se realiza la primera punción biopsica que informó: Parénquima mamario con ectasia ductal, intenso infiltrado mono y polimorfonuclear con células gigantes multinucleadas y aislados granulomas (diagnóstico: Mastitis granulomatosa).

Por falta de mejoría se realiza una segunda biopsia donde se evidenció: Unidades ductolobulillares mamarias envueltas en abundante y anormal reacción inflamatoria, evidencia de infiltrado linfoplasmatocitario y eosinófilos. Vaso mamario con fibrosis concéntrica e infiltrado linfoplasmatocitario.

Se le otorga el alta hospitalaria, sin evidencia actual de recurrencia del cuadro.

Caso 2

Mujer de 32 años, menopáusica (histerectomizada por lesión intraepitelial de alto grado) que consulta por nódulo doloroso en mama izquierda que no responde a tratamiento ambulatorio con antibióticos.

Presentaba lesión eritematosa de 4 por 3 centímetros (hora 8-9), con nódulo de consistencia dura y móvil.

Se drenó la lesión interpretada como absceso mamario y se inició tratamiento antibiótico.

La punción biopsica informó parénquima mamario con un intenso componente inflamatorio linfohistiocitario, con presencia de eosinófilos, escasas células plasmáticas y células gigantes multinucleadas.

Revisando de manera retrospectiva los casos interpretados como mastitis granulomatosa la anatomía patológica reveló histiocitos espumosos de células no Langerhans asociados con células gigantes de Touton, e infiltrado linfocito mixto, se realizó inmunomarcación para IgG4 la cual dio negativa, los histiocitos presentaron tinción positiva para CD68 y negativos para S-100 y CD1a realizándose el diagnóstico de enfermedad de Erdheim Chester.

Discusión

La mastitis granulomatosa idiopática o lobulillitis granulomatosa es un proceso inflamatorio crónico de la mama descrito por primera vez en 1972 por Kessler y Wollock. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de granulomas no caseosos, pequeños abscesos e inflamación lobulillar con la presencia de neutrófilos, células gigantes, células epitelioides y células plasmáticas.

Ante el diagnóstico de mastitis granulomatosa otros diagnósticos deben tenerse en cuenta como EED, enfermedad por IgG4, la vasculitis de órgano aislado y enfermedad de Rosai Dorfman a fin de evitar retraso en el diagnóstico y eventual tratamiento.

198

PO198
0250**NEUMONIA INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD INDIFFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO. ¿UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO?**A Brigante, H Karlen, DV Yucra Bobarin, A Hamauí, M Heres, J Hogrefe, S Quadrelli, D Dubinsky
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introducción: Las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) pueden desarrollarse en cualquier enfermedad definida del tejido conectivo (ETC). En la última década ha sido descrito un grupo de pacientes con EPID, asociados a manifestaciones clínicas o serológicas de enfermedad autoinmune pero que no cumplen criterios de clasificación para una ETC. Este grupo de pacientes es definido como enfermedad pulmonar intersticial asociada a eventos autoinmunes (IPAF).

Caso clínico: Paciente masculino, 56 años, tabaquista (20p/año), HTA, DBT. Consulta por tos seca, disnea de reposo, astenia y pérdida de peso de 6 meses de evolución, asociado a poliartalgias con rigidez matinal de 2 hrs, mialgias y astenia. Refiere fenómeno de Raynaud y boca seca. Al examen físico presenta rales crepitantes tipo velcro bibasales, Sat. O₂ 93% (0,21), dedos en palillos de tambor, compresión dolorosa articular, sin artritis. Laboratorio: ESD 120 mm, PCR 26, hiperгамaglobulinemia, FAN 1/640 moteado, Ro(-), La(-) Sm(-), RNP(-), Scl70(-), Centrómero(-), Jo1(-), enzimas musculares normales, FR y CCP (-). Test de Schirmer normal. Capilaroscopia normal. En el examen funcional respiratorio (EFR) presenta patrón restrictivo con descenso de la DLCO (%) y caída en la Sat.O₂ en la prueba de caminata de 6 minutos (Tabla 1). La TCAR de tórax muestra patrón de Neumonía intersticial usual (NIU) probable. Es evaluado en equipo multidisciplinario. Con diagnóstico de IPAF comienza tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

Discusión: Alguna manifestación de ETC puede detectarse en 15% de pacientes con un cuadro de EPID. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Puede existir demora en el diagnóstico de IPAF ya que la enfermedad pulmonar puede preceder el inicio de síntomas autoinmunes durante meses o años, presentar síntomas extrapulmonares poco relevantes para el paciente en relación a la disnea o porque algunos autoanticuerpos relacionados con la presencia de EPID no se solicitan en forma sistemática o no están disponibles en la práctica diaria (algunas antisintetases). Se recomienda realizar sistemáticamente la evaluación clínica y serológica para ETC en todos los pacientes con EPID aun en ausencia de un cuadro evidente de ETC. Si bien se organizaron los criterios para definir los pacientes con IPAF, continúa siendo un desafío diagnóstico, que debe involucrar un grupo multidisciplinario entre neumonólogos, radiólogos y reumatólogos, debido a que el manejo terapéutico y el impacto en la sobrevida son diferentes de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. La anamnesis dirigida y un exhaustivo examen físico, así como las pruebas serológicas establecidas, permiten caracterizar esta entidad. Aun queda por dilucidar cuál es la mejor estrategia terapéutica en el grupo de pacientes con IPAF.

Tabla 1. Examen funcional respiratorio y prueba de caminata de 6

FEV1/FVC	0.93		Sat. O ₂ inicial	93%
FVC	1.76 L	40%	Sat. O ₂ final	87%
FEV1	1.6 L	49%	Distancia recorrida	336 mts (57%)
TLC	4.42 L	71%	BORG	4
DLCOcor	6.09	19%		