

# 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 Alvarellós  
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](http://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
Gonzáles, 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 Gonzáles, 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









**13** 0013  
0209  
**LA MEDICIÓN TRADICIONAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SUBESTIMA EL RIESGO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
T Cazenave, N Zamora, G Citera, MG Rosemfield  
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

**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 ateroesclerosis subclínica en la evaluación US carotídea. La gran mayoría de los pacientes de más de 53.5 años presentaron lesiones de alto riesgo.

**14** 0014  
0017  
**GLOMERULONEFRITIS PAUCI-IMMUNE ASOCIADA A ANCA: ¿SIEMPRE PAUCI-IMMUNE?**  
V Scaglioni<sup>1</sup>, M Scolnik<sup>1</sup>, LJ Catoggio<sup>1</sup>, CF Varela<sup>1</sup>, G Greloni<sup>1</sup>, SB Christiansen<sup>1</sup>, ER Soriano<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sección Nefrología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> 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)	0.26
Mujeres, n (%)	29 (72.5)	10 (76.2)	0.75
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)	0.69
Compromiso extra-renal: n, (%)	19 (48.7)	7 (50)	0.93
Proteinuria, media g/24 h, (DS)	0.8 (7.6)	1.6 (10.7)	0.0036
Remisión luego del tratamiento de inducción: n (%)	25 (74.2)	11 (88.7)	0.68

**15** 0015  
0242  
**UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA: RESULTADO EN 85 PACIENTES**  
LS Galvani<sup>1</sup>, JL Moreno<sup>1</sup>, RA Pardo Hidalgo<sup>1</sup>, G Peñaforat<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> CER San Juan, Argentina. <sup>2</sup> 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

**0016**  
**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), diámetro (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 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%), hidroxiquinolina (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:0.0010; 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.



# 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







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 Casparulo<sup>1</sup>, A Spindler<sup>2</sup>, C Graf<sup>3</sup>, R Quintana<sup>4</sup>, R Paniego<sup>5</sup>, G Rausch<sup>6</sup>, A Alvarez<sup>7</sup>, C Gomez<sup>8</sup>, H Figueroa<sup>9</sup>, C Pison<sup>10</sup>, A Longo<sup>11</sup>, C Battagliotti<sup>12</sup>, A Alilevi<sup>13</sup>, A Kostianovsky<sup>14</sup>, D Dubinsky<sup>15</sup>, MM Schmid<sup>16</sup>, MJ Santa Cruz<sup>17</sup>, S Papasidero<sup>18</sup>, A Arturi<sup>19</sup>, V Martire<sup>20</sup>, S Roverano<sup>21</sup>, A D'Amico<sup>22</sup>, G Gomez<sup>23</sup>, J Sarano<sup>24</sup>, V Collado<sup>25</sup>, J Marin<sup>26</sup>, S Gordon<sup>27</sup>, ME Bedoya<sup>28</sup>, P Finucci Curi<sup>29</sup>, C Rivelli<sup>30</sup>, M Cousseau<sup>31</sup>, O Rillo<sup>32</sup>, D Perera<sup>33</sup>, G Pendon<sup>34</sup>, G Pendon<sup>35</sup>, R Baez<sup>36</sup>, K Kirmay<sup>37</sup>, A Cogo<sup>38</sup>, M Rivero<sup>39</sup>, J Romero<sup>40</sup>, Z Bedran<sup>41</sup>, U Paris<sup>42</sup>, M Machado Escobar<sup>43</sup>, C Zamparo<sup>44</sup>, V Bellomo<sup>45</sup>, M Pérez de Ballent<sup>46</sup>, MS Perez Rodriguez<sup>47</sup>, R Maldonado Aguila<sup>48</sup>, M Pera<sup>49</sup>, V Arturi<sup>50</sup>, GN Rodriguez<sup>51</sup>, B Pons Estel<sup>52</sup>, M Garcia<sup>53</sup>

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

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudiaron pacientes con diagnóstico de SAF 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 SAF 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 SAF 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 SAF y 7% en controles cumplieron criterios de SM acorde a ATP III ( $p=0.003$ ), 46.5% de los pacientes con SAF y 14.3% en controles acorde a la OMS ( $p=0.002$ ), y 44.2% en pacientes con SAF y 14% en grupo control acorde a IDF ( $p=0.004$ ).

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









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 (GPEA), 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
- GPEA	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)			
-Métildprednisolona 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
-Dilísis 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 dilísis en 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 proleiforme, 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 RADIIOLÓGICOS**  
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 cervicocraneal 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, sacroilíacas 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%, espondilítica 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.





**UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL CARPO Y DEL SEXTO COMPARTIMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**MP Kohan<sup>1</sup>, T Cazenave<sup>2</sup>, F Dalpra<sup>2</sup>, G Citera<sup>2</sup>, EE Schneeberger<sup>2</sup>, M Rosemffet<sup>2</sup><sup>1</sup> Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, Argentina. <sup>2</sup> 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 dificultoso 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 Chi<sup>2</sup>, 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.

**CORRELACIÓN CLÍNICA DE RAPID 3 CON UN SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA**M Macías<sup>1,2</sup>, C Farfán<sup>1,2</sup>, A Burkett<sup>1,2</sup>, S Hamdani<sup>1,2</sup>, A Granda<sup>1,2</sup>, S Visentini<sup>1</sup>, G Pacheco<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Carlos G Durand, Argentina. <sup>2</sup> 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, correlaciono 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.

**MARCADORES SUBCLÍNICOS DE ATROSCLEROSIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS TEMPRANA**P Asbert<sup>1</sup>, C Gobbi<sup>1</sup>, 2, P Alba<sup>1</sup>, J Resk<sup>3</sup>, E Cuvertino<sup>3</sup>, P Astesana<sup>1</sup>, G Dotta<sup>4</sup>, M Demarchi<sup>4</sup>, D Salica<sup>2</sup>, E Albiero<sup>1</sup>, F Martínez<sup>2</sup>

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).<sup>1-4</sup> Mientras varios estudios han demostrado aterosclerosis subclínica con incremento del espesor íntima media carotídeo (cIMT) o la presencia de placas ateroscleróticas carotídeas<sup>4-6</sup>, solo pocos estudios han examinado el cIMT o placas en artritis reumatoide temprana<sup>7</sup>, 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 ± 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 ± 0,10 mm vs 0,58 ± 0,15 mm, respectivamente, P = 0,82) y valores de cIMT BC (0,67 ± 0,18mm vs 0,62 ± 0,15 mm respectivamente, P=0,47). Ningún paciente demostró placas carotídeas. El promedio de colesterol total fue 188,6±57,1 vs 195,33±42,7 (p=0,59); triglicéridos 112, 6± 56,1 vs 109,5± 60 (p=0,83); HDL 56,2±12,3 vs 56,23± 13,3 (p=0,92) and LDL 107, 1±34,9 vs 118,46±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.

**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 afección 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 <sub>s</sub>	HAQ-A r <sub>s</sub>
DAS28	0,59	0,58
CDAI	0,66	0,60
SDAI	0,61	0,62
IAS	0,68	0,61

rs = 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 DISMINUIE 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 reumatoide 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=0,006 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, S Scarafía  
1 Instituto de Asistencia Reumatológica Integral, Argentina. 2 Facultad de Odontología-UAI, 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.

**Materiales 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 (Caridad, Perdidos, Obstruidos). 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 Morales<sup>1</sup>, NR Benzaquen<sup>2</sup>, AM Bertolli<sup>1</sup>, MT Apa<sup>1</sup>, F Caeiro<sup>2</sup>, JP Pirola<sup>2</sup>, M Sanchez Freytes<sup>1</sup>, V Saurit<sup>2</sup>  
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	t	IC 95%	p
<b>Análisis univariado</b>				
VSG	-0,14	-2,35	(-0,23 -0,21)	0,02
<b>Análisis multivariado</b>				
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 hiperglicemia	0,29	1,24	(-1,74-11,93)	0,11
Dosis de glucocorticoides	0,08	1,37	(-0,41-2,51)	0,17
Uso de DME* biológicos	0,003	0,05	(-4,93 5,23)	0,95

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

\*Drogas modificadoras de la enfermedad.

## 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.











64

PO064  
0173**ROL DE ESTATINAS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**P Asteasana<sup>1</sup>, P Alba<sup>2</sup>, C Gobbi<sup>1</sup>, AR Fernandez<sup>2</sup>, E Albiero<sup>2</sup>, MA Yorio<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Sanatorio Allende, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Córdoba Catedra Medicina I UNC, Argentina. <sup>3</sup> 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<sup>1,2</sup>, LR Brun<sup>1</sup>, G Berbotto<sup>3</sup>, L Berbotto<sup>3</sup>, M Palatnik<sup>1</sup>, A Sanchez<sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Centro de Reumatología, Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Laboratorio de Biología Ósea, Fac. Cs. Médica UNRosario. <sup>3</sup> Centro de Endocrinología, Rosario, Argentina. <sup>4</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Escuela Eva Perón, Baigorria, Argentina. <sup>5</sup> 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 Intriago<sup>1</sup>, C Ríos<sup>1</sup>, L Moreno<sup>2</sup>, C Aguirre<sup>1</sup>, J Cárdenas<sup>1</sup>, G Maldonado<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Universidad Espíritu Santo, Ecuador. <sup>2</sup> 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 Aguirre<sup>1</sup>, J Cárdenas<sup>1</sup>, M Intriago<sup>1</sup>, G Maldonado<sup>1</sup>, C Ferro<sup>1</sup>, L Moreno<sup>2</sup>, C Ríos<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Universidad Espíritu Santo, Ecuador. <sup>2</sup> 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.



















100

28-9-2015
08:30 - 19:30
Posters
"Espodilitis"
Salones Columnas del Atlántico y Columnas del Boulevard

PO100
0227
DESEMPEÑO DE UN NUEVO ÍNDICE DE MOVILIDAD ESPINAL PARA PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS AXIAL
GV 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 Espodiartritis axial (EsPax). Este índice incluye 5 medidas [rotación cervical (RC) por goniometría, distancia trago-pared (TP), Schober modificado (mSch), flexión lumbar lateral (FL) y distancia intermaleolar (DIM)]. El EDASMI (Edmonton Ankylosing Spondylitis Metrology Index) es otro índice de movilidad axial 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).

101

PO101
0228
INFLUENCIA DEL DAÑO RADIOLÓGICO EN EL RESULTADO DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA DE LA COLUMNA LUMBAR EN PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS 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 Espodiartritis 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 ultradistal (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. 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-TNFα. 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 ± 0.23 y 2.67 ± 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.

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 TEMPRANA
MI Stančić, 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 <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 Anticitulina (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±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±1,37 y de EVA 65,77±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 gr/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 REGOCIDA DE DATOS DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS NO BIOLÓGICAS (REPIS 1482)
MC Taboada, MV Gazzoni, MI Stančić, 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, hidrocloquirina en 72, leflunomida en 51, azatioprina en 20, sulfasalazina en 17 y micofenolato mofetil en 1 paciente. 189 pacientes recibieron combinación de fármacos, siendo metotrexato e hidrocloquirina 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, hidrocloquirina 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 inmunoregadores 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 Conte<sup>1</sup>, B Kisliuk<sup>1</sup>, ME Sattler<sup>1</sup>, JC Raggio<sup>1,2</sup>, GA Berbotto<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> 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 Conte<sup>1</sup>, ME Sattler<sup>1</sup>, B Kisliuk<sup>1</sup>, JC Raggio<sup>1,2</sup>, GA Berbotto<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> 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 Canelones 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, poliangiitis 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).







**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 (RI= 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(RI=6,75)	9,5(RI=9,75)	0,68
Edad en años (media)	53,28 (SD=12,67)	57,04(SD=11,83)	0,13
DAS28 (mediana)	3,71 (RI=2,01)	3,37 (RI=2,17)	0,45
HAQ (mediana)	0,69 (RI=1,38)	0,62 (RI=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 Maldonado<sup>1</sup>, C Gobbi<sup>1</sup>, P Alba<sup>1</sup>, D Alessio<sup>1</sup>, C Otaduy<sup>1</sup>, C Maldini<sup>1</sup>, M Demarchi<sup>2</sup>, B Helain<sup>3</sup>, M Bornancini<sup>4</sup>, M Castrillon<sup>5</sup>, G Dotto<sup>2</sup>, E Albiero<sup>1</sup>, M Yorio<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba, UNC, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Laboratorio, Hospital Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Radiología, Hospital Córdoba, Argentina. <sup>4</sup> Cátedra de Medicina II, Hospital Córdoba, UNC, Argentina. <sup>5</sup> 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, nodular, 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 citrulinado 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 prótesis 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 Intriago<sup>1</sup>, C Ríos<sup>1</sup>, G Maldonado<sup>2</sup>, C Ferro<sup>1</sup>, J Cárdenas<sup>2</sup>, C Aguirre<sup>2</sup>, C Paredes<sup>2</sup>, V Avila<sup>2</sup>, R López<sup>2</sup>, J Martínez<sup>2</sup>, N Córdova<sup>2</sup>, M Moreno<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Centro de Reumatología y Rehabilitación, Ecuador. <sup>2</sup> Universidad Espíritu Santo, Ecuador. <sup>3</sup> Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. <sup>4</sup> 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 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.

**122** PO122  
0159  
**SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR PRIMERA VEZ A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**  
C Trofilito, 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 cronificación 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 analógica (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 tiene 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 clasifica 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 multivariado 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.

**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, 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.

**123** PO123  
0081  
**RECURSOS EN REUMATOLOGÍA EN EL DISTRITO V DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**  
NL Fara<sup>1</sup>, G Sequeira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Instituto Médico de la Comunidad, Argentina. <sup>2</sup> 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.



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 SANA**J Cárdenas<sup>1</sup>, G Maldonado<sup>1</sup>, C Ferro<sup>2</sup>, K Ríos<sup>1</sup>, C Ríos<sup>3</sup><sup>1</sup> Universidad Espíritu Santo, Ecuador. <sup>2</sup> Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. <sup>3</sup> 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 ORGÁNICOS**D Carbonell<sup>1</sup>, G Maldonado<sup>1</sup>, C Ferro<sup>2</sup>, C Ríos<sup>3</sup><sup>1</sup> Universidad Espíritu Santo, Ecuador. <sup>2</sup> Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. <sup>3</sup> 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, arborizados, 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 Roverano<sup>1</sup>, D Fioretti<sup>2</sup>, H Ortega<sup>3</sup>, J Gallo<sup>3</sup>, M Cibils<sup>3</sup>, J Vicario<sup>3</sup>, S Paira<sup>1</sup><sup>1</sup> Hospital José María Cullen, Argentina. <sup>2</sup> Deport Med, Argentina. <sup>3</sup> Facultad Veterinaria (UNL), Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Garay, Argentina. <sup>5</sup> 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 bosentan, 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.











148

PO148  
0176**LESIONES CUTÁNEAS NECRÓTICAS REFRACTARIAS A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS**R Jurado, M Palombo, M 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 secado; 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, parestesia 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 Kisliuk<sup>1</sup>, MS Conte<sup>1</sup>, ME Sattler<sup>1</sup>, R Theaux<sup>2</sup>, JC Raggio<sup>3</sup>, GA Berbotto<sup>1,3</sup><sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina. <sup>2</sup> Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. <sup>3</sup> 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 mioglobinuria por lo que se decide su internación. La electromiografía muestra un patrón miopático. 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 mioglobinuria. 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 mioglobinuria. 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 CLÍNICO**J 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.





**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 (Carpo, 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 miositis.  
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 gastrocnemio: miositis 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 presenta un caso de PAN que debuta como forma inusual con dolor en pantorrillas por miositis 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 miositis 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 Zalazar<sup>1</sup>, L Vargas<sup>2</sup>, OL Rillo<sup>3</sup>, SB Papisidero<sup>4</sup>, MM Mayer<sup>5</sup>, JC Barreira<sup>6</sup>  
<sup>1</sup> Hospital General De Agudos Dr. I Pirovano, Argentina. <sup>2</sup> Hospital General De Agudos Dr. E Tornú, Argentina. <sup>3</sup> 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 auricular, 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 antibioticoterapia 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 TAKAYASA. 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 Takayasa (AT) es una vasculitis crónica granulomatosa, idiopática, de las grandes arterias que afecta la aorta y sus ramas principales. Existen pocos casos descriptos 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 carotídeo 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-ischémica 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 Gerling<sup>1</sup>, T Grosello<sup>1</sup>, C Iturralde<sup>1</sup>, S Gordon<sup>1</sup>, J Yauri<sup>1</sup>, L Marcotrigiano<sup>2</sup>, H Scherbarth<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Unidad Reumatológica y Enf. Autoinmunes H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Clínica Médica H.I.G.A. Dr. Alende Mar del Plata, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**  
La granulomatosis linfomatoide, 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 MMII), adenopatía axilar derecha. En laboratorio se constata anemia N.N., hypo-proteinemia con hypo-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 hypo-ventilación y malizaje en 1/3 inferior de hemitórax izquierdo compromiso senos paranasales y tabique con abundantes secreciones y lesiones costrosas, amplias lesiones linfoedemas 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 torax (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 linfoedema) 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 linfomatoide 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 Granulomatosa (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 ONCOLÓGICOS**  
YS Ameruso, GS Kondratuk, A Pringe, M 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 ajusta 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 neutrofilos, 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 Bifenoטיפtica.

**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 Sabando<sup>1</sup>, YS Ameruso<sup>1</sup>, GS Kondratuk<sup>1</sup>, A Pringe<sup>1</sup>, M Brusco<sup>1</sup>, R Cuticua<sup>1</sup>, C Canteros<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina. <sup>2</sup> 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, artralgias 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 livedoreticularis. Se indicó sildenafil, nifedipina, pulsos de esteroides, analgésicos, incluyendo opioides para manejo del dolor e inicio nitroprusiato 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 PROPOSITO DE UN CASO**M Etcheverry, YS Ameruso, A Pringe, MI Brusco, R Cuttica  
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 Cúerdicas:** edema de distribución difusa y simétrica que compromete el sector proximal de ambos músculos, se observa mayor compromiso en la cara anterior de ambos músculos 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, Seriada Esófagoesroduodenal, 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 desplazmatizados, 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 Cuttica  
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 metilprednisolona 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 hipercrómicas residuales en muslos, livedo reticularis, nódulos subcutáneos disminuidos de tamaño en ambos miembros, no dolorosos con leve eritema. Había reiniciado 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.

Tenía 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 Rio<sup>1</sup>, D Del Rio<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> HOSPITAL RAUL F LARCADE SAN MIGUEL PROV BUENOS AIRES, Argentina. <sup>2</sup> 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, ocupioco 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 15días. 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 Peluzzoni<sup>1</sup>, JP Vinicki<sup>1</sup>, AF González<sup>2</sup>, G Aguilar<sup>2</sup>, G Medina<sup>1</sup>, G Nassvetter<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> 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 mm<sup>1</sup>/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 mm<sup>1</sup>/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 (epifitsitis) 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 mostraron 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.

PO172  
0098  
**INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE ESPONDILIOARTROPATÍA 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 sacroileítis 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 Mennell 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 sacroiliaco 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 sacroileítis 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 sacroileítis en un mismo paciente.

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 Albierto, C Gobbi, P Astesana, M Gottero, R Ferreyra Dillon, E Albierto  
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), Ácido fólico (AF) 10mg/sem y Prednisona 5mg/día. Desarrolla cefalea retrocular, parálisis facial periférica, hemicipiasis/hemiparálisis MMSS izquierdo, artralgias difusas. Al examen tenosinovitis muñeca derecha, hemicipiasis 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: Histoplama-, 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, Zihel 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. Fenoitona luego Levetilacetam y Carbamazepina. EEG con patrón difuso. IRM cerebral con gadolinio leptomeníngeo focalizada derecha sin trombosis, FLAIR borramiento de los espacios aracnoideos, 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 micídios. 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 hemocránea, 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, Histoplama, 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 la lesión cerebral. 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.

PO173  
0155  
**RHIZOBIUM RADIOBACTER EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADO CON INFLIXIMAB**  
E Castell<sup>1</sup>, M Marban<sup>1</sup>, C Urquiola<sup>1</sup>, G Rodríguez Gil<sup>1</sup>, F Zazetti<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero" - Bahía Blanca, Argentina. <sup>2</sup> 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.

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 hidroxidioriquina 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 deseso 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), CÖPROPÖRFIRINAS 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.







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 metoprolol 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. Laboratorio: Hto 38 %, Hb 11,9 g/dl, GB 14.000 mm<sup>3</sup>, (N 69 L21 E1 M9) PlaQ 554.000 mm<sup>3</sup>, 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 Infiamación 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/mm<sup>3</sup>, 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<sup>o</sup> 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.



## ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER

JR Gallo<sup>1</sup>, A Ortiz<sup>2</sup>, N Migliore<sup>3</sup>, M Eletti<sup>4</sup>, L Daluro<sup>5</sup>, GL Godoy<sup>1</sup>, SO Paira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Central de Reconquista, Olga Stucky de Rizzi<sup>2</sup>, Argentina. <sup>3</sup> Sección Reumatología-Hospital JM Cullen-Santa Fe, Argentina. <sup>4</sup> Servicio anatomía Patológica-Hospital Italiano- Bs As4, Argentina. <sup>5</sup> 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
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 (-)
2	F	30	• tumor cerebral • dolor en MS y MI • r-Raynaud	Histiocitos espumosos infiltrado fibrinoleucocitario Vaso arterial con trombosis	GFAP (+) CD68 (+) S100 (+) CD1a (-)
3	M	51	Pseudotumor renal (HAIKY KIDNEY)	Infiltrado linfoplasmocitario infiltrado histiocitario Microvacuolados	CD68 (+) DIFUSO S100 (-) AISLADA CD1a (-) IgG4 >10%
4	F	35	• Polidactilias • tumores en tendón de Aquiles bilateral • dolor en MI • Insuf. Renal en hemodiliasis (HAIKY KIDNEY)	Histiocitosis espumosa y células gigantes multinucleadas de touton.	CD68 (+) S100 (-) CD1a (-)
5	F		Nódulo mamario	Histiocitos espumosos fibrosis	CD68 (+) S100 débilmente(+) CD1a (-)
6	F		Nódulo mamario	Histiocitos espumosos e infiltrado fibrinótico	CD68 (+) S100 débilmente(+) CD1a (-)

CASO	RX	CENTELLOGRAMA	RM/PET/CT
1	CASO Normales	Hipercaptación en humero bilateral, muñecas, rodillas, tobillos, calcia craneal y parrilla costal	NO
2	CASO Normales	Hiperfijación metafisaria en codos, rodillas. Hiperfijación con engrosamiento en tendón distal femoral	NO
3	CASO Normales	Hipercaptación rodillas, proximal metafisis bilateral tibia y tobillos	NO
4	CASO Normales	Hipercaptación en pelvis y epifisis y metafisis proximal bilateral de tibia y perone	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 reumatoide 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<sup>1,2</sup>, MP Zapata<sup>1,2</sup>, C Achilli<sup>1,2</sup>, G Kluwak<sup>1,2</sup>, C Dieguez<sup>1</sup>, V Gilli<sup>1</sup>, M Abdala<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Centenario de Rosario, Argentina. <sup>2</sup> 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, C<sub>3</sub> 72 mg%, C<sub>4</sub> 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, fototerapia 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 $\alpha$ ) 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 $\alpha$  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 $\alpha$  (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 $\alpha$ , 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 linfoplasmoctario y eosinófilos. Vaso mamario con fibrosis concéntrica e infiltrado linfoplasmoctario.

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 epiteloides 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. O<sub>2</sub> 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.O<sub>2</sub> 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 <sub>2</sub> inicial	93%
FVC	1.76 L	40%	Sat. O <sub>2</sub> final	87%
FEV1	1.6 L	49%	Distancia recorrida	336 mts (57%)
TLC	4.42 L	71%	BORG	4
DLCOcor	6.09	19%		