

# 49° Congreso Argentino de Reumatología

---

19 al 22 de octubre de 2016

Hotel Intercontinental – Mendoza – 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  
Dra. Ingrid Petkovic  
Dr. Gustavo Casado  
Dra. María Celina de la Vega  
Dr. Javier Rosa

**Vocales Suplentes**

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

**Revisores de cuentas**

Dra. Nora Aste  
Dra. Mónica Díaz

**Comité Organizador  
del Congreso**

**Presidente**

Dra. Alejandra Babini

**Presidente pasado**

Dr. Gustavo Citera

**Vicepresidente Primero**

Dr. Enrique R. Soriano

**Vicepresidente Segundo**

Dra. Emma Civit

**Secretario**

Dr. Cesar E. Graf

**Tesorero**

Dr. Oscar L. Rillo

**Presidente Comité Científico**

Dra. Mercedes A. García

**Comité Científico**

Dr. Adrián Salas  
Dra. Anastasia Secco  
Dra. Diana Dubinsky  
Dra. Graciela Espada  
Dr. Eduardo Scheines  
Dra. Fabiana Montoya  
Dra. Florencia Marengo  
Dra. Graciela Espada  
Dr. Javier Rosa  
Dra. Judith Sarano  
Dr. Marcos Rosemffet  
Dra. Marina Scolnik  
Dra. Mónica Sacnún  
Dra. Paula Alba  
Dra. Silvia Papisidero  
Dra. Verónica Bellomio  
Dra. Verónica Saurit

**Comisión  
de Organización Interna**

Dra. Emma Civit  
Dra. Alicia Munarriz  
Dra. Ana Curti  
Dr. Alfredo Borgia  
Dr. Cristian Moreno  
Dr. Pardo Hidalgo  
Dr. Oscar Ruiz Sarmiento  
Dra. Laura Galván  
Dr. Carlos Wiederhold  
Dr. Rodrigo Blas  
Dr. Gustavo Roselli  
Dra. Ingrid Petkovic  
Dra. María Elena Gallo  
Dr. Isidro Cuello  
Dra. Cecilia Castel  
Dra. Belén Videla

**Comité de Prensa y Difusión**

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

**Comité de  
Relaciones Internacionales**

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

---

Publicación trimestral  
© **NoveltyMed® 2016**

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  
**NoveltyMed®**  
**GROBER SRL**

Director: Máximo Oberländer  
Director: Andres Martín Groiso  
Arenales 2245 1° (1124) C.A.B.A.  
Buenos Aires  
Tel/Fax (54 11) 4827-1592  
E-mail: [info@noveltymed.com](mailto:info@noveltymed.com)



[www.noveltymed.com](http://www.noveltymed.com)

## [carta de bienvenida]

Estimados Colegas, es un placer invitarlos a participar en el *49° CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGIA y el 4° CONGRESO DE PACIENTES*, que tendrá lugar del 19 al 22 de Octubre en la ciudad de Mendoza, no solo reconocida por su belleza sino también por ser representativa tanto de la diversidad cultural como del conocimiento.

El Comité Organizador y el Comité Científico del Congreso han desempeñado una intensa tarea, consiguiendo de este modo diseñar un programa sólido, que cuenta con calificados invitados extranjeros y nacionales, los cuales tratarán temáticas que abarcan todas las ramas de nuestra especialidad y con los que intentaremos, no solo abordar los temas más novedosos de la especialidad, sino también actualizar temas clásicos y debatir sobre las controversias que siguen existiendo pese a los importantes avances que se suceden día a día. Este es el evento central de la Reumatología Argentina y deseamos les sea grato desde lo médico como también desde lo social, ya que serán días de encuentro para todos en el marco de la hermosa ciudad de Mendoza.

Espero tener la oportunidad de saludarlos individualmente y poder así compartir con ustedes impresiones científicas y personales.

Dra. Alejandra Babini  
*Presidente del Congreso*

## Becas SAR ACR 2016

- 1- Dra. Brance, Lorena  
*"Evaluation of 25-Hydroxyvitamin D Levels in Rheumatologic Diseases"*  
 Centro de Reumatología. Rosario. Santa Fe  
 CONICET. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Rosario. Santa Fe
- 2- Dra. Demarchi, Julia  
*"Primary Sjögren's Syndrome: Extraglandular Manifestations and Hydroxychloroquine Therapy"*  
 Unidad Académica Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú  
 Facultad de Medicina (UBA)
- 3- Dr. Brom, Martín  
*"Clinical Description of Patients with Cytoplasmic Discrete Speckles on Indirect Immunofluorescence on HEp-2 Cells in a University Hospital"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 4- Dr. Martínez Pérez, Maximiliano  
*"Incidence and Prevalence of Polymyalgia Rheumatic and Giant Cell Arteritis: A 15-Year Study in a Health Care Management Organization"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 5- Dr. Pirola, Juan Pablo  
*"Herpes Zoster Virus Infection in Patients Treated with Biological Therapies (BIOBADASAR)"*  
 Hospital Privado Centro Médico de Córdoba
- 6- Dra. Mollerach, Florencia B.  
*"Risk for Cardiovascular Disease in Giant Cell Arteritis and Polymyalgia Rheumatica"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 7- Dr. Bennasar, Guillermo  
*"Adherence to Drug Therapy in Patients with Fibromyalgia"*  
 Hospital Rivadavia de Buenos Aires
- 8- Dra. Gallino Yanzi, Josefina  
*"Validación del índice compuesto dapsa (disease activity for psoriatic arthritis) en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica en Argentina y determinación de sus valores de corte"*  
 IREP
- 9- Dra. Lizarraga, Ana  
*"Validation of the Flare Questionnaire for a detection of a disease flare in Rheumatoid Arthritis"*  
 IREP
- 10- Zaffarana, Cecilia Andrea  
*"Prevalence of Obesity in Patients with Psoriatic Arthritis and Its Impact on the Severity of the Disease"*  
 IREP
- 11- Dr. Vergara, Facundo  
*"Utility of Power Doppler Ultrasound-Detected Synovitis for the Prediction of Short Term Flare in Rheumatoid Arthritis Patients in Clinical Remission"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 12- Dra. Orozco Ma Celeste  
*"Prevalence of Comorbidities in Patients with Axial Spondyloarthritis and Its Association with Aspects of the Disease"*  
 IREP
- 13- Cerda, Osvaldo Luis  
*"Prevalence of inflammatory neck pain in a cohort of patients with Psoriatic Arthritis and its association with clinical and radiographic features"*  
 IREP
- 14- Dr. Moyano, Sebastián  
*"Evaluation of learned helplessness, perceived self-efficacy and functional capacity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 15- Dr. Sosa Julia  
*"Complement c3 and c4 levels and its correlation with disease activity in rheumatoid arthritis patients"*  
 Unidad Académica Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú  
 Facultad de Medicina (UBA)
- 16- Dr. Baenas, Diego Federico  
*"Discontinuation Causes of Biological Therapies: Over a Five-Year Period. Biobadasar"*  
 Hospital Privado de Córdoba
- 17- Dr. Pompermayer, Luciano  
*"Incidence of Osteoporotic Major Fractures in a Cohort of Patients with Polymyalgia Rheumatica"*  
 Hospital Italiano de Buenos Aires
- 18- Dr. Cazenave, Tomas  
 - *Are Ultrasound Definitions in Gout Reliable: Preliminary Results from a Latin American Reliability Exercise*  
 - *Ultrasound Assessment of Rheumatoid Arthritis Patients. External Validation and Inter-Rater Reliability of a 4-Joint Ultrasonographic Scoring System*  
 - *Measuring Agreement in the Ultrasonographic Evaluation of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis Patients. a Latin-American Multicenter Exercise Assessing the Influence of Sonographer Experience and Expertise*  
 IREP
- 19- Dra. Haye Salinas, María Jezabel  
*"Failure Predictors to Anti-Tumor Necrosis Antagonists in Patients with Chronic Arthritis: Results of a National Registry Biobadasar"*  
 Hospital Privado de Córdoba
- 20- Dra. Calizaya Enriquez, Geraldine Dayra  
*"Depressive Symptoms in Patients Consulting for the First Time at the Division of Rheumatology"*  
 Hospital Rivadavia de Buenos Aires

## Becas pasantías cortas al exterior 2016

Collado, María Victoria	Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari
Costi, Carolina	Hospital Gral. San Martín de La Plata
Giordano, Federico	Hospital "Ricardo Gutiérrez" de La Plata
Maldini, Carla	Hospital Córdoba, Córdoba
Nieto, Romina	Hospital Provincia de Rosario
Machado Escobar, Maximiliano	Hospital Eva Perón, Banda del Río Salí, Tucumán
Pirola, Juan Pablo	Hospital Privado de Córdoba
Zacarias Hereter, Johana	Hospital Italiano de Buenos Aires

## [índice autores]

ABADIE, F	P 79
ABALOS, A	P 131
ABBATE, P	P 36, 126
ABDALA, M	O 2 P 74, 185, 197
ACEVEDO, M	P 7
ACEVEDO-VÁSQUEZ, E	P 78
ACHILLI, C	P 74, 185
ACIAR, M	O 16 P 69, 94
ACOSTA, R	P 215
ACOSTA FELQUER, M	O 1 P 49
ADROVER, M	P 115, 119
AESCHLIMANN, C	P 77, 98
AGÜERO, S	P 50
AGUILA MALDONADO, R	O 13 P 8, 39, 41, 57, 72, 108, 109, 110, 123
AGUIRRE, C	P 85, 86, 87
AHMED, N	P 135
AHUMADA, F	P 141
AHUMADA, M	O 15
AIMO, C	P 9
AIROLDI, C	O 3
AKASBI, M	O 21, 23
ALARCÓN, G	O 78
ALBA, P	P 47, 143, 145, 199, 200
ALBA, R	P 121
ALBERTINI, R	P 26
ALBIERO, E	P 47, 143, 145 199, 200
ALBIERO, J	P 47, 143, 145 199, 200
ALBORNOZ, N	P 69
ALGUACIL, A	P 21
ALLIEVI, A	P 169
ALONSO, M	P 67
ALONSO LOPEZ, D	P 94
ALTEN, R	P 17
ALVARELLOS, A	O 2 P 22, 26, 50, 52, 60, 78, 137
ALVARELLOS, T	P 26, 60
ALVAREZ, A.C	O 2 P 137
ALVAREZ, A	P 50
ALVAREZ, Alejandro	P 143, 145
ÁLVAREZ, Ana C	P 22
ALVAREZ, Analia	P 132, 204, 206
ALVAREZ, D	P 95, 97
ALVAREZ, M	O 15 P 141
ALZOGARAY, M	P 160
AMADOR PAJARO, A	P 204, 206
AMATRUDA, J	P 46
AMITRANO, C	P 28, 45, 82, 107 157
ANTON, J	O 18
ANTONIOL, M	P 93
ARAMENDIA, G	P 146
ARANA, C	P 67
ARANA, R	P 81, 152
ARANA, R M	O 76
ARECHAGA, L	P 138
ARIAS SAAVEDRA, M	P 9
ARMAS, H	P 31, 33
ARRI, L	P 187
ARTES ROCHA, I	P 94
ARTURI, Valeria	O 13 P 57, 123
ARTURI, Verónica	O 3
ARTURI, P	P 118, 139, 142
ARTURI, A S	P 118, 139, 142
ASNAL, C	P 28, 45, 82, 107, 157
ASTE, Nm	P 211
ASTESANA, P	P 50
ASTUDILLO, V	P 9, 95, 97, 158
ATISHA FREGOSO, Y	P 119
ATTANASIO, R	P 84
AUDISIO, M	O 3, 7
AUDISIO, MJ	P 5, 31, 32, 33, 34
AVID, Emelin	P 144
AVILA, Olga	P 15
AVILA-ZAPATA, F	P 18
AZURMENDI, P	P 37
BABINI, S	P 62
BAENAS, D	P 50
BAENAS, Diego	P 60, 70
BAENAS, Diego F	O 2 P 22, 137
BAEZ, R	P 79
BALCÁZAR, R	P 56, 187, 188
BALCÁZAR PARDO, R	P 135, 136, 194,
BANDE, J.M	P 50
BANDE, Jm	P 127
BANDE, Juan M.	P 44, 58, 93, 99, 100
BANERJEE, S	P 17, 18
BARBAGLIA, A	O 16 P 13
BARREIRA, Jc	P 211
BARREIRA, J	P 52, 68, 72, 91, 93, 150, 155, 156
BARRERA, M	P 86, 88
BARRIENTOS, D	P 201
BARRIOS, B	P 187
BARRIOS, B I	P 91, 103, 127
BARTEL, G	P 150, 156, 211
BARTH, M	O 14
BARZOLA, M	P 140
BATTAGLIA, D	P 96
BATTAGLIA, G	P 99, 100, 103
BATTAGLIOTTI, C	P 50, 183, 184
BAZZALO, I	P 154
BEARZOTTI, M	P 15
BEJARANO, V	P 115
BELINI, M	P 102
BELLOMIO, V	O 16 P 12, 13
BENASSAR, G	P 115
BENAVENTE, M	O 12 P 61, 101
BENEGAS, M	O 3, 7 P 97
BENITEZ, A	O 8 P 50, 207
BENITEZ, C	P 91, 121, 127
BENITEZ, S	P 84
BENÍTEZ VELÁZQUEZ, A	P 158
BENITEZ VELAZQUEZ, A	P 216
BENNASAR, G	P 83
BENTACOURT, A	P 153
BENZANQUEN, N	P 211
BENZAQUEN, N.R	P 137
BENZAQUÉN, N	P 22
BERBOTTO, G	P 50, 73, 77, 128, 146, 195
BERBOTTO, L	P 73, 128, 195, 146
BERMAN, A	O 2 P 18, 52, 60, 70, 112
BERMAN, H	O 2 P 60, 70, 112
BERMEJO, V	P 121
BERON, A	O 11, 20 P 105, 106, 162, 192, 193
BERON, A	P 190

BERTILLER, E	O 18
BERTILLER, E P	O 2 P 70
BERTOLACCINI, M	P 48
BERTOLI, A	O 3, 7
BERTOLI, A M	P 5
BETANCOURT, A	P 43, 190
BETANCUR, G	O 9 P 63
BINDA, M	O 14
BLANCO, N	P 152
BLAS, R	P 10, 101
BLUMENTHAL, L	P 140
BOHR, A	P 50
BOHR, Analía	P 35, 71, 97
BONET, M	P 21
BONISCONTI, F	P 26
BOOTSMA, H	P 25
BORBA, E	P 78
BORDA, E	P 42
BORGIA, A	P 101
BORGIA, M V	O 12 P 61, 101
BOSIO, M	P 155
BOTELLI, V	P 69
BOVÉ, A	P 22
BOX, J	P 17
BRAILLARD POCARD, A	P 153, 162
BRANCE, M	P 77, 208
BRAVO, A	P 111
BRAVO, M	O 3
BRESSAN, G	P 188
BRIGANTE, A	P 27, 56, 111, 125, 187, 188
BRIGANTE, J	P 135, 136, 194
BRITO- ZERÓN, P	P 21, 22, 23, 24, 25
BROM, M	O 6 P 81
BROZOVIC ROMERO, Y	P 9, 95
BRUN, L	P 77
BRUNNER, H	P 18
BRUSCO, M	P 51, 90, 151, 181
BRUSO, I.	P 104
BUHL, M	P 37
BULIUBASICH, S	P 31,32,33,34
BUNZEL, S	P 123
BÜRGESESSER, M	P 131
BUSCHIAZZO, E	O 10 P 69, 94, 124, 133
CABALLERO, G	P 79
CACHAU, M.V.	P 190
CADILE, I	P 30, 31, 32, 33,34 92, 173, 174, 175
CAEIRO, F	O 2 P 22, 26, 50, 70, 72, 137, 211

CAEIRO, J	P 26
CALDERÓN PEREDO, V	P 106
CALIZAYA, G	P 117
CALIZAYA, G	P 53
CALIZAYA ENRIQUEZ, G	P 116
CALLEJAS, J	P 21
CALVO, I	P 18
CALVO, M	P 24
CALVO, R	P 70, 177, 213
CALVO BEGUERIA, E	P 21
CALVO ZARLENGA, M	P 40
CAMARGO, F	P 111, 125, 135, 136, 194
CAMINAL, L	P 24
CANORA, J	P 23
CANTISANO, C	P 181
CAPUCCIO, A	P 50
CAPUTO, G	P 36, 126
CAPUTO, V	P 114, 165
CARACCILO, J	P 48, 58, 97, 99, 100, 103
CARBALLO, O	P 148
CARDENAS, J	P 86, 87
CARLEVARIS, L	P 50
CARRASCO, A	P 161, 167
CARREÑO, M	P 148, 203
CARRILLO, I	O 3
CARRILLO, M	P 151, 181
CARRIZO, A	P 59
CARRIZO, C	P 76, 81, 152
CASADO, G	P 50, 52, 165
CASALI, C	P 82
CASANOVAS, A	P 23
CASTEL DEL CID, C	P 68, 101
CASTELL, E	P 122
CASTELLI, G	P 80
CASTIGLIONE, A	P 208
CASTRO, Pedro	P 24
CATALÁN PELLET, A	P 70, 119
CATAY, E	O 3
CATOGGIO, C	P 91, 149, 211
CATOGGIO, L	O 17, 18 P 20, 40, 78
CAVALIERI, M	P 91, 127, 133
CAVALLASCA, J	P 15, 166, 168
CAVALLIERI, M	P 63, 160
CAVILLON, E	P 50
CAZENAVE, T	O 3, 7 P 66
CAZON, J	P 131
CEBALLOS RECALDE, M.	P 137
CECCATO, F	O 2
CERDA, O	O 10 P 124

CERDA, O.L	P 50
CERDA, O	O 4, 5 P 130
CERVETTO, V	P 51, 90, 104, 151 181
CESPO, M	P 211
CHALLIOL, M	P 67
CHAMORRO, A	P 23, 24
CHAMORRO, J	P 36, 126
CHAUVERO, I	P 77
CHAVEZ ORTUÑO, L	P 215
CHICHOTKY, Y	P 97
CHIMENTI, C	P 96
CHUQUIMIA, G	P 154
CHUQUIMIA, R	P 116
CITERA, G	O 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 P 48, 63, 66, 70, 97, 124, 130, 133, 191
CIVIT, E	O 12 P 61, 101
COLLADO, M	O 16 P 37, 93, 127
COLOMBRES, F	p 52, 60, 70, 112
CONSIGLI, C	P 175
CONTE, M	P 73, 95, 128, 146
CONTINI, L	P 15
CORAL CRISTALDO, CO	20
CORONEL ALE, A	O 4, 10
CORONEL ALE, A A	P 130
CORONEL ALE, A L	O 5, 8 P 16
CORREA, C	P 067
CORREA, M	O 10 P 97, 124
CORREA, M A	O 8 P 48, 133
CORTESE, M	P 185, 197
COSATI, M	P 211
COSATTI, M	P 42, 149
COSENTINO, V	P 129, 154, 158
COSSATI, M	P 91
COSTA, C	P 15, 166, 168
COSTA, M	P 28
COSTANZO, C	P 198
COSTI, A	O 13 P 8, 39, 41, 57, 65, 70, 91, 97, 102, 127
COSTI, C	O 2 P 50, 108, 110
COVARRUBIAS, A	P 17
CRABBE, E	P 213
CRABBÉ, E	P 178
CRESPO, M	O 2
CRESPO, M.E.	P 70

CRESPO ESPINDOLA, M P	69, 94
CRIVELLI, A	P 41
CROW, C	P 28, 45, 82, 107, 157
CRUZAT, V	P 97
CUADRANTI, N	P 185, 197
CUADROS, S	P 197
CUCCHIARO, N	P 69, 94
CURTI, A	P 68, 101
CUSA M A	P 114
CUSA M F	P 114
CUTTICA, R	P 18, 104, 151
D'ORAZIO, A	P 97
DA SILVA, Nilzio A.	P 78
DACIUK, N	P 156
DAL PRA, F	O 2, 4, 10 P 70, 124, 133
DALPIAZ, M	P 116, 117
DALURZO, L	P 212
DANIELE, J	P 146
DASCANIO, G	P 198
DE CILLIS, V	P 35, 71
DE ESCALANTE, B	P 21
DE LA RED, G	P 23
DE LA RED BELLVIS, G	P 21
DE LA SOTA, M	P 50
DE LA VEGA, M C	O 8 P 50, 80, 91, 121, 127, 207
DE OLLOQUI, G	P 79
DE VITA, S	P 25
DEMARCHI, J	P 13, 72
DEVAUCHELLE-PENSEC, V	P 25
DI CASTELNUOVO, V	P 76
DI GENARO, M	P 10
DIAZ, M	P 50, 79
DÍAZ- LÓPEZ, B	P 23
DIKRANIAN, A	P 80
DISERIO, G	P 31, 33
DOMINGUEZ, N	P 95, 113, 154
DOUGADOS, M	P 52
DOWELL, S	P 46
DUARTE, V	P 52, 60, 114
DUARTES, D	P 150
DUARTES NOÉ, D	P 72, 155, 156
DUBINSKY, D	O 20 P 3, 27, 38, 56, 105, 106, 111, 125, 135, 136, 187, 188, 192, 194
DURAN BARRAGAN, SP	29
DUREZ, P	P 17
DURIGAN, V	P 53, 116, 117
EARSMAN, G	P 68
EIMON, A	P 42
ELEGBE, A	P 17
ELETI, M	P 212
EMMERICH, M	P 111
ENARES, E	P 212
ENCALADA GARCÍA, C	P 163
ENCINA, L	P 26
ERAÑA, F	P 79
ERNST, G	P 150
ERRECART, I	O 27
ERRNST, G	P 155
ESPADA, G	O 15 P 138, 140, 141
ESPINOLA, S	P 62
ESPINOZA, Luis R.	P 46
ESPOSTO, A	P 39, 65
ESTEVA-SPINETTI, M	O 78
ESTRELLA, N	O 3
ETCHEVERRY, M	P 90, 104, 181
EXENI, I	P 50
FABI, M	P 14
FALCO, J	P 188
FANLO, P	O 23
FARA, N	P 1
FERNANDEZ, D	P 55
FERNANDEZ, L	P 121
FERNANDEZ, L S	P 207
FERNANDEZ CARRO, O	P 79
FERNANDEZ ROMERO, D	P 148, 203
FERREYRA GARROTT, L	O 1 P 49, 60
FERRO, C	P 164
FINUCCI CURI, P	P 50
FIorentino, M	P 22
FIorentino, S	P 137
FIORI, M	P 40
FLOWER, C	P 46
FOELDVARI, I	P 18
FONSECA, Emilce	P 74, 75, 197
FONSECA, Eva	P 23, 24
FONSECA AIZPURU, EP	21
FORNARO, M	O 4, 5 P 124, 130
FORNARO, M N	O 8
FORNER, M	P 24
FRAILE, G	P 21, 23
FRAILE RODRIGUEZ, G	P 24
FROLA, A	P 125
GABRIEL, G	P 189
GALAN, M	P 51, 104
GALINDO, L	O 16 P 12, 13, 60
GALLARDO, M	O 18 P 50
GALLO, J	P 209, 210, 211, 212, 213
GALLO, M	P 101
GÁLVEZ ELKIN, M	O 3
GANDINO, I	O 6, 17 P 11, 120, 134
GANZINELLI, S	P 42
GAONA, M	P 113, 114, 154
GARATE, G	P 56, 135, 136, 187, 188, 194
GARAY, L	P 13, 172
GARAY, S	P 14
GARCIA, L	O 13 P 8, 39, 57, 108, 109, 110, 123
GARCÍA, María	P 97
GARCIA, María V	P 64
GARCÍA, Mercedes	P 114
GARCIA, Mercedes A	O 13 P 8, 39, 41, 57, 60, 65, 70, 72, 91, 102, 108, 109, 110, 123, 127
GARCIA, Sandra	P 16
GARCÍA CARRASCO, MP	2, 4, 105, 144
GARCIA CICCARELLI, A	O 12 P 61, 101
GARCIA COELLO, A	P 201
GARCÍA DE LA TORRE, I	P 78
GARCÍA MÓNACO, R	O 6
GARCIA MORILLO, J	P 21
GARCIA SALINAS, R	O 10, 13 P 91, 118, 124, 127, 133, 139, 142
GARCÍA:, M	O 2
GARCIA-VALLADARES, I	P 46
GARGIULO, M	P 37, 93, 127
GARIBOTTI, G	P 79
GARIGNANI, F	O 12 P 61, 101
GATO, A	P 23
GATO DIEZ, A	P 21
GAZZONI, M	P 30, 31, 32, 33, 34, 92, 174, 175
GENOVESE, M	P 17
GERLING, C	P 159, 160
GERLING MORGADO, C	P 182
GERVASONI, V	P 98
GERVILLA DE CAFRUNE, A	P 131
GIACOMONE, D	P 118
GIANTINOTO, J	P 99, 100, 103
GIMÉNEZ, N	P 191
GIORDANO, F	P 39, 41, 97, 198
GIRARD, M	O 10
GIRARD BOSCH, M	P 91, 118, 127, 139, 142

GOBBI, C	P 47, 72, 143, 145, 199, 200	IBAÑEZ ZURLO, L	P 69, 94	LÁZARO, M	P 29, 114
GOIZUETA, C	O 16	IGLESIAS, A	P 78	LAZZARINI, G	P 54
GOMEZ, A	P 156	INCE, A	P 46	LAZZARINO, M	P 6
GOMEZ, B	P 59	INTRIAGO, M	P 85, 86, 87, 88, 164	LEAL, M	O 2 P 70
GOMEZ, G	P 50, 135, 136, 194	ISENBERG, D	P 25	LEAL, S	P 2, 4
GOMEZ, Gimena	P 27, 56, 111, 125, 187	ITURRALDE, C	P 159, 160, 182	LEAL CASTRO, S	P 193
GOMEZ, Graciela	P 37, 91, 93, 97, 127, 214	IVERNIZZI, B	P 36, 126	LEDDA, A	P 205
GÓMEZ, M	P 122	JACOBELLI, S	P 78	LEGERTON III, C	P 17
GOMEZ, R	P 38	JAUREGUIBERRY, R	P 123	LENCINA, M	P 69, 94
GÓMEZ CEREZO, J	P 21	JIMÉNEZ-HEREDIA, I	P 23	LENCINA, V	P 127
GÓMEZ DE LA TORRE, RP	21	JOHANA, Zacariaz	O 7	LEON, G	P 17
GOMEZ SOSA, M.	P 104	JUAREZ, R	P 94	LEÓN, M	O 16 P 12, 94
GONTERO, R	P 179	JUAREZ, V	O 2 P 69, 70, 91, 133	LESSA, C	P 148, 203
GONZALEZ, L	P 48	JURADO, R	P 30, 31, 32, 33, 34, 174, 175	LEVIT, G	P 75
GONZALEZ LUCERO, LO	P 16 P 12	KATSICAS, M	P 207	LI, X	P 17, 18, 25
GORDON, S	P 182	KEISERMAN, M	P 17	LIBBEY, N	P 209
GORDON, Sergio	P 114, 159, 160	KELTSEV, V	P 18	LIM, R	P 204, 206
GORDON DOLIMPIO, K	P 84	KERR, G	P 46	LINAREZ MARTINEZ, M	P 215
GOTTENBERG, J	P 25	KERZBERG, E	O 14 P 07, 09, 95, 97, 113, 129 154, 158	LIZARRAGA, A	O 9 P 191
GRANEL, A	P 50 , 91, 127, 214	KHOURY, M	P 68, 93, 127	LLOVES, N	P 97, 116
GRATACÓS, Jordi	P 23	KILSTEIN, J	P 146	LLOVES SCHENONE, N	P 53, 72, 117
GROSELLO, T	P 159, 160, 182	KINGSBURY, D	P 18	LOJO, M	P 6, 84, 91, 127
GUERINI, L	O 15 P 141	KIRMAIR, K	P 79, 93, 97	LONGO, A	P 132
GUERRA, E	P 70, 119	KISLUK, B	P 128, 73, 146, 195	LOPEZ, A	P 148, 203
GUIBERT-TOLEDANO, MP	78	KLAJN, D	P 48, 58, 97, 99 103	LOPEZ CABANILLA, A	P 79
GUINSBURG, M	P 122	KOHAN, P	O 3, 8	LÓPEZ DUPLA, M	P 21, 23
GUIÑAZU, F	P 47, 199, 200	KOSTIANOVSKY, A	P 169	LORENZON, L	P 15
GUISADO, P	P 23	KOSTOV, B	P 21, 23, 24, 25	LOUW, I	P 18
HAMAHUI, A	P 135, 136, 194	KRUIZE, A	P 25	LOVELL, D	P 18
HAMAUI, A	P 27, 56, 125, 187	KVARNSTROM, M	P 25	LUBERTINO, L	O 14
HARTVIG, C	P 54, 55, 97	LABORDE, H	O 11 P 2, 3, 4, 43, 68, 153	LUCERO, E	O 16, P 12, 13, 94, 172
HASSAN, R	O 14 P 95, 113, 154	LAMOTTA, G	P 41	LUCERO DE GONZALEZ, E	P 195
HAYE SALINAS, M.J	O 2, 3 P 22, 26, 137	LANCIONI, E	P 40	LUISSI, A	P 64
HERNANDEZ MOLINA, GP	119	LANDEWÉ, R	P 52	MACHADO ESCOBAR, MO	16 P 44
HERON, C	P 1	LANDI, M	O 4, 5, 8 P 124, 130	MAGRI, S	P 118, 124, 139, 142
HERRERA, G	P 91, 127, 176	LARA, M	P 68, 101	MAID, P	P 19
HERRERA, L	P 79	LADES, J	O 2 P 70	MALDINI, C	P 47, 199, 200
HERRERA COMOGLIO, RP	30, 32, 34	LARRAÑAGA, J	P 24	MALDONADO, A	P 143, 199, 200
HOFAUER, B	P 25	LARREA SANSUSTE, IP	106	MALDONADO, F	P 27
HOGREFE, J	P 111, 125, 135, 136, 187, 194	LARROUDE, M	P 77	MALDONADO, G	P 85, 86, 87, 88, 89, 164
HORNEFF, G	P 18	LARROULET, R	P 14	MALDONADO, P	O 16 P 68
HORTAS, M	P 14	LASCANO, C	P 131	MALDONADO COCCO, J	P 52, 60
HU, M	P 204, 206	LASTRA, C	P 31, 33	MALDONADO FICCO, H	O 8, 10 P 52, 97, 133
HURTADO GARCÍA, R	P 24	LAWRENCE-FORD, T	P 46	MAMANI, M	O 2 P 52, 53, 70, 83, 97, 114, 115, 116, 117
HÜTTMANN, F	P 12			MANDL, T	P 25
IBAÑEZ, S	136, 194				

MANICCIA, A	P 80	MONTUÑA, S	O 14 P 114, 154	209, 210, 211, 212, 213	
MARCAIDA, P	P 114, 115	MORAL MORAL, P	P 24	ORTIZ, V	P 117
MARCANTONI, M	P 90, 51, 104, 151, 181	MORCILLO, C	P 22, 23	ORTIZ DE ZÁRATE, D	P 93
MARCOS, A	P 91, 127	MORENO, M	P 85, 87	OSTOLAZA, M	P 191
MARCOS, J	O 13 P 65, 70, 102	MOSLEY-WILLIAMS, A	P 46	OTADUY, C	P 47, 143, 145, 199, 200
MARENGO, M	P 36, 126	MOVIA, R	P 91, 127	OTERO, M	P 6, 84
MARIETTE, X	P 25	MOYANO, S	O 1 P 11, 20	PACHECO GONZALO, N	O 3
MARIN, J	O 1, 3, 6, 7 P 49	MOYANO GARZÓN, M	P 30, 31, 32, 33, 34	PACHECO TENA, C	P 17
MARINO, D	P 3, 38, 193	MUNARRIZ, A	P 10, 101	PAIRA, S	O 2 P 177, 179, 180, 209, 210, 211, 212, 213
MARTÍNEZ, A	P 52	MUÑOZ, F	P 125	PAIRA, S O	P 60, 70, 178
MARTINEZ, José	O 18 P 11, 20, 134	MUÑOZ, S	P 169, 170	PALATNIK, M	P 77, 208
MARTÍNEZ, Julia	P 36, 126	MUÑOZ CANTOS, N	P 114	PALLARÉS, L	P 21
MARTINEZ, L	P 50, 170	MUSSANO, E	P 30, 31, 32, 33, 34, 50, 92, 173, 174, 175	PALOMBO, M	P 31, 33
MARTINEZ MUÑOZ, A	P 44	MUSURUANA, J	P 15, 166, 168	PANIEGO, F	P 2, 3, 4, 38, 43, 144, 153, 162, 190, 192, 193
MARTINEZ PÉREZ, J	O 17	MYSLER,	P 17	PANIEGO, R	P 79
MARTÍNEZ ZAPICO, A	P 24	NAGUA, V	O 13 P 39, 57, 108, 110, 123	PAOLINI, M	P 148, 203
MARTINI, A	P 18	NAJEM, C	P 209	PAPASIDERO, S	O 8, 10 P 13, 44, 48, 58, 68, 72, 91, 93, 97, 99, 100, 103
MARTIRE, M	O 3, 7 P 118, 139, 142	NAJERA SALGADO, H	P 115	PARDO HIDALGO, R	P 10, 19
MARTIRE, V	P 114, 133	NANNINI, D	P 128	PAREDES, C	P 89, 164
MASTRI, M	P 14	NARCHI, A.	P 90, 104	PASTORELLI, R	P 184
MAURE, B	P 23	NARCHI, S	P 51	PEDERSEN, R	P 019
MAYER, M	P 68, 72, 93, 156	NASH, P	P 17	PEDROSA, P	P 0147, 205
MAZZA, S	O 16 P 172, 195	NASI, S	O 12 P 61, 101	PELAGAGGE, F	P 99, 100, 103
MAZZOTTA, M	P 175	NASONOV, E	P 17	PELUZZONI, A	P 50
MEDEOT, M	P 26	NASSWETTER, G	O 11 P 2, 3, 4, 38, 43, 105, 144, 162, 153, 190, 192, 193	PENA, C	O 13 P 8, 39, 41, 57, 109, 110, 114
MEDIC, M	P 26	NAVAL, N	P 172	PENADES VIDAL, M	P 21
MEDINA, E	P 157	NAVARRO, S	P 54, 55, 98	PENDÓN, G	P 41, 52, 97, 198
MEDINA, G	O 11 P 105, 190	NAVARTA ORTIZ, D	O 3	PEON, C	P 121, 207
MEDINA, M	P 48, 58, 97, 99, 100, 103	NEGRI, M	P 180	PERA, M	O 13 P 8, 39, 57, 108, 109, 110, 123
MEIORIN, S	P 138	NIETO, R	P 50, 98	PERAL GUTIÉRREZ DE CEBALLOS, E	P 21
MELO, F	P 70, 72, 97, 114	NITSCHKE, A	P 28, 45, 82, 107, 114, 157	PERANDONES, C	P 93
MENON, M	P 36, 126	NOVILE, Luis	P 183	PEREIRA, D	P 41, 50, 52, 97, 198
MESSINA, D	P 121	NUCCETELLI, Y	P 39, 65	PEREZ, N	P 2, 3, 4, 43, 68, 153
MESSINA, O	P 171, 207	NYS, M	P 18	PÉREZ, S	P 48, 97
METTA, S	P 96	OJEDA, I	P 21	PÉREZ ALAMINO, R	O 8 P 46, 59, 97
MICELLI, M	P 7, 113	OLEA, A	P 70	PÉREZ- ALVAREZ, R	P 21, 23
MIGLIORE, N	P 212	ONETTI, L	P 30, 31, 32, 33, 34, 92, 173, 174, 175	PÉREZ DÁVILA, A	P 35, 71, 97
MILLER, E	P 147, 205, 206	ORDEN, A	P 169	PEREZ -GILBE, A	P 29
MINDLIN, P	P 201	OROZCO, C	O 2 P 94	PEREZ GUERRERO, P	P 21, 24
MOÇA TREVISANO, V	P 25	OROZCO, M C	O 9 P 60, 63, 66, 70	PETKOVIC, I	P 101
MOLINA, M	P 114, 176, 186	ORTIZ, A	P 52, 60, 70, 177, 178, 179, 180,	PETRAGLIA, N	P 040
MOLLERACH, F.	O 1, 17, 18 P 11, 20				
MOLTÓ, A	P 52				
MONTENEGRO, E	O 20				
MONTIEL BERTONE, MP	31, 33				
MONTOYA, F	P 129				

PEZUTTI, V	P 147, 205, 206
PICCHI, J	P 69
PICCO, E	P 69, 94
PICOLLO, A	P 194
PIERINI, F	P 134
PINEDA, S	P 91, 127
PINILLA, B	P 21, 23
PINO, M	P 43, 144
PINTACUDA, D	P 191
PIROLA, J P	O 2 P 22, 50, 70, 72, 137, 211
PISONI, C	P 42, 76, 81, 127, 149, 152, 211
POMPERMAYER, L	O 1 P 11, 20
PONCE DE LEON, D	P 80
PONS-ESTEL, B	P 78, 97
POON, Samuel	P 209
PORRINO, S	P 135
PORTA, S	P 129, 154
PORTILLA, J	P 3
PORTILLA VILLARREAL, J	P 192
PRAPROTNIK, S	P 25
PRETINI, J	P 7
PRIETO, S	P 24
PRINGE, A	P 90, 51, 104, 151, 181
PROPATO, L	P 143, 145
PUCCI, P	P 28, 45, 82, 107, 157
PUERTA FRANCHI, R	P 96
PY, G	O 3, 7 P 5, 31, 32, 33, 34
QUAGLIA, M	O 14
QUARTUCCIO, L	P 25
QUEVEDO MAYORGA, P	P 68, 72, 91, 127, 150, 155
QUINTANA, R	O 2 P 50, 54, 55, 70, 97, 98
QUINTEROS, A	O 2 P 50
QUIROZ, R	P 4
QUISPE VILLANUEVA, L	P 6, 84
RABAGO, C	P 36, 126
RAGGIO, J	P 73, 128, 146, 195
RAITI, L	P 97
RAMOS, F	P 54, 55
RAMOS- CASALS, M	P 21, 22, 23, 24, 25
RAQUIAR, J	P 57
RASCÓN, F	P 23
RASMUSSEN, A	P 25
REAL, R	P 19

RECCHIA, O	P 1
REDONDO, G	P 121
REGINATO, A	P 209
REINA, S	P 42
REMOLINA RINCÓN, I P	150
RETAMAL, E	P 132, 204, 206
RETAMOZO, C	P 97
RETAMOZO, M	O 2 P 21, 22, 23, 24,25,26, 70, 72
RETAMOZO, S	P 50, 137
RETONTARO, L	P 84
RIERA, J	P 15, 166, 168
RILLO, O	O 2 P 13, 44, 48, 52, 60, 70, 97, 201
RIMOLDI, D	P 93
RIOPEDRE, A	P 207
RIOPEDRE, M	P 121
RÍOS, C	P 85, 86, 87, 88, 89, 164
RIPOLL, M	P 23
RÍSPOLO KLUBEK, D	P 183
RIVERO, J	P 171
RIVERO, María	P 147, 205
RIVERO, Mariano	P 68, 91, 127, 155
ROA, L	P 2
ROBALINO, F	P 154
ROBERTI, J	P 50
ROBERTS, K	P 54, 98
ROBLES, A	P 21, 24
ROCCIA ROSSI, I	P 65
RODRIGUEZ, C	P 121
RODRIGUEZ, F	P 171
RODRIGUEZ CARBALLEIRA, M	P 24
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, S	P 21
RODRÍGUEZ GIL, G	O 3 P 122
ROJAS, C	P 158
ROJAS TESSEL, R	O 16 P 69
ROJAS TESSEL, I	P 94
ROLLA, I	P 75
ROLÓN CAMPUSANO, RO	9, 10 P 48, 63, 91, 127
ROMANINI, F E	P 53, 60, 83, 116, 117
ROMANO, O	P 46, 59, 97
ROMBO, G	P 75
ROMEO, C	P 165
ROMERO, E	P 73, 195
ROSA, J.	O 1, 2, 3, 4, 6, 7 17, 18 P 11, 20, 49, 64, 70, 97, 120
ROSELLI, R	P 161, 167, 189

ROSEMFET, M	O 3, 4, 7, 10 P 66
ROVERANO, S	P 70, 93, 177, 178, 179, 180, 212
ROVETO, S	P 93
RUFFIN, A	P 31, 33
RUIZ DE TEMIÑO DE LA PEÑA, AP	24
RUIZ MUÑOZ, M	P 24
RUPERTO, N	P 18
RUSSO, R	P 207
RUTA, S	O 3, 6, 7 P 49, 120, 134
SABELLI, M	P 49
SACARAFIA, S	P 115
SACNUM, M	O 2 P 54, 55, 70, 77, 97, 98
SALAS, A	O 13 P 8, 39, 41, 52, 60, 65, 102, 109, 110, 123
SALOMONE, O	P 26
SALVADO, A	P 155
SALVATIERRA, G	O 2 P 70
SANCHEZ, A	P 26, 77
SANCHEZ, G	P 54, 97
SANCHEZ, N	P 59
SANCHEZ ALCOVER, J	O 12 P 61, 101
SANCHEZ ANDIA, C	P 132, 204, 206
SÁNCHEZ- BERNÁ, I	P 22
SANCHEZ- GUERRERO, J	P 25
SÁNCHEZ LEGUIZAMO, A	P 170
SÁNCHEZ-BERNÁ, I	P 23
SANDBAL, C	O 3 P 180
SANDBAL, V	P 115
SANSINANEIA, P	O 13 P 41, 65, 102, 123
SANTA CRUZ, M	O 3 P 27, 48, 58, 97, 99, 100, 124
SANTAELLA, P	P 30, 31, 32, 33, 34
SANTANA, M	O 16 P 12, 13, 112
SANTIAGO, L	P 27
SANTIAGO LIDA, T	O 3
SAPAG, S	O 11, 20 P 105, 106
SAPAG DURÁN, A	O 11, 20 P 105, 106
SARANO, J	P 37, 91, 93, 114
SATO, E	P 78
SATTLER, M	P 73, 128, 146, 195
SATURANSKY, E	O 7

SAUCEDO, C	O 3
SAURIT, V	O 2 P 22, 26, 50, 137
SAUZA, M	P 78
SCARAFIA, S	P 50, 53, 114
SCHEINES, E	P 35, 71
SCHERBARTH, H	P 160, 182
SCHERBATH, H	P 159
SCHMULEVICH, H	P 191
SCHNEBERGER, E	O 5, 8, 9, 10 P 16, 63, 66, 124, 191
SCHNEEBERGER, E	O 4 P 60, 130, 133
SCOLNIK, M.	O 1, 6, 17, 18 P 11, 20, 78, 134, 209, 211
SECCO, A	O 2 P 53, 70, 72, 83, 114, 115, 116, 117, 119
SEEWALD, A	P 192
SEGURA, V	P 147, 205
SENE, D	P 25
SEQUEIRA, G	P 1, 7, 9
SEROR, R	P 25
SERRANO, E	P 58
SHEN, Q	P 19
SHERRER, Y	P 46
SIMON-CAMPOS, J	P 17
SINDLER, A	P 60
SIVILS, K	P 25
SMICHOWSKI, A	P 50, 165
SOARES DE SOUZA, S	P 50
SOLARZ, H	P 188
SOLDANO, J	P 55, 75
SOLER I FERRER, C	P 21
SOMMA, L	P 50
SOMMERFLECK, F	O 9 P 63
SORIA CURI, Y	P 172, 195
SORIANO, E	O 1, 2, 6, 17, 18 P 11, 20, 49, 60, 64, 70, 78, 134
SORIANO GUPPY, E	P 120
SORMANI DE FONSECA, M. L	P 117
SOSA, J	P 48, 58, 68
SOTOMAYOR, P	P 186
SOUTHBRIDGE, Ma	P 209
SPINDLER, A	P 112
SPINDLER, W	O 3 P 60, 112
SPINETTO, M	P 153
STANCICH, M	P 30, 31, 32, 33, 34, 92, 174, 175,
SUÁREZ, L	P 37, 91, 93
SUELDO, R	P 13, 124

SUZUKI, Y	P 25
SVETAZ, M	P 15
SWEARINGEN, C	P 46
TABOADA, V	P 186
TABOADA BONFANTI, M	P 30, 31, 32, 33, 34, 173, 174, 175
TAKASHIMA, L	P 117
TAMAÑO, F	P 165
TAMASHIRO,	P 10, 101
TAMBORENEA, M	P 16
TAMI, M	P 148, 203,
TATE, P	P 27
TESTI, A	O 13 P 8, 39, 65, 108, 109, 110, 123
THEANDER, E	P 25
TOIBARO, J	P 16
TOLOSA VILELLA, C	P 21
TRAVAGLIA, M	P 6, 84
TREADWELL, E	P 46
TROITIÑO, C	O 7 P 70
TRUCCHIA, R	P 175
TUSE, C	P 16
TZARIBACHEV, N	P 18
UBOGUI, J	O 7
UEMURA, M	P 117
UÑA, C	P 171
URQUIOLA, C	P 122
VALENTE, R	P 17
VALERIA, V	P 119
VALERIO, M	O 12 P 61
VAN DEN BOSCH, F	P 52
VAN DER HEIJDE, D	P 52
VAN DER HEIJDEN, E	P 25
VANDALE, J	P 75, 185, 197
VAQUERO HERRERO, M	P 24
VARGAS, F	P 29
VARGAS, L	O 2 P 70
VARGAS ROJAS, L	P 48, 201
VAZQUEZ, A	P 125
VEGA-CORNEJO, G	P 18
VELAZCO ZAMORA, J	P 97
VELEZ, S	P 68, 91, 72, 127, 150, 156
VELILLA MARCO, J	P 21
VELOZO, E	O 2 P 50, 70
VERGARA, F.	O 17 P 64
VICENTE, J	P 211
VICENTIN, S	P 91

VIDAL, D	P 50
VIEJO LLORENTE, L	P 24
VILLAGRAN, A	P 31, 33
VILLARUEL, I	P 184
VILLEGAS RICALDI, D	P 69
VIOLA, D	P 18
VIRASORO, B	P 76, 149
VIVERO, Florencia	P 62
VOLLENVEIDER, C	P 25
VULCANO, A	O 13 P 39, 65, 102, 108, 110, 123
WAIMANN, C	O 2, 3, 7 P 36, 52, 70, 126
WERNER, M	P 30, 31, 32, 33, 34, 174, 175
WERNICKE, V	P 6, 84, 91, 127
WOJDYLA, D	P 78
WONG, R	O 3 P 17, 18, 55
YACUZZI, M	O 16 P 44
YAURI, J	P 159, 160, 182
YAZICI, Yusuf	P 46
YESURON, G	P 51, 151
YUCRA BOBARIN, D	P 27, 56, 111, 125, 135, 136, 187, 188, 194
ZABALA, M	P 161
ZABALA, P	P 205
ZACARIAS, J	O 6
ZACARIAZ HERETER, J	O 3 P 120
ZAFFARANA, C	O 4, 5 P 68, 130
ZALAZAR, M	O 2 P 50
ZALAZAR, M M	O 2
ZAMORA, M	P 23
ZAMORA, N	O 9 P 63
ZANCHETTA, J	P 171
ZANCHETTA, M	P 171
ZAPATA, M	P 74, 197
ZZAZZETTI, F	P 156, 211
ZULIANI, M	P 36, 126

# 49° Congreso Argentino de Reumatología

---

19 al 22 de octubre de 2016

Hotel Intercontinental – Mendoza – Argentina

---

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

---

Sección orales	20 de octubre	001 a 005
Sección orales	20 de octubre	006 a 010
Sección orales	21 de octubre	011 a 015
Sección orales	21 de octubre	016 a 020











# 49° Congreso Argentino de Reumatología

---

19 al 22 de octubre de 2016

Hotel Intercontinental – Mendoza – Argentina

---

Organizado por la  
**Sociedad Argentina  
de Reumatología**

---

Sección pósters	20 de octubre	001 a 077
Sección pósters	21 de octubre	078 a 158
Sección pósters	22 de octubre	159 a 216



05

22- P05 - CORRELACIÓN INTEROBSERVADOR DE LESIONES DE ARTROSIS DE RODILLA POR ULTRASONOGRAFIA: DIFERENCIAS ENTRE OBSERVACIÓN ESTÁTICA Y DINÁMICA.

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: 3 - AR

AUDISIO, Marcelo José(1) | BERTOLI, Ana María(2) | PY, Guillermo(1)  
DEHG CONSULTORIOS (1); INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (2)

Introducción: La ultrasonografía musculoesquelética (USME) se ha transformado en una herramienta de imagen válida para el estudio de las enfermedades articulares. En artrosis permite identificar tanto inflamación como daño estructural. Sin embargo, su uso en la práctica cotidiana está limitado, en parte, por ser una técnica operador dependiente.

Objetivo: Evaluar la correlación interobservador de las lesiones de artrosis de rodilla entre ultrasonografistas con más de cinco años de experiencia. Determinar si existe diferencia entre la correlación interobservador estática y dinámica.

Material y Método: La correlación interobservador estática fue realizada mediante la lectura de 59 imágenes de archivo propio de las distintas lesiones elementales de artrosis, previo consenso entre dos ultrasonografistas sobre las características de cada lesión. La correlación interobservador dinámica se realizó mediante el examen US (captura y lectura) de 20 rodillas en pacientes con diagnóstico de artrosis (según criterios de clasificación ACR para artrosis de rodilla). Los cortes US se realizaron según guías EULAR para USME. Las estructuras/lesiones que se estudiaron fueron: margen condrosinóvil, matriz cartilaginosa, margen osteocondral, osteofito a nivel del cóndilo medial, lateral, tibia medial y lateral, extrusión meniscal medial y lateral y presencia de quiste de Baker. El análisis estadístico se realizó mediante coeficiente Kappa (k).

Resultados: Los valores de la correlación estática fueron de buenos (presencia de lesión de cartilago y extrusión meniscal) a excelentes (presencia de osteofitos). Los valores de la correlación dinámica fueron mayormente pobres y moderados, excepto la extrusión meniscal que mostró una correlación buena (Tabla 1). La correlación estática fue mejor que la correlación dinámica en todas las variables excepto para la presencia de extrusión meniscal medial.

Tabla 1: Valores de correlación interobservador dinámica y estática en lesiones de artrosis de rodilla por ultrasonografía.

MCS: margen condrosinóvil. MCT: matriz cartilaginosa. MOC: margen osteocondral. OCM: osteofito cóndilo medial. OCL: osteofito cóndilo lateral. OTM: osteofito tibia medial. OTL: osteofito tibia lateral. EMM: extrusión meniscal medial. EML: extrusión meniscal lateral. QB: quiste de Baker.

<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/002275C1E2B04970FBC8875601.jpg>

Conclusiones: Este estudio demuestra que los valores de correlación interobservador por ultrasonografía de lesiones elementales de artrosis varían ampliamente dependiendo si se realiza sólo la lectura de la imagen o, si por el contrario, la lectura proviene de la captura de la misma por distintos operadores. Si bien la ultrasonografía parece ser un método relativamente confiable para detectar lesiones de artrosis en rodilla, aún necesita mayor estandarización para disminuir la brecha de la captura de imágenes entre operadores.

Palabras Claves: Ultrasonografía musculoesquelética, artrosis de rodilla, correlación interobservador.

06

24- P06 - FACTOR REUMATOIDEO Y ANTICUERPOS ANTI PEPTIDOCICLICOCITRULINADO EN UN GRUPO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON LUPUS

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: 1 - LES/Antifosfolípidos

TRAVAGLIA, Magalí | OTERO, María José | QUISPE VILLANUEVA, Laura | WERNICKE, Verónica | LOJO, María Nieves | LAZZARINO, María Rosa  
HOSPITAL RODOLFO ROSSI LA PLATA

Introducción: La afectación articular en el lupus eritematoso sistémico (LES) es una de las manifestaciones más frecuentes y de intensidad variable, desde artralgas a artritis severa, deformante. La artritis suele ser transitoria, migratoria y reversible; con menos frecuencia puede tener un curso crónico. La artritis erosiva es inusual (5%). Se ha propuesto que aquellos con artropatía deformante y erosiva podrían constituir un subgrupo de pacientes donde la presencia de Factor Reumatoideo (FR) y anticuerpos anti peptidociclicocitrulinado (anti CCP) tendrían un rol patogénico. Sin embargo, existen diferencias en la literatura respecto a la implicancia de dichos anticuerpos en la severidad del compromiso articular en el LES.

Objetivo: Describir las características de la artritis en los pacientes con LES en nuestra muestra y su relación con el FR y anti CCP.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional de corte transversal de pacientes (p) con diagnóstico de LES según criterios ACR 97, en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital Rossi de La Plata evaluados de marzo a julio de 2016. A todas las pacientes se les solicitó Radiografías de manos frente, FR y anti CCP, mediante inmunoensayo ARCHITECT® system. Se registró de las historias clínicas: edad, sexo, tiempo de evolución del lupus, presencia de artralgas y artritis. En aquellas pacientes que tuvieron artritis: año de inicio, tiempo evolución en relación al diagnóstico de lupus, compromiso mono, oligo o poliarticular, localización (pequeñas, grandes articulaciones), presencia de Artropatía deformante de manos (cualquier desviación corregible o no del eje de articulaciones metacarpofalángicas y de los dedos).

Resultados: Se incluyeron 49p con LES, 46 mujeres (94%) y 3 varones (6%), con un promedio de edad de 44 años (rango 18-65) y de duración de la enfermedad de 10,7 años.

La edad promedio al diagnóstico de LES fue de 24,5 años (rango 16-61), tuvieron artralgas 6 p (12,3%) y artritis 37 p (75,5%).

La artritis se manifestó en 22p al momento de la presentación de LES (59,5%), en 7p estuvo presente antes del diagnóstico (18,9%), y en 8p, posteriormente al mismo (21,6%). Fue poliarticular en 22p, oligoarticular en 13p y monoarticular en 7p; con afección más frecuente de manos en 25p (67,6%).

En este grupo, el FR fue negativo en 35/37p (91%) y solo dos tuvieron FR positivo: 32 UI/ml y 177 UI/ml. Este último, con anti CCP asociado (121 UI/ml). El odd ratio para la asociación entre artritis y Factor Reumatoideo fue de 0,62. Ningún caso presentó enfermedad erosiva.

Solo una paciente sin artritis tuvo FR + (101 UI/ml).

Se encontró artropatía deformante de manos en 7 p, ningún p tuvo FR ni anti CCP.

Conclusiones: La artritis estuvo presente en 75,5% de pacientes con LES, siendo más frecuente su presentación al momento del diagnóstico, de tipo poliarticular y con afección de manos. El FR fue negativo en el 91% de los casos.

La artritis deformante se observó en 7 p, con una prevalencia de 14,3% en nuestra muestra. Todos fueron FR y anti CCP negativos.

En nuestro grupo de pacientes con LES, la presencia de FR y anti CCP no tuvo relación con el desarrollo de artritis erosiva y/o deformante.

Palabras Claves: lupus y artritis

07

28- P07 - LACTANCIA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: 1 - LES/Antifosfolípidos

ACEVEDO, María Magdalena | PRETINI, Julia | MICELLI, Marina | SEQUEIRA, Gabriel | KERZBERG, Eduardo  
HOSPITAL RAMOS MEJIA

Introducción: La lactancia materna es el método óptimo de alimentación infantil durante el primer año de vida dado que la leche materna proporciona nutrientes esenciales, factores de crecimiento y los componentes inmunológicos saludables que el recién nacido a término necesita. Es posible que la condición clínica de las pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (SLE) pueda afectar el inicio y la duración de la lactancia.

Objetivo: Evaluar la lactancia en pacientes con SLE.

Material y Método: estudio retrospectivo de casos y controles. Se encuestaron pacientes con SLE (4 o más criterios SLICC ACR/EULAR) que tuvieron un embarazo luego del diagnóstico de SLE y fueron seguidas en el hospital. El grupo control fueron pacientes encuestadas en la sala de espera del servicio de Pediatría. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, nacionalidad, nivel de educación), características de los embarazos y del recién nacido, duración de la lactancia y razones para su finalización. El estudio fue aprobado por el comité de Bioética del Hospital Ramos Mejia y pacientes y controles firmaron consentimiento informado.

Resultados: se estudiaron 36 embarazos de 31 pacientes con SLE e igual número de controles. Ambos grupos fueron de similar edad actual, edad al momento del parto y educación. Ambos grupos tenían 2 hijos (en promedio) y era similar, en ambos grupos, el número de pacientes que amamantarían por primera vez. El porcentaje de partos con bebés prematuros fue similar en ambos grupos. Las pacientes con SLE planificaron sus embarazos con menor frecuencia que los controles (16,7% vs 44,4%, p 0,02), tuvieron mayores complicaciones durante el embarazo (33,6% vs 5,6%; p 0,007) y mostraron una tendencia hacia una mayor frecuencia de complicaciones menores en el recién nacido (25% vs 11,1%; p 0,2). El 25% de las pacientes con SLE tuvo alguna complicación durante el puerperio, en general relacionadas con la actividad de la enfermedad, contra ninguna en las controles (p 0,001). Una mayor proporción de pacientes con SLE no iniciaron el amamantamiento (19,4% vs 5,6% en los controles; p 0,07). El tiempo promedio de lactancia en las pacientes con SLE fue de 6 meses (SD 6 meses) vs 12 meses (SD 8 meses) en los controles (Log Rank test p 0,003).

El 52% de los controles mencionaron que no hubo una razón para suspender la lactancia y consideraron haber amamantado el tiempo adecuado. Por el contrario en las pacientes con LES la causa más frecuente de suspensión fue el inicio de alguna medicación (42%). Sin embargo cuando se analizaron los medicamentos recibidos durante la lactancia, en 6 de 11 casos (55%) las medicaciones fueron bajas dosis de corticoides o Hidroxicloroquina.

Conclusiones: en este estudio retrospectivo de casos y controles, se ha observado que las pacientes con SLE muestran una menor tendencia a iniciar la lactancia, y la sostienen la mitad del tiempo que los controles (6 meses vs 12 meses respectivamente). Si bien la causa más común para suspender la lactancia es el inicio de alguna medicación se podría optimizar la duración de la lactancia mejorando la información de las pacientes.

Palabras Claves: Lactancia.  
Lupus Eritematoso Sistémico.

08

33- P08 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO FAMILIAR

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: 1 - LES/Antifosfolípidos

GARCIA, Lucila | PERA, Mariana Alejandra | SALAS, Adrián Pablo | AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | PENA, Claudia Elizabeth | TESTI, Adriana Carina | COSTI, Ana Carolina | GARCIA, Mercedes Argentina  
HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN, LA PLATA.

Introducción: Se define a un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) familiar cuando desarrolla la misma enfermedad que su consanguineo de 1° grado. Se describe una prevalencia entre el 10-12% y una tasa de concordancia más alta en gemelos monoocigotos que en dicigotos. Existe escasa evidencia científica acerca de las diferencias clínicas y/o inmunológicas entre pacientes con LES familiar y LES no familiar.

Objetivo: Describir la prevalencia de manifestaciones clínicas e inmunológicas en los pacientes con LES familiar y evaluar las diferencias con los pacientes con LES no familiar.

Material y Método: Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo, que incluyó 100 pacientes evaluados en forma consecutiva. Todos cumplieron los criterios de clasificación ACR 97 para LES. Por medio del interrogatorio dirigido se conoció si presentaban algún familiar de 1° grado afectado. Para comparar las variables categóricas clínicas y de laboratorio presentadas por ambas poblaciones se utilizó como método estadístico chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher según correspondiera. Valores de p menores a 0,05 fueron considerados significativos.

Resultados: Once de 100 pacientes (11%) presentaron LES Familiar, de los cuales 10 fueron mujeres (90%) y 1 hombre (10%). El promedio de edad fue 38±13 años. En el caso de los 89 pacientes con LES no familiar, 77 fueron mujeres (87%) y 12 hombres (13%). Edad promedio 38±11 años. Las manifestaciones clínicas se muestran en la tabla 1. Al comparar las variables clínicas e inmunológicas entre pacientes con LES familiar y LES no familiar no hubo diferencias significativas excepto para la presencia de serositis observada en 6/11 (54.5%) versus 22/89 (25%) casos (p = 0,038).

<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/00332A46BED25B101E3C059701.jpg>

Conclusiones: El 11% de los pacientes cursaron Lupus familiar. En los pacientes con LES familiar, las manifestaciones cutáneas y articulares fueron las más prevalentes mientras que los casos esporádicos se destacaron por cursar con mayor frecuencia compromiso renal y pulmonar. La serositis fue la única manifestación que mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Palabras Claves: LES Familiar- LES no familiar- Serositis

## 34- PO9 - PRODUCTIVIDAD DE LA PRIMERA CONSULTA AMBULATORIA EN REUMATOLOGÍA

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: 3 - AR  
Unidad Temática2: 1 - LES/Antifosfolípidos

BROZOVIĆ ROMERO, Yocasta | AIMO, Carolina | ARIAS SAAVEDRA, Maira Alejandra | ASTUDILLO, Valeria | SEQUEIRA, Gabriel | KERZBERG, Eduardo  
SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA.

Introducción: la mayoría de los pacientes con enfermedades reumáticas que se internan en la ciudad de Buenos Aires provienen, en general, de la Provincia de Buenos Aires. Por ende se impone optimizar los recursos para evitar que la dificultad para obtener turnos sumados a las limitaciones que impone la condición reumática afecte el seguimiento del paciente generando numerosas improductivas, quedando inconclusa la resolución diagnóstica y terapéutica del caso.

Objetivo: evaluar la productividad de la consulta ambulatoria y los factores que pueden contribuir a que la consulta sea improductiva.

Material y Método: se analizaron las consultas de primera vez, recibidas en el servicio de Reumatología, durante el periodo de Junio a Diciembre de 2015. Se recogieron los siguientes datos de cada consulta: edad, sexo, lugar de residencia del paciente, obra social, nacionalidad y motivo de consulta. Se registró si el paciente concurría derivado por otro médico o no, si existía en la historia clínica nota del médico derivador y los estudios que el paciente tenía realizados antes de la primera visita. Se recolectaron datos sobre los motivos de consulta y los estudios solicitados por el especialista. Se evaluó en forma prospectiva cuantos pacientes volvieron a una segunda consulta con los estudios solicitados dentro de los primeros 6 meses. En aquellos casos en que no hubo una segunda consulta dentro de los 6 meses de la primera, se consideró consulta improductiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital.

Resultados: se analizaron 346 consultas de primera vez, de las cuales 83% fueron mujeres y el resto hombres. La edad promedio de los pacientes fue 53 años (SD 15). El 54% de los pacientes era de nacionalidad argentina, el 55% vivía en la Ciudad de Buenos Aires y solo el 32% tenía alguna obra social o cobertura médica. Si bien 55% de los pacientes llegaron derivados desde otra especialidad, solo el 25% del total trajo consigo una nota de derivación. El 35% de los pacientes llegó a la primera consulta con un laboratorio general realizado, 29% trajo alguna radiografía realizada y solo el 8% trajo algún estudio inmunológico realizado.

En 114 casos la consulta fue resuelta en la primera visita y el médico reumatólogo no pidió ningún estudio complementario. En 232 pacientes no se llegó a un diagnóstico en la primera consulta y se solicitaron estudios complementarios. Dentro de los primeros 6 meses de seguimiento 106 pacientes volvieron a la consulta y 126 casos (36% del total) fueron consultas improductivas.

Las consultas improductivas no fueron más frecuentes según: sexo, edad, sitio de residencia, existencia de cobertura médica, nacionalidad, existencia de médico derivador o existencia de estudios de laboratorio general realizados a la primera consulta.

El motivo de consulta fue un factor de riesgo para una consulta improductiva: el 61.9 % de los pacientes que consultaron por un síndrome articular fueron consultas improductivas vs 43.9% del resto (p: 0.006). Por el contrario el 33.3% de los pacientes con enfermedad sistémica fueron improductivos vs 56.7% del resto (0.049). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que consultaron por síndromes regionales, osteopatías u otros. Cuando se analizaron las consultas improductivas dentro de los síndromes articulares se observó que solo 12.3% correspondieron a enfermedades inflamatorias.

Conclusiones: alrededor de un tercio de las consultas de primera vez se transformaron en consultas improductivas y correspondieron, en su mayoría, a pacientes que consultan por síndromes articulares no inflamatorios. La distancia al hospital, la edad, la nacionalidad y la ausencia de cobertura médica no fueron factores significativos y a pesar de ello los pacientes pudieron volver a la consulta.

Palabras Claves: Productividad- Consulta ambulatoria- Reumatología

## 35- PO10 - EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE IL-6 Y METALOPROTEINASA 9 POR FIBROBLASTOS SINOVIALES ESTIMULADOS CON LÍQUIDOS SINOVIALES DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS, ESPONDILOARTROPATÍAS O ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: Estudios Complementarios

DI GENARO, María Silvia(1) | BLAS, Rodrigo(2) | MUNARRIZ, Alicia(3) | PARDO HIDALGO, Rodolfo Ariel(4) | TAMASHIRO, Héctor(5)  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS-COINCE (1); CENTRO MÉDICO MEDICI (2); CENTRO MÉDICO CENYR (3); CER (4); CLÍNICA BOLÍVAR (5)

Introducción: Los fibroblastos sinoviales (FS) sufren cambios fenotípicos patogénicos en artropatías crónicas. Así, en estas enfermedades, los FS incrementan su capacidad proliferativa, contribuyen a perpetuar la inflamación a través de la secreción de citoquinas e inducen la destrucción de cartilago y hueso por medio de la producción de metaloproteinasas (MMP) que degradan la matriz extracelular. La MMP9 es una gelatinasa, miembro de la familia de endopeptidasas dependientes de Zn, que degrada colágeno I y II, y participa en la patogénesis de las artritis correlacionando positivamente con la progresión y severidad de la enfermedad. Los líquidos sinoviales (LS) poseen una composición compleja que determina el microambiente en el que se encuentran los FS. Los mecanismos que participan en los cambios de FS a un perfil patogénico no han sido completamente dilucidados.

Objetivo: Con el propósito de investigar los mecanismos que influyen en el fenotipo patogénico de FS, en el presente trabajo comparamos los efectos de LS provenientes de pacientes con osteoartritis (OA), artritis reumatoidea (AR) o espondiloartritis (SpA) sobre la producción de citoquinas y MMP9 por FS.

Material y Método: FS fueron aislados desde LS de pacientes con AR por cultivo en medio DMEM completo con 10% de suero fetal bovino (SFB) y sucesivos pasajes. Luego del tercer pasaje, las células mostraron morfología homogénea bipolar típica y expresaron prolil 4-hidroxiilasa. Los FS de pasajes 4-6 fueron estimulados con un pool de 10 LS de pacientes con OA, AR o SpA en medio DMEM sin SFB. Las células no estimuladas fueron empleadas como controles. Los sobrenadantes (SN) de cultivo fueron obtenidos a las 24, 48 y 72 hs de estimulación. Los niveles de las citoquinas factor de necrosis tumoral (TNF), Interleuquina (IL)-6, IL-23 y factor de crecimiento transformante (TGF- $\beta$ ) fueron cuantificados en los SN empleando kits comerciales de ELISA. La actividad de MMP9 fue estudiada por zimografía y se midió la intensidad de las bandas observadas empleando el programa Image J.

Resultados: se observó que TGF- $\beta$  fue producido basalmente por los FS y la estimulación con los LS no incrementó significativamente su secreción. Si bien TNF e IL-23 fueron inducidos en forma progresiva por los LS de todas las artropatías ensayadas, IL-6 fue secretada solo frente al estímulo con LS de pacientes con AR o SpA. Cuando se analizó la actividad de MMP9 se observó que en contraste a LS de pacientes con OA, los LS de pacientes con AR o SpA estimularon en FS la secreción creciente de MMP9 activa.

Conclusiones: Concluimos que los LS de pacientes con AR o SpA promueven en FS tanto la secreción de IL-6 como la producción sostenida de MMP9 activa. Estos resultados sugieren que los LS de pacientes con AR o SpA recrean para FS un microambiente diferencial y más patogénico que el mostrado por LS de pacientes con OA.

Palabras Claves: Fibroblastos sinoviales, líquidos sinoviales, artritis reumatoidea, espondiloartropatías, osteoartritis, citoquinas, metaloproteína-9.

## 36- PO11 - INCIDENCIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS MAYORES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON POLIMIÁLGIA REUMÁTICA

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: Vasculitis / PMR

POMPERMAYER, Luciano Enrique | GANDINO, Ignacio Javier | MOYANO, Sebastián | MARTINEZ, José Maximiliano | MOLLERACH, Florencia | SCOLNIK, Marina | ROSA, Javier | SORIANO, Enrique  
SECCIÓN REUMATOLOGIA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria relacionada con el uso de corticoides por tiempo prolongado en pacientes de edad avanzada. Por lo tanto, es esperable una alta incidencia de osteoporosis y fracturas asociadas a dicha patología. Existe escasa información acerca de la incidencia de fracturas osteoporóticas en PMR en países en vías de desarrollo.

<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/0036DAC94E5FE47EC184BC701.jpg>

Objetivo: El objetivo de este estudio fue identificar la incidencia y los factores de riesgo asociados con fracturas osteoporóticas en pacientes con PMR.

Material y Método: Métodos: Se revisaron retrospectivamente la historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes con diagnóstico de PMR registrados en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2000-2015. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios de PMR ACR 2012 o con un diagnóstico clínico hecho por un reumatólogo. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de fracturas previas o fracturas traumáticas. Las fracturas osteoporóticas mayores (cadera, muñeca y columna vertebral) recabadas de la HCE durante el periodo de seguimiento fueron consideradas como el evento objetivo. Se calculó la incidencia global y relacionada con el sexo con el 95% IC. Se ajustó un modelo de regresión de Cox para analizar las variables asociadas con sufrir una fractura, incluyendo edad, sexo, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, tiempo de tratamiento y dosis inicial de corticoides.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 998 pacientes, constituyendo un total de 4283 pacientes/año. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Durante el seguimiento se observaron 93 fracturas, con una tasa de incidencia total (casos por 1000 pacientes/año) de 21,7 (IC 95%: 17,7-26,6), 26,3 (IC 95%: 21,2-32,5) para las mujeres y 8,3 (IC 95%: 4,3-15,9) para los hombres. Se observaron 43 fracturas osteoporóticas incidentales de cadera, para una tasa total de incidencia de 10 (IC 95%: 7,4-13,5) por 1000 pacientes/año, 12,5 (IC 95%: 9,2-17) para las mujeres y 2,8 (IC 95%: 0,9-8,5) para los hombres. La tasa de incidencia para fracturas de columna vertebral fue 4,7 (IC 95%: 3,7-2,2), 4,7 (IC 95%: 2,8-7,8) para las mujeres, y 4,6 (IC 95%: 1,9-11) para los hombres. En el análisis univariado los pacientes con fracturas fueron significativamente más mujeres, de edad más avanzada y habían recibido corticoides por un período mayor. En el modelo de regresión de Cox multivariado, las únicas variables asociadas con fracturas osteoporóticas fueron sexo femenino (HR: 2,7 [IC 95%: 1,6-4,6]), y edad mayor al diagnóstico (HR: 1,1 [IC 95%: 1-1,1]).

Conclusiones: Conclusión: Hubo una mayor tasa de incidencia de fracturas osteoporóticas mayores en pacientes con PMR. Las mujeres y los pacientes de edad más avanzada tuvieron un riesgo mayor. Este riesgo debería ser tenido en cuenta cuando se trata esta enfermedad.

Palabras Claves: Polimialgia reumática  
Fracturas osteoporóticas.

## 41- PO12 - EFECTO DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: 1 - LES/Antifosfolípidos

HÜTTMANN, Francisco Javier | BELLOMIO, Verónica | GONZALEZ LUCERO, Luciana | LEÓN, María de La Paz | SANTANA, Mirta | GALINDO, Liliana | LUCERO, Eleonora Del Valle  
HOSPITAL PADILLA

Introducción: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población general en nuestro país es 37,1% y 20,8% respectivamente.

La obesidad impacta sobre diversos parámetros del LES, como disminución de la capacidad funcional y de la actividad física, aumento de fatiga y peor calidad de la vida.

Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con LES en un hospital público en el periodo abril - junio 2016. Estudiar el efecto de la obesidad sobre calidad de vida, actividad de la enfermedad y daño acumulado en los pacientes con LES.

Material y Método: Se realizó el primer corte basal de un estudio prospectivo de 1 año de duración en donde se evaluaron pacientes consecutivos con LES que cumplieran criterios ACR 1987 en el periodo abril-junio de 2016 asistidos en un hospital público. Se evaluaron variables demográficas, clínicas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) para clasificar normal, sobrepeso y obesidad, perímetro abdominal, Síndrome Metabólico (SM), diabetes (DBT), presencia de eventos cardiovasculares (CV), tabaquismo, depresión (PHQ 9), hipotiroidismo; y variables relacionadas al LES: SLEDAI, daño acumulado (SLICC/SDI) y calidad de vida (LupusQoL). Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, test chi 2, test exacto de Fisher, Test T, ANOVA y análisis de regresión.

Resultados: Se evaluaron 100 pacientes con LES, 89 mujeres, edad media 37,8 años  $\pm$  12,3, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 10,3 años  $\pm$  7,1. La mayoría de los pacientes tenían baja actividad con SLEDAI medio 1,48  $\pm$  2,5. El daño acumulado fue bajo, con una media de SLICC/SDI de 1,31  $\pm$  1,6. Al momento de la evaluación 41% recibía dosis de corticosteroides de 10mg, el 87% había recibido dosis mayores a 20 mg/día y el 51% recibía pulsos de metilprednisolona.

Del total de pacientes, 38% (IC 95% 28,5-47,5) presentaron sobrepeso y 27% (IC 95% 18,3-35,7) fueron obesos. Las frecuencias no fueron significativamente diferentes a las de la población general (p=NS). El 49% tenían riesgo cardiovascular muy alto según el perímetro abdominal y el 3% presentaron algún tipo de evento cardiovascular. Hubo 5% de pacientes diabéticos y 24% presentaron síndrome metabólico. Según el score PHQ 9, el 27% de los pacientes presentaba depresión.

No hubo asociación entre obesidad y edad, sexo, comorbilidades, nivel educativo, socioeconómico, depresión, ni variables relacionadas al tratamiento. No hubo diferencias significativas entre puntajes de LupusQoL según IMC (p=0,41). Los pacientes con sobrepeso y obesidad presentaron menor puntaje de SLEDAI (p=0,053) y mayor daño acumulado (p 0,045) que aquellos con IMC normal. La dosis máxima recibida y la dosis acumulada de corticosteroides no fue significativamente diferente entre pacientes con peso normal, sobrepeso, y obesos (p=NS). No hubo diferencias en puntajes de Lupus QoL entre los grupos.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad y sobrepeso fue del 27 y 38% respectivamente. Los pacientes con sobrepeso y obesidad presentaron mayor daño acumulado que los pacientes con IMC normal.

Palabras Claves: Lupus Eritematoso sistémico  
Obesidad  
Calidad de vida























**57**

144- P057 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHCET EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: Vasculitis / PmrPERA, Mariana Alejandra | PENA, Claudia Elizabet | AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | GARCIA, Lucila | RAQUIAR, Jose Eduardo | NAGUA, Viviana | ARTURI, Valeria | COSTI, Ana Carolina | GARCIA, Mercedes Argentina  
HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN, LA PLATA.**Introducción:** La Enfermedad de Behcet es una vasculitis de vaso variable que se caracteriza por la presencia de úlceras orales y genitales múltiples, dolorosas y recurrentes; afectación ocular y cutánea. Afecta principalmente a adultos jóvenes.**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas y abordaje terapéutico de una población de pacientes con Enfermedad de Behcet.**Material y Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el cual se analizó la historia clínica de un grupo de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Behcet asistidos en un centro de referencia de la provincia de Buenos Aires en el periodo comprendido entre 2006 y la actualidad. El diagnóstico de Enfermedad de Behcet se realizó siguiendo los Criterios del Grupo Internacional para el estudio de la misma.**Resultados:** Se incluyó un total de 11 pacientes, 6 (55%) mujeres y 5 (45%) hombres, siendo la mediana de inicio de la enfermedad de 26 años, con un rango entre 15 y 57 años. El síntoma de debut fue: compromiso ocular en 5/11 pacientes (45%), aftas orales en 5/11 pacientes (27%), úlceras genitales en 2/11 pacientes (18%), eritema nodoso y parestia Faciobraquiorcural un paciente respectivamente (9%). El test de patergia se realizó en un único paciente resultando esta prueba negativa. El estudio de HLA pudo realizarse en 6/11 pacientes (55%), siendo HLA B51 positivo cinco de ellos. Con respecto al tratamiento, el corticoide fue la droga más utilizada en 8/11 (72%) de los pacientes, en una dosis promedio de 32 mg/día. Seguido de: azatioprina 5/11 (45%), ciclosporina A 5/11 (45%), ciclofosfamida (3/11), metotrexato (2/11) y talidomida en un solo paciente. Los anti-TNF se utilizaron en 6/11 (55%), destacándose Adalimumab 3/6, Infliximab 2/6 y Golimumab 1/6 pacientes. En todos los casos, las drogas biológicas fueron indicadas luego de falla o suspensión por intolerancia a una o dos drogas inmunosupresoras.<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/014407BC6FF111BCA00FD2801.jpg>**Conclusiones:** En este grupo de pacientes el compromiso ocular fue la manifestación inicial de mayor frecuencia. Evolutivamente, las aftas orales recurrentes se presentaron en todos los casos. El 83% de los pacientes estudiados tenían HLA B51 positivo. El tratamiento de la enfermedad consistió principalmente en el uso de corticoides a dosis altas, azatioprina, ciclosporina A y anti-TNF.**Palabras Claves:** Behcet-uvellitis-aftas orales recurrentes-HLA B51**58**

145- P058 - CONCORDANCIA DE LAS EVALUACIONES GLOBALES DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA ENTRE DIFERENTES MÉDICOS DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: 3 - AR  
Unidad Temática2: OtrosSERRANO, Eliana Rebeca | BANDE, Juan Manuel | SOSA, Julia | SANTA CRUZ, María Julia | MEDINA, María Alejandra | KLAJN, Diana | PAPASIDERO, Silvia Beatriz | CARACCILOLO, José Angel  
HOSPITAL TORNU**Introducción:** Las escalas visuales (EVA) son útiles para medir el dolor y la evaluación global de la enfermedad. Forman parte de varios índices utilizados en la práctica diaria para las decisiones terapéuticas así como en los estudios experimentales para determinar la eficacia de nuevas drogas. En nuestro conocimiento, no ha sido evaluada la variabilidad del EVA global de la enfermedad del médico (EVAm).**Objetivo:** Determinar la concordancia del EVAm entre los profesionales de nuestro servicio con diferentes niveles de formación así como también la variabilidad de dicha escala durante y fuera de la consulta.**Material y Método:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AR. Se excluyeron aquellos con fibromialgia o alguna colagenopatía concomitante, presencia de manifestaciones extraarticulares de la AR u otro proceso que pudiera aumentar los reactivos de fase aguda. De los pacientes incluidos, se seleccionaron aquellas consultas realizadas por los médicos evaluadores con: recuentos articulares 68/66 (NAD68 y NAT66), rigidez matinal, evaluación global de la enfermedad por el paciente (EVAP, 0-100 mm), del dolor (EVAd, 0-100 mm), EVAm (0-100 mm), Entrosquemación (VSG) y Proteína C Reactiva, estos datos fueron transcritos en fichas estandarizadas. Además se detallaron datos demográficos y características de la AR. A partir de los datos consignados en las fichas estandarizadas, 5 profesionales del servicio con diferentes niveles de formación (residentes de 1er (R1) 3er (R3) y 4to (R4) año, jefe de residentes (JR), médico de planta (MP)), completaron un nuevo EVA (EVAm2) en forma ciega respecto al EVAm basal, datos demográficos, HAQ, índices de actividad y tratamiento. Así, de cada paciente se registraron 2 EVAm: uno durante la consulta (EVAm1) y otro en forma ciega (EVAm2). Análisis estadístico: Se describieron las características poblacionales. Se compararon las evaluaciones de los EVAm sin la presencia del paciente entre el MP y los profesionales en distintos niveles de formación y se estimaron intervalos de confianza del 95% para las diferencias observadas. Se comparó el EVAm del MP con y sin la presencia del paciente. Por modelo de regresión lineal se objetivaron los principales determinantes de la evaluación del EVAm sin la presencia del paciente para el MP y el R1.**Resultados:** Se incluyeron las evaluaciones de 195 pacientes, 87,2% mujeres, edad media 52,2 años (DE 13,4). La mediana del DAS28 fue 4,6 (RIC 3,56-5,51). Las medianas de las evaluaciones registradas durante la consulta fueron: NAD68: 4 (RIC 1-9); NAT66: 4 (RIC 1-8); EVAd: 40 (RIC 20-70); EVAP: 40 (RIC 20-60) y EVAm1: 20 (RIC 10-40). Todos los EVAm2 de los residentes fueron mayores que los del MP ( $p < 0,05$ ) (Tabla). Los EVAm2 del JR, R4 y R3 no presentaron diferencias significativas entre sí. El EVAm2 del R1 fue más alto que el de todos los otros residentes. El EVAm1 completado por el MP ( $n = 100$ ) durante la consulta fue 5,44 mm mayor que el realizado fuera de la consulta (IC95: 2,92-7,96). La regresión lineal múltiple de los determinantes del EVAm sin la presencia del paciente evidenció que cuando el evaluador es un profesional experimentando, el principal determinante fue el NAT66 (beta estandarizado= 17,6) seguido por el NAD68 (beta= 4,8) y el EVAd (beta=2,9), y cuando el evaluador es un profesional sin experiencia (R1), el principal determinante fue el NAT66 (beta estandarizado= 15,9) seguido por la VSG (beta= 4,95) y el EVAP (beta=3,7).<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/01459F9914AFF1F7CFFBF50E01.jpg>**Conclusiones:** El EVAm del profesional con más experiencia fue menor que aquellos de los médicos en formación, observándose concordancia entre estos últimos. Evidenciamos que el valor del EVAm fue superior cuando el paciente estaba presente. Los parámetros de mayor peso para determinar el EVAm fuera de la consulta fueron el recuento articular (NAT66 y NAD 68) y el EVAd.**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Evaluación general de la enfermedad del médico, Clinimetría, Concordancia.**59**

147- P059 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA SUBLÍNEA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: EspondiloartritisPEREZ ALAMINO, Rodolfo(1) | ROMANO, Olga(1) | GOMEZ, Beatriz(1) | CARRIZO, Alvaro(1) | SANCHEZ, Natalia(2)  
HOSPITAL AVELLANEDA (1); CÁTEDRA DE BIOESTADÍSTICA. FACULTAD DE MEDICINA (2)**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de morbilidad en pacientes con psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (APs).**Objetivo:** Comparar la prevalencia de ateroesclerosis subclínica en pacientes con PsO y APs y evaluar variables relacionadas con la misma.**Material y Método:** Se incluyeron pacientes consecutivos, mayores de 18 años, con diagnóstico de PsO cutánea y APs (criterios CASPAR), que asistieron a la consulta ambulatoria al consultorio de Dermatología y/o Reumatología del hospital, durante un periodo de 6 meses. Asimismo, se incluyó un grupo control, ajustado por edad y sexo, sin patología inflamatoria reumática. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos, de laboratorio, tratamientos previos y actuales. Se realizó en todos los pacientes eco Doppler de ambas arterias carótidas, determinándose espesor de intima media carotídea (EIMC) (izquierda, derecha, media y máximo valor) y presencia de placas de ateromas como signo de ateroesclerosis. Análisis estadístico: se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson necesarios y se realizó una prueba de hipótesis para cada uno de ellos. También se realizó Test T de comparación de medias, considerándose como significativa una  $p < 0,05$ .**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes (22 PsO y 13 APs) y 31 controles, con una media de edad 53,2 ( $\pm 14,9$ ) años, el 58% fueron mujeres. La media del tiempo de evolución de PsO fue de 17,8 ( $\pm 13,6$ ) años y APs fue de 5,47 ( $\pm 3,6$ ) años. La media del EIMC fue significativamente superior en los pacientes (0,59 $\pm$ 0,25mm) que en los controles (0,45 $\pm$ 0,13mm) ( $p=0,0034$ ), así como las diferencias entre las EIMC máximas (0,68 $\pm$ 0,24mm) vs. (0,49 $\pm$ 0,16mm) ( $p=0,003$ ). No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con y sin artritis. La presencia de placa de ateromas fue demostrada solo en 5 pacientes, sin diferencias significativas con los controles. Entre los casos, los valores de EIMC no se encontraron correlacionados con los valores de glucemia, VSG, PCR, DAS28, PAsI, Colesterol total, HDL, LDL y TG.**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con enfermedad psoriásica se observó una mayor prevalencia de enfermedad macrovascular, reflejado por un EIMC significativamente superior a los controles.**Palabras Claves:** artritis psoriásica, psoriasis, comorbilidades, riesgo cardiovascular**60**

152- P060 - CAPACIDAD LABORAL Y CALIDAD DE VIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA TEMPRANA DE ARGENTINA

Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: EspondiloartritisCOLOMBRES, Francisco(1) | BERMAN, Horacio(2) | SPINDLER, Walter Javier(2) | SINDLER, Alberto(2) | MALDONADO COCCO, José Antonio(3) | OROZCO, María Celeste(4) | SCHNEEBERGER, Emile Edith(4) | ORTIZ, Alberto(5) | PAIRA, Sergio Oscar(5) | ZALAZAR, María Marta(6) | RILLO, Oscar(6) | BAENAS, Diego(7) | ALVARELLOS, Alejandro(7) | ALVARELLOS, Teresita(7) | GARCIA, Mercedes Argentina(8) | SALAS, Adrian(8) | ROMANINI, Félix Enrique(9) | DUARTE, Vanesa Mariel(9) | FERREYRA GARROTT, Leandro Gabriel(10) | SORIANO, Enrique(10) | BERMAN, Alberto(2)  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. NICOLÁS AVELLANEDA (1); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (2); FUNDACION REUMATOLOGICA ARGENTINA "DR. OSVALDO GARCIA MORTEO" (3); INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA (4); HOSPITAL CULLEN (5); HOSPITAL PIROVANO (6); HOSPITAL PRIVADO, CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA (7); HOSPITAL SAN MARTIN LA PLATA (8); HOSPITAL RADVADIA (9); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (10); MINISTERIO NACIONAL DE TUCUMAN (11)**Introducción:** La Artritis Psoriásica es una enfermedad inflamatoria crónica de severidad variable que puede llevar al daño articular, deformidades y limitaciones físicas. El compromiso articular, el dolor y la pérdida de la movilidad pueden estar asociados a ausentismo, pérdida laboral y disminución de la calidad de vida. La detección temprana y el tratamiento oportuno pueden mejorar el pronóstico de la enfermedad.**Objetivo:** Evaluar la capacidad laboral y calidad de vida en pacientes con Artritis Psoriásica (APs) temprana.**Material y Método:** Estudio multicéntrico, se incluyeron pacientes con APs de reciente comienzo (<3 años evolución) que cumplieron criterios CASPAR del Consorcio de Espondiloartritis Temprana. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, genéticas e imagenológicas. Se evaluaron pérdida laboral y días laborales perdidos en los 6 meses previos a la visita basal, atribuibles a su enfermedad de base, y calidad de vida medida por PsAQoL. Análisis estadístico: estadística descriptiva, correlación de Pearson, diferentes modelos Lineales Generalizados.**Resultados:** Se incluyeron 108 pacientes con diagnóstico de APs. El 53% (57/108) sexo masculino, edad media 48,4 (DS 12,5). El tiempo medio de evolución de APs fue 17,6 (DS 9,8) meses. Setenta y un pacientes (65,7%) presentaban compromiso periférico, 31 (28,7%) mixto, y 6 (5,5%) axial. El HLA-B27 fue positivo en 4/60 (6,6%), un paciente con compromiso mixto y 3 con periférico. BASDAI 4,81  $\pm$  2,66; BASFI 3,75  $\pm$  2,70; PsAQoL 7,24  $\pm$  6,44; HAQ-A 0,72  $\pm$  0,61, evaluación global de la actividad por el médico (por Escala Visual Numérica EVN) 3,76  $\pm$  2,33, y evaluación del dolor (por EVN) 5,22  $\pm$  2,98. El promedio de días laborales perdidos por enfermedad en los últimos 6 meses fue 8,6 (DS 32,1), y de acuerdo al modelo de regresión de Poisson, estuvo significativamente asociada a la presencia de entesitis, número articulaciones inflamadas, a peor BASDAI, BASFI, menor nivel de escolaridad, dolor y evaluación global de la actividad por el médico ( $p < 0,0001$ ). Cinco pacientes perdieron su trabajo a causa de la APs. El 12% de los pacientes tenían certificado de discapacidad, y la posesión del mismo, de acuerdo al modelo de regresión logística, se asoció a mayor tiempo de evolución de la APs ( $p = 0,02$ ). Se determinó que la disminución de la calidad de vida medida por PsAQoL se correlacionó significativamente con evaluación de la actividad de la enfermedad por el médico ( $p < 0,001$ ) y el dolor ( $p < 0,01$ ) usando un modelo de regresión lineal.**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con APs temprana el deterioro de la capacidad laboral expresada en días laborales perdidos se asoció a parámetros de actividad de la enfermedad y discapacidad funcional. La evaluación global de la actividad por el médico y el dolor fueron las principales variables asociadas independientemente a la afectación de la calidad de vida de los pacientes.**Palabras Claves:** Artritis Psoriásica, calidad de vida, capacidad laboral, temprana



**65****194- P065 - EVALUACIÓN INFECCIOLOGICA DE PACIENTES REUMATOLÓGICOS PREVIOS A LA INMUNOSUPRESIÓN. TERCER AÑO DE EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO DEL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO HIV**Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: OtrosROCCIA ROSSI, Ines | COSTI, Ana Carolina | GARCIA, Mercedes Argentina | SANSINANE, Pierina | SALAS, Adrian | VULCANO, Ariel | TESTI, Adriana Carina | MÁRCOS, Josefina | ESPOSTO, Amado | NUCCETELLI, Yanina  
HOSPITAL SAN MARTIN, LA PLATA**Introducción:** La evaluación pre-inmunosupresión es una práctica rutinaria especialmente en pacientes oncohematológicos (OH) y trasplantados. Menos conocido es el impacto de estas prácticas en otras enfermedades como colagenopatías y Enfermedad Inflamatoria Intestinal que requieren Tratamientos Inmunosupresores (TIS).**Objetivo:** Describir las características clínicas, resultados de estudios de laboratorio e intervenciones realizadas en los pacientes reumatológicos evaluados en el Consultorio del Pacientes Inmunocomprometido (CPIC).**Materiales y Método:** En octubre de 2013 se creó el CPIC en el Servicio de Infectología con la consigna de realizar una evaluación previa a la inmunosupresión; prevención de infecciones, diagnóstico temprano de infecciones subclínicas y adecuar el calendario de vacunación. En este estudio se presentan los pacientes con colagenopatías referenciados del Servicio de Reumatología de Octubre 2013 a Julio 2016; se registraron datos demográficos, antecedentes infecto-contagiosos, TIS previos y evaluación de factores de riesgo para enfermedades endémicas y/u ocupacionales, datos de serologías, PPD, estudios parasitológicos, cultivos según correspondiera y se indicaron vacunas**Resultados:** Se evaluaron 384 pacientes de los cuales 334 (87%) tenían patología reumatológica. De ellos, el 73 % concurre a la segunda consulta. Mujeres: 253 (75,7%), Hombres 81 (24,3%). Mediana de edad 44 (14-77). El 50% de los pacientes presentaron diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR), LES 29%, Vasculitis 8%, Esclerodermia 4% y otros diagnósticos 9% (Sind. Antifosfolípido, Sind. Sjögren, Enf. mixta del tejido conectivo). El 32% tenía Inmunosupresión previa en los últimos 6 meses, manteniendo el mismo porcentaje desde el inicio del CPIC. Once pacientes (4%) presentaron Tuberculosis (TB) previa. En el 17% (35/201) se detectó Infección Tuberculosa Latente (ITL), 28.5% (10/35) presentaron booster positivo. Se detectó viraje tuberculínico en 1 paciente al año de seguimiento. En 35 casos (11%) se retrasó el inicio de la inmunosupresión para permitir el tratamiento de la TB Latente y en dos pacientes el retraso fue debido a la presencia de hepatitis B aguda. De nuestro conocimiento, ningún paciente de este grupo ha desarrollado TB hasta la fecha. Se realizó al 30% la titulación de Anticuerpos posterior a recibir 3 dosis de la vacuna Hepatitis B, siendo el 69% respondedores (35/51). Las vacunas más frecuentemente indicadas fueron dPTa, Hepatitis B, Neumococo 13 valente e Influenza 90%, 79%, 88% y 68%, respectivamente. Otros datos relevantes Tabla 1.

\* A 6 pacientes &lt; 50 años se les ofreció el tratamiento en Centro de Medicina del Viajero (CEMEDI) que funciona en el Servicio de Infectología.

\*\* Se detectaron 2 Hepatitis B aguda

\*\*\* Strongyloides stercoralis 13% (4/31)

<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/019431D53A892D03867AF2C601.jpg>**Conclusiones:** La evaluación temprana del paciente inmunocomprometido que recibirá tratamiento inmunosupresor en un consultorio específico, favorece la prevención, detección temprana y el tratamiento oportuno de patologías infectocontagiosas que pueden interferir en la evolución de la enfermedad y la factibilidad de los tratamientos.

Palabras Claves: Evaluación Pre-inmunosupresión. Vacunas.

**67****199- P067 - ESTUDIO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD POR CAPILAROSCOPIA EN UNA UNIDAD DE ENFERMEADES AUTOINMUNES**Modalidad: Presentación Poster  
Unidad Temática: Estudios ComplementariosARANA, Carlos Horacio | ALONSO, Marta | CHALLIOL, Myrna | CORREA, Cristina  
HOSPITAL DR.ALEJANDRO KORN, LA PLATA, BUENOS AIRES, ARGENTINA**Introducción:** El estudio de fenómeno de Raynaud por capilaroscopia del lecho ungueal (C.P.U) es el estudio de la circulación microvascular de dicha zona y se describen patrones normales y patológicos.**Objetivo:** En un grupo de pacientes de la Unidad de Reumatología del Hospital que presentaban fenómeno de Raynaud , describir las alteraciones que prestaron al realizarles Capilaroscopia del lecho ungueal (C.P.U)**Materiales y Método:** 88 pacientes (81 mujeres), edad promedio 42 años que presentaban fenómeno de Raynaud vistos entre 2014 y 2015 se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y cualitativo de los patrones C.P.U. que mostraban.**Resultados:** Analizamos las historias clínicas de 88 pacientes( mujeres 81) que presentaban fenómeno de Raynaud. El grupo más numeroso fue el de los pacientes con ESP. Al observar los patrones C.P.U. realizados por el Servicio de Dermatología de nuestro hospital se observa que el 70,45% (62) son patológicos y normales el 29,54% (26)

En el grupo mayoritario : ESP (35) el 88,57 % presento patrón patológico y de ellos (26) 74,28% tenían un patrón SD. En otro grupo de paciente con enfermedades sistémicas autoinmunes (no ESP) presentaban valor patológico (26) 65% y de estos 25% (10) presentaban un patrón SD.

**Conclusiones:** Es importante destacar como conclusión la utilidad de la C.P.U. en el estudio de las enfermedades autoinmunes sistémicas, permitiendo darnos una aproximación etiológica del fenómeno de Raynaud. Tiene un valor muy importante en el reconocimiento de la Esclerosis Sistémica, aportando datos en cuanto a evolución y actividad. El hallazgo del patrón SD más datos clínicos y de laboratorio nos orientan así también en el reconocimiento de Esclerodermia, Enfermedad mixta del tejido conectivo y Dermatomiositis. Por lo que, debe integrar parte del estudio del fenómeno de Raynaud y sospecha de enfermedad autoinmune**66****197- P066 - ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA Y ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL**Modalidad: Presentación Oral  
Unidad Temática: Espondiloartritis  
Unidad Temática2: Estudios ComplementariosCAZENAVE, Tomás | OROZCO, María Celeste | SCHNEBERGER, Emilce | CITERA, Gustavo | ROSEMFETT, Marcos  
INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA**Introducción:** Existe evidencia que demuestra un aumento del riesgo cardiovascular(CV) en pacientes con Espondiloartritis (EspA). La ultrasonografía (US) carotídea es útil para evaluar el riesgo CV a través de la detección de ateromatosis en etapas tempranas.**Objetivo:** Evaluar el riesgo CV estimado por un índice tradicional y la prevalencia de ateromatosis subclínica en pacientes con EspA axial**Materiales y Método:** Se diseñó un estudio de corte transversal incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico de EspA axial (ASAS 2009) sin historia previa de eventos CV. Se incluyeron datos demográficos y de la 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 51 pacientes con EspAx. La edad media fue  $43 \pm 13$  años, y el 75% eran hombres. La mediana de duración de la enfermedad fue de 12 años (RIC:6-23), y la media de BASFI y BASDAI de  $3.8 \pm 2.9$  y  $3.9 \pm 2.6$ , respectivamente. El 65% recibía AINES y 51% tratamiento biológico. Once pacientes (22%) tenían hipertensión, 13 (25%) dislipemia, y 9 (18%) eran tabaquistas. La media de puntuación del índice Framingham fue de  $8.6 \pm 1.3$ . Los pacientes fueron clasificados en: bajo riesgo: 34 (67%); moderado riesgo: 12 (23%) y alto riesgo: 5 (10%). La evaluación US detectó presencia de LUS (placa y / o IMT) > 0.90 mm) en 21 (41%) pacientes, presencia de placas en 19 (37%), y de IMT> 0.90 mm en 13 (25%). Las frecuencias de LUS halladas en los pacientes agrupados en las diferentes categorías de Framingham fueron: bajo riesgo: 6/34 (18%); moderado riesgo: 10/12 (83%); alto riesgo: 5/5 (100%). En el análisis univariado la presencia de LUS fue más frecuente en los pacientes de mayor edad ( $p < 0.0001$ ), mayor duración de la enfermedad ( $p = 0.008$ ), hipertensión ( $p = 0.01$ ), dislipemia ( $p = 0.008$ ) y mayor BMI ( $p = 0.02$ ). Luego 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 de edad para predecir la presencia de LUS fue de 42.5 años, con una sensibilidad y especificidad del 85% y 82%, respectivamente (ABC: 0.90). La prevalencia de LUS fue de 82% ( $n = 18$ ) en pacientes con edad  $\geq 42.5$  años, en comparación con sólo el 10% ( $n = 3$ ) en aquellos con edad < 42.5 años.**Conclusiones:** Un porcentaje importante (35%) de pacientes clasificados en riesgo bajo-moderado según el índice de Framingham presentaron aterosclerosis subclínica en la evaluación US carotídea. La gran mayoría de los pacientes de más de 42.5 años presentaron lesiones carotídeas de alto riesgo. Este hallazgo motiva la necesidad de buscar las herramientas necesarias para minimizar los factores de riesgo CV en este grupo de pacientes.

Palabras Claves: Espondiloartritis ateromatosis ultrasonografía























































177

101- PO177 - COMPROMISO MAMARIO COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER

Modalidad: Presentación Poster  
 Unidad Temática: 11 - Casos Clínicos

CALVO, Romina Andrea | ROVERANO, Susana | ORTIZ, Alberto | PAIRA, Sergio  
 HOSPITAL CULLEN

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester es una histiocitosis de células no Langerhans, caracterizada por la infiltración de los tejidos por histiocitos espumosos asociados con células gigantes de tipo Touton e infiltrados linfoides mixtos. Hay menos de 700 casos comunicados en el mundo y sólo siete casos con afectación de mama.

Objetivo: Describir otros 4 casos de mujeres con enfermedad de Erdheim Chester, que presentaron afectación de mamas, sin compromiso sistémico durante el seguimiento (2-8 años)

Resultados: Anatomía Patológica: En los cuatro casos se hallaron células epitelioides con abundante citoplasma espumoso y células gigantes multinucleadas de tipo Touton, con un infiltrado linfóide mixto.

Conclusiones: La enfermedad de Erdheim-Chester fue descrita por primera vez en 1930. Es una enfermedad inusual de origen desconocido, por lo cual es infra-diagnosticada. Clínicamente semeja una neoplasia e histológicamente se debe diferenciar de otras histiocitosis. Puede presentar artralgia, síntomas constitucionales, exoftalmos, diabetes insípida, compromiso ureteral o de retroperitoneo, xantomas cutáneos, síntomas neurológicos y compromiso intersticial de pulmón entre otras manifestaciones.

El compromiso mamario es infrecuente. Hay sólo siete casos comunicados, seis eran mujeres y cinco mostraron una afectación multisistémica simultánea. Las dos restantes presentaron compromiso mamario de inicio, pero en los 2-3 años subsiguientes desarrollaron afectación multisistémica. Estos 4 casos se presentaron como una masa mamaria aislada y no presentaron afectación sistémica durante el tiempo de seguimiento. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta: neoplasia, enfermedad de Rosai-Dorfman, vasculitis de la mama y mastitis relacionada con IgG4. Sin embargo, la mastitis granulomatosa fue el primer diagnóstico histopatológico en la mayoría de nuestros pacientes. La inmunotinción con células CD 68 y CD163 positivas y CD 1a, S 100 e Ig G4 negativas permitieron confirmar el diagnóstico.

Palabras Claves: Erdheim Chester  
 Mastitis granulomatosa

178

115- PO178 - CALCIFICACIONES ESPLÉNICAS: ASOCIACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Presentación Oral  
 Unidad Temática: 1 - LES/Antifosfolípidos  
 Unidad Temática: 11 - Casos Clínicos

CRABBÉ, Emilio Juan | ZUNINO, Alfredo Orencio | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio Oscar  
 HOSPITAL CULLEN

Introducción: El compromiso del bazo en pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) comprende la esplenomegalia, el infarto esplénico, la atrofia esplénica, la asplenia funcional y la ruptura espontánea del bazo entre otras. Las calcificaciones esplénicas son un hallazgo infrecuente, pudiendo encontrarse también en infecciones, enfermedad hematológica, hepática u ocupacional.

Objetivo: Describir 2 pacientes con diagnóstico de lupus que presentaron calcificaciones esplénicas múltiples en su evolución, con estudios negativos para causas secundarias.

Conclusiones: Las calcificaciones esplénicas en LES usualmente son un hallazgo casual, tal como ocurrió en las pacientes presentadas. Otras entidades también pueden cursar con calcificaciones esplénicas, tales como infecciones (tuberculosis, histoplasmosis, brucelosis, candidiasis, sífilis, entre otras), anemia drepanocítica, amiloidosis, en trabajadores del carbón, traumatismos o isquemia, situaciones descartadas en estas pacientes.

En el LES el bazo típicamente tiene tamaño normal, las calcificaciones respetan el parénquima subcapsular e histológicamente se presenta con lesiones en catáfilas de cebollas, con tres capas separadas de fibrosis periarterial.

Estas calcificaciones podrían atribuirse a infartos o vasculitis del bazo, no se asocian a actividad del LES y no requiere modificación del tratamiento de la enfermedad de base.

<http://www.eventgo.com.ar/SAR2016/files/01151D77455686B9F283A23D02.jpg>

Palabras Claves: LES, Calcificaciones esplénicas, esplenomegalia

179

119- PO179 - SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY. COMUNICACIÓN DE UN CASO

Modalidad: Presentación Poster  
 Unidad Temática: 11 - Casos Clínicos

GONTERO, Romina Patricia | ROVERANO, Susana | ORTIZ, Alberto | PAIRA, Sergio  
 HOSPITAL J. M. CULLEN

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) es caracterizado por una tríada clásica: una malformación capilar cutánea (mancha de vino de Oporto), hipertrofia del tejido blando y/o óseo en extremidades, y malformaciones venosas resultantes en venas varicosas u otras malformaciones del sistema venoso profundo. Se diagnostica mediante la presencia de cualquiera de dos de las tres características antes mencionadas.

Objetivo: Comunicar un caso de Síndrome de Klippel-Trenaunay.

Material y Método: Caso: Paciente de 39 años que consulta por lumbalgia mecánica, y artralgias en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Al examen físico presentaba angioma capilar, eritema perneo en rodillas, dorso de mano y muñeca; macrodactilia de tercer y cuarto dedo de mano derecha, de primer y segundo dedo en pie bilateral, sindactilia de segundo y tercer dedo de pie de manera bilateral, mama supernumeraria, várices groseras en miembros inferiores. Laboratorio: hemograma, hepatograma, función renal, proteinograma por electroforesis, sedimentado de orina, proteinuria de 24 hs y clearance de creatinina normal, FAN (hep2) 1/640 patrón moteado, Anticentrómero positivo, Factor reumatóide, anti CCP, anticardiolipinas, β2 glicoproteína I, Anti Ro, Anti La, Anti Sm, Anti RNP, Anti histonas, Anti Jo, SCL 70 negativos. En radiografías de manos se observa engrosamiento cortical de metacarpienos y aumento de partes blandas en tercer y cuarto dedo de mano derecha; en radiografía de pies engrosamiento cortical de metacarpienos y falanges aumentadas de longitud.

Conclusiones: Además de la tríada clásica el SKT puede presentar manifestaciones atípicas como sangrados y úlceras producidas por malformaciones vasculares en el tracto gastrointestinal, genitourinario, bazo, sistema nervioso central. Estas características deben tenerse en cuenta al evaluar manifestaciones tales como hematuria, hematoquecia, cefalea, convulsiones, e ictericia en pacientes con KTS. El diagnóstico diferencial de una lesión vascular asociada con agrandamiento de las extremidades debe incluir otros trastornos como el síndrome de Sturge-Weber, el síndrome de Parkes-Weber y el síndrome de Proteus. El síndrome de Klippel-Trenaunay con sus complicaciones multisistémicas requiere un enfoque multidisciplinario para un manejo integral.

Palabras Claves: macrodactilia, sindactilia, síndrome de Klippel-Trenaunay

180

121- PO180 - ENFERMEDAD DE KENNEDY

Modalidad: Presentación Poster  
 Unidad Temática: 11 - Casos Clínicos

NEGRI, Melina | SANDOBAL, Clarisa | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio  
 HOSPITAL CULLEN

Introducción: También conocida como amiotrofia bulboespinal de herencia recesiva ligada al cromosoma X e inicio en la edad adulta, es producida por un trastorno poliglutamínico como resultado de la repetición anómala de la secuencia (Citocina-Adenina-Guanina) en el gen AR del cromosoma X que codifica para el receptor de andrógeno.

Objetivo: Presentar 2 casos con diagnóstico de enfermedad de Kennedy.

Material y Método: Caso I: hombre de 43 años sin antecedentes familiares de jerarquía, que consulta por fatiga post ejercicios y dificultad para subir escaleras de 4 años de evolución. Examen físico: gradación de fuerza 5/5 proximal

Laboratorio: VES: 10 mm<sup>1</sup> h; TSH 3,28 (VN < 4 mIU/l); VHC, VHB y VIH no reactivos; CPK 2954 (VN < 195 u/l), LDH 416 (VN < 460 u/l), aldolasa 17,5 (VN < 7.5 u/l), TGO 60 (VN < 35 u/l), TGP 67 (VN < 40 u/l). FAN (hep2), DNA n, Sm, RNP, Ro, La, ANCA P y C (-). Alfa glucosidasa e inhibición de alfa glucosidasa: normales  
 Ecocardiograma, ecodoppler cardiaco y RMN de encéfalo: normales  
 Electromiografía: potenciales poli-fásicos sin signos de miopatía.

Caso II: hombre de 32 años presenta fatiga posterior al ejercicio  
 Examen físico: fasciculaciones en rostro y escapular izquierda, gradación de fuerza 5/5, ginecomastia, trastornos de fertilidad.

Laboratorio: VES 8 mm<sup>1</sup> h; TSH 3,45 (VN < 4 mIU/l); CPK 1133 (VN < 195 u/l), aldolasa 23,4 (VN < 7.5 u/l), TGO 52 (VN < 35 u/l) TGP 83 (VN < 40 u/l). FAN (hep 2) y DNA n (-), C3 132; C4 20,4. Alfa glucosidasa e inhibición alfa glucosidasa: normales  
 Espirometría, RMN columna cervical y dorsal y ecocardiograma bidimensional: normales  
 Electromiografía: polineuropatía mixta axoniométrica.  
 Biopsia musculo deltoides: centralizaciones nucleares y atrofia, componente linfocitario

Conclusiones: Ambos casos presentaron compromiso muscular manifiesto por temblor, debilidad proximal, fasciculaciones e intolerancia al ejercicio y aumento de las enzimas musculares, tal como se describe en la literatura. La biopsia presenta atrofia fascicular segmentaria alternada con fascículos de aspecto normal y fibras hipertróficas, proliferación de tejido conectivo y adiposo interfascicular, núcleos en posición periférica, compatible con atrofia muscular progresiva, similar al caso que presentamos.

Palabras Claves: Miopatía, enfermedad de motoneurona, amiotrofia bulboespinal, Enfermedad de Kennedy

















