

# 50° Congreso Argentino de Reumatología

City Center – Rosario - Santa Fe - Argentina  
11 al 14 de octubre de 2017



Revista Argentina de  
**REUMATOLOGÍA**

Fundada por el Dr. Armando Maccagno

---

## COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2019

### Presidente

DR. ENRIQUE R. SORIANO

### Vicepresidente

DR. CÉSAR E. GRAF

### Secretario

DRA. MARÍA CELINA DE LA VEGA

### Presidente Anterior inmediato

DRA. ALEJANDRA BABINI

### Tesorero

DR. GUILLERMO BERBOTTO

### Vocales Titulares

DR. MARCOS ROSEMPFET  
DR. GUSTAVO CASADO  
DRA. MERCEDES A. GARCÍA  
DRA. VERÓNICA SAURIT  
DRA. AMELIA GRANEL  
DRA. ELEONORA LUCERO  
DRA. MARÍA ELENA CRESPO  
DR. DAMIÁN DUARTES NOÉ  
DR. JAVIER ROSA

### Vocales Suplentes

DRA. VANESA COSENTINO  
DR. DARÍO SCUBLINSKY  
DR. CARLOS PERANDONES  
DR. OSCAR FERNÁNDEZ CARRO  
DR. JUAN SOLDANO

### Revisores de Cuentas

DR. CARLOS WIEDERHOLD  
DRA. MARÍA CONSTANZA DANIELSEN

### Representante PANLAR

DR. BERNARDO PONS-ESTEL

### Edición científica

#### Editor

SCUBLINSKY DARÍO

#### Comité Editorial

ALARCÓN GRACIELA (USA)  
ALBA PAULA (Argentina)  
AMIGO MARY CARMEN (México)  
ARANA ROBERTO (Argentina)  
ARINOVICHE ROBERTO (Chile)

ARTURI ALFREDO (Argentina)  
BABINI ALEJANDRA (Argentina)  
BALSA CRIADO ALEJANDRO (España)  
CANOSO JUAN (México)  
CATOGGIO LUIS J. (Argentina)  
CERVERA RICARDO (España)  
CITERA GUSTAVO (Argentina)  
DE LA VEGA MARÍA CELINA (Argentina)  
DUBINSKY DIANA (Argentina)  
ESPIÑOZA LUIS R. (USA)  
GARCÍA MERCEDES (Argentina)  
HOFMAN JULIO (Argentina)  
MALDONADO COCCO JOSÉ (Argentina)  
MARTÍN MOLA EMILIO (España)  
PAIRA SERGIO (Argentina)  
PERANDONES CARLOS (Argentina)  
ROSEMPFET MARCOS (Argentina)  
RILLO OSCAR (Argentina)  
RIVERO MARIANO (Argentina)  
SCHNEEBERGER EMILCE (Argentina)  
SHOENFELD YEHUDA (Israel)  
SORIANO GUPPY ENRIQUE (Argentina)  
SORMANI DE FONSECA MARÍA L. (Argentina)  
SUÁREZ ALMAZOR MARÍA E. (USA)  
VENAROTTI HORACIO (Argentina)  
ZORUBA DIANA (Argentina)

---

## COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

### Presidente:

DR. ENRIQUE R. SORIANO

### Presidente Pasado:

DRA. ALEJANDRA BABINI

### Vicepresidente:

DR. CÉSAR E. GRAF

### Secretario:

DRA. MARÍA CELINA DE LA VEGA

### Tesorero:

DR. GUILLERMO BERBOTTO

### Presidente Comité Científico:

DR. JAVIER E. ROSA

### Comité Científico

JAVIER ROSA  
MARINA SCOLNIK  
SANTIAGO AGÜERO  
VERÓNICA BELLOMIO  
GUILLERMO BERBOTTO  
EMILIO BUSCHIAZZO  
GUSTAVO CITERA  
MERCEDES GARCÍA  
CÉSAR GRAF  
CARLOS PERANDONES  
MARCOS ROSEMPFET  
VERÓNICA SAURIT

EDUARDO SCHEINES  
RAÚL PANIEGO  
EMMA CIVIT

### Comité de Revisión de Abstracts

PAULA ALBA  
DIANA DUBINSKY  
GRACIELA ESPADA  
FLORENCIA MARENGO  
FABIANA MONTROYA  
SILVIA PAPANASIDERO  
MÓNICA SACNÚN  
ADRIÁN SALAS  
JUDITH SARANO  
MAINA DE LA VEGA  
CONSTANZA DANIELSEN  
VICENTE JUÁREZ  
RODRIGO BLAS  
RODOLFO PÉREZ ALAMINO  
HERNÁN MALDONADO FICCO  
EDSON VELOZO  
JAVIER QUAGLIATTO  
MARCOS MENDEZ  
CARMEN DE CUNTO

### Evaluadores de Posters

FRANCISCO CAEIRO  
ALEJANDRO ALVARELLOS  
EDUARDO ALBIERO  
ALEJANDRA BABINI  
IDA EXENI

CARLA GOBBI  
BERNARDO PONS ESTEL  
LUIS CATOGGIO  
ALBERTO BERMAN  
SERGIO PAIRA  
ELEONORA LUCERO  
MARIA ELENA CRESPO  
FACUNDO VERGARA  
ROBERTO BAEZ  
GABRIELA SALVATIERRA  
FERNANDO DAL PARA  
TOMAS CAZENAVE  
FERNANDO SOMMERFLECK  
MARTIN RIOPEDRE  
OSCAR RILLO  
GUSTAVO CASADO  
DARÍO SCUBLINSKY  
GUSTAVO MEDINA  
ETHEL SATURANSKY  
VANESA COSENTINO  
AMELIA GRANEL  
DORA PEREIRA  
CARLA SAUCEDO  
LAURA ACOSTA FELQUER  
VALERIA SCAGLIONI  
MARIA ALICIA LAZARO  
MARINA GARCIA CARRASCO  
ANASTASIA SECCO  
JUAN CARLOS RAGGIO  
MARIA DE LOS ANGELES GALLARDO  
JOSEFINA MARIN

---

Publicación trimestral  
© **NoveltyMed® 2017**

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

E-mail: [info@noveltymed.com](mailto:info@noveltymed.com)

 **NoveltyMed**  
Medical Publishing  
[www.noveltymed.com](http://www.noveltymed.com)

## Carta de bienvenida

---

Estimados colegas y amigos:

Es con gran placer que los invitamos a encontrarnos una vez más en el Congreso Argentino de Reumatología. Esta es una ocasión especial porque celebramos el **50vo Congreso y los 80 años desde el nacimiento de la SAR, una de las Sociedades más antiguas de las Américas, creada por iniciativa del Dr. Aníbal Ruiz Moreno.**

La hermosa Ciudad de Rosario nos recibe una vez más, gracias al compromiso y esfuerzo de la **Filial de Santa Fe: la Asociación de Reumatología Provincia de Santa Fe**. A todos ellos, ¡muchas gracias! Durante todos estos años, que parecen muchos pero que han pasado con vertiginosa velocidad, la Sociedad Argentina ha crecido y se ha superado en forma constante. El Congreso Argentino es reflejo y manifestación de ello. Su calidad científica expresada por la calidad de los disertantes y moderadores y el nivel científico de los trabajos libres hacen del mismo un evento esperado por los Reumatólogos Argentinos y Latinoamericanos.

Una vez más, estamos seguros que cumpliremos, en gran medida, con las expectativas de ustedes. Con más de 10 invitados extranjeros de primer nivel, y alrededor de 20 disertantes argentinos, el Congreso tiene asegurada la actualización de los temas relevantes en Reumatología.

Por primera vez, tendremos dentro del congreso una jornada dedicada totalmente a la Reumatología Pediátrica: las Primeras Jornadas Argentinas de Reumatología Pediátrica de la SAR.

Por otro lado, continuaremos con las mesas redondas, las reuniones de los grupos de Estudio, y los cursos pre- e intra-Congreso. Como desde hace cuatro años también tendremos el Congreso de pacientes, evento que crece año tras año, y que nos acerca al motivo final de nuestra educación continua. Asimismo, como todos los años, el componente social formará parte importante del Congreso, con espacios en el que nos podemos encontrar en un ambiente distendido y alegre, como la cena de clausura o la ceremonia inaugural.

¡Bienvenida la Reumatología Argentina a la Ciudad de Rosario!, cuna de la Bandera Argentina.

*Enrique R. Soriano*  
Presidente SAR

## Becas SAR AGR 2017

---

<b>1. Maldini, Carla</b>	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CÓRDOBA
<b>2. Perez, Silvana</b>	HOSPITAL TORNÚ
<b>3. Bande, Juan Manuel</b>	HOSPITAL TORNÚ
<b>4. Luissi, Aurelia</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>5. Scaglioni, Valeria</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>7. Gandino, Ignacio</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>8. Pierini, Florencia</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>9. Cavalieri, Magdalena</b>	IREP
<b>10. Acosta Felquer, Maria Laura</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>11. Bejarano, Vanesa</b>	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
<b>12. Durigan, Virginia</b>	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
<b>13. Lloves, Nicolás</b>	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
<b>14. Rolon Campuzano, Roger</b>	IREP
<b>15. Mollerach, Florencia B</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>16. García, Lucila</b>	HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA
<b>17. Aguila Maldonado, Rodrigo</b>	HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA
<b>18. Fornaro, Marina</b>	IREP
<b>19. Brom, Martín</b>	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
<b>20. Pons-Estel, Guillermo</b>	HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO
<b>21. Coronel Alé, Andrea</b>	IREP
<b>22. Gomez, Maria Gimena</b>	HOSPITAL ARGERICH
<b>23. Cerdá, Osvaldo</b>	IREP

---

## Índice autores

---

ABADIE, Fernanda Daniela	O 79	ALVAREZ SEPÚLVEDA, Pablo	P 156
ABDALA, Marcelo	P 136, 141, 186, 237	AMARILLA, Alejandra	O 63
ACHILLI, Carla	P 136, 141	AMITRANO, Cristina	O 150 P 30, 62, 263, 280, 281
ACIAR, Mariana Mabel	P 95, 109, 117, 125, 127, 128, 129, 178, 198	ANTON, J	O 83
ACOSTA, C	P 40	ANTONIOL, Maria Noelia	P 211
ACOSTA, Cristina	O 103	AQUINO, Alicia	P 162
ACOSTA, Isabel	O 288 P 86, 282	AQUINO, Valeria	P 54
ACOSTA, Maria Eugenia	P 86, 88	ARAUJO, Graciela	P 50
ACOSTA COLMAN, Isabel	O 63 P 88, 90, 91, 92, 168	ARENIELLO, Evangelina	P 126
ACOSTA COLMAN, María Isabel	P 169	ARÉVALO, Cecilia	P 23
ACOSTA FELQUER, Maria Laura	O 279	ARIAS, A	P 65
ACOSTA H, Eugenia	P 168	ARIAS S., Maira	P 214
ACOSTA RODRÍGUEZ, Eva	O 103 P 40	ARIAS SAAVEDRA, Maira	P 49, 52, 221
ACOSTA-COLMAN, Isabel	P 162	ARTEAGA BROWN, Fernando	P 252
ADROVER, Marianela	P 112, 263	ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andrés	P 134, 215
AESCHLIMANN, Carolina	P 94, 174, 234	ARTURI, Valeria	P 154, 206
AGLIANO, Susana	P 72	ASNAGHI, M	P 242
AGÜERO, Santiago	P 05	ASNAL, C	P 158
AGUILA, Rodrigo	P 241	ASNAL, Cecilia	P 30, 62, 263, 280, 281
AGUILA MALDONADO, R	O 46, 150 P 147, 154, 158, 200, 206, 220, 221	ASTE, N	P 130
AGUILAR, Gabriel	P 06, 34, 35	ASTESANA, Pablo	P 5, 210
AHMED, Nadia	P 252	ASTUDILLO, José	P 52, 106
AHUMADA, Florencia	O 105	ASTUDILLO, Valeria	P 221
AIMO, Carolina	P 52, 192	ASTUDILLO C., Valeria	P 214
AIROLDI, Carla	P 34	AUDISIO, Marcelo	O 170 P 176
ALBA, Paula	P 156	ÁVILA, Gabriela	O 288 P 160, 162, 173, 282, 291
ALBA, Paula Beatriz	P 59, 76, 210, 213, 262	AVILA PEDRETTI, Gabriela	P 86, 88
ALBERTI, María Laura	P 179	AYALA LUGO, Ana	P 88
ALBIERO, Eduardo	O 150 P 59, 76, 158, 210, 213, 262, 263	BABAK, Pedro	P 173
ALBIERO, Juan Alejandro	P 76, 213, 262	BABINI, Silvia	P 284
ALBIN, Monica	P 54	BABINI, Silvia Mabel	P 58
ALEMAO, E	O 83	BAENAS, D	P 130
ALLIEVI, Alberto	P 283	BAENAS, Diego	P 196, 197, 201, 205, 244, 253, 263
ALONSO, Carla	P 76, 213, 262	BAEZ, Roberto Miguel	O 79
ALONSO, María Daniela	P 129	BAILÓN, L	P 292
ALONSO, S	P 40	BALCAZAR PARDO, Ruth Edith	P 100, 101, 113, 135, 252
ALONSO, Sergio	O 103	BALDESSARI, Enrique	P 252
ALONSO LÓPEZ, Maria Daniela	P 125	BALLENT, Marcela	P 156
ALVA, Magaly	P 176	BANDE, Juan Manuel	P 72, 258
ALVARADO, N	P 193	BANERJEE, S	O 83
ALVARELLOS, A	P 180	BARABANI, Carolina	P 147
ALVARELLOS, Alejandro	P 108, 196, 197, 201, 205, 244, 253	BARALIAKOS, Xenofon	P 66
ALVARELLOS, Teresita	P 197, 283	BARBAGLIA, Ana Lucía	O 254 P 117, 171, 185
ÁLVAREZ, Ana Cecilia	P 196, 201, 244	BARCIA, Ricardo	P 23
ALVAREZ, Analía	P 156	BARLOCO, Laura	O 254
ALVAREZ, Cecilia	P 205	BARREIRA, J	P 158
ALVAREZ, Damaris	P 21, 52, 194	BARREIRA, Jc	O 150
ALVAREZ, Marcela	O 246	BARREIRA, Juan C	P 108
		BARREIRA, Juan Carlos	O 46 P 5, 148, 172, 175, 263

BARRIOS, Belen	P 5, 39, 255	BRUSCO, María Isabel	P 161
BARRIOS, Belén Itatí	O 287	BRUZZONE PUCHOK, María E.	P 147
BARRON, Ramiro	P 54	BUHL, Manuel	P 131
BARTEL, G	P 130	BUNIVA, María Celeste	P 53
BARTEL, Guillermo	P 21, 175	BURKETT, A	P 4
BARTH, Angeles	P 106	BUSAMIA, Beatriz	P 59
BARZOLA, María Laura	P 143	BUSCHIAZZO, Emilio	P 21, 95, 109, 125, 127, 128, 129, 178, 198, 218, 255
BASSO, Victoria	P 58	BUTTAZZONI, Natalia	P 129
BASTITA, Mariela	P 284	CABAGNA, Georgina	P 217
BATTAGLIOTTI, Cristina	P 5, 99	CABALLERO, Gabriela Del Valle	O 79
BAUMANN, Karin	P 88, 91, 162	CABRERA, Sonia	O 288 P 216, 282, 291
BAZZALO, Ignacio	P 131	CABRERA-VILLALBA, Sonia	P 160, 162, 164
BAZZARELLI, Marcela	O 254	CABRINI, Romulo Luis	O 139
BEDOYA, Ma Eugenia	P 5	CADILE, Isaac Ignacio	O 103 P 40, 111, 208, 247
BEJARANO, M	P 158	CAEIRO, F	O 150 P 130, 158, 180
BELINI, A	P 74	CAEIRO, Francisco	P 196, 201, 205, 244, 253, 263
BELLOMIO, Verónica	P 117, 156, 171, 185	CAICEDO CORREA, Oscar A.	P 102
BENAVENTE, Emilio Pablo	P 67, 68, 69, 70, 71	CALCAGNO, Juan Carlos	O 22
BENAVENTE, Matias Manuel	P 270, 271	CALVO, Romina Andrea	P 53, 98, 157, 163, 188, 189
BENAVIDEZ, Federico	P 199, 209	CALVO CATALA, J	P 4
BENEGAS, Mariana	O 170 / P 21, 34, 194	CAMARGO, Fabiola	P 135
BENITEZ, Alejandro	P 5	CAMPINS, Federico	P 58
BENITEZ, Cristian	O 107, 254 P 39, 199, 209	CAMPO, César	P 53, 110
BENZAQUÉN, Nadia	P 53, 97, 98, 110, 157, 163, 188, 189, 201, 253	CANCINO, E	P 292
BERBOTTO, G	P 180	CAPELUSNIK, Dafne	O 254, 257 P 258, 261
BERBOTTO, Guillermo Ariel	P 142, 217, 234	CAPOZZI, María Nieves	P 75
BERBOTTO, Leonel	P 142, 217	CAPOZZI, Nieves	P 194, 221
BERETTA, Pablo	P 182	CAPPUCCIO, Toporosi	P 5
BERMAN, Alberto	P 108, 197	CAPUCCIO, Ana	P 156
BERMEJO, Veronica	O 107	CAPUTO, Marina	P 124, 126
BERON, Ana María	P 134, 191, 219	CAPUTO, Victor	P 73, 224
BERSANO, María N.	P 174	CARACCIOLLO, José Ángel	O 22 P 20, 21, 72, 102
BERTOLACCINI, María C.	P 185	CARCAMO, Marina	P 31, 32, 77, 78
BERTOLI, Ana	O 170 P 5, 34, 176	CARDIEL, M	P 74
BETANCOURT, Andrés	P 23, 134	CARLEVARIS, Leandro Rubén	P 5
BETTIO, Silvano	P 97	CARO, Fabian	P 179
BLANCO, Eliana	O 254 P 199, 209	CARRASCO, Agustina	P 55
BLUA, Ariel Eduardo	P 196, 244, 253	CARRILLO, Marina	P 161
BOFFA, Silvana	P 280, 281	CASADO, Gustavo	O 22 P 21, 108
BOHR, Analía	O 22 P 21, 167	CASADO, Gustavo Christian	P 5, 73, 194, 224
BOHR, Analía Verónica	P 5	CASALLA, Luciana	P 75, 194
BORGIA, María Victoria	P 270, 271	CASAS, Eduardo Martin	P 4
BORLENGHI, Cecilia	P 197	CASTAÑEDA, O	P 74
BOTTINELLI, Yanina	P 124, 126, 283	CASTELLI, Graciela	P 74, 197
BRAILLARD POCCARD, Andrea	O 287 P 39, 133, 222	CASTIGLIONI, Alejandro	P 245
BRANCE, María Lorena	P 234, 243, 245	CASTILLA, S	P 166
BRAVO, Maximiliano	O 170 P 34, 43	CASTILLA, Santiago	P 242
BRIGANTE, Jorge Alejandro	P 5, 100, 101, 113, 135, 252	CASTILLO, Harold	P 102
BROM, Martín	P 190, 193, 258	CATALÁN PELLET, Antonio	O 46, 150 P 158, 263
BROZOVIC ROMERO, Yocasta	P 214	CATAY, Erika	O 170 P 34
BRUN, Lucas	P 6, 35, 234	CATOGGIO, Cecilia	P 130, 156
BRUNNER, Hi	O 83	CATOGGIO, L	P 180, 293
BRUSCO, I	P 42		

CATTOGIO, Cecilia	P 39	CRESPO AMAYA, Gloria Del C.	O 150 P 158
CAVALIERI, Magdalena	O 257, 287 P 39, 261	CRESPO ESPINDOLA, Maria	O 287
CAVALLASCA, Javier	P 114, 115, 156	CRESPO ESPINDOLA, María E.	P 95, 125, 178, 198
CAVILLON, Emilia Marta	P 5	CROW, Catherine	P 30, 62, 158, 263, 280, 281
CAZENAVE, Tomás	O 170, 260 P 34, 143, 176, 231	CRUZAT, Vanesa	P 21, 263
CEBALLOS RECALDE, Flavia	P 201, 253	CUADRANTI, Nadia	P 136, 186
CEDEÑO, V	P 292	CUADROS, Sabrina	P 31, 32, 77, 78
CERDA, Osvaldo Luis	P 5, 20, 255, 256, 259	CUCCHIARO, Natalia Lili	P 95, 109, 125, 127, 128, 129, 178, 198
CERVETTO, Vanesa	P 161, 278	CURTI, Ana	P 65, 156
CHACHELEVICIUS, Carla Melisa	P 124, 126	CUSA, Alejandra	P 194
CHAVERO, Ignacio	P 234	CUSA, María Alejandra	P 8
CHERTCOFF, Anibal Sebastian	P 148	CUTTICA, R	P 42
CHICHOTKY, Yamila	P 21	DAL PRA, Fernando	P 156, 259, 261
CHIMENTI, Cristian	P 8	DANIELSEN, Maria	P 156
CHRISTIANSEN, Silvia	P 293	DE ABREU, Paloma	O 288 P 282, 291
CHUNG, Kyu Tai	P 41	DE CILLIS, Verónica	P 167
CHUQUIMIA, Jearmany	P 21	DE GUILLÉN, Ivalena	P 88
CHUQUIMIA, R	O 150	DE LA SOTA, Mercedes E.	P 5
CITERA, Gustavo	O 254, 257, 260 P 21, 34, 74, 95, 218, 231, 255, 256, 258, 259, 261	DE LA TORRE, María Laura	P 181, 184
CIVIT, Emma	P 156, 165	DE LA VEGA, María Celina	O 107, 287 P 5, 39, 95, 194, 199, 209
CIVIT, Emma de Garignani	P 270, 271	DE OLLOQUI, Guillermo	O 79
CÓCARO, Nicolás	P 245	DEL CAMPO, Karina Mara	P 51
COLACRAI, Romina	P 237	DEL VALLE, Hector Fabian	P 2
COLLADO, María Victoria	O 287 P 5, 39, 131	DELACASA, Alejandro	P 37, 38
COLLIA, L	P 2	DELGADILLO, Pedro	O 288 P 173, 282
COLMÁN, Gloria	P 168	DELLEPIANE, Analia	P 21
COLMÁN, Nelly	P 162, 173	DEMARCHI, Julia	O 46, 150 P 20, 21, 148, 158, 172, 175, 263
COLMÁN MC LEOD, Nelly	P 84	DEMARCHI, Marcela	P 262
COLOMBRES, Francisco	O 254 P 108, 197	DI SIBIO, Alejandro	P 209
CONFORTI, Andrea	P 156	DÍAZ, Clarisse	P 291
CONLON, María Carolina	P 75	DIAZ, Monica	O 22, 79 P 156
CONTE, María Soledad	P 142, 217	DOMINGUEZ, Nadia	P 106
CONTI, S	P 180	DORIA, Andrea	P 97
CÓRDOVA, Ezequiel	O 107	DOTTO, Gladys	P 262
CORONEL, Johana	O 63	DOUGADOS, Maxime	P 108, 140
CORONEL ALE, Andrea	O 260 P 20, 255, 256, 259	DRELICHMAN, Guillermo	P 6, 35
CORREA, María de Los Ángeles	P 21, 194, 255	DRENKARD, C	P 180
CORTESE, Noel	P 186	DUARTE, Margarita	O 63 P 86, 88, 90, 91, 92, 162, 168, 173, 207, 212, 216
COSATTI, Micaela	O 287 P 39, 156	DUARTE, Vanesa	P 108, 197, 218
COSENTINO, Vanesa	P 214, 221, 258	DUARTE-MUSSI, Margarita	P 160, 164
COSENTINO, Vanessa	P 106	DUARTES NOE, Damián	O 287 P 39, 130, 148, 175
COSTA, Cecilia Alejandra	P 114, 115	DUBINSKY, Diana	P 100, 101, 113, 133, 134, 135, 191, 215, 219, 222, 223, 229, 236, 238, 252
COSTI, Ana Carolina	O 287 P 5, 21, 39, 147, 154, 200, 206, 220, 241	DUHAU, Javier	P 41
COSTI, Carolina	P 104	EARSMAN, Geoffrey	P 148
COTIGNOLA, Silvina	P 51	EIMON, Alicia	O 150 P 156, 158
COUSSEAU, Mario	P 156	ELIZAUR, Juan Gabriel	O 288 P 282
CRABBÉ, Emilio Juan	P 53, 157, 165	ELMAMOUN, Musaab	O 279
CRESPO, Alejandro	P 110	ENCINAS, L	O 150 P 158
CRESPO, M	P 130		
CRESPO, María Elena	P 109, 128, 129		
CRESPO, Mariela	P 39		

ERAÑA, Fernando H.	O 79	GARCÍA, M	O 150
ESPADA, Graciela	O 105, 246 P 143	P 158, 180	P 156, 197, 283
ESPINOLA, Sebastian	P 284	GARCIA, Mercedes	P 156, 197, 283
ESPÓSITO, Marta	O 22	GARCIA, Mercedes Argentina	O 46, 287 P 39, 104, 147, 154, 165, 200, 206, 220, 241
ESPOSTO, Amadeo	P 104	GARCÍA, Victoria	P 21
ESTRELLA, Natalia	P 34	GARCÍA CARRASCO, Marina	P 133, 134, 229
ETCHEVERRY, M	P 42	GARCÍA CICCARELLI, Agustin	P 270, 271
ETCHEVERRY, Mayra	P 161, 278	GARCÍA FAURA, Lucrecia	P 54
EXENI, Ida Elena	P 5	GARCÍA SALINAS, Rodrigo	O 287 P 21, 39, 66, 154, 194, 228, 240, 255
EYHERACHAR, Mercedes	P 57	GARGIULO, Maria de Los A.	O 287 P 39, 131
FARA, Nauan Luis	P 54	GARIBOTTI, Gilda	O 79
FASSOLA, Leandro	P 179	GARIGNANI, Federica	P 270, 271
FERINI, Franco	P 110	GATTO, Mariele	P 97
FERNANDEZ, Alejandra Edith	P 51	GAZZONI, Maria Victoria	O 103 P 208, 247
FERNANDEZ, Claudia	P 232	GENOVECE, O.	P 214
FERNANDEZ, Lorena	P 95, 194, 199, 209	GERLING, Cristian	P 38
FERNANDEZ, Marcos	P 37, 38	GERLING MORGADO, C.	P 37
FERNÁNDEZ, Martín	P 179	GERVASONI, V	P 180
FERNANDEZ, Ruth	P 210	GESAR FM, .	O 22
FERNANDEZ CARRO, Oscar N.	O 79	GIACOMONE, Delfor	P 104
FERNANDEZ ESCOBAR, Nicolas	P 6, 35	GILBERTO, Daniel	O 22
FERREIRA, Marta	P 291	GIORDANO, Federico	O 22 P 104, 269
FERREIRA, Virginia	P 53	GIRARD BOSCH, María Paula	O 287 P 39, 194
FERRERO, P	P 40	GOBBI, Carla	O 150 P 59, 76, 158, 210, 213, 262, 263
FERRERO, Paola Virginia	O 103	GÓMEZ, A	O 150 P 158
FERREYRA GARROT, Leandro	P 197	GÓMEZ, Andrea	P 20, 21
FERREYRA MUFARREGUE, L.	P 124, 126	GÓMEZ, Andrea Susana	P 172
FIGUEREDO, Heber Matías	P 211	GÓMEZ, Graciela Noemi	O 287 P 39, 131
FIorentino, Soledad	P 201, 205, 253	GÓMEZ, María Gabriela	P 124, 126
FITZGERALD, Oliver	O 279	GÓMEZ, María Gimena	P 5, 100, 101, 113, 135, 252
FLOR, Rafael	P 90	GÓMEZ, Ramiro	O 287 P 39, 133, 134, 191, 215, 219, 222, 223, 229, 236, 238
FLORES, Janet	P 205, 244	GONTERO, Romina Patricia	P 53, 98, 163, 188, 189
FLORES BALVERDI, Janet	P 196, 201, 204, 253	GONZÁLEZ, Margarita	P 88
FOELDVARI, I	O 83	GONZÁLEZ, Paula	P 221
FONSECA, Emilce	P 141, 237	GONZALEZ, Paula Alejandra	P 75
FONTANA, Anastasia	P 172	GONZÁLEZ LUCERO, Luciana	O 254 P 117, 171, 185
FONTANA, Sebastián	P 59	GORDON, Karina	P 242
FORNARO, Marina N	P 231, 256, 259, 261	GORDON, Sergio	P 37, 38
FRANCO, Marco	O 288 P 282	GOYMIL, Virginia	P 221
FROLA, Alejandro	P 252	GRAF, César	P 34, 156
GALIANO, Agustina	P 31, 32, 77, 78	GRANDA, A	P 4
GALINDO, Liliana	P 117, 171, 185	GRANDE RATTI, M.F.	O 27
GALLAGHER, Phil	O 279	GRANEL, Amelia	O 287 P 5, 39
GALLARDO, M	O 150 P 158	GRECA, Alcides	P 289, 295
GALLO, J	P 4, 130	GRELONI, Gustavo	P 293
GALVAN, Laura Susana	P 285	GROSELLO, Teresita	P 37, 38
GÁLVEZ ELKIN, María Soledad	P 34	GRUPO, Gaucher	P 6, 35
GAMBA, María Julieta	P 75	GRUPPI, Adriana	O 103 P 40
GAMRON, S	P 180		
GANDARA, Esteban	P 58		
GANDINO, I	P 130		
GANDINO, Ignacio	P 5		
GARATE, Gabriela	P 100, 101, 113, 135, 252		
GARAY, Luciana	P 117		
GARAY, María Eugenia	P 128		
GARCÍA, Lucila	P 104, 147, 154, 165, 200, 206, 220, 221, 241, 258		

GUERINI, Lorena	O 246	LAFFONT, Manuela	P 54
GUERRA, Emmanuel	O 46, 132 P 56	LAGRUTTA, Mariana	P 289, 295
GUINSBURG, Mara	P 34	LANCELLOTTI, Diana	P 58
GUIÑAZÚ, Francisco	P 76, 213, 262	LANDEWÉ, Robert	P 108, 140
GUTIERREZ, Marwin	P 176	LAROSA, Maddalena	P 97
GUTIÉRREZ, Silvia Cristina	P 124	LARRABURU, Alfredo	P 57
GUZZANTI, Fernanda	P 270, 271	LARROUDE, María Silvia	P 05, 06, 35, 234
HAMAHUI, Adriana	P 252	LASCA, Luis	P 196, 244, 253
HAMAUI, Adriana	P 100, 101, 113, 135	LAUWERYS, B	O 83
HARTVIG, Claudia	P 21, 94, 174	LAZARO, María Alicia	O 254 P 2, 08, 194
HARVIC, Claudia	O 170	LAZZARINO, María Rosa	P 166, 242
HASSAN, Romina	P 54, 106	LEAL CASTRO, Sheyla	P 236
HAYE, Salinas	P 201	LEGUIZAMÓN, María Lilia	P 187
HAYE SALINAS, M	P 180	LENCINA, María Verónica	P 95, 109, 125, 128, 129, 178, 198
HAYE SALINAS, Maria Jezabel	P 97, 98, 163, 188, 253	LEÓN, María de La Paz	P 117
HELLING, Claudia	P 156	LESPADA, María Inés	O 107
HEREDIA, Mariana	O 246	LEYTON SAN MARTIN, G.	P 292
HERRERA, Gladys Beatriz	P 39, 50, 80	LINDT, Gonzalo	P 31, 32, 77, 78
HERRERA, Laura	O 79	LIZARRAGA, Ana	P 95
HERRERA CALVO, Marcela	O 22	LLOVES, Nicolás	P 218
HOFMAN, Julio	O 22	LLOVES SCHENONE, Nicolás	P 263
HOGREFE, Jimena F.	P 100	LO GIUDICE, Luciano	P 190, 195
HU, María	O 22	LOAYZA REYNOLDS, Grace	P 124, 126
HÜTTMANN, Francisco Javier	P 185	LOJO, María Nieves	O 287 P 39, 166, 242
IACCARINO, Luca	P 97	LÓPEZ, Ana María	P 196, 244, 253
IMAMURA, Patricia	P 156	LOPEZ CABANILLA, Adriana	O 79
ISNARDI, Carolina	O 254 P 256, 258, 259, 261	LOPEZ MEILLER, María José	P 215, 223
ITURRALDE, Carolina	P 37, 38	LOSANTO, Jhonatan	O 63 P 84, 86, 88, 92, 160, 162, 164, 173, 207, 212, 216, 282
IVANOFF, Hever	P 219, 238	LOUW, I	O 83
JARAMILLO GALLEGU, J	O 155 P 193	LOVELL, Dj	O 83
JOLIE, Valery	P 88	LUCERO, Eleonora	P 117, 171, 185, 187
JU, Yung Chi	P 18, 19	LUISSI, Aurelia	O 27, 155 P 193, 195, 283
JUAREZ, Ricardo Vicente	P 95, 109, 125, 127, 128, 129, 178, 198	LUJAN BENAVIDEZ, Federico	O 254
JUAREZ, Vicente	O 287 P 21, 39, 130	MAGRI, Sebastian Juan	P 228, 240
JULIA, Antonio	P 88	MAGUNA LAVILLE, Marcelo	O 139
JURADO, Raúl Artemio	P 111, 247	MAID, Pablo	P 41
KAIRUZ, Ivana	P 230	MALANO, Daniela	P 110
KARIN, Baunman	P 86	MALDONADO COCCO, Jose A	P 108, 140, 197
KELTSEV, V	O 83	MALDONADO FICCO, Hernán	O 254 P 21, 108, 140, 197, 221, 255, 258
KERZBERG, E.	P 214	MALFANTE, Pablo	P 58
KERZBERG, Eduardo	P 5, 49, 52, 106, 192, 221	MALIANDI, María Del Rosario	P 115
KHOURY, Marina	P 131	MALM-GREEN, Samanta	P 156
KILSTEIN, Jorge Guillermo	P 245	MAMANI, Marta	O 46, 132, 139, 150 P 56, 108, 112, 131, 158, 263
KINGSBURY, Dj	O 83	MAMBERTI, Martin	P 147
KIPPES, Antonela	P 289	MANNI, Ja	P 180
KIRMAYR, Karin	O 79 P 5, 21	MANZO, Lourdes	P 110
KISLUK, Boris	P 5, 142, 217	MARCAIDA, Priscila	P 34, 112
KLAJN, Diana	O 22 P 20, 21, 72, 102	MARCOS, A	P 180
KOHAN, María Paula	O 22 P 20, 21, 72, 102	MARCOS, Ana Inés	O 287 P 39
KOHAN, Paula	O 170, 254 P 34	MARENGO, Florencia	P 34, 95
KÖLLIKER, Rodolfo	P 221	MARÍN, Josefina	O 170 P 34, 41, 43, 66, 156
KOSTIANOVSKY, Alex	P 184, 283	MARIN ZUCARO, Nicolas	P 193

MARINO, Diego Andrés	P 223, 229	MORGANTI, Laura	O 107
MARINO, Gabriela	P 128	MORRINSON MANTILLA, E.	P 223, 236
MARIÑO, Marcelo	P 245	MOVIA, Roberto Diego	P 39
MARSAL, Sara	P 88	MOYANO, Sebastian	P 190
MARTÍNEZ, Alejandro	P 21, 108	MUNARRIZ, Alicia	O 22
MARTINEZ, María	P 162	MUNOZ CANTOS, Nevil A.	P 131
MARTINEZ, María Teresa	P 86, 88	MUÑOZ, Alejandro	P 221
MARTINEZ AGUERO, Víctor G.	P 84, 86, 88, 91, 169	MUÑOZ, Nevil	P 194
MARTINEZ MUÑOZ, Alejandro	P 89	MUÑOZ, Sebastián	P 156, 283
MARTINEZ ORTEGA, Julia B.	P 124, 126	MURCIANO, Roxana	P 51
MARTINEZ PEREZ, Jose M.	P 195, 227	MUSSANO, Eduardo Daniel	O 103 P 5, 40, 111, 208, 247
MARTINI, A	O 83	MUSURUANA, Jorge Luis	P 114, 115
MARTIRE, María Victoria	O 132 P 34, 194, 231	MUSZYNSKI, Patricio	P 196, 244, 253
MARTIRE, Victoria	O 170, 260 P 56, 176	MYSLER, Eduardo	P 57, 74, 156
MÁS, Luciana	P 283	NAGUA, Viviana	P 154, 206, 241
MATA, Darío Oscar	P 199, 209	NAJERA, Hugo	P 21
MATELLÁN, Carla	P 221, 258	NAPPA, Guillermina	P 110
MAYER, Maite	P 156	NARCHI, Ana Sofía	P 42
MAZZA, Susana Marcela	P 171	NARVÁEZ, M	P 292
MAZZOLENI, Julio	O 288 P 173, 282, 291	NASI, Silvina	P 270, 271
MECHURA, G	P 242	NAVARRO, Sandra	P 94, 131, 174
MEDINA, Esmilce	P 280, 281	NAVARTA, David	O 170 P 34
MEDINA, Gustavo	P 23	NECUL ESPINOZA, María G.	P 278
MEDINA, María Alejandra	P 20, 21, 72, 102	NEGRI, Melina	P 53, 98, 157, 159, 163, 188, 189
MEDINA BONACHERA, Danith	P 156	NIETO, Romina	P 94
MEIORIN, Silvia	O 105	NIRO, María Cecilia	P 230
MELGAREJO PANIAGUA, Patricia	O 288 P 282, 291	NITSCHKE, Alejandro	O 150 P 30, 62, 158, 263, 280, 281
MELO, Fernando	O 46, 132 P 5, 56, 263	NYS, M	O 83
MELO, Marcia	P 86, 88, 168	O'NOFRIO, Luisina	O 103
MELO-MARTINS, Marcia	P 162	OBEID, Belen	P 295
MÉNDEZ, Marcos	P 156	ODDINO, Juan Andres	P 31, 32, 77, 78
MENVIELLE, Fernando	P 104	OJEDA, Aldo	P 162, 173, 216
MESSINA, Daniel	P 199, 209	OLIVER, Marina	P 284
MESSINA, Osvaldo	O 107	OLMOS, Florencio	P 57
MICELLI, Marina	P 106, 192, 214	OLMOS, María Eugenia	P 196, 244, 253
MILANESIO, Julieta	P 31, 32, 77, 78	ONETTI, Laura Beatriz	O 103 P 40, 111, 180, 208, 247
MILANO, María Claudia	P 75	ONOFRIO, L	P 40
MOLINA, María Josefina	P 62, 80, 81, 131	ORDEN, Alberto	P 283
MOLLERACH, Florencia	P 44, 193, 195	ORMAZA SABANDO, Miguel R.	P 49, 131
MOLOESNIK, Laura	P 243, 245	OROZCO, María Celeste	O 257 P 196, 197, 231, 244, 253
MOLTÓ, Anna	P 108, 140	OROZCO, Santiago	P 196, 244, 253
MONTANER, Luis	P 90	ORTIZ, Alberto	P 53, 98, 108, 130, 157, 159, 163, 165, 188, 189, 197
MONTERO LABAT, Liliana	P 104	ORTIZ, Virginia	O 22
MONTES, C	P 40	ORTIZ GAONA, Nelson Rafael	P 86, 88, 91, 169
MONTIEL, Carmen	O 63 P 92	OTADUY, Cintia	P 76, 262
MONTIEL BERTONE, Mariano	P 230	OTERO, María José	P 166, 242
MONTIEL NARDINI, Olivia	P 198	OTERO, Stephanie	P 289
MONTOYA, Sandra Fabiana	P 131	OTTONE, L.	P 214
MORA, Gabriela Fernanda	O 139 P 138, 232	PACHECO, G	P 4, 292
MORALES CABEZAS, Bella	P 232	PACHIOLI, Fernando	P 37, 38
MOREL, Zoilo	P 282	PAIRA, Sergio	P 5, 53, 98, 130, 156, 157, 159, 163, 165, 188, 189, 197
MORENO, Jose	P 156	PALATNIK, Mariano	P 234, 237, 245
MORENO, José Luis Cristián	P 285	PAMPINELLA, Eugenia	P 53, 110

PANIEGO, Raúl Horacio	O 79	QUINTANA, Rosana M.	P 5, 21, 94, 174, 180
PAPASIDERO, Silvia	O 22, 46, 150, 287 P 20, 21, 39, 72, 95, 102, 158 194, 221, 255, 263	QUINTEROS, Ana	P 5
PAREDES, Ernesto	P 282	QUIROZ, Romina	P 134
PARODI, Roberto Leandro	P 289, 295	QUISPE VILLANUEVA, Laura M.	P 166, 242
PAULIN, Francisco	O 107 P 179	RADOMINSKI, S	P 74
PEIRANO, Valeria	P 31, 32, 77, 78	RAGGIO, Juan Carlos	P 142, 217
PENA, Claudia	P 21, 147, 154, 200, 206, 220, 241, 269, 283	RAICHHOLZ, Gustavo	P 53, 110
PENDÓN, Gisela	O 22 P 104, 131, 108, 156, 269	RAITI, Laura	O 150 P 21, 158, 263
PEON, Claudia	P 199, 209	RAMAGLI, Alicia	O 288
PERA, Mariana	P 34, 154	RAMELLO, Mc	P 40
PERAK, Marilina	P 166, 242	RAMÓN, Claudia	P 128
PERANDONES, Carlos E.	P 211	REBIGLIONE, Daniela Fabiana	P 31, 32, 77, 78
PERDOMO, Viviana	O 46	REBON, Marina A.	P 104
PEREIRA, Dora	O 22 P 5, 21, 104, 108, 269	REIMUNDES, Cecilia	P 41
PEREZ, Nicolas	P 39, 131	REMOLINA RINCÓN, Iván Dario	O 46 P 131, 175
PÉREZ, Silvana	P 20, 72, 194	RETA ARBÓ, Lucas	P 40
PÉREZ ALAMINO, Rodolfo	O 254 P 108, 140, 197	RETAMOZO, Cinthya	P 21
PÉREZ DÁVILA, Adriana	O 22 P 21, 167	RETAMOZO, Maria Soledad	P 5
PERROTA, Natalia	P 191, 229	RETAMOZO, Soledad	P 196, 201, 205, 244, 253, 263
PETKOVIC, Ingrid	O 22 P 5	RETONTARO, Lurdes	P 166
PETRUZZELLI, Sandra	O 22	REYES, Estela	P 231
PICCO, Eugenia	P 95, 109, 125, 127, 128, 129, 178, 198	RHYS, Karen Vanesa	P 59
PIERINI, Florencia	P 44, 193, 293	RIBA, Paula	P 196, 244, 253
PINEDA, Susana	P 39	RIERA, Julia	P 114, 115
PINHEIRO, M	P 74	RILLO, Oscar	P 5, 21, 108, 156, 167, 194, 197, 283
PINO, M	P 222	RINGER, Ariana	P 186, 237
PINO, María	P 133, 219, 223, 229	RIOPEDRE, Augusto M.	P 199, 209
PIROLA, Juan	P 201, 205	RIQUELME GRANADA, Susan	P 84, 160, 162, 164, 168, 173, 207, 212, 216
PIROLA, Juan Pablo	P 196, 244, 253	RISCANEVO, Nadia	P 196, 201, 263
PISONI, Cecilia	P 130, 156, 181, 184, 283	RISCANEVO ANAYA, Nadia C.	P 205, 244, 253
PLANTALECH, Luisa	P 245	RISUEÑO, Fabian	P 156
POMPERMAYER, Luciano	P 43	RIVERO, Estela	P 73, 224
PONCE DE LEON, D	P 74	RIVERO, Mariano A.	O 46, 287 P 39
PONCE DELGADO, Yesica	P 39	ROA PEREZ, Luis	P 5
PONS ESTEL, Bernardo	P 21, 156, 180	ROA PÉREZ, Luis Orlando	P 225
PONS-ESTEL, Guillermo	P 174, 180	ROBERTS, Karen N.	P 174
PORCEL DE PERALTA, Romanela	P 53, 110	RODRIGUEZ, Anabella M	P 181
PORRINO, Susana	P 252	RODRIGUEZ, Claudia Gabriela	O 107
PORTA, Sabrina	P 192, 214, 221	RODRIGUEZ, Gonzalo	P 199, 209
PORTILLA, Yesid Jovanni	P 238	RODRIGUEZ, Marcia	P 110
PORTILLA, Yovanni	P 219	RODRIGUEZ GIL, Gustavo	P 34
POSADAS MARTINEZ, M.L.	O 27	ROJAS, Elias	P 88, 164
PRETINI, Julia	P 54	ROJAS BAEZ, Elias Fernando	P 160, 162
PRINGE, A	P 42	ROJAS TESSEL, Ivana Romina	P 178, 198
PRINGE, Alejandra	O 22 P 161, 278	ROJAS TESSEL, Romina Ivana	P 109, 125, 128, 129
PUCCI, Paula	O 150 P 30, 62, 263, 280, 281	ROJAS TESSEL,, Ivana Romina	P 95
PUNZI, Leonardo	P 97	ROLLA, Ignacio	P 136, 237
PY, Guillermo	P 34, 176	ROLLERI FAJARDO, Jeremías	P 166
QUEVEDO, Mariana	P 95	ROLÓN CAMPUZANO, Roger	O 257, 260, 287 P 39, 255, 261
QUEVEDO MAYORGA, Pedro	O 46 P 172, 175	ROMÁN, Lourdes	P 160, 162, 164, 173, 212, 216, 282
		ROMÁN RUIZ DÍAZ, Lourdes	P 84, 86, 168
		ROMANINI, Felix	P 56, 197 O 46
		ROMBO, Graciela	P 141

ROMEO, Cecilia	O 22 P 73, 224	SCHNEEBERGER, Emilce Edith	O 254 P 156, 197, 261, 218, 256, 258, 259
ROSA, Javier	O 155, 170 P 21, 34, 43, 227	SCHNEEBERGER, Emily Edith	O 257
ROSA-DIEZ, Gustavo	P 293	SCOLNIK, M	O 27, 155 P 130, 193
ROSELLI, Gustavo	P 55	SCOLNIK, Marina	P 44, 190, 195, 227, 283, 293
ROSEMFET, Marcos	O 170, 260 P 34, 176, 231, 255	SCUBLINSKY, Darío	O 22 P 167
ROSSI, Ignacio	P 6, 35	SEBASTIANI, Javier	P 58
ROVERANO, Susana	P 53, 98, 157, 156, 159, 163, 165, 188, 189	SECCO, Anastasia	O 46, 132, 150 P 21, 56, 112, 158, 263
RUA, Gustavo Daniel	P 109	SEEWALD, Adriana	P 134
RUFFINO, Juan Pablo	P 141, 237	SEGURA ESCOBAR, Carolina	P 148, 172, 263
RUIZ-IRASTORZA, Guillermo	P 192	SEMERANO, Ayelén	P 167
RUPERTO, N	O 83	SEQUEIRA, Gabriel	P 49, 52, 54
RUSSO, Alba	P 199	SERRANO, Eliana	P 21, 72
RUTA, Alvaro	P 228, 240	SERRANO, Rm	P 180
RUTA, Santiago	O 155, 170 P 34, 43, 176, 190, 193, 227	SERRAVALLE, Priscila	P 53, 98, 157, 163, 188
SAAD, Emanuel José	P 253	SEVILLA, Daniel Leonardo	P 18, 19
SACCHI, Walter	P 289, 295	SHI, H	P 74
SACNUM, Mónica	P 21, 94, 174, 180, 234	SMICHOWSKI, Andrea	P 5, 21, 73, 224
SADLER, Alberto	P 57	SOARES DE SOUZA, Sidney	P 5
SALAS, Adrian	P 104, 108, 154, 197, 269	SOBERON, Barbara	P 6, 35
SALOMONE, Gimena	P 147	SOHN, Débora	P 156
SALVATIERRA, Gabriela	O 150 P 158, 263	SOLDANO, Juan	O 170
SALVATORI, Facundo	P 228, 240	SOMMA, Luis Fernando	P 5
SANCHEZ, Ariel	P 234	SOMMERFLECK, Fernando	O 257 P 218
SANCHEZ, Gabriela	P 131	SORIA CURI, Yessica	P 171, 187
SANCHEZ, Sonia	P 90	SORIANO, E.R.	O 27, 150, 155 P 158, 180, 193
SANCHEZ ALCOVER, Jimena	P 270, 271	SORIANO, Enrique	P 43, 44, 197, 227
SANCHEZ ANDIA, Carolina	P 5	SORIANO, Enrique R	O 279 P 190, 195, 258, 293
SANCHEZ PRADO, Einer	P 228, 240, 258	SOSA, Julia	O 22, 254 P 20, 21, 72, 95, 102
SANDOBAL, Clarisa	P 34	SOSKIN, Ana	P 90
SANSINANEIA, Pierina	P 104, 154, 200, 206, 241	SPIAZZI, Renata Alina	P 75
SANTA CRUZ, María Julia	O 46 P 20, 21, 34, 221	SPINDLER, Alberto	P 197
SANTANA, K	P 74	SPINDLER, Walter	O 170 P 34
SANTANA, Mirta	P 117, 171, 185	SPIRAQUIS, Adriana	P 232
SANTIAGO, Lida	O 170 P 34, 176, 263	STANCICH, María Inés	P 230, 247
SANTIAGO, María Lida	P 56	STEPANSKY, Nuri	O 246
SANTINI ARAUJO, Eduardo	O 139	STEPFFER, Carolina	P 278
SAPAG DURAN, Sandy	P 134	SUÁREZ, Lorena Verónica	P 39, 131
SARANO, Judith	P 39, 131, 156, 180	SUELDO, Raul	P 171
SATTLER, María Emilia	P 142, 217	SZENTPETERY, Agnes	O 279
SATURANSKY, Ethel	O 170 P 21	TABOADA, Federico	P 125
SAUCEDO, Carla	P 34	TABOADA BONFANTI, Maria C	P 40, 208, 247
SAURIT, Verónica	P 97, 156, 180, 196, 201, 205, 244, 253, 263	TALOCCHINO, Patricia	P 109
SAVY, Florencia	P 154, 206	TAMBORENEA, Maria	P 156
SCAGLIONI, Valeria	P 44, 195, 293	TAMBORENEA, María Natalia	O 132
SCARAFIA, Santiago	O 254 P 8, 194	TAMBORENEA, Natalia	P 112
SCHEINES, Eduardo	P 167, 259	TATE, Guillermo	P 57, 156
SCHNEEBERGER, Emilce	P 255	TATE, Patricia	O 170 P 34, 57
SCHERBARTH, Hugo	P 37, 38, 180	TATULYCH, S	P 74
SCHMULEVICH, Haydee	P 231	TESSEL, Ivana Romina	P 117
		TESTI, Adriana Carina	P 104, 154, 200, 206, 220

TOIBARO, Javier	P 221
TOLOZA, Sergio	P 156
TORIO, Hugo	P 88
TORREGIANI, Victoria	O 246
TORRES, Liz	O 63 P 92
TORRES CHICHANDE, Jessica	P 228, 240
TRAVAGLIA, Magali	P 166, 242
TREPAT, Andrea	P 31, 32, 77, 78
TROBO, Roxana Inés	O 22
TROITIÑO, Cristian	O 46, 132 P 34, 56
TRUNZO, Luis	P 283
TZARIBACHEV, N	O 83
UEMURA, Mónica Irene	O 139
UÑA, Claudia Rita	P 199
URQUIOLA, Cecilia	P 34
VALENTINI, Elina	P 31, 32, 77, 78
VALERIO, María	P 270, 271
VAN DEN BOSCH, Filip	P 140
VAN DEN BOSCH, Filip	P 108
VAN DER HEIJDE, Désirée	P 108, 140
VAN WASSENER, Karel	P 57
VANDALE, Juan Manuel	P 136, 186
VARELA, Federico	P 293
VAZQUEZ, Marcos	P 162, 173
VÁZQUEZ BÁEZ, Marcos A.	O 63 P 86, 88, 90, 91, 92, 169
VEGA-CORNEJO, G	O 83
VELAZCO ZAMORA, José Luis	P 21
VÉLEZ, L	P 292
VELLOSO, Maria Sofia	P 206
VELLOSO, Sofia	P 154
VELOZO, Edson	P 5
VERANDO, Marcela	P 156
VERGEL, Linda	P 113, 135, 252
VIJODITZ, Gustavo	P 124, 126, 283
VILCHES, Victoria	P 126

VILLAROEL, Julio César	P 127
VIOLA, D	O 83
VIOLA, Malena	P 199, 209
VIRASORO, Belen Maria	P 5
VISENTINI, S	P 292
VISENTINI, Susana	O 22 P 18, 19
VIVERO, Florencia	P 58, 284
VULCANO, Ariel	O 22 P 104, 154, 200, 206
WAIMANN, Christian	O 79 P 34, 108, 140, 197
WASIELEWSKY, Cristina	P 101
WERNER, Marina Laura	P 208, 247
WERNICKE, Veronica	O 287 P 39, 166, 242
WONG, R	O 83
WOUTERS, C	O 83
YAURI, Javier	P 37, 38
YINDE, Yanira	P 84, 162, 173, 207, 212, 216
YODICE, Agustina	P 110
YORIO, Marcelo Augusto	P 59, 210, 262
YUCRA BOBARIN, D.	P 100, 101, 113, 135, 252
ZACARÍAZ, Johana	O 170
ZACCA, Estefania Raquel	O 103 P 40
ZALAZAR, Maria	P 197
ZALAZAR, María Marta	P 21
ZAMORA, Jorge	P 156
ZAMORA, Natalia	O 257
ZAPATA, María Paola	P 141
ZAPATA, Paola	P 136
ZARATE, Lucía	P 75, 194
ZELAYA, David	P 21, 221
ZELAYA, Marcos David	P 258
ZEN, Margherita	P 97
ZERBINI, C	P 74
ZITELLI, Ludmila	P 31, 32, 77, 78

**Orales**

---

# **50° Congreso Argentino de Reumatología**

---

---

City Center – Rosario - Santa Fe - Argentina  
11 al 14 de octubre de 2017

## 0022 - REGISTRO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia

PAPASIDERO, Silvia Beatriz(1) | SOSA, Julia(1) | KLAJN, Diana Silvia(1) | KOHAN, María Paula(1) | CARACCIOLLO, Jose Angel(1) | TROBO, Roxana Inés(2) | ROMEO, Cecilia(3) | CASADO, Gustavo(3) | PETRUZZELLI, Sandra(4) | GILBERTO, Daniel(4) | CALCAGNO, Juan Carlos(4) | PENDON, Gisela(5) | GIORDANO, Federico(5) | PEREIRA, Dora(5) | MUNARRIZ, Alicia(6) | DIAZ, Monica(7) | SCUBILINSKY, Dario(8) | BOHR, Analia(9) | PEREZ DÁVILA, Adriana(9) | PETKOVIC, Ingrid Eleonora(10) | | | | | | | | | |

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (1); HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER (2); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (3); CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (4); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ LA PLATA (5); CENYR (6); CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE (7); CLÍNICA SUÍZO ARGENTINA (8); HOSPITAL DE REHABILITACIÓN M. ROCCA (9); SANATORIO PETKOVIC (10); CONSULTORIO PRIVADO (11); CONSULTORIO PRIVADO (12); CONSULTORIO PRIVADO (13); HOSPITAL C. DURAND (14); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (15); HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE (16); HOSPITAL PENNA (17); SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (18)**

**Introducción:** La Fibromialgia (FM) afecta entre el 2 al 5% de la población adulta y su tratamiento continúa representando un desafío. En Argentina, existen pocos registros que detallen los diferentes aspectos de los pacientes que padecen FM.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de pacientes con diagnóstico de FM evaluados en la práctica diaria en diferentes centros de reumatología, y analizar algunas de sus características.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de corte transversal. Los centros participantes registraron el número de consultas (totales y las correspondientes a pacientes con FM) durante el período Enero-Junio de 2017. En quienes padecían FM se consignó: edad, sexo, cobertura social, si era la primera consulta al servicio, especialista que lo derivó, tiempo de evolución de los síntomas, presencia de enfermedad autoinmune (AI) concomitante si la hubiera, comorbilidades y número de profesionales visitados antes del diagnóstico de FM. Se detalló tratamiento farmacológico y no farmacológico (actual y previo). Análisis estadístico: Se describieron las características poblacionales con número absoluto y proporciones para las variables categóricas; medias y medianas, desvío estándar (DE) y rango intercuartílico (RIC) para las variables numéricas. Se determinó la frecuencia de consultas por FM con su intervalo de confianza del 95%. Se compararon las características del paciente y de la enfermedad entre los grupos con y sin cobertura de salud, atención pública y comorbilidades mediante prueba chi-cuadrado y prueba T de Student. Se utilizó el software Stata 10.0.

**Resultados:** Participaron 15 centros (1 pediátrico) que incluyeron 759 pacientes (12 niños). Según los registros completos de 6 centros, sobre un total de 7350 consultas en 6 meses, la frecuencia de consultas por FM fue de 10.4% (IC95 9.7-11.1). De los 747 pacientes adultos, 95% fueron mujeres, edad media 52 años (DE 12.6). El 9% correspondió a la primera consulta al servicio; el 36% fue atendido en centros públicos y 78% poca cobertura social. La mediana del tiempo de evolución de los síntomas fue de 24 meses (RIC 10-48) y la de los profesionales consultados previamente fue de 2 (RIC 1-3). Las especialidades que derivaron con mayor frecuencia a los pacientes fueron Clínica Médica (54%) y Traumatología (28%). El 28% padecía enfermedad AI concomitante siendo las más frecuentes AR e Hipotiroidismo en más del 30% de los casos. Las comorbilidades reportadas con mayor frecuencia fueron HTA (27%) y OA (19%). El 98% recibía tratamiento farmacológico (80% Pregabalina). Los tratamientos no farmacológicos más frecuentes fueron Kinesioterapia (40%) y actividad física (27%). Los pacientes atendidos en el sector público demostraron mayor probabilidad de ser derivados por otro profesional (68.5 vs 47.8%, p < 0.001), mayor tiempo de evolución de los síntomas (54.7 vs 32.2 meses, p < 0.0001) y menor número de médicos consultados previamente (1.9 vs 2.5, p < 0.0001). Los pacientes con comorbilidades tenían mayor edad (42 vs 38 años, p < 0.0001), mayor probabilidad de recibir tratamiento farmacológico (98% vs 93%, p = 0.01) y menor número de médicos consultados previamente (2.1 vs 2.4, p < 0.017). De los 12 niños con FM, 11 fueron mujeres, edad media 13 años (DE 3) y sólo 1 con cobertura social. Todos fueron derivados por otro profesional. La mediana de tiempo de evolución fue de 10 meses (RIC 7-48); 75% recibía tratamiento con AINES y 25% con Pregabalina; 92% realizaba Kinesioterapia y 85% Psicoterapia.

**Conclusiones:** Presentamos un registro argentino con un gran número de pacientes con FM y centros participantes (incluyendo datos pediátricos). Consideramos al mismo de gran importancia dado que el conocimiento de las características de una enfermedad, contribuye tanto a su diagnóstico como también a la construcción de las diferentes estrategias de tratamiento y seguimiento de los pacientes que la padecen.

**Palabras Claves:** Fibromialgia; Registro

## 0046 - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS ACR-EULAR 2016 PARA SÍNDROME SJOEGREN PRIMARIO

Modalidad: Oral

Unidad Temática: Otros

MELO, Fernando Gabriel(1) | GUERRA, Emmanuel(1) | TROITINO, Cristian(1) | SECCO, Anastasia(1) | ROMANINI, Félix Enrique(1) | MAMANI, Marta Norma(1) | PAPASIDERO, Silvia Beatriz(2) | SANTA CRUZ, María Julia(2) | BARREIRA, Juan Carlos(3) | DEMARCHI, Julia(3) | QUEVEDO MAYORGA, Pedro(3) | REMOLINA RINCÓN, Iván Dario(3) | GARCÍA, Mercedes Argentina(4) | AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro(4) | RIVERO, Mariano A.(5) | PERDOMO, Viviana(5) | CATALAN PELLET, Antonio Carlos(1)

**HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (2); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (4); HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED - ALBERTI (5)**

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad multisistémica de etiología autoinmune, que se caracteriza principalmente por la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales, sin embargo el espectro clínico de esta enfermedad se extiende desde síntomas SICCA hasta la presencia de manifestaciones extraglandulares. Los nuevos criterios clasificatorios ACR-EULAR 2016, fueron diseñados para ser aplicados no solamente en pacientes que presentan sintomatología SICCA, sino también en aquellos pacientes que debutan con manifestaciones clínicas y/o analíticas incluidas en los dominios del ESSDAI (del inglés, EULAR primary Sjögren's syndrome disease activity).

**Objetivos:** Evaluar el desempeño de los criterios clasificatorios ACR-EULAR 2016 para SSp en población adulta de diferentes centros de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio multicéntrico de 5 centros nacionales que forman parte del grupo de estudio de Síndrome de Sjögren de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad que presentaban manifestaciones clínicas y/o analíticas sugestivas de SSp. Para discriminar entre los casos y controles se aceptó como estándar de oro la opinión de los expertos de los diferentes centros (con un grado de acuerdo  $\geq 0 = 70\%$ ), los cuales eran ciegos al diagnóstico previo de los pacientes. Los criterios de exclusión fueron similares a los presentes en los criterios clasificatorios Americanos-Europeos 2002 y los ACR 2012. Se evaluó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razón de verosimilitud positiva (RV+) para el criterio clasificatorio analizado.

**Resultados:** Se incluyeron 226 pacientes, 97.3% eran mujeres, con una edad media de 55 años (DS± 12), y una media de duración de los síntomas de 7.9 años (DS± 6.8). Del total de 226 pacientes, 178 (78.7%) presentaban diagnóstico de SSp según opinión de expertos, de los cuales 171/178 (96.1%) presentaban xerofthalmia, 172/178 (96.6%) xerostomía, 162/178 (91%) positividad de al menos un dominio del ESSDAI y 3/178 (1.7%) no presentaban xerostomía, ni xerofthalmia al momento del diagnóstico. Del total de pacientes, se obtuvo una sensibilidad del 94.9% (IC 95%: 92.1 - 97.8%), una especificidad del 95.8% (IC 95%: 93.2 - 98.4%), un VPP del 98.8% (IC 95%: 97.4 - 100%), un VPN del 83.6% (IC 95%: 78.8 - 88.4%) y una RV+ de 22.7 (IC 95%: 13.6 - 62.7)

**Conclusiones:** Los recientes criterios clasificatorios mostraron un desempeño comparable a los precedentes americanos-europeos 2002 y los ACR 2012, con la ventaja que los nuevos permiten clasificar a aquellos pacientes que debutan con manifestaciones extra-glandulares.

## 0027 - PREVALENCIA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN UN REGISTRO INSTITUCIONAL DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Les / Saf

LUISSI, Aurelia | SCOLNIK, M. | GRANDE RATTI, M.F. | POSADAS MARTINEZ, M.L. | SORIANO, E.R.

## HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** La prevalencia de anticuerpos antifosfolípidicos en la población general ha sido reportada de aproximadamente un 5%. Es difícil de estimar el peso de las distintas trombofilias en la enfermedad tromboembólica.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia (global y en pacientes  $\leq 40$  años) de Síndrome Antifosfolipídico (SAF) en un Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica en un Hospital Universitario.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de cohorte, que evaluó todos los casos consecutivos de tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) confirmados en pacientes mayores de 18 años entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2014 en un hospital universitario. Todos los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (VTEd), confirmados por ecodoppler venoso y / o angiogramografía computarizada multislice y / o angioMRI y / o centellograma ventilación / perfusión y / o angiografía, fueron incluidos en el registro después de obtener un consentimiento informado. Se realizó una entrevista personal y se recolectaron datos clínicos (factores de riesgo, comorbilidades, etc.) y de laboratorio. Los pacientes fueron contactados anualmente después del incidente para evaluar el estado clínico, los tratamientos, los eventos adversos, la recurrencia o la muerte. Se revisaron los registros médicos electrónicos de todos los pacientes incluidos en el registro. Se estimó la prevalencia de Síndrome Antifosfolipídico y se compararon las características de los pacientes con otras etiologías de Enfermedad tromboembólica.

**Resultados:** 1294 pacientes con Enfermedad tromboembólica fueron incluidos en el registro en este período [mujeres 54.9%, edad media 68.8 años (DS 15.7)]. La Enfermedad tromboembólica se atribuyó a Síndrome Antifosfolipídico en 23 pacientes [mujeres 73.9%, edad media 59.6 (DS 18,2)], representando el 1.8% de todos los pacientes y el 3.8% de los pacientes  $\leq 40$  años (Tabla 1). El Síndrome Antifosfolipídico se asoció con otras enfermedades autoinmunes en 7 pacientes (30.4% (4 LES, 2 AR, 1 Síndrome de superposición). Los pacientes con Síndrome Antifosfolipídico y otras trombofilias fueron más jóvenes que los pacientes con otras etiologías (p < 0.001) (Tabla 2). El tipo de evento y la mortalidad asociada al evento fueron similares entre los grupos (Tabla 2). Tener un evento previo / recurrente fue más frecuente en pacientes con Síndrome Antifosfolipídico y otras trombofilias. En un análisis multivariado de regresión logística, la edad más joven (OR 1,03, IC 1,01-1,06), el sexo femenino (OR 1,64, IC 1,06-1,86) y haber tenido un evento anterior (OR 6,3, IC 2,5-16,1), se asociaron significativamente con Síndrome Antifosfolipídico como la causa del evento.

**Conclusiones:** Los eventos de Enfermedad tromboembólica relacionados con Síndrome Antifosfolipídico representaron el 1,8% del total de eventos en este registro. La edad más joven, el sexo femenino y haber tenido un evento previo se asociaron significativamente con Síndrome Antifosfolipídico.

**Palabras Claves:** Síndrome Antifosfolipídico

## 0079 - PATRONES DE TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: ASOCIACIÓN CON SOBREVIDA DE TRATAMIENTO

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Tratamiento

KIRIMAYR, Karin Ingrid(1) | WAIMANN, Christian Alfredo(2) | GARIBOTTI, Guida(3) | PANIEGO, Raúl Horacio(4) | BAEZ, Roberto Miguel(5) | DIAZ, Monica(6) | LOPEZ CABANILLA, Adriana(7) | DE OLLOQUI, Guillermo(8) | HERRERA, Laura(9) | ABADIE, Fernanda Daniela(10) | | |

**SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE (1); HOSPITAL DR. HECTOR CURA (2); UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE (3); CENTRO PRIVADO DE REHABILITACIÓN SANTA ROSA (4); POLICONSULTORIO HOLOS GENERAL ROCA (5); CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE (6); CEFLES GENERAL ROCA (7); CLÍNICA DE IMAGEN (8); CLÍNICA CRUZ DEL SUR (9); CLÍNICA PASTEUR (10); CONSULTORIO PRIVADO GENERAL PICO (11); SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA DEL SUR (12); CENTRO DE REUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN (13)**

**Introducción:** Actualmente existen nuevas y variadas terapias biológicas para el tratamiento de pacientes con Artritis Reumatoidea (AR).

**Objetivos:** Evaluar el patrón de uso de agentes biológicos en pacientes con AR y la asociación del mismo con la supervivencia de dichas terapias.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó una cohorte retrospectiva multicéntrica, incluyendo pacientes consecutivos de 18 años o más con diagnóstico de AR, que hubieran recibido biológicos, atendidos en consultorios privados de la Patagonia entre enero 2015 a junio 2016. Se consignaron datos demográficos, tipo, secuencia, duración, motivo de suspensión y/o cambio de tratamiento biológico. Se consideró fin de tratamiento la fecha a partir de la cual el paciente dejó de recibir tratamiento biológico durante 3 ó más meses. Se estimó la supervivencia media y tasa anual de discontinuación para agentes biológicos global y estratificados de acuerdo a mecanismo de acción. En aquellos pacientes que rotaron/reiniciaron tratamiento biológico, se cuantificó supervivencia estratificada por agente biológico previo y causa de suspensión del mismo (falta terapéutica vs otra causa). Se diseñó un modelo proporcional de Cox evaluando impacto del patrón de tratamiento (rotación a biológico de mismo mecanismo acción, rotación a biológico de diferente mecanismo de acción, reinicio de mismo agente biológico) sobre la supervivencia del nuevo agente biológico ajustado por duración de la enfermedad, presencia de falla terapéutica a terapia biológica previa.

**Resultados:** Se incluyeron 267 pacientes, 83% eran mujeres, media de edad 57 ± 13 años, con una mediana de duración de la enfermedad de 14 años. Los biológicos más utilizados fueron anti-TNF=80%, abatacept=11%, anti-CD20=4%, anti-IL6=3% y anti-JAK=1%. Un 26% de los pacientes requirió rotar el tratamiento y un 10% requirió 3 ó más drogas. El 5% debió reiniciar el tratamiento luego de una interrupción  $\geq 3$  meses (92% por falta de provisión y 8% por evento adverso). Las causas de rotación fueron: falla terapéutica definida por el médico 67%, evento adverso 27% y otros 6%. La totalidad de la muestra fue seguida durante 1100 ptes-año. La tasa de discontinuación global fue de 0.13 ptes-año. En el análisis univariado, haber presentado falla previa a otro agente biológico, fue la única variable asociada a una mayor tasa de discontinuación, con un evento de discontinuación cada 4 ptes-año (tasa=0.23 vs 1 por cada 10 ptes-año (tasa=0.10) cuando el cambio de biológico se debió a otra causa. La elección de tratamiento de acuerdo al mecanismo de acción, períodos cortos de interrupción de la droga, o cantidad de biológicos previamente utilizados no influyó en la supervivencia de los agentes biológicos. Los hallazgos del univariado se mantuvieron en el modelo multivariado. Luego de ajustar por duración de enfermedad y patrón de tratamiento, el paciente con falla previa a una droga biológica presentó 160% más probabilidades de discontinuar el nuevo agente biológico durante el seguimiento [HR=2.6 (1.1-6.10), p=0.03].

**Conclusiones:** Un cuarto de los pacientes con AR requirieron rotar el tratamiento biológico. La falla terapéutica al biológico previo fue un predictor de mayor tasa de discontinuación. En este estudio exploratorio el patrón de uso y selección de biológicos no influyó en la supervivencia de los mismos.

**Palabras Claves:** Supervivencia, tratamiento, biológico, Patagonia, AR

83

**0083 - MEJORÍA EN LOS RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL POLIARTICULAR Y RESPUESTA INADECUADA A LOS DMARDS BIOLÓGICOS O NO BIOLÓGICOS TRATADOS CON ABATACEPT SC**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Pediatría  
 VIOLA, D(1) | RUPERTO, N(2) | BRUNNER, H(3) | TZARIBACHEV, N(2) | VEGA-CORNEJO, G(2) | LOUW, I(2) | ANTON, J(2) | FELDVAARI, I(2) | KELTSEV, V(2) | KINGSBURY, D(3) | WOUTERS, C(2) | LAUWERYS, B(2) | ALEMAO, E(4) | WONG, R(4) | NYS, M(4) | BANERJEE, S(4) | MARTINI, A(2) | LOVELL, D(3)

**INTITULO CAICI (1); PRINTO, INSTITUTO GASLINI (2); PROCSS, CHMC (3); BRISTOL-MYERS SQUIBB (4)**  
**Introducción:** En pacientes con artritis idiopática juvenil poliarticular (pJIA), el abatacept SC (ABA) de 125 mg semanales tiene un perfil farmacocinético similar, una eficacia terapéutica equivalente, y una seguridad comparable a ABA IV 10 mg/kg cada 4 semanas. Aunque se han publicado algunos datos sobre los resultados pediátricos reportados por el paciente (PRO) para ABA IV, los datos PRO post tratamiento con ABA SC no lo han sido.

**Objetivo:** Este análisis examinó el efecto del tratamiento con ABA SC en los PRO (cuestionario de límites de la vida diaria de los padres/cuidadores (ADL), HAQ (CHAQ)-DI infantil y evaluación visual de los padres del bienestar general del paciente (PaGA)) en pts de 6-17 años con pJIA activa en un ensayo clínico fase III (NCT01844518).

Para detalles consulte a la información de privacidad. Lea los datos de privacidad en el sitio web de Bristol Myers Squibb. Los datos de privacidad de los pacientes se recopilan y se almacenan en un sistema seguro.

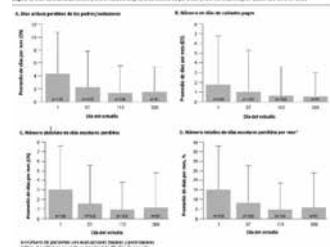


Tabla: Scores CHAQ-DI / PaGA en la cohorte 6-17 años

	20	30	40	50	60	70	80	90	100
CHAQ-DI	0.80 (1.77)	0.70 (1.77)	0.75 (1.77)	0.65 (1.77)	0.61 (1.77)	0.58 (1.77)	0.55 (1.77)	0.52 (1.77)	0.50 (1.77)
PaGA	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)	45.6 (2.3)

gran medida al día 309 (Figura). Porcentaje relativo de días escolares perdidos disminuyó del 15% (D1) al 5,5% (D309, Figura). CHAQ-DI y PaGA mejoró desde el inicio hasta D309 (Tabla). Otros datos de dos años están pendientes.

**Conclusiones:** En este análisis de pacientes con pJIA de 6-17 años de edad, abatacept SC demostró un efecto beneficioso sobre los PRO, incluyendo reducciones en la limitación de actividad y la discapacidad (CHAQ-DI) así como la mejora en el bienestar (PaGA) hasta D309. Referencias 1. Lovell D, et al. Arthritis Rheumatol 2016;68(suppl 10): Abstract 948. 2. Ruperto N, et al. Arthritis Care Res 2010;62:1542-51.

**Palabras Claves:** artritis idiopática juvenil poliarticular abatacept sc subcutáneo PRO fase 3

103

**0103 - CORRELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES INHIBITORIOS EN LINFOCITOS T Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
 FERRERO, Paola Virginia(1) | O'NOFRIO, Luisina(1) | ACOSTA, Cristina(1) | ZACCA, Estefanía Raquel(1) | ALONSO, Sergio(1) | MUSSANO, Eduardo Daniel(1) | ONETTI, Laura Beatriz(1) | CADILE, Isaac Ignacio(1) | GAZZONI, María Victoria(1) | GRUPPI, Adriana(2) | ACOSTA RODRIGUEZ, Eva(2)

**HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS (2)**  
**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de base autoinmune y de etiología desconocida. La expresión de receptores inhibitorios (RIs) es esencial para el control de una respuesta inmune exacerbada. Estos RIs tienen un papel perjudicial durante las infecciones y el cáncer, donde se necesita una respuesta inmune efectiva que erradique al patógeno o frene el tumor. En contraste, estos RIs podrían ser favorables durante las enfermedades autoinmunes, donde resulta crítico regular la respuesta celular.

**Objetivos:** Estudiar los linfocitos T (LT) que expresan RIs y su relación con la actividad de la enfermedad (DAS28) y la respuesta al tratamiento (Tx) y evaluar si los RIs son posibles blancos terapéuticos para controlar la respuesta celular en AR.

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron 26 controles sanos (CS) y 51 pacientes (pts) con AR, 25 sin Tx y 26 tratados con DMARDS y/o biológicos, al inicio y 3 meses post-Tx. Criterios de exclusión: infecciones en curso o enfermedades metabólicas y en CS, enfermedad autoinmune o terapia inmunosupresora. En el momento de la recolección de sangre periférica (SP) se evaluó el DAS28. La respuesta al Tx se definió de acuerdo con los criterios EULAR. Se realizaron estudios fenotípicos mediante citometría de flujo y se separaron células mononucleares para experimentos funcionales in vitro. Se recolectó líquido sinovial (LS) de 10 pts con AR activa. El análisis estadístico se realizó con GraphPad Prism 7. Se utilizó Mann-Whitney, Wilcoxon, coeficiente de correlación de Spearman. Significancia estadística p<0,05.

**Resultados:** De acuerdo al porcentaje de LT activados (CD69+CD8+) los pts se clasificaron con "alta" (>10%) y "baja" (<10%) activación inmune (p<0,001). Los pts del grupo "alta" muestran correlación positiva entre el nivel de activación y el DAS28 (r=0,56 p=0,037) y con la expresión de los RIs: CD160, PD1, TIM3 y BTLA (r=0,64 p=0,045). En contraste, en pts del grupo "baja" el % de LT CD8 que co-expresan los cuatro RIs mostró una correlación negativa con el DAS28 (r=-0,43 p=0,0031). En pts no tratados con "baja" activación, el % de LT CD8 que expresan diferentes combinaciones de RIs se encontró disminuido respecto de los CS (p=0,032). Dicha expresión aumentó cuando los pts recibieron DMARDS (p=0,043) respecto a los pts no tratados. Los pts con AR que tuvieron una buena respuesta luego de 3 meses de Tx, aumentaron el % de LT CD8 que expresan RIs (p=0,016) y produjeron citoquinas inflamatorias en menor % que los pts no respondedores. El % de LT CD8 que co-expresan los 4 RIs en LS fue significativamente elevado comparado a su contraparte en SP (p=0,0024). Estudios in vitro con células T activadas de pts con AR mostraron que la función efectora de LT puede ser inhibida por CD160/BTLA y PD1 mediante el uso de sus agonistas HVEM y PD-L1 tanto en SP como en LS, aunque las células de los pts no respondedores fueron menos sensibles a la inhibición.

**Conclusiones:** En pts con alta activación de LT los RIs se expresan en células muy activadas con fuerte función efectora y se correlacionan con mayor severidad de la AR. En pts con menor activación, el aumento de la expresión de ciertos RIs en LT se correlaciona con menor respuesta inflamatoria, menor actividad de la enfermedad y buena respuesta al Tx. La activación de las vías inhibitorias suprimen las células T de sangre y sinoviales, proporcionando las bases para nuevas estrategias de tratamiento.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoide, Receptores inhibitorios, linfocitos T

105

**0105 - ALCANCE DE REMISIÓN BAJO TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Pediatría  
 MEIORIN, Silvia | AHUMADA, Florencia | ESPADA, Graciela  
**HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ**

**Introducción:** Avances relevantes en el tratamiento de pacientes con AIJ han mejorado significativamente el pronóstico de la enfermedad. El estado de inactividad inflamatoria y de remisión clínica son actualmente considerados como objetivos de la estrategia terapéutica, y los biológicos juegan un rol fundamental para alcanzarlos, especialmente cuando son introducidos tempranamente (ventana de oportunidad). La accesibilidad y adherencia al tratamiento son condicionantes importantes para el logro de estas metas.

	Remisión n= 50	No remisión n= 50 p	
Tpo evolución enf al biológico (XaDS)	3,8±3,3	4,2±3,3	ns
Tpo exposición (DxAS)	3,9±2,3	2,4±1,7	<.000
JADAS inicio biol.(XaDS)	17,9±14,7	19,8±12,9	ns
CHAQ inicio biol.(XaDS)	0,6±0,6	1,1±0,8	.001
JADI inicio biol. (XaDS)	0,3±0,1	1,3±2,6	.01
ERS inicio biol.(XaDS)	40,2±32,1	45,4±33,6	ns
Prednisona mg/día inicio biol. (XaDS)	5,3±4,9	8,1±2,7	.022
No adherencia n,(%)	3 (6)	23 (46)	<.000
Provisión irregular n,(%)	4 (8)	28 (56)	<.000

(Consolaro'09), capacidad funcional por CHAQ (Singh 94) y daño mediante JADI (Viola'05). Se definió remisión bajo medicación según Wallace'04: enfermedad inactiva luego de 6 meses de terapia. Se determinaron el número de agentes biológicos utilizados en cada pte, indicaciones (artritis, manif. sistémicas, uveítis), como también tiempos de incorporación y de remisión bajo la última droga biológica (si recibió > 1 curso por refractariedad previa). Los pts fueron analizados en 2 grupos de acuerdo al alcance o no de remisión (evaluando además estrategias de discontinuación en quienes suspendieron la droga). A. Estadístico: Descriptivo, Chi2, T-test, SPSS 20.0.

**Resultados:** Se incluyeron para el análisis 100 pacientes, 67 mujeres (67,0%), edad mediana al inicio enf: 7,3 años (RIC 3,2-11,4) y tpo mediano seguimiento: 7,8 años (SIC 5,1-10,9). Distribución de ptes (n) según categorías de AIJ: Poliarticular 41 (19 seropositivos), Sistémica 35, Oligoarticular 17 y Artritis relacionada entesitis (ERA) 7. La prevalencia de drogas biológicas utilizadas fue (%): Inhibidores TNF 78 (Etanercept 43 ptes), IL-6: 16 e IL-1: 3; y bloqueantes de coestimulación 3 (37 ptes recibieron 2 o más cursos de biológicos). Artritis refractaria fue la indicación más frecuente en 68% de los casos. Tiempo mediano de evolución de enf. al inicio del biológico evaluado fue 3,1 años (RIC 1,5-5,9) y tiempo X de exposición 3,2±2,2 años. Características clínicas de la población al inicio del tratamiento (XaDS): JADAS 18,8±14,4, CHAQ 0,9±0,8, y JADI 0,8±2,1, ERS 43,7±32,8 mm/hs y dosis prednisona 6,7±6,3 mg/día. El 50% de la cohorte alcanzó criterios de remisión bajo medicación biológica (JADAS 0±0,8), y 40 ptes (80%) de este grupo lo hicieron tempranamente (tpo X 0,9±0,5 años). Cuarenta y dos pacientes sostuvieron este estado a la última consulta (JADAS 0,3±0,9). Las mayores tasas de remisión se observaron en las categorías: ERA (n=5, 71,4%) y poliarticular FR (n=12, 54,5%). En esta cohorte, 18 ptes discontinuaron tto biológico debido a eficacia, la mayoría (n=14, 77,8 %) lo efectuó en forma escalonada (Sólo 5 ptes suspendieron MTX previamente). El 55,5% (10 ptes) presentaron flare luego de la suspensión (tpo mediano 0,5 años; RIC 0,3-0,9).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de ptes. con AIJ, la mitad de ellos alcanzaron criterios de remisión bajo terapia biológica, y el 42% la sostuvo a largo plazo (mediana 7,8 años), prevaleciendo en las formas ERA y poliarticular seronegativa. Dieciocho niños lograron suspender la medicación debido a eficacia, sin embargo más de la mitad presentaron recaída de la enfermedad (mediana 0,5 años). Los ptes. que alcanzaron remisión presentaron significativamente mejor adherencia al tratamiento sin interrupciones en la administración de las mismas.

**Palabras Claves:** Artritis Idiopática Juvenil Remisión clínica Terapia Biológica

107

**0107 - IMPACTO DE LA EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA EN PACIENTES CON INMUNOSUPRESIÓN INDUCIDA**

Modalidad: Oral  
 Unidad Temática: Otras  
 BERMEO, Veronica | LESPADA, María Inés | CORDOVA, Ezequiel | MORGANTI, Laura | PAULLIN, Francisco | BENITEZ, Cristian Alejandro | DE LA VEGA, María Celina | MESSINA, Osvaldo | RODRIGUEZ, Claudia Gabriela

**HOSPITAL COSME ARGERICH**  
**Introducción:** El uso extendido de fármacos inmunosupresores ha llevado a la aparición de una población creciente de pacientes con defectos en el sistema inmune, susceptibles a padecer infecciones oportunistas (IO). Existen múltiples estrategias para reducir el riesgo de aparición de dichas infecciones: diagnóstico de enfermedades latentes, vacunación adecuada y/o profilaxis antimicrobiana. Por lo mencionado, creamos un consultorio especializado en la atención infectológica de pacientes con inmunosupresión inducida y la generación de un registro para obtener y analizar la información.

**Objetivos:** Describir los antecedentes clínicos y factores de riesgo para IO, establecer la prevalencia de infecciones latentes, evaluar el estado de vacunación, determinar la necesidad de profilaxis antimicrobiana. Describir la evolución, frecuencia de aparición IO y seguimiento de dichos pacientes.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo de pacientes con enfermedades reumatológicas atendidos en un consultorio infectológico especializado de un hospital de la ciudad de Buenos Aires, que estuvieron bajo tratamiento con algún fármaco inmunosupresor o en plan de recibirlo (periodo noviembre 2015-enero 2017). Se recolectaron datos demográficos, antecedentes clínicos y factores de riesgo para IO. Se realizó pesquisa de tuberculosis (TB), serologías para HIV, hepatitis A, B y C, sífilis, toxoplasmosis, Chagas, citomegalovirus, búsqueda de Strongyloides spp. Se indicaron vacunas de acuerdo con los esquemas de vacunación para adultos inmunosuprimidos según las recomendaciones del Ministerio de Salud. Se realizó seguimiento para detección de IO. Toda la información fue registrada en una historia clínica específica. No se incluyeron pacientes trasplantados.

**Resultados:** Se evaluaron 197 pacientes, media de edad 50,7 años (DE 14), mujeres 79,7%. Las enfermedades de base eran: artritis reumatoide 52%, lupus eritematoso sistémico 12%, artritis psoriásica 6%. Las drogas inmunosupresoras eran metotrexato 45%, corticoides (meprednisona 20 mg/día) 16%, fármacos biológicos anti-TNF 15%, micofenolato 10%, ciclofosfamida 4%, rituximab 2%. Durante la evaluación inicial se diagnosticaron 49 (25%) infecciones: 15 Chagas crónico, 15 pacientes con anti-HBC (anti-core) positivo aislado, 7 sífilis latentes, 4 pacientes con HIV, 4 TB latentes, 2 hepatitis B crónicas, 1 hepatitis C crónica, 1 strongiloidosis. Se indicó profilaxis antimicrobiana en 27 (14%) pacientes: 23 con trimetoprim/sulfametoxazol y 4 con aciclovir. En todos los casos se intervino indicando o completando los esquemas de vacunación. Se logró cobertura para HBV en el 73%, doble adultos (o triple bacteriana acelarar) en 82%, anti-neumocócica PCV13 58% y PPSV23 57%, antigripal 52%. La mediana de seguimiento fue de 8,8 meses (RIC 4-12). Se detectaron 7 IO: 3 TB, 4 herpes zóster recurrentes.

**Conclusiones:** En el 39% de los pacientes incluidos, la evaluación sistematizada en un consultorio infectológico arrojó hallazgos que motivaron intervenciones, ya sea terapéuticas o de monitoreo. Por otro lado, en el 100% de los pacientes fue necesaria la prescripción de vacunas con el objetivo de iniciar o completar el esquema de vacunación. Estos porcentajes ponen en evidencia la importancia de evaluar sistemáticamente en consultorios especializados a este tipo de pacientes.

**Palabras Claves:** Inmunosupresión. Infecciones oportunistas

## 132

## 0132 - BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR: SU IMPORTANCIA EN ARTRITIS REUMATOIDEA Y SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO

Modalidad: Oral

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

TROITINO, Cristian | GUERRA, Emmanuel | MELO, Fernando Gabriel | SECCO, Anastasia | TAMBORENA, María Natalia | MARTIRE, María Victoria | MAMANI, Marta Norma

## HOSPITAL RIVADAVIA

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren secundario (SSs) es una manifestación extraarticular común en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Según los criterios Americano Europeos 2002 (AE 2002) de clasificación para el síndrome de Sjögren (SS), el término secundario se utiliza para todos los casos presentes de forma concomitante con otra enfermedad del tejido conectivo. Existe poca evidencia con respecto a la diferencia entre pacientes con SS asociado a AR con biopsia de glándula salival menor con y sin sialoadenitis linfocítica focal (SLF).

**Objetivos:** Determinar si la SLF se asocia a diferencias clínicas y serológicas en un grupo de pacientes con diagnóstico de AR y SSs.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico AR según criterios ACR 1987 y/o ACR-AULAR 2010, y que además cumplieran criterios AE 2002 para SSs. Se realizaron test oculares, sialometría y biopsia de glándula salival menor. Se compararon características clínicas, serológicas y tratamientos recibidos entre pacientes con SLF positiva vs SLF negativa. Para las variables continuas se utilizó t-test o prueba de Mann Whitney y para las categóricas se utilizó Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Se realizó análisis multivariado de regresión logística tomando a la presencia de SLF como variable dependiente.

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes con SS asociado a AR. 92% fueron mujeres, con edad media de 53 años (DS= 11.3) y 12.5 años de evolución de la AR (RIC 6-17). El 63.6% presentaba SLF vs 36.4% que no. En el análisis univariado los pacientes que presentaban SLF tenían mayor HAQ actual (1.12 RIC 0.5-1.62 vs 0.55 RIC 0.06-1.07, p 0.04); mayor frecuencia de parotidomegalia (23% vs 0%, p 0.003); enfermedad pulmonar intersticial (25% vs 6.25%, p 0.04); enfermedad hepática autoinmune (14.3% vs 0%, p 0.047); hipergammaglobulinemia (51.8% vs 3%, p 0.001); anemia (35.7% vs 15.6%, p 0.04); hipocomplementemia (51.9% vs 16%, p 0.001); doble seropositividad para FR y anti CCP (67.5% vs 68.7%, p 0.03); FAN positivo (94.6% vs 71.8%, p 0.007) y manifestaciones extra articulares y extraglandulares (66% vs 21.9%, p 0.001). No se encontraron diferencias en cuanto a la positividad de RO y/o LA, ni en tratamientos y número total de inmunosupresores recibidos. Las variables que se encontraron asociadas de manera independiente a la presencia de SLF fueron la presencia de manifestaciones extra articulares y extraglandulares (OR 5.67 IC95% 1.8-20), FAN positivo (OR 11.7 IC95% 1.6-83) y la hipergammaglobulinemia (OR 21 IC95% 2.46-179).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR y SSs que presentan SLF en glándula salival menor, presentan mayores manifestaciones extraarticulares y extraglandulares, así como diferencias serológicas con respecto a los pacientes sin SLF.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea Síndrome de Sjögren Biopsia de glándula salival menor

## 139

## 0139 - SUBPOBLACIONES FIBROBLÁSTICAS EN PIEL LESIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Etc

MORA, Gabriela Fernanda(1) | SANTINI ARAUJO, Eduardo(2) | MAMANI, Marta Norma(3) | UEMURA, Mónica Irene(3) | MAGUNA LAVILLE, Marcelo(4) | CABRINI, Romulo Luis(5)

## SECCIÓN INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); INTERNATIONAL ACADEMY OF PATHOLOGY (2); HOSPITAL RIVADAVIA (3); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (4); LABORATORIO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (5)

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad rara, con una prevalencia anual de alrededor de 3 nuevos casos por 100.000 pacientes, y predomina en el sexo femenino. La fibrosis generalizada que caracteriza a la enfermedad guarda similitudes con un proceso descontrolado de curación de heridas, y en cuyo desarrollo intervienen distintos elementos celulares del sistema inmune, en particular, los fibroblastos y sus subpoblaciones. El rol de las células precursoras mesenquimáticas en el desarrollo de fibrosis y su compromiso hacia el linaje fibroblástico, determinaría qué población de fibroblastos (residentes, precursores mesenquimáticos) predomina en el escenario fibrotico de la esclerodermia.

**Objetivos:** Estudiar las características histológicas e inmunohistoquímicas de la piel esclerodérmica en comparación con las de la piel normal en epidermis y en dermis realizando las inmunomarcaciones correspondientes para caracterizar a las distintas poblaciones precursoras mesenquimáticas, en matriz extracelular.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal sobre población ambulatoria de consultorio y hospitalaria de biopsias de piel de pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica (ACR), comparadas con biopsias de piel de donantes sanos de región de antebrazo sometidos a cirugía de miembro superior (2008 - 2013). Se realizó una revisión de las características clínico-humorales de la enfermedad. Todos los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado y la realización del trabajo contó con la aprobación del Departamento de Docencia e Investigación ambas instituciones. Se incubaron los cortes histológicos con los anticuerpos monoclonales correspondientes: anticuerpos monoclonales murinos anti -alfa actina de músculo liso, anti CD45+RO, anti CD34+, anti CD105+ -Leica-. Como controles positivos se utilizaron: para AML: cortes de adenocarcinoma de colon; para CD45+RO, cortes de amígdala normal, para CD34+, cortes de angiosarcoma. Como controles negativos se utilizaron los slides correspondientes, incubados con PBS.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 19 pacientes con diagnóstico de esclerodermia -10 con la forma difusa de la enfermedad-, 7 con esclerodermia limitada, 1 síndrome de superposición -todas de sexo femenino- y 1 enfermedad injerto contra huesped crónica esclerodérmica -varón-. La edad promedio de los pacientes fue de 49 años (rango 18-74). El promedio de tiempo desde el diagnóstico al momento del estudio fue de 79 meses (4-360). El recuento total de fibroblastos en los casos (n=19) fue en promedio de 65.8 por campo de 400X. El recuento total de fibroblastos en los controles (n=7), fue de 23 por campo. El promedio de fibroblastos positivos para alfa actina de músculo liso (AML+) en los casos fue de 54.9, ES = 12.4 y en promedio 12.4, para los controles ES = 4.6 (T de Student = 2.4; p < 0.05). El promedio de fibroblastos positivos para CD45+RO en los casos fue de 48, ES = 8.3. No hubo expresión de CD45+RO en fibroblastos de piel del grupo control. Ninguna de las muestras observadas fue positiva para CD 105+. No se halló correlación significativa entre la expresión de AML, CD34, CD105 y ninguna de las variables clínicas de los pacientes. Se mostró una tendencia a la correlación entre la expresión de AML y CD45RO+ en fibroblastos de piel esclerodérmica (r = 0,6) (Gráfico 2). La presencia de anticuerpos antinucleares mostró una tendencia a asociarse con la expresión de AML en fibroblastos esclerodérmicos (p=0,06).

**Conclusiones:** Las biopsias de piel lesional de pacientes con esclerodermia mostraron una mayor expresión de actina de músculo liso en fibroblastos respecto de los controles (p<0.05). Hubo una tendencia a correlacionar la expresión de actina de músculo liso y CD45RO+ en fibroblastos esclerodérmicos, lo que inferiría que podría tratarse de una subpoblación de fibroblastos con características fenotípicas de precursores mesenquimáticos, como los fibrocitos (p=0.06). No hubo correlación entre las características clínicas de los pacientes esclerodérmicos con la expresión de AML, CD45RO+ ni CD34. Si existió una tendencia a la asociación entre la expresión de AML y la presencia de anticuerpos antinucleares (p=0.06). Ninguna de las muestras observadas expresó el antígeno CD105+.

**Palabras Claves:** ESCLERODERMIA FIBROBLASTOS FIBROCITOS CELULAS PRECURSORAS MESENQUIMÁTICAS

## 150

## 0150 - CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP)

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Otras

SECCO, A(1) | CRESPO AMAYA, Gloria Del Carmen(1) | CHUQUIMIA, R(1) | CATALÁN PELLET, A(1) | MAMANI, M(1) | PAPASIDERO, S(2) | DEMARCHI, J(2) | PUCCI, P(3) | AMITRANO, C(3) | NITSCHKE, A(3) | ENCINAS, L(4) | CAEIRO, F(4) | GOBBI, C(5) | ALBIERO, E(5) | GÓMEZ, A(6) | BARREIRA, J(6) | AGUILA MALDONADO, R(7) | GARCÍA, M(7) | GALLARDO, M(8) | SORIANO, E(9) | RAITI, L(10) | HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL TORNU (2); HOSPITAL ALEMAN (3); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (4); HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (5); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (6); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (7); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (8); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (9); CLÍNICA BESSONE (10); IPRI (11); CEMIC (12)

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren Primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica, que compromete física, psíquica y socialmente a quienes la padecen, afectando negativamente la calidad de vida. En Argentina, a pesar de la frecuencia de esta patología, el impacto del SSp en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), no ha sido aún evaluado.

**Objetivos:** Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp). Evaluar la relación entre CVRS y manifestaciones clínicas, depresión y ansiedad. Analizar la CVRS en SSp de acuerdo con el nivel educativo y el lugar de atención (centros públicos vs centros privados) como subrogantes de condición socioeconómica.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSp según criterios Americano- Europeos (2002) atendidos en 11 centros privados o públicos de reumatología de Argentina entre noviembre de 2013 y diciembre de 2016. Los pacientes con otras enfermedades crónicas severas u otras enfermedades reumáticas autoinmunes asociadas, fueron excluidos. Se utilizó el cuestionario SF-36. Diseño: estudio observacional, analítico, de corte transversal. Para el análisis descriptivo, las variables continuas se informaron como media y desvío estándar. Las variables categóricas se informaron como proporciones. Se realizaron ocho modelos de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente cada escala del SF-36, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño de cada modelo (supuestos, observaciones atípicas y multicolinealidad). En los casos en los que los supuestos linealidad y / o homocedasticidad no se cumplieron se realizó transformación de variables o regresión robusta, según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyeron 252 pacientes, 98,38% eran mujeres, la edad media fue de 52,64 años (+/- 14,84). La media en las escalas del SF-36 fueron para Salud General de 48,84 (+/- 22,24 IC95%: 46,08 a 51,60), Rol Físico 34,06 (+/- 42,71, IC 95%: 37,79 a 48,33), Dolor Corporal: 52,87 (+/- 25,92, IC95%: 49,66 a 56,08), Función Física: 64,34 (+/- 26,81 IC95%: 61,02 a 67,66), Vitalidad: 45,93 (+/- 20,83, IC95%: 43,31 a 48,55), Función Social: 62,10 (+/- 27,36, IC95%: 58,71 a 65,49), Rol Emocional: 51,72 (+/- 43,24, IC95%: 46,38 a 57,06) y Salud Mental: 57,10 (+/- 21,19, IC95%: 54,44 a 59,76). Las variables más frecuentemente asociadas en forma independiente a las diferentes escalas del cuestionario SF-36, fueron: fatiga, xerostomía, depresión y ansiedad. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre centros públicos y privados en las siguientes escalas: Rol Físico (34,93 ± 41,86 vs 54,41 ± 41,39), Dolor Corporal (48, 96 +/- 26,91) vs 58,73 (23,15) y Rol Emocional (46,81 +/- 44,14) vs 59,48 (+/- 41,33). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con nivel educativo menor en comparación con aquellos con nivel educativo más alto (secundario completo o superior) en las escalas Rol Físico (36,65 (+/- 41,25) vs 47,29 (43,18)) y Dolor Corporal ((47,71 (+/- 42,39) versus 56,45 (+/- 52,33)).

**Conclusiones:** Se encontró una disminución en la puntuación de todas las escalas del cuestionario SF-36. Las variables más frecuentes asociadas de forma independiente a las diferentes escalas del cuestionario SF-36 fueron: fatiga, xerostomía, depresión y ansiedad. Los sujetos con menor nivel educativo y tratados en centros públicos presentaron puntuaciones significativamente más bajas en las escalas que evalúan Rol Físico y Dolor Corporal. Los pacientes tratados en centros públicos también obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en la escala Rol Emocional. Estos resultados podrían ser una expresión del impacto de la condición socioeconómica en estas áreas.

**Palabras Claves:** Síndrome de Sjögren, calidad de vida, ansiedad, depresión

## 155

## 0155 - INFECCIONES PROTÉICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Modalidad: Oral - Unidad Temática: UIISSI

JARAMILLO GALLEGO, John Fredy | LUSSI, A | SCOLNIK, M | RUTA, S | ROSA, J | SORIANO, E, R.

## HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** Tanto la artritis reumatoidea (AR) como los fármacos inmunosupresores que se utilizan en su tratamiento pueden potencialmente aumentar el riesgo de infección protésica articular.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue comparar el riesgo de infección articular protésica después del reemplazo total de cadera o rodilla en pacientes con artritis reumatoidea y controles. Como objetivo secundario, describir los factores de riesgo asociados a infección protésica.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con AR (criterios ACR 1987/ACR 2010) que hubieran sido sometidos a un reemplazo articular de cadera o rodilla en nuestro hospital entre el 01/01/2008 y 31/12/2016; y un número de pacientes controles macheados por edad y sexo (2 a 1), sin diagnóstico de AR, también sometidos a reemplazo articular de cadera o rodilla. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, recolectando datos demográficos, de la enfermedad, tratamientos recibidos y comorbilidades. Se identificaron los pacientes con infección protésica en casos y controles. Se realizó estadística descriptiva y se analizó mediante regresión logística los factores de riesgo asociados con infección.

**Resultados:** Se identificaron 50 pacientes con AR con cirugía de reemplazo articular en ese periodo, 92% mujeres, edad media al momento del diagnóstico de 48,9 años (DS 17,2) y edad media al momento de la cirugía articular de 60,3 años (DS 15,7) (ver tabla). La causa de reemplazo articular en los pacientes controles fue artrosis en un 79% de los casos. El tipo de cirugía articular en los pacientes con AR fue artroplastia total de rodilla en 27 pacientes, artroplastia de cadera en 20 pacientes y artroplastia de cadera y rodilla en 3 pacientes. Al momento de la cirugía, los pacientes con AR se encontraban un 56% en tratamiento con corticoides, 72% con DMARD y un 34% con biológicos. 34% de los pacientes con AR suspendieron el DMARD o biológico antes de la cirugía, 3 pacientes con AR (6%, IC 95%: 1,9-17,3) y 2 pacientes controles (2%, IC 95%: 0,5-7,8) tuvieron infección protésica (p=0,2). No se encontró asociación entre tener una infección protésica con ninguna de las comorbilidades, con los tratamientos con los que se encontraban los pacientes, ni con el haber suspendido o no la medicación. Todas las infecciones protésicas en los pacientes con AR resolvieron con tratamiento antibiótico prolongado, mientras que 1 de los 2 pacientes controles requirió recambio protésico (p=0,17).

**Conclusiones:** Un 6% de los pacientes con AR sometidos a cirugía de reemplazo de cadera o rodilla tuvieron infección protésica, sin diferencia con los controles. No hubo asociación entre tener una infección protésica con comorbilidades previas ni con los tratamientos de la AR.

# 170

## 0170 - VALORES DE CORTE DE LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA PARA DEFINIR REMISIÓN DE ACUERDO A LA AUSENCIA DE SINOVITIS POR ULTRASONOGRAFÍA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR

BERTOLI, Ana María(1) | AUDISIO, Marcelo(2) | BENEGAS, Mariana(3) | BRAVO, Maximiliano(4) | CATAY, Erika(4) | CAZENAVE, Tomás(5) | HARVIC, Claudia(6) | KOHAN, Paula(7) | MARIN, Josefina(8) | MARTIRE, Victoria(9) | NAVARTA, David(10) | ROSA, Javier(8) | ROSEMFET, Marcos(5) | RUTA, Santiago(8) | SATURANSKY, Ehel(3) | SOLDANO, Juan(6) |

INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (1); HUMANA INSTITUTO MÉDICO PRIVADO (2); PSORIAHUE (3); CONSULTORIOS MORENO (4); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (5); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (6); HOSPITAL TORNU (7); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (8); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (9); HOSPITAL MARCIAL QUIROGA (10); ORGANIZACIÓN MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (11); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (12); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (13)

**Introducción:** La estrategia treat-to-target en artritis reumatoidea (AR) ha mejorado ostensiblemente el pronóstico de estos pacientes. Sin embargo, los instrumentos disponibles en la actualidad para definir remisión se basan parcialmente en parámetros subjetivos, por lo que su exactitud para precisar remisión verdadera es cuestionable.

**Objetivos:** Determinar los valores de corte de los instrumentos DAS28-PCR, DAS28-VSG, CDAI y SDAI que mejor se ajusten para definir remisión tomando como estándar de oro la ausencia de sinovitis por ultrasonido (US).

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, transversal, de prueba diagnóstica. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACUR/EULAR 2010), en remisión o con baja actividad de la enfermedad definido por un valor de corte del DAS28 VSG <3.2. Se calcularon los siguientes índices de actividad de la enfermedad: DAS28- VSG, DAS 28- PCR, CDAI, SDAI. En el estudio US se evaluaron las articulaciones incluidas en el recuento simplificado de 12 articulaciones. En cada una de las articulaciones se evaluó la presencia y grado de hipertrofia sinovial (HS) en escala de grises y de señal Doppler de poder (DP) de acuerdo a estándares OMERACT. Se consideró que un paciente se encontraba en remisión cuando la HS fue <+1 en todas las articulaciones evaluadas y la señal Doppler de poder <0. Análisis estadístico: el valor de corte de los instrumentos clínicos para definir remisión de acuerdo a las definiciones propuestas de remisión por escala de grises y señal DP se determinó con curvas ROC. Luego, se determinaron la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de los diferentes valores de corte seleccionados.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes, 76 (84%) de sexo femenino, con una mediana (RIC) de edad de 54 (17) años y 90 (82) meses de evolución de la enfermedad. Sesenta y ocho (76%) pacientes eran seropositivos. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de los valores de corte seleccionados del DAS28 VSG, DAS28 PCR, CDAI y SDAI para definir remisión se muestran en la Tabla.

Definición de remisión	Sensibilidad (% [IC95%])	Especificidad (% [IC95%])	VPP (% [IC95%])	VPN (% [IC95%])
Teniendo como referencia la definición de remisión por escala de grises				
DAS28-VSG <3.2	88 (95-92)	72 (57-83)	88 (87-72)	51 (49-67)
DAS28-PCR <3.2	88 (95-92)	78 (64-89)	88 (88-86)	61 (51-70)
DAS28-VSG <3.2 y DAS28-PCR <3.2	72 (58-84)	84 (74-92)	81 (78-87)	71 (64-78)
CDAI <3.2	88 (95-92)	78 (64-89)	88 (88-86)	61 (51-70)
SDAI <3.2	88 (95-92)	78 (64-89)	88 (88-86)	61 (51-70)
CDAI <3.2 y SDAI <3.2	88 (95-92)	78 (64-89)	88 (88-86)	61 (51-70)
Teniendo como referencia la definición de remisión por señal Doppler de poder				
DAS28-VSG <3.2	75 (59-82)	88 (85-91)	76 (71-81)	87 (82-91)
DAS28-PCR <3.2	74 (58-82)	86 (77-91)	77 (72-81)	87 (82-91)
DAS28-VSG <3.2 y DAS28-PCR <3.2	78 (61-88)	88 (85-91)	77 (72-81)	87 (82-91)
CDAI <3.2	88 (95-92)	85 (81-89)	85 (77-90)	88 (82-91)
SDAI <3.2	88 (95-92)	85 (81-89)	85 (77-90)	88 (82-91)
CDAI <3.2 y SDAI <3.2	88 (95-92)	85 (81-89)	85 (77-90)	88 (82-91)

**Conclusiones:** En este estudio describimos nuevos valores de corte de los diferentes índices de actividad en AR para definir remisión. Estos valores de corte parecen mejorar la exactitud diagnóstica para remisión. Sin embargo, difieren escasamente de los de referencia, por lo que su influencia en el manejo clínico de los pacientes podría ser exigua.

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea remisión ultrasonido índices de actividad

# 254

## 0254 - VALIDACIÓN DEL ÍNDICE QOL-RA (QUALITY OF LIFE-RHEUMATOID ARTHRITIS) EN UNA COHORTE ARGENTINA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Oral

Unidad Temática: AR

ISNARDI, Carolina(1) | CAPELUSNIK, Dafne(1) | SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) | BAZZARELLI, Marcela(2) | BARLOCO, Laura(2) | BLANCO, Eliana(3) | BENITEZ, Cristian Alejandro(3) | LUJAN BENAVIDEZ, Federico(3) | SCARAFI, Santiago(4) | LAZARO, María Alicia(4) | PEZAR, ALAMINO, Rodolfo(5) | COLOMBRES, Francisco(5) | KOHAN, Paula(7) | ROSA, Julia(6) | GONZALEZ LUCERO, Luciana(7) | BARBAGLIA, Ana Lucia(7) | MALDONADO FICCO, Hernán(8) | CITERA, Gustavo(1)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PETRONA V. DE CORDERO (2); HOSPITAL COSME ARGERICH (3); IARI (4); HOSPITAL NICOLAS AVELLANEDA (5); HOSPITAL TORNU (6); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (7); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÍO CUARTO (8)

**Introducción:** La mayoría de los índices disponibles para la valoración de la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) requieren de licencia para su uso, condición que genera una importante limitación en nuestro país, sobre todo en el ámbito de la salud pública, en la cual los recursos económicos son bajos.

**Objetivos:** Validar el índice QOL-RA en una cohorte de pacientes con AR en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes > 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACUR-EULAR 2010, de diferentes regiones del país. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades y características clínicas, dolor y actividad de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de escala visual numérica, recuento articular de 28 articulaciones tumefactas y dolorosas, presencia de rigidez matinal y su duración. Se registraron los valores de eritrosedimentación (ERS) y proteína C reactiva (PCR). Se administraron cuestionarios para valorar calidad de vida EQ-5D-3L y QOL-RA, capacidad funcional por medio de HAQ-A, depresión a través de PHQ-9. Actividad de enfermedad según índices compuestos: DAS28, CDAI, SDAI e IAS. También se evaluó la presencia de comorbilidades y la realización de actividad física, definida como una hora al día al menos tres veces por semana. Análisis estadístico: Test T de Student y ANOVA. Chi2. Correlación de Spearman. Confiabilidad del cuestionario por Alfa de Cronbach. Regresión lineal múltiple. Coeficiente de correlación intraclassa para reproducibilidad, re-administrando el cuestionario a los 7 días de haber sido realizado el primero. Se calculó el tiempo para completar y calcular el cuestionario, y se registró las dificultades que los pacientes presentaron para completar algún ítem.

**Resultados:** Se incluyeron 258 pacientes, 85.7% de sexo femenino con una edad mediana (m) de 54 años (RIC 45-62) y un tiempo mediano de evolución de 9 años (RIC 3.6-16.7). Solo 79 pacientes (30.6%) realizaban actividad física y 144 (55.8%) tenían comorbilidades, dentro de ellas más frecuentes fueron hipertensión arterial en 86 pacientes (33.3%) e hipotiroidismo en 56 (21.7%). En referencia a los parámetros de evaluación de la enfermedad la m de DAS28-ERS fue 3.5 (RIC 2.5-4.5), de DAS28-PCR 2.9 (RIC 1.9-3.8), de HAQ-A 0.75 (RIC 0.25-1.5), de PHQ9 6 (RIC 2-12.5) y de EQ-5D-3L 0.7 (RIC 0.5-0.8). QOL-RA presentó una m 6.8 (RIC 5.4-8.1). El tiempo promedio para completar el QOL-RA fue de 1.7 minutos±0.42 y para su cálculo de 12 segundos±2.1. Solo 11 (4.3%) pacientes no contestaron alguna pregunta. El cuestionario demostró confiabilidad con un valor de Alfa de Cronbach de 0.95 y buena correlación entre los diferentes ítems y el cuestionario total (Rho: entre 0.73-0.89). Se encontró redundancia entre las preguntas 3 y 6, referentes a dolor articular y artritis. La reproducibilidad fue evaluada en 18 pacientes y su resultado fue muy bueno (CCI: 0.89). El efecto piso varió entre 1 y 1.6% y el efecto techo entre 5 y 25%, según los diferentes ítems. QOL-RA presentó buena correlación con EQ-5D-3L (Rho: 0.6), HAQ-A (Rho: 0.6) y PHQ9 (Rho: 0.5) y con los índices de actividad de la enfermedad DAS28-ERS (Rho: 0.44), DAS-PCR (Rho: 0.42), SDAI (Rho: 0.44), CDAI (Rho: 0.47) e IAS (Rho: 0.46). La calidad de vida medida por QOL-RA fue significativamente peor en aquellos pacientes que no realizaban actividad física vs los que sí (X 7.1±1.7 vs 6.4±1.9, p 0.004), así como en los pacientes que presentaban comorbilidades (X 6.9 ±1.7 vs 6.4±1.9, p 0.01). Los valores medios del QOL-RA se asociaron significativamente con los valores de corte del DAS28. En el análisis multivariado, la discapacidad funcional medida por HAQ-A fue la variable más fuertemente asociada al QOL-RA.

**Conclusiones:** El cuestionario QOL-RA demostró buena validez de constructo, reproducibilidad y confiabilidad, siendo además fácil de interpretar y calcular. Una ventaja adicional es que no requiere de licencia para su uso.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoidea, calidad de vida, QOL-RA

# 246

## 0246 - PROCESO DE TRANSICIÓN EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Pediatría

ALVAREZ, Marcela | GUERINI, Lorena | TORREGIANI, Victoria | HEREDIA, Mariana | STEPANSKY, Nuri | ESPADA, Graciela

HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ

**Introducción:** La transición de jóvenes, con enfermedades reumáticas (ER) crónicas a centros de adultos, debe ser planificada a través de programas que cuenten con reumatólogos de niños, de adultos y un equipo interdisciplinario. Si bien existen recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría, no hay a nivel nacional, un Programa de Transición de pacientes con enfermedades crónicas

**Objetivos:** 1. Evaluar la forma en que los jóvenes con ER seguidos en nuestro Servicio, transitaron a servicios de adultos. 2. Evaluar el grado de satisfacción con el proceso de transición y estado de salud actual de estos pacientes.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional. Se revisó la base de datos de ptes con ER seguidos en nuestro servicio y se seleccionaron aquellos jóvenes que pasaron a servicio de adultos en los últimos 5 años. Se revisaron las características del proceso de transición realizado. Se definió Transición Programada a la aplicación del Programa de Transición del Hospital de Niños (PTHN) que incluye: preparación del paciente, edad >18 años o más, que durante al menos el 1er año de transición hayan realizado 3 o más visitas simultáneas en centro de adultos. Se definió transición de emergencia a aquella realizada/obligada por situaciones médicas que no pudieron ser controladas en el hospital (ej: embarazo). Se evaluaron: características clínico-demográficas, actividad de la enfermedad, comorbilidades, nivel de escolaridad y adherencia al momento de iniciar la transición. A través de una Entrevista telefónica de 10 preguntas (cuantitativa) se evaluó el grado de satisfacción a la Transición, estado de salud actual, inserción social y continuidad de seguimiento en centro de adultos. Análisis estadístico: Observacional, descriptivo, de corte transversal (cuanti y cualitativo). Se realizó análisis univariado- Chi², SPSS 15.0

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes, 40 (67%) mujeres, edad X a transición de 19.9 ± 1.5 años, tiempo de evolución de la enfermedad a la transición X: 7.9 ± 4.1 años. El 55% tenían Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), 40 % Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y 5% Vasculitis Sistémicas. Cuarenta pacientes (67%) realizaron una transición programada, 8 ptes una transición de emergencia; 7 por embarazo y 1 paciente por sepsis; 12 pacientes ingresados en el PTHN, discontinuaron seguimiento. Al momento de la transición: 87% (52ptes) estaban inactivos y 42% con comorbilidades asociadas (más frecuente osteoporosis). El 77,5% se transicionó a hospitales públicos (con servicios de reumatología). El 73% de los pacientes (44/60) pudo ser reevaluado a través de una entrevista telefónica. La edad X a la entrevista fue 22.8 ± 2.5 años, 21 ptes (47%) tienen independencia laboral y 26 (59%) concurren a la universidad; 3 ptes (7%) tuvieron hijos. El 73% (32 ptes) está en seguimiento por su enfermedad de base. Al interrogar por sus sentimientos al momento de iniciar la transición: el 77% (34 ptes) mencionó que no querían irse del hospital de niños ("me sentía contenido, seguro"), el 61% (27 ptes) estuvieron tristes ("me había encariñado con mi doctora"), 36% (16 ptes) tenían miedo al cambio ("me había acostumbrado", "solo confiaba en usted", "me sentí grado de golpe"). Solo el 8% de los ptes hubieran cambiado algo durante la transición ("que la 1er consulta sea con el reumatólogo de adultos y con usted", "que haya más comunicación entre ustedes"). El 95,5% (42 ptes) estuvieron satisfechos con el proceso de Transición. Los pacientes que no realizaron una transición programada (n=20) tuvieron menor adherencia en el seguimiento médico posterior (p.001), menor cumplimiento del tratamiento (p.001) y menor independencia laboral (p.014)

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, se logró implementar el PTHN en el 67% de los ptes, en los últimos 5 años. El 73% de los entrevistados post-transición, sostuvieron seguimiento en servicios de adultos. Un alto porcentaje de pacientes al momento de transitaron tuvieron sentimientos negativos, pero el 95,5% está satisfecho con dicho proceso. Los pacientes transicionados de emergencia o que discontinuaron el seguimiento, adherencia a los servicios de adultos ha sido pobre, como también la calidad de vida actual (independencia laboral y familiar). Existe la necesidad de reevaluar y plantear nuevas estrategias interdisciplinarias (equipo pediátrico, de adultos y organismos de salud pública), para mejorar el proceso de transición en pacientes con enfermedades crónicas.

**Palabras Claves:** transición, enfermedades reumáticas

# 257

## 0257 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE UVEÍTIS EN UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL

Modalidad: Oral

Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

CAPELUSNIK, Dafne | CAVALIERI, Magdalena Ida | ROLÓN CAMPUZANO, Roger | SCHNEEBERGER, Emily Edith | OROZCO, María Celeste | SOMMERFLECK, Fernando Andres | ZAMORA, Natalia | CITERA, Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Introducción:** La Uveítis Anterior Aguda (UAA) es la manifestación extraarticular más frecuente en la Espondiloartritis axial (EsPax), su prevalencia global es de 32,7%.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de UAA en una cohorte de pacientes con EsPax, describir sus características clínicas, frecuencia de episodios, respuesta al tratamiento y pronóstico a largo plazo, así como su asociación con características generales de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009) de nuestra cohorte. Se consignaron datos sociodemográficos, tipo de EsPax, manifestaciones extraarticulares, comorbilidades, tiempo de evolución y tratamientos recibidos; números de episodios de uveítis, su año de aparición, características del mismo, tratamiento realizado y secuelas. En el examen físico se evaluó rigidez matinal, medidas de movilidad axial por BASMI, número de articulaciones tumefactas y sitios de entesitis por medio de MASES. Se consignó ERS, PCR y presencia de HLA-B27. Se empleó Escala Visual Numérica (EVN) para evaluar el dolor, dolor nocturno, actividad de la enfermedad según el paciente y el médico. Se administraron autoquestionarios: BASDAI, BASFI y ASQoL. Se calculó SASDAS ERS/PCR. La evaluación radiográfica se realizó a través de BASRI y mSASS. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student, test de Chi2 y análisis de regresión logística múltiple. Se consideró significativo un valor de p<0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 231 pacientes, 174 de sexo masculino (75.3%). La edad mediana fue 46 años (RIC 36-57) y el tiempo mediano de evolución de la enfermedad fue de 20.5 años (RIC 10.5-30.5). Sesenta pacientes (26%) presentaron a menos un episodio de uveítis, siendo la primera manifestación de la enfermedad en 22 (37.9%) de ellos. La uveítis anterior aguda fue la forma más frecuente observándose en 59 pacientes (98.3%). El promedio de episodios fue 4.7 (DS 5.6). Diecisiete pacientes tuvieron 1 episodio, 15 pacientes 2 episodios, 8 pacientes 3 episodios y 20 pacientes 4 o más episodios. En el 48.8% los casos, las recurrencias fueron unilaterales. La duración mediana de cada evento fue mayor en el primer episodio [m 30.5 días (RIC 14.5-60.5)]. El tratamiento recibido fue local en 42 (79.2%) de los pacientes. Doce pacientes (22.2%) presentaron secuelas luego del primer episodio, siendo la disminución de la agudeza visual y cataratas las más frecuentes (16.7% y 5.6%, respectivamente). Las secuelas tras el último episodio fueron, en orden decreciente de frecuencia: disminución de la agudeza visual (58.8%), sinequias (29.4%) precipitados precorneales (29.4%), cataratas (23.5%) y úlceras corneales (11.8). La presencia de uveítis se asoció significativamente con mayor tiempo de evolución de la enfermedad (media 20.7±13.2 años vs 24.9±14.2 años p=0.038) y con la positividad de HLA-B27, (69% vs 47.4%, p=0.006) y esto se mantuvo en el análisis multivariado, luego de ajustar para otras variables.

**Conclusiones:** La prevalencia de uveítis en nuestra cohorte fue del 26%, y la misma fue significativamente más frecuente en pacientes HLA-B27(+) y con mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

**Palabras Claves:** Uveítis. Espondiloartritis

260

**0260 - ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA. QUÉ PERCIBE EL PACIENTE, EL EXAMEN CLÍNICO Y EL EXAMEN ULTRASONOGRÁFICO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
 CORONEL ALE, Andrea Lujan | ROLON CAMPUZANO, Roger Hugo | CAZENAVE, Tomas | MARTIRE, Victoria | CITERA, Gustavo | ROSEMFET, Marcos  
**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Introducción:** El T2T modificó el concepto clásico del tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). El objetivo actual es alcanzar la remisión de la enfermedad con un abordaje temprano e intensivo, utilizando todos los recursos disponibles a tal efecto. En la actualidad se tiene muy en cuenta la opinión del paciente, siendo su participación activa alentada en las diferentes recomendaciones y guías de tratamiento. Los criterios de remisión utilizados comúnmente consideran diferentes variables subjetivas y objetivas para categorizar el estado del paciente, sin tener en cuenta los estudios por imágenes. Algunos postulan que la verdadera remisión debería incluir a las imágenes ya que la inflamación subclínica detectada por las mismas explicaría el daño estructural en los pacientes con remisión clínica.

**Objetivos:** Determinar el grado de actividad o de remisión en pacientes con AR que reciben TB y conocer cuál es la percepción que tiene el paciente, el reumatólogo tratante y la ultrasonografía (US) acerca de este estado.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes = 0 > 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR EULAR 2010. Se evaluaron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria, en tratamiento por al menos 3 meses con TB. Se consignaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, serología, reactivantes de fase aguda (ERS en mm/h y PCR en mg/dl), tratamientos previos recibidos. Se realizó recuento de 28 articulaciones, DAS28, RAPID 3, EVA global de actividad y de dolor. Por interrogatorio directo se definió la percepción que tenía el médico y el paciente sobre el estatus de la enfermedad, categorizando la misma en los diferentes grados que van de remisión a alta actividad. El mismo día de la consulta dos ecografistas ciegos con buena correlación interobservador previa, realizaron evaluación US de 12 articulaciones (codos, carpos, MCF 2, MCF 3, rodillas, tobillos), representado por el REUMA score con un rango de (0-36). Se determinó sinovitis por escala de grises y presencia de señal Doppler de Poder (PD). Se confeccionó un score para escala de grises, uno para presencia de PD y un score total con la sumatoria de ambos. Se consideró PD + a la presencia de señal = 1 y sinovitis por escala de grises a un score = 2 para cada articulación evaluada. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, Test de Student y ANOVA, Test de Chi2, test exacto de Fisher, Correlación por test de Spearman. Modelo de regresión lineal múltiple. Una p<0.05 se consideró significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, 85 % sexo femenino, tiempo mediano de evolución 17 años (RIC: 11-23), 74% seropositivos para FR. DAS 28 mediana de 3,3 (RIC: 2.6-4), RAPID3 mediana 9,8 (RIC: 6.2-14). La TB más utilizada fue Etanercept, Adalimumab, Abatacept en 37,6%, 20% y 19% respectivamente con una mediana de tiempo de tratamiento de 3 años (RIC: 1-5). Las DMARs asociadas fueron MTX y LFN y 28,7% recibieron esteroides. El 87% de los pacientes consideraron tener controlada la enfermedad, siendo el responsable de la mejoría la TB en un 80% de los casos. La percepción del paciente se asoció significativamente con DAS28, actividad de la enfermedad por el médico, número de articulaciones tumefactas y número de articulaciones por escala de grises. Para el médico el objetivo T2T se cumplió en el 83,4%, con 24% de los pacientes en remisión y 59,4% en baja actividad. Al dicotomizar a la población en aquellos que alcanzaron el objetivo del T2T vs no T2T, se observó una asociación significativa con la percepción del paciente y la del médico en el primer grupo y no hubo asociación con los datos obtenidos con la ultrasonografía. Se encontró buena correlación entre el score de 12 articulaciones y el Reuma score, y este último tuvo mejor asociación con los datos observados por el paciente y el médico comparado con el score de 12 articulaciones.

**Conclusiones:** La percepción del paciente y del médico sobre la actividad de la enfermedad fue más concordante que la asociación con los hallazgos ultrasonográficos. El Reuma score demostró ser útil para discriminar extremos en la actividad de la enfermedad. Son necesarios estudios prospectivos para determinar el rol de la US en el monitoreo de la actividad de la enfermedad.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea Terapia biológica Percepción Ultrasonografía

287

**0287 - DERMATOMIOSITIS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN 105 PACIENTES DEL REGISTRO ARGENTINO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS**

Modalidad: Oral  
 Unidad Temática: Etc  
 GRANELL, Amelía(1) | MARCOS, Ana Inés(1) | GOMEZ, Graciela Noemi(2) | GARGIULO, María de Los Angeles(2) | COLLADO, María Victoria(2) | COSTI, Ana Carolina(3) | GARCÍA, Mercedes Argentina(3) | WERNICKE, Verónica(4) | MARIANO, María Inés(4) | LA VEGA, María Gabriela(5) | BERALDO POCAR(6) | Andrea Susana(6) | GOMEZ, Ramiro Adrian(6) | BARRIOS, Belén Itati(7) | PAPASIDERO, Silvia(7) | DUARTE NOE, Damian(8) | CAVALIERI, Magdalen(9) | ROLON CAMPUZANO, Roger Hugo(9) | COSATTI, Micaela(10) | | | | |

**HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET-LA PLATA (1); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI,UBA (2); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (3); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI (4); HOSPITAL ARGERICH (5); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE SAN MARTIN" (6); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (7); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (8); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (9); REUMATOLOGÍA CEMIC BUENOS AIRES (10); CONSULTORIOS MÉDICOS VACAREZZA, ALBERDI (11); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (12); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (13); HOSPITAL NTRIO SEÑOR DEL MILAGRO (14)**

**Introducción:** La dermatomiositis (DM) es uno de los subgrupos mayores dentro de las miopatías inflamatorias autoinmunes caracterizadas por manifestaciones cutáneas típicas, debilidad muscular en la forma miopática y manifestaciones extramusculares

**Objetivos:** conocer las características clínicas y sus anticuerpos asociados en los pacientes(p) con DM del Registro argentino de la SAR.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron de forma retrospectiva 105 pac con DM, según criterios de Bohan & Peter, mayores de 18 años, de los centros que integran el GESAR de Miopatías Inflamatorias. Se registraron las características clínicas, demográficas, laboratorio y tratamiento. Se evaluaron los anticuerpos (ac) específicos de miositis(AEM) antiJo-1, PL-12, PL-7, SRP, Mi-2, EJ, OJ,TIF-1gama,MDA5, NXP2 y los ac asociados a miositis (AAM) anti Ku, PM-Scl y Ro por técnica de Immunoblot, para los ANA se realizó IFI. Se realizó análisis descriptivo, prueba exacta de Fischer para proporciones y Mann Whitney para variables numéricas.

**Resultados:** Se estudiaron 105 p, 73 mujeres (69,52%), media de edad 44 años (DE 16); 91% con DM pura, 9% DM con superposición y 15/104 (15%)miositis asociada a cáncer. Respecto de las comorbilidades:22% fumadores, 20% HTA, 9%DBT, 21% dislipidemia y 7/103 uso previo de estatinas. 12/104(11%) pac no tuvieron debilidad muscular hasta el momento del ingreso al Registro. Compromiso deglutitorio y/o respiratorio se observó en 25/102 p (25%), artritis en 34/102(33%), fenómeno de Raynaud en 39/103(38%) y EIP en 11/104 (10,57%). Las manifestaciones cutáneas fueron, 74% eritema en heliotropo, 7% signo de la V, 63% del chal, 61% Gottron, 13% manos de mecánico y 31% crecimiento de cutículas. Requerieron internación a 47/92 (51%). Se encontraron ac.FAN (+) en 69/95 (71%) anti-Ro(+n 6/94(5%) y Pm-Scl 3/70(4,3%) De 69 p 17 tuvieron anti-Mi-2 (24,6%), 1 p anti-Jo-1, 2 p anti-PL-7 y 1 p anti-PL-12.Los pac con anti-Mi-2- tuvieron valores de CK más altos(p=0,0001).A los 28 pac que fueron neg para estos AEM, se les dosó otros AEM siendo 4p + para TIF1G, 2 p MDA5 y 1 p anti-NXP2.Los pac con anti-MDA5 no tuvieron debilidad muscular(p<0,008).No hubo pac con AEM anti-SRP, OJ,EJ,SAE o anti Ku+ Los tratamientos fueron glucocorticoides en 101 pacientes (97%), metotrexato, 69 (66%),azatioprina en 38 p (34%), hidrocloquiruina en 60 p(57%), IVIGen 13 p (12,38%) y ciclofosfamida, micfenolato y biológicos en menos del 6% de los p. Recibieron hasta 3 tratamientos 75/105 p(72,5%).

**Conclusiones:** Los pacientes con DM del registro de MII de la SAR presentaron las manifestaciones dermatológicas típicas de la enfermedad, además de compromiso muscular y respiratorio. Fue más frecuente la DM pura(91%) y se encontró 15% asociada a cáncer. El 11% no tuvo debilidad muscular hasta el momento del ingreso al registro.. Requerieron internación 51%. En los 105 pac, se dosaron AEM a 69 pac, de los cuales 17 tuvieron Mi 2 +, (24,6%) 1 Jo1, 2 PL 7 y 1 PL 12. Se dosaron otros AEM a 28 pac negativos, encontrando 4/4 TIF1gama +, 2/2 MDA 5+ninguno se asoció a debilidad muscular ni aumento de CRP) y 1 NXP 2+. Ningún pac tuvo anti SRP, OJ, EJ,SAE ni Ku + y solo 1 de ellos, miositis asociada a cáncer con TIF1gama + Todos los pac de nuestra serie de MII que tuvieron ac anti Mi 2, PL 7, anti TIF1gama y anti MDA5 fueron DM y los que tuvieron MII tuvieron valores de CPK más altos.La mayoría de los pac recibieron tratamiento con corticoides (97%) y la DMAR más utilizada fue el MTX.solo 6% de los pac recibieron terapia biológica. La posibilidad de realizar el estudio de AEM no es accesible en todos los países, ni está disponible en la mayoría de los centros.Se necesitan mayor cantidad de pac para caracterizar a los pacientes argentinos con DM

**Palabras Claves:** dermatomiositosis, miositis, AEM, AAM

279

**0279 - NUEVA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PARA PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: CPDAI SIMPLIFICADO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: Espondiloartritis / ApS  
 ACOSTA, FELICHER, María Laura(1) | ELMAMOUN, Musaab(1) | SZENTPÉTERY, Agnes(1) | GALLAGHER, Phil(1) | FITZGERALD, Oliver(1) | SORIANO, Enrique R(2)

**SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2)**

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad heterogénea que afecta diferentes dominios cuya evaluación significa un desafío permanente en la práctica diaria debido a una posible combinación de compromiso axial, articular periférico, dactilitis, entesitis y compromiso cutáneo. En los últimos años se desarrollaron diferentes herramientas para medir la actividad de la enfermedad en pacientes con ApS que han sido validadas por distintos grupos de estudios internacionales como GRAPPA (Group for Research in Psoriasis and Psoriatic Arthritis) y OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials). Entre los índices compuestos de actividad, el CPDAI (Composite Psoriatic Disease Activity Index) es uno de los índices más completos, teniendo en cuenta que evalúa el compromiso articular periférico, dactilitis, entesitis, piel y el compromiso axial; una de las limitaciones de este score es la cantidad de instrumentos que requiere la medición de cada dominio y la dificultad de realizarlo en la práctica diaria

**Objetivos:** Evaluar el desempeño de un nuevo score, CPDAI simplificado (CPDAIs), en un grupo de pacientes con APs

**Materiales y Métodos:** Se diseñó el score CPDAIs que a diferencia del CPDAI original incluye en el dominio de la piel el uso del BSA (Body Surface Area) reemplazando al PASI y al DLQI; en el dominio axial se utiliza el BASDAI y el HAQ, este último reemplazando al ASQOL. Para cada uno de los instrumentos utilizados en la evaluación de cada dominio, se estableció un valor correspondiente a actividad leve, moderada o severa. Se evaluaron pacientes consecutivos con APs atendidos en el Hospital Sant Vincent, de Dublin, Irlanda, que fueron incluidos en la base de datos MOPSA (Measuring Outcome in Psoriatic Arthritis). Esta es una herramienta web que puede ser utilizada en la evaluación de pacientes con APs. Se registraron para todos los pacientes: recuento articular, EVA global y de dolor, HAQ, PASI, BSA, BASDAI, DLQI, PsAQoL. MOPSA calcula el score MDA (Minimal Disease Activity) y CPDAI basado en el reporte de pacientes y la evaluación del médico. También se calculó el DAPSA clínico (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) Se estableció la correlación entre CPDAIs y los diferentes índices de actividad utilizando la correlación de Pearson; se compararon los valores de CPDAIs entre aquellos pacientes que cumplían criterios de MDA y aquellos que no utilizando el test de Mann-Whitney U. Se calculó el área bajo la curva ROC (AUC) para evaluar la capacidad discriminativa del CPDAIs para clasificar a un paciente en MDA. Tabla 1: Variables de CPDAI simplificado

CPDAI	Coefficiente de correlación de Spearman con CPDAIs	Valor de P
CPDAI	0.9717	<0.0001
CDAI	0.8364	<0.0001
DAPSA Clínico	0.8042	<0.0001
PASI	0.4033	<0.0001
Articulaciones dolorosas	0.7937	<0.0001
Articulaciones inflamadas	0.5995	<0.0001
DLQI	0.2626	0.001
PsAQoL	0.5339	<0.0001
Dolor paciente (EVA)	0.6100	<0.0001
Eval global paciente (EVA)	0.6067	<0.0001
Eval medico (EVA)	0.7362	<0.0001

**Resultados:** Se incluyeron 214 pacientes consecutivos con APs (cumplían criterios CASPAR); edad promedio de 49 años (DS: 12) y 111 mujeres (52%). Sesenta y seis (35.5%) cumplieron criterios de MDA. La mediana (RIC) para CDAI, cDAPSA, CPDAI, y PASI fue de: 7 (4-16), 10 (5-18), 3 (2-5), y 0,8 (0-3), respectivamente. La tabla 1 muestra las variables utilizadas para la confección de CPDAI simplificado y la tabla 2 muestra la correlación del CPDAI simplificado con las distintas variables. Los pacientes en MDA tuvieron CPDAIs significativamente más bajo que los pacientes que no cumplieron criterios de MDA y aquellos que no utilizando la curva ROC para MDA fue 0,87 (IC 95%: 0,83-0,92), con 4 como el mejor valor para discriminar entre los pacientes que no cumplieron con MDA (sensibilidad: 68,42%; especificidad: 87,67%; LR+: 5,55, LR: 0,36) Tabla 2: Correlación de Spearman entre CPDAIs y los distintos índices de actividad

MDA [Media (DS) 1.7 (1.4) vs 5.3 (2.8); p<0.0001]. El área bajo la curva ROC para MDA fue 0,87 (IC 95%: 0,83-0,92), con 4 como el mejor valor para discriminar entre los pacientes que no cumplieron con MDA (sensibilidad: 68,42%; especificidad: 87,67%; LR+: 5,55, LR: 0,36) Tabla 2: Correlación de Spearman entre CPDAIs y los distintos índices de actividad

**Conclusiones:** El CPDAI simplificado, que incluye solo BSA, HAQ y BASDAI, además de la evaluación habitual de la práctica clínica, mostró muy buena correlación con la mayoría de las medidas de actividad utilizados en APs y muy buen poder para discriminar entre pacientes en remisión por MDA

**Palabras Claves:** Artritis psoriásica; CPDAI, índices de actividad

288

**0288 - EVOLUCIÓN A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
 DELGADILLO, Pedro(1) | AVILA, Gabriela(1) | CABRERA, Sonia(1) | ACOSTA, Isabel(1) | FRANCO, Marco(1) | MELGAREJO PANIAGUA, Patricia Alexandra(1) | ELIZAUAR, Juan Gabriel(1) | RAMAGLI, Alicia(2) | MAZZOLENI, Julio(1) | DE ABREU, Paloma(3)

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (1); PRESIDENTE DEL GRUPO DE ESTUDIO PANLAR-EOA (2); SECCIÓN PARAGUAYÁ DE REUMATOLOGÍA (3)**

**Introducción:** El proyecto PANLAR-EOA (early-onset-arthritis), es un estudio longitudinal, prospectivo, multicéntrico de dos años de duración, con inclusión continua de pacientes, que involucra a la reumatología panamericana para conocer cuál es nuestra realidad referente a las artritis de reciente comienzo (ACR).

**Objetivos:** Analizar la cohorte de pacientes paraguayos incluidos en el proyecto PANLAR-EOA

**Materiales y Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico. Los pacientes se incluyeron en el estudio según el protocolo del proyecto PANLAR-EOA y los datos fueron registrados en la base de datos REPANARC (www.panlareoa.org). En la visita basal y en las anuales, se registró un gran número de variables, demográficas, clínicas y analíticas. Para el análisis descriptivo se utilizaron las frecuencias con sus porcentajes y las medias con su desviación estándar. Para el análisis de asociación se utilizó para las variables dicotómica el X2, el RR con su IC y para las continuas el T student. Se utilizaron el test exacto de Fisher, ANOVA y regresión lineal según correspondían para cada caso. Para el análisis estadístico se utilizó el software R.v3.4.0

**Resultados:** Se registraron 136 pacientes, de estos 88 tenían un seguimiento de un año y 58 tenían de 2 años. En la vista basal predominó el sexo femenino en un 86% (117/136). La edad media al inicio fue 43,98 ±13.17 años. La raza más frecuente fue la blanca en un 80,10% (109/136). El estrato social predominante correspondió a la clase media según índice de GRAFAR (9.75±3,95). La media de años de escolarización fue de 12,81±2,75 años.La afectación articular más frecuente al inicio fue la poliarticular en un 61% (83/136), el 69,90% (95/136) presentaron squeezing positivo. El 43,10% tenían factor reumatoide positivo y el 56,50 % anti-CCP positivos. El retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 3,94±3,02 meses. Al inicio el 63,24% (86/136) tenían Artritis reumatoide (AR) y el 36,76% (50/136) AI (artritis indiferenciada). El tratamiento más frecuentemente administrado al fue el Metotrexato (al inicio en un 85,29%, al año 90,91% y a los 2 años 89,29%). Durante el seguimiento se observó una tasa de cambio de diagnóstico significativa de los pacientes diagnosticados inicialmente de AI (p=0,004; OR=2,92 [95%CI, 1,35-6.47]). Las variables asociadas con el diagnóstico inicial de AR fueron el anti-CCP (p=0,000, OR=15,76[5,44-51,05]), FR (p= 0,000, OR=9,15[3,44, 27,03]), Habito tabaquico (p= 0,032, OR=8,84[1,12, 404,73]), índice de masa corporal elevado (p=0,041, d(AR-AI)=1,94[-0,17,-4,05]) y alta actividad medida por el DAS28 (p= 0,011). Al analizar la evolución de la actividad de la enfermedad al año se observó una disminución significativa del DAS28(p=2,21e-09[95%CI -1,49, -0,85]), SDAI (p=1,24e-11[95%CI -18,15, -11,18]) y del HAQ (p=7,18e-08[95%CI 0,74, -0,39]). Al comparar la evolución de la actividad de la enfermedad a los dos años se observó una diferencia significativa del DAS28 (p=8,77e-06 [95%CI -1,63, -0,73]), SDAI (p=2,05e-07 [95%CI -20,01, -10,34]) y del HAQ (p=3,44e-08 [95%CI -0,85, -0,48]). Al comparar la actividad de la enfermedad al año de seguimiento con el segundo año, no se objetivaron diferencias significativas.

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes paraguayos con artritis de reciente inicio, se observó que el retraso diagnóstico fue menor que el observado en otras series. La tasa de cambio diagnóstico de AI a AR fue estadísticamente significativa durante el primer año de seguimiento. Se observó un buen control de la actividad inflamatoria de la enfermedad, con una mejoría significativa de todas las variables analizadas durante su evolución. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son pilares básicos para evitar la evolución natural de la enfermedad.

**Pósters**

---

# **50° Congreso Argentino de Reumatología**

---

---

City Center – Rosario - Santa Fe - Argentina  
11 al 14 de octubre de 2017

## 02

## 0002 - EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO EN UN EVENTO CIENTÍFICO CERRADO COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN REUMATOLOGÍA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

LÁZARO, María Alicia(1) | DEL VALLE, Hector Fabian(2) | COLLIA, L(2)

## INSTITUTO DE ASISTENCIA REUMATOLÓGICA INTEGRAL (1); FUNDACIÓN CRAVERI (2)

**Introducción:** Son numerosas las experiencias realizadas sobre intervenciones dirigidas a mejorar la práctica profesional. Tanto en la aplicación de guías clínicas como la instauración de programas de educación médica continua, se ha demostrado que las estrategias más efectivas son aquellas que recurren a dos o más tipos de intervenciones: las dotadas de enfoques didácticos interactivos y las que procuran la participación activa de los médicos.

**Objetivos:** Evaluar el grado de conocimiento adquirido en un evento cerrado, con la modalidad enfoque didáctico interactivo con participación activa de los asistentes.

**Materiales y Métodos:** Se invitó a médicos no reumatólogos a participar de un programa de educación continua. Asistieron reconocidos reumatólogos del país a exponer los temas que consideraron importantes para la práctica diaria, favorecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Se desarrollaron los siguientes temas: Gota, Artritis Reumatoidea, Fibromialgia, Fenómeno de Raynaud y Dolor Lumbar. Al inicio de cada sesión se le entregó a cada médico un cuestionario de opción múltiple relacionado al tema a desarrollar, al finalizar se les volvió a solicitar respondan las preguntas nuevamente. El conocimiento adquirido se evaluó al comparar los resultados de cada pregunta antes y después de la intervención (Vf-Vf/Vi\*100). Para analizar las diferencias se utilizó Test de Proporciones Z y Chi cuadrado, se consideró significativo  $p < 0.05$ .

	Porcentaje de Acierto (Asertividad)				
	Gota	Artritis Reumatoidea	Fibromialgia	Dolor Lumbar	Enfermedad de Raynaud
Antes	36,80%	78,30%	60,00%	25,18%	54,28%
Después	69,60*	95,60*	92,10*	54,07*	76,42*
MEJORIA	89,13%	22,20%	53,57%	114,71	40,79%

**Resultados:** Concurrieron 40 médicos, 36 clínicos y 4 traumatólogos, que desempeñan sus tareas asistenciales en CABA y GBA.

**Conclusiones:** La realización de este tipo de eventos cerrados con la modalidad de enfoque didáctico-interactivo resultó en una mejoría en el conocimiento inicial de los temas propuestos por encima del 40 %. Se consideró importante la mejoría (89.13 %) que hubo en el tema Gota, ya que muchos de los participantes eran clínicos, y son ellos los que evalúan al paciente en primera instancia y muchas veces también están a cargo del seguimiento evolutivo. En el caso del dolor lumbar la mejoría fue 114.71 % y esto permitirá eventualmente mejorar la detección temprana de Espondiliartritis al tiempo que diferenciar el dolor lumbar inflamatorio del no inflamatorio. En relación a la Artritis Reumatoidea se evidenció un buen conocimiento basal, pero de todas maneras hubo un incremento del conocimiento, objetivo final de estos programas que tienen como fin promover derivación temprana al especialista para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

**Palabras Claves:** Educación Médica

## 05

## 0005 - PREVALENCIA DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCCICA EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD. REGISTRO BIOBADASAR

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

GÓMEZ, María Gimena | BRIGANTE, Jorge Alejandro | BENITEZ, Alejandro | CERDA, Osvaldo Luis | RETAMOZO, María Soledad | GANDINO, Ignacio | QUINTEROS, Ana | EXENI, Ida Elena | BARRIOS, Belén Itati | ASTESANA, Pablo | SANCHEZ ANDIA, Carolina | COLLADO, María Victoria | GRANELL, Amelia | CAPPUCCIO, Toporosi | QUINTANA, Rosana | MUSSANO, Eduardo Daniel | SMICHOWSKI, Andrea | DE LA SOTA, Mercedes E. | KIRIMAYR, Karin Ingrid | VELOZO, Edson LARROUDE, María Silvia | BERTOL, Ana María | AGÜERO, Santiago | BATTAGLIOTTI, Cristina | CAVILLON, Emilia Marta | SOARES DE SOUZA, Sidney | BOHR, Analía Verónica | RILLO, Oscar L. | CARLEVARIS, Leandro Rubén | BEDOYA, Ma Eugenia | KERZBERG, Eduardo | KISLUK, Boris | PETKOVIC, Ingrid | PEREIRA, Dora | BARREIRA, Juan Carlos | SOMMA, Luis Fernando | COSTI, Ana Carolina | MELO, Fernando Gabriel | VIRASORO, Belen Maria | ROA PEREZ, Luis | PAIRA, Sergio Oscar | CASADO, Gustavo Christian | DE LA VEGA, María Celina

## SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

**Introducción:** Biobadasar es un registro que monitorea eventos adversos (EA) en pacientes que utilizan tratamientos biológicos en enfermedades reumatológicas conducido por la Sociedad Argentina de Reumatología. Como en otros registros internacionales se detecta que la neumonía de la comunidad (NAC) es uno de los EA infecciosos más reportados. Si bien todos los pacientes inmunosuprimidos deberían estar vacunados contra el streptococcus pneumoniae, hay una proporción de pacientes que no lo están.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de vacunación antineumocóccica en los pacientes reportados con NAC dentro de la base Biobadasar. Evaluar los factores asociados a NAC Grave en estos pacientes.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal sobre la base de BIOBADASAR, entre 2010-2016. En pacientes con NAC se evaluaron datos demográficos, enfermedad reumática, tipo y duración de tratamiento, comorbilidades y estado de inmunización antineumocóccica. Se consideró el rescate microbiológico, el tratamiento y el desenlace del evento. Se evaluó la gravedad de NAC según opinión del médico, internación, riesgo de vida y/o muerte. Los valores se expresan como media  $\pm$  desviación estándar, mediana (intervalos) y frecuencias (porcentajes), según corresponda. Se realizó análisis de regresión logística bivariado y multivariado para identificar variables asociadas con el evento.

**Resultados:** De 4029 pacientes incluidos en la base la incidencia acumulada de NAC fue de 4.2% (n 170), el 72.4% (n 123) eran mujeres. La edad media fue de 57.32(SD+/- 14.5). El 81.8% (n 139) se encontraban con tratamiento biológico. Un 40.6% (n 69) recibieron vacuna antineumocóccica. El 7.1% se interpretó como NAC grave, 60% no requirieron internación. En el 12.4% de los casos se aisló el germen, siendo el más frecuente el Streptococcus Pneumoniae. El 92.4% se recuperaron sin secuelas. La mortalidad global fue 4.1%. La enfermedad reumática más frecuente fue AR en 74.5 %, seguida de APS 6.5% y LES en 6.5%. La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de base es de 9 años (R: 1-45). En el análisis univariado para NAC grave, encontramos significancia estadística para TBQ (OR 3.88, CI95 1.063-14.22,  $p = 0.029$ ) y ERC (OR 31, CI95 2.6-376,  $p = 0.007$ ). En el modelo de regresión logística múltiple, solo la ERC (OR 3.2 CI95 0.003-38.2  $p = 0.007$ ) fue predictor de NAC grave.

**Conclusiones:** La incidencia anual de NAC en la Argentina varía entre 0.5-1.1% mientras que en nuestra cohorte resulta cuatro veces superior. La prevalencia de vacunación para neumococo fue menor al 50% en los pacientes demostrando que, si bien la bibliografía y las guías establecen la necesidad de vacunación, en la práctica estos lineamientos no se siguen. En el análisis multivariado solo la ERC se relaciona con NAC severa, aunque en el bivariado la ERC y el TBQ representan factores asociados a gravedad. Debemos poner énfasis en la educación del médico en seguir las guías internacionales de vacunación para tratar de disminuir la incidencia de NAC en nuestra población reumatológica.

**Palabras Claves:** Neumonía Vacunación Enfermedades reumáticas

## 04

## 0004 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y CRISIS GOTOSA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Otros

CASAS, Eduardo Martín(1) | GRANDA, A(2) | PACHECO, G(3) | BURKETT, A(4) | GALLO, J(5) | CALVO CATALA, J(1)

## HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (1); HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ (2); HOSPITAL C. DURAND (3); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN (4); REUMATOMED (5)

**Introducción:** El vocablo Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) incluye dos trastornos de etiología desconocida: Colitis Ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) que se define según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Presenta un curso crónico con brotes y remisiones. Tiene mayor frecuencia en raza caucásica especialmente en judíos. La edad de presentación es indistinta, aunque la mayoría de los casos ocurren entre la segunda y tercera década. Se ha estudiado que del 5% al 10% de pacientes con Espondiliorropatía seronegativa (EsA) tienen asociado EC o CU. La frecuencia aumenta del 25% al 49% con la inflamación subclínica intestinal demostrada por medio de la ileocolonoscopía. Estas lesiones generalmente afectan el colon proximal e ileon terminal. Al realizar exámenes microscópicos e histopatológicos en biopsias de tejido intestinal inflamado, el índice se eleva de un 50% a un 60%. Existe además una significativa relación entre Psoriasis e hiperuricemia, debido a procesos inflamatorios mediados por células Th1 y Th17, que finalizan en la producción de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento de queratinocitos (KGF), derivado de fibroblastos y células Th17. El KGF acelera la maduración epidérmica produciendo un rápido recambio celular e incremento de la citocinesis característico de la Psoriasis, lo cual se acompaña de un aumento del metabolismo celular y la síntesis de Purinas endógenas, dando lugar a la hiperuricemia.

**Objetivos:** Destacar la pesquisa de co-morbilidades asociadas a las Espondiliorropatías seronegativas, para una optimización temprana del esquema terapéutico y plan de seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de un caso. Marco teórico: Unidad Reumatología, Hospital General Universitario de Valencia, España. Periodo: Marzo del 2017

**Resultados:** Paciente de sexo masculino, 46 años de edad con diagnóstico de Artritis Psoriasis internado en una sala de Clínica Médica, por presentar crisis de gota asociada al cuadro de su enfermedad. Anamnesis y examen clínico: HLA B27 negativo, Gota, hipertensión, tabaquista 15 cigarrillos/día, bebedor social. Antecedentes familiares de madre con hipotiroidismo y padre con psoriasis. En tratamiento con Allopurinol 300 mg/día. Metotrexato 15 mg/sem, Acido Fólico 5 mg/sem, Losartan 50 mg/día. Enfermedad actual: Poliartralgias, principalmente en miembros inferiores, acompañado de cefalea, fiebre, presencia de tofos en ambas manos, también se observan placas eritematosas psoriasisiformes en codos sin alteraciones ungueales. Refiere tenesmo y hemorragia digestiva baja leve en las semanas anteriores. Se instaura tratamiento con prednisona 80 mg/día, disminuyendo la dosis gradualmente en 7 días. Continúa con Colchicina 1 mg/día. Análisis de laboratorio: GR: 4.20, Hto: 37.5 %, HCM: 27, VCM: 80 Hb: 12.5, Gb 2000, N: 67, L: 24, VSG: 60 PCR (+++), FR (-), Urea: 0.38, Uricemia: 11.50 mg/L, Uricosuria 24 hs: 200, Calcio: 8.4, Creatinina: 9.1, PASI: 2.4. Ileocolonoscopía: Mucosa eritematosa con presencia de edema proximal al borde anal, con pérdida de patrón vascular. Al examen del intestino delgado se evidencia ausencia de lesión del apéndice. Biopsia: Infiltrado inflamatorio crónico difuso, aumento de la vascularización mucosa, inflamación exclusiva de la mucosa. RX pelvis (FERGUSON): sacroileitis grado 2 bilateral. RMN sacroilíaca (STIR): Osteitis en situación subcondral - esclerosis subcondral. Esquema terapéutico actual: Infliximab 3 mg/kg/día, Metotrexato 10 mg/sem, Acido Fólico 5 mg/sem, Colchicina 1mg c/12 hs y Febuxostat 80 mg/día.

**Conclusiones:** Las Espondiliorropatías Seronegativas (EsA), son un grupo de enfermedades con una asociación demostrada a Enfermedad inflamatoria intestinal (EII); así es importante destacar lo trascendente de llevar a cabo un manejo integral de estos pacientes; haciendo hincapié sobre el diagnóstico de manifestaciones que puedan indicar presencia de enfermedad intestinal clínica o subclínica; condicionando así la elección del tratamiento y seguimiento. Referido a la relación entre hiperuricemia y psoriasis, es una situación que se debiera vigilar estrechamente por una mayor posibilidad de evolución de hiperuricemia asintomática a gota. Asimismo podría favorecer al desarrollo de artritis psoriasisica y vinculación con aumento del riesgo cardiovascular.

**Palabras Claves:** Enfermedad inflamatoria intestinal- Psoriasis

## 06

## 0006 - VALORACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I CON RESONANCIA CORPORAL TOTAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías

AGUILAR, Gabriel(1) | LARROUDE, María Silvia(1) | ROSSI, Ignacio(1) | BRUN, Lucas(2) | DRE-LICHMAN, Guillermo(3) | FERNANDEZ ESCOBAR, Nicolas(4) | SOBERON, Barbara(3) | GRUPO, Gaucher(5)

## CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI (1); LABORATORIO DE BIOLÓGICA ÓSEA. UNIV. NACIONAL DE ROSARIO (2); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ (3); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ (4); GRUPO ARGENTINO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER: (5)

**Introducción:** Introducción: El compromiso óseo en la enfermedad de Gaucher (EG) se encuentra en el 80% de los pacientes. El estudio con resonancia magnética corporal total (RMCT) nos permite una valoración de localización y extensión de la misma.

**Objetivos:** Objetivo: evaluar la presencia de infiltración medular (IM), necrosis avascular (NOA), infartos óseos (IO) y fracturas vertebrales (FV) por RMCT y su relación con la densidad mineral ósea (DMO).

**Materiales y Métodos:** Materiales y métodos: Realizamos un estudio prospectivo descriptivo observacional en 218 pacientes en tratamiento con terapia de reemplazo enzimático (migluste-rasa, dosis media de 54±15 U/kg (rango: 11-120)) en forma consecutiva. Se realizó RMCT con un equipo Philips 1.5 T con bobinas Q Body y SpineSense, secuencia corporal total SE T1 y STIR FSE sin contraste endovenoso. STIR evaluó la IM y edema óseo (EO). SE T1: infiltración y daño estructural óseo, y lesiones irreversibles como NOA, IO y FV. Realizamos el scoresBMB (Burd-enarrows) y Dussendorf. La DMO por DXA se midió en un equipo Lunar Prodigy Advance. Análisis estadístico: Los datos se expresan como media $\pm$ DE y las diferencias se consideraron significativas si  $p < 0.05$ . Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el test de Wilcoxon o test de Mann-Whitney según correspondiera a la prueba de chi2.

**Resultados:** Resultados: se incluyeron 126 mujeres (57.8%) y 92 varones (42.2%) edad promedio 27.9±15.9 años. La edad de diagnóstico fue de 152.9±153.8 meses (rango 4-702) y la edad promedio de inicio de tratamiento fue de 215.1±173.4 meses (rango 7-835). Detectamos 25.14% con NOA, 59.24% IO, 12.43% FV y 17.93% presentaban EO. Los pacientes con osteoporosis (OP) por densitometría presentan una tendencia a mayor NOA (chi2,  $p = 0.0002$ ) y FV (chi2,  $< 0.001$ ). No tuvimos diferencias significativas del score de BMB ni Dussendorf en función de la DMO. El BMB fue significativamente más alto en pacientes con IO ( $p = 0.0363$ ), NOA ( $p = 0.0148$ ) y EO ( $p = 0.0004$ ). El BMB disminuyó en los 3 años de seguimiento ( $p < 0.0001$  para el 1° y 2° año y  $p < 0.0133$  para el 3° año) indicando una mejoría en los pacientes con EG tratados con migluste-rasa. Si bien se halló buena correlación entre el BMB y el score de Dussendorf ( $r = 0.73$ ,  $p < 0.0001$ ), el score de Dussendorf solo mostró disminución al comparar el 1° vs el 2° año de tratamiento. Detectamos que el 89.7% de los IO se localizó en fémures, 56% en tibias, 17.9% en húmero, 5.1% en vertebrales y 12.8% en lugares atípicos como calcáneo, iliaca y pelvis. En el caso de la NOA el 82% fue en cabeza femoral, 7.8% en platillo tibial, 7.8% en cabeza humeral, 1.9% en cuerpo vertebral y 13.7% en lugares atípicos tales como astrágalo, calcáneo e ilíaco. Las FV: 31.58% dorsal baja, 21.05% lumbares, dorsolumbar baja 15.79% y 31.58% dorsal alta

**Conclusiones:** Conclusión: la RMCT nos permitió detectar NOA, infartos y FV, evaluar la extensión de la enfermedad, la mejoría de la infiltración en la médula ósea a lo largo del tratamiento y detectar lesiones agudas y localizaciones atípicas que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras Claves:** ENFERMEDAD DE GAUCHER, RESONANCIA MAGNÉTICA CORPORAL TOTAL, COMPROMISO OSEO

08

**0008 - CAPILAROSCOPIA EN EL ESTUDIO DE FENÓMENO DE RAYNAUD**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

Unidad Temática 2: Etc

SCARAFIA, Santiago Omar | LÁZARO, María Alicia | CHIMENTI, Cristian | CUSA, María Alejandra

**INSTITUTO DE ASISTENCIA REUMATOLÓGICA INTEGRAL**

**Introducción:** El Fenómeno de Raynaud (FR) es un desorden vascular, caracterizado por ataques episódicos de palidez de los dedos ante la exposición al frío o estrés emocional. Sólo un 12.6% de los casos es secundario a alguna enfermedad reumática. Se ha descrito su asociación principalmente a la Esclerosis Sistémica (ES) y Dermatomiositis, aunque también hay reportes con Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, Síndrome de Sjögren Primario, Artritis Reumatoidea, Vasculitis y Síndrome Antifosfolípido. La Capilaroscopia es una herramienta útil, económica y segura. Permite la descripción cualitativa y detección precoz de alteraciones microvasculares en el lecho ungueal de pacientes con FR asociado a enfermedades reumáticas. Su aporte es tan importante que ha sido incluida en los Criterios Clasificatorios de ES de 2013 y muchos estudios la consideran crucial para el monitoreo de la transición de FR Primario a Secundario.

**Objetivos:** Estimar la sensibilidad y especificidad de la capilaroscopia para el diagnóstico de FR asociado a enfermedad reumática.

**Materiales y Métodos:** Estudio de test diagnóstico. Se incluyeron todos los pacientes que concurren a realizarse una capilaroscopia para el estudio de FR, desde marzo de 2016 a abril de 2017. En el momento de la consulta se consignaron sexo, edad, tiempo de evolución, antecedentes patológicos y examen físico. Se consideraron posibles causas de FR no asociado a enfermedad reumática: tabaquismo, tratamiento hormonal (estrógenos/progesterona), hipotiroidismo, Sme de Túnel Carpiano y exposiciones laborales. Se excluyeron pacientes con FR asociado a enfermedad conocida (reumática), exposiciones laborales o ambientales, alteraciones estructurales del lecho ungueal. Se realizó capilaroscopia de 2° a 5° dedos de ambas manos, con un microscopio electrónico de 50X a 200X, en un ambiente con temperatura 22-25° C. Se consideró Capilaroscopia normal o anormal según las definiciones morfológicas del grupo de estudio de EULAR.

**Resultados:** Se incluyeron 53 pacientes, 96.2% mujeres (n 51), mediana de edad 43 años (RIC 32-58), mediana evolución de FR 12 meses (RIC 6-24), examen físico normal 71.7%, tabaquista 13.2%, 11.3% ex tabaquista, FAN positivo 37.7%. El 75.5% presentó una capilaroscopia normal, SD Pattern se observó en 17%. El FR fue asociado a enfermedad reumática en 16 pacientes (30.2%), sus diagnósticos fueron Esclerosis Sistémica Limitada 31.25%, Esclerosis Sistémica Difusa 25%, Sme de Sjögren Primario y Lupus Eritematoso Sistémico 12.5% respectivamente, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo 6.25%, Síndrome Antifosfolípido 6.25%. La capilaroscopia tuvo una sensibilidad de 59% y una especificidad de 97% para el diagnóstico FR asociado a enfermedad reumática. Se estimó acuerdo intra-observador Kappa: 0.89 IC95% 0.75-1.

**Conclusiones:** La capilaroscopia es un método diagnóstico con elevada especificidad para diferenciar el FR primario de FR asociado a enfermedad reumática.

**Palabras Claves:** Fenómeno de Raynaud, Capilaroscopia

18

**0018 - CORRELACIÓN DE ESTUDIOS ENTRE CAPILAROSCOPIA Y ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA SOBRE INTERFALÁNGICA DISTAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

Unidad Temática 2: Espondiloartritis / Aps

JU, Yung Chi | SEVILLA, Daniel Leonardo | VISENTINI, Susana Mirta

**HOSPITAL C. DURAND**

**Introducción:** Los cambios en la microvascularización en pacientes con artropatía psoriásica (APs) podrían formar parte de la patogenia tanto de la psoriasis cutánea como de la afectación articular. Se ha observado que los pacientes con APs reciente presentan una menor densidad de capilares y APs crónica el lecho ungueal suele estar aumentado de grosor y presentar aumento de flujo local. Un videocapilaroscopia de buena definición con la captura de imágenes en la computadora, es práctico y sencillo para el estudio capilar. La psoriasis ungueal afecta al 30-40% de los pacientes con psoriasis y se asocia con frecuencia a la presencia de artritis psoriásica. Ecográficamente, la oncopatía psoriásica se caracteriza por engrosamiento focalizado o generalizado de la tabla ungueal con tendencia a la ondulación de la lámina ventral de la misma.

**Objetivos:** Comparar los resultados de Capilaroscopia y Ecografía en un número reducido de pacientes de nuestra casuística con el fin de comprobar su diferente utilidad en el diagnóstico del síndrome y otorgar diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Materiales y Métodos:** Estudio realizado en la Unidad de Reumatología de Hospital Durand. Reclutando 40 pacientes con Artritis Psoriásica (APs) con revisión de historias clínicas de pacientes con APs reciente y crónica con edades que oscilan entre 35 años a 65 años de edad (sexo masculino en su totalidad), 30 pacientes con APs más de 5 años de evolución y 10 pacientes con APs menos de 5 años de evolución, para estudio ecográfico con ecógrafo SIEMENS ACUSON P300 de las uñas mediante Sonda Lineal LA435 Banda de Frecuencias 6 - 18 MHz, y Videocapilaroscopia Kapillo de 200 X en los lechos ungueales.

**Resultados:** La ecografía de las uñas requiere una máquina de ultrasonido de alta resolución (US), las anomalías patológicas de la oncopatía psoriásica se concentran a nivel de la tabla ungueal y del lecho ungueal. Se observa a los pacientes con artritis Psoriásica crónica con el aumento del espesor del lecho ungueal (>3 mm) y la completa fusión de las placas ungueales dorsal y ventral con engrosamiento (>0.60mm) es decir, con pérdida de la línea hiperecogénica intermedia y la trilaminaridad. Con aumento de cantidad de flujo sanguíneo detectado a nivel de la base de la uña, debido a un compromiso ungueal que puede observarse con la técnica Doppler de Potencia (DP).

**Conclusiones:** Con el presente estudio muestra las evidencias ecográfica y capilaroscopia son útiles para estudiar los pacientes con APs. La utilidad de la ecografía en el estudio se ha demostrado la habilidad en la evaluación de los cambios morfoestructurales de la placa ungueal y lecho ungueal. Con el estudio Capilaroscopia es útil estudiar microcirculación en pacientes con APs independientemente de su estado de gravedad. Otro beneficio del ultrasonografía es su utilidad en el monitoreo del tratamiento orientado a las diversas manifestaciones de la enfermedad, que si bien conocida, se encuentra poco explorada hasta el momento.

**Palabras Claves:** Ecografía en Placa Ungueal; Capilaroscopia en Artritis Psoriásica

19

**0019 - CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS DE ULTRASONOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA VS. ELECTROMIOGRAFÍA EN SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

Unidad Temática 2: Otros

JU, Yung Chi | SEVILLA, Daniel Leonardo | VISENTINI, Susana Mirta

**HOSPITAL C. DURAND**

**Introducción:** El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía más común en nuestro medio. Se produce por el atrapamiento del nervio mediano en su pasaje por el canal del carpo. Es más frecuente en mujeres(5:3); en 50% casos es bilateral. El estudio de neuroconducción con electromiograma como técnica de elección para su diagnóstico ha demostrado utilidad y eficacia. Recientemente se han incorporado técnicas de imagen como la Ecografía que aporta datos valiosos en cuanto a morfología normal del nervio mediano y sus cambios patológicos.

**Objetivos:** Comparar los resultados de EMG y Ecografía en un número reducido de pacientes de nuestra casuística con el fin de comprobar su diferente utilidad en el diagnóstico del síndrome y otorgar diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal realizado en la Unidad de Reumatología del Hospital Durand. Revisión de historias clínicas de pacientes derivados para estudio ecográfico por sospecha clínica de Síndrome del túnel carpiano entre diciembre de 2016 y mayo 2017. Se estudian 50 pacientes con edades que oscilan entre 35 años a 65 años con parestias y dolor en manos, de los cuales 30 pacientes (28 mujeres, 2 varones) presentaban signo de Tinel y Phalen positivos diagnosticados como Sme. del túnel carpiano por EMG y 20 pacientes (18 mujeres y 2 varones) con sospecha de la misma enfermedad. Se estudiaron con un ecógrafo SIEMENS P 300 mediante transductores lineales LA435 ROHS 10 MHz-18 MHz. Se realizó medición ultrasonográfica del carpo, además de neuroconducción sensorial y motora del nervio mediano con EMG.

**Resultados:** Nuestro estudio detecta una alta concordancia entre los resultados obtenidos en el cálculo del área del nervio mediano a su entrada por el túnel del carpo con los resultados obtenidos por el estudio electromiográfico en los que se estudió la conducción nerviosa de nervio mediano mediante electrodos de superficie con velocidad de conducción motora y sensitiva y potencial unidad motora (PUM). Según medición ecográfica por área transversal del nervio mediano 30 pacientes estudiados con STC y EMG +, con medición transversal del nervio mediano tienen más de 13 mm<sup>2</sup>, 20 pacientes con sospecha de STC sin EMG más de 10 mm<sup>2</sup> (45%) y 55% menos de 10 mm<sup>2</sup>, la concordancia es más alta en los casos de mayor grado de afectación del nervio mediano según EMG.

**Conclusiones:** La ecografía es un método no invasivo, económico y con resultados inmediatos, puede ser útil ante la sospecha clínica del Sme. del túnel carpiano y para su confirmación. Se detecta un alto nivel de concordancia con los hallazgos de la electromiografía que se hace más evidente cuanto más severa es la compresión del nervio mediano. El diagnóstico ecográfico permite medir el área del nervio mediano y el grosor del ligamento transverso carpal, para correlacionar los diámetros transversal y anteroposterior del carpo, con la probabilidad de evidenciar el atrapamiento nervioso. La experiencia de exploración por esta técnica es precisamente observador-dependiente y realizar el área de corte adecuado de nervio mediano son imprescindibles.

**Palabras Claves:** Ultrasonografía MusculoEsqueletica Aplicada en Sme. Tunel Carpiano

20

**0020 - ARTRITIS PSORIÁSICA Y GLUCOCORTICOIDES SISTÉMICOS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

Unidad Temática 2: Tratamiento

PÉREZ, Silvana Karina(1) | SOSA, Julia(1) | KOHAN, María Paula(1) | SANTA CRUZ, María Julia(1) | MEDINA, María Alejandra(1) | KLAJN, Diana(1) | PAPASIDERO, Silvia Beatriz(1) | CARACCILOLO, José Angel(1) | CORONEL ALE, Andrea(2) | CERDA, Osvaldo(2) | DEMARCHI, Julia(3) | GÓMEZ, Andrea(3)

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3)**

**Introducción:** El uso de glucocorticoides sistémicos (GCs) en Artritis Psoriásica (APs) es controvertido. El potencial riesgo de rebote cutáneo se asocia a la suspensión de GCs, principalmente cuando se administran a altas dosis y por vía parenteral, como así también en los pacientes con compromiso previo severo de la piel y sin tratamiento con DMAR. No obstante, los datos publicados al respecto son de bajo nivel de evidencia. Diferentes estudios han reportado que el 25-30% de los pacientes con APs reciben GCs como parte de su tratamiento, siendo limitados los datos en Argentina.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia del uso de GCs en pacientes con APs; describir la frecuencia de brote cutáneo (BC); y evaluar si existe relación entre BC y tratamiento con GCs.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, analítico, retrospectivo. Se incluyeron pacientes >= de 18 años con diagnóstico de APs (CASPAR). Se realizó revisión de historias clínicas consignando datos demográficos, tiempo de seguimiento, características de las APs y de la psoriasis cutánea (Ps), BC, GCs recibidos y motivo de indicación. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva de las características poblacionales. Se comparó la presencia de BC según el uso o no de GCs, vía de administración y la suspensión reciente del mismo mediante prueba chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Para el análisis estadístico se utilizó el software Stata 10.0.

Tabla: Presencia del brote cutáneo según uso de GCs y vía de administración (N=79).

	GCs VO (n=24)	GCs IM (n=7)	GCs VO+IM (n=7)	No GCs (n=41)	p-valor
Brote cutáneo, n (%)	12 (50)	2 (28.57)	3 (42.85)	4 (9.75)	<b>0.001</b>
VO: vía oral, IM: intramuscular.					

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes con una edad media de 54 años (DE 14.6), 52% mujeres. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 60 meses (RIC 24-84) y del tiempo de evolución de la APs 87.5 meses (RIC 48-156). El 81% presentaba compromiso periférico y el 19%, compromiso mixto. Respecto a la Ps, la mediana del tiempo de evolución fue de 216 meses (RIC 93-360) y las formas clínicas fueron: 91% en placa, 5% en gotas, 3% eritrodermia y 1% palmoplantar. El 54% de los pacientes tenían antecedentes de dacitilias, 52% de compromiso ungueal, 46% de entesitis y 5% de uveítis. El 48% de los pacientes (n=38) recibieron GCs y su motivo de indicación más frecuente fue artritis, seguido por lumbociatalgia. El 63% de estos pacientes recibió GCs por vía oral con una dosis equivalente máxima de 10 mg de prednisona (RIC 5-10) y la mediana de duración de la totalidad de los cursos fue de 133 días (RIC 58-321). La frecuencia de BC fue de 26.6% y se asoció al uso de GCs de forma estadísticamente significativa (Tabla). Al momento de presentación del primer BC, el 57% de los pacientes estaba en tratamiento con DMAR, 67% con AINEs y 29% con GCs orales. Solamente hubo 1 caso de BC posterior a la suspensión de GCs, sin alcanzar significación estadística. No hubo asociación entre el tipo de Ps y la presencia de BC (p=0.138).

**Conclusiones:** El 48% de los pacientes con APs recibieron tratamiento con GCs en algún momento de su evolución. La forma de administración más utilizada fue la vía oral y el motivo de indicación más frecuente fue la presencia de artritis. La frecuencia de brote cutáneo fue de 26.6% y se asoció al uso de GCs.

**Palabras Claves:** Artritis psoriásica, glucocorticoides, brote cutáneo



32

## 0032 - ARTERITIS DE TAKAYASU, REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

ZITELLI, Ludmila | LINDT, Gonzalo | GALIANO, Agustina | VALENTINI, Elina | ODDINO, Juan Andres | CUADROS, Sabrina | REBIGLIONE, Daniela Fabiana | TREPAT, Andrea | PEIRANO, Valeria | MILANESIO, Julieta | CARCAMO, Marina

## SANATORIO DE LA MUJER

**Introducción:** La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica, relativamente infrecuente, de etiología desconocida, que afecta a la aorta y sus ramas principales. El 80-90% de los casos se presentan en mujeres jóvenes. Clínicamente presenta una fase aguda con síntomas inespecíficos (fiebre, malestar general, sudoración nocturna, artralgias, anorexia y pérdida de peso, con aumento de PCR y VES); y una fase crónica con síntomas derivados de la oclusión vascular que dependen de las arterias afectadas. El diagnóstico definitivo se basa en criterios clínico-imagenológicos y la terapia en los glucocorticoides como primera instancia.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenino de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, ingresa por fiebre de un mes de evolución asociada a astenia, mialgias, hiporexia y pérdida de peso. Refiere antecedente de viaje a México una semana previa al inicio de los síntomas. Al examen físico no se constatan alteraciones. Trae estudios complementarios solicitados en forma ambulatoria: radiografía de tórax, ecografía abdominal, ginecológica, ecocardiograma normales y hemocultivo negativo. En el laboratorio de ingreso presenta anemia normocítica normocrómica, VES 160 y PCR 19.9. Se solicitan urocultivo, set de 3 hemocultivos, coprocultivo, perfil inmunológico y serologías virales que resultaron negativos. Ecocardiograma bidimensional sin vegetaciones. Se solicita tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste evidenciándose engrosamiento parietal de la aorta que se extiende desde aorta torácica hasta ilíacas primitivas. Eco-doppler arterial de vasos del cuello y arterias temporales, sin signos ecográficos compatibles con arteritis. Se solicita tomografía por emisión de positrones (PET) donde se advierte incremento de concentración del trazador a nivel de la pared aórtica en sus porciones ascendente, cayado, descendente; ambas arterias carótidas y subclavias compatible con vasculitis de grandes vasos. Se realiza biopsia de arteria temporal que resulta negativa para arteritis de células gigantes. Inicia tratamiento con glucocorticoides con respuesta favorable.

**Resultados:** Consideramos de importancia la presentación de este caso no solo por la infrecuencia de dicha patología, sino también por la edad de aparición en nuestra paciente. Es preciso considerar el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos ante la presencia de síndrome febril prolongado con hallazgo de aortitis en estudios por imágenes. Actualmente el PET permite la identificación temprana de los vasos afectados y la valoración de la magnitud de su compromiso.

**Conclusiones:** El PET adquiere un rol protagónico en el diagnóstico de la arteritis de Takayasu en su fase aguda, logrando instaurar tratamiento adecuado y precoz, evitando la fibrosis de la pared vascular y como consecuencia, estenosis, aneurismas u oclusiones.

**Palabras Claves:** Arteritis de Takayasu, aortitis, FOD, vasculitis de grandes vasos

35

## 0035 - ENFERMEDAD DE GAUCHER: VALORACIÓN DE LA MASA ÓSEA Y FRACTURAS VERTEBRALES

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías

LARROUDE, María Silvia(1) | AGUILAR, Gabriel(1) | ROSSI, Ignacio(1) | BRUN, Lucas(2) | DRELIICHMAN, Guillermo(3) | FERNANDEZ ESCOBAR, Nicolas(3) | SOBERON, Barbara(3) | GRUPO, Gaucher(4)

## CENTRO DE DIAGNOSTICO ROSSI (1); LABORATORIO DE BIOLOGÍA ÓSEA. UNIV. NACIONAL DE ROSARIO (2); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ (3); GRUPO ARGENTINO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER; (4)

**Introducción:** Se ha descrito osteopenia y osteoporosis en pacientes con enfermedad de Gaucher (EG) pero existen muy pocos reportes sobre la evolución de la masa ósea en pacientes con EG tratados con imiglucerasa.

**Objetivos:** Evaluar la densidad mineral ósea (DMO) y las fracturas vertebrales (FV) en pacientes con EG tratados con imiglucerasa.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo observacional en 218 pacientes en forma consecutiva en tratamiento con terapia enzimática con imiglucerasa a una dosis media de 54±15 U/kg (rango: 11-120). Se recabaron datos generales y se determinó la DMO por DXA (Lunar Prodigy Advance, GE Healthcare) en columna anteroposterior, cadera total y corporal total según correspondiera por rango etario. El diagnóstico de osteoporosis (OP) se realizó de acuerdo a los criterios de la OMS y la ISCD. El diagnóstico de FxV se realizó con Rx de columna lumbar y columna dorsal de perfil, resonancia magnética corporal total (RMCT). Data are expressed as mean±SD and differences were considered significant if p<0.05

**Resultados:** Se evaluaron 126 mujeres (57.8%) y 92 varones (42.2%), edad promedio 27.9±15.9 años. 98% presentaba esplenomegalia, 49.2% hepatomegalia y el 7.9% tenía antecedente de esplenectomía. La edad de diagnóstico fue de 152.9±153.8 meses (rango 4-702) y la edad promedio de inicio de tratamiento fue de 215.1±173.4 meses (rango 7-835). El 78.2% de las densitometrías fueron normales, 5.2% presentó osteopenia/baja masa ósea (BMO) y 16.6% osteoporosis (OP). Al año de seguimiento (n=97) se halló 10.3% con OP y 8.3% osteopenia/BMO; al segundo año (n=89) detectamos 6.7% de OP y 7.9% osteopenia/BMO; mientras que al tercer año (n=53) solo el 3.8% mostro OP y 5.6% osteopenia/BMO. Esto indica un menor porcentaje de paciente con OP a lo largo del seguimiento (chi2, p=0.0216). En columna lumbar se halló un incremento significativo de la DMO a lo largo del seguimiento (porcentaje de cambio: 1° año+2.48, 2° año +4.00%, y 3° año +6.95%). Pero no hubo diferencia significativa en cuello femoral ni en la DMO corporal total. Se excluyeron 25.14% de las DMO de cadera por presencia de necrosis ósea avascular. El incremento en la DMO se evidenció en <19 años y en mujeres premenopáusicas. Se hallaron 10 FV en mujeres y 13 en varones; 31.58% fracturas dorsales bajas, 21.05% lumbares, 15.79% dorsolumbar baja y 31.58% dorsal alta sin compromiso de muro posterior. Las fracturas dorsales altas solo pudieron detectarse por RMCT. El 45% de las fracturas comprometían una sola vertebra, el 55% más de una. El 13% eran grado I (Genant) y el resto grado II y III.

**Conclusiones:** El tratamiento con imiglucerasa mantiene y aumenta la DMO en pacientes con EG en columna lumbar. Las FxV halladas en pacientes con EG no comprometían el muro posterior. La RMCT permitió detectar las fracturas dorsales altas.

**Palabras Claves:** Enfermedad de Gaucher, masa ósea, osteoporosis, DXA, RMN

34

## 0034 - GRADO DE ACUERDO ENTRE 62 OBSERVADORES PARA LAS NUEVAS DEFINICIONES OMERACT DE LESIONES ELEMENTALES DE GOTA POR ULTRASONOGRAFÍA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Estudios Complementarios - Unidad Temática 2: Oa / Cristales / Osteopatías

CAZENAVE, Tomás(1) | MARTIRE, María Victoria(2) | WAIMANN, Christian(3) | BERTOLI, Ana(4) | BRAVO, Maximiliano(5) | AIROLDI, Carla(6) | SAUCEDO, Carla(7) | RODRIGUEZ GIL, Gustavo(8) | GRAF, Cesar(9) | URQUIOLA, Cecilia(8) | SANDBAL, Clarisa(10) | CATAY, Erika(5) | MARENGO, Florencia(3) | GUINSBURG, Mara(8) | CITERA, Gustavo(1) | ROSEMFET, Marcos(1)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); HOSPITAL DR. HECTOR CÚRA (3); INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (4); CONSULTORIOS MORENO (5); HOSPITAL PROVINCIAL (6); HOSPITAL ANITA ELICAGARAY (7); HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR LEÓNIDAS LUCERO (8); CENTRO MÉDICO MITRE (9); HOSPITAL JOSÉ MARIA CULLEN (10); HOSPITAL RIVADAVIA (11); HOSPITAL MARCIAL QUIROGA (12); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (13); ORGANIZACIÓN MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (14); PSORIHAE (15); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (16); CONSULTORIO PRIVADO (17); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (18); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (19); CENTRO DE DIAGNOSTICO ROSSI (20); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (21); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (22)

**Introducción:** el OMERACT ultrasound (US) Gout Task Force definió a las 4 lesiones elementales para evaluar pacientes con gota: doble contorno (DC), agregados, tofos y erosiones.

**Objetivos:** evaluar el grado de acuerdo inter e intra observador para las lesiones elementales de gota teniendo en cuenta las definiciones de OMERACT y evaluar la influencia de la experiencia del observador.

**Materiales y Métodos:** estudio de corte transversal. Participaron 62 observadores con diferente grado de experiencia en ecografía musculosquelética. Se evaluaron 50 videos de pacientes con gota, controles sanos y otras patologías utilizando una plataforma on line. 15 videos fueron reevaluados para calcular el grado de acuerdo intra observador. Se utilizó el coeficiente de kappa y se clasificó según los criterios de Landis y Koch. Los observadores se consideraron de alta experiencia si tenían 5 o más años de experiencia, =100 estudios US/mes y =10 evaluaciones por US de pacientes con gota/mes.

Tabla 1. Acuerdo estratificado por la experiencia del observador.

Grupo	Experiencia US [mediana, (p25-75)]	Estudios US/mes [mediana, (p25-75)]	Estudios US gota/mes [mediana, (p25-75)]	Grado de acuerdo	Agregados		DC		Tofos		Erosiones	
					%	k	%	k	%	k	%	k
Tofos lica evaluados (n=52)	8 (4-10)	65 (43-130)	5 (2-8)	inter	71%	0.31	89%	0.67	74%	0.43	84%	0.56
				intra	83%	0.62	95%	0.85	85%	0.69	93%	0.77
Experiencia alta (n=9)	10 (8-12)	130 (130-174)	15 (10-20)	inter	68%	0.27	93%	0.73	74%	0.37	88%	0.62
				intra	83%	0.64	95%	0.84	84%	0.61	99%	0.94
Experiencia baja (n=53)	8 (4-10)	52 (43-130)	4 (1-5)	inter	71%	0.31	89%	0.67	74%	0.43	84%	0.56
				intra	83%	0.62	95%	0.85	86%	0.70	92%	0.74

p25-75 = percentilo 25 and 75; k = Light's kappa; % = proporción de acuerdo observado.

**Resultados:** se realizaron 3.100 evaluaciones. La prevalencia de lesiones fue: tofos (34%), agregados (29%), erosiones (22%) y DC (20%). Las medianas intra lector fueron buenas a excelentes para todas las lesiones (tabla 1). Los coeficientes Kappa para acuerdo inter observador fue débil para agregados, moderado para tofos y erosiones y bueno para DC. Cuando se ajustó para la baja prevalencia utilizando estimaciones PABAK, el acuerdo entre evaluadores aumentó: agregados: 0,42 (moderado), tofos: 0,49 (moderado), erosiones: 0,69 (bueno) y DC: 0,79 (bueno). No hubo diferencias significativas entre observadores de alta y baja experiencia (tabla 1).

**Conclusiones:** el acuerdo para las definiciones de gota de OMERACT varió de moderado a bueno, siendo más alto para DC. Estos resultados deben tenerse en cuenta en el diseño de futuros estudios multicéntricos.

**Palabras Claves:** Gota, Ultrasonografía

37

## 0037 - MÉTODOS DE IMAGEN COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE VASCULITIS ATÍPICA DE GRANDES VASOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

GERLING MORGADO, Cristian David | GORDON, Sergio | TURRALDE, Carolina | YAURI, Javier | GROSELLO, Teresita | SCHERBARTH, Hugo | DELACASA, Alejandro | PACHIOLI, Fernando | FERNANDEZ, Marcos

## H.I.G.A. DR. OSCARLENDE MAR DEL PLATA

**Introducción:** La Arteritis de Takayasu (AT) es una panarteritis segmentaria, necrosante y ocluyente de grandes vasos que compromete fundamentalmente la aorta, sus ramas y las arterias elásticas pulmonares. Su etiología es desconocida. Tiene prevalencia de 9:1 en favor del sexo femenino, afectando mujeres jóvenes entre los 15 y 40 años. Su distribución es mundial; sin embargo, es más frecuente en los países asiáticos e hispánicos como México.

**Objetivos:** Realizar una revisión del tema y valorar los principales métodos de diagnóstico: Ultrasonido, Arteriografía, Angio-RMN y PET-CT.

**Resultados:** Paciente femenina, 62 años, con antecedentes de HTA, que consulta en esta Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (H.I.G.A. Dr. Alende, MDP) por cuadro insidioso, continuo y progresivo de disnea de CF III-IV de 6 meses de evolución, asociado a síntomas inespecíficos tales como malestar general, astenia, fiebre, artralgias, mialgias y pérdida de peso (10 kg), que obligaron a realizar múltiples consultas por diferentes especialidades sin resultados concluyentes (en evaluación por Cirugía se sospechó inicialmente la presencia de un Tumor de Mediastino), debido a la presentación clínica atípica hasta el momento de primera consulta. Al examen físico presenta registros de T.A. similares en ambos M.M.S.S sin disminución de pulsos en arterias braquiales pero con dudoso soplo carotídeo bilateral. El ejercicio dinámico de abordaje multidisciplinario junto al Servicio de Cardioangiología Intervencionista de nuestra institución permitieron realizar los siguientes estudios complementarios: Doppler Vasos de Cuello sin particularidades; Coronariografía + Ventrículografía izquierda + Arteriografía pulmonar que evidencia HTP por estenosis severa de arteria pulmonar derecha en segmento proximal y moderada de su homónima izquierda; Angio-RMN que demuestra compromiso principal del árbol pulmonar (predominio derecho) y en raíz de aorta, aorta ascendente, cayado Aórtico y segmento proximal tronco braquiocefálico, ventrículo derecho con dilatación severa y aorta derecha con leve a moderada dilatación; Estudios inmunológicos: FAN = 1/80 (motado), ENA (-), crioglobulinas (-), FR (-), ANCA (P y C) (-), AACL (-), B2GP1 (-), AL (-); laboratorio de rutina: RFA (-), Cardioangiología Intervencionista propone PET-SCAN con 18- fluorodesoxiglucosa (FDG) a fin de determinar y detectar enfermedad activa. El estudio de PET-CT de cuerpo entero (desde base de cráneo hasta raíz de muslos) con equipo híbrido multicorte confirmó engrosamiento parietal circunferencial hipermetabólico de arterias pulmonares principales (estenosis crítica mayor al 90% en arteria pulmonar derecha y severa de la izquierda 80%) que se extiende hacia aorta torácica ascendente, cayado y arteria subclavia izquierda, hallazgos a valorar, junto a antecedentes y clínica del paciente, compatibles con AT de tipo IV. Actualmente, continúa tratamiento con MPDN 40 mg/d con mejoría notable de su sintomatología con viraje de su disnea que cambia a clase funcional 1 en menos de 15 días, con el objeto conductual futuro, según historia de la enfermedad, de revascularización mediante Angioplastia percutánea compleja con probable implante de stent en una y/o ambas arterias pulmonares.

**Conclusiones:** La imagen juega un papel fundamental e importante en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad de Takayasu. Actualmente dichos métodos son variados y todos ofrecen hallazgos útiles cuando la clínica no aporta datos concluyentes para el diagnóstico y/o el papel del observador (médico clínico, reumatólogo, hemodinamista u otras especialidades) se sesga en el mero error de aunar criterios para arribar al diagnóstico definitivo.

**Palabras Claves:** arteritis takayasu imágenes petscan

## 38

**0038 - ARTERITIS DE TAKAYASU COMO PRESENTACIÓN INICIAL AISLADA DE ARTERIAS PULMONARES. REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

GORDON, Sergio | GERLING, Cristian | ITURRALDE, Carolina | YAURI, Javier | GROSELLO, Teresita | SCHERBARTH, Hugo | PACHIOLO, Fernando | FERNANDEZ, Marcos | DELACASA, Alejandro

**H.I.G.A. DR. OSCAR ALENDE MAR DEL PLATA**

**Introducción:** Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a grandes vasos con predilección de aorta y sus principales ramas, más frecuente en mujeres jóvenes. Típicamente afecta vasos sistémicos, la afectación pulmonar es cercana al 50% pero la mayoría asintomática siendo muy rara la afectación pulmonar aislada y como forma de inicio. Presentamos un caso con afectación aislada de vasos pulmonares con disnea como único sintoma inicial.

**Objetivos:** El objetivo es presentar un caso clínico de AT de difícil diagnóstico por lo poco específico de los síntomas y la localización poco habitual de afectación de arterias pulmonares en forma aislada de inicio.

**Resultados:** Paciente femenina, 62 años, con antecedentes de HTA, que consulta en esta Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas por cuadro insidioso, continuo y progresivo de disnea CF III-IV de 6 meses de evolución, asociado a malestar general, astenia, fiebre, artralgias, mialgias y pérdida de peso (10 kg), obligando realizar múltiples consultas por diferentes especialidades sin resultados concluyentes (evaluación por Cirugía se sospechó inicialmente presencia de Tumor de Mediastino), debido a la presentación clínica atípica de primera consulta. Al examen físico presenta T.A. similares en ambos M.M.S.S sin disminución de pulsos en arterias braquiales, con dudoso soplo carotídeo bilateral. El abordaje multidisciplinario junto al Servicio de Cardioangiología Intervencionista permitieron realizar: Doppler Vasos de Cuello sin particularidades; Coronariografía-Ventriculografía izquierda-Arteriografía pulmonar que evidencia HTP por estenosis severa de arteria pulmonar derecha en segmento proximal y moderada de su homónima izquierda; Angio-RMN que demuestra compromiso principal del árbol pulmonar (predominio derecho) y en raíz de aorta; aorta ascendente, cayado aórtico y segmento proximal tronco braquiocéfálico, ventrículo derecho con dilatación severa y aurícula derecha con moderada dilatación; Estudios inmunológicos: FAN=1/80(moteado), ENA(-), crioglobulinas(-), FR(-), ANCA(IP-C)(-), AACL(-), B2GP1(-), AL(-); laboratorio de rutina: RFA(-). Cardioangiología Intervencionista propone PET-SCAN con 18-fluorodesoxiglucosa (FDG) para determinar y detectar enfermedad activa. El estudio de PET-CT de cuerpo entero (desde base de cráneo hasta raíz de muslos) con equipo híbrido multicorte confirmó engrosamiento parietal circunferencial hipermetabólico de arterias pulmonares principales (estenosis crítica 90% en arteria pulmonar derecha y severa de la izquierda 80%) que se extiende hacia aorta torácica ascendente, cayado y arteria subclavia izquierda, hallazgos junto a antecedentes y clínica del paciente, compatibles con AT tipo IV. Actualmente, continúa tratamiento con MPDN 40mg/d con mejoría notable de su sintomatología con viraje de su disnea a CF I en menos de 15 días, con el objeto conductual futuro, según historia de enfermedad, de revascularización mediante Angioplastia percutánea compleja con probable implante de stent en una y/o ambas arterias pulmonares.

**Conclusiones:** Este reporte demuestra que puede presentarse AT con manifestación pulmonar aislada, la afectación pulmonar es del 50% pero de forma aislada se reportaron muy pocos casos. Si bien el TEP es la causa más frecuente de disnea brusca y a su vez la forma de presentación reportada pretende que se conozca una forma no habitual a tener en cuenta para su diagnóstico.

**Palabras Claves:** arteritis, takayasu, caso clínico, arteria pulmonar

## 39

**0039 - ANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE MIOISITIS (AEM): SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS. PRIMER REPORTE DEL REGISTRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Etc

GÓMEZ, Graciela Noemí(1) | GRANEL, Amelia(2) | GARGIULO, María de los Angeles(1) | GÓMEZ, Ramiro Adrian(3) | BENITEZ, Cristian Alejandro(4) | BARRIOS, Belén Itatí(5) | SUÁREZ, Lorena Verónica(1) | PEREZ, Nicolas(1) | COSTI, Ana Carolina(6) | COLLADO, María Victoria(1) | BRALLARD POCARD, Andrea(3) | MOVIA, Roberto Diego(7) | CAVALIERI, Magdalena(8) | GIRARD BOSCH, María Paula(9) | PINEDA, Susana(10) | PAPASIDERO, Silvia(5) | SARANO, Judith(1) | DE LA VEGA, María Celina(4) | MARCOS, Ana Inés(1) | ROLON CAMPUZANO, Roger Hugo(8) | GARCÍA SALINAS, Rodrigo(9) | GARCÍA, Mercedes Argentina(6) |

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI,UBA (1); HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET,LA PLATA (2); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A. (3); HOSPITAL ARGERICHI (4); HOSPITAL GENERAL DE AGUADOS DR. E. TORO(5); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (6); HOSPITAL EVITA, LANUS (7); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (8); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (9); CONSULTORIO REUMATOLOGÍA,VENADO TUERTO (10); HOSPITAL NTRIO SEÑOR DEL MILAGRO (11); CEMIC (12); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUADOS PROF. RODOLFO ROSSI (13); CONSULTORIOS MÉDICOS VACAREZA,ALBERDI (14); HOSPITAL CHURRUCA (15); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (16); HOSPITAL PIROVANO (17)**

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) comprenden un grupo de enfermedades poco prevalentes caracterizadas por debilidad muscular, infiltrado inflamatorio en la biopsia de músculo y manifestaciones extraarticulares.

**Objetivos:** Conocer las manifestaciones clínicas que se asocian con la presencia de AEM en un grupo de pacientes (p) de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron, de forma retrospectiva, mayores de 18 años, con polimiositis (PM), dermatomiositis (DM), según Bohan&Peter, y miositis por cuerpos de inclusión (MI) de centros de CABA, provincia Bs.As,Santa Fe y Salta que integran el GESAR de MI. Se registraron características demográficas, clínicas y laboratorio.Diagnóstico de enfermedad intersticial pulmonar (EIP): ex.físico, rx y TC de tórax y/o pruebas de función pulmonar. Se midieron anti Jo-1 en 174 p, otros AEM como anti:PL-12,PL-7,SRP y Mi-2 se midieron en 130 p. En 44 p, que habían sido (-) para los AEM citados previamente, se estudió además anti EJ,OJ, TIF1Y, MDA5 y NXP2. Los ac asociados a miositis (AAM) anti Ku, PM-Scl y Ro también se estudiaron. Se usó Immunoblot para AEM y AAM y ANA por IFI. Análisis descriptivo, t. de Fisher para proporciones y test de Mann Whitney para variables numéricas.(p< 0,05).

**Resultados:** Se analizaron datos de 174 pacientes (p) con MI, 122 mujeres (70%), 93 DM, 76 PM y 5 MI, promedio edad al diagnóstico 47±14 años. Caustróicos (48%), mestizos (25%) y amerindios (8,7%). Curso de la enfermedad: mono cíclico en 33,92% (58/171) polio cíclico en 27,43%(47/171) y crónico en 29,24%(50/171). Superposición con esclerodermia 8,62% (n=15).Características clínicas: artritis en 32,37%(56/173), Raynaud 36,4%(63/173), EIP al diagnóstico 16,67%(29/173). De los AAM: ANA+ en 66,06%(109/165), Ro+ 19,59%(29/148) y Pm-Scl 4,58%(6/131). De los AEM:Jo-1+ en 13,79% (24/174), Mi-2+ en 12,98% (17/131),SRP en 3,84% (5/130), PL-12:3,07% (4/130) y PL-7:2,3%(3/130). Los AEM realizados en 44 p previamente (-)fueron TIF1Y+ en 4 p, NXP2+ 3 p, MDA5+ 2p, 1 p con OJ+ y 1 p con EJ+. Ninguno de los pacientes tuvieron anti SAE o anti Ku. Anti Jo-1+ se encontró en 6,45% p con DM y en 23,68% p con PM (p=0,002967), mientras que EIP en 18/149 p (12,08%) Jo-1(-) y en 1/24 (70,83%) Jo-1(+)(p=0,003). Anti-Mi-2 se encontró solo en p. con DM (p=0,0001) así como TIF1Y. No se encontró diferencia entre la presencia de Mi-2 y curso de la enfermedad (p=0,68). Cáncer asociado y anti-TIF1Y+ se vio en ¼ p. Dos p. con anti MDA5+ tuvieron DM amiotáica.

**Conclusiones:** Anti Jo-1 y anti Mi-2 se encontraron en valores cercanos a 14% y 13% respectivamente, siendo los AEM más frecuentes en este grupo de pacientes de Argentina. Anti Mi-2 se halló exclusivamente en pacientes con DM mientras que anti Jo-1+ fue más frecuente en pacientes con PM. Si bien la frecuencia de anti Jo-1+ fue levemente más baja que la de otros grupos, los pacientes Jo-1+ tuvieron más frecuencia de EIP, hallazgo similar a otras series. No se observó diferencia entre curso más agresivo y presencia de anti-SRP. Otros AEM como anti TIF1Y, MDA5 y NXP2 se encontraron en porcentajes muy bajos y no se pudieron estudiar aún en los sueros de todos los pacientes del Registro como para sacar conclusiones en nuestra población. Al ser un registro retrospectivo faltan algunos datos importantes como etnia y características clínicas que no permitieron arribar a otras conclusiones.

**Palabras Claves:** miopatía inflamatoria, anticuerpos específicos de miositis

## 40

**0040 - CAMBIOS EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS B DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

ZACCA, Estefanía Raquel(1) | ONOFRIO, L(1) | ACOSTA, C(1) | FERRERO, P(1) | ALONSO, S(1) | RAMELLO, Mc(2) | MONTES, C(2) | MUSSANO, Eduardo Daniel(1) | ONETTI, Laura Beatriz(1) | CADILE, Isaac Ignacio(1) | TABOADA BONFANTI, María Carolina(1) | RETA ARBO, Lucas(1) | ACOSTA RODRIGUEZ, E(2) | GRUPPI, Adriana(2)

**HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC - CIBICI (2)**

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune que afecta a las articulaciones y en ocasiones se presenta con manifestaciones extrarticulares. A pesar de las distintas opciones terapéuticas, la respuesta al tratamiento (Tx) puede ser subóptima y no se dispone de biomarcadores predictivos de respuesta al Tx. Se ha reportado que la ausencia y disfunción de algunas subpoblaciones de linfocitos(L) B se asocia a autoinmunidad.

**Objetivos:** Es por ello que el objetivo de este trabajo fue evaluar el % de subpoblaciones de LiB en pacientes con AR y analizar el efecto del Tx sobre las mismas.

**Materiales y Métodos:** Se obtuvieron muestras de sangre de individuos sanos (CS, n=20), de pacientes con AR sin tratar (AR sin Tx, n=24), y tratados con Metotrexato (AR-Mtx, n=23), o con inhibidores de TNF-a (AR-antiTNF, n=17), o de JAK como Tofacitinib (AR-Tofa, n=7). Se tomaron muestras al inicio y a los 3 meses de iniciar o cambiar un Tx (n=15). La actividad de la AR fue evaluada por el índice DAS-28 y la respuesta al Tx a través de los criterios EULAR.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en el % de LiB inmaduros CD19+CD24hiCD38hi en los pacientes AR sin Tx y en los AR-Mtx respecto a los CS, sin embargo en los AR-antiTNF y en los AR-Tofa disminuye significativamente el % de esa subpoblación (p<0,05). Respecto a los LiB maduros CD19+CD24intCD38int y a los LiB de memoria CD19+CD24hiCD38- no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Además, en los pacientes buenos respondedores, se observó un aumento significativo de los LiB CD19+CD24hiCD38- (p<0,05) y una disminución de los LiB CD19+CD24hiCD38hi (p<0,05). Aunque ambas poblaciones presentan similares niveles de la molécula inhibitoria PDL1, se encontró que la población CD19+CD24hiCD38-PDL1+ incrementa en sangre periférica de pacientes buenos respondedores al tratamiento (p<0,01).

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio, permiten plantear que los cambios porcentuales en LiB podrían utilizarse como marcadores predictivos de respuesta a la terapia. Además, TNF-a y la vía JAK-STAT podrían estar implicadas en el desarrollo y/o sobrevida de los LiB CD19+CD24hiCD38hi, ya que si ambas vías están bloqueadas dicha población disminuye.

**Palabras Claves:** Autoinmunidad Artritis Reumatoidea Linfocitos B

## 41

**0041 - NEUMONITIS AGUDA RELACIONADA AL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDEA. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: AR

MARIN, Josefina(1) | REIMUNDES, Cecilia(2) | MAID, Pablo(2) | DUHAU, Javier(2) | CHUNG, Kyu Tai(2)

**HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (2)**

**Introducción:** Reportes de casos de pacientes tratados con terapias biológicas han demostrado un incremento en la incidencia de enfermedad pulmonar aguda causada por inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa). La incidencia exacta de enfermedad pulmonar causada por anti TNF es desconocida, se estima que la misma varía entre un 0,5-3%.

**Objetivos:** A continuación describiremos dos casos con enfermedad pulmonar aguda atribuida al tratamiento con adalimumab, un anticuerpo monoclonal recombinante IgG1 contra el TNF-alfa y revisaremos la bibliografía publicada hasta la fecha.

**Materiales y Métodos:** Caso Clínico 1: Paciente de sexo masculino de 76 años de edad extraabaigasta y con antecedentes de tuberculosis pulmonar a los 35 años. En el año 2007 se le realizó diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) seropositiva y comenzó tratamiento con metotrexate (MTX) y corticoides. Un año después por falla a MTX inicia tratamiento con adalimumab. Previo al inicio del agente biológico se constata en la Tomografía de tórax (TAC) áreas de enfisema paraseptal y centrolobulillar, tenue infiltrado en lóbulo inferior derecho y nódulo denso en segmento superior del lóbulo inferior derecho con prueba de PPD positiva, por lo cual inició tratamiento profiláctico con Isoniazida 300mg/día y luego de 4 semanas comenzó con Adalimumab 40mg/0,8ml cada 14 días. A los 45 días de iniciado el tratamiento comienza con un cuadro febril seguido por disnea progresiva por lo cual se suspende el mismo. Cúmple tratamiento con Claritromicina desapareciendo el cuadro febril pero con persistencia y empeoramiento de la disnea, constatándose en T.A.C de tórax: infiltrado intersticial bilateral y simétrico compatible con: "Neumonitis Aguda". Se interpreta el cuadro clínico como probable "Neumonitis por hipersensibilidad a drogas". El paciente es internado por un cuadro de insuficiencia respiratoria requiriendo oxigenoterapia permanente (4l/min) y corticoides a altas dosis (prednisona 80mg/d). Tras 11 días de internación presenta buena evolución y es externado con oxígeno permanente domiciliario.

Caso	Edad	Sexo	Antecedentes	Tratamiento	Síntomas	Exámenes	Diagnóstico	Tratamiento	Evolución
1	76	M	Tuberculosis pulmonar	MTX, Adalimumab	Disnea, fiebre	TAC: infiltrado intersticial bilateral	Neumonitis por hipersensibilidad a drogas	Claritromicina, corticoides	Mejoría
2	76	M	Tuberculosis pulmonar	MTX, Adalimumab	Disnea, fiebre	TAC: infiltrado intersticial bilateral	Neumonitis por hipersensibilidad a drogas	Claritromicina, corticoides	Mejoría

**Resultados:** En la tabla 1 se resumen las características de los dos casos descriptos y las características de reporte de casos publicados hasta la actualidad.

**Conclusiones:** El rol patogénico del anti TNF para inducir compromiso pulmonar es desconocido. Revisando los casos descriptos hasta la actualidad se aprecia que tanto las manifestaciones clínicas como los hallazgos en la tomografía son inespecíficos.

**Palabras Claves:** Toxicidad pulmonar por drogas anti TNF Enfermedad intersticial

42

0042 - ARTERITIS DE TAKAYASU: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Pediatría

Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

NARCHI, Ana Sofía | ETCHEVERRY, M | PRINGE, A | BRUSCO, I | CUTTICA, R

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE

**Introducción:** La Arteritis de Takayasu en pediatría, sigue en frecuencia a la Púrpura de Schonlein Henoch y la enfermedad de Kawasaki (2) Su incidencia en la población pediátrica es desconocida, pero se ha estimado en 2,6 / 1.000.000 año.

**Objetivos:** Describir presentación, terapéutica y evolución de pacientes con Arteritis de Takayasu

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Arteritis de Takayasu según criterios EULAR/PRES/PRINTO, entre 1974 y 2016. Se obtuvieron datos demográficos, acerca de la forma de presentación, laboratorio, tipo de compromiso vascular, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes, 87,5% sexo femenino, 100% de nacionalidad Argentina. La edad promedio a la primera consulta fue de 11,1 años (DS ± 3,94). La media de tiempo de demora a la primera consulta al servicio fue de 77 días y, el promedio de demora al diagnóstico fue de 10,59 meses (DS ± 16,49) El tiempo de seguimiento fue 4,42 años. Las formas de presentación más frecuentes fueron: hipertensión arterial, soplo y diferencia de presión arterial en miembros, síntomas constitucionales, síntomas en Sistema Nervioso Central y artritis. Los hallazgos de laboratorio al debut de la enfermedad fueron anemia con una media de 10,7 gr/dl (DS ± 2,07), trombocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se realizaron estudios por imágenes en el 100% de los pacientes: Angiografía en todos los pacientes asociada a angiografía en dos y PET TC en uno de los mismos. El tipo de compromiso vascular más frecuentemente encontrado fue el tipo V o extenso con un 62,5%, seguidos por el compromiso de tipo IV un 25% y un único paciente con tipo III. En cuanto al tratamiento farmacológico todos los pacientes recibieron corticoides, 6 pacientes recibieron ciclofosfamida, 4 Metotrexato, y 2 requirieron tratamiento biológico, por persistencia de enfermedad activa, utilizándose Infliximab y Rituximab. Los fármacos antihipertensivos se utilizaron en 6 de los pacientes (75%) 3 requirieron más de un fármaco para control de la tensión arterial, siendo amlodipina, atenolol y enalapril los más utilizados, un paciente requirió tratamiento con antiprostaglandina (iloprost) por crisis hipertensiva severa. Se realizó intervención quirúrgica con colocación de stent en 2 pacientes, en Aorta abdominal en uno de ellos y en arteria mesentérica y tronco celíaco en el otro. Otros tratamientos indicados fueron: anticoagulantes, antiagregante, diuréticos. Respecto a la evolución de los pacientes, 3 alcanzaron la remisión, 3 persistieron con enfermedad activa y 2 pacientes fallecieron; las causas de muerte fueron emergencia hipertensiva e infección respiratoria. En cuanto a las comorbilidades: 1 paciente con diagnóstico de ALJ más Leucemia mioeloides y embarazo intratratamiento, 1 paciente adicto a drogas, 1 paciente con epilepsia y TBC, 1 paciente con HIV

**Conclusiones:** La enfermedad de Takayasu es una entidad de baja frecuencia en pediatría, el retraso al diagnóstico continúa siendo importante. Deben considerarse los síntomas constitucionales en conjunto con síntomas de hipertensión arterial como signos de alarma para considerar el diagnóstico de enfermedad de Takayasu. En general los resultados analizados concuerdan con los encontrados en la bibliografía internacional. El uso de agentes biológicos como tratamiento aún no presenta adecuado nivel de evidencia y en general se utiliza como tratamiento luego de la falla terapéutica. Debido a la rareza de la enfermedad resulta dificultosa la realización de estudios de adecuada calidad, por lo que los reportes y series de casos resultan de fundamental importancia para la toma de decisiones en esta entidad.

**Palabras Claves:** Arteritis de Takayasu, Pediatría, Vasculitis

43

0043 - ¿EXISTE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL CON COMPROMISO RADIOGRÁFICO MÍNIMO?

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

MARIN, Josefina | POMPERMAYER, Luciano | BRAVO, Maximiliano | RUTA, Santiago | ROSA, Javier | SORIANO, Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** La relación entre espondiloartritis axial no radiográfica (SpAaxnr) y la Espondilitis Anquilosante (EA) es controvertida. Algunos autores consideran que estas entidades representan estadios diferentes de una misma enfermedad.

**Objetivos:** 1-Evaluar si los pacientes con SpAax nr sin sacroileitis en las radiografías (sacroileitis grado 0 bilateral) corresponden a un grupo clínicamente diferente, comparados con los pacientes con SpAax nr y cambios radiográficos mínimos (SpAax mínima) (sacroileitis grado 1 bilateral o grado 2 unilateral) y los pacientes con EA (sacroileitis grado 2 bilateral o grado 3 o 4 unilateral según los criterios modificados de Nueva York). 2- Determinar el grado de acuerdo inter-observador para la evaluación de las radiografías de las articulaciones sacroilíacas. 3- Determinar el grado de acuerdo interobservador para clasificar a los pacientes como EA según los criterios de Nueva York modificados.

	SpAax nr sin sacroileitis en RX (n= 28)	SpAax mínima, n= 15	EA, n= 16
edad (años), media (DS)	29,6 (2,3)	40,2 (2,5)	40,6 (2,2) (0,9)
Sexo masculino, % (95%CI)	50 (39-60)	80 (39-100)	89 (64-92) (0,34)
Duración de la enfermedad (años), media (DS)	5,4 (1,2)	4,4 (0,7)	9 (2,3) (0,19)
Enfermedad, % (95%CI)	17 (3-32)	10 (3-30)	26 (13-50) (0,04)
Definitiva, % (95%CI)	14 (1-27)	10 (1-30)	13 (4-21) (0,08)
VSG, media (DS)	27 (3,5)	17 (4,5)	19 (3) (0,4)
BASFI, media (DS)	4,8 (0,5)	3,8 (0,7)	4,7 (0,7) (0,26)
BASMI, media (DS)	2,4 (0,8)	2,0 (0,5)	4 (0,7) (0,24)
BASDE, media (DS)	2,2 (0,2)	2,3 (0,3)	3,9 (0,5) (0,002)*
HLA B27 positivo (n=46) (%)	3/21 (14)	0/12 (0)	0/14 (0) (0,001)

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de espondiloartritis, según criterios ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society). Todos los pacientes tenían una resonancia magnética (RM) con presencia de edema óseo, y cumplían criterios de sacroileitis. La evaluación clínica incluyó: datos demográficos, actividad de la enfermedad (BASDAI),

capacidad funcional (BASFI), clinimetría (BASMI), reactantes de fase aguda (proteína C reactiva (PCR) y eritrosedimentación globular (VSG)), y HLA- B27. Las radiografías de las articulaciones sacroilíacas fueron evaluadas por dos reumatólogos expertos en lectura radiográfica y ciegos a los datos clínicos de los pacientes. Las radiografías en las que hubo discrepancias entre los evaluadores fueron revisadas en forma conjunta y se les otorgó una puntuación final en forma consensuada. Los pacientes fueron clasificados en tres categorías, acorde al grado de compromiso radiológico: SpAax nr sin sacroileitis radiológica, SpAax mínima y EA.

	Positivo lector 2	Negativo lector 2	total
Positivo lector 1	39	6	45
Negativo lector 1	2	12	14
Total	41	18	59

Acuerdo 86,44% Acuerdo esperado 60, 24% Kappa 0,659 Prob> 0,0000

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes: SpAax nr sin sacroileitis radiológica (n: 28), SpAax mínima (n: 15) y EA (n: 16). Los datos demográficos y clínicos se muestran en la tabla 1. Aunque predominó el sexo femenino en el grupo de pacientes con SpAax nr sin sacroileitis radiológica (50%), en

comparación con los pacientes con EA (31%) y los pacientes con SpAax mínima (20%), esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Los pacientes con EA mostraron valores significativamente más elevados de BASMI, comparados con los otros dos grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables evaluadas. El grado de acuerdo interobservador en la lectura radiológica de ambas articulaciones sacroilíacas entre lector 1 y lector 2 fue: para weighted Kappa (valor de p) 0,70 (p<0,001) y 0,78 (p<0,001), respectivamente y para unweighted Kappa: 0,56 (p<0,001) y 0,62 (p<0,001) respectivamente. En la tabla 2 se muestra el grado de acuerdo interobservador para clasificar a los pacientes en EA, utilizando los criterios modificados de Nueva York.

**Conclusiones:** Los pacientes con SpAax nr sin sacroileitis radiológica no parecen constituir un subgrupo clínico diferente de espondiloartritis. Hubo un buen acuerdo interobservador en la lectura radiológica de las articulaciones sacroilíacas para clasificar a los pacientes con diagnóstico de EA.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis sacroileitis por radiografía

44

0044 - INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS Y POLIANGEITIS MICROSCÓPICA EN UNA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA DE GESTIÓN DE SALUD: UN ESTUDIO A 15 AÑOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

PIERINI, Florencia | SCAGLIONI, Valeria | SCOLNIK, Marina | MOLLERACH, Florencia | SORIANO, Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCA son enfermedades raras y los datos epidemiológicos sobre ellas son escasos.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue estimar las tasas de incidencia y prevalencia de Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) y Poliangeitis Microscópica (PAM) utilizando datos de una organización hospitalaria de gestión de la salud (HMO) en América Latina.

**Materiales y Métodos:** Múltiples métodos para el hallazgo de casos fueron utilizados para asegurar la constatación completa: (a) pacientes con diagnóstico de vasculitis en expedientes médicos electrónicos de HMO, (b) pacientes con ANCA, proteinasa-3 o mieloperoxidasa positivo en la base de datos de laboratorio, (c) pacientes con consumo de azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato, micofenolato o rituximab, procedentes de la base de datos de fármacos de la HMO, (d) pacientes con una biopsia renal realizada en el registro de Anatomía Patológica. Se consideraron pacientes con GPA a aquellos que cumplían criterios ACR 1990 o si el diagnóstico clínico fue realizado por un reumatólogo experimentado; PAM si era diagnosticado por un reumatólogo en concordancia con el consenso de Chapel Hill 2012. La vasculitis limitada al riñón (VLR) ANCA-P positivo se consideró junto con MPA. Para los miembros de la HMO se calcularon las tasas de incidencia y prevalencia globales, y específicas por edad y sexo. Para el cálculo de incidencia se siguió a los afiliados con afiliación continua = 1 año, desde enero de 2000 hasta enero de 2015, hasta la fecha de finalización del estudio, su muerte, que voluntariamente dejaron el HMO o se les realizó un diagnóstico de GPA o PAM. La prevalencia se calculó el 1 de enero de 2015 y solo se consideraron para el cálculo los pacientes todavía en tratamiento en ese momento.

**Resultados:** 19 casos incidentes de GPA y 28 de PAM fueron identificados desde enero de 2000 hasta enero de 2015. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Durante este período, un total de 349.775 personas de la HMO contribuyeron a un total de 2.073.438 personas-año. Las tasas de incidencia se midieron como casos por cada 1.000.000 de personas-año. La tasa de incidencia global de GPA y PAM fue 9 (IC5-13) y 14 (IC 9-19), respectivamente. Las tasas de incidencia fueron mayores en las mujeres [GPA 11 (IC 5-17) y PAM 17 (IC10-24)] que en los hombres [GPA 6 (IC1-11) y PAM 8 (IC2-14)]. Las tasas de incidencia específicas según la edad fueron mayores en la séptima década de la vida tanto en pacientes femeninos como masculinos. El 1 de enero de 2015, se identificaron 10 casos prevalentes de GPA y 7 PAM sobre una población de nominadora de 135.750 miembros de HMO. Las tasas de prevalencia fueron de 7,4 por 100.000 (CI2.8-12) para GPA y 5,2 por 100.000 (CI1.3-9) para PAM. Las tasas de prevalencia fueron mayores en edades mayores de 70 años para ambos sexos y ambas enfermedades.

**Conclusiones:** Los datos de este primer estudio de América Latina mostraron tasas de incidencia y prevalencia acorde a datos previos de otros sitios del mundo. En nuestra población, tanto GPA como PAM fueron más frecuentes en mujeres y en edades mayores (más de 70), y la incidencia de PAM fue mayor que de GPA.

**Palabras Claves:** Incidencia, Prevalencia, Vasculitis

49

0049 - ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO Y LACTANCIA EN LOS PROSPECTOS DE DROGAS ANTIRREUMÁTICAS EN ARGENTINA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Tratamiento - Unidad Temática 2: Otros

ORMAZA SABANDO, Miguel Ramon | ARIAS SAAVEDRA, Maira | SEQUEIRA, Gabriel | KERZBERG, Eduardo

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA

**Introducción:** El tratamiento con drogas antirreumáticas (DA) a una mujer embarazada o lactante genera la disyuntiva de suspender un tratamiento que pueda provocar la recaída de la enfermedad en la madre o mantener una medicación potencialmente nociva para el feto o el recién nacido.

**Objetivos:** Analizar la consistencia de la información sobre embarazo y lactancia en los prospectos (Pros) de las DA aprobadas en la República Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se tabuló la información contenida en las recomendaciones EULAR 2016 sobre el uso de DA en embarazo y lactancia y se la comparó con la información obtenida de los Pros de las mismas drogas aprobadas en Argentina. Los Pros fueron obtenidos de la caja de la medicación, de la versión descargada de la página del laboratorio o de la página de la ANMAT. Se consideró inconsistencia EULAR/Pros cuando 1) el Pros no tenía información sobre embarazo o lactancia o solo incluía la leyenda "ante cualquier duda consulte a su médico" 2) cuando el Pros no hacía ninguna sugerencia acerca de su uso en embarazo o lactancia (aunque mencionara el pasaje a través de la placenta, la presencia en la leche materna, la existencia de efectos adversos en animales o humanos, etc 3) Cuando a juicio de 2 de los autores (MOS, GS), la sugerencia indicada en el Pros fuera contraria a la sugerida por EULAR. En el caso de que una droga tuviera más de una forma comercial se analizó la presencia de inconsistencias en la información contenida en los diferentes Pros. En los casos en que ambos autores no estuviesen de acuerdo definió la opinión de un tercer autor (MAS).

**Resultados:** Se analizaron 88 Pros de 32 medicamentos: 4 DAINES, 2 COXIBs, 3 corticoides, 5 DMARDS, 5 inmunosupresores, 11 Terapias Biológicas y moléculas pequeñas, colchicina y Gamaglobulina IV. Sobre 88 Pros el 50% tenía inconsistencias en la información sobre embarazo. En todos los casos (excepto 1) la información contenida en los Pros restringía, desaconsejaba o contraindicaba medicaciones eventualmente permitidas durante todo o parte del embarazo según EULAR. Las medicaciones incluidas en este grupo eran: hidroxiloroquina, sulfasalazina, azatioprina, tacrolimus, ciclosporina, DAINES en los primeros 2 trimestres del embarazo, Celecoxib, corticoides, colchicina y Anti TNF (Etanercept, Adalimumab, infliximab y Certolizumab) durante parte del embarazo. Con respecto a lactancia el 56% tenía inconsistencias en la información. En todos los casos la información contenida en los Pros restringía, desaconsejaba, contraindicaba o no informaba sobre medicaciones eventualmente permitidas en la lactancia según EULAR. Las medicaciones incluidas en este grupo eran: hidroxiloroquina, cloroquina, sulfasalazina, azatioprina, tacrolimus, ciclosporina, Naproxeno, Diclofenac, Ibuprofeno, Aspirina, Celecoxib, Meprednisona, Prednisona, colchicina y Anti TNFs. Cuando se analizó la información sobre embarazo en los Pros de las drogas que tenían más de 1 versión comercial se observó que, sobre 17 drogas, se encontraron inconsistencias entre los Pros de 4 drogas: sulfasalazina, diclofenac, ibuprofeno y metilprednisona. Con respecto a lactancia se encontraron inconsistencias en 6 drogas: hidroxiloroquina (1 prospecto no informaba sobre uso en lactancia), sulfasalazina, diclofenac, ibuprofeno, meprednisona y colchicina.

**Conclusiones:** La mitad de los Pros analizados tienen inconsistencias en la información sobre embarazo o lactancia. Si la información sobre DA en embarazo y lactancia no es consistente y de fácil acceso, la toma de decisiones consensuadas entre el paciente y los profesionales puede verse comprometida y podrían generarse problemas medico-legales.

**Palabras Claves:** embarazo; lactancia; drogas antirreumáticas; prospectos

## 50

**0050 - VALOR DE LA ARTROSCOPIA - BIOPSIA EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CONDROMATOSIS SINOVIAL DE CADERA, NO EVIDENTE CON OTROS MÉTODOS DE IMAGEN DE ALTA RESOLUCIÓN**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

ARAUJO, Graciela | HERRERA, Gladys Beatriz

**REUMAMED**

**Introducción:** La artroscopia de cadera es una técnica óptima para realizar el diagnóstico en aquellos casos altamente seleccionados, que permite observar de manera directa la anatomía, su daño estructural y tomar biopsia de los tejidos afectados.

**Materiales y Métodos:** Caso: Varón de 40 años, polista profesional que comienza con dolor severo y rápidamente invalidante (dos meses), de cadera izquierda. Las imágenes en RX, RMN (TESLA 3), TAC y Artroresonancia no justificaban el cuadro clínico. Bajo sospecha de lesión del labrum/síndrome de fricción femoro-acetabular, se realiza artroscopia, visualizándose granulaciones blanquecinas en la superficie de la cabeza del fémur. Por biopsia reveló condromatosis sinovial, por lo que es derivado a reumatología, identificándose en las RX de caderas y otras articulaciones depósitos calcícos sugestivos de condrocalcinosis (hidroxiapatita). A los tres meses comienza con dolor en rodillas, mostrando el centellograma óseo hipercaptación en cadera izquierda, rodillas, hombros, codos, carpos y tobillo izquierdo. Los estudios bioquímicos fueron todos normales, se indica colchicina 1mg/d, meprednisona 7.5mg/d, hidroxilcloroquina 400mg/d, con mejoría parcial.

**Conclusiones:** Se destaca el valor de la artroscopia con biopsia sinovial de cadera, para el diagnóstico diferencial ante situaciones clínicas sintomáticas no evidenciables por otros métodos de imágenes de alta resolución.

## 51

**0051 - FIBROMIALGIA: ASIGNATURA PENDIENTE PARA LA LEGISLACIÓN ACTUAL**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia  
COTIGNOLA, Silvina(1) | FERNANDEZ, Alejandra Edith(2) | MURCIANO, Roxana(3) | DEL CAMPO, Karina Mara(2)

**CONADIS (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. DALMACIO VELEZ SANSFIELD (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. DALMACIO VELEZ SANSFIELD (3)**

**Introducción:** Las Enfermedades Poco Frecuentes (EPoF) o Rare disease, afectan a 1 de cada 2.000 habitantes. Son crónicas, y su etiología idiopática, genética o degenerativa; generando diversos grados de discapacidad. En la actualidad la Fibromialgia (FM), es considerada una EPoF, formando parte de un espectro amplio de síndromes y situaciones clínicas denominados "Central Sensitivity Syndromes"

**Objetivos:** -Conocer el concepto de EPoF y patologías integrantes -Revisar en la literatura los avances en la fisiopatología de la FM. -Establecer el marco legal vigente en FM

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron revisiones sistemáticas de la evidencia científica de guías de práctica publicadas desde agosto de 2011 hasta marzo de 2017 y del marco legal argentino.

**Resultados:** La OMS estima que existen entre 6.000 y 8.000 EPoF identificadas en el mundo, con una incidencia entre el 6 y el 8%, siendo la prevalencia por cada patología, baja. En Argentina el número de personas que padecen EPoF es de aproximadamente 3.200.000 (7,3%), no existiendo un registro formal de estas patologías. Además de la FM se consideran EPoF: la enfermedad mixta del tejido conectivo, Esclerodermia y Raynaud, Crohn y colitis ulcerosa, lupus y neurofibromatosis, entre otras. En la FM coexiste la sensación de dolor generalizado con cuadros psiquiátricos, lo que ha hecho que, recientemente, se sugiera la denominación de "pseudofibromialgia" para estas formas de dolor. El síntoma principal y discapacitante es el dolor generalizado músculo esquelético. Los criterios ACR 1990 incluían puntos específicos anatómicos de dolor; actualmente se incluyen: fatiga, falta de sueño reparador, desordenes cognitivos, malestar abdominal, dolor de cabeza y depresión (D); con una prevalencia del 90 % para síntomas depresivos y 62% para desorden depresivo mayor. La alta frecuencia de D en la FM ha conducido a considerar que presentan un mecanismo fisiopatológico común, considerándola como parte de un desorden en el espectro afectivo, que incluye varias condiciones psiquiátricas como: DDM, trastorno de ansiedad generalizada, síndromes de stress post traumático, y condiciones somáticas: síndrome de colon irritable y migraña. Respecto al marco normativo, la Ley 26.689 de EPoF, refuerza el criterio asumido en el PMO, previendo la cobertura de drogas y estudios específicos diagnósticos y/o terapéuticos. En cuanto a la FM, aun no existe una ley específica que regule sus contingencias; existiendo proyectos de ley, cuyo fin es reconocer a la FM como enfermedad; de este modo, el estado y los agentes de salud deberán reconocer a los pacientes como personas con discapacidad (PcD), en los términos y alcances previstos por las leyes 22.431 y 24.901. Los pacientes con FM son protegidos por: las leyes: 1- 26.529 Derechos del paciente: asegura asistencia médica, información sanitaria, reclamar y recibir su H.C 2- 23.592 Antidiscriminación 3- 26.689 de EPoF y su decreto 794/2015: garantiza el derecho a la cobertura médica 4- 22.431 Sistema de Protección Integral de PcD: 5- 24.901 Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación: También se aplican instrumentos internacionales: A- Convención sobre Readaptación y Empleo de la OIT B- Convención Interamericana sobre todas las formas de Discriminación contra las PcD de la OEA C- Convención sobre los Derechos de las PcD de Naciones Unidas

**Conclusiones:** La FM es considerada una EPoF, y los pacientes podrán acceder a la cobertura médica, aplicando la normativa sanitaria y la que regula a las PcD. En el caso en que el paciente con FM presente alguna discapacidad, esta será acreditada por el CUD, accediendo, a la cobertura de beneficios sociales que compensen las dificultades en la integración social y/o comunitaria.

**Palabras Claves:** Fibromialgia-Certificado de discapacidad-Marco legal

## 52

**0052 - ENCUESTA SOBRE TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS POR EL PACIENTE**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Tratamiento - Unidad Temática 2: Otros

ARIAS SAAVEDRA, Maira Alejandra | AIMO, Carolina | ASTUDILLO, Jose | ALVAREZ, Damaris | SEQUEIRA, Gabriel | KERZBERG, Eduardo

**SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA**

**Introducción:** Para poder garantizar la acción farmacológica de los medicamentos termolábiles es fundamental mantener la cadena de frío desde su fabricación hasta su administración al paciente, ya que una incorrecta conservación podría comprometer su eficacia.

**Objetivos:** Conocer los aspectos relacionados con el transporte y conservación de las Terapias Biológicas (TB) a cargo del paciente hasta el momento de su aplicación.

**Materiales y Métodos:** Encuesta a pacientes ambulatorios atendidos en el centro o que concurrían al centro para la administración de una TB. Los pacientes debían ser mayores de 18 años y estar recibiendo alguna TB (al menos 1 dosis en los últimos 12 meses). La encuesta fue realizada durante una entrevista en el centro, e incluía 31 preguntas sobre el transporte y almacenamiento de la TB desde la recepción en la farmacia hasta la aplicación por el paciente o en el centro de infusión. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética y todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** Se encuestaron 83 pacientes (76% mujeres), de 53 años de edad promedio, de los cuales 60% tenía Artritis Reumatoidea, 24% Artritis Psoriática y el resto otras condiciones. El 39% de los encuestados tenían educación primaria, 42% secundaria y el resto terciaria o universitaria. El 36% de los encuestados vivía en la Ciudad de Buenos Aires. Para el 64% de los encuestados este era su primer TB. El 48% estaba inscrito a un programa de asistencia a pacientes. Todos los pacientes habían sido informados de la importancia del correcto transporte y almacenamiento? No. El 20% de los pacientes reconoció que no fue informado, la primera vez, de la importancia de la correcta refrigeración de la TB. Los pacientes retiran la medicación de la farmacia y se la aplican en forma inmediata? No. El 77% de los encuestados retiraba la TB al menos 7 días antes de la administración. El 25% de los encuestados tardaba una hora (o más) desde la farmacia hasta el domicilio. El 71% del total desconocía cuanto tiempo podía permanecer la TB en las conservadoras. Una vez en el domicilio, la medicación es correctamente almacenada en la heladera? No. El 28% ubicaba la TB en un lugar incorrecto (el 65% en el freezer o en la congeladora). El 90% de los pacientes no sabía en que rango de temperatura debía permanecer la TB dentro de la heladera y solo 1 paciente había puesto alguna vez un termómetro dentro de la heladera para saber la temperatura de la misma. Existe algún otro punto crítico en el almacenamiento de las TB en los domicilios? Si. El 53% del total reconoció haber sufrido cortes de luz en forma frecuente en el último verano, con una frecuencia al menos semanal en el 59% de los casos. El 40% de los 83 pacientes reconocieron haber sufrido cortes de luz de mas de 2 horas de duración, el 28% del total sufrió cortes de mas de 24 hs, 22% sufrió cortes de mas de 48 hs. El 37% del total tuvo que llevar alguna vez la TB a otra casa por medio a perder la medicación y 4 pacientes tuvieron que descartar la TB debido a un corte prolongado de luz. El 29% del total reconoció haberse ausentado de su hogar mas de 48 hs dejando la TB dentro de la heladera y en 5 casos no dejaron a ninguna persona a cargo de la TB en su ausencia. La TB almacenada solo sale de la heladera para su aplicación inmediata? No. El 46% de los encuestados viajaba con la TB hasta un centro médico para su aplicación; la mitad de estos pacientes tardaba mas de una hora hasta el centro. Solo el 10% de los pacientes viajó de vacaciones alguna vez con su TB.

**Conclusiones:** Antes de administrar una TB se debe discutir con el paciente la importancia de su correcto traslado y conservación en el domicilio. Ante la falta clínica de una TB se debería evaluar si las condiciones de traslado y almacenamiento de las TB fueron las correctas.

**Palabras Claves:** Almacenamiento, traslado, terapia biológica

## 53

**0053 - SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA (SAM). PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos

BENZAQUÉN, Nadia(1) | BUNIVA, María Celeste(2) | CALVO, Romina Andrea(1) | CAMPO, César(2) | CRABBE, Emilio Juan(1) | FERREIRA, Virginia(2) | GONTERO, Romina Patricia(1) | NEGRÍ, Melina(1) | ORTIZ, Alberto(1) | PAMPINELLA, Eugenia(2) | PORCEL DE PERALTA, Romanela(2) | RAICHHOLZ, Gustavo(3) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | SERRAVALLE, Priscila(1) | PAIRA, Sergio Oscar(1)

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); SANATORIO DIAGNÓSTICO (2); DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES JUNÍN (3)**

**Introducción:** El SAM es una complicación infrecuente y potencialmente fatal. Caracterizado por una proliferación incontrolada de histiocitos con fenómeno de hemofagocitosis. Cursa con fiebre, citopenia, hepatoesplenomegalia, alteración de la función hepática y coagulopatía. Con hallazgos de macrófagos con actividad fagocítica en órganos hematoyéticos. Puede ser primario o secundario a infecciones, neoplasias y enfermedades autoinmunes.

**Objetivos:** Presentar dos casos clínicos de SAM secundarios.

**Resultados:** Caso N° 1: Mujer 29 años sin APP. Presentó fiebre, tos con expectoración y poliartralgias. Fue interpretado como neumopatía infecciosa, recibió Atb. Fue derivada a nuestra institución. Al ingreso taquipeñica, hipoxémica. Refirió aftas orales y caída de cabello. EF: T 39°C, palidez, rash eritematoso macular en tronco y miembros. Aftas en mucosa yugal. AR: hipoventilación, rales crepitantes en base izquierda. Artritis bilateral de IFF, MCF y muñecas. Laboratorio: Gb 3400/mm3, Hb 9,2 g/dl, VCM 80 fl, VSG 30 mm/h, resto normal. Se realizaron hemocultivos y urocultivo, negativos. TAC de tórax: derrame pleural, adenomegalias mediastinales. Eco abdominal: Normal. Se inició tto Atb. A las 48 hs presentó fiebre persistente y requirió VNI. Laboratorio: Hb 6,3 gr%, plaquetas 83.000/mm3, Gb 1200/mm3, PMN 49%. VSG 10 mm/h, GOT 283 U/L, GPT 63 U/L, FAL 657 U/L. Triglicéridos 377 mg/dl. LDH 1704 U/L. KPTT 63 s, TP 50 s. Fibrinógeno 100 mg/dL. Ferritina > 1650 ng/ml. Proteinuria no detectable. HIV, VHB negativos. Coombs directa negativa. TAC de tórax sin cambios. Se realizó fibronoscopia negativa para hemorragia alveolar. Cultivo negativo. PAMO: Hemofagocitosis. Cultivo negativo. Se inició pulso con metilprednisolona 1 gr/día (3 días). Soporte transfusional. Serología ANA >1/280, homogéneo. C3 37 mg/dl, C4 7 mg/dl, ENA positivo. Anti DNA 229 U/L/ml. AC anti fosfolípidos negativos. Evolucionó con caída de Hb e insuficiencia respiratoria. Rx de tórax: infiltrados bilaterales en alas de mariposa. Requirió ARM. Hemofagocitosis, sin evidencia de microorganismos. Se inició pulso con metilprednisolona 1 gr/día (3 días). Serología negativa para dengue, leptospirosis e histoplasmosis. Persistió con pancitopenia febril. TAC de tórax: derrame pleural e infiltrados bilaterales. Se rotó atb. Requirió soporte transfusional. Recibió gamaglobulina y una dosis de rituximab. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, insuficiencia renal y respiratoria. Requirió ARM y drogas vasopresoras. Se realizó fibronoscopia que descartó hemorragia alveolar. Paciente presentó CID. Fallece. Se recibió cultivo positivo para histoplasmosis en lavado bronquio alveolar.

**Conclusiones:** Dada la baja frecuencia de SAM y su alta mortalidad siempre es primordial mantener un alto grado de sospecha. Ya que el diagnóstico precoz y la intervención terapéutica inmediata son determinantes en su pronóstico.

**Palabras Claves:** síndrome de activación macrofágica

## 54

## 0054 - RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD REUMÁTICA POR LA POBLACIÓN GENERAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

Unidad Temática 2: AR

FARA, Nauan Luis(1) | GARCIA FAURA, Lucrecia(2) | LAFFONT, Manuela(3) | AQUINO, Valeria(4) | HASSAN, Romina(5) | BARRON, Ramiro(6) | PRETINI, Julia(7) | ALBIN, Monica(8) | SEQUEIRA, Gabriel(9)

**INSTITUTO MEDICO DE LA COMUNIDAD, JUNIN (1); HOSPITAL SANTA FRANCISCA ROMANA, ARRECIFES (2); HOSPITAL MUNICIPAL JUAN E DE LA FUENTE, GENERAL BELGRANO (3); HOSPITAL MUNICIPAL ANGEL MARZETTI, CAÑUELAS (4); CONSULTORIOS BRANDSEN, BRANDSEN (5); HIGA ABRAHAM PIÑEYRO, JUNIN (6); CLINICA PERGAMINO, PERGAMINO (7); CENTRO INTEGRAL PARA LAS AFECIONES MUSCULOESQUELETICAS, OLAVARRIA (8); CENTRO DERMATOLÓGICO SCHEJTMAN, SAN MIGUEL (9)**

**Introducción:** para lograr la consulta precoz con el reumatólogo es necesario, inicialmente, que la población identifique los síntomas de una enfermedad reumática y al reumatólogo como el indicado para encargarse del diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

**Objetivos:** determinar el reconocimiento de la población general del rol del reumatólogo como efector principal de las patologías reumáticas y factores asociados a la consulta temprana.

**Materiales y Métodos:** encuesta anónima a la población general realizada fuera del ámbito de la consulta reumatológica. Las encuestas fueron realizadas en 8 ciudades del interior de la Provincia de Buenos Aires (Junin, Pergamino, Cañuelas, Rojas, Brandsen, Arrecifes, Olavarría y Gral Belgrano), hasta 20 encuestas por ciudad. Todas las ciudades cuentan, al menos, con 1 Reumatólogo. Brevemente, se presentaron 3 casos clínicos 1) lumbalgia inflamatoria de 5 años de evolución, en hombre de 30 años de edad con dolor lumbal que aparecía en reposo y mejoraba con la actividad 2) enfermedad sistémica de 2 meses de evolución, en mujer de 22 años de edad con compromiso cutáneo en áreas fotoexpuestas, dolor en las articulaciones y síntomas inespecíficos (cansancio, pérdida del apetito) y 3) poliartritis crónica de 3 meses de evolución, en mujer de 55 años de edad con compromiso de pequeñas y grandes articulaciones. Se preguntó si a juicio de los encuestados dichos síntomas a) se explicaban por condiciones generales o laborales o eran síntomas de buen pronóstico en virtud de su respuesta parcial e inicial a DAINES y por ende se podía esperar o b) justificaban una consulta inmediata a un médico. En los casos en que se sugirió esperar se pidió estimar el tiempo (en meses) hasta la consulta. Finalmente en todos los casos se preguntó a que médico les parecía que el paciente debería consultar.

**Resultados:** se completaron 150 encuestas, 67% eran mujeres, con una edad promedio de 48 años, 29% tenían educación primaria, 29% educación secundaria y 42% educación terciaria o universitaria. Respondieron que debían consultar en forma inmediata al médico 75% para poliartritis crónica vs 86% para lumbalgia inflamatoria y 86% para enfermedad sistémica (p: 0,02). En el caso de lumbalgia inflamatoria 71% respondió que debían consultar al traumatólogo y en enfermedad sistémica 48% respondió al dermatólogo; el reumatólogo fue sugerido por el 51% de los encuestados en el caso de poliartritis crónica vs 15% en enfermedad sistémica y solo 8% en lumbalgia inflamatoria (p: < 0,0001). El tiempo sugerido de espera (mediana) fue de 1 mes para el caso de enfermedad sistémica, 2 meses para enfermedad inflamatoria y 2,5 meses para poliartritis simétrica (p 0,1). La proporción de hombres que sugirieron esperar fue mayor que las mujeres (47% vs 28% respectivamente; p 0,04) Aquellos que nunca consideraron consultar a un reumatólogo tenían un menor nivel de educación: 38% de educación primaria vs 19% en aquellos que consideraron consultar al reumatólogo en alguno de los 3 casos (p: 0,01) y no hubo diferencias en el sexo ni en la edad promedio.

**Conclusiones:** el caso mas frecuentemente identificado por la población general como de resorte del reumatólogo fue la poliartritis crónica y solo una baja proporción mencionó al reumatólogo como el efector principal en los otros casos. La edad no parece influir en la decisión de consultar al reumatólogo, pero si el nivel de educación.

## 56

## 0056 - PRODUCTIVIDAD LABORAL Y DETERIORO EN LA ACTIVIDAD EN PACIENTES CON TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia

GUERRA, Emmanuel | MELO, Fernando Gabriel | TROITIÑO, Cristian | SECCO, Anastasia | MARTIRE, Victoria | SANTIAGO, Maria Lida | MAMANI, Marta Norma | ROMANINI, Félix Enrique

## HOSPITAL RIVADAVIA

**Introducción:** El hombro doloroso es una de las principales causas de dolor osteoarticular que se presentan en la práctica clínica. La tendinopatía del manguito rotador es una de las etiologías más frecuentes.

**Objetivos:** Evaluar la productividad laboral y su relación con el grado de demanda física laboral en pacientes con tendinopatía del manguito rotador.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años, laboralmente activos, con tendinopatía del manguito rotador, diagnosticada clínica y ecográficamente. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de artropatías inflamatorias, fibromialgia y pacientes con alguna condición que impida la lectura o comprensión de los cuestionarios. Se determinaron variables demográficas y características laborales. Se evaluó la productividad laboral mediante el cuestionario WPAI:GH, y el grado de demanda física laboral por medio de la escala de Pujol.

**Resultados:** Se evaluaron 48 pacientes, 66,6% (32/48) mujeres. La media de la edad fue de 48 ± 10 años. La mediana de duración de los síntomas fue de 3 meses (RIC 2-6), y la de tiempo de ocupación fue de 40 horas semanales (RIC 30-50). Las ocupaciones más frecuentes fueron personal doméstico (16/48, 34,04%), operarios de la construcción (6/48, 12,77%) y personal de enfermería (5/48, 10,64%). El porcentaje de pacientes que realizaban trabajos sedentarios o livianos fue 47,9% (23/48), mientras que 52,1% (25/48) realizaban trabajos con demanda física intermedia, pesada, o muy pesada. El tendón afectado con mayor frecuencia fue el supraespinoso (64,5%). La mediana de ausentismo fue del 20% (RIC 0-41,43 - IC 95: 17,53 a 32,44). Se observó un impacto de la enfermedad en el trabajo (Presentismo) del 75% (RIC 55-100 - IC 95: 61,26 a 78,31) y una pérdida de productividad laboral total del 85,8% (RIC 60-100 - IC 95: 65,15 a 82,32). El compromiso en las actividades de la vida diaria (AVD) fue del 60% (RIC 50-80 - IC 95: 53,82 a 69,07). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables del WPAI:GH en cuanto al sexo, la correlación fue baja y no significativa respecto a la edad. Se observaron diferencias significativas en cuanto al grado de demanda física laboral (trabajo liviano vs trabajo intermedio/pesado), aquellos que realizaban trabajo intermedio/pesado presentaron mayor impacto de la enfermedad en el trabajo (85% (RIC 60-100) vs 40% (RIC 20-80) p=0,008) y pérdida de productividad laboral total (90% (RIC 69-100) vs 45% (RIC 20-81,7) p=0,007).

**Conclusiones:** En pacientes con tendinopatía del manguito rotador se observó un aumento en las cuatro variables del WPAI:GH, siendo más marcado en aquellos pacientes con ocupaciones que requieren mayor demanda física.

## 55

## 0055 - EVALUACIÓN INICIAL, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos

CARRASCO, Agustina(1) | ROSELLI, Gustavo(2)

	paciente 1	paciente 2	paciente 3
CPK	580	720	840
Aldolasa	++	++	+++
GOT/GPT	80-68	70-45	86-76
FAN/AntiJJO	--	--	++

## HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO (1); HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO (2)

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por afectar preferentemente a la musculatura estriada y por su naturaleza inflamatoria cuya principal característica es la debilidad muscular y la identificación de una inflamación subyacente en la biopsia muscular. Aunque el principal órgano diana es el músculo, la piel y el pulmón, entre otros órganos

internos, se afectan con frecuencia, por lo que las miopatías inflamatorias se consideran enfermedades sistémicas. El diagnóstico del subtipo exacto de miopatía inflamatoria se basa en la combinación de la historia clínica, el tiempo de la progresión de la enfermedad, el patrón de afectación muscular, los niveles de enzimas musculares, los hallazgos electromiográficos, el análisis de la biopsia muscular, y para algunas condiciones, la presencia de ciertos autoanticuerpos. El tratamiento de las miopatías inflamatorias se basa en la administración de glucocorticoides e inmunosupresores, sin olvidar la terapia física o de rehabilitación. En esta oportunidad exponemos una serie de casos de pacientes que ingresaron a nuestro servicio de clínica médica con signos de miostitis, lesiones cutáneas y en algunos casos afectación de pulmón sólido.

**Objetivos:** Este trabajo refleja el conocimiento actual de estas condiciones, destaca la mejor manera de evitar diagnósticos erróneos, describe las principales características clínico-patológicas e inmunológicas, y proporciona información respecto a prácticas de las terapias disponibles en nuestro medio. Es de nuestro interés destacar la importancia de tener en cuenta este tipo de patologías ya sea por su baja incidencia o por la dificultad que nos es impuesta a la hora de realizar seguimiento y tratamiento de las mismas debido a dificultades técnicas y materiales. Por tal es primordial la detección de estas, la realización de una buena evaluación inicial para obtener un diagnóstico temprano y realizar un tratamiento precoz y efectivo es por esto que destacamos la relevancia de la educación y actualización médica continua para lograr la detección de este tipo de patologías debido a que no contamos en nuestro medio con los recursos para el diagnóstico inmunológico, es en estas ocasiones en donde toma un papel protagónico el examen físico exhaustivo en donde la clínica demuestra que es soberana en la práctica diaria.

**Materiales y Métodos:** 1-Paciente femenino 23 años de edad sin antecedentes patológicos previos. Consulta por presentar mialgias, debilidad proximal y eritema heliotropo, eritema en v del escote y papulas de gottron en ambos brazos. 2-Paciente femenino 56 años de edad antecedente de HTA. Consulta por presentar debilidad proximal generalizada, mialgias y debilidad en cintura pelviana y escapular, edema en ambos miembros inferiores y papulas de gottron. 3-Paciente femenino 54 años de edad con antecedentes de Obesidad, HTA. Consulta por presentar eritema descamativo generalizado, eritema en heliotropo mialgias generalizadas y papulas de gottron, presenta además disnea y diagnóstico previo de fibrosis pulmonar en seguimiento por neumología.

**Resultados:** En todos los casos se tuvo en cuenta sexo edad, tiempo de evolución de los síntomas y características de los mismos. Se solicitaron exámenes complementarios incluyendo analítica básica la cual se realiza en nuestro nosocomio, y análisis inmunológicos y biopsias derivadas para su realización a centro de mayor complejidad obteniendo resultados confirmatorios (tabla1).

**Conclusiones:** Obtenidos los resultados del resto de los exámenes complementarios se define que por obtención de una biopsia muscular guiada por RNM positiva y concluyente, nos encontramos frente a cuadros de dermatomiositis, polimiositis y un síndrome antitintetasa en el último caso con anticuerpo anti-JO1 positivo y clínica compatible. Tres entidades similares pero diferentes desde el punto de vista clínico y anatomopatológico que improntan en el servicio de salud con una florida presentación clínica diferente en casi todos los casos pero a la vez similares en cuanto a afectación de músculos articulaciones y piel. En cuanto al síndrome antitintetasa, este incluye a la polimiositis de dermatomiositis, enfermedad intersticial difusa pulmonar, poliartritis, fenómeno de Raynaud y lesiones cutáneas eritemato-violáceas hiperqueratósicas sobre zonas de articulación metacarpofalángicas e interfalángicas que se apreciaban en el examen de nuestro paciente. Entre estas manifestaciones la más frecuente es la enfermedad intersticial difusa pulmonar, que está presente en el 70% de los pacientes y estaba presente también en este caso. Por tal a modo concluyente destacamos la importancia de examen físico y la evaluación inicial de este tipo de patologías que ofrecen mucho en cuanto a su expresión clínica y nos orientan hacia su diagnóstico.

**Palabras Claves:** MIOPATIAS INFLAMATORIAS POLIMIOSITIS DERMATOMIOSITIS

## 57

## 0057 - AORTITIS: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y UTILIDAD DEL PET-CT

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

TATE, Patricio(1) | SADLER, Alberto(1) | OLMOS, Florencio(1) | VAN WASSENER, Karel(1) | LARRABURU, Alfredo(2) | EYHERACHAR, Mercedes(3) | MYSLER, Eduardo(1) | TATE, Guillermo(1)

## ORGANIZACION MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (1); SANATORIO LOS ARCOS (2); SANATORIO SAGRADA FAMILIA (3)

**Introducción:** Recientes publicaciones han mostrado cada vez con mayor frecuencia la alta prevalencia de inflamación en grandes arterias, en pacientes con cuadros inflamatorios no específicos. La utilización de las técnicas de TC y PET-CT, han permitido hallar signos de inflamación de la pared de la Aorta y grandes vasos en pacientes con síntomas sistémicos de inflamación, sin diagnóstico definido de enfermedad vascular.

**Objetivos:** Valorar el compromiso de los grandes vasos en enfermedades inflamatorias sin síntomas ni signos clínicos evidentes de compromiso Vascular.

**Materiales y Métodos:** Se presentan, cuatro pacientes diagnosticados como Aortitis durante el estudio de enfermedades inflamatorias sistémicas, entre 45 y 71 años, tres mujeres y un varón. Dos presentaron síntomas de Polimialgia Reumática, cumpliendo criterios ACR. Dos presentaban cuadros de compromiso general y fiebre, uno de los cuales tenía diagnóstico reciente de Adenocarcinoma de mama.

**Resultados:** Los cuatro pacientes presentaron evidencia radiológica por PET-CT, de inflamación en la pared vascular de la Aorta (en distintas localizaciones), y en dos casos también en otras grandes arterias (subclavia y tronco celiaco). El hallazgo radiológico también coincidía con hallazgos en otros estudios por imágenes y en un caso se obtuvo material histológico confirmatorio. Todos los pacientes recibieron dosis variables de corticoides, observándose mejoramiento del estado general y la normalización de los reactantes de fase aguda. En dos casos los estudios por imágenes fueron repetidos después del tratamiento mostrando signos de mejoría en la inflamación de la pared aórtica.

**Conclusiones:** Estos pacientes confirman hallazgos recientes. La utilidad del PET-CT en pacientes con síntomas de PMR, debe ser valorada, ya sea para su diagnóstico como para el seguimiento.

**Palabras Claves:** Aortitis, Aortitis ideopática, Aortitis inflamatoria, Polimialgia Reumática, Síndrome febril de origen desconocido, Fiebre periódica, Fiebre recurrente, PET-Scan, PET-CT, PET-CT

58

**0058 - REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE MECANISMO AUTOINMUNE. EPIMAR RESULTADOS PRELIMINARES**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Etc - Unidad Temática 2: Otros  
 VIVERO, Florencia | CAMPINS, Federico | BABINI, Silvia Mabel | LANCELLOTTI, Diana | MALFANTE, Pablo | SEBASTIANI, Javier | BASSO, Victoria | GANDARA, Esteban  
**HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

**Introducción:** Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas asociadas a fenómenos de auto-inmunidad (EPIDaI) abarcan las EPID secundarias a enfermedades del tejido conectivo bien definidas (EPID-ETC), la neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) y la EPID asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (EPID-ANCA). En todas ellas la fisiopatología de la injuria pulmonar es un mecanismo autoinflamatorio/autoinmune pasible de ser controlado con tratamiento inmunosupresor oportuno. La prevalencia, las características y la evolución natural de las EPIDaI en su conjunto son desconocidas. Solo hay información limitada a series de pacientes con EPID-ETC, IPAF o EPID-ANCA en forma aislada

**Objetivos:** El objetivo de EPIMAR es el de registrar las características demográficas, clínicas, radiológicas, funcionales respiratorias y los tratamientos en pacientes con EPID-AL en la República Argentina.

**Materiales y Métodos:** Cohorte multicéntrica entre 21 centros en Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años evaluados entre enero de 2015 y julio de 2017 con diagnóstico de EPIDaI de acuerdo con la evaluación del equipo multidisciplinario de cada centro. Se clasificaron de la siguiente manera: EPID-ETC, IPAF y EPID-ANCA según criterios internacionales. Todas las imágenes fueron evaluadas en forma ciega por un especialista en diagnóstico por imágenes con práctica focalizada en enfermedades del tórax. A todos los pacientes se les solicitaron autoanticuerpos, estudios de función respiratoria basal y durante el seguimiento. Se consignaron datos sobre los distintos esquemas de tratamiento instaurados.

**Resultados:** Se enrolaron un total de 185 pacientes. Predominio de sexo femenino (74%-IC 95% 67,9-80,4) con edad media de 52 años (DS 18). Hubo una alta frecuencia de pacientes tabaquistas (actuales o previos) 41% (IC 95% 34,1-48,2). La prevalencia de hipertensión pulmonar diagnosticada por ecocardiograma fue del 7% (IC 95% 3,9-11,4). El diagnóstico más frecuente fue EPID-ETC en 82,1% (IC 95% 76,1-86,1) de los casos, seguida de IPAF 7,4% (IC 95% 4,3-12,1) y EPID-ANCA 5,4% (IC 95% 2,7-9,4). Dentro de las EPID-ETC la afección más frecuente fue la Artritis Reumatoide (AR) 29,8% (IC 95% 22,9-37,4), seguida de Esclerosis Sistémica (SSc) 25,8% (IC 95% 19,3-33,2), Dermato/Polimiositis (12%), Síndrome de Sjogren (8,7%), IPAF (7%). El dato serológico más frecuente fue Factor Antinúcleo (FAN) positivo (50%) seguido de Factor Reumatoide (FR) positivo (33,7%), anti-Ro (22,3%), anti-CCP (20%). Desde el punto de vista funcional respiratorio se constató una media de FVC basal al diagnóstico de 2.35lt (DS 0,76) y 71,3% del teórico (DS 18) y una DLCO media de 59,9% (DS 19,9). El patrón tomográfico más frecuente fue tipo Neumonía Intersticial No Específica (NINE) 38,7% (IC 95% 31,5-45,5) seguida de Neumonía Intersticial Usual (NIU) 15,1% (10,5-20,8). El 10,9 % utilizó pulsos de corticoides como inducción. El 28,8% de los pacientes recibió dosis altas de esteroides (> 30 mg de prednisona o equivalente) y el 26% dosis medias (7,5 a 30 mg de prednisona o equivalente). El esquema terapéutico más utilizado fue corticoides y Ciclofosfamida 26,4% (IC 95% 20,5-33,2), seguido de Azatioprina (14,7%), Micofenolato Mofetil (10,3%) y corticoides solos (10%)

**Conclusiones:** De acuerdo a la literatura actual, EPIMAR es el primer registro argentino de EPIDaI. En nuestra cohorte observamos franco predominio de sexo femenino de mediana edad y alta asociación con el tabaco. Predominan la AR y la SSc. FAN, FR, anti-Ro y anti-CCP los datos serológicos más frecuentes. El deterioro funcional respiratorio al diagnóstico fue leve/moderado. La mayoría de los pacientes recibieron corticoides al inicio a dosis moderadas o altas. La Ciclofosfamida fue el inmunosupresor más utilizado. Consideramos fundamental la evaluación multidisciplinaria (neumólogos/reumatólogos) en esta patología para definir un tratamiento inmunosupresor precoz y acorde a cada paciente. Los resultados de EPIMAR 1 serán utilizados para el desarrollo de estudios prospectivos que evalúen la evolución e impacto de las terapéuticas en los pacientes con EPIDaI.

**Palabras Claves:** neumonía intersticial, enfermedad del tejido conectivo, ANCA, IPAF

59

**0059 - EVALUACIÓN DE DENSIDAD ÓSEA MINERAL DE MANDÍBULAS, COLUMNA VERTEBRAL Y TIBIAS DE RATONES NOD CON SÍNDROME DE SJÖGREN**

Modalidad: Póster  
 Unidad Temática: Otros - Unidad Temática 2: Oa / Cristales / Osteopatías  
 BUSAMIA, Beatriz(1) | GOBBI, Carla(1) | RHYS, Karen Vanesa(2) | FONTANA, Sebastián(3) | ALBERO, Eduardo(1) | ALBA, Paula Beatriz(1) | YORIO, Marcelo Augusto(1)

**HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (1); FACULTAD DE ODONTOLOGIA, UNC (2); FACULTAD DE ODONTOLOGIA (3)**

**Introducción:** El modelo de ratones NOD, para diabetes experimental, produce concomitantemente una alteración en las glándulas submandibulares y lacrimales, histopatológicamente se desarrolla una afección equivalente al Síndrome de Sjögren (SS) humano. Hasta este momento no se han encontrado datos en la bibliografía sobre afecciones óseas en SS.

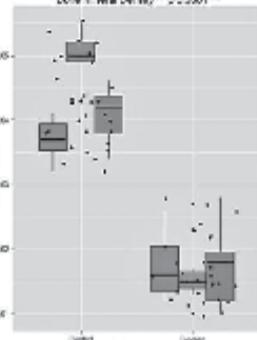
**Objetivos:** Nos propusimos evaluar la Densidad Mineral Ósea (DMO) en huesos mandibulares, columna vertebral y tibia en ratones no obesos diabéticos con Síndrome de Sjögren (NOD-SS) en relación a ratones controles (C) C57.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron 10 ratones hembras NOD - SS y 10 controles C57, cuidados en condiciones de laboratorio específicas libre de patógenos en el bioterio de la Facultad de Ciencias Químicas de la U.N.C. A los 4 meses de edad (peso 80 g ± 10) los animales fueron anestesiados con ketamina Xilacina. Se midió la DMO con Densitómetro marca Hologic Discovery W QDR 4500w; se exploró Columna Lumbar anteroposterior, tibia y huesos mandibulares, usando Rx de energía dual (DEXA) con cámara de ionización. Los ratones fueron ubicados en posición decúbito ventral, miembros superiores e inferiores extendidos y cola extendida. Se realizó mapa óseo de la zona estudiada, delimitada por líneas vertebrales en 5 sectores: Maxilar inferior (MI), Columna lumbar (CL), Ambas Tibias, Epifisis derecha (ED) y Epifisis izquierda (EI). La densidad mineral se expresó en gramos de calcio/cm2. El análisis estadístico fue realizado Anova-Test, InfoStat 2015.

**Resultados:** La DMO de controles fueron: MI 0,21, CL 0,11, EI 0,04, ED 0,03 y T 0,04 y de ratones NODSS 0,19, 0,11, 0,01, 0,01, 0,01 g/cm2 respectivamente. Se compararon las distintas regiones óseas entre sí y las regiones entre ambos grupos de ratones. Se observó una variación entre los grupos. El análisis estadístico fue realizado Anova-Test, InfoStat 2015.

**Conclusiones:** Existe afección ósea tibial en ratones NOD SS comparados con controles, no así en otros sitios óseos estudiados. Es necesario desarrollar correlación anatomopatológica y profundizar el estudio y la significación de estos hallazgos.

**Palabras Claves:** Ratones NOD, Densitometría ósea, Síndrome de Sjögren



las regiones óseas en cada grupo experimental, advirtiéndose una disminución significativa de DMO en los valores de las tibias de ratones NOD SS vs C57, obteniendo significación estadística la DMO en la zona de epifisis de la tibia izquierda p<0,0001 en comparación a los otros huesos estudiados.

62

**0062 - CORRELACIÓN DE LA CAPILAROSCOPIA Y EL SCORE MODIFICADO DE RODNAN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Etc  
 AMITRANO, Cristina(1) | MOLINA, María Josefina(2) | ASNAL, Cecilia(1) | CROW, Catherine(1) | PUCCI, Paula(1) | NITSCHKE, Alejandro(1)

**HOSPITAL ALEMAN (1); HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO (2)**

**Introducción:** La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una enfermedad heterogénea, en la cual la lesión endotelial es el primer paso, a partir del cual, se desencadenan el resto de las alteraciones que conforman el cuadro clínico. El lecho ungueal es expresión del daño endotelial sistémico, por lo que, la capilaroscopia constituye un elemento fundamental en la evaluación de estos pacientes. La extensión del compromiso cutáneo en pacientes con ESP, es marcador pronóstico. A mayor y más rápido compromiso cutáneo, mayor daño visceral y peor pronóstico. Una forma objetiva de evaluar el compromiso cutáneo es a través de la escala modificada de Rodnan (MRSS).

**Objetivos:** Evaluar la correlación de las diferentes alteraciones de la capilaroscopia con el grado de compromiso cutáneo mediante la escala modificada de Rodnan.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron 81 pacientes con diagnóstico de ESP según criterios ACR/EULAR 2013. Se realizó capilaroscopia en todos los pacientes con el uso de una lupa triocular de 40x. Se catalogó como capilaroscopia normal o patológica. Se consideraron los siguientes patrones capilaroscópicos: 1) Patrón precoz: estructura capilar preservada con muy escasa pérdida capilar, dilatación capilar, algunos megacapilares y microhemorragias y sólo en áreas localizadas de algunos dedos; 2) Patrón activo: megacapilares frecuentes con microhemorragias y pérdida moderada de capilares y moderada pérdida de la estructura capilar; 3) Patrón tardío: muy escasos capilares con grandes zonas avasculares, y pérdida de la estructura capilar severa con signos de angiogénesis. El compromiso cutáneo se evaluó con la escala modificada de Rodnan (MRSS) que mide induración cutánea en 17 áreas anatómicas, incluyendo la cara, brazos, antebrazos, dorso de manos, tórax, abdomen, muslos, piernas y pies con una puntuación total máxima de 51 (MRSS-51).

**Resultados:** De los 81 pacientes con ESP, 75 fueron mujeres (92,59%) y 6 varones (7,41%) con una edad media de 52,75 años (rango 16-83 años), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 6,6 años +/- 6,41 años. Del total de pacientes 41 (50,62%) presentaban esclerodermia difusa (ESD), y 40 (49,38%) esclerodermia limitada (ESL). Tres pacientes (3,70%) presentaron una capilaroscopia normal. Setenta y ocho pacientes presentaron una capilaroscopia patológica: 39 en el grupo de ESD y 39 en el grupo de ESL, con un tiempo medio de evolución de 6,80 +/- 6,46 años (6,87 años vs 6,34 años, p=0,85); con un valor medio de MRSS de 13,41 +/- 11,29 (17,82 vs 8,85; p=0,00059). No se encontró diferencia entre los dos grupos en relación a las alteraciones capilaroscópicas (p=0,26). A su vez en el grupo de pacientes con capilaroscopia anormal, 18 (23,08%) tuvieron un patrón precoz o temprano, 33 (42,30%) un patrón activo y 27 (34,62%) un patrón tardío; con un valor medio en la MRSS de 11,77 +/- 10,25; 8,75 +/- 5,33; 20,18 +/- 14,02 respectivamente (p=0,000193) y un tiempo medio de evolución 3,5 años; 5,78 años y 10,22 años para los distintos grupos (p=0,000787). El índice de correlación (r) entre capilaroscopia patológica y MRSS fue de r 0,3232 y con el tiempo de evolución de la enfermedad fue de r 0,4057.

**Conclusiones:** 1- En nuestro grupo de pacientes no encontramos mayor frecuencia de alteraciones capilaroscópicas entre los pacientes con ESD vs. ESL. 2- Se observó diferencia significativa entre los diferentes patrones capilaroscópicos y el puntaje de MRSS y el tiempo de evolución. 3- Se observó correlación positiva entre capilaroscopia anormal y puntaje de MRSS y tiempo de evolución.

63

**0063 - ENFERMEDAD DE TAKAYASU - DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr  
 VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | MONTIEL, Carmen(2) | LOSANTO, Jhonatan(1) | TORRES, Liz(3) | CORONEL, Johana(4) | ACOSTA COLMAN, Isabel(1) | AMARILLA, Alejandra(3) | DUARTE, Margarita(1)

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (1); PRIMERA CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (2); PRIMERA CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (3); SEGUNDA CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS. (4)**

**Introducción:** La enfermedad de Takayasu es una vasculitis granulomatosa que compromete grandes vasos, a predominio de los supra- aórticos; también pueden verse afectados otros territorios, aunque en menor frecuencia como los vasos renales, ilíacos, tronco celiaco. Es de carácter crónico, inflamatorio lo que da lugar en el curso de su evolución a estenosis, oclusiones, aneurismas e isquemia arterial, con predominio en mujeres jóvenes. El diagnóstico se asienta en las manifestaciones clínicas, en función al órgano comprometido y a los hallazgos imagenológicos a nivel vascular. En cuanto a su evolución, es de carácter crónico y progresivo, con episodios de recaída. Muchos requieren terapias endovasculares de reperfusión, angioplastia o bypass arterial, además de inmunosupresión.

**Objetivos:** Presentamos una serie de casos donde se analizan características clínicas y terapéuticas de pacientes con enfermedad de Takayasu.

**Materiales y Métodos:** Se presentan 3 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Takayasu, según criterios del ACR, que estuvieron internados durante el año 2016-2017 en los Servicios de Clínica Médica y en seguimiento por el Departamento de Reumatología. Para lo cual se cotejaron características como el sexo, edad, forma de presentación, territorio vascular afecto y tratamiento.

CASO	SEXO	EDAD	TIPO
1	Femenina	35 años	ESD
2	Femenina	35 años	ESD
3	Femenina	35 años	ESD



**Resultados:** VER TABLA DESCRIPTIVA

**Conclusiones:** Se presentan dichos casos atendiendo la relevancia de las diversas manifestaciones clínicas y de los hallazgos imagenológicos en función al territorio vascular comprometido. La localización poco frecuente, el debut en una gestante, las diversas opciones terapéuticas de reperfusión endovascular, bypass, angioplastia e inmunosupresión.

**Palabras Claves:** TAKAYASU, VASCULITIS, ANGIOPLASTIA

65

0065 - VALORACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON EJERCICIOS DE MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Rehabilitación - Unidad Temática 2: AR  
CURTI, Ana Carolina | ARIAS, A

HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Introducción:** Los protocolos de tratamiento para pacientes con artritis reumatoide (AR) que apuntan a la educación y a la incorporación de programas de ejercicios de mano resultan ser una manera eficiente de mejorar la calidad de vida y la función articular. Existe alguna evidencia que sugiere que son una intervención con impacto favorable en la evolución de los pacientes sin perjudicar la actividad de la enfermedad ni el dolor. Sin embargo, son escasos los estudios que hayan analizado el efecto de los ejercicios en la mano reumática a nivel mundial

**Objetivos:** Determinar los efectos de un tratamiento con ejercicios de miembro superior sobre capacidad funcional articular y fuerza en pacientes con AR con compromiso de manos

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron un total de 28 pacientes que reunían criterios ACR para

Área a evaluar	Instrumento de medición
Actividad de la vida diaria	HAQ
Percepción de fuerza de la enfermedad	Evaluación de fuerza de la mano
Escala Visual Analógica del dolor	VAS
Tiempo activo	Cronómetro
Fuerza muscular	Dinamómetro
Validación de la herramienta	Ver de instrumentos estadísticos
Responsabilidad de los datos	Responsabilidad de los datos
Responsabilidad de la información y manejo	Responsabilidad de los datos

AR con compromiso de mano. Se realizó una evaluación completa para conocer la evolución de la patología y el nivel de desempeño ocupacional Tabla 1. Luego se dividió el grupo inicial en dos subgrupos. El Grupo A (Control) participó de dos encuentros educativos grupales y de un encuentro individual en el que se evaluó la necesidad de equipamiento. Se trabajaron conceptos relacionados con cuidado articular y estrategias de conservación de energía. El Grupo B recibió las mismas prestaciones a las que se sumaron seis sesiones de ejercicios de miembro superior que consistían en ejercicios de movilidad (oposición del pulgar, flexión y extensión de metacarpofalángicas y de

interfalángicas proximales, etc) y fortalecimiento (sujetar un papel entre los dedos, desviaciones radiales resistentes con plastilina abducción y aducción de dedos resistentes con plastilina, etc). Luego debían continuar ambulatoriamente los ejercicios una vez al día, durante un mínimo de cinco días, por 14 semanas. Se mantuvieron contactos telefónicos para seguimiento de adherencia.

Tabla 2. Diferencia de los puntajes de los cuestionarios en valores absolutos para cada paciente. Se presenta el promedio obtenido al aplicar el T-Test. Se detalla de acuerdo al número de preguntas evaluadas.

VARIABLES	GRUPO A (sin ejercicios)	GRUPO B (con ejercicios)	p value
DAS28	-0,1	-0,2	0,22
HAQ	0,1	-0,1	0,11
DASH	-0,1	-0,2	0,86
VAS	0,9	1	0,11
Fuerza de pulgar (N)	0,1	1,1	0,002
Fuerza de pulgar (kg)	0,7	0,7	0,802

HAQ: Índice de actividad; VAS: Índice de dolor

y pies. Los cambios en las variables evaluadas al comienzo y al final del estudio en el grupo A no fueron estadísticamente significativos. En el Grupo B, observamos diferencias estadísticamente significativas en: DAS 28, DASH y Fuerza de pulso. Tabla 2

**Conclusiones:** Se evaluaron los beneficios de la incorporación de un programa de ejercicios al tratamiento de pacientes con AR con compromiso de manos. Esta estrategia de bajo costo puede mejorar significativamente la fuerza, las capacidades funcionales de miembro superior y la función articular, impactando en menor medida sobre la calidad de vida y el nivel de actividad de la enfermedad. A pesar de los resultados positivos obtenidos, cabe destacar que se identificaron algunas limitaciones y dificultades en el estudio. Consideramos que sería importante tener un tamaño de muestra mayor que el analizado en el presente estudio.

**Palabras Claves:** rehabilitación, mano reumática, terapia ocupacional.

**Resultados:** Los 28 pacientes presentaban un tratamiento estable con DMARS al momento del ingreso. El 62,3% recibía metotrexato sólo y el 37,7% recibía tratamiento combinado de 2 o más DMARS. El 98% fueron mujeres y la edad media fue de 40,3 años. El 14,3% de los pacientes fumaban. El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 6,4 años. El 82,1% presentó positividad para el factor reumatoide y el 71,4% presentó erosiones en las radiografías de manos

fueron estadísticamente significativos. En el Grupo B, observamos diferencias estadísticamente significativas en: DAS 28, DASH y Fuerza de pulso. Tabla 2

67

0067 - HAMARTOMA COMO CAUSA DE NÓDULO SOLITARIO DE PULMÓN EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Modalidad: Póster  
Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: AR

BERNAVENTE, Emilio Pablo

HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN

**Introducción:** El Hamartoma es una neoplasia benigna compuesta por una mezcla de elementos de tejidos normales. En el caso de un Hamartoma pulmonar lo más frecuente es una masa de una variada combinación de cartílago, tejido conectivo, grasa, músculo liso y epitelio respiratorio. Se presenta una paciente con diagnóstico de Artritis reumatoide, que en su evolución desarrolla un nódulo solitario de pulmón.

**Resultados:** CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino de 49 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide seropositiva, no erosiva no nodular desde el 2014, que luego de un año y medio, estando su enfermedad en remisión (DAS 281,4/HAQ:0), presenta rinitis e hiperreactividad bronquial por lo cual se deriva a neumonología. En TAC de tórax presenta en el segmento anterior el lóbulo superior derecho imagen hipodensa redondeada de contornos netos de 5 mm de diámetro con densidad de partes blandas, decidiéndose conducta expectante. En TAC de control al año siguiente, el nódulo presenta iguales características pero mide 9mm, asumiéndose como nódulo solitario de pulmón decidiéndose la cirugía con toma de biopsia y eventual segmentectomía. Esferometría: normal PET: Nódulo pulmonar subcubical en segmento anterior del lóbulo superior derecho de 9mm con tenue captación del radiofármaco. Biopsia por congelación intra operatoria: Hamartoma de pulmón, con bordes bien definidos, por lo cual se realiza nodulectomía, con buena evolución.

**Conclusiones:** Aunque de baja frecuencia, el Hamartoma es una causa posible de nódulo solitario de pulmón, siendo de buen pronóstico.

**Palabras Claves:** Hamartoma, Artritis,

66

0066 - ¿PERMITEN LOS ENTRENAMIENTOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN ESPONDILOARTRITIS (SPA) MEJORAR LA PERFORMANCE DE LOS REUMATÓLOGOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE SECUENCIAS Y LESIONES?

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps - Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

GARCIA SALINAS, Rodrigo(1) | MARIN, Josefina(2) | BARALIAKOS, Xenofon(3)  
RHEUMATISMO ITALIANO DE LA PLATA (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2); RHEUMAZENTRUM RUHRGEBIET (3)

Pregunta	tema (reconocer)	antes (%)	después (%)	p
1	cortes	72	92	0.003
2	cortes	53	68	0.02
3	lesión	53	80	0.000
4	lesión	44	69	0.000
5	lesión	83	92	0.07
6	lesión	63	59	0.4
7	corte y lesión	42	71	0.000
8	teoría (RM-SpA)	72	84	0.02
9	teoría (guías ASAS)	3	3	0.9
10	teoría (técnica)	43	51	0.3

**Introducción:** La resonancia magnética (RMN) es una herramienta diagnóstica fundamental en la SPA axial, nos ha permitido, a diferencia de la radiografía simple, hacer diagnóstico en forma mucho más precoz de esta patología. En los criterios de la Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) para la clasificación de SpA axial, constituye uno de los brazos de ingreso a los criterios (brazo de imágenes). Se considera la mejor técnica para detección de lesiones agudas en sacroiliacas, y a su vez nos permite ver lesiones estructurales que nos hablan de cronicidad de la enfermedad. También ha demostrado suma utilidad para los diagnósticos diferenciales, a su vez, para evaluar el compromiso de la columna vertebral.

Consideramos que el reconocimiento de las lesiones básicas, las secuencias y los criterios por parte de los reumatólogos y radiólogos es fundamental para la práctica clínica, principalmente a la hora de establecer un diagnóstico.

**Objetivos:** Estimar el porcentaje de aciertos en el reconocimiento de lesiones en RMN de SpA y conocimientos teóricos, antes y después de realizar una intervención educativa. Estimar si la buena performance en los test se asocia a características individuales de los médicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio analítico, con intervención activa, se midieron los resultados antes y después de la intervención. Se realizó un test con 10 preguntas (7 de reconocimiento de imágenes y 3 de conocimientos teóricos) antes y después del desarrollo de un taller de imágenes de RMN en SpA en tres ciudades distintas de Argentina (Buenos Aires, Rosario y Tucumán). Se consideraron la cantidad de respuesta correctas antes y después del taller, y se consideró buena performance a quienes lograron más de 12 puntos entre las dos evaluaciones. Se recolectaron las siguientes características de los médicos evaluados: edad, sexo, años de especialista, curso de imágenes previo y si cuenta el centro donde trabaja acceso a la RM. Análisis estadístico: Estadística descriptiva: Se aplicó Test de McNemar y Chi2 (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas).

**Resultados:** Se evaluaron en total 66 médicos (26 Tucumán, 18 Rosario, 22 Bs As), la mediana de edad fue: 37 (RIC: 33-41), 58% mujeres, la mediana de años de especialidad fue: 4 (RIC: 1.2-8.7) y el 44% realizó un curso de imágenes previo y el 58% poseen resonador en su centro. Los resultados de los test (total 10 preguntas) antes y después del taller fueron 53% de respuesta correctas y 68% respectivamente (p: 0.000). El 65% de los médicos alcanzaron una buena performance (más de 12 respuesta correctas). Tabla 1: porcentaje de respuesta correctas en cada pregunta (por tema). Cuando se comparó el porcentaje de médicos con buena performance con las características de cada uno (edad, sexo, años de especialidad, curso de imágenes y resonador en su centro) no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** El porcentaje de aciertos fue mayor después del taller en forma general, la buena performance no se asoció a ninguna característica específica de los médicos evaluados. Se pudo observar que el mayor porcentaje de error fue en las preguntas sobre teoría.

**Palabras Claves:** espondiloartritis, imágenes, resonancia magnética.

68

0068 - MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN: REPORTE DE 4 CASOS

Modalidad: Póster  
Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: AR

BERNAVENTE, Emilio Pablo

HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN

**Introducción:** El Hansen es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica, causada por un parásito intracelular, el *Micobacterium leprae*. Diversas comunicaciones han acentuado la importancia de las manifestaciones reumáticas en la enfermedad de Hansen especialmente en su forma lepromatosa.

**Objetivos:** Describir 4 pacientes que fueron derivados a la sección de reumatología por síntomas músculo esqueléticos.

Nombre	Edad	Sexo	Antecedentes	Manifestaciones reumáticas	Tratamiento	Evolución
Paciente 1	38	M	Artritis reumatoide	Poliartralgias	...	...
Paciente 2	45	F	Artritis reumatoide	Lesiones en piel	...	...
Paciente 3	52	M	Artritis reumatoide	Poliartralgias	...	...
Paciente 4	60	F	Artritis reumatoide	Lesiones en piel	...	...

**Resultados:** Se presentan cuatro pacientes, una mujer y tres hombres con una edad comprendida entre 38 y 70 años. Todos fueron derivados por poliartralgias y lesiones en piel, presentando el Caso 1 otros síntomas compatibles colagenopatías. En todos los casos se realiza el diagnóstico de Hansen por observación de los bacilos (Triple BAAR), con buena respuesta al tratamiento

**Conclusiones:** A pesar de su extremadamente baja frecuencia y similitud con algunas manifestaciones de enfermedades del tejido conectivo, el Hansen debe figurar entre los diagnósticos diferenciales para el reumatólogo especialmente en zonas endémicas.

**Palabras Claves:** Hansen, vasculitis, artritis

69

**0069 - FENÓMENO DE LUCIO COMO SIMULADOR DE ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

BENAVENTE, Emilio Pablo

**HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN**

**Introducción:** Dentro de la enfermedad de Hansen, el tipo difuso no nodular se denomina Fenómeno de Lucio. Esta enfermedad puede imitar a varias enfermedades del tejido conectivo como glomerulonefritis, miositis, uveítis, poliartritis, crioglobulinemias, vasculitis y hallazgos tales como rash malar, tumefacción de manos, fenómeno de Raynaud, y lesiones simil Gottron pueden inducir a un diagnóstico erróneo de una colagenopatía.

**Resultados:** Paciente de sexo femenino de 40 años de edad que consulta por presentar poli artralgia de pequeñas y grandes articulaciones, asimétrica, con astenia y mal estar general, parestesias y ardor en miembros inferiores, varios episodios de sensación de cuerpo caliente. Al examen físico se observaba edemas de manos y pies, rash malar, signo de chal, mialgias, lesiones de piel purpura-rojizas y nódulos dolorosos en brazos, piernas, tórax y abdomen algunas de las cuales evolucionaron en pústulas y úlceras cubiertas de costras. Artritis asimétricas de manos. Exámenes de laboratorio: VDRL y serología viral negativas, crioglobulinas negativas, FR, FAN, anti-DNA, anti SM, anti Ro, La, RNP, SCL 70, C3 y C4, anti-centrómero normales, con PCRus alta(29) Biopsia de piel: vasculitis necrotizante. Escarificado para triple BAAR: positivo. Realizándose el diagnóstico de enfermedad de Hansen (Fenómeno de Lucio). Se inicia tratamiento específico con excelente respuesta clínica y mejoría del cuadro.

**Conclusiones:** Debido a su rareza y su similitud con algunas manifestaciones de las enfermedades del tejido conectivo, el fenómeno de Lucio puede no ser fácilmente reconocido lo que conduce a un diagnóstico confuso, pérdida de tiempo en recibir el tratamiento, teniendo incluso un desenlace fatal.

**Palabras Claves:** Hansen, fenómeno de Lucio, Vasculitis

70

**0070 - TENOSINOVITIS POR CUERPO EXTRAÑO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

BENAVENTE, Emilio Pablo

**HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN**

**Introducción:** La penetración de un cuerpo extraño duro en los tendones, bursa, tejidos periarticulares y a las articulaciones desencadena una reacción homónima ("de cuerpo extraño") que puede ser séptica, de tipo inflamatorio aséptico, o proliferativa aséptica, ocasionando una monoartritis, tenosinovitis, dactilitis, celulitis o un pseudotumor.

**Resultados:** paciente de sexo masculino de 64 años de edad que refiere presentar desde hace 2 años, dolor y tumefacción en el dedo mayor de la mano derecha, con dificultad para cerrar. Consultó a varios traumatólogos, el último le pidió una eco y una RNM y le encontraron una lesión tumoral que mandan a biopsiar, en donde se observa cuerpos riciformes por lo cual lo derivan a traumatología con diagnóstico presuntivo de artritis reumatoide. El paciente refiere haber sufrido un traumatismo con una espina de rosa, la cual ingresa en el sitio de la lesión actual extrayéndose en el mismo momento progresando con mucho dolor los días sucesivos. Al examen físico presentaba tenosinovitis del dedo mayor de la mano derecha, con lesión redondeada en cara palmar, no dolorosa, fija. Resto del examen normal. Laboratorios dentro de parámetros normales con reactantes de fase aguda, Anti-ccp, FR, HLAB25 negativos. Ecografía de mano: sinovitis y tenosinovitis del tercer dedo de la mano derecha. Electromiograma: normal RNM: se observa alteración de la señal de medula ósea del tercio medio y distal del metacarpiario del dedo medio y del tercio proximal de la primera falange. Erosión cortical a nivel de las superficies articulares se acompaña de tumefacción de partes blandas adyacentes, sugestiva de formación expansiva primaria vs infección. Se realiza interconsulta con infectología y traumatología, decidiéndose tratar con antibióticos e intervenir quirúrgicamente realizándose limpieza profunda con sinovectomía. Biopsia: proceso inflamatorio inespecífico. Presenta buena evolución posterior sin recidiva de la tenosinovitis ni afectación de otros sitios.

**Conclusiones:** la penetración de cuerpos extraños intra o periarticulares debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial de la monoartritis, sobre todo en individuos con historia de trauma, independientemente de cuán remoto haya sido el episodio.

**Palabras Claves:** monoartritis, cuerpo extraño, tenosinovitis

71

**0071 - SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT A PROPOSITO DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

BENAVENTE, Emilio Pablo

**HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN**

**Introducción:** El Herpes zóster ótico, descrito por Ramsay Hunt en 1907, es un síndrome que asocia parálisis facial periférica y vesículas en pabellón auricular ipsilateral o boca, como consecuencia de la afectación del ganglio geniculado por el virus de la varicelazoster. Es una entidad poco conocida y debe tenerse alta sospecha.

**Resultados:** Paciente de sexo masculino de 67 años de edad derivado a reumatología por cervicalgia, mareos y el hallazgo de un Factor Reumatoide positivo con diagnóstico presunto de artritis reumatoide vs artrosis cervical. El paciente refería haber empezado hace unos días atrás con acufenos en el oído derecho por lo cual consulta a un otorinolaringólogo, el cual al no encontrar nada relevante deriva a una fonoaudióloga, igualmente sin diagnóstico. A los pocos días agrega cervicalgia intensa, síndrome vertiginoso con vómitos, dificultad en la marcha con lateralización por lo cual concurre a neurología, con tomografía de cerebro y de oídos normales, asumen como crisis de pánico y medica con triptanol. Solicita laboratorio de sangre y orina dentro de parámetros normales con Factor Reumatoide de 64 U/ml por lo cual deriva a reumatología. RNM de cerebro y columna cervical normal. Al examen físico se observa nódulos de Buchar y de Heberden, parálisis facial derecha, con lateralización de la marcha, nistagmus horizontal-rotatorio, vesículas en distinto estadios evolutivos, algunas con costra en el conducto auditivo externo, en región posterior del pabellón auricular y en el borde externo de la lengua. Debido a la distribución metamérica y al territorio afectado se asume como neuroitis coclear y vestibular o Síndrome de Ramsay-Hunt. Se inicia tratamiento con esteroides por 7 días y Aciclovir con excelente respuesta clínica.

**Conclusiones:** El síndrome de Ramsay-Hunt es una entidad con relativamente baja frecuencia pero que se debe sospechar en todo paciente que presente signos de compromiso vestibular asociado a parálisis facial.

**Palabras Claves:** Herpes virus, neuroitis vestibular

72

**0072 - INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PACIENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

AGLIANO, Susana | SOSA, Julia | KOHAN, María Paula | SERRANO, Eliana | PÉREZ, Silvana | BANDE, Juan Manuel | MEDINA, María Alejandra | KLAJN, Diana Silvia | PAPASIDERO, Silvia Beatriz | CARACCIOLO, José Ángel

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ**

**Introducción:** Los resultados reportados por el paciente (PROs, patient reported outcomes) permiten evaluar el impacto de una enfermedad desde la perspectiva del mismo. En la Artritis Reumatoide (AR), la evaluación global de la enfermedad por parte del paciente (EVAgp) es una herramienta que permite valorar su actividad así como también optimizar la estrategia terapéutica. Sin embargo, diversos factores como depresión, ansiedad y edad del paciente, podrían influir en la EVAgp. Un estudio realizado por Hideki Ito y col. demostró que los pacientes de edad más avanzada tenían una EVAgp más elevada respecto a aquellos más jóvenes. En nuestro conocimiento, la variabilidad de la EVAgp en relación a la edad aún no ha sido evaluada en nuestro medio.

**Objetivos:** Primario: Evaluar la variabilidad de la EVAgp según la edad del paciente. Secundarios: Evaluar la relación existente entre la EVAgp con las siguientes variables: EVA dolor (EVAAd), Osteoartritis (OA), sexo y nivel de educación. Determinar los componentes del DAS28 que tienen mayor influencia sobre la EVAgp.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con AR, con o sin OA concomitante. Se excluyeron aquellos con Fibromialgia u otra colagenopatía. Se consignaron: edad, sexo, nivel de educación, características clínicas de la AR y tratamiento. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva. Se determinó la asociación entre EVAgp y edad del paciente por regresión lineal simple. Se comparó la mediana de EVAgp según grupo de edad, sexo, años de estudio, presencia y localización de OA, mediante test de Kruskal Wallis o Wilcoxon. Se determinó la asociación entre EVAgp y EVAAd con correlación de Spearman. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con EVAgp como variable de resultado y los otros componentes del DAS28 como variables regresoras.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes, 85% mujeres, edad media 52 años (DE 13). El 46% reportó menos de 7 años de estudio y el 14% más de 12 años. La mediana de tiempo de evolución fue de 74 meses (RIC 36-132). Más del 95% tuvo FR y ACPA positivos; 73% enfermedad erosiva y 24% nodular. El 47% recibía tratamiento con AINES, 62% con esteroides, 85% con DMARS y 5% con biológicos. La mediana de HAQ fue de 1 (RIC 0.44-1.62) y la de VSG de 32 mm/1 hora (RIC 20-45). EVAAd, EVA general del médico y EVAgp presentaron una mediana de 50 mm (RIC 20-70), 30 mm (RIC 10-50) y 50 mm (RIC 20-70) respectivamente. La mediana de DAS28 fue de 4.49 (RIC 3.33-5.48). La regresión simple no evidenció asociación entre EVAgp y edad del paciente (p=0.24). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de EVAgp según grupo de edad. No se observó asociación entre EVAgp y sexo, años de estudio o presencia de OA (independientemente de su localización). Se encontró una importante asociación entre EVAgp y EVAAd (r=0.79), la cual fue estadísticamente significativa (p < 0.0001). Entre los componentes del DAS28, la regresión lineal múltiple mostró como principal determinante de la EVAgp al número de articulaciones dolorosas (beta estandarizado=8.26) seguido de la VSG (beta=2.64).

**Conclusiones:** A diferencia de lo hallado en la literatura, en nuestra población la evaluación global de la enfermedad por parte del paciente no mostró asociación con la edad. Tampoco pudimos determinar asociación con sexo, presencia de OA ni años de estudio, aunque sí hubo una fuerte asociación con la EVAAd. Con respecto a los componentes del DAS28, el principal determinante de la EVAgp fue el recuento de articulaciones dolorosas.

**Palabras Claves:** AR/ EVA general del paciente / Clinimetría.

## 73

## 0073 - PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

SMICHOWSKI, Andrea M. | ROMEO, Cecilia Beatriz | CAPUTO, Victor | RIVERO, Estela | CASADO, Gustavo Christian

## HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**Introducción:** El Penfigoide de Membranas Mucosas (PMM) es una enfermedad inflamatoria crónica, cicatrizal, de etiología autoinmune de rara frecuencia, caracterizada por la aparición de lesiones ampollasas y cicatrizes subepiteliales que afectan a las mucosas de todo el cuerpo, especialmente de la boca y los ojos. La afectación ocular aislada ha sido denominada clásicamente Penfigoide Ocular Cicatrizal (POC).

**Objetivos:** Analizar los datos clínicos, epidemiológicos, el manejo y los tratamientos instaurados a los pacientes con POC en el Servicio de Reumatología de nuestro Hospital.

**Materiales y Métodos:** Presentamos nuestra experiencia en una serie de casos, retrospectiva, no comparativa con diagnóstico de POC por biopsia de conjuntiva derivados por el Servicio de Oftalmología para el manejo de la terapia inmunosupresora sistémica. Revisamos las historias clínicas de 10 pacientes en actual seguimiento por nuestro Servicio.

**Resultados:** El Penfigoide Ocular Cicatrizal predominó en mujeres, 6 versus 4 hombres; la edad promedio fue de 72 años y la edad promedio al diagnóstico fue de 66. Todos fueron derivados con biopsia confirmando el diagnóstico. Ninguno presentó manifestaciones extra-oculares. Tres pacientes presentaron Foster estadio IV en al menos 1 ojo, los restantes se presentaron con estadios más leves. Dos pacientes presentaron diagnóstico de Síndrome de Sjögren asociado, uno con anticuerpos FAN, Ro, La y Factor Reumatoide (FR) positivos y uno con diagnóstico y tratamiento para Síndrome de Sjögren previo. En el laboratorio, 3 pacientes tenían FAN positivo, 5 negativos y 2 no realizados, 1 presentaba anticuerpos anti Ro y anti La positivos en títulos altos, 6 negativos y 3 no realizados. Dos pacientes presentaron elevación de eritrosedimentación (VSG), 3 de proteína C reactiva (PCR) y 4 hipergamaglobulinemia policlonal. Tres pacientes presentaron antecedentes de cáncer, 1 de piel basocelular, 1 Linfoma no Hodgkin y 1 cáncer de próstata. Respecto del tratamiento 1 paciente realizó tratamiento tópico con Ciclosporina con buena respuesta, 6 con Metotrexato vía oral con buena respuesta de los cuales 3 ya lo finalizaron y los 3 restantes requirieron tratamientos con múltiples drogas (Ciclofosfamida endovenosa, Micofenolato y Azatioprina). Cuatro pacientes recibieron además glucocorticoides vía oral y un paciente estaba tratado con hidrocortisona previo al diagnóstico de POC. No se registraron eventos adversos serios. Tres pacientes presentaron eventos leves gastrointestinales. Dos pacientes presentaron cataratas secundarias a glucocorticoides. En un paciente se realizaron 2 trasplantes de córnea, en 2 cirugía de cataratas y en 1 oclusión del lagrimal.

**Conclusiones:** Por la naturaleza inflamatoria, autoinmune y cicatrizal del Penfigoide Ocular Cicatrizal (POC) es fundamental el inicio temprano de la terapia inmunosupresora, en forma inmediata al diagnóstico para suprimir la inflamación y evitar secuelas, siendo el Metotrexato una buena alternativa de primera línea. El manejo interdisciplinario entre Reumatólogos y Oftalmólogos es de vital importancia y requiere de una comunicación fluida entre los distintos profesionales durante todo el seguimiento de estos pacientes.

**Palabras Claves:** penfigoide ocular cicatrizal, penfigoide

## 74

## 0074 - TOFACITINIB EN MONOTERAPIA, TOFACITINIB CON METOTREXATO Y ADALIMUMAB CON METOTREXATO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES LATINOAMERICANOS: UN SUBANÁLISIS POST-HOC DEL ESTUDIO RANDOMIZADO CONTROLADO ORAL STRATEGY

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

MYSLER, Eduardo(1) | CITERA, Gustavo(2) | CARDIEL, M(3) | RADOMINSKI, S(4) | ZERBINI, C(5) | CASTANEDA, O(6) | SANTANA, K(7) | CASTELLI, Graciela(7) | BELINI, A(7) | PINHEIRO, M(7) | TATULYCH, S(7) | SHI, H(7) | PONCE DE LEON, D(7)

ORGANIZACION MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); CENTRO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE MORELIA (3); UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (4); CENTRO PAULISTA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (5); CLÍNICA ANGLÓAMERICANA (6); PFIZER INC. (7)

**Introducción:** Tofacitinib es un inhibidor oral de Janus quinasa para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). ORAL Strategy es un ensayo clínico global diseñado para comparar tofacitinib con o sin metotrexato (MTX) y adalimumab con MTX en pacientes (pts) con AR moderada a severa con respuesta inadecuada al MTX. (1)

**Objetivos:** Análisis post-hoc que compara los resultados de eficacia y seguridad de los pts que participaron en el estudio ORAL Strategy de Latino América (LA; Argentina, Chile, México y Perú) y la población global (incluyendo LA).

**Materiales y Métodos:** El ORAL Strategy fue un ensayo comparativo aleatorizado, triple-ciego, de 1 año de duración, Fase 3b(4)(NCT02187055). Se incluyeron pts con AR activa moderada a severa ( $\geq 4$  articulaciones dolorosas y  $\geq 4$  articulaciones inflamadas (sobre 28 articulaciones) con respuesta inadecuada al MTX (15-25 mg/sem durante  $\geq 6$  sem). Pts recibieron tofa 5 mg dos veces al día (BID) en monoterapia, tofa 5 mg BID + MTX, ó adalimumab 40 mg cada 2 semanas + MTX (1: 1: 1). Para este análisis post-hoc, las evaluaciones de eficacia al mes 6 y 12 incluyeron: las tasas de respuesta ACR20, ACR50 (endpoint primario al mes 6) y ACR70; remisión según SDAI, CDAI y DAS28-4(ESR); y cambio de la basal (Δ) en HAQ-DI a los 6 meses. Los eventos de seguridad se reportaron hasta el mes 12.

**Resultados:** De los 1,146 pts tratados en el ORAL Strategy, 276 fueron de LA. La edad promedio y porcentaje de pts caucásicos fueron menores en LA y el porcentaje de pts femeninos fue mayor en LA versus pts del estudio global. Al mes 6, el ACR50 (endpoint primario) (Figura 1), así como ACR20, ACR70, remisión por SDAI, CDAI y DAS28-4(ESR) y ΔHAQ-DI (Tabla 2) fueron numéricamente superiores en LA frente a pts globales (Tabla 2). Las respuestas fueron generalmente similares entre los 3 grupos de tratamiento en pts de LA. Para pacientes globales la respuesta ACR fue similar entre los grupos de terapia combinada con MTX y mayor vs tofacitinib en monoterapia. La eficacia se mantuvo hasta el mes 12 en pts de LA como en pts globales.(1) La frecuencia de EA, EA serios y discontinuaciones debidas a EA al mes 12 se muestran en la Tabla 2. Entre los pts de LA tratados con tofacitinib, se reportaron 7 infecciones serias (4 en monoterapia, 3 en combinación con MTX), 2 casos de tuberculosis y 2 infecciones por herpes zoster (1 en monoterapia, 1 en combinación con MTX).

**Conclusiones:** Los pts de LA que participaron en el ORAL Strategy mostraron una eficacia similar entre los grupos de tratamiento y respuestas numéricamente superiores versus los pts globales. No se identificaron nuevas señales de seguridad en la población de pts de LA en comparación con la población mundial. (1) Sin embargo, las conclusiones están limitadas, dado que este es un análisis post-hoc que incluye un número limitado de pacientes LA, sin grupo placebo. (1) Fleischmann R, et al. Lancet. 2017; epub ahead of print

**Palabras Claves:** adalimumab, Latino America, artritis reumatoide, tofacitinib

## 75

## 0075 - PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA. ESTUDIO PRELIMINAR

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

CASALLA, Luciana | ZARATE, Lucía | GAMBIA, María Julieta | GONZALEZ, Paula Alejandra | CONLON, María Carolina | SPIAZZI, Renata Alina | MILANO, María Claudia | CAPOZZI, María Nieves

## HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS

**Introducción:** Las Espondiloartritis (SpA) constituyen un grupo de enfermedades que comparten hallazgos inmunogenéticos, clínicos y radiológicos. Las formas asociadas a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se manifiestan clínicamente de manera heterogénea, con compromiso articular periférico y axial, dactilitis, entesitis, uveítis, y/o cutáneo. Se ha descrito una frecuencia de compromiso articular entre el 10 y 40%; un estudio realizado en nuestro país en el año 2002 demostró una frecuencia de manifestaciones reumatológicas similar a la mencionada. El grupo "Assessment of SpondyloArthritis international Society" (ASAS) desarrolló nuevos criterios de clasificación para SpA axial y periférica (años 2009 y 2011, respectivamente). Es de nuestro interés conocer la prevalencia de compromiso articular en pacientes con EII aplicando estos nuevos criterios y los de Nueva York modificados (NYM) para espondilitis anquilosante.

**Objetivos:** a) evaluar la prevalencia de Espondiloartritis Enteropática (SpAE) en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) según criterios ASAS y NYM, y b) describir las características clínico-radiológicas de estos pacientes.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico (dx) de EC y CU, en seguimiento por la Sección Tubo Digestivo del Servicio de Gastroenterología de nuestra institución, los cuales fueron derivados para su evaluación en la Sección Reumatología. Se constataron datos demográficos y características de la patología intestinal (tipo, tiempo de evolución, actividad de la enfermedad). Durante la evaluación reumatológica, se interrogó sobre antecedentes de dolor e inflamación articular, dolor lumbar inflamatorio (DLI), dolor sacroiliaco y en sitios de entesitis, dactilitis, psoriasis, uretritis/cervicitis o diarrea en el mes previo, uveítis y antecedentes familiares de SpA. Se registraron datos clínicos, de laboratorio y radiológicos (columna lumbosacra, panorámica de pelvis, manos y pies frente/perfil). En caso de requerirse, se realizó ecografía articular (ECO) y/o resonancia magnética (RM). Se definió SpAE en aquellos pacientes que cumplían criterios de clasificación ASAS para compromiso axial y/o periférico, y/o criterios de NYM para espondilitis anquilosante. Método estadístico: estudio descriptivo de corte transversal.

**Resultados:** Se incluyeron 56 pacientes con EII, 57% mujeres, media edad 44±15 años, mediana de tiempo de evolución de la EII 60 (RIC 96) meses, 29% con enfermedad intestinal activa; 20 pacientes (36%) presentaban diagnóstico de EC y 36 (64%) de CU. Del total, 21% (12 pacientes) cumplieron criterios de clasificación para SpAE (1 paciente ASAS axial y NYM, y 11 pacientes ASAS periférico), 75% mujeres, media edad 46±12 años, mediana de tiempo de evolución de la EII 36 (RIC 215) meses, 66% con dx de CU, y 42% con EII activa. De los 11 pacientes con SpAE periférica, 5 presentaron artritis (80% en miembros inferiores), 2 entesitis, 1 dactilitis, 2 psoriasis y 1 historia de uveítis. Se pudo determinar HLA B27 en 2 pacientes, siendo negativo. Cinco pacientes presentaron DLI, de los cuales 1 presentaba sacroileítis no radiológica, pero no cumplía criterio ASAS por edad de inicio de los síntomas.

**Conclusiones:** En este estudio preliminar, la prevalencia de SpAE en EII fue del 21%, lo cual es comparable a la descrita en otras series. La mayoría de los pacientes presentó compromiso periférico, siendo la entesopatía y la artritis de miembros inferiores las manifestaciones más frecuentemente observadas. Consideramos que la prevalencia de SpAE podría estar subestimada debido a la falta de disponibilidad del HLA B27 en nuestro medio.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis enteropática Enfermedad Inflamatoria Intestinal Enfermedad de Crohn Colitis Ulcerosa

## 76

## 0076 - SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICO SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Inf

ALONSO, Carla | GUÍNAZU, Francisco | OTADUY, Cintia Mercedes | GOBBI, Carla | ALBIERO, Juan Alejandro | ALBIERO, Eduardo | ALBA, Paula Beatriz

## HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

**Introducción:** El síndrome de activación macrofágica (SAM) se caracteriza por síndrome inflamatorio agudo y grave, habitualmente infradiagnosticado.

**Objetivos:** Descripción de un caso de SAM secundario de difícil manejo.

**Resultados:** Mujer de 24 años, con poliartitis seronegativa de 8 meses de evolución, tratada con metotrexato 5mg/sem, prednisona 5mg/día, ingresa por fiebre de 39°C y pérdida de 10 kg de peso en un mes, disnea y tos mucopurulenta, 5 días de evolución, medicada con levofloxacina 500mg/día. Examen físico: febril, taquipericardio, taquicárdica, normotensa con hipovolemia bilateral, artritis en IFP bilaterales. Radiografía de tórax: derrame pleural moderado derecho e imagen compatible con cavidad pulmonar. Tomografía Axial Computada de tórax (TAC): Opacidades nodulares en segmento lateral de lóbulo medio derecho, la mayor de 3.2 mm, inespecíficas. Derrame pleural derecho con engrosamiento pleural difuso y captación de contraste, sugestivo de empiema. Adenopatías axilares bilaterales, la mayor de 1.6 mm. Toracocentesis diagnóstica: exudado. GB 4700 VSG10 mm/h, PCR 48 mg. Diagnóstico neumonía aguda con derrame pleural. Empiema pleural. Medicación: clindamicina, ampicilina-sulbactam y meprednisona 10mg/día. A las 48 hs por mala evolución se agrega ceftazidona. Serología HIV, VHB y VHC, VDRL negativo, Ig G CMV positiva, Ig M negativa, BAgA y cultivos para micobacterias negativos, PCR para TBC negativo. ANA >1/640 nuclear homogéneo, Anti DNA-1/160, Anti Sm, Ro, La y RNP positivos, C3: 43, C4:5. Anticardiolipinas y B 2GPI negativos. AnticCPD positivo 30U/ml. Eco cardiograma normal. Toracoscopia y colocación de tubo de drenaje pleural. Se diagnostica Lupus Eritematoso Sistémico y recibe pulsos de metilprednisona 500mg/día por 3 días, posteriormente meprednisona 40mg/día e hidrocortisona 400 mg/día. 16° día de internación: neumonía bilateral intrahospitalaria tratada con meropenem, amikacina y vancomicina. Biopsia pleural: pleuritis fibrinosa inespecífica moderada, ausencia de malignidad. 20° día de internación, febril, se agregan adenopatías cervicales, occipitales, supraclaviculares axilares e inguinales, de 1 x 2 mm, móviles, dolorosas, induradas. Presenta leucopenia (GB 1340, M80% L39%), anemia (Hb 5.9 g%) elevación de transaminasas 3 veces el valor normal, LDH (1400), bilirrubina total 0.3 (Ind 0.1), ferritina 700mg/dl, triglicéridos 87mg/dl Coombs directa +++. Ecografía abdominal normal. Cultivos negativos y procalcitonina negativa, se interpreta como reactivación de lupus y repite pulsos con metilprednisona 500mg/día por 3, posteriormente meprednisona 30mg/día y micofenolato mofetil 2 gr/día. 27° día se indica alta médica. Reingresa a los 4 días por fiebre, tos seca y vómitos. Fistula cutánea pulmonar en región de toracocentesis y bicitopenia en estudio (anemia sin parámetros de hemólisis, leucopenia). Tratamiento piperacilina - tazobactam y vancomicina, se suspende micofenolato. Ecografía abdominal normal y ecografía pleural derecha con presencia de material anecoic con ecos en su interior y trayecto fistuloso entre piel y tejido celular subcutáneo sin determinar comunicación con espacio pleural. Hemocultivos y urocultivos negativos. Bicitopenia (GB 1150-Ns 62, L32, Plaq 280000, Hb 5.4, Hto 18.3), aumento de enzimas hepáticas 3 veces del valor normal, ferritina 700 mg/dl, TAC de abdomen normal. Se sospecha síndrome de activación macrofágica, comienza con Ig G 400mg/kg/día por 5 días. Punción de médula ósea 7 días posterior a tratamiento con inmunoglobulinas médula ósea con densidad disminuida, no elementos inmaduros. Luego de finalizar tratamiento 5 días, citológico con GB 7700, Hb 8.8, plaquetas 425000. Mejoría de hepatograma. Se decide continuar con ciclosporina 100mg/día, meprednisona 40mg/día, hidrocortisona 400mg/día, ácido fólico 5mg/día. Mejoría clínica y de laboratorio paulatina. Descenso progresivo de esteroides. Actualmente 10mg/día de prednisona y último laboratorio: GB 5900 (Ns 76%, L 20%), glucemia 76, Creatinina 0.78. VSG 22 mm, GOT 25, GPT 28, FAL 130. Orina normal.

**Conclusiones:** La mortalidad, el pronóstico y la evolución pueden verse influidos por el retraso diagnóstico, es indispensable el alto índice de sospecha para ofrecer tratamientos adecuados.

**Palabras Claves:** síndrome de activación macrofágica lupus eritematoso sistémico

77

**0077 - AORTITIS EN PACIENTE CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

LINDT, Gonzalo | ZITELLI, Ludmila | GALIANO, Agustina | VALENTINI, Elina | ODDINO, Juan Andrés | CUADROS, Sabrina | REBIGLIONE, Daniela Fabiana | TREPAT, Andrea | PEIRANO, Valeria | MILANESIO, Julieta | CARCAMO, Marina

**SANATORIO DE LA MUJER**

**Introducción:** Existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas en aquellas enfermedades inflamatorias de grandes vasos sanguíneos. La arteritis de células gigantes (ACG) presenta en ocasiones afectación de principales vasos y sus ramas con consecuencias severas.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina 58 años de edad consulta por astenia y adinamia franca con pérdida de peso de aproximadamente 14 kg en los últimos 2 meses. Refiere además episodios de lipotimia asociados a registros ambulatorios de hipotensión arterial. Evaluada por neurología en forma ambulatoria el mes previo por episodios de cefalea atípicos donde se solicitó RMI cerebral. Como antecedente clínico de jerarquía presentaba polimialgia reumática diagnosticada 8 años previos por lo que recibió tratamiento con corticoides. Durante la evaluación física se evidenció asimetría franca en registros tensionales entre miembros inferiores y superiores siendo indetectable en los últimos. Se evidencia también vena en región temporal derecha prominente con dolor a la palpación. Laboratorio de ingreso anemia compatible con enfermedades crónicas y aumento de reactantes de fase aguda. Evaluación cardiológica no aportó anomalías de jerarquía. En contexto de síndrome de impregnación se realiza TAC multislice de tórax abdomen y pelvis donde se evidencia engrosamiento circunferencial parietal de aorta tórax y abdominal. Ante la sospecha diagnóstica de vasculitis se realizó AngioTAC de cráneo, vasos supra aórticos y cuello donde se observó engrosamiento parietal difuso de ambas arterias carótidas primitivas. Se procede a realizar biopsia de arteria temporal. ANCA-C ANCA-P Anti ADN nativo C3 C4 CH50 FAN LÁTEX ROSE RAGAN negativos. Se decide junto a servicio de reumatología realizar pulso de metilprednisolona a dosis de 500 mg/día por 3 días. La paciente evoluciona con mejoría franca de astenia sin complicaciones clínicas. Se decide extenuación con 60 mg de prednisona. Se recibe resultado de biopsia con evidencia de moderada hiperplasia de la capa muscular, presencia de infiltrado inflamatorio mixto y de células gigantes con disminución de luz vascular.

**Resultados:** La presentación clínica de ACG es heterogénea y requiere por lo tanto un abordaje multidisciplinario. Si bien existen diversas causas de aortitis y su consecuente sintomatología resulta inespecífica, frente a su hallazgo es fundamental recabar datos que orienten a etiologías reumatológicas. A pesar de no existir un consenso acerca de dosis utilizadas en la terapéutica inicial, los corticoides son primera línea terapéutica y deben ser instaurados sin retraso con el objetivo de evitar complicaciones tales como aneurismas, disecciones o complicaciones oftalmológicas.

**Conclusiones:** Dada la baja incidencia de esta entidad en nuestro medio, la polimialgia reumática debería ser un punto de origen para la captación de pacientes con probable ACG. La Frente a ACG resulta necesario descartar compromiso de grandes vasos tales como aorta y sus principales ramas para optar por una terapia acorde y evitar de esta forma complicaciones severas.

**Palabras Claves:** aortitis, arteritis de células gigantes, polimialgia reumática

80

**0080 - ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA CON ELEVACIÓN DE ENZIMAS MUSCULARES. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS**

Modalidad: Póster- Unidad Temática: Casos Clínicos- Unidad Temática 2: Etc

MOLINA, María Josefina | HERRERA, Gladys Beatriz

**CLÍNICA AMEBPBA**

**Introducción:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad de la neurona motora caracterizada por debilidad muscular asimétrica progresiva, atrofia muscular, fasciculaciones, hiperreflexia y signo de Babinski con funciones sensoriales, extrapiramidales, intelectuales y esferterianas conservadas. Niveles séricos significativamente elevados de CPK son empleados para diferenciar desórdenes musculares primarios, polimiositis, de debilidad muscular neurogénica. Sin embargo, se podría presentar una confusión diagnóstica cuando un paciente con presunción de ELA presenta debilidad muscular simétrica y aumento de enzimas musculares. CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 70 años de edad, que consulta en 12/2016, en reumatología derivada por neurología por posible miopatía inflamatoria. Presenta en forma progresiva fatiga, disnea clase funcional II, lumbalgia, mialgias en miembros superiores e inferiores, dificultad en la marcha y para subir escaleras, de 6 meses de evolución. Al examen físico se constata: fuerza muscular proximal y distal conservada en miembros superiores e inferiores, leve debilidad de flexores del cuello, mialgias principalmente en muslos y disnea clase funcional III. Presenta elevación de CPK 512 U/L, LDH 638 U/L y aldolasa 8 U/L, transaminasas normales, VSG 9 mm/1<sup>ra</sup>, PCR negativa, FAN negativo, anti-Jo1 negativo, anti-Mi2 negativo, anti-DNA negativo, anti-RNP negativo, C3 y C4 normales, T4, y TSH normales. Electromiograma de miembros inferiores: cambios inespecíficos. Espirometría: normal. En 01/2017 presenta mayor dificultad en la marcha, mialgia generalizada, marcada fatiga con empeoramiento de la disnea. RMN de masas musculares: edema de músculos tríceps y braquial de ambos brazos, bíceps de brazo izquierdo, músculos pectorales, vastos laterales, semimembranosos, bíceps femorales y semitendinosos de ambos muslos y aductor mayor de muslo derecho, músculos gemelos, soles, tibiales externos, extensores de los dedos y peroneos laterales largos de ambas piernas compatibles con miositis. Se solicita TACAR de cuello, tórax, abdomen y pelvis y videoscopia alta y baja a fin de descartar neoplasia oculta con resultados negativos. Se descarta enfermedad de POMPE mediante test de la gota. Inicia meprednisona 40 mg/día luego de realizar biopsia muscular. Biopsia de músculo bíceps izquierdo: Ausencia de infiltrado inflamatorio. Atrofia selectiva de fibras tipo 2 incipiente en algunos fascículos. Con el resultado de biopsia de musculo y sin descenso de enzimas musculares con meprednisona se disminuye progresivamente la misma hasta suspender. Se deriva a neurología para reevaluación. Neurología constata calambres en manos y pies, atrofia muscular en 4 miembros, fasciculaciones en tronco, miembros superiores y ambos muslos, debilidad en flexores del cuello, deltoides, bíceps, extensores de los dedos de pies y tibial anterior derecho, hiperreflexia, sensibilidad conservada y disnea de esfuerzo. Se solicita nuevo EMG de los 4 miembros: signos neurogénicos difusos, prolongados, déficit de neurona motora y fasciculaciones en 4 miembros. Se realiza diagnóstico de ELA con tratamiento y seguimiento por neurología. Discusión: Un estudio evidenció que el 43% de 100 pacientes con ELA presentaron elevación de CPK con niveles medios de 240 U/l y debilidad muscular. Siete de ellos fueron inicialmente diagnosticados como polimiositis y recibieron dosis altas de meprednisona sin beneficio clínico previo al diagnóstico de ELA

**Conclusiones:** Para el reumatólogo es importante recordar que aun enfermedades neurológicas de la motoneurona pueden cursar con elevación de enzimas musculares, aproximadamente en un 40% de los casos.

**Palabras Claves:** Esclerosis lateral amiotrófica Miopatías inflamatorias Polimiositis

78

**0078 - NEUROBEHCET, REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros - Unidad Temática 2: Casos Clínicos

LINDT, Gonzalo | ZITELLI, Ludmila | GALIANO, Agustina | VALENTINI, Elina | ODDINO, Juan Andrés | REBIGLIONE, Daniela Fabiana | CUADROS, Sabrina | TREPAT, Andrea | PEIRANO, Valeria | MILANESIO, Julieta | CARCAMO, Marina

**SANATORIO DE LA MUJER**

**Introducción:** Se reconoce actualmente una variedad de enfermedades inflamatorias sistémicas de etiología desconocida. La enfermedad de Behçet produce lesiones características en piel y mucosas. Estas se caracterizan principalmente por lesiones papulopustulosas, pseudofoliculitis y úlceras orales aftoides o herpetiformes. La enfermedad de Behçet se describe clásicamente como la tríada clínica de úlceras orales y genitales recurrentes asociadas a uveítis. Esta entidad afecta a personas jóvenes y se caracteriza por episodios de remisión-recurrencia.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 39 años de edad ingresa por fiebre de 1 mes de evolución asociado a odinofagia, astenia, aftas orales dolorosas y lesiones tipo foliculitis pustulosas en región dorsal. Tratada en forma sintomática evoluciona con único registro subfebril y desaparición de lesiones aftosas. Se externa para continuar control ambulatorio. Reingresa 8 días después por vómitos incoercibles, astenia, hiporexia, úlceras orales, fiebre, visión borrosa en ojo izquierdo (OI) asociada a hipoestesia facial izquierda y mareos de 48 hs. de evolución. Se constata agudeza visual en OI 8/10; resto de examen neurológico sin alteraciones. Lesiones ulceradas de fondo fibrinoso dolorosas en mucosa yugal, labios y cara lateral de lengua. Lesión única de mismas características, indolora, en región perianal. Exámenes complementarios: Hb 12 g/dl HTO 35% Leucocitos 13160 /mm3 (86/0/0/10/4) Plaquetas 370000 /mm3 VES 60 mm. Laboratorio inmunológico básico sin alteraciones. Virus E. Baar, VHB, VHC, HIV, CMV, VDRL, Huddleson, Toxoplasma no reactivos. Test de Patergia evaluado a las 24 y 48 hs. negativo. Fondo de ojo: evidencia de maculopatía en OI sin uveítis. AngioRMI de encéfalo alteraciones en la señal flujo y diámetros de arteria vertebral derecha y basilar compatibles con disección vertebral con compromiso de arteria basilar. Se realiza arteriografía cerebral con evidencia de mínima retención de contraste a nivel laminar en trayecto del tronco basilar el cual podría corresponder a disección localizada sin compromiso de flujo. Paciente ingresa a UCI. Inicia pulso de Metilprednisolona 1gr/día por 3 días. Se inicia anticoagulación. Regresa a sala general continuando corticoides y azatioprina. Biopsia de lengua: úlcera tipo aftoide asociada a infiltrado con predominio mononuclear rodeando e invadiendo la pared de vasos de mediano calibre. Evoluciona con remisión completa de lesiones en mucosa bucal, región genital y cutáneas. Reversión de síntomas neurológicos. Indicaciones al alta: Prednisona 60 mg/día. Azatioprina 100 mg/día. Acenocumamol 3mg/día. Trimetoprina Sulfametoxazol trisemanal.

**Resultados:** El neurobehçet es una complicación infrecuente que puede manifestarse de acuerdo al compromiso parenquimatoso o no, del sistema nervioso central y periférico. Las lesiones descriptas clásicamente bajo el compromiso no parenquimatoso aunque infrecuentes son aneurismas intra - extracraniales complicados o no con disección.

**Conclusiones:** La enfermedad de Behçet se considera una vasculitis infrecuente de etiología desconocida que debe ser planteada como diagnóstico diferencial en lesiones aftosas recidivantes-crónicas en cavidad oral y región genital. Existe evidencia científica actualizada acerca de las principales complicaciones neurológicas englobadas bajo el concepto de Neurobehçet. Las mismas deben ser tratadas en forma precoz con el fin de evitar progresión y prevenir recaídas.

**Palabras Claves:** neurobehçet, enfermedad de behçet, disección

81

**0081 - PERFORACIÓN NASOPALATINA: CONSUMO DE COCAÍNA, SIMULANDO GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS**

Modalidad: Póster- Unidad Temática: Casos Clínicos- Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

MOLINA, María Josefina

**HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO**

**Introducción:** El consumo crónico de cocaína intranasal puede ocasionar lesiones de la línea media con extensa destrucción de las estructuras osteocartilaginosas de senos maxilares, paladar duro y tabique nasal similares a las observadas en pacientes con granulomatosis con poliangeitis (GPA). La presencia de ANCA-C positivo es característica de pacientes con GPA pero también pueden encontrarse en individuos consumidores de cocaína. CASO CLÍNICO: Mujer de 55 años de edad, que consulta en 01/2017 al servicio de otorrinolaringología por lesión ulcerada y perforación palatina con extensión a fosas nasales, de 3 meses de evolución. TACAR de maxilo craneo-facial: engrosamiento del tejido del paladar blando y duro con pérdida del componente óseo y cartilagos del tabique nasal con colección en ambos senos maxilares. Biopsia de fosa nasal izquierda y paladar duro: úlcera crónica activa inespecífica con material necrótico supurado policolonizado, ausencia de granulomas. Cultivo: Staphilococcus catalasa negativo y E. Coli que requirió clindamicina y ampicilina/sulbactam. Empeoramiento y rápida progresión de la perforación. En 04/2017, TACAR de maxilo facial: engrosamiento mucoso y colección en ambos senos maxilares, senos frontales, celidillas etmoidales y celidillas mastoideas, extensa solución de continuidad a nivel de ambos senos maxilares con comunicación con paladar duro, perforación septal y ausencia del tabique nasal. Serología para hepatitis A, B y C negativos, HIV negativo, VDRL negativo, PPD negativo, factor reumatoideo negativo, VSG, 61 mm/1<sup>ra</sup> hora, PCR negativo. Se constata ANCA - C atípico positivo. Se realiza interconsulta con servicio de reumatología por probable diagnóstico de GPA debido a la lesión descripta y la presencia de ANCA - C atípico. Se interroga detenidamente a la paciente y se constata consumo crónico de cocaína por más de 10 años. Al examen físico no presenta otra manifestación compatible con vasculitis sistémica. Nueva biopsia de paladar duro y fosa nasal: proceso inflamatorio crónico inespecífico con úlcera crónica activa asociada a vasculitis leucocitoclástica estrechamente relacionada con el lecho ulceroso. Ausencia de granulomas. Cultivo de material: positivo para E. Coli, Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter Cloacae, Ziehl Neelsen: negativo. Micología: fresco y coloración de gicmas: negativo, cultivo: crecimiento de colonias de levaduras; un estudio, Infectología inicia piperatazobactam más anfotericina B en forma empírica que se rota fluconazol por intolerancia. Reumatología plantea posible causalidad de la lesión por consumo de cocaína. Se observa detención en la progresión de la lesión al suspender el hábito tóxico e instaurar antimicrobicos. Discusión: La diferenciación entre lesión de línea media por cocaína y GPA limitada puede ser dificultosa, particularmente si el paciente no menciona el consumo de esta sustancia. El uso de cocaína puede generar dos tipos de síndromes vasculíticos: el primero la lesión de línea media con ANCA's positivos, indistinguible de GPA del tracto respiratorio superior con anti-MPO y PR3 negativos y segundo vasculitis asociada a ANCA atribuible a un componente adionado e hasta un 70%, levamisol (un antihelmíntico de uso veterinario) a la cocaína para potenciar el efecto estimulante. Un interrogatorio exhaustivo, incluyendo el uso de drogas ilícitas como cocaína en una probable vasculitis sistémica permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

**Conclusiones:** En esta paciente con consumo de cocaína y presencia de extensa perforación nasopalatina, con ANCA-C atípico, clínicamente indistinguible de GPA, se descartó el diagnóstico de vasculitis sistémica mediante presencia de anti-PR3 y anti-MPO negativos, biopsia sin granulomas y buena respuesta a la suspensión del hábito tóxico y al tratamiento de la infección sobreagregada.

**0084 - UVEÍTIS AUTOINMUNE: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

Unidad Temática 2: Tratamiento

MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo | MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo | ROMÁN RUIZ DIAZ, Lourdes Graciela | RIQUELME GRANADA, Susan Carolina | LOSANTO, Jhonatan | YINDE, Yanira | COLMAN MC LEOD, Nelly

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

**Introducción:** La uveítis es la causa más frecuente de enfermedad inflamatoria intraocular, constituye una importante causa de ceguera y deterioro visual a nivel mundial. Puede ser un proceso limitado al globo ocular, o la manifestación de una enfermedad sistémica ya establecida, incluso el primer signo clínico de una entidad que se desarrollará con el tiempo. La mayoría de los pacientes se encuentran en edad laboral, con marcada afectación de sus actividades y repercusión en la calidad de vida, añadiéndose como agravantes el carácter crónico o recidivante, las complicaciones y la terapéutica prolongada en muchas ocasiones.

**Objetivos:** Describir las características demográficas de los pacientes con uveítis.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de corte transversal, del periodo comprendido entre Enero y Diciembre del 2016, en pacientes ambulatorios del Departamento de Reumatología. Se consideraron las variables: patrón anatómico de uveítis, sexo, manifestaciones sistémicas y complicaciones locales, terapéutica.

Corticoterapia	Tratamiento inmunosupresor	Tratamiento Biológico
7 pacientes	12 pacientes	2 pacientes
36,84%	63%	10,05%

**Resultados:** Fueron incluidos 19 pacientes, 63,15% (12) del sexo Femenino, y 36,84% (7) Masculino, la edad media de diagnóstico fue 38,78 años. Considerando el patrón anatómico, correspondieron: 53,84% (14) a uveítis anterior, 3,84% (1) intermedia, y 42,30% (11) panuveítis, con afectación bilateral (8), unilateral (11); sufrieron complicaciones 10 pacientes, 30% (3) cataratas, 30% (3) sinequias, 10% (1) Glaucoma 30% (3) con disminución de la visión. Presentaron enfermedad autoinmune sistémica 21,05% (4): 3 con artritis seronegativa, y 1 con LES. Se confirmó presencia de HLA B27 en un paciente.

**Conclusiones:** Se constató en esta serie la afectación principal a personas en edad productiva en su mayoría mujeres, el patrón anatómico predominante fue uveítis anterior, y un porcentaje importante presentó complicaciones y secuelas, con disminución de la agudeza visual. El tratamiento sistémico basado en corticoides e inmunosupresores fue efectivo para controlar la actividad de la enfermedad en casi todos los pacientes, sólo dos casos requirieron biológicos. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento temprano para mejorar el pronóstico.

**Palabras Claves:** Autoinmune, ceguera, recidivante

**0086 - PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Otros

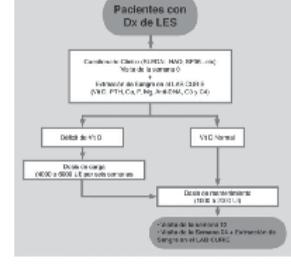
ORTIZ GAONA, Nelson Rafael | ROMAN RUIZ DIAZ, Lourdes Graciela | KARIN, Bauman | ACOSTA, Maria Eugenia | AVILA PEDRETTI, Gabriela | VAZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio | MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo | LOSANTO, Jhonatan | MELO, Marcia | DUARTE, Margarita | ACOSTA, Isabel | MARTINEZ, Maria Teresa

HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria sistémica asociada a factores genéticos, ambientales, hormonales e inmunológicos. Un factor posible que influye en la actividad de LES es la deficiencia de vitamina D.

**Objetivos:** 1.- Determinar la prevalencia de insuficiencia y déficit de vitamina D en pacientes con LES 2.- Identificar una asociación entre deficiencia / insuficiencia de vitamina D y actividad de la enfermedad. 3.- Determinar la dosis de suplementación en estos pacientes.

Figura 1. Diagrama de flujo.



**Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico de corte longitudinal en individuos diagnosticados con LES. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos y bioquímicos para estudiar la asociación entre las concentraciones de vitamina D, los parámetros del metabolismo fosfo-calcico y la actividad de la enfermedad en la visita basal, a las 24 semanas (Figura 1). Se analizó la influencia de las dosis de suplementación de vitamina D y la persistencia del déficit e insuficiencia de vitamina D a las 24 semanas de tratamiento. La insuficiencia y deficiencia de vitamina D está determinada por valores inferiores a 30 ng / dl y 20 respectivamente. Para el dosaje de vitamina D se utilizó el ensayo de quimioluminiscencia ARCHITECT.

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, de los cuales el 89,1% (90/101) eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 33 ± 10,2 años. En la visita basal el 31,7% (32/101) de los pacientes tenían insuficiencia de vitamina D y el 11,8% (12/101) tenían deficiencia de vitamina D. La concentración media de vitamina D era de 31,8 ± 10,2 ng / ml. El 22,8% (23/101) tenían valores elevados de PTH. La media del SLEDAI en la visita basal fue de 1.1± 1.1, el valor de la media del EVA fue de 0,6 ± 1,04, el del HAQ= 0,16 ± 0,24, el Anti DNA se observó en 23,8% (24/101) y C3 bajo en 31% (31/100) y C4 bajo en 67% (67/100) de los pacientes. En los pacientes con inactividad o actividad leve la media de concentración de vitamina D es de 30,7 ± 11,3, en aquellos con actividad moderada es 30,7 ± 14 y en aquellos con actividad alta es 20,8 ± 11,7 (ver tabla 1 y gráfico 1). En el análisis de asociación con los valores de SLEDAI y vitamina D categorizados (p=0,08) y en forma numérica (p=0,12) no se observó una asociación estadísticamente significativa, aunque sí una clara tendencia inversa en la regresión lineal. Al analizar el valor del SLEDAI con las demás variables del metabolismo fosfo-calcico analizadas en la semana 0 se observó una asociación significativa con la PTH elevada (p=0,0256) y con los valores numéricos de la concentración del calcio (p=0,0013). La vitamina D no estuvo asociada de forma significativa con los valores del HAQ y del EVA. De los 101 pacientes, 92 (91%) pacientes cumplieron la semana 24. Posterior a la suplementación de carga con 4000 UI y al mantenimiento con 1000 y 2000 UI de vitamina D se observó un valor de la media de vitamina D de 31,4 ± 11,2. En esta visita tampoco se observó una asociación significativa entre la actividad de la enfermedad y las concentraciones de vitamina D. En relación a la suplementación, se observó un mayor porcentaje de pacientes con 2000 UI de vitamina D que pasaron de insuficiencia/deficit a concentración normal.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con LES, se observó un porcentaje significativo de pacientes con deficiencia de vitamina D, a pesar de recibir suplementos. Aunque se observó una tendencia de asociación clara entre los valores de vitamina D y el SLEDAI, esta asociación no fue estadísticamente significativa. Sin embargo existe una asociación entre la actividad de la enfermedad y los valores elevados de PTH y los valores disminuidos de Calcio.

**0088 - BIOMARCADORES GENÉTICOS DE SUSCEPTIBILIDAD DE PADECER LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES DE ORIGEN PARAGUAYO**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

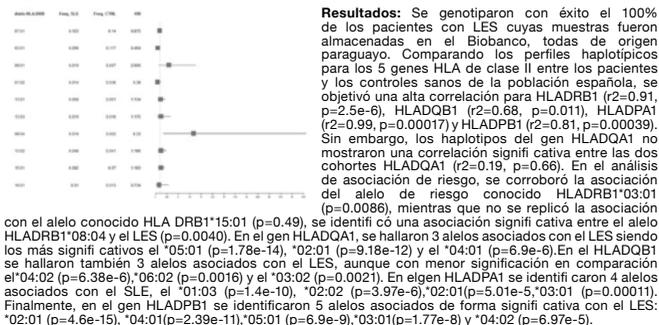
VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | AYALA LUGO, Ana(2) | JOLIE, Valery(3) | ACOSTA, María Eugenia(3) | DE GUILLEN, Iván(3) | LOSANTO, Jhonatan(1) | ROJAS, Eliás(1) | ORTIZ GAONA, Nelson Rafael(1) | MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo(1) | BAUNMAN, Karín(1) | MELO, Marcia(1) | MARSAL, Sara(1) | JULIA, Antonia(4) | GONZÁLEZ, Margarita(1) | TORIO, Hugo(5) | DUARTE, Margarita(1) | ÁVILA PEDRETTI, Gabriela(1) | ACOSTA COLMAN, Isabel(1) | MARTINEZ, Maria Teresa(5)

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS (1); INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD (2); INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, ASUNCIÓN, PARAGUAY (3); GRUPO DE RECERCA DE REUMATOLOGIA DE BARCELONA, ESPAÑA (4); LABORATORIO CURIE, ASUNCIÓN, PARAGUAY (5)

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad compleja caracterizada por una base genética de riesgo.

**Objetivos:** Estudiar el perfil de asociación de los principales haplotipos HLA de clase II con el riesgo de padecer LES en pacientes con este diagnóstico asistidos en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay.

**Materiales y Métodos:** Se reclutó una cohorte de 104 pacientes con LES del Hospital de Clínicas de la Cátedra de Reumatología, previo consentimiento informado. Para cada paciente se extrajeron muestras de sangre periférica y se purificó el DNA genómico. Las muestras fueron almacenadas en el Biobanco. Para cada uno de los pacientes se genotiparon los alelos de los genes del HLA II: HLABDR1, HLAQA1, HLABQB1, HLABPA1 y HLABPB1, el cual se realizó mediante la tecnología de PCR por oligonucleótidos y el sistema de cuantificación Luminex. Puesto que la cohorte control de la población paraguaya está aún en proceso de recolección, para llevar a cabo el estudio de asociación con el riesgo de padecer LES, se incluyeron los genotipos de 1,493 controles de una población española, mediante los datos de genotipado generados por la cohorte del consorcio biomédico IMBD Consortium. El análisis de asociación se realizó mediante el test chi-cuadrado alélico.



**Resultados:** Se genotiparon con éxito el 100% de los pacientes con LES, cuyas muestras fueron almacenadas en el Biobanco, todas de origen paraguayo. Comparando los perfiles haplotípicos para los 5 genes HLA de clase II entre los pacientes y los controles sanos de la población española, se objetivó una alta correlación para HLABDR1 (r2=0,91, p=2,5e-6), HLABQB1 (r2=0,68, p=0,011), HLABPA1 (r2=0,99, p=0,00017) y HLABPB1 (r2=0,81, p=0,00039). Sin embargo, los haplotipos del gen HLAQA1 no mostraron una correlación significati cativa entre las dos cohortes HLABQB1 (r2=0,19, p=0,66). En el análisis de asociación de riesgo, se corroboró la asociación del alelo de riesgo conocido HLABDR1\*03:01 (p=0,0086), mientras que no se replicó la asociación con el alelo conocido HLA DRB1\*15:01 (p=0,49) se identificó con una asociación significati cativa entre el alelo HLABDR1\*08:04 y el LES (p=0,0040). En el gen HLAQA1, se hallaron 3 alelos asociados con el LES siendo los más significati cativos el \*05:01 (p=1,78e-4), \*02:01 (p=9,18e-12) y el \*04:01 (p=6,9e-6). En el HLABQB1 se hallaron también 3 alelos asociados con el LES, aunque con menor significati catión en comparación el \*04:02 (p=6,38e-6), \*06:02 (p=0,0016) y el \*03:02 (p=0,0021). En el gen HLABPA1 se identificaron 4 alelos asociados con el SLE, el \*01:03 (p=1,4e-10), \*02:02 (p=3,97e-6), \*02:01 (p=5,01e-5), \*03:01 (p=0,00011). Finalmente, en el gen HLABPB1 se identificaron 5 alelos asociados de forma significati cativa con el LES: \*02:01 (p=4,6e-15), \*04:01 (p=2,39e-11), \*05:01 (p=6,9e-9), \*03:01 (p=1,77e-8) y \*04:02 (p=6,97e-5).

**Conclusiones:** En el presente estudio se ha realizado el análisis del perfil I de los genes de HLA de clase II de pacientes paraguayos con LES. Aunque, el perfil haplotípico es globalmente similar al de la población general española, existen un número alto de alelos asociados fuertemente con el LES. En una siguiente etapa se procederá al genotipado de la población control paraguaya para corroborar estos nuevos hallazgos. El presente trabajo es el primer estudio de asociación genética realizado en pacientes paraguayos con diagnóstico de LES.

**Palabras Claves:** HLA, HAPLOTIPO, ALELOS, LUPUS

**0089 - IMPACTO ACADÉMICO DE LA OSTEOPOROSIS EN CONGRESOS DE LA SAR (2007-2016)**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías

MARTINEZ MUÑOZ, Alejandro

HOSPITAL RAÚL F. LARCADE DE SAN MIGUEL

**Introducción:** La osteoporosis (OPO) es la enfermedad metabólica ósea de mayor prevalencia en la actualidad, se caracteriza por una alta tasa de remodelado que conduce a una disminución de la masa ósea y alteración de la microarquitectura con pérdida de su resistencia. Esto genera fracturas por fragilidad, que son aquellas producidas por traumatismos mínimos, como los ocasionados por caída de la propia altura. En la Argentina el 75% de las mujeres mayores de 50 años presentan osteoporosis/osteopenia. En el mundo se genera una fractura por osteoporosis cada 3 segundos. Dada la importancia creciente de la osteoporosis se genera la inquietud sobre su relevancia académica en los congresos de reumatología.

**Objetivos:** Evaluar el volumen de presentaciones de trabajos relacionados con OPO en el periodo comprendido entre 2007-2016 y su comparación con otras enfermedades con diferentes prevalencias como lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoidea (AR) y osteoartritis (OA).

**Materiales y Métodos:** Se realizó evaluación de los últimos 10 años de trabajos presentados en relación a osteoporosis, tanto en modalidad poster como oral. Se incluyeron todas aquellas presentaciones que abordaron osteoporosis primaria como aquellas relacionadas a formas secundarias debido al uso de corticoides y enfermedades inflamatorias crónicas. Se comparó frecuencia con presentación de otras patologías menos prevalentes como LES y AR, y también con presentaciones de la artropatía más prevalente como osteoartritis (OA). Análisis estadístico, se realizó análisis descriptivo de las variables.

**Resultados:** Se incluyeron 2072 trabajos en el periodo 2007-2016. Sobre osteoporosis se presentaron 63/2072 (3%) abstracts, AR 400/2072 (19,3%), LES 371/2072 (18%) y OA 34/2072 (1,6%). Trabajos de OPO 2°: media 2,2 (rango:1-6), OPO 1°: media 4,1 (rango:1-10), OA: media 3,4 (rango:1-7), LES: media 37,1 (rango:30-50), AR: media 40 (rango:25-57). La relación de trabajos en la última década en congresos de la SAR en estas patologías con respecto al total fueron: AR: 1/5,2, LES: 1/5,6, OA: 1/61, OPO total: 1/33.

**Conclusiones:** La osteoporosis, considerando sus formas primarias como secundarias, representa el 3% de los trabajos presentados en los últimos 10 años en congresos argentinos de reumatología. La osteoartritis, otra patología de alta prevalencia como se sabe, representa un 1,6%. Cuando se compara la osteoporosis con otras patologías menos prevalentes, a nivel académico no genera el interés deseado, seguramente por causas multifactoriales. Dado el alto impacto sobre la salud que la osteoporosis genera en nuestra sociedad sumado al avance del conocimiento y nuevos tratamientos, incluyendo biológicos, aunque no hay datos internacionales al respecto, no se observa una relevancia académica en la producción de trabajos científicos en congresos argentinos de reumatología.

**Palabras Claves:** Osteoporosis

90

**0090 - LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS, EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE UNA VASCULITIS ANCA POSITIVA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | ACOSTA COLMAN, Isabel(1) | DUARTE, Margarita(1) | SOSKIN, Ana(2) | FLOR, Rafael(3) | SANCHEZ, Sonia(4) | MONTANER, Luis(5)

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS (1); DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. (2); DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (3); CÁTEDRA DE NEUMOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, (4); CÁTEDRA DE NEUMOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (5)**

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) comprenden entidades como la Granulomatosis con Poliangiitis, la poliangeitis microscópica (PAM), Granulomatosis eosinofílica con Poliangiitis. Pueden comprometer tanto al riñón en un 70% como al pulmón en un 50%. esta última manifestación puede abarcar desde infiltrados pulmonares y nódulos hasta cuadros más graves como la hemorragia alveolar. Aunque en la mayoría de las veces no existe dudas diagnósticas en ocasiones la evolución de los pacientes y la posibilidad de la coexistencia de otras patologías nos lleva a solicitar estudios más profundos e invasivos para confirmar el diagnóstico.

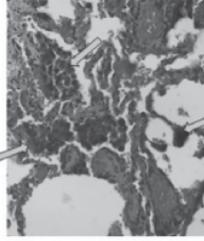
**Objetivos:** PRESENTAR EL CASO DE UNA PACIENTE CON VASCULITIS ANCA P ASOCIADA A OTRA ENTIDAD PULMONAR.

**Resultados:** CASO CLINICO Mujer de 47 años, ama de casa, diabética, hipotiroidea en tratamiento con metformina más T4 50 ug/día, no conocida tabaquista, y antecedente de contacto con polvo de carpintería. El cuadro se inicia hace 5 años con dolor de espalda opresiva, sensación febril y hemoptisis, motivo por el que quedó internada con el diagnóstico de neumonía por lo que se la trata con antibiótico saliendo de alta con resolución del cuadro. Hace 4 años se repite el cuadro de tos, sensación febril y hemoptisis. Hace 4 años se repite el cuadro de tos, sensación febril y hemoptisis por lo que se realizó TACAR de tórax donde se apreció patrón en vidrio esmerilado y en pesquisa de vasculitis, retorna ANCA - MPO: 129.0 U/ml (<5 U/ml), ANCA - PR3: 2.4 u/ml (<5 U/ml), ANA (+) 1:640 (patrón moteado), Anti DNA: negativo. C3: 131.55 mg/dl (83-193mg/dl), C4: 7,977 mg/dl (15-57mg/dl).

Factor Reumatoide negativo, Anti-membrana basal glomerular negativo. Se realiza exploraciones complementarias: Espirometría: normal, Ecocardiograma con FE: 70%; PCP: 12. Por varios años se le trató como una PAM con una respuestaparcial al tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresor (i.e. ciclofosfamida y luego azatioprina). En todo el seguimiento no se constató afectación extrapulmonar (i.e. renal). Por persistencia de la hemoptisis cíclica, y la presencia de antecedente de exposición ambiental que podría plantear un diagnóstico diferencial, se planteó la necesidad de una biopsia pulmonar. En el estudio anatomopatológico se constató dilataciones a nivel alveolar de aspecto quístico, con proliferación de células mioides a nivel de los tabiques alveolares y de la paredes de los vasos sanguíneos, además de apreciarse los espacios alveolares ocupados por eritrocitos y macrófagos. Estos hallazgos fueron sugerentes al diagnóstico de linfangioleiomiomatosis, un diagnóstico no sospechado en esta paciente hasta dicho momento.

**Conclusiones:** En todo paciente con neumoapatía intersticial sobre todo en aquellos cuya evolución no es la esperada, se habría que considerar la realización de una biopsia pulmonar, atendiendo a la posibilidad de la coexistencia de otras patologías o de otros diagnósticos diferenciales.

**Palabras Claves:** vasculitis, anca, linfangioleiomiomatosis



91

**0091 - SUBLUXACIÓN ATLANTOAXOIDEA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE - CASO CLÍNICO**

Modalidad: Póster

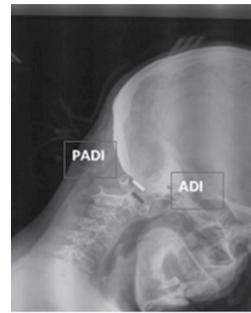
Unidad Temática: AR

VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio | MARTÍNEZ AGUIERO, Victor Gustavo | ORTIZ GAONA, Nelson Rafael | BAUMANN, Karin | ACOSTA COLMAN, Isabel | DUARTE, Margarita

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**Introducción:** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, inflamatoria, que compromete en un 19 a 70 % a la columna cervical, existiendo patrones como: inestabilidad atlanto-axial, impacción atlanto-axial y subluxación atlantoaxial, siendo esta última de predominio anterior con una frecuencia del 15%. La progresión de la actividad, lleva a la disfunción ligamentosa y por ende a la inestabilidad articular. Clínicamente se caracteriza por dolor a nivel cervical, disminución de la movilidad y déficit sensitivo motor como consecuencia de la compresión medular.

**Objetivos:** PRESENTAR LA EVOLUCIÓN DE UNA PACIENTE CON SUBLUXACION ATLANTOAXOIDEA



**Resultados:** Mujer de 43 años, ama de casa, con diagnóstico desde hace 18 años de artritis reumatoide, tratada desde entonces con Metotrexato 20 mg/sem, Leflunomida 20mg/día, Prednisona 10mg/día, de forma irregular. Hace 6 años consultó por primera vez en nuestro servicio para proseguir su tratamiento. Se constató poca respuesta al tratamiento con actividad elevada persistente con la combinación de FAMES tradicionales por lo que se inició terapia biológica (Tocilizumab) pero solo por pocos meses por falta de medios. Hace 4 años se agrega al cuadro debilidad a nivel de miembros inferiores, con dificultad para la marcha, por lo que queda en silla de ruedas. En la exploración complementaria se constata en radiografía y en resonancia magnética una subluxación atlantoaxoidea de 1 cm ADI, más retropulsión de la apófisis odontoides y compresión de cordones medulares. Por motivos económicos la cirugía no se pudo realizar, y durante los años siguientes la paciente siguió en tratamiento con Metotrexato 20 mg/sem, Prednisona, analgésicos en dosis elevadas y con collarín cervical y permaneciendo en silla de ruedas imposibilitada a realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

**Conclusiones:** Se presenta dicho caso para recordar la posibilidad de esta complicación en pacientes con AR con actividad persistentemente elevada y además por la llamativa resolución de su cuadro de forma espontánea sin la necesidad de un procedimiento quirúrgico.

**Palabras Claves:** SUBLUXACIÓN, ARTRITIS REUMATOIDE

92

**0092 - TUBERCULOSIS RENAL EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Casos Clínicos

VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | LOSANTO, Jhonatan(1) | MONTIEL, Carmen(2) | TORRES, Liz(2) | ACOSTA COLMAN, Isabel(1) | DUARTE, Margarita(1)

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS (1); PRIMERA CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (2)**

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) es una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial que compromete de forma primordial el pulmón. En menor porcentaje la TBC puede presentarse con manifestaciones extrapulmonares dentro de las cuales la renal es una de las más frecuentes, pudiendo manifestarse durante la primoinfección pulmonar o como reactivación tardía hasta 30 años después. La infección a nivel renal se caracteriza por la formación de microabscesos a nivel periglomerular, lo que da lugar a granulomas que pueden permanecer latentes durante años reactivándose cuando el sistema inmune del huésped se encuentra comprometido.

**Objetivos:** presentar una complicación extrapulmonar de la tuberculosis en una paciente con lupus



**Resultados:** Mujer de 63 años, ama de casa, con diagnóstico desde hace 13 años de lupus eritematoso sistémico con compromiso cutáneo y articular, que desde entonces fue tratada con prednisona 5mg/día, hidroxiquinona 200mg/día y en los últimos años con metotrexato y azatioprina fundamentalmente para el control de la artritis. Además refiere nefrolitotomía hace 3 años por litiasis renoureteral más infecciones urinarias a repetición.

El cuadro actual se inició hace un año y tres meses con abombamiento acompañado de signos inflamatorios a nivel de la fosa lumbar izquierda con sensación febril, por lo que consultó con facultativo en varias ocasiones, quien le diagnosticó un absceso lumbar motivo por el cual se procedió al drenaje percutáneo en varias ocasiones en forma ambulatoria. Tras persistencia de fiebre y supuración espontánea por foramen de 1cm de diámetro en fosa lumbar izquierda quedó internada en sala. Se constató además piuria estéril y en hallazgo tomográfico a nivel del riñón izquierdo la presencia de múltiples imágenes a nivel del polo superior renal de hasta 2cm de diámetro comunicadas entre sí con un trayecto fistuloso que comunica el borde externo renal con la superficie cutánea a nivel de la fosa lumbar izquierda. Ingresó afebril taquicárdica, hemodinámicamente estable, con hallazgos al examen físico de lesión puntiforme con costra hemática en fosa lumbar izquierda, sin otros hallazgos. Se realiza además TACAR pulmonar que resulta normal. Durante su estancia se procedió a punción renal guiada bajo pantalla ecográfica con toma de cultivos de dicha región, con resultado resultado positivo para E. Coli BL/EE a nivel de la secreción renal, motivo por el cual recibió tratamiento con meropenem, retora además informe de biología molecular (GeneXpert) positiva para mycobacterium tuberculosis, por lo cual se inició terapia antibiática, esquema HRZE, con buena tolerancia. Actualmente la paciente completó 9 meses de tratamiento antibiático sin objetivarse recurrencia de la fiebre. La paciente actualmente se encuentra con el diagnóstico de LES con afectación articular y requerimiento de MTX a bajas dosis y sin prednisona con el antecedente de TBC renal resuelta.

**Conclusiones:** Este caso es de gran relevancia porque quiere enfatizar la importancia de la pesquisa de infecciones latentes como la tuberculosis en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico tratados con corticoides e inmunosupresores. Sobre todo es importante recordar que estas infecciones pueden manifestarse de forma atípica como es el caso de esta paciente con TBC con afectación renal exclusiva.

**Palabras Claves:** tuberculosis, lupus

94

**0094 - ACCESIBILIDAD Y ADHERENCIA A DROGAS BIOLÓGICAS EN UN SERVICIO PÚBLICO DE REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Tratamiento

QUINTANA, Rosana M. | NIETO, Romina | HARTVIG, Claudia | AESCHLIMANN, Carolina | NAVARRO, Sandra | SACNUN, Mónica

**HOSPITAL PROVINCIAL DE REUMATISMO**

**Introducción:** El acceso a drogas biológicas (DB) se incrementó en los últimos años y pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas crónicas y discapacitantes pueden acceder a ellas dentro del esquema terapéutico, incluso en salud pública. Análisis costo-beneficio han permitido cambios de paradigma para prevenir lesiones estructurales, cumpliendo estas drogas un rol fundamental.

**Objetivos:** Primario: describir la situación actual de todos los pacientes a los que se ha gestionado DB. Secundarios: 1) Evaluar frecuencia y tipo de enfermedad que accede a DB; 2) Tiempo de espera desde la prescripción de DB hasta la primera aplicación; 3) Adherencia al tratamiento; 4) Prevalencia de pacientes que tienen certificado de discapacidad.

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo incluyendo a todos los pacientes que tienen gestionadas DB. Analizamos datos sociodemográficos; diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad; DARMES instaurados desde el diagnóstico; tiempo desde el diagnóstico a la primera DB; adherencia (porcentaje de toma mensual de la droga, definiéndola como aquella mayor al 75%); DB usada; tiempo desde la prescripción a la administración; trámite realizado a través de PROFE, nación u obra social; certificado de discapacidad. Estadística: Las variables continuas se describen con valor promedio y desvío estándar, las categóricas con porcentajes. Se analizaron variables en relación al tiempo desde la prescripción a la primera DB con test no paramétrico Kruskal-Wallis: nivel de significación: 5%.

**Resultados:** 57 pacientes tienen gestionadas DB al momento de la recolección de los datos. De ellos, 53 están en tratamiento actual y 4 en espera. Mujeres: 86%. Edad promedio 47,79 años (± 12,82). Nivel de educación promedio 8,42 años (± 2,85). Nivel socioeconómico medio-bajo 82,5%. Mestizos 63,2%. El 19,3% tienen cobertura privada; 10,5% PAMI y 24,5% PROFE. Diagnóstico más frecuente: artritis reumatoidea 78,9%. Tiempo medio de evolución de la enfermedad: 139,58 meses (± 92,80). Tiempo promedio al primer tratamiento desde el diagnóstico: 20,5 meses (± 26,04). DARMES: el más utilizado fue el metotrexato, con 77,2% (44/57) de adherencia mayor al 75%. El 89,5% (51/57) requirieron un segundo DARME y 43,8% (25/57) un tercero. El tiempo promedio desde el diagnóstico a la instauración del primer biológico fue de 104,25 meses (± 83,35). La DB más utilizada como primera opción fue anti-TNF (ertolizumab, adalimumab y golimumab en ese orden). Tiempo medio desde la prescripción a la aplicación de la primera DB: 6,4 meses (± 3,00). El 31,9% (15/47) de los pacientes presentaron ineficacia o pérdida de eficacia, 17% (8/47) tuvieron falta de provisión de tratamiento y 8,5% presentaron una infección como causa del cambio de tratamiento. El 24,6% (14/57) requirieron de un segunda DB: tocilizumab y abatacept, las más usadas y 7% (4/57) requirieron tercera, que fue abatacept. La adherencia al primer tratamiento con DB fue del 86,0% (37/43), al segundo 90,9% (10/11) y al tercero 100% (2/2). De los pacientes no adherentes al tratamiento con DARMES, 38,5% (5/13) adhirió al tratamiento con DB. El 50% de los pacientes contaban con certificado de discapacidad al momento de gestionar la DB. Analizamos si la cobertura influye en el tiempo desde la prescripción no habiendo diferencias estadísticamente significativas (p=0,065).

**Conclusiones:** A pesar del cambio de paradigma en los últimos años, el tiempo de evolución de la enfermedad en relación a la accesibilidad y espera para comenzar tratamiento con DB sigue siendo un desafío para el futuro. La adherencia al tratamiento con DB fue alta en relación a la de los DARMES. Las opciones terapéuticas han sido las habituales, siendo el anti-TNF la primera opción y ante su falla, cambio de mecanismo de acción por otras DB.

95

**0095 - EL ROL DE LA UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN ESCRITA ESTANDARIZADA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Otros

ROJAS TESSEL, Ivana Romina(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(1) | LIZARRAGA, Ana(2) | SOSA, Julia(3) | FERNANDEZ, Lorena Soledad(4) | JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | LENCINA, María Verónica(1) | QUEVEDO, Mariana(1) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | PICCO, Eugenia(1) | CUCCHIARO, Natalia Lili(1) | PAPASIDERO, Silvia(3) | DE LA VEGA, María Celeina(4) | MARENGO, Florencia(5) | CITERA, Gustavo(2) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1)

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (3); CEIM (4); CONSULTORIO PRIVADO, OLAVARRIA (5)**

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta aproximadamente al 1% de la población general. En pacientes con enfermedad de reciente diagnóstico, el tratamiento temprano podría ayudar a lograr un mejor control de la enfermedad. La administración de información acerca de la enfermedad y su tratamiento podría ayudar a lograr esta meta.

**Objetivos:** El objetivo primario fue evaluar el impacto de la administración de información escrita estandarizada sobre el entendimiento de la enfermedad y su tratamiento en pacientes con AR de reciente diagnóstico que iniciaran metotrexato (MTX).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos con AR (ACR 87° o ACR/EULAR 2010), con < 6 meses desde diagnóstico de la enfermedad, quienes iniciaban MTX. Se excluyeron pacientes analfabetos, con > 6 meses de evolución desde el diagnóstico o los que iniciaban con otra DMARD distinta a MTX. En la consulta basal, se registraron datos clínicos, nivel de literacidad (TOFHLA), calidad de vida (EQ-5D) y reactivos de fase aguda. Los pacientes fueron distribuidos mediante tablas de aleatorización en dos grupos: 1) "información escrita", en el cual se les entregó un formulario pre-establecido (diseño basado en opiniones de expertos y material educativo sobre AR, evaluado posteriormente en un grupo focal y finalmente rediseñado con la colaboración de un pedagogo); 2) "control": los médicos brindaron la información oral y escrita sin estandarizar. Se realizó una visita a los 3 meses similar a la basal, donde todos los pacientes completaron un formulario con 12 preguntas de múltiple opción (basado en el folleto prediseñado y con el mismo proceso de generación). Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartílico (RIC). Los datos fueron analizados por Chi cuadrado o exacto de Fisher, o T de student o Mann Whitney, según correspondiera. Se realizó análisis multivariado tomando el puntaje final de la evaluación como variable dependiente, ajustado por TOFHLA, grupo asignado, género y edad. Se consideró significativa a una p < 0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 22 y 17 pacientes en los grupos de intervención y de control, respectivamente. Treinta y dos (82.1%) de sexo femenino, con edad mediana de 42 años (RIC 33-52) y tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 4 meses (RIC 1-7.5). En la visita basal los dos grupos presentaron: TOFHLA 33 (RIC 24-35), HAQ 1 (RIC 0.75-1.68), articulaciones tumefactas 4 (RIC: 2-7), articulaciones dolorosas 4 (RIC: 2-7), EVAg 50 mm (RIC: 30-70), sin diferencias significativas entre los dos grupos. En la visita de los tres meses hubo una reducción significativa en DAS28 y HAQ en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. El grupo de intervención tuvo un mayor puntaje en el formulario de evaluación (9.2 vs 8.1, p=0.048). En el modelo multivariado, solo el nivel de TOFHLA estuvo asociado independientemente con el puntaje final de la evaluación (P=0.01, B = 0.41).

**Conclusiones:** El uso de información estandarizada por escrito puede ser útil en pacientes con AR de reciente diagnóstico que inician MTX. El nivel de literacidad, actuaría como un factor independiente en el entendimiento de la información administrada

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea educación adherencia literacidad

98

**0098 - RE BIOPSIA RENAL EN NEFRITIS LÚPICA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Otros

BENZAQUÉN, Nadia(1) | CALVO, Romina Andrea(1) | GONTERO, Romina Patricia(1) | HAYE SALINAS, María Jezebel(2) | NEGRI, Melina(1) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | SERRAVALLE, Priscilla(1) | PAIRA, Sergio Oscar(1)

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN MARÍA DE FATIMA (2)**

**Introducción:** Un 60% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico presentan algún tipo de compromiso renal durante su enfermedad. El tratamiento y el pronóstico, dependen en mayor medida del tipo histológico, que puede cambiar durante la evolución de la enfermedad. Es motivo de discusión la realización de una Re biopsia renal (RBR). La cual puede determinar el tratamiento a seguir.

**Objetivos:** Analizar un grupo de pacientes que fueron sometidos a más de una Biopsia Renal (BR).

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con dx de LES con 2 o más BR. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio. Las biopsias renales se clasificaron de acuerdo con lo establecido por la ISN/RPS. La respuesta al tratamiento se evaluó a los 6 meses. Se definió como remisión parcial (RP): pacientes con proteinuria en rango nefrótico que tuvieron un descenso a menos de 3,5 g/24 h; o en pacientes con proteinuria basal <3,5 g/24 h, reducción mayor al 50% de la basal. Remisión completa (RC): proteinuria menor a 0,5 mg/24 hs.

**Resultados:** Se reclutaron 19 pacientes sometidos a RBR, 7 con 3 BR. Total de biopsias 45. Del total 16 fueron mujeres (84.2%). La mediana de la edad fue 25.00 años (RIQ 19.00-34.00) y de la edad de comienzo del LES fue 24.00 (RIQ 15.00-30.00). De la biopsia inicial los tipos histológicos fueron: proliferativa difusa 12 pacientes (63.2%), mesangial 4 (21.1%), proliferativa focal y segmentaria 1 (5.3%) y membranosa 1 (5.3%). Un paciente no tuvo material útil. Los tratamientos recibidos fueron: GCT 16 pacientes (84.2%), CYC 14 (73.7%), AZA 3 (15.8%). A los seis meses de tratamiento, 4 pacientes lograron RC (21.1%), 3 RP (15.8%), y 7 pacientes no tuvieron respuesta (36.8%).

Cinco pacientes no tienen registro a los 6 meses. La Mediana de tiempo transcurrido entre la primer y segunda biopsia fue 54.00 meses (RIQ 24.00-96.00). Las causas de la RBR fueron: proteinuria 18 (94.7%), sedimento activo 8 (42.1%), IR 3 (15.8%). Los tipos histológicos de la 2ª BR fueron: proliferativa difusa 13 (68.4%), mesangial 3 (15.8%), proliferativa focal y membranosa 1 (5.3%), membranosa 1 (5.3%). Un paciente no tuvo material útil. Presentaron cambio histológico con respecto a 1º BR 5 pacientes (26.3%). 3 viraron a NL proliferativa y 2 NL no proliferativa. Los tratamientos recibidos fueron: CGT 13 (68.4%), CYC 11 (57.9%), MMF 6 (31.6%), AZA 4 (21.1%). Respuesta al tratamiento: RC 5 (26.3%), RP 2 (10.5%), sin respuesta 10 (52.6%), 2 pacientes sin datos. No se encontró diferencias significativas al momento de comparar las características clínicas y de laboratorio de la 1ª y 2ª biopsia renal. A su vez no hubo diferencia cuando se compararon los pacientes que tuvieron y no tuvieron cambios histológicos. Siete pacientes fueron sometidos a una 3ª BR. La mediana desde la 2ª a 3ª BR fue de 27.14 meses (RIQ 14.00-36.00). Causa de RBR: proteinuria 6 (85.7%), sedimento activo 4 (57.1%), insuficiencia renal 3 (42.9%), mala muestra previa 1 (14.3%). Los tipos histológicos fueron: proliferativa difusa 5 (83.3%), proliferativa focal 1 (16.7%), un paciente no tuvo muestra útil. Un paciente presentó cambio en el tipo histológico con respecto a la biopsia previa, virando a una NL no proliferativa. Recibieron los siguientes tratamientos: CGT 5 (71.4%), CYC 3 (42.9%), MMF 3 (42.9%), RTX 3 (42.9%). Respuesta al tratamiento: RP 3 (42.9%), sin respuesta 3 (42.9%).

**Conclusiones:** Menos del 30% de los pacientes cambiaron de histología al momento de la segunda BR, siendo aún más bajo el porcentaje de pacientes que viró a una NL proliferativa. La persistencia de la proteinuria fue la indicación más frecuente de RBR. La RB continúa siendo un tema controvertido ya que algunos autores la recomiendan cuando hay sospecha de Flare renal (deterioro de la función renal, incremento de la proteinuria, sedimento activo), persistencia de alteraciones renales a pesar del tratamiento adecuado o determinar si hay cambios en la histología para cambiar el tratamiento. Mientras que otros proponen solo re biopsiar la NL no proliferativa que podrían sufrir transformación a formas proliferativas.

**Palabras Claves:** Nefritis Lúpica Re Biopsia Renal

97

**0097 - BELIMUMAB EN NEFRITIS LÚPICA. EXPERIENCIA PERSONAL**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Tratamiento

BENZAQUÉN, Nadia(1) | BETTIO, Silvano(2) | GATTO, Mariele(2) | HAYE SALINAS, María Jezebel(3) | IACCARINO, Luca(2) | LAROSA, Maddalena(2) | PUNZI, Leonardo(2) | SAURIT, Verónica(1) | ZEN, Margherita(2) | DORIA, Andrea(2)

**HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (1); AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA (2); HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN MARÍA DE FATIMA (3)**

**Introducción:** Una de las principales complicaciones del LES es la Nefritis lúpica (NL). Se estima que aproximadamente un 60% de los pacientes con LES presentan algún tipo de compromiso renal durante la evolución de la enfermedad. En la actualidad persiste un determinado número de pacientes que no responden a los tratamientos conocidos y entre un 10 al 30% de ellos, desarrollan insuficiencia renal terminal. Belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal humano que se une a la proteína estimuladora de linfocitos B humanos BlyS. No hay evidencia que soporte el uso de BLM en manifestaciones graves como NL. Sin embargo, un estudio post hoc realizado por Dooley y cols., donde se evaluó el compromiso renal. Se comprobó que los ptes tratados con BLM presentaron mayor reducción de la proteinuria, así como la normalización de la serología, vs placebo.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y desenlace de una serie de ptes con compromiso renal que recibieron tratamiento con BLM.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron ptes con diagnóstico de LES según ACR, con compromiso renal definido por proteinuria persistente > 0,5 gr en 24 hs. Entre los años 2013 y 2015. Los datos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas. Visita basal y a los 12 meses de tratamiento. Se reportaron los tratamientos previos y concomitantes a BLM. Cada pte recibió BLM 10 mg/kg (0, 14, 28 y mensual). Respuesta al tratamiento se definió como remisión parcial (RP): reducción de la proteinuria entre 0,2 y 2,0 g/d, si proteinuria previa estaba rango nefrótico, o reducción > al 50% si estaba en rango no nefrótico. Remisión Completa (RC): proteinuria menor a 0,2 g/día.

	Antes BLM	12 meses BLM	P
SLEDAI 2K m ± DS	13,29 ±4,14	6,62±3,69	<0,001
Proteinuria 24 hs m ± DS	1,37 ±0,61	0,66±0,48	0,001
Creatinina m ± DS	0,75 ± 0,27	0,79 ± 0,16	0,561
DNA positivo n (%)	14 (100%)	13 (92.9%)	1,000
C3 bajo n (%)	14 (100%)	9 (64.3%)	0,041
C4 bajo n (%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	1,000
Dosis prednisona m ± DS	13,84 ±9,10	4,56 ± 2,22	0,094

**Resultados:** Se incluyeron 14 ptes. Femeninos 10 (71.4%). Edad promedio al momento del dx del LES 22.93 ±9.10 años. Tiempo promedio de la duración del LES 16.79 ±7.45 años. Características al Inicio de BLM: Edad promedio de 38.86 ±11.23 años. La actividad medida por SLEDAI 2 K fue de 13.29 ±4.14. Biopsia renal fue obtenida en 13 ptes. La distribución por tipo de NL fue: Clase IV: 10 ptes (71.4%), Clase V 2 (14.3%). Un pte con clase III, fue biopsiado durante el tratamiento con BLM. Descripción del tto: De los 10 ptes con GMMN clase IV recibieron tto previo con: MMF 8 ptes, CYC 4, RTX 1 pte.

1, ciclosporina 1, IG ev 1. Los dos ptes con GMMN clase V recibieron MMF. El pte con GMMN clase III no fue tratado previamente por su NL. Los tos concomitantes al inicio del BLM fueron MMF 7 ptes (50%), AZA 4 (28.6%), Ciclosporina 1 (7.1%), HCQ 8 (57.1%), Cloroquina 1 (7.1%). Todos los ptes recibían glucocorticoides (GC). Dosis promedio fue 13.84 mg/día ±9.10. Evaluación a los 12 meses: Un pte con NL Clase IV discontinuó BLM por IR rápidamente progresiva. Los tos concomitantes fueron: HCQ 9 ptes (69.2%), cloroquina 1 (7.6%), MMF 7 (53.8%), AZA 3 (23%). Dosis promedio de GC fue de 4.56 mg/día. Respuesta al tratamiento: De los 14 ptes, 8 (57.14) tuvieron respuesta favorable. 3 ptes (21.42%) presentaron RC, 5 (35.71%) presentaron RP.

**Conclusiones:** Describimos una serie de 14 pacientes con compromiso renal que iniciaron tratamiento con BLM, de los cuales más 50% presentaron algún tipo de respuesta favorable. En nuestra serie de casos todos los ptes con GMMN tipo IV y V habían fallado al tratamiento previo. A los 12 meses del inicio del tto con BLM, la disminución de la proteinuria presentó una diferencia significativa (p 0.001). Así como el descenso de la dosis de esteroides (p 0.004). No podemos realizar recomendaciones de uso de drogas biológicas en pacientes con NL grave, por falta de inclusión de estos pacientes en los estudios. Pero frente a pacientes refractarios a tratamientos convencionales, se plantea un escenario abierto en el caso de considerar tratamientos con drogas biológicas (belimumab y rituximab).

**Palabras Claves:** Belimumab Nefritis Lúpica

99

**0099 - VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS DE FLARES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESULTADOS PRELIMINARES**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

BATTAGLIOTTI, Cristina

**HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA**

**Introducción:** El curso del Lupus Eritematoso Sistémico en la infancia (LESc) está caracterizado por cambios en la actividad de la enfermedad: episodios de mejoría y respuesta a la terapia seguidos por empeoramiento de la enfermedad o flares Brunner y col 2011 desarrollaron inicialmente un algoritmo para detección del flares. Posteriormente el grupo PRINTO estudió validar el escore de Flares.El escore se basa en la medida de la actividad de la enfermedad ya sea por el SLEDAI o el BILAG, el índice proteinuria sobre creatinuria, la escala global de la actividad de la enfermedad medida por el médico en una escala numérica donde 0 refleja ausencia y 10 máxima actividad, y el valor de la Ertrorodimentación Todos estos se multiplican por una constante y se suman Los scores altos más de 1.04 en el caso que se use el SLEDAI (AUC 0.90) o 1.15 para el BILAG (AUC 0.89) reflejan empeoramiento de la actividad.

**Objetivos:** Dar a conocer los preliminares resultados del estudio de validación del escore de flares para niños y adolescentes con LES

**Materiales y Métodos:** Se usaron las historias clínicas de un registro de cohorte internacional prospectivo de LES pediátrico trabajando sobre 1.860 datos de la información clínica y de laboratorio, tanto basal como al seguimiento de estos pacientes A cada investigador pediatra reumatólogo contactado se le preguntó sobre el curso de la enfermedad entre el estado basal y el seguimiento. Las opciones fueron: mejor /no cambio vs cambios en la actividad de la enfermedad medianos, moderado o severo o datos insuficientes para valorarlo Cada investigador revisó 50 historias clínicas El análisis de cada variable del escore se midió con el Área bajo la Curva (AUC) con sus correspondientes desvíos estándar Un panel de experto revisó el análisis usando la técnica nominal de grupo para alcanzar el consenso (> 75%) de concordancia

	Si cambió (1)	Leve (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	(1) Vs (2)	(2) Vs (3)	(3) Vs (4)
VSG	-0.02 ± 1.30	8.81 ± 1.34	22.80 ± 1.38	28.29 ± 1.68	> 0.000	P 0.000	P 0.023
EVA médico	0.67 ± 0.51	3.16 ± 0.55	6.18 ± 0.56	8.21 ± 0.68	> 0.006	P 0.001	P 0.095
Proteinuria/creatinuria	0.02 ± 0.07	0.10 ± 0.07	0.66 ± 0.07	1.44 ± 0.08	> 0.043	P 0.000	P 0.000
SLEDAI	1.68 ± 0.29	4.58 ± 0.31	8.40 ± 0.31	16.13 ± 0.38	> 0.000	P 0.000	P 0.000
BILAG	2.69 ± 1.68	7.34 ± 1.45	13.69 ± 1.43	20.36 ± 1.71	> 0.159	P 0.012	P 0.008
Rango1 (SLEDAI)	-0.32 ± 0.18	1.63 ± 0.19	4.83 ± 0.26	10.09 ± 0.24	> 0.000	P 0.000	P 0.000
Rango2 (BILAG)	-0.05 ± 2.58	6.93 ± 2.28	14.40 ± 2.24	18.29 ± 2.75	> 0.194	P 0.097	P 0.692

**Resultados:** 503 reumatólogos pediatras contactados, 274 (52%) participaron:(Europa: 19%; Norteamérica: 30%; Caribe, Central y América del Sur 40%; Medio Oriente y África: 3%; Asia y Australia: 8%). La mayoría de los investigadores tenían más de 10 años de experiencia. De acuerdo al consenso de los investigadores en 540 pacientes no había cambios/mejoría en el curso del LES; 510 los cambios eran menores, 483 moderados, y 325 tenían cambios severos de la enfermedad Usando el algoritmo de consenso y de acuerdo al índice de actividad de la enfermedad (BILAG vs. SLEDAI) se confirma la precisión del algoritmo de Flares (AUC > 0.92).

**Conclusiones:** Los resultados del la validación internacional del escore de LESc fueron útiles para determinar la severidad de los flares.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico Actividad Flares

## 100

## 0100 - MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE STILL

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Otros

BALCAZAR PARDO, Ruth Edith | GARATE, Gabriela | BRIGANTE, Jorge Alejandro | GOMEZ, María Gimena | HOGREFFE, Jimena F. | YUCRA BOBARIN, Demetza Viviana | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana

## SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un proceso inflamatorio sistémico, se caracteriza por fiebre, artritis y eritema evanescente. La mayoría de los pacientes cursan con un cuadro característico, sin embargo, puede presentarse con compromiso cutáneo atípico y anticuerpos positivos. No existe una prueba de laboratorio patognomónica, pero la hiperferritinemia sugiere el diagnóstico. Se han descrito 2 subtipos de ESA: el subtipo AR caracterizado por artritis, niveles bajos de IL 18 y ferritina; y el no AR con mayor compromiso sistémico y elevación de ferritina.

**Objetivos:**

**Materiales y Métodos:** Mujer de 44 años. Antecedentes: Hipotiroidismo, anemia ferropénica, salpingitis (2000) con tratamiento quirúrgico. Cuadro clínico de 1 año manifestado por fiebre (40°C), intermitente, vespertina, odinofagia, pérdida de peso de 20 kg en 6 meses, poliartritis simétrica aditiva en manos, rodillas y pies. EF: máculas ocre, pruriginosas, generalizadas con compromiso palmo-plantar. Hipovitelación bilateral derecha. Adenopatía axilar móvil no dolorosa. Artritis en carpos, MCFs, IFPs, rodillas y tobillos. DAS28: 4.89, VAS DOLOR: 3. Hto 25.2%, Hb 7.8 g/dl Leucocitos 12200 cel/mm3, Neutr 87%, GPT 62 u/l, GOT 60 u/l, BIL T 0.3 Urea 20 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl. PCR 149.4 mg/l, VSG 120 mm/h, Gglob 2.34 g/dl. Cultivos negativos. VIH, VDRL, HVB, HCV, PVB19, VEB, CMV y HSV negativos, Chagas (-), PPD 0 mm, marcadores tumorales (-). Ferritina 13084 ng/ml, FR (-), ANA núcleo negativo imagen granular en citoplasma. Rx manos: pizamiento ictico carpiano bilateral, osteopenia en banda. TAC tórax-abdomen: derrame pleural izquierdo mínimo, esteatosis hepática, adenomegalias retroperitoneales y cadenas ilíacas e inguinales. Eco transvaginal: anexo derecho imagen anecoica con pseudotabiques sugestiva de hidrosalpinx. Por sospecha de TBC con antecedentes de salpingitis e hidrosalpinx residual, fiebre, se realiza laparotomía exploratoria obteniéndose material amoro con hematies, linfocitos y colgajos de células mesoteliales reactivas, con cultivos negativos. Biopsia de ganglio axilar: linfadenitis reactiva con histiocitosis sinusoidal y plasmocitosis reactiva. Con diagnóstico presuntivo de ESA: 2 criterios mayores (fiebre y artritis), y 4 menores (odinofagia, adenomegalias, disfunción hepática. FR negativo) inicia meprednisona 40 mg/día, evoluciona con mejoría clínica. Se recibe anti CCP 107 U/ml. Inicia metotrexato 15 mg/semanal.

**Resultados:** Los criterios de Yamaguchi tienen una SS 96.2% y ES 92.1%, los criterios de Fautrel (2002) (SS 80.6%) e incluye la ferritina glicosilada con mayor ES (98.5%). De inicio la artritis es leve y localizada, durante la evolución es poliarticular, con mayor afectación de rodillas, muñecas y tobillos. Un 40% puede presentar estrechamiento no erosivo carpo-CCP e intracarpal que puede evolucionar a anquilosis. Las manifestaciones cutáneas son variadas. Narváz y col. describieron pápulas y/o placas pruriginosas eritematosas, ocre o violáceas. El 96% de las manifestaciones cutáneas atípicas presentan hiperferritinemia, con mayor expresión cutánea de ferritina en biopsias de lesiones e infiltración de células CD68, que se correlacionan con la severidad del cuadro y compromiso visceral. Los ANA y FR suelen ser negativos en 100% y 95%. El anti CCP, específico de AR, puede encontrarse en otros ETC. El proceso de citrulinación de proteínas se asocia a inflamación crónica, no limitado a la sinovial, puede ser desencadenado por factores ambientales, tabaquismo o infecciones y conducir a la formación de anti CCP en individuos susceptibles. Se han identificado 6 isoformas de proteínas citrulinadas que se expresan, principalmente, en epidermis, útero, ovarios, neutrófilos, de las cuales los isotipos 2 y 4 poseen mayor implicación en el desarrollo de manifestaciones clínicas de AR. Piera y col. encontraron anti CCP(+) en un paciente con patrón poliarticular crónico erosivo en su serie de 41 casos con ESA.

**Conclusiones:** Presentamos una paciente con ESA con manifestación sistémica, cutánea atípica y articular con anti CCP (+), con ambos fenotipos, ferritina elevada y buena respuesta al tratamiento. Probablemente la inflamación crónica anexal podría haber gatillado la formación de anti CCP y el compromiso articular relevante. El reconocimiento de pacientes con manifestaciones atípicas es crucial para el diagnóstico precoz. Se requieren herramientas clínicas y marcadores serológicos para facilitar el diagnóstico y definir estrategias óptimas de tratamiento.

**Palabras Claves:** Enfermedad Still Poliartritis Anti CCP

## 101

## 0101 - PARVOVIRUS Y LES. ¿RELACIÓN CAUSAL?

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Saf

GARATE, Gabriela | BALCAZAR PARDO, Ruth Edith | BRIGANTE, Jorge Alejandro | GOMEZ, María Gimena | WASILEWSKY, Cristina | YUCRA BOBARIN, Demetza Viviana | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana

## SANATORIO GÜEMES

**Introducción:** El LES puede ser desencadenado por factores hormonales estrogénicos, luz UVB, factores ambientales y virales. La infección por parvovirus B19 (PVB19) puede presentarse en el contexto de LES establecido o desencadenarlo y presenta manifestaciones clínicas e inmunológicas similares. Se han descrito alteraciones inmunológicas hasta en 79% de los pacientes infectados que incluyen la expresión de anticuerpos, especialmente el FAN. Estudios in vitro demostraron que la proteína no estructural del virus induce apoptosis en las células del huesped y activa la IL-6, que contribuye a la artropatía y a la producción de anticuerpos (Ac). La inmunosupresión y tratamiento de la enfermedad pueden inhibir la seroconversión de IgM a IgG.

**Objetivos:**

Internación	Previa	Actual
Hto (%)	24.6	34.9
Coombs Directa	Positiva	NR
PVB19 IgG	Negativa	Negativa
PVB19 IgM	Positivo	Negativo
C3	41	38
C4	8.2	12.8
FAN	Negativa	1:640 Homogéneo
DNA	NR	Positivo
ENA	NR	Negativo
Proteinuria	Negativa	2.62 gr/24 hrs

descamativas, eritemato-violáceas en falanges proximales. Hto 34.9%, Hb 11. Leucocitos: 7100. Linfocitos: 1491. U: 32, Cr 0.8, Plaquetas 422000. Orina: hematies dismórficos >50 %, 2 cilindros hemáticos. (Tabla). VHB, VHC, HIV, VDRL, CMV (-), Toxoplasma, Epstein-Barr (-), PPD "0" mm. Líquido pleural: exudado no complicado. TC tórax: derrame pleural bilateral. Nodulillos calcificados en lóbulo superior y medio derecho. Bx Renal: GN proliferativa mesangial, focal y segmentaria leve con depósitos de inmunoglobulinas y complemento. Clase II. Bx Piel: Epidermis con atrofia y degeneración vacuolar. Cuerpos apoptóticos y dermis con leve-moderado infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular, melanofagos y mucina intersticial. Compatible con Lupus. Con DX de LES con compromiso renal recibe meprednisona 1mg/kg/día, hidrocortisona 400mg/día y azatioprina 100 mg/día. Evoluciona con remisión clínica y de laboratorio.

**Resultados:** Presentamos una paciente con antecedente de infección aguda por PVB19 que posteriormente presenta un cuadro clínico y serológico de LES. El PVB19 puede inducir respuestas inmunes transitorias con la presencia de Ac que provocan artritis, eritema malar, úlceras orales, serositis, alopecia y alteraciones hematológicas, que incluyen AHAI, e hipocomplementemia, por lo que se le ha atribuido la causalidad de enfermedades como artritis, vasculitis y LES. En pacientes con LES inducido por PVB19, las alteraciones clínicas e inmunológicas pueden persistir tras la infección aguda, sugiriendo que la infección conduce a una modulación crónica de la respuesta inmunitaria en individuos predispuestos. Se han descrito síntomas inespecíficos en 39 casos de LES inducidos por PVB19: fatiga, fenómeno de Raynaud, artralgias (80%), eritema (48%), serositis (13%), fotosensibilidad (5%). Respecto a las alteraciones hematológicas se observó anemia (39%), leucopenia y plaquetopenia. Vigent et al. describieron 2 casos de AHAI durante la infección aguda. El compromiso renal por PVB19 es infrecuente, se reportaron casos de GEFS, GNM, PSH y MAT confirmada por serología y PCR en tejido renal. La evolución es generalmente satisfactoria, pero pueden evolucionar ERC.

**Conclusiones:** Los síntomas del PVB19 pueden mimetizar otras patologías como LES. Nuestra paciente presentó PVB19 IgM (+), y posteriormente serología de LES. La alteración del sistema inmune en esta patología pudo contribuir a que no se presente la seroconversión a IgG.

**Palabras Claves:** Parvovirus B19 LES

## 102

## 0102 - MANIFESTACIONES ASOCIADAS A VALORES ALTERADOS DE TSH EN PACIENTES QUE CONCURREN A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

CAICEDO CORREA, Oscar Andres | CASTILLO, Harold | KOHAN, María Paula | SOSA, Julia | MEDINA, María Alejandra | KLAJN, Diana Silvia | PAPASIDERO, Silvia Beatriz | CARACCIOLO, José Angel

## HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU

**Introducción:** La disfunción de la glándula tiroidea constituye una patología frecuente en la práctica diaria. Comúnmente estos trastornos se acompañan de múltiples manifestaciones musculoesqueléticas, abarcando desde mialgias y artralgias hasta verdaderas miopatías. Dichos síntomas obligan al reumatólogo a considerar a la enfermedad tiroidea dentro del espectro de los diagnósticos diferenciales, independientemente de la presencia o no de otra patología autoinmune concomitante.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de valores alterados de TSH hallados en pacientes que consultaron al servicio de reumatología y las manifestaciones asociadas con dicho hallazgo.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que concurren al servicio de reumatología entre Enero de 2013 hasta Junio de 2017. Se incluyeron para el análisis estadístico a los pacientes sin historia previa de enfermedad tiroidea y en cuyos registros se constató el dosaje de TSH. Se consignaron datos demográficos, presencia de enfermedad reumatológica de base y comorbilidades. Se detallaron todas las manifestaciones clínicas presentes en la consulta en la cual se solicitó el estudio. Análisis estadístico: Se describieron las características poblacionales con número absoluto y proporciones para las variables categóricas; y medias y medianas, desvío estándar (DE) y rango intercuartílico (RIC) para las variables numéricas. Se determinó la frecuencia de TSH alterada y su respectivo intervalo de confianza del 95%. Se compararon las características de los pacientes entre los grupos con y sin TSH alterada con prueba chi-cuadrado y prueba T de Student.

**Resultados:** Se revisaron un total de 3858 historias clínicas, de las cuales 530 fueron excluidas del análisis estadístico por presentar diagnóstico previo de patología tiroidea. Se incluyeron 615 pacientes, 85% mujeres, con una edad media de 54 años (DE 15.6). El 70% se encontraba en seguimiento por diversas patologías, siendo las más frecuentes: Osteoartritis (28%), Osteoporosis (21%) y Artritis Reumatoidea (16%). La presencia de HTA (54%), Dislipemia (40%) y TBQ (21%), fueron las comorbilidades que se registraron con más frecuencia. Los principales motivos por los cuales se solicitó dosaje de TSH fueron artralgias (75%), dolor generalizado (21%) y sobrepeso (10%). Un total de 139 pacientes [22,6% (IC95 19,27-25,92)] presentaron valores alterados de TSH (96,4% elevados y 3,6% bajos), siendo la adinamia (57.1%), la astenia (31.2%) y las mialgias (30.8%) los principales síntomas asociados. No se observaron diferencias en cuanto a sexo, edad, presencia de enfermedad de base y presencia de comorbilidades entre los pacientes con TSH normal y alterada.

**Conclusiones:** En la población de pacientes evaluada, la frecuencia de valores de TSH fuera del rango normal fue de 22,6%, siendo los valores elevados la alteración más frecuente. Los principales síntomas asociados con dicho hallazgo fueron la presencia de adinamia, astenia y mialgias.

## 104

## 0104 - ALTERACIONES CAPILAROSCÓPICAS Y SU RELACION CON MARCADORES SEROLÓGICOS EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Etc

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

SANSINANEA, Pierina(1) | PENDON, Gisela Paola(2) | COSTI, Carolina(1) | GIORDANO, Federico(2) | SALAS, Adrian(1) | GARCIA, Lucila(1) | TESTI, Adriana Carina(1) | GIACOMONE, Delfor(3) | VULCANO, Ariel(1) | REBON, Marina A.(4) | MENVIELLE, Fernando(5) | MONTERO LABAT, Liliana(6) | ESPOSTO, Amadeo(1) | GARCIA, Mercedes Argentina(1) | PEREIRA, Dora(2)

## HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ LA PLATA (2); HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA (3); INSTITUTO MEDICO PLATENSE (4); CLINICA DE LA MANO GAMMA (5); INSTITUTO CENTRAL DE MEDICINA (6)

**Introducción:** En pacientes con Fenómeno de Raynaud que no presentan síntomas ni signos de una enfermedad autoinmune sistémica, las anomalías capilarescópicas del lecho ungueal y la presencia de anticuerpos antinucleares son indicadores de riesgo para el desarrollo posterior de esclerodermia.

**Objetivos:** Evaluar en pacientes con fenómeno de Raynaud los hallazgos capilarescópicos y la asociación con anticuerpos antinucleares

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de pacientes consecutivos derivados para estudio de capilaroscopia durante el periodo comprendido 2014 - 2017. Fenómeno de Raynaud se definió como un cambio de coloración en al menos 2 de las 3 fases (blanco, azul y rojo), inducido por la exposición al frío y que involucre al menos 1 dedo de cada mano. Se incluyeron variables demográficas, clínicas y de laboratorio. Se realizó capilaroscopia del pliegue ungueal con microscopio estereoscópico convencional magnificación 40X. Se examinaron los dedos 2, 3, 4 y 5 de ambas manos. Se determinaron las siguientes variables: dilataciones, megacapilares, tortuosidad, zonas vasculares, densidad capilar, microhemorragias, entrecruzamiento y arborización. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas se utilizó Test de Fisher y Chi-cuadrado según correspondiera. Se obtuvieron los valores del hazard ratio (HR) con un intervalo de confianza del 95%. Los valores de p ≤ 0,05 se consideraron estadísticamente significativos

**Resultados:** Se analizaron 102 pacientes con fenómeno de Raynaud, predominando el sexo femenino. La edad promedio al tiempo del estudio fue de 43,5 (28-60) años y el tiempo de evolución fue de 24 (12-112) meses. Los patrones capilarescópicos fueron: normales 55(53, 9%), tortuoso 21(20%), SD temprano 4(3,9%), SD activo 2(2%), SD tardío 1 (1%) inespecífico 19(18,6%). Se obtuvo el valor de los ANA en 74 pacientes de los cuales 26(35%) fueron positivos y 48 (64%) negativos. Las microhemorragias fueron más frecuentes en pacientes ANA positivos siendo estadísticamente significativo (p=0.01)

**Conclusiones:** El 46% de los pacientes con fenómeno de Raynaud estudiados tuvieron una capilaroscopia patológica. Solo se encontró una relación significativa entre la presencia de microhemorragias y anticuerpos antinucleares positivos. Siendo las microhemorragias una manifestación asociada a actividad de la enfermedad en esclerodermia, este hallazgo identificaría un subgrupo de pacientes que requiere un seguimiento más estrecho para detección temprana de la enfermedad. El 35% de los pacientes con fenómeno de Raynaud y ANA positivos presentaron microhemorragias en la capilaroscopia siendo esta relación estadísticamente significativa.

**Palabras Claves:** fenomeno de raynaud capilaroscopia anticuerpos antinucleares

106

0106 - SÍNDROME DEL PULMÓN ENCOGIDO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. REPORTE DE 5 CASOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Saf
ASTUDILLO, José | HASSAN, Romina | DOMÍNGUEZ, Nadia | MICELLI, Marina | COSENTINO, Vanessa | BARTH, Angeles | KERZBERG, Eduardo

HOSPITAL RAMOS MEJIA

Introducción: El síndrome del pulmón encogido (SPE) es una complicación rara y poco conocida asociada principalmente con el lupus eritematoso sistémico (LES) con una prevalencia estimada del 1%, aunque también ha sido reportada en pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo. Desde su descripción inicial hasta la actualidad, se han reportado en la literatura médica alrededor de 170 casos en adultos y un poco menos de 10 fueron reportes pediátricos.

Materiales y Métodos: Mediante un estudio retrospectivo, con datos obtenidos de HC de pacientes del consultorio de LES desde junio del 2007 hasta mayo del 2017, se identificó y analizó a 5 pacientes todos mayores de 18 años que cumplían criterios ACR/SLC/C2 2012 para LES y 3 características del SPE, definidas como: 1) Manifestaciones clínicas compatibles (síntomas respiratorios como disnea de esfuerzo progresiva, ortopnea, dolor torácico pleurítico o tos), 2) Elevación diafragmática uni o bilateral demostrada por imágenes, y 3) Defecto ventilatorio restrictivo en las pruebas de función respiratoria asociado a disminución de la DLCO y DLCO/VA normal. Se excluyó a pacientes con: EPI, HTP, TEP o antecedentes del mismo e historia de tabaquismo.

Resultados: De los 5 pacientes reportados, 3 fueron mujeres, con una media de edad de 31+-10,5 años (rango entre 20 y 45 años); y tiempo entre el debut de LES y SPE fue de 48 +-37 meses (rango entre 11 y 98 meses). En cuanto a síntomas respiratorios la disnea y ortopnea estuvieron presentes en todos los pacientes (100%), seguido de dolor pleurítico en el 80%, tos y opresión torácica solo en 1 de ellos (20%). Las manifestaciones de LES concomitantes al diagnóstico de SPE más frecuentes fueron la artritis y el rash malar (100%). Dos pacientes tenían proteinuria > 500mg/día, uno de ellos con diagnóstico previo de NL clase II, ninguno tuvo alguna manifestación mayor de LES. Todos los pacientes (100%) se interpretaron como activos de su LES por presentar SLEDAI 2K >4, y el 80% no tenían daño (score 0) según SLICC/ACR SDI. Al diagnóstico de SPE el 80% de los pacientes tenían Anti DNA +; todos tuvieron al menos 1 RFA (PCR y/o VSG) positivo. Tres de ellos presentaron hipocromocitemia (60%). Ningún otro anticuerpo había sido dosado antes del diagnóstico, incluido el anti-Ro. El 100% presentó elevación diafragmática en Rx. Los hallazgos más frecuentes por TACAR de tórax fueron las atelectasias (80%), tractos fibrocalcificales (40%) y solo 1 presente derrame pleural (20%). Ninguno de ellos tuvo alteración del parénquima pulmonar. En cuanto a las PFR el 100% de los pacientes tuvieron patrón restrictivo con disminución de la DLCO y DLCO/VA normal. El 100% fue tratado con Prednisona oral a dosis media de 28+-10,9 mg/día y en el 80% de ellos se agregó una DMARD.

Table with 2 columns: Variable and Valor. Lists various clinical and laboratory findings for the 5 patients.

Conclusiones: Si bien en los pacientes con LES la presencia de síntomas respiratorios como disnea, ortopnea o dolor pleurítico nos obliga a pensar primeramente en serositis o infección, no debemos descartar patologías menos frecuentes como el SPE. Todos nuestros casos al momento del diagnóstico

de SPE tenían SLEDAI muy alto, por lo que relacionar su presencia con la actividad de la enfermedad es importante. Ante la favorable respuesta terapéutica, su buena evolución y buen pronóstico, es necesario tener la sospecha de esta patología, impidiendo así su cronificación sintomática, radiológica y funcional.

Palabras Claves: pulmón, encogido, lupus, disnea

108

0108 - TENDENCIA EN DEMORA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. DATOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA - ESTUDIO ASAS-COMOSPA.

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps
MALDONADO PICCO, Hernán(1) | PEREZ ALAMINO, Rodolfo(2) | MOLTÓ, Anna(3) | WAIMANN, Christian(4) | MALDONADO COCCO, Jose A(5) | SALAS, Adrián(6) | MAMANI, Marta(7) | DUARTE, Vanessa(7) | PEREIRA, Dora(8) | PENDON, Gisela(8) | CASADO, Gustavo(9) | MARTINEZ, Alejandro(10) | | COLOMBRES, Francisco(2) | | DOUGADOS, Maxime(3) | |

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA (1); HOSPITAL NICOLAS AVELLANEDA (2); PARIS DESCARTES UNIVERSITY, COCHIN HOSPITAL, PARIS. (3); HOSPITAL DR. HECTOR CÚRA (4); FUNDACIÓN REUMATOLÓGICA ARGENTINA "DR. OSVALDO GARCÍA MORTEO", UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. (5); HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA. (6); HOSPITAL RIVADAVIA (7); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA (8); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (9); HOSPITAL TORNIU (10); HOSPITAL PIRUVANO (11); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (12); CENTRO MÉDICO PRIVADO (13); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (14); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (15); UNIVERSITY HOSPITAL MAASTRICHT. (16); LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER. (17); UNIVERSITY HOSPITAL, GENT. (18)



Introducción: La demora diagnóstica representa uno de los grandes desafíos en pacientes con Espondiloartritis (EspA).

Objetivos: Evaluar la tendencia en la demora diagnóstica en pacientes con EspA durante las últimas décadas y su asociación con criterios de clasificación ASAS 2009 y presentación clínica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Incluye pacientes argentinos con diagnóstico de EspA pertenecientes al estudio multicéntrico para la evaluación de Comorbilidades en EspA (ASAS-COMOSPA). El inicio de la enfermedad fue definido como la primera manifestación musculoesquelética relacionada con la EspA o diagnóstico de compromiso extraarticular. En aquellos pacientes que debutaron con compromiso extraarticular aislado, se definió inicio de enfermedad al momento de la primera manifestación musculoesquelética. Se calculó demora global al diagnóstico y estratificada según década de inicio de la enfermedad y presentación clínica inicial. Se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple, estratificando los pacientes en diagnóstico temprano vs tardío utilizando como punto de corte 2 años. Las variables independientes incluidas fueron década de inicio de la enfermedad, presentación clínica inicial, sclerolitis en Rx (criterios New York), sexo y edad al inicio de la enfermedad. Se estimaron las probabilidades de diagnóstico temprano.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes con una duración mediana de la enfermedad de 3,6 años y una mediana de demora diagnóstica de 2,5 años. Esta demora se redujo progresivamente en las últimas décadas. La demora al diagnóstico fue significativamente menor en aquellos pacientes que comenzaron la enfermedad después de 2010 comparado con aquellos que comenzaron en el periodo 2000-2010 (mediana 0,3 vs 2,7 años, p<0,01). Las manifestaciones clínicas de inicio fueron: compromiso axial aislado 33%, compromiso musculoesquelético aislado 22%, compromiso extraarticular aislado 25% y presentación con múltiples formas clínicas en el 20%. La mediana de demora de estos grupos fue de 2,2, 1,0, 9,6, 0,3 años, respectivamente. Al asumir inicio de la enfermedad a la primera manifestación musculoesquelética, la media de demora en pacientes con psoriasis cutánea, uveítis o EII aislada, disminuyó a 0,3 años. El análisis multivariado mostró que la probabilidad de un diagnóstico temprano se incrementó de 5% en pacientes con inicio de enfermedad antes de 1980 a un 76% después de 2010. La forma de presentación clínica fue un predictor independiente de demora en el diagnóstico.

Conclusiones: En las últimas décadas la probabilidad de un diagnóstico temprano de EspA se elevó de 5% a 76%. La forma de presentación clínica inicial resultó ser un predictor independiente de demora en el diagnóstico.

Palabras Claves: Espondiloartritis

109

0109 - CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE PROTEINURIA/CREATININIA Y LA PROTEINURIA EN ORINA DE 24 HORAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

PICCO, Eugenia | JUAREZ, Ricardo Vicente | BUSCHIAZZO, Emilio Andrés | CUCCHIORA, Natalia Lilí | TALOCCHINO, Patricia | RUA, Gustavo Daniel | ROJAS TESSEL, Romina Ivana | ACIAR, Mariana Mabel | LENCINA, María Verónica | CRESPO, María Elena

HOSPITAL SR DEL MILAGRO

Introducción: La proteinuria de 24 horas (P24H) ha sido el método de elección para diagnóstico y seguimiento de la enfermedad glomerular. Se ha propuesto como alternativa a la recolección de orina de 24 horas el uso del índice Proteinuria/creatinuria (IPr/Cr) debido a su menor costo y practicidad en la toma de muestra. Este método ha sido validado para Nefropatía diabética y no diabética, con menor evidencia para su uso en lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Correlacionar la P24H con el IPr/Cr en pacientes con LES.

Materiales y Métodos: Se incluyeron muestras pareadas de orina de 24 h e IPr/Cr de primera orina matinal de pacientes con diagnóstico de LES según el médico tratante, con o sin nefritis lúpica (NL), entre junio de 2015 y enero de 2016 del hospital Señor del Milagro, Salta. Se utilizó el índice de Walsler (IW) que determina la buena calidad de la muestra de P24H y se calcula a partir de la creatinina urinaria estimada y medida, edad y peso. Un IW entre 0,9 y 1,1 indica correcta recolección. Estadística: las variables categoricas se expresaron en frecuencia y porcentaje, las continuas en media o mediana y rango intercuartilo o desvío estándar. Se analizaron las correlaciones por pruebas no paramétricas. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes con LES, y 82 determinaciones pareadas. Los pacientes presentaban una edad media de 36,73 años (DS 11), 36 (81,8%) de sexo femenino. Presentaron una mediana de P24H de 0,39 g/24h (RIC: 0,19-0,81), y un IPr/Cr 302 mg/g (RIC: 146-1079), IW de 0,72 (RIC: 0,6-0,9). Veinte muestras (24,4%) tuvieron proteinuria normal y 15 (18,3%) tuvieron un IW normal. Al analizar la correlación de la P24H y el IPr/Cr en todas las muestras el valor fue rho = 0,82 (p < 0,0001). Valorando solo aquellos que presentaron un IW normal, la correlación fue rho = 0,92 (p < 0,0001), y en aquellos con IW no normal el valor fue rho = 0,81 (p < 0,0001). En el subgrupo de pacientes con proteinuria anormal (> 0,2 g/24h) la correlación fue rho = 0,77 (p < 0,0001).

Conclusiones: En este grupo de pacientes hubo una buena correlación entre la P24H y el IPr/Cr, independientemente del valor del IW. El uso de IPr/Cr podría reemplazar el uso de la P24H en pacientes con LES. Consideramos como debilidades el tamaño pequeño de la muestra y que se desconocen comorbilidades que podrían influir en la función renal y proteinuria, así como el uso de drogas nefrotóxicas, aunque se resalta en otros trabajos que no influiría en los resultados. No se pudieron rescatar datos correspondientes a biopsias renales.

Palabras Claves: Lupus Laboratorio Proteinuria

110

0110 - VASCULITIS ANCA P ASOCIADA A FIBROSIS PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

BENZAQUÉN, Nadia(1) | CAMPO, César(1) | CRESPO, Alejandro(1) | FERRINI, Franco(1) | MALANO, Daniela(1) | MANZO, Lourdes(1) | NAPPA, Guillermina(1) | PAMPINELLA, Eugenia(1) | PORCEL DE PERALTA, Romanela(1) | RAICHHOLZ, Gustavo(2) | RODRIGUEZ, Marcía(1) | YODICE, Agustina(1)

SANATORIO DIAGNÓSTICO (1); DIAGNÓSTICO POR IMAGENES JUNÍN (2)

Introducción: Las complicaciones pulmonares más conocidas de las vasculitis asociadas a ANCA, son la hemorragia alveolar, los granulomas y la estenosis de la vía aérea. La asociación de Fibrosis Pulmonar (FP) y Vasculitis-ANCA (VAA) fue descrita por primera vez por Nada y col. en 1990. La posible relación entre FP y VAA no está claramente establecida. Se han propuesto al menos dos mecanismos patogénicos. La primera hipótesis es que la fibrosis ocurre en respuesta a episodios, incluso, subclínicos de hemorragia alveolar. La segunda estaría relacionada con un papel directo de los ANCA, principalmente el MPO. Los neutrófilos en respuesta a citoquinas producirían una translocación de los antígenos ANCA a su superficie, interactuando con los anticuerpos ANCA circulantes, causando injuria pulmonar.

Objetivos: Presentar un caso clínico de Vasculitis ANCA asociado a Fibrosis Pulmonar.

Resultados: Caso Clínico: Varón 61 años. Ex tabaquista. APP: HTA Derivado por Síndrome febril prolongado (40 días), sudoración nocturna, astenia, fatiga, pérdida de peso (10 kg en 2 meses). Al ingreso: T° 38. Palidez generalizada. FR 105 lxm. TA 120/70. No lesiones en piel ni mucosas. No adenopatías. Vigil. Sin foco neurológico. AR: Sat 98% Hipoventilación generalizada. Rales velcro bibasales. Laboratorio: Hb 8,8 gr%, VCM 78, plaquetas 627.000 /mm3, Gb 12.600 /mm3, PMN 64 %. VSG >120 mm/hs. GOT 40U/L, GPT 58U/L, FAL 280 U/L, Creatinina 1.24 mg/dl LDH 90 U/L. Sedimento de orina: microhematuria, proteinuria ++. Se solicitó Hemocultivos x 2 y urocultivo. Negativos. Espuato para BAAR negativo. Ecocardiograma normal.TAC de tórax y Abdomen: múltiples bronquiectasias por tracción, engrosamiento de septos inter e intra lobulillares, signos de panalización. Localización sub pleural y con gradiente apico basal. Patrón sugestivo de UIP. Áreas de enfisema centro lobulillar y para septal. Abdomen normal. Serología para HIV, VHB y VHC negativas. VEDA y Fibrocolonoscopia: hemorroides grado II. Gastritis. PAMO: sin evidencia de células atípicas. Cultivo negativo. Fibrobroncoscopia: descarta hemorragia alveolar. Cultivos negativos. Proteinuria 1.25 gr/24 hs. Factor Reumatoideo positivo. ANA negativo. C 3 154 mg/dl. C4 36 mg/dl. ANCA P 46,9 (VN h/5U/ml). ANCA C negativo. Se realiza Biopsia Renal: GMN necrotizante con escasos depósitos. Se realiza diagnóstico de Vasculitis ANCA P con compromiso renal asociado a Fibrosis Pulmonar. Inicia inducción con pulsos de metilprednisolona 1 g/día por 3 días. Ciclofosfamida 1 gr mensual. TMP/SMX profilaxis. Calcio. Vit D 3. Actualmente recibió 3 pulsos de CYC. Esteroides en descenso. Permanece afebril. Con resolución de síntomas. Proteinuria 0,25 mg/24hs. VSG 30 mm/hs. Hb 11 g/dl, Resto normal.

Conclusiones: La relación entre FP y VAA, sigue siendo incierta. En la mayoría de los estudios la presencia de FP agrava el pronóstico respecto a la VAA sin FP. Su conocimiento permite el ajuste del tratamiento. Lo que aún no está definido es si se debe continuar con el tratamiento para el compromiso pulmonar luego de haber resultado las VAA. Por otra parte se plantea la posibilidad de evaluar sistemáticamente los ANCA en pacientes con FP.

Palabras Claves: Vasculitis ANCA Fibrosis Pulmonar

111

**0111 - PREVALENCIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

JURADO, Raúl Artemio | MUSSANO, Eduardo Daniel | CADILE, Isaac Ignacio | ONETTI, Laura Beatriz

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC**

**Introducción:** Hay una cantidad importante de pacientes con enfermedades reumáticas (ER) que presentan necesidad de ingresos hospitalarios frecuentes a pesar de estar recibiendo el tratamiento adecuado y pocos estudios sobre las hospitalizaciones de los pacientes con ER. En general, son series pertenecientes a centros individuales. Las series reportadas por países latinoamericanos son todavía más escasas.

**Objetivos:** Investigar las causas de hospitalización de pacientes con diagnóstico previo de ER y su evolución intrahospitalaria.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo realizado desde el 1 de diciembre de 2015 al 30 de abril de 2017. Se estudiaron todos los pacientes hospitalizados, en cualquier servicio del hospital, que tenían diagnóstico reumatológico previo, se excluyeron patologías como osteoporosis, artrosis y fibromialgia. El estudio consistió en la obtención sistematizada de datos mediante una entrevista (anamnesis detallada y examen físico completo) con el paciente hospitalizado, la revisión de la hoja de ingreso, la historia clínica y la epícrisis. Los datos fueron recogidos por médicos reumatólogos pertenecientes al servicio de reumatología. El modelo estadístico utilizado para analizar las variables mensurables fue media y error estándar y para las variables categóricas las frecuencias relativas.

**Resultados:** Se estudiaron 86 hospitalizaciones en 54 pacientes, es decir hubo casos de rehospitalizaciones, con una media etaria de 66.26±14.90 años, 75.58% eran mujeres y 24.42% varones. Tenían diagnóstico previo a la internación de AR 60.46%, LES 10.47%, artritis psoriásica 9.30%, esclerodermia 8.14%, granulomatosis con poliangeítis 3.49%, SAF 2.33%, polimiositis 2.33%, dermatomiositis 1.16%, espondilitis anquilosante 1.16% y arteritis de células gigantes 1.16%. El 4.65% estaban en tratamiento con agentes biológicos, 55.81% con corticosteroides y 75.58% con otros inmunosupresores. La media del tiempo de evolución de la ER fue de 13.95 años. Las causas de internación fueron neuropatía infecciosa aguda (NIA) 20.93%, ITU 16.28%, infección de partes blandas (IPB) 9.30%, pancitopenia 8.14%, hemorragia digestiva 5.81%, patología tumoral 5.81%, cardiopatía isquémica 2.33%, TEPA 2.33%, nefropatía lúpica 2.33%, reactivación de la enfermedad 2.33%, fractura de cadera 2.33%, isquemia arterial de miembros inferiores 2.33%, otras patologías 19.75%. El promedio de días de internación fue de 11.37 días. El 69.77% de las hospitalizaciones fue en sala común, el 25.58% en UTI y el 4.65% en UCO. La tasa de mortalidad fue de 11.63%, todas ocurrieron en UTI. De los 54 pacientes que fueron hospitalizados 18 pacientes tuvieron rehospitalizaciones en más de una oportunidad, el 55.56% tenían diagnóstico previo de AR, 16.67% de artritis psoriásica, 11.11% de LES, 11.11% de esclerodermia y 5.55% de granulomatosis con poliangeítis; las causas de reinternación fueron infecciones 75% (NIA 37.50%, ITU 21.88% e IPB 15.62%), hemorragias digestivas 12.5% y pancitopenia 12.5%.

**Conclusiones:** Durante la internación, las ER tienen mortalidad elevada y rehospitalizaciones, que afectan más frecuentemente a mujeres. Estos pacientes ingresan por infecciones, alteraciones hematológicas, hemorragias digestivas, reactivación de la enfermedad. Las internaciones por ER son poco prevalentes, sin embargo las estadías fueron prolongadas. Sería importante desarrollar estudios epidemiológicos a nivel nacional y regional para saber cuántos se enferman y mueren a consecuencia de ER, esto nos permitirá elaborar estrategias a fin de lograr eficiencia en la atención de la población reumática.

**Palabras Claves:** enfermedades reumáticas- causas de internación

112

**0112 - HALLAZGOS EN COLPOSCOPIA Y CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Otros

ADROVER, Mariana | MARCAIDA, Priscila | TAMBORENEA, Natalia | SECCO, Anastasia | MAMANI, Marta

**HOSPITAL RIVADAVIA**

**Introducción:** El cáncer de cuello uterino (CC) es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en Argentina, siendo la infección por el virus del papiloma humano (HPV) la principal causa subyacente vinculada a su aparición. Es por ello que en la población femenina se utilizan métodos de cribado como la visualización colposcópica y la citología cervical exfoliativa mediante el test de Papanicolau (PAP) para detectar posibles anomalías macro y/o microscópicas. Según la base de datos del servicio de patología cervical de nuestro hospital, el 5% de los PAP realizados el último año presentan hallazgos patológicos. Los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de CC se dividen en dos categorías: por un lado, aquellos que favorecen la infección por HPV tales como el número de parejas sexuales, relaciones sexuales de alto riesgo y el diagnóstico de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS); y, por otro lado, aquellos que inducen la carcinogénesis mediada por HPV como tabaquismo o inmunosupresión.

**Objetivos:** Describir los hallazgos en PAP y colposcopia de pacientes con diagnóstico de AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, con recolección prospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes entre 18 y 70 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010 y/o criterios ACR 1987 en seguimiento y tratamiento. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo asociadas y/o cualquier otra causa de inmunosupresión; y aquellas que habían recibido inmunización para HPV o que presentaban lesiones cervicales previas al momento del estudio. Se registraron datos demográficos, de su historia sexual y reproductiva, así como detalles de su enfermedad de base y tratamiento. Se realizó PAP y colposcopia a cada una de las participantes. Para la estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como media (DS) y las variables categóricas en porcentajes.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes, con una media de edad de 48 años. Ocho pacientes (13%) presentaron PAP y/o colposcopia patológicos: 1 lesión intraepitelial escamosa (SIL) de bajo grado, 3 SIL de alto grado, 2 hallazgos compatibles con células escamosas atípicas en las que no se puede descartar lesión de alto grado (ASCH) y 2 lesiones colposcópicas con PAP normal. Del total de la muestra, el 72% tenía menos de 12 años de escolaridad. En cuanto a la historia sexual y reproductiva: 17% inició su actividad sexual antes de los 15 años; el 97% había tenido menos de 4 parejas durante el último año; mientras que el 18% había tenido más de 7 parejas sexuales en toda su vida. La mayoría (87%) tenía al menos dos PAP previos realizados. El 82% no utilizaba métodos anticonceptivos de barrera en forma habitual. Únicamente un 15% tuvo alguna ETS previa. En cuanto a hábitos tóxicos, 18% era tabaquista; mientras que el porcentaje de consumidores de alcohol y drogas resultó despreciable. Respecto a las características de la AR, 78% tenía una enfermedad de más de 5 años de evolución; 80% habían recibido altas dosis acumuladas de corticoides; 73% recibía tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (DMARs) en monoterapia o combinados y 27% terapia biológica (DMARb). Un 48% de las pacientes estaban en remisión o baja actividad según DAS28 al momento de la recolección de datos. Dentro del subgrupo de pacientes con alteraciones colpo-citológicas consideramos como relevantes a las siguientes características: ninguna usaba métodos de barrera en forma habitual; una de las pacientes no tenía controles ginecológicos previos. Excepto una, todas tenían dosis acumuladas altas de corticoides; todas recibían DMARs (5 en monoterapia y 3 combinados) y 3 recibían DMARb (antiTNF); 5 se encuentran con moderada o alta actividad de la enfermedad al momento del control ginecológico.

**Conclusiones:** En la población de pacientes con AR, la proporción de alteraciones detectadas en el control ginecológico fue más del doble que en la población general. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para identificar los predictores independientes para el desarrollo de cáncer de cuello uterino en esta población y redefinir conductas respecto al screening.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea. Salud sexual y reproductiva Colposcopia PAP

113

**0113 - INFLUENCIA DEL TABACO EN ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

BALCAZAR PARDO, Ruth Edith | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana | GARATE, Gabriela | BRIGANTE, Jorge Alejandro | VERGEL, Linda | GÓMEZ, María Gimena | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana

**SANATORIO GÜEMES**

**Introducción:** Investigaciones de AR han demostrado que el tabaquismo es el mayor inductor; interacción factores genéticos (Epitope compartido HLA DRB1\*0, HLA-DRB1\*04) observada en pacientes con FR+, anti CCP+, erosiones, mayor compromiso extra-articular y la consiguiente repercusión en el tratamiento. Citera y col. observaron que el HLA DR4 y los subtipos 0401 y 0404 fueron más frecuentes en Argentina. La exposición al tabaco se ha asociado con producción de anti-CCP sólo en pacientes con AR que portan el EC, los resultados reportados son contradictorios.

**Objetivos:** 1. Determinar la asociación entre el consumo de tabaco y severidad de AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes ambulatorios > 18 años con AR (ACR 2010), de < de 3 años de evolución. Se registraron datos demográficos (edad, género, meses de evolución), tabaquismo (>10 paq/y, <10 paq/y, exabajaquista, no fumador), severidad y actividad (DAS28), VSG, PCR, FR por turbidimetría (-, +>30, + alto >80), antiCCP por ELISA Sera generación (-, +>20, + alto >60), FAN IFI (-, +>1/160), tratamiento (monoterapia, terapia combinada DMARDs y/o DMARDsb), Rx de manos y antepies evaluadas por el método SENS (Simple Erosion Narrowing Score). Estadística: Análisis descriptivo. Las variables categóricas por test de Chi2 y las continuas por test de Student y Mann Whitney. Se calculó el OR y se asoció a IC 95%. Los resultados fueron procesados con Epi Info v7, con nivel de significancia estadística del 5% (<0.05).

	Nº Tabacuseos	1. Abscusa	OR [IC] p
DAS28			
HEMBOS + ACTIVIDAD BAJA	26 (0%)	1 (0%)	0.50 [0.24 - 1.03] 0.33
MODERADA	14 (0.03)	45 (0.12)	1.37 [0.48 - 3.88] 0.36
ALTA	1 (5%)	1 (0%)	1.73 [0.10 - 29.14] 0.61
EROSIÓN			
SI	12 (28.27)	12 (30)	2.41 [1.24 - 4.67] 0.00
NO	29 (70.7)	12 (30)	
FR (+)	51 (60.78)	20 (28.22)	
FR (-)	10 (11.43)	4 (60.29)	1.01 [0.44 - 2.32] 0.34
CCP (+)	18 (33.50)	17 (38.57)	
CCP (-)	29 (36.50)	17 (38.57)	2.10 [1.05 - 4.21] 0.03
FAN (+)	18 (36.36)	5 (13.51)	0.18 [0.11 - 3.62] 0.00
FAN (-)	22 (51.14)	21 (68.84)	

**Resultados:** Se incluyeron 65 pacientes. Mujeres 52 (80%), edad media: 51 años (19 -75), tiempo de evolución media: 24 meses (1-36). Tabaquista 24/65 (37%): > 10 paq/y 14/24 (58.33%), <10 paq/y 2/24 (8.3%), exabajaquista 8/24 (33.3%). No tabaquistas 41/65 (63%). Tabaquista: Mujeres 16/52 (30.7%), varones 8/13 (61.5%). Laboratorio: FR+ 51/65 (78.4%), + alto 38/51 (74.5%), Anti CCP+ 35/65 (53.85%), FAN+ 22/65 (33.8%), Rx: pinzamiento articular 29/65 (44.2%), erosiones 13 (20%), ambs 11 (16.9%), DAS 28: baja actividad 27 (41.5%), moderada 24 (36.9%), alta actividad 2 (3.08%). Tratamiento: monoterapia 43 (66.1%), combinación de DMARDs 15 (23.08%), sólo 4 (6.2%) DMARDb. No hubo asociación significativa entre tabaquismo, FR, presencia de erosiones, DAS28 y tratamiento en estos pacientes, a excepción del anti CCP+ con correlación estadísticamente significativa (p=0.03) y correlación negativa con FAN+ (Tabla).

**Conclusiones:** El riesgo de AR aumenta con el tiempo de consumo de tabaco y el número de paquetes/día. Los individuos expuestos tienen concentraciones elevadas de anti CCP. Un estudio de 241 pacientes, encontró una diferencia significativa entre anti CCP con tabaquistas y no tabaquistas. El tabaquismo también se asocia con aumento de la prevalencia de FR. Puede estar asociado con edad temprana de inicio, manifestaciones extra-articulares, actividad y disminución de la respuesta al tratamiento. Manfredsottir siguió a 100 pacientes con AR temprana durante 24 meses, observando que los fumadores tenían enfermedad más activa. La cohorte ESPOR demostró una reducción en la progresión de la erosión después de 1 año de suspender el tabaco en pacientes con AR temprana. Otros estudios han demostrado una progresión radiográfica mayor en los fumadores actuales en comparación con los no fumadores. Conclusión: Como está descrito en la literatura en nuestro estudio se encontró una relación significativa entre tabaquismo y antiCCP+. No con actividad clínica, radiográfica, ni tratamiento probablemente por el bajo número de pacientes.

**Palabras Claves:** AR Tabaco CCP

114

**0114 - COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE VASCLITIS DE LA ARTERIA TEMPORAL**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

RIERA, Julia | COSTA, Cecilia Alejandra | CAVALLASCA, Javier Alberto | MUSURUANA, Jorge Luis

**HOSPITAL J B ITURRASPE**

**Introducción:** El compromiso de las arterias temporales ocurre ocasionalmente en otras vasculitis diferentes a la arteritis de células gigantes (ACG), siendo la panarteritis nodosa (PAN) la más frecuente. Se reportaron casos esporádicos comprometiendo la arteria temporal en granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, granulomatosis con poliangeítis, crioglobulinemia, vasculitis reumatoidea y tromboangeítis obliterante. El compromiso de otros órganos tales como el pulmón, riñón, nervios periféricos, junto a los datos de laboratorio (eosinofilia, ANCA, crioglobulinas) orientarían al diagnóstico final.

**Objetivos:** Caso clínico Mujer de 71 años, ex tabaquista de jerarquía, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo que cursó internación por síndrome febril prolongado, asociado a tos seca, disnea y síntomas constitucionales. Al ingreso, subfebril, hemodinámicamente estable, con rales crepitantes secos bilaterales. Laboratorio: anemia normocítica-normocrómica (Hto 27.7, Hb 8.8), leucocitosis (GB 19200), VES 117. Cultivos de sangre y esputo y serologías para VHB, VHC y HIV: negativos. TAC cuello, tórax, abdomen y pelvis: hallazgos compatibles con neumonía intersticial usual (NIU). Espirometría: patrón restrictivo. Ecocardiograma: hipertensión pulmonar leve a moderada. Durante la internación persistió febril, disnea, refiriendo además rigidez y dolor en cinturas escapular y pelviana y claudicación mandibular. Realizó tratamiento antimicrobiano empírico (gérmenes atípicos, hongos y TBC). Se realizó biopsia pulmonar por videotoroscopia con toma de muestras para gérmenes comunes, atípicos y hongos (negativas) y anatomía patológica compatible con NIU y vasculitis. Biopsia de arteria temporal: engrosamiento de la íntima con fibrosis subintimal. En forma parcheada, infiltrado inflamatorio transmural compuesto predominantemente por histiocitos, linfocitos y en menor proporción leucocitos polimorfonucleares neutrófilos. Fragmentación focal de la lámina elástica interna y necrosis puntiforme en capa muscular. No se observan células gigantes multinucleadas. La capa adventicia presenta vasos de la vasa vasorum congestivos reconociéndose sobre uno de los mismos vasculitis con necrosis fibrinosa. Laboratorio inmunológico: FAN, ANCA, complemento, ENA, crioglobulinas, sedimento urinario, proteinuria de 24 hs, sin particularidades. Se inició prednisona 1 mg/kilo/día con resolución inmediata de la curva térmica. Se realizó además tratamiento de inducción con ciclofosfamida EV a dosis de 1gr mensual durante 6 meses, y luego leflunomida 20 mg/día, con buena evolución.

**Conclusiones:** Si bien se exigen criterios clínicos y anatomopatológicos para clasificar las vasculitis, algunos pacientes pueden no cumplirlos. En tales casos se debe jerarquizar el compromiso sistémico para su adecuado tratamiento.

**Palabras Claves:** vasculitis neumonía intersticial usual

## 115

**0115 - SÍNDROME ASIA (AUTOIMMUNE SYNDROME INDUCED BY ADJUVANTS): REPORTE DE 8 CASOS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

RIERA, Julia | MALIANDI, María Del Rosario | COSTA, Cecilia Alejandra | CAVALLASCA, Javier Alberto | MUSURUANA, Jorge Luis

**HOSPITAL J. B. ITURRASPE**

**Introducción:** En el año 2011 Shoenfeld y cols. describieron el síndrome ASIA (Autoimmune Syndrome Induced by Adjuvants), que engloba 4 diferentes condiciones: el síndrome de la guerra del golfo, el síndrome de microfascitis macrofágica, la siliconosis y fenómenos post vacunación. Este síndrome refiere al desarrollo de manifestaciones clínicas como mialgias, artralgias, fatiga, síntomas neurológicos, entre otras, luego de la exposición a un adyuvante como por ejemplo las siliconas o el aluminio utilizado en las vacunas.

**Resultados:** Se reportan 8 pacientes de sexo femenino con edad media 41 años (28-69). 7 de las pacientes tenían como antecedentes prótesis mamaria (siliconas) y una paciente la colocación de vacunas (segunda dosis contra hepatitis B y antitetánica). El tiempo promedio entre el contacto con el adyuvante y el comienzo de los síntomas fue de 8 años (1 mes a 22 años). El motivo de consulta en 6 (75%) de los casos fue el fenómeno de Raynaud, en otros lesiones papulares pruriginosas, todos ellos relacionadas con prótesis mamarias. En el caso post-vacunación fue artralgias, astenia, rigidez matinal y xerofalmia.

**Conclusiones:** En pacientes con fenómeno de Raynaud y/o presunción diagnóstica de enfermedad autoinmune sistémica, debería incorporarse en la anamnesis antecedentes de prótesis mamarias y esquema de vacunación previo, ante la eventualidad del Síndrome ASIA.

**Palabras Claves:** ASIA

## 117

**0117 - VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SEVERIDAD DE FATIGA (FSS) EN LES**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

LEÓN, María de La Paz(1) | GARAY, Luciana(1) | GONZALEZ LUCERO, Luciana(1) | BARBAGLIA, Ana Lucia(1) | BELLOMI, Veronica(1) | ACIAR, Mariana Mabel(2) | TESSEL, Ivana Romina(3) | SANTANA, Mirta(1) | GALINDO, Liliana(1) | LUCERO, Eleonora Del Valle(1)

**HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (1); HOSPITAL DEL MILAGRO (2); HOSPITAL DEL MILAGRO (3)**

**Introducción:** La fatiga, definida como sensación sostenida de cansancio que origina una disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico habitual es el síntoma más frecuente en Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Está presente en 90% de los pacientes, 50% de estos considera la fatiga como el síntoma de la enfermedad más incapacitante.

**Objetivos:** Determinar reproducibilidad y validez del FSS en pacientes con LES en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1982/1997) que concurren a consulta durante los meses de abril a junio de 2017. Se evaluaron variables demográficas, socioeconómicas, SLEDAL, SLICC/DI, comorbilidades y tratamiento. Se distribuyeron entre los pacientes la versión traducida argentina del cuestionario FSS, el cuestionario FACIT-fatiga (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) y EVA fatiga, éstos últimos como comparadores. El cuestionario FSS consta de 9 ítems con 7 posibles valores (1 equivale a totalmente en desacuerdo, 4 y 5 indiferente y 7 a totalmente de acuerdo) que se promedian para producir una puntuación global revelando que a mayor puntaje, mayor fatiga.

**Resultados:** Se incluyeron 117 pacientes, 91.5 % (107) mujeres, el 22.2 % tenía primaria completa. La edad media al diagnóstico de LES fue  $29 \pm 10.4$  años, con una duración de la enfermedad media de  $10 \pm 8$  años, 85.5% (100 pacientes) presentaban SLEDAL menor a 4 (media  $2 \pm 3.2$ ) y media de SLICC fue  $1 \pm 1.5$ .

**Conclusiones:** FSS es un instrumento válido y con buena reproducibilidad para evaluar fatiga en pacientes con LES.

**Palabras Claves:** Fatiga, LES, FSS

## 124

**0124 - ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. REPORTE DE CASOS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Otros

CHACKELEVICIUS, Carla Melisa | BOTTINELLI, Yanina | FERREYRA MUFARREGUE, Leila Romina | GÓMEZ, María Gabriela | GUTIÉRREZ, Silvia Cristina | LOAYZA REYNOLDS, Grace | MARTINEZ ORTEGA, Julia Beatriz | VIJODITZ, Gustavo | CAPUTO, Marina

**HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS**

**Introducción:** La enfermedad por IgG4 representa una condición fibroinflamatoria inmunomediada con afectación de varios órganos descrita en las últimas dos décadas. No existe un hallazgo patognomónico de la enfermedad, por lo que la correlación clínica y de los análisis serológicos e histopatológicos es fundamental para el diagnóstico. Los síntomas más prevalentes al momento del diagnóstico son la tumefacción orgánica, ictericia obstructiva y exoftalmos (41%), síntomas generales abdominales (18%), compromiso renal (4%) y síntomas pulmonares (3%). Los plasmoblastos (CD38+CD21-CD27+) se incrementan en pacientes con enfermedad relacionada con IgG4, y su medición es un marcador de actividad de la enfermedad. La concentración sérica de IgG4 es muy variable entre pacientes y no se la considera como un criterio diagnóstico. La histopatología es una piedra angular para el diagnóstico, siendo característico la venulitis, el infiltrado linfoplasmocitario denso, la febrilitis obliterativa y la fibrosis con patrón estoriforme. La proporción de células plasmáticas productoras de IgG4 con respecto a las células plasmáticas productoras de IgG (IgG4+/IgG+) ayuda adicionalmente a confirmar el diagnóstico de la enfermedad. Una proporción mayor al 50% es muy sugestiva del diagnóstico.

**Objetivos:** Reporte de casos de Enfermedad relacionada con IgG4 en un único centro.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los últimos 10 años en búsqueda de los siguientes criterios: la presencia de tumefacción orgánica, síntomas abdominales, edema y/o induración periorbitaria, inflamación de glándulas salivales, adenopatías, compromiso renal, de vía aérea, pancreático y retroperitoneal. Se evaluaron los siguientes parámetros de laboratorio: IgG, IgG4, IgA, IgE, C3, C4, ANA, Eosinófilos, plasmoblastos en sangre periférica, y tipo de infiltrado predominante en la biopsia, la tinción de IgG4 por inmunohistoquímica.

LABORATORIO	P1	P2	P3	P4	P5	P6
IgG total (mg/dl)	7610	3310	1350	968	1300	1410
IgG4 serica		892	294	890	206	
IgE total	130	221	25	45	35	59
C3	45	48	100	81	113	115
C4	10	14	16	22	26	17
ANA	-	-	-	-	+	-
ENAS	-	-	-	-	-	-
ANCA	-	-	-	-	-	-
PLASMOBLASTOS	1.77%	2.3%	3.85%	4.3%	1.81%	1.2%
CD21 low	24.01%	6.8%	7.98%	7.68%	1.48%	4.9%

**Resultados:** En total se diagnosticaron 6 pacientes con enfermedad relacionada con IgG4, 5 mujeres y 1 hombre. La edad media al inicio de los síntomas fue 41,4 años, mientras que la edad media al diagnóstico fue de 56,2 años. Todos los pacientes presentaron compromiso pancreático, 4/6 (66%) presentaron afectación de glándulas salivales, 3/6 (50%) edema periorbitario y adenomegalias. En menor proporción, compromiso retroperitoneal y de vía aérea (2/6, 33%), aórtico e intestinal (1/6 16,7%). El panel de auto anticuerpos fue negativo en todos los pacientes salvo un ANA positivo en bajo título. Todos los pacientes presentaron biopsias compatibles con infiltrado linfoplasmocitario, venulitis y fibrosis compatible con enfermedad relacionada con IgG4. En un paciente se constató tinción positiva para IgG4 por inmunohistoquímica. Cinco pacientes recibieron tratamiento con Rituximab, con mejoría sustancial de los síntomas y recuperación de la calidad de vida.

**Conclusiones:** Se destaca el compromiso pancreático en todos los pacientes. Cabe mencionar el retardo diagnóstico en contexto de la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas, que se fue acortando en los últimos años gracias a la mayor sospecha y a la disponibilidad de estudios complementarios. No se encontró asociación entre el dosaje de IgG4 sérico, la presencia de plasmoblastos en sangre periférica y el recuento de CD21 low con la actividad de la enfermedad. Este hecho podría deberse al poco número de pacientes de la cohorte o, a que en algunos casos fueron realizados estando el paciente bajo tratamiento inmunosupresor.

**Palabras Claves:** IgG4, plasmoblastos, Rituximab, pancreatitis autoinmune

## 125

**0125 - PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, DATOS PRELIMINARES**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

CUCCHIARO, Natalia Lili | ACIAR, Mariana Mabel | ROJAS TESSEL, Romina Ivana | BUSCHIAZZO, Emilio Andres | PICCO, Eugenia | JUAREZ, Ricardo Vicente | ALONSO LÓPEZ, María Daniela | TABOADA, Federico | LENCINA, María Verónica | CRESPO ESPINDOLA, María Elena

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune. Alrededor de un 20% de los pacientes con AR desarrollan algún grado de patología pulmonar, siendo esta la manifestación visceral extra-articular más frecuente y la segunda causa de muerte, después de las infecciones. La tomografía computada de alta resolución (TAC-AR) es el método por imágenes de elección para detectar alteraciones pulmonares. En presencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), el patrón tomográfico más característico es el de Neumonía Intersticial Usual (UIP) presente en un 60% de los pacientes.

**Objetivos:** Objetivo primario: determinar la prevalencia de enfermedad pulmonar en pacientes con AR. Objetivo secundario: determinar la prevalencia de EPID en pacientes con AR.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, se reclutaron pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010 o ACR 1987 que concurren de forma consecutiva a la consulta ambulatoria del servicio de Reumatología del Hospital Señor del Milagro entre Marzo a Julio de 2017. De los mismos, para evitar irradiar a pacientes innecesariamente, se decidió realizar TAC-AR de tórax solamente a los que cumplieran uno o más de los siguientes criterios: a) los de 60 o más días de evolución; b) disnea; c) rales crepitantes tipo velcro; d) radiografía de tórax patológica, e) espirometría alterada. Se consignaron variables sociodemográficas, años de educación, exposición laboral a tóxicos, tabaquismo, etnia, positividad para Factor Reumatoideo (FR), anticuerpo anti-factor nuclear (FAN) y Antipeptido Citrilinado (ACCP), reactantes de fase aguda, presencia de hipertensión pulmonar (HTP) por ecocardiograma doppler. Se consignaron datos relacionados a la enfermedad como tiempo de evolución, tratamiento actual y previo, actividad de la enfermedad (DAS28) y capacidad funcional por HAQ-II, presencia de nódulos reumatoideos y/o síntomas sicca. Se describieron los hallazgos tomográficos patológicos en los pacientes seleccionados para TAC-AR, las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Los datos fueron analizados mediante el test Chi cuadrado o test exacto de Fisher, o T-student o Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 86 pacientes, se excluyeron 25 por desconocimiento de alguno de los síntomas clínicos, o por no haber realizado espirometría o radiografía, quedando 61 pacientes analizables. De los 61, 45 (64,4%) cumplieron criterios para realización de TAC-AR de tórax y el motivo de solicitud de TAC-AR fue: disnea 29 (64,4%), tos 10 (22,2%), rales velcro 5 (11,1%), radiografía patológica 23 (51,1%) y espirometría anormal 8 (17,8%). De los 45 incluidos, 44 (97,8%) fueron de sexo femenino, con una mediana de edad de 51 años (RIC 43 - 59), etnia mestiza 33 (73,3%), escolaridad primaria incompleta 17 (37,8%), secundario incompleto 10 (22,2%), exposición inhalatoria previa 18 (40%), tabaquismo previo 6 (13,3%), tabaquismo actual 10 (22,2%), antecedente de enfermedad pulmonar conocida 6 (13,3%). La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad 8,5 años (RIC 4 - 16,2).FR+ 39 (86,7%). Las medianas de DAS28 4,8 (RIC 3,4 - 5,2), HAQ-II 1,4 (RIC 1 - 2,1), PCR 4,1 mg/l (RIC 0,7 - 10), VSG 24 (RIC 9 - 46). Tratamiento al momento de la evaluación: metotrexato 40 (88,9%), dosis mediana 15 mg (RIC 15 - 22,5), leflunomida 14 (31,1%) y terapia biológica 4 (8,9%). Se realizaron 16/45 (35,5%) TAC-AR. Nueve (56,25%) resultaron patológicas, 1 EPID (UIP), 4 probable tuberculosis secuelear, 1 nódulo solitario, 1 derrame pleural y 2 enfisemas.

**Conclusiones:** La prevalencia de EPID fue de 1/16 (6,25%), si bien el dato es considerado preliminar por el bajo número de TAC-AR realizadas. Cabe destacar que los hallazgos tomográficos más frecuentes fueron sugestivos de tuberculosis previa, explicable por la endemicidad de esta patología en nuestra provincia. El rédito del interrogatorio, examen físico, espirometría y radiografía de tórax, podría disminuir la cantidad de pedidos de TAC-AR evitando la exposición innecesaria a radiación.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoidea Pulmón Intersticial

126

**0126 - PREVALENCIA DE AUTOINMUNIDAD EN INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

CHACKELEVICIUS, Carla Melisa | ARENIELLO, Evangelina | BOTTINELLI, Yanina | FERREYRA MUFARREGUE, Leila Romina | GÓMEZ, María Gabriela | LOAYZA REYNOLDS, Grace | MARTÍNEZ ORTEGA, Julia Beatriz | VIJODITZ, Gustavo | VILCHES, Victoria | CAPUTO, Marina

**HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS**

**Introducción:** Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son un grupo de defectos hereditarios del sistema inmunológico con al menos 300 entidades diferentes conocidas. Los pacientes con inmunodeficiencias primarias pueden presentar o desarrollar durante el transcurso de su vida una susceptibilidad a infecciones crónicas y recurrentes así como manifestaciones autoinmunes, alérgicas, inflamatorias y/o proliferativas.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de manifestaciones autoinmunes en pacientes adultos con inmunodeficiencias primarias en seguimiento en nuestro hospital, y comparar nuestros resultados con la estadística mundial.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron 101 casos de pacientes adultos con IDP diagnosticados en nuestro centro, o aquellos transicionados desde servicios de inmunología pediátrica actualmente en seguimiento en nuestra unidad, en búsqueda de autoinmunidad y/o inflamación.

**Resultados:** 35/101 (34,6%) pacientes presenta al menos una enfermedad autoinmune con predominio de las citopenias autoinmunes (12 pacientes, 34,28%) y de enfermedad inflamatoria intestinal (12 pacientes, 34,28%), seguido de Hashimoto (5 pacientes 14,28%), Lupus Eritematoso Sistémico (4 pacientes 11,4%), gastritis atrófica autoinmune (4 pacientes 11,4%), hepatitis autoinmune (3 pacientes 8,5%), neumonía intersticial linfocítica (3 pacientes 8,5%), artritis reumatoidea (2 pacientes 5,7%), vitiligo (2 pacientes 5,7%), nefritis (2 pacientes 5,7%), vasculitis (2 pacientes 5,7%) y trombofilia, miastenia gravis, diabetes mellitus tipo 1, neumonía eosinofílica (1 paciente 2,8% cada uno). 19 pacientes (54%) fueron primeramente diagnosticados con autoinmunidad. La IDP con mayor asociación con autoinmunidad fue la Inmunodeficiencia Común Variable.

**Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura y confirma que las enfermedades autoinmunes e inflamatorias son mucho más frecuentes en pacientes con inmunodeficiencias primarias que en la población general.

**Palabras Claves:** inmunodeficiencias primarias, autoinmunidad

127

**0127 - HEMORRAGIA ALVEOLAR POR STRONGYLOIDES STERCORALIS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Tratamiento

VILLARDEL, Julio César | CUCCHIARO, Natalia Lili | BUSCHIAZZO, Emilio Andrés | JUAREZ, Ricardo Vicente | PICCO, Eugenia | ACIAR, Mariana Mabel

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

GB: 8160 /uL	PCR: 40 u/L	TP: 14'' 86%
HCT: 17,1 %	UREA: 118 mg/dl	RIN : 1,02
HB: 5,7 mg/dl	CREAT: 0,9 mg/dl	ALB: 2,8 g/dl
PLQT: 176000 /uL	GOT: 24 u/L	
VSG: 18 mm	GPT: 28 u/L	

**Introducción:** El Strongyloides Stercoralis (SS) es un nematodo intestinal que afecta a áreas tropicales y subtropicales. En inmunocompetentes suele ser asintomático manifestándose sólo mediante eosinofilia o enfermedad limitada al tubo digestivo. En inmunodeprimidos se comporta como una enfermedad oportunista, teniendo mayor riesgo de presentar formas diseminadas y severas, lo cual ha sido denominado Síndrome de Hiperinfección por Strongyloidiasis (SHS), provocando diseminación masiva de larvas filariformes que comprometen órganos que usualmente no están involucrados como el corazón, pulmones, ganglios linfáticos, hígado, sistema nervioso central y músculo esquelético. La afección pulmonar, puede variar desde infiltrados migratorios a la Hemorragia Alveolar Difusa (HAD), con alta mortalidad (cerca del 90%). Las enfermedades reumáticas, tales como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), y sus tratamientos constituyen una condición de inmunocompromiso, que podría asociarse a mayor virulencia y diseminación de SS, mediada por activación de receptores diesteroides de los nemátodos y disminución de la inmunidad mediada por células Th2.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de una paciente con LES y HAD, debida a SHS.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 27 años de edad, sexo femenino, procedente de Tartagal (Salta, Argentina) con diagnóstico de LES de 2 años de evolución (criterios ACR/EULAR), diagnosticado por poliartritis, síndrome nefrótico con biopsia renal compatible con Glomerulonefritis lupica proliferativa grado IV (GLp), serositis (derrame pleural y ascítico), úlceras orales, caída del cabello, fotosensibilidad y rash malar, FAN positivo 1/1280, AntiDNA positivo, Anti SM positivo.

**Resultados:** Recibió tratamiento con 5 pulsos mensuales de ciclofosfamida (CYC) asociado a 60 mg de metprednisona diarios en descenso, hidrocortisona y profilaxis. Fue derivada desde su centro de origen en asistencia respiratoria mecánica, donde cursó internación por 7 días por diagnóstico de gastroenteritis aguda evolucionando con falla renal e insuficiencia respiratoria con caída brusca del hematocrito. Laboratorio Ingres: (anexo 1). Tomografía Computada de Tórax de Alta resolución (TAC-AR) informa condensación paracintomatoso basal bilateral asociada a infiltrado difuso con imagen en vidrio esmerilado que afecta la totalidad del pulmón remanente bilateral (anexo 2); condensación parenquimatosa basal bilateral e infiltrados en vidrio esmerilado en la totalidad de ambos campos pulmonares. Se descarta sangrado digestivo alto por videoendoscopia. Se interpreta el cuadro clínico como reactivación de la enfermedad de base, complicada por sepsis a con probable foco gastrointestinal y/o pulmonar, por lo que se inicia tratamiento empírico con Imipenem y Vancomicina, 3 pulsos de Metilprednisolona 1 gramo/dosis, Rituximab 500 mg EV. Se solicitan anticuerpos anti-tosolipidos. A las 72 horas (hs) se realiza Fibrobroncoscopia (FBC) con lavado broncoalveolar (BAL) demostrándose sangrado alveolar, sin sangrado a nivel de los bronquios fuertes y segmentarios. El informe directo de BAL demuestra un 20% de macrófagos cargados con hemoderivado, y larvas de SS. Se aísla en los hemocultivos, urocultivo y cultivo de BAL: pseudomona Aeruginosa multiresistente (sensible a colistin). Se inicia tratamiento con Colistin e Ivermectina diaria ajustadas a función renal. Evoluciona con falla multiorgánica y fallece.

**Conclusiones:** El presente caso, plantea la correlación clínica entre el LES y la presentación de un cuadro de HAD como actividad de la enfermedad de base. La confirmación de la HAD a través de una fibrobroncoscopia y de las larvas de SS, constituye al SHSS como un diagnóstico diferencial en el huésped inmunocomprometido. El mecanismo de acción podría corresponder a perforación parastática de alveolos, siendo el mismo para afectación multiorgánica. En este caso, sospechado o diagnosticado al SHS, el tratamiento sugerido es Ivermectina 200 mcg/kg vía oral, rectal, subcutánea o parenteral. En los casos refractarios puede combinarse con Albendazol. Se sugiere continuar con dosis mensuales de Ivermectina por 6 meses o mientras dure el tratamiento inmunosupresor. El uso de ivermectina en quimioprofilaxis también ha sido postulado.

**Palabras Claves:** Lupus Strongyloides Stercoralis Síndrome de Hiperinfección Lavado broncoalveolar

128

**0128 - SEROPREVALENCIA DE VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

PICCO, Eugenia | CUCCHIARO, Natalia Lili | ACIAR, Mariana Mabel | BUSCHIAZZO, Emilio Andrés | JUAREZ, Ricardo Vicente | ROJAS TESSEL, Romina Ivana | MARINO, Gabriela | RAMÓN, Claudia | LENCINA, María Verónica | GARAY, María Eugenia | CRESPO, María Elena

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

**Introducción:** La infección por virus de Hepatitis es la principal causa de enfermedad hepática crónica a nivel mundial, con una prevalencia de 0,7-6,1% según la región. En un estudio realizado en la población general en el año 2000 en Salta se constató una prevalencia para antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) de 0,07% y para anticuerpo anti-antígeno del core de la hepatitis B (anti-HBc) de 9,3%. Otras publicaciones anteriores reportan mayores prevalencias en localidades del Chaco Salteño. El conocimiento del estado serológico para hepatitis en pacientes con artritis reumatoidea (AR) tiene implicancias en el tratamiento y seguimiento de dichos pacientes.

**Objetivos:** Estimar la seroprevalencia de virus de hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC) en una muestra de pacientes con AR y sus asociaciones. Objetivo secundario: Describir los motivos de solicitud de la serología.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con AR que se realizaron serología para VHC y VHB con determinación de AntiHBc, HBsAg y anti-antígeno de superficie de la hepatitis B (AntiHBs) entre enero y junio del 2016 en el Hospital Señor del Milagro de Salta. Se revisaron historias clínicas para consignar datos sociodemográficos, datos relacionados a la enfermedad y su tratamiento. Estadística: los datos categóricos se expresaron en frecuencia y porcentaje y los continuos en mediana y rango intercuartil (RIC). Se realizaron comparaciones mediante chi cuadrado, test exacto de Fisher, test de T o Mann Whitney según correspondiera. Se consideró una p < 0,05 como significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes, 67 (85,9%) de sexo femenino, edad mediana de 43 años (RIC: 33,7 - 54,2), mediana de evolución desde el diagnóstico de 36 meses (RIC: 0 - 114), DAS28: 4,85 (RIC: 3,8 - 5,6), HAQ-II: 1,25 (RIC: 0,71 - 1,81). El metotrexato fue la DMAR más utilizada 66 (84,6%) seguido de leflunomida 11 (14,1%), 46 (59%) recibían AINE y 6 (7,7%) terapia biológica. Del total, 24 (30,8%) presentaron dislipemia, 9 (11,5%) obesidad y 5 (6,4%) diabetes tipo 2. Ningún paciente presentó HBsAg positivo, mientras que el AntiHBc tuvo una frecuencia de 8/76 (10,3%) y AntiHBs 2 (2,6%). No se hallaron pacientes seropositivos para VHC. El motivo más frecuente de solicitud de las serologías fue actualización de las mismas 28 (35,9%), hallándose 2 (7,4%) AntiHBc positivos, seguido de inicio de DMAR 24 (30,8%), con 3 (12,5%) positivos y reinicio de DMAR 18 con 2 (11,1%) positivos. En aquellos pacientes cuya procedencia era la región del Chaco Salteño hubo una tendencia a mayor frecuencia de AntiHBc que en el resto (3/7 (42,9%) vs 9/66 (13,6%), p = 0,08), no pudiéndose evaluar, por su bajo número, la asociación con profesiones de alto riesgo (n=2). De los 8 pacientes positivos para AntiHBc 1 tuvo alteraciones de las transaminasas, vinculable al tratamiento con metotrexato.

**Conclusiones:** La seropositividad para AntiHBc fue de 10,3%, la cual es alta comparada con la prevalencia nacional y mundial pero comparable con la reportada en la provincia de Salta en estudios previos en la población sana. No hubo casos de HBsAg positivo y el AntiHBs no pudo ser evaluado al ser realizado solo en 2 pacientes, lo cual constituye una debilidad importante del presente estudio ya que no se puede determinar si la seropositividad para el AntiHBc se debe a curación, infección oculta o falso core. No se registraron casos positivos de VHC. Recalamos la importancia no solo de solicitar serologías previo al inicio de DMAR, sin también considerar actualizarse durante el seguimiento.

**Palabras Claves:** Artritis Hepatitis Serología

129

**0129 - PIODERMA GANGRENOSO Y ARTERITIS DE TAKAYASU**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

PICCO, Eugenia(1) | BUTTAZZONI, Natalia(2) | ALONSO, María Daniela(2) | CUCCHIARO, Natalia Lili(1) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | ROJAS TESSEL, Romina Ivana(1) | JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | BUSCHIAZZO, Emilio Andrés(1) | LENCINA, María Verónica(1) | CRESPO, María Elena(1)

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO (1); HOSPITAL SAN BERNARDO (2)**

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis sistémica idiopática que se caracteriza por arteritis granulomatosa de la Aorta y sus ramas. Las manifestaciones cutáneas ocurren en un 8 a 28% de los pacientes con AT. El pioderma gangrenoso (PG) es una vasculitis neutrofílica asociada frecuentemente a enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoidea y menos frecuentemente a AT.

**Resultados:** Paciente de sexo femenino de 23 años con antecedente de internación en 2013 por iniciar con pústula y posterior úlcera secundaria a colocación de piercing en ombligo de tórpida evolución, fue derivada a servicio de clínica médica luego de varios esquemas antibióticos por presentar lesiones de similares características a sístos de venopunción en miembros superiores. Se realiza biopsia artibudosa al diagnóstico de vasculitis neutrofílica compatible con PG con buena respuesta a corticoides. Se realizó endoscopia alta y baja normal. La paciente fue dada de alta con baja adherencia a corticoides presentando nuevas lesiones en abdomen y miembros superiores, se reinterna y reinicia esteroides más micofenolato. Presentó buena evolución y cumplió tratamiento por dos meses. En octubre de 2016 concurre a guardia externa habiendo suspendido tratamiento dos meses previos por presentar dolor, cambio de coloración y disminución de la fuerza de miembro superior (MMSS) izquierdo, se solicitó ecodoppler de MMSS que la paciente no realizó. En Febrero de 2017 la paciente consulta a servicio de clínica médica por presentar mareos con sensación de desvanecimiento y cefalea intensa 8/10 holocraneana, opresiva, intermitente de un mes de evolución y cinco días previos a la consulta pérdida de la visión bilateral acompañada de acufenos. Al examen físico no se palpaban pulsos en MMSS bilateral y se ausculta soplo carotídeo derecho. Laboratorio: GB 8.400/uL, Hb 10,7g/dl VCM 76fL Plaquetas 298.000/uL Creatinina 0,4mg/dl, VSG 35mm/1 hora, PCR 26,5mg/dL. Se realizó Anagnotografía: áreas de estenosis sobre carótida primitiva derecha, carótida primitiva izquierda y carótida interna izquierda. La arteriografía evidenció obstrucción severa del 80% de la vertebral derecha. Carótida derecha con lesión severa en carótida común de 12 cm de largo, que llenaba circulación intracraneana. Carótida izquierda común con estenosis severa en su tercio medio y carótida externa ocluida que se llena por circulación colateral. Arteria subclavia derecha con estenosis progresiva. Arteria vertebral izquierda con lesión severa. Aortograma abdominal y arterias renales normales. Se indicaron pulsos con metilprednisolona y se inició metotrexato. Paciente presentó mejoría inicial con recuperación parcial de los pulsos. Consulta a reumatología donde se constata ausencia de pulsos en MMSS derecho, con disminución importante de pulsos en MMSS izquierdo, soplo carotídeo bilateral con frémito, claudicación de MMSS. Trae ecodoppler de vasos de cuello con empeoramiento de estenosis de carótida primitiva izquierda. Paciente con regular adherencia a corticoides y cumple tratamiento con metotrexato, se decide iniciar Tocilizumab.

**Conclusiones:** Motiva la presentación del caso la baja prevalencia de asociación entre AT y PG reportado en la bibliografía. La presencia de PG de localización atípica obliga descartar patología subyacente como enfermedad inflamatoria intestinal que se descartó en este caso. Ya que al inicio de las manifestaciones cutáneas no había síntomas indicativos de vasculitis sistémica no se realizó el diagnóstico de AT en forma precoz. Debido a la progresión de la obstrucción a nivel carotídeo a pesar de tratamiento con metotrexato y glucocorticoides se indicó tocilizumab.

## 130

## 0130 - ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: GRUPO DE ESTUDIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

ORTIZ, Alberto(1) | PAIRA, Sergio Oscar(1) | GANDINO, I(2) | SCOLNIK, M(3) | CAEIRO, F(4) | BAENAS, D(5) | ASTE, N(6) | BARTEL, G(7) | DUARTES NOE, D(8) | PISONI, C(9) | CATEGGIO, C(10) || |

SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (1); SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (3); SERVICIO REUMATOLOGÍA HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (4); SERVICIO REUMATOLOGÍA HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA (5); CIUDAD DE RESISTENCIA (6); SERVICIO REUMATOLOGÍA HOSPITAL BRITÁNICO BUENOS AIRES (7); SERVICIO REUMATOLOGÍA HOSPITAL BRITÁNICO BUENOS AIRES (8); REUMATOLOGÍA CEMIC BUENOS AIRES (9); REUMATOLOGÍA CEMIC BUENOS AIRES (10); HOSPITAL RECONEQUISTA (11); SERVICIO REUMATOLOGÍA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL MILAGRO (12); SERVICIO REUMATOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DEL MILAGRO (13)

**Introducción:** La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno fibro-inflamatorio sistémico de origen desconocido. Hasta el momento no se ha publicado información sobre cómo se comporta la enfermedad en los países latinoamericanos.

**Objetivos:** Describir manifestaciones clínicas, serología y tratamiento en una cohorte de pacientes con ER-IgG4 de Argentina.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de cohorte de pacientes diagnosticados con ER-IgG4. Los pacientes fueron reclutados de 8 centros de referencia en reumatología de la República Argentina. Para ser incluidos en el registro los pacientes deben cumplir los "Comprehensive clinical diagnostic criteria for IgG4-RD".

**Resultados:** Treinta y siete pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de inicio fue de 56 años (rango 21-77). Veintinueve pacientes eran varones y 16 mujeres. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron manifestaciones oftálmicas 20/37 (54%), síntomas constitucionales en 18/37 (49%) de los pacientes, linfadenopatía 17/37 (46%), glándulas salivales 15/37 (40%), pancreatitis autoinmune 12/37, Afectación Pulmonar 9/37 (24%), glándulas lagrimales 8/37 (22%) y pérdida auditiva sensorineural 5/37 (14%).

**Conclusiones:** Se describe la primera cohorte argentina de pacientes con ER-IgG4. Los hallazgos clínicos en nuestros pacientes no difirieron de las series previamente publicadas.

**Palabras Claves:** Inmunoglobulina IgG4, enfermedad relacionada a IgG4

## 131

## 0131 - ANTICUERPOS ANTI RNA POLIMERASA III EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DE CENTROS ASISTENCIALES DE ARGENTINA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Etc

GARGIULO, Maria de Los Angeles(1) | BUHL, Manuel(1) | KHOURY, Marina(1) | GOMEZ, Graciela Noemi(1) | COLLADO, Maria Victoria(1) | PEREZ, Nicolas(1) | SUAREZ, Lorena Verónica(1) | SARANO, Judith(1) | MUNOZ CANTOS, Nevil Alejandro(2) | BAZZALO, Ignacio(2) | ORMAZA SABANDO, Miguel Ramon(2) | MONTOYA, Sandra Fabiana(2) | NAVARRO, Sandra(3) | SANCHEZ, Gabriela(3) | PENDON, Gisela Paola(4) | MOLINA, Maria Josefina(5) | MAMANI, Marta(6) | REMOLINA RINCÓN, Iván Dario(7)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (3); HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ LA PLATA (4); HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO (5); HOSPITAL RIVADAVIA (6); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (7)

**Introducción:** La Esclerosis Sistémica (ES) cursa con anticuerpos (Ac) específicos, existiendo actualmente la posibilidad de detectar el Ac anti-RNA polimerasa III (anti-RNA Pol III). Su presencia parece estar asociada a diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad y según la cohorte estudiada, su frecuencia es muy variable.

**Objetivos:** Describir la frecuencia del anti-RNA Pol III en pacientes con ES y explorar diferencias demográficas, clínicas y de laboratorio con un grupo de pacientes con ES y el Ac negativo

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron sueros de pacientes mayores de 18 años con ES (ACR/ EULAR 2013), provenientes de 7 centros (4 de CABA, 2 del Gran Buenos Aires y 1 de Rosario), que forman parte del GESAR de Esclerodermia. Se recolectaron datos demográficos característicos clínicos de la enfermedad, y de laboratorio. Los sueros fueron evaluados por ELISA para la presencia de anti-RNA Pol III (VC: 40-80 U positivo moderado, > 80 U positivo fuerte). Para comparar proporciones: prueba exacta de Fisher y para variables numéricas: t-test de Mann-Whitney. Se consideró significativas una p<0.05. Los datos se analizaron con Stata11.0.

	RNA pol III (+), n=8	RNA pol III, n=37	p
Sexo femenino	8	26	0.5020
Edad al diagnóstico	45 (1-78)	62 (43-87)	0.0161
Morbosidad	4	29	0.252
ES Difusa	3	6	0.245
Años de evolución	5	5	0.944
Sínd de Sjogren	0	3	0.522
Pitting scars	6	7	0.008
Score de Rodnan	9 (1-25)	8 (-8-46)	0.2151
HTP	3	1	0.022
CTP	1	9	0.023
ACA (+)	2	15	0.246
Sc 70 (+)	6	2	0.600
ACA y Sc 70 (-)	6	11	0.063

**Resultados:** 135 pacientes con ES, 125 mujeres, mediana (m) de edad al diagnóstico de 53,15 años (rango 12-87). Etnia según GLADEL: 26 caucásicos, 72 mestizos, 19 amerindios, en 18 pacientes no se consignó la etnia. m de evolución de la enfermedad: 5 años (rango 0-41). 26 ES difusas, 105 ES limitadas, 4 sine esclerodermia. 75/130 ACA (+) (57,7%), 17/126 Sc70 (+) (13,5%), 36/43 on ACA y Sc70 (-). El anti-RNA Pol III fue (+) en 8 pacientes (5,93%), 3/8 forma difusa y 5/8 ES limitada, 6 Sc70 y ACA (+), m de título de 104 U (rango 87-117); 2 pacientes ACA (+), con m de título de 43,5 U (rango 43-44). De los 36 con ACA y Sc70 (-), 6/36 RNA Pol III (+). La única paciente con crisis renal tuvo RNA Pol III (+). Para comparar el grupo positivo contra un grupo control, se tomó una muestra aleatoria de los 127 anti-RNA polimerasa III negativos. Se seleccionaron 32 para que la relación caso control fuera 1:4. Ver tabla adjunta

**Conclusiones:** El 5,93% de los pacientes con ES fue RNA Pol III (+). En esta serie de pacientes de centros asistenciales de Argentina, que incluyen pacientes de etnia mestiza y amerindia, la frecuencia hallada del Ac estuvo en el rango menor de lo reportado en diferentes cohortes. 6/36 pacientes con ACA y Sc70 (-) tuvieron RNP pol III como único marcador. El Ac estuvo presente en 3/26 (11,5%) ES difusas y en 6/105 (5,7%) ES limitada. No se encontraron diferencias en sexo, etnia y formas clínicas al comparar con el grupo RNA pol III negativo pero aquellos con el Ac presentaron menor edad al diagnóstico, mayor frecuencia de HTP y de pitting scars.

**Palabras Claves:** Esclerosis Sistémica, anti RNA polimerasa III

## 133

## 0133 - HALLAZGOS DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTISINTETASA EN UNA COHORTE ARGENTINA DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

BRAILLARD POCARD, Andrea Susana | GOMEZ, Ramiro | GARCIA CARRASCO, Marina | PINO, Maria | DUBINSKY, Diana

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias (MIA) son enfermedades autoinmunes que se caracterizan por afectación cutánea, muscular y respiratoria. Los anticuerpos específicos de miositis le confieren características propias. El síndrome anti sintetasa (SAS) puede presentar miositis, artritis, fenómeno de Raynaud (FRY), manos de mecánico, compromiso intersticial pulmonar (EPI) y anticuerpos antisintetasa (AAS).

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas de pacientes con MIA con AAS y compararlas con pacientes con MIA con otros anticuerpos.

Tabla 1	Jo1	PL12	Otros MIA
Mujeres	29%	30%	37%
Inicio diagnóstico	3,2 (1-12) meses	12 (1-12) meses	7,6 (1-72) meses
Artritis	23%	30%	23%
Debilidad Muscular	23%	30%	73%
Compromiso Cutáneo	30%	100%	55%
EPI	0	0	17%
Manos de mecánico	0	0	3%
FRY	30%	30%	38%

FAN (hep-2), Ro, aCCP, LIA miositis (BIOARS-LIA MIOSITIS @ M12, PL12, SRP, PM/SCC, Ku).

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con MIA, 6 (15%) con AAS (4 Jo-1; 2 PL12). La tabla 1 muestra los síntomas al inicio de la enfermedad. GRUPO JO1: Medio de edad al diagnóstico 36 (12-50) años, 50% mestizos. En la evolución desarrollaron: 25% artritis, debilidad muscular, síntomas cutáneos, 50% FRY y EPI. 75% debió como otra MIA, presentando posteriormente síntomas de SAS. No hubo manos de mecánico. Todos tuvieron FAN+, Ro+ 50%, enzimas musculares aumentadas y EMG miopático 50%. Un paciente con factor reumatoide y aCCP +, cumplió criterios de AR. 75% realizó tratamiento con glucocorticoides (GCC) vía oral (vo), 50% requirió al menos un DMARS, 1 gammaglobulina y ciclofosfamida ev por EPI. GRUPO PL12: promedio de edad al diagnóstico 38,5 (36-41) años, ambos mestizos. En la evolución: ambos presentaron EPI, 50% artritis, FRY, manos de mecánico y compromiso cutáneo. Desde el inicio tuvieron síntomas de SAS. En ambos se encontró: enzimas musculares aumentadas y Ro+, 1 con factor reumatoide y aCCP+, sin cumplir criterios de AR. Los pacientes requirieron GCC vo, y azatioprina por EPI. En estos grupos no hubo mortalidad ni neoplasias asociadas. GRUPO MIA no anti sintetasa (17 DM, 2 DMIA, 18 PM), 79% mestizos, promedio de edad al diagnóstico 43,5 (14-74) años. En la evolución desarrollaron: artritis 23%, debilidad muscular 58%, compromiso cutáneo 55%, EPI 29%, manos de mecánico 3%, FRY 38%. Hubo 2 casos de neoplasias y 3 de muerte. 79% presente FAN+, 38% Ro+, 73% enzimas musculares aumentadas, 17% biopsias compatibles y 44% EMG miopático, 8% requirió GCC ev, 5,8% ciclofosfamida ev y 8% gammaglobulina por compromiso muscular.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte hubo menos frecuencia de AAS. No hubo diferencias de sexo y edad. El retraso diagnóstico en el grupo PL12 fue mayor. No hubo neoplasias asociadas. Encontramos más casos de artritis en el grupo PL12, uno de los pacientes presentaba además anti CCP, sin cumplir criterios de AR. Hubo un caso de AR en grupo Jo1. Hallamos más Ro+ en el grupo de SAS. Los pacientes con SAS tuvieron más frecuencia de FRY, manos de mecánico y compromiso pulmonar, que fue la principal causa de inmunosupresión. Las otras MIA presentaron mayor debilidad muscular desde el inicio, siendo esta la principal causa de inmunosupresión, algunos pacientes precisaron GCC ev y gammaglobulina por esto.

**Palabras Claves:** MIA, SAS.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte descriptivo y corte transversal. Se incluyeron pacientes con criterios de Bohan/Peter para MIA y se los clasificó según presencia o no AAS. Se recabaron datos demográficos, fecha de inicio de síntomas y diagnóstico, manifestaciones al inicio y evolución, tipo clínico de miopatía (dermatomiositis DM, polmiositis PM, SAS, dermatomiositis amioepática DMA), tratamientos, neoplasia asociada, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), definida por tomografía de alta resolución de tórax y/o DLCO ≤ 80%, anticuerpos:

## 134

## 0134 - TRASTORNOS DEL SUEÑO, DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS: SU IMPACTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les | Saf - Unidad Temática 2: Otros

SEEWALD, Adriana | SAPAG DURAN, Sandy | QUIROZ, Romina | BETANQUOT, Andres | BERON, Ana Maria | GARCIA CARRASCO, Marina | DUBINSKY, Diana | GOMEZ, Ramiro | ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andrés

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan manifestaciones neuropsiquiátricas que interfiere con su calidad de vida, relaciones sociales y productividad. El sueño es importante para la restauración, protección y mantenimiento de la homeostasis. Los desórdenes del sueño están presentes en más de la mitad de los pacientes con LES y están asociados con mayor índice de actividad, fatiga, depresión e incapacidad.

**Objetivos:** Evaluar la calidad del sueño en pacientes con LES y compararlo con sujetos sanos. Evaluar la relación entre trastornos del sueño y manifestaciones clínicas, de laboratorio, actividad y daño acumulado.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, tipo caso-control. Casos: pacientes >18 años con LES (ACR 1997) en forma consecutiva desde enero a julio de 2017 en condiciones de comprender el Consentimiento Informado y los cuestionarios. Se excluyeron: embarazo, obesidad, DBT, apnea del sueño, EPOC, narcolepsia, neoplasias, ICC, I Renal. Se evaluaron: afección orgánica previa, nivel educativo (años) y socioeconómico (Escala Graffar), fecha de diagnóstico, manifestaciones actuales, terapias previas y actuales, variables clínico demográficas, índice de actividad (SLEDIAI), índice de daño acumulado (SLICC). Se realizó interrogatorio para determinar: desórdenes psiquiátricos, neurológicos y del sueño. Controles: sujetos sanos >18 años que acepten contestar los cuestionarios. El desorden del sueño se evaluó por auto-cuestionarios: gravedad del insomnio (ISI), calidad del sueño (PSQI), depresión por BECK, escala FACIT, HAQ. Análisis estadístico: Epinfo 7. Los datos de la descripción de la muestra se refieren a  $\bar{x} \pm \text{DS}$ . Los resultados referidos en porcentaje y prevalencia se acompañan de IC 95%. Se realizó Test de Hipótesis de acuerdo con la variable analizada: Chi2 y test Fisher si fuera necesario ( $\alpha=0,05$ ).

**Resultados:** Se incluyeron 51 LES (edad media 39,6 ± 12,9, 92% mujeres) y 49 controles (edad media 41,8 ± 13,0, 88% mujeres). Resultados en tabla 1. GRUPO CON LES: tabla 2. Comorbilidades: fibromialgia, cardiovascular, hipotiroidismo, osteopenia/osteoporosis, TVP o TEP, depresión.

**Conclusiones:** Observamos que los pacientes con LES presentan más insomnio y alteraciones en la calidad del sueño comparados con los controles. En el grupo LES con insomnio encontramos mayor índice de masa corporal coincidente con mayor dosis de corticoides, así como depresión, fatiga y discapacidad funcional. No hubo diferencias significativas entre los pacientes con y sin insomnio en: edad media, etnia, escolaridad >12 años, nivel socioeconómico, tabaquismo, enolismo, sedentarismo, síntomas LES, SLEDIAI, SLICC, vitamina D, terapia inmunosupresora.

**Palabras Claves:** LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO INSOMNIO TRASTORNOS DEL SUEÑO

**Palabras Claves:** LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO INSOMNIO TRASTORNOS DEL SUEÑO

# 135

## 0135 - DEMORA DIAGNÓSTICA Y DAÑO DE ÓRGANO EN VASCULITIS ANCA ASOCIADAS

**Modalidad:** Póster - **Unidad Temática:** Vasculitis / Prm  
**VERGEL, Linda** | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana | **BRIGANTE, Jorge Alejandro** | BALCAZAR PARDO, Ruth Edith | GARATE, Gabriela | CAMARGO, Fabiola | GOMEZ, María Gimena | HAMAUU, Adriana | DUBINSKY, Diana  
**SANATORIO GÜEMES**

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades multisistémicas. La sobrevida con tratamiento es de 30-70%, con recaídas del 38%. El retraso diagnóstico, ha sido descrito en la cohorte REVAS en 3 meses para la mayoría de los pacientes, 14% a los 6 meses y 6% a 12 meses, similar a lo encontrado por Mohammad et al en la evaluación de tasas de incidencia y supervivencia de las VAA. Esta demora, podría relacionarse con mayor índice de daño de órgano (VDI). El VDI describe el daño acumulado, predice pronóstico y distingue actividad de las secuelas de la enfermedad, tratamiento o comorbilidad. Se puede calcular en forma acumulativa desde el 3er mes del diagnóstico. Pacientes con > 5 ítems de la escala por 6 meses tienen un riesgo de muerte de 17:1 comparado con ítem de < 5.

**Objetivos:** Evaluar la demora diagnóstica y su efecto en el VDI de pacientes con VAA.

Demora Dx	VDI 3 meses (media / r / p)	VDI 12 meses (media / r / p)
<6 meses	3.8 (1-7) / 0.57 / 0.0005	5.08 (2-7) / 0.60 / 0.0002
>6 meses	5.4 (3-7) / 0.92 / 0.0001	7 (5-10) / 0.93 / 0.0001

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, corte transversal. Incluyó pacientes > de 18 años con VAA según criterios ACR 1990/ Chapell Hill 2012, desde 01/2013 hasta 06/2016, en seguimiento durante un año. Se registraron datos demográficos (edad, género, sexo), comorbilidades, tipo de vasculitis, demora diagnóstica en: < 6 meses y > 6 meses. Laboratorio: ANCA (IFI), anti MPO, anti PR3 (ELISA). Se calculó: el BVAS3 (0-63), FFS y el VDI (0-64) que incluye 64 ítems de daño agrupado en 11 órganos: músculo esquelético, piel, ENT (oído, nariz, garganta), pulmonar, cardiovascular, vascular periférico, renal, gastrointestinal, oftalmológico, neuropsiquiátrico y daño por toxicidad a drogas (falla gonadal, falla medular, diabetes, cistitis química, neoplasia). Análisis Estadístico Se realizó un análisis descriptivo. Las variables categóricas por test de Chi2 y las continuas por test de Student y Mann Whitney. Se calculó el OR y se asoció a intervalos del 95% de confianza. Coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados fueron procesados con programa Epi Info v7 significancia estadística 5% (<0.05).

**Resultados:** De 27 pacientes evaluados se excluyeron 10, por falta de datos. Varones 9/17(51%), edad media 56 años (30-77), comorbilidades: HTA 10 (59%), DBT 5 (30%), tabaquismo 5 (30%), EPC 1 (6%), EPCC 1 (6%). Tipo de vasculitis P-ANCA en 10 (59%), ANCA-c 90% (PR3 en 9), pANCA en 5 (30%) todos ANCA-p y MPO (90%), EGPA en 2 (11%) ANCA-p (100%). Síntomas previos al dx: constitucionales (fiebre, pérdida de peso, astenia) 11/17 (64%), artralgias 8 (35%), disnea 5 (30%), parestesias/disestesias 3 (18%), rinitis 2 (11%), púrpura 2 (11%), epistaxis 1 (6%), otoreja 1 (6%), úlceras orales 1 (6%), úlceras cutáneas 1 (6%), escleritis 1 (6%), hemoptisis 1 (6%), edemas 1 (6%). Demora dx: <6 meses 12/17 (70%) y >6 meses 5/17(30%). BVAS3 media de 26.4 (14-48), FFS media 2.3 (1-4). VDI a los 3 meses: media 3.81 (1-7), 12 meses 5.08 (2-10). Se encontró correlación estadísticamente significativa entre demora Dx < o > 6 meses y el VDI. (Tabla). Al año los órganos más afectados según VDI fueron riñón (82.5%), alteraciones pulmonares (59%), músculo esqueléticas (47%), ENT (41%), neuropsiquiátricas (41%), falla medular, afección cardiovascular (35%), piel y mucosas (18%), oftálmico, insuficiencia suprarrenal (12%), vascular periférico y gastrointestinal (6%).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte la demora diagnóstica al igual que en la literatura es menor a 6 meses. La demora se puede explicar por la amplia heterogeneidad de los síntomas iniciales, generando un impacto negativo en el pronóstico clínico y daño irreversible de órgano evidenciado con el VDI. Estos hallazgos reiteran la necesidad del seguimiento y evaluación clínica frecuente. Dado que la afección multiorgánica es común en las VAA es indispensable el uso de herramientas clínicas validadas como el BVAS, VDI, BVAS / WG, Índice de Extensión de la Enfermedad y el Five Factor Score (FFS) que tiene un alto grado de correlación y confianza y deben ser parte del seguimiento de las VAA.

**Palabras Claves:** Índice de daño VDI VAA

# 138

## 0138 - SÍNDROME AUTOINMUNE/INFLAMATORIO INDUCIDO POR ADYUVANTE

**Modalidad:** Póster - **Unidad Temática:** Otros

**MORA, Gabriela Fernanda**

### SECCIÓN INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**Introducción:** El síndrome descrito por Agmon-Levin y Shoenfeld en 2011 (ASIA en inglés) comprende un grupo de entidades que derivan de los eventos inmunológicos secundarios a la introducción en el organismo de sustancias adyuvantes, como las siliconas, sílice, solventes, vacunas, metales, etc., en individuos genéticamente susceptibles (CMH DRB1\*01, DQB1, entre otros). Entre ellas se encuentran la siliconosis, el síndrome de la Guerra del Golfo, la miofascitis macrofágica, el síndrome del edificio enfermo y los fenómenos post-vacunación. Alijotas-Reig y cols. ampliaron esta clasificación respecto de las latencias y los materiales involucrados (2015) Se presentan cinco casos clasificables como ASIA, y los mecanismos fisiopatogénicos que conducen a su expresión.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con este recientemente descrito síndrome en nuestro medio.

**Materiales y Métodos:** Revisión de historias clínicas de pacientes de la Sección Inmunología Clínica entre 2008 y 2017. Clasificación de los pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes de acuerdo con criterios del ACR. Selección de los pacientes clasificables como ASIA de acuerdo con ambos grupos de criterios: Shoenfeld y Alijotas Reig.

**Resultados:** Se revisaron 450 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes del periodo 2008-2017. Aplicando ambos grupos de criterios diagnósticos, se hallaron 5 casos clasificables como ASIA. Caso 1: mujer de 83 años caucásica. Trabajó desde 1970 en la industria textil y en el hornado y esmaltado de cerámicas. Veinte años después sufrió artritis, manos hinchadas, fenómeno de Raynaud y fibrosis pulmonar. Diagnóstico: esclerodermia y gammopatía monoclonal de significado incierto. Se revisaron 450 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes del periodo 2008-2017. Aplicando ambos grupos de criterios diagnósticos, se hallaron 5 casos clasificables como ASIA. Caso 2: varón de 57 años, caucásico. Trabaja desde 1984 en la fundición de metales y por espacio de 20 años, comenzó entonces con un cuadro de neumonitis crónica, diarrea y dolor abdominal. Fue diagnosticado como pancreatitis, neumonitis y enteritis linfocitarias. Caso 3: mujer de 41 años de edad, caucásica. Psicopedagoga. Sufrió en 2000 cáncer de tiroides. En 2005 se sometió a un implante mamario de siliconas. Desde 2012 comienza con fenómeno de Raynaud, alopecia y síndrome de ojo seco. Fue diagnosticada como enfermedad celiaca en 2013 y esclerodermia temprana en 2015. Caso 4: mujer de 27 años, caucásica. Licenciada en marketing. Fue sometida a implante mamario de siliconas en 2010. En 2016 comienza con fenómeno de Raynaud, endurecimiento cutáneo y microstomatia rápidamente evolutivas, acompañadas de alveolitis. Fue diagnosticada como esclerodermia difusa. Caso 5: varón de 32 años, caucásico. Gendarme en actividad. Recibió vacuna antipaludica según referencia del paciente, en abril de 2016. Semanas más tarde comenzó con fiebre, mialgias progresivas y debilidad muscular. Presentó eritema heliotropo y parálisis radial bilateral. Fue diagnosticado como miopatía inflamatoria.

**Conclusiones:** La enfermedad inducida por adyuvante es un concepto de larga data. El término ASIA propone incorporar varias entidades en un mismo espectro de enfermedad. Es necesario la identificación de grupos de riesgo y factores determinantes para evitar su desarrollo en individuos que recibirán algún tipo de adyuvante a lo largo de su vida.

**Palabras Claves:** Síndrome Autoinmune Inflamatorio Inducido por Adyuvante

# 136

## 0136 - POLICONDRITIS RECIDIVANTE: UNA BUENA RESPUESTA A METOTREXATO

**Modalidad:** Póster

**Unidad Temática:** Casos Clínicos

**Unidad Temática 2:** Etc

**VANDALE, Juan Manuel** | **ACHILLI, Carla** | **CUADRANTI, Nadia** | **ROLLA, Ignacio** | **ZAPATA, Paola** | **ABDALA, Marcelo**

### HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO

**Introducción:** La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria recurrente que afecta a los cartílagos. Cursa en brotes agudos siendo su evolución progresiva, pudiendo ser mortal.

**Objetivos:** Paciente de 36 años sin antecedentes previos consulta por tumefacción difusa de 2º dedo de mano derecha de 3 meses de evolución agregando tumefacción y dolor en ambos carpos y metacarpofalángicas. Relata eritema y dolor en pabellones auriculares del mismo tiempo de evolución. Al examen físico: Dactilitis 2º de mano derecha, tumefacción de ambos carpos y metacarpofalángicas Eritema en ambos pabellones auriculares.

**Materiales y Métodos:** En la analítica presento Htc 41 Hb 13 Gb 10400 VES 40 PCR 17 TSH 17 AntiTPO >600. Serología viral VDRL -, HIV -, HVB -, HVC -. Inicia tratamiento con prednisona 10 mg control en 15 días con Hepatograma. Agrega nariz en silla de montar por lo que se realizó evaluación por ORL que realiza Fibroscopia nasal y laringea no observando compromiso mucosa y se observa discreta estenosis subglótica. Se solicitó TAC de Cuello y Torax observando discreta reducción del calibre de la luz en topografía de la union laringotraqueal, no observándose engrosamiento o irregularidades de pared a dicho nivel.

**Resultados:** Se agrega Metotrexato 15 mg y Prednisona 40 mg por 1 mes luego se comienza descenso de corticoides. Presenta franca mejoría de tumefacción articular, tumefacción de ambos carpos y dactilitis. Se repite fibroscopia sin evidenciar estenosis subglótica.

**Conclusiones:** Se presenta caso por la infrecuencia del mismo y por la buena respuesta en este caso a metotrexato/prednisona que presentó la paciente.

**Palabras Claves:** Policondritis recidivante Condritis articular Dactilitis

# 140

## 0140 - TENDENCIA EN DEMORA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. DATOS DE UNA COHORTE INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA. ESTUDIO ASAS-COMOSPA

**Modalidad:** Póster - **Unidad Temática:** Espondiloartritis / Aps

**PEREZ ALAMINO, Rodolfo(1)** | **MALDONADO FICCO, Hernán(2)** | **MOLTÓ, Anna(3)** | **WAIMANN, Christian(4)** | **MALDONADO COCCO, José(5)** | **DOUGADOS, Maxime(3)** | **LANDEWE, Robert(6)** | **VAN DER HEIJDE, Désirée(7)** | **VAN DEN BOSCH, Filip(8)**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS PTE NICOLÁS AVELLANEDA (1); CLÍNICA DEL SUD, RÍO CUARTO (2); HOSPITAL COCHIN (3); HOSPITAL DR. HECTOR CURA (4); FACULTAD DE MEDICINA, UBA (5); ARC, AMSTERDAM & ATRIUM MC HEERLEN (6); LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (7); GHENT UNIVERSITY HOSPITAL (8)**

**Introducción:** La demora diagnóstica representa uno de los grandes desafíos en pacientes con Espondiloartritis (EspA).

**Objetivos:** Evaluar la tendencia en la demora diagnóstica en pacientes con EspA durante las últimas décadas, y su asociación con el desarrollo de criterios de clasificación ASAS 2009 y presentación clínica.

**Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de EspA (axial y/o periférica) pertenecientes al estudio multicéntrico internacional para la evaluación de Comorbilidades en EspA (ASAS-COMOSPA). El inicio de la enfermedad fue definido como la primera manifestación musculoesquelética relacionada con la EspA o diagnóstico de compromiso extraarticular (uveítis, psoriasis y/o enfermedad inflamatoria intestinal). Adicionalmente, en aquellos pacientes que debutaron con compromiso extraarticular aislado, desarrollamos un análisis secundario definiendo inicio de enfermedad al momento de la primera manifestación musculoesquelética. Se calculó demora global al diagnóstico y estratificada según década de inicio de la enfermedad y presentación clínica inicial. Se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple, estratificando los pacientes en diagnóstico temprano vs. tardío utilizando como punto de corte 2 años. Las variables independientes incluidas fueron década de inicio de la enfermedad, presentación clínica inicial, sacroileítis radiológica (criterios New York modificados), sexo y edad al inicio de la enfermedad. Se estimaron las probabilidades de diagnóstico temprano para la presencia de cada predictor, manteniendo constante las demás covariables.

**Resultados:** Se incluyeron 3984 pacientes provenientes de 22 países. La mediana de demora diagnóstica fue de 2.9 (p25-75= 0.3-9.8) años. Esta demora se redujo progresivamente en las últimas décadas (Gráfico 1A). La demora en el diagnóstico fue significativamente menor en aquellos pacientes que comenzaron la enfermedad después del año 2010 comparado con aquellos que comenzaron en el periodo 2000-2010 (mediana 0.3 vs 2.7 años, p<0.01). Las manifestaciones clínicas de inicio fueron: compromiso axial aislado 46%, compromiso periférico 20%, compromiso extraarticular aislado 19% y presentación con múltiples formas clínicas 15%. Estos grupos mostraron una mediana de retardo al diagnóstico de 3.4, 3.0, 10.0 y 0.8 años, respectivamente. El análisis multivariado mostró que la probabilidad de un diagnóstico temprano se incrementó de 8% en pacientes con inicio de enfermedad antes de 1980 a un 67% después del 2010. La forma de presentación clínica inicial fue un predictor independiente de demora en el diagnóstico (Gráfico 1B).

**Conclusiones:** En las últimas décadas, la probabilidad de un diagnóstico temprano de EspA se elevó de 8% a 67%. La forma de presentación clínica inicial resultó ser un predictor independiente de demora al diagnóstico.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis, Criterios ASAS, retardo al diagnóstico



141

## 0141 - LUPUS CUTÁNEO INDUCIDO POR ANTI-TNF ALFA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Les / Saf

ABDALA, Marcelo | ACHILLI, Carla | FONSECA, Emilce | ROMBO, Graciela | RUFFINO, Juan Pablo | ZAPATA, María Paola

## HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO

**Introducción:** El lupus inducido por drogas (LID) es un síndrome que comparte características clínicas y analíticas con el lupus eritematoso sistémico (LES) y se presenta tras la exposición a ciertos fármacos entre ellos los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF alfa). Muchos fármacos pueden inducir la aparición de anticuerpos antinucleares (ANA), pero sólo una minoría de ellos provoca el desarrollo de cuadros clínicos compatibles con LES. El tratamiento con anti-TNF alfa se asocia frecuentemente con el desarrollo de ANA y anticuerpos anti-ADN. La incidencia de ANA en estos pacientes oscila entre el 23 y el 57%, en cambio la incidencia de anticuerpos anti-ADN varía del 9 al 33%. A pesar de la alta frecuencia de los mismos sólo un pequeño porcentaje de pacientes desarrolla enfermedad autoinmune. El tratamiento del LID es primariamente, la supresión del fármaco. Algunos pacientes requieren antiinflamatorios no esteroideos y corticoides en dosis bajas. Los casos graves de LID con afectación renal o neurológica pueden requerir corticoides en dosis altas e inmunosupresores generalmente con buena respuesta clínica, en cambio los títulos de anticuerpos descienden a menudo lentamente, incluso pueden persistir durante años. Resulta de interés reportar un caso de lupus inducido por drogas en una paciente con artritis reumatoidea (AR) que recibió tratamiento con adalimumab durante más de un año.

**Objetivos:** Resulta de interés reportar un caso de lupus inducido por drogas en una paciente con AR que recibió tratamiento con adalimumab durante más de un año.

**Resultados:** CASO CLÍNICO Paciente de 45 años de edad con diagnóstico de AR seropositiva erosiva de 15 años de evolución, asmática severa. Recibió tratamiento con metotrexato (MTX), agregando luego leflunomida y sulfasalazina, por falta de respuesta inició tratamiento con adalimumab en el año 2015. Suspendió MTX por compromiso pulmonar. A los 3 meses de iniciado el tratamiento con Adalimumab consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por rash malar, edema facial, artralgias en manos, codos y pies, asociado a rigidez matinal mayor a 30 minutos. En piel lesiones eritematosas en V en escote con algunas pápulas y en dorso de manos placas eritematosas y edematosas bilaterales que luego evolucionan con leve descamación. Se decide realizar biopsia cutánea compatible con lesiones de LES y se solicita perfil inmunológico que evidencia positividad del ANA y Ac anti Histonas. Se decide suspender tratamiento con anti TNF alfa y aumentar dosis de prednisona a 20 mg día con mejoría de lesiones cutáneas. Se decide cambiar mecanismo de acción para el tratamiento de su AR, iniciando Abatacept.

**Conclusiones:** El cuadro lupus like atribuible a drogas biológicas es una complicación infrecuente asociada a la producción de anticuerpos ANA y anti histona en el que además pueden presentarse Ac anti ADN. Se requiere un alto índice de sospecha para arribar al diagnóstico oportuno en pacientes en los cuales reciben esta droga y presentan lesiones cutáneas asociadas a síntomas sistémicos, permitiendo la suspensión de la misma y control clínico adecuado.

**Palabras Claves:** Lupus cutáneo inducido por drogas, anti-TNF alfa.

142

## 0142 - DERMATOMIOSITIS CLÍNICAMENTE AMIOPÁTICA COMPLICADA CON NEUMOMEDIASTINO: REPORTE DE 2 CASOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Etc

SATTLER, María Emilia | BERBOTTO, Leonel Ariel | KISLUK, Boris | CONTE, María Soledad | RAGGIO, Juan Carlos | BERBOTTO, Guillermo Ariel

## HOSPITAL ESCUELA EVA PERON, GRANADERO BAIGORRIA

**Introducción:** La dermatomiositis clínicamente amiopática (CADM) comprende a pacientes con compromiso cutáneo típico de la dermatomiositis (DM) en ausencia o con leve precitación muscular. La enfermedad intersticial pulmonar (ILD) es la manifestación visceral más común de la DM. El neumomediastino, caracterizado por la presencia de aire libre rodeando a las estructuras mediastinales, es una rara y severa complicación de las ILD.

**Objetivos:** Reportar dos casos de pacientes diagnosticados de CADM que intercurrieron con ILD rápidamente progresiva y posterior complicación con neumomediastino.

**Materiales y Métodos:** Se realizó el análisis retrospectivo de las historias clínicas correspondientes a los pacientes diagnosticados de CADM complicados con neumomediastino en nuestra institución, desde el 2014 a la fecha.

**Resultados:** Caso Clínico n°1: Paciente masculino de 54 años, tabaquista y enolista, que consultó por manos edematosas y dolorosas. Asociaba rash cutáneo eritemato-violáceo en superficie extensora de las articulaciones de las manos y en cara anterior del tronco en forma de "V". Laboratorio con aumento de los reactantes de fase aguda e hipertransaminasemia leve, con enzimas musculares normales. Radiografía de tórax sin alteraciones. Electromiografía normal. Capilaroscopia ungueal compatible con enfermedad del tejido conectivo. Se descartaron patologías oncológicas asociadas. Con la presunción clínica de CADM recibió tratamiento con hidrocortisona 400 mg/día y 5 mg/día de prednisona. Concurrió tras ocho meses por presentar tos seca y disnea grado II/III. La tomografía computada (TC) de tórax evidenció adenopatías mediastinales e infiltrados bilaterales en vidrio esmerilado. Estudio funcional respiratorio con moderada disminución de la DLCO. En el laboratorio, negatividad de marcadores inmunológicos: anti CCP, factor reumatoideo, FAN, ANCA c y p, anti Jo-1, PL-7, PL-12, topoisomerasa I, anti centromero y anti PM-Scl. Enzimas musculares ligeramente elevadas: CPK 226 U/L, LDH 682 U/L, aldolasa 8.2 U/L. La biopsia de las lesiones dérmicas informó compromiso cutáneo de la DM. Se indicó tratamiento con prednisona 0.5 mg/kg/día y metilprednisolona 2 gr/día. Tras un mes, el paciente suspendió el tratamiento. Tres meses más tarde el paciente se internó por presentar tumefacción facial, cervical y en cintura escapular, con crepitación a la palpación. En los estudios imagenológicos se demostró la presencia de enfisema subcutáneo y neumomediastino. Inició metilprednisolona y prednisona 1 mg/Kg/día, pudiendo ser extornado a las 72 horas. El paciente evolucionó favorablemente. Caso Clínico n°2: Paciente masculino de 42 años, ex tabaquista, con disnea y distorsión de un mes de evolución, que intercurrió con dolor inguinal y posterior tumefacción en región facial y cervical. Al examen físico presentaba tumefacción blanda y crepitante al tacto a nivel facial, cervical y en cara anterior del tórax. A la auscultación estertores crepitantes tipo velcro bibasales. En la piel destacaba eritema periorbitario en helioproto y pápulas de Gottron de notable intensidad, algunas de ellas ulceradas. Sin debilidad muscular. El laboratorio mostró leve aumento de reactantes de fase aguda sin otras alteraciones. Destacamos enzimas musculares normales y la negatividad del FAN, ANCA c y p, anti ADN, anti CCP, factor reumatoideo y anti Jo-1. En la TC se observó un marcado infiltrado intersticial bilateral, neumotórax izquierdo grado II, enfisema subcutáneo y mediastinal. Se hizo diagnóstico clínico de CADM asociado a ILD rápidamente progresiva complicado con neumomediastino. Inicio tratamiento con prednisona a 0.5 mg/Kg/día y azatioprina 2 gr/día. Tras buena evolución inicial, se logró la exteñación. Se realizó biopsia de lesiones cutáneas confirmando la presencia de alteraciones compatibles con DM. Tras 2 meses de seguimiento, buena tolerancia al tratamiento, mejoría clínica de las lesiones cutáneas y establecida en las pruebas funcionales respiratorias, el paciente presentó episodio súbito de insuficiencia respiratoria que derivó en la muerte antes de que se le pudieran practicar medidas diagnósticas o terapéuticas.

**Conclusiones:** Consideramos oportuna la comunicación de los casos debido a la baja prevalencia de las CADM, las dificultades en el tratamiento de la ILD asociada, y a la rareza y gravedad del neumomediastino como complicación de la misma. Hacemos énfasis en la importancia del tratamiento precoz e intensivo en este grupo de pacientes, así como del seguimiento cercano.

**Palabras Claves:** Dermatomiositis Clínicamente Amiopática, Enfermedad Intersticial Pulmonar, Enfisema Subcutáneo, Neumomediastino.

143

## 0143 - IMÁGENES ULTRASONOGRÁFICAS EN ESCALA DE GRIS (EG) Y DOPPLER DE PODER (DP) EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) ACTIVA: APLICACIÓN DEL OMERACT PEDIÁTRICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Pediatría

BARZOLA, María Laura(1) | CAZENAVE, Tomás(2) | ESPADA, Graciela(1)

## HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2)

**Introducción:** La ultrasonografía (US) en niños parece ser una herramienta reproducible y ha demostrado mayor sensibilidad que el examen físico para evaluar actividad de la enfermedad en ptes con AIJ. Sin embargo, la falta aún de definiciones estandarizadas en EG y en señal DP, constituye una de las mayores limitaciones para establecer su validez en pediatría.

**Objetivos:** 1. Describir hallazgos US en pacientes con AIJ clínicamente activos. 2. Evaluar sinovitis activa aplicando OMERACT US pediátrico

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de AIJ (LAR'01) clínicamente activos. Se registraron variables demográficas y clínicas (presencia de tumefacción, limitación y/o dolor a palpación y/o movilidad), definiendo como artritis clínicamente activa al hallazgo de al menos 2/3 manifestaciones). Selección articular para US (Collado 2011): Se examinaron en forma bilateral las siguientes articulaciones: rodillas, tobillos, carpos, 2da y 3ra metacarpofalángicas (MCFs), estuviesen o no clínicamente afectadas. La evaluación US fue realizada por un médico reumatólogo infantil y un médico reumatólogo de adultos entrenados en ecografía musculoesquelética utilizando un Equipo Esaote Mylab70 con transductor lineal de 18 MHz. Se evaluó: EG para detectar anomalías estructurales, y DP para identificar hiperemia. Todas las articulaciones se examinaron en un plano longitudinal y transversal. Se utilizaron definiciones OMERACT ULTRASOUND PEDIATRIC GROUP para describir la presencia de sinovitis activa (Terslev 2017)

**Resultados:** Se evaluaron 13 pacientes, 11 mujeres (84%), edad mediana 8,36 años (RIC 6-10,5). Mediana tiempo de evolución de enfermedad 41,9 meses (RIC 14-42,5). Subtipos AIJ de inicio (n ptes): 6 poli, 7 oligo. Todos los ptes se encontraban clínicamente activos. (JADAS X Poli 37,2 Oligo 7,3). Se evaluaron un total de 130 articulaciones, 30 (23%) presentaban artritis clínica. Por US se detectó hipertrofia sinovial en 38 articulaciones (29%). Se observó efusión en 6 articulaciones (rodillas), tenosinovitis (TS) en 23 art. Señal DP se detectó en 17 articulaciones (13%). Tabla 1.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con AIJ, se evaluaron 130 articulaciones, siendo las más frecuentemente comprometidas carpos (38%) y 2da MCF(30%). Al aplicar el OMERACT Pediátrico para definir sinovitis activa se observó señal PD+ en 17 articulaciones (13%), se detectó sinovitis subclínica en el 6,9 %, presencia de tenosinovitis en 34% de carpos y 23% de tobillos, hallazgo no detectado clínicamente. Si bien faltan aun definiciones validadas para sinovitis en la población pediátrica, la US permite discriminar la extensión y localización exacta del compromiso inflamatorio en nuestros pacientes con AIJ.

**Palabras Claves:** AIJ, Ultrasonografía

Compartmentos	Hipertrofia sinovial	TS	Señal PD	Articulaciones clínicamente activas
Carpo (n=26)	10 (38%)	9(34%)	7 (27%)	9 (34%)
2da MCF (n=26)	8 (30%)	4(15%)	4 (15%)	6(23%)
3ra MCF (n=26)	6 (23%)	4(15%)	4(15%)	5(19%)
Rodilla (n=26)	8 (30%)	0	2 (3,8%)	5(19%)
Tobillo (n=26)	6(23%)	6(23%)	1 (3,8%)	5(19%)

147

## 0147 - VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA: LA HIPOCOMPLEMENTEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL COMPROMISO RENAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis / Pmr GARCIA, Lucía(1) | PENA, Claudia Elizabeth | COSTI, Ana Carolina | AGUILA MALDONADO, Rodrigo | MAMBERTI, Martín | BARABANI, Carolina | SALOMONE, Gimena | BRUZZONE PUCHOK, María Elena | GARCIA, Mercedes Argentina

## HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA

**Introducción:** La naturaleza pauci-inmune de las lesiones características de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) ha dado lugar al concepto que el complemento no desempeña un papel en la patogénesis. Sin embargo la activación de la vía alterna del complemento es necesaria para el desarrollo de glomerulonefritis en modelos murinos y el depósito de complemento en biopsias renales de pacientes con VAA se correlacionó con mayor compromiso histológico. Nuestra hipótesis plantea que existe mayor morbilidad, mortalidad y peor pronóstico renal en pacientes que presentan hipocomplementemia comparados a los que tienen valores normales de complemento al inicio de la enfermedad.

**Objetivos:** Comparar manifestaciones clínicas, laboratorio, pronóstico renal y mortalidad en pacientes con VAA normo e hipocomplementémicos.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años evaluados entre los años 2000-2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA que reunían criterios de Clasificación ACR 1990 o según nomenclatura de Chapel Hill Consensus Conference 2012. Hipocomplementemia fue definida por valores de la fracción C3 del complemento menores de 80 mg/dl y/o C4 por debajo de 15 mg/dl. A los pacientes con compromiso renal se les realizó punción biopsia y se evaluó número de glomerulos, clasificación histológica, atrofia tubular, fibrosis intersticial, daño vascular e Inmunofluorescencia (IF). Se utilizó Chi-Cuadrado o Test exacto de Fisher para variables cualitativas según correspondiera. Un p-valor <0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se analizaron 87 pacientes con VAA (sexo femenino 56,2%, media de tiempo de seguimiento 24 meses, promedio de edad al inicio de la enfermedad 49± 14,9 años). El tipo de vasculitis más frecuente fue la Granulomatosis con Poliangeítis (49,4%) seguida de la Poliangeítis Microscópica (21,8%), Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (19,5%), Vasculitis Indiferenciada (8%) y vasculitis limitada a riñón (1,15%). Presentaron hipocomplementemia 757 pacientes (12,28%) y estuvo asociada con mayor compromiso renal (p: 0.034 OR 12,8 CI95% 0,69-236) particularmente con disminución de la tasa de filtrado glomerular (p: 0.045 OR: 8.2 CI 95% 0,92-74.0) y alta prevalencia de proteinuria > 1 gr/día 57 % vs 25% (p: 0.068). Todas las biopsias renales fueron clasificadas como glomerulonefritis pauci-inmune. El número promedio de glomerulos fueron 13 (IQR 7-17) predominando la clase histológica esclerosante (44%). El grado de fibrosis intersticial, atrofia tubular (52%) y daño vascular (57%) fue leve. En 3 casos se observó depósitos de inmunocomplejos (IgG+), complemento (C3+) o fibrinógeno por Inmunofluorescencia. Estos pacientes mostraron valores de creatinina por encima de 4 mg/dl. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la histología renal entre los pacientes con y sin hipocomplementemia (p= 0.091). No hubo asociación estadísticamente significativa entre hipocomplementemia y otras manifestaciones clínicas, analíticas ni inmunológicas. La mortalidad fue de 18% (16/87) sin diferencias entre los pacientes con y sin hipocomplementemia (p=0.300).

**Conclusiones:** Se registró hipocomplementemia en 12% de los pacientes estudiados. En ellos se observó mayor frecuencia de compromiso renal objetivada por disminución de la tasa de filtrado glomerular y proteinuria coincidiendo con lo reportado en la bibliografía. Sin embargo no hubo diferencia estadística significativa entre los pacientes normo e hipocomplementémicos. La mortalidad fue del 18% y tampoco hubo diferencia significativa entre los dos grupos. El bajo número de pacientes y la falta de realización del estudio de inmunohistoquímica en todos los pacientes no nos permite obtener resultados concluyentes.

**Palabras Claves:** vasculitis asociadas a ANCA Hipocomplementemia Compromiso renal Mortalidad

148

0148 - DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

SEGURA ESCOBAR, Carolina | DEMARCHI, Julia | DUARTES NOE, Damián | CHERTCOFF, Anibal Sebastian | EARSMAN, Geoffrey | BARRERA, Juan Carlos

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Introducción: El síndrome de Sjögren Primario (SSp) es una enfermedad crónica sistémica autoinmune, caracterizada por infiltración monoclonar de las glándulas salivales y lagrimales, dando lugar a síntomas de sequedad y diferentes manifestaciones extraglandulares. El compromiso Neurológico es relativamente frecuente, encontrándose hasta en un 20 % de los casos. Esta manifestación se presenta generalmente a expensas del SNP (16,1%) y en un 3,6% de los casos corresponde a SNC. El tipo de afectación reportada a este nivel incluye: afasia, convulsiones, síndrome del tronco encefálico, síndrome cerebeloso, encefalopatía aguda o subaguda, enfermedad cognitiva, anomalías psiquiátricas, mielitis, vejeja neurogénica, enfermedad de la neurona motora inferior, síndrome de Brown-Sequard, enfermedad de tipo esclerosis múltiple neuromielitis óptica, meningoencefalitis, cefalea.

Objetivos: Presentamos un caso de afectación de SNC como debut de SSp.

Resultados: Paciente femenina de 66 años de edad con antecedente de HTA, cáncer de pulmón izquierdo con neumectomía y ventana pleuropulmonar, psoriasis cutánea, y ojo seco. Presenta desde septiembre de 2016 fallas mnésicas asociadas a trastornos del estado de ánimo y síntomas psicóticos que evolucionan de forma progresiva comprometiendo severamente la funcionalidad de la paciente, con postración progresiva y lenguaje incoherente y escaso. Curso internación psiquiátrica en Febrero 2017 por trastornos conductuales, con nueva internación psiquiátrica 1 semana previa a su ingreso por intento de suicidio. Ingres a sala de clínica médica en mayo del presente año por neumonía aspirativa en contexto de una demencia rápidamente progresiva en estudio. Al examen físico: adelgazada, vigil, desorientada en tiempo y espacio, lenguaje afuente e incoherente, obediencia únicamente órdenes simples. Bradicinesia bilateral en MMSS y rigidez con rueda dentada. Presenta RMN con presencia de lesiones hiperintensas en sustancia blanca lobular y subcortical frontal bilateral de aspecto secular, señales periventriculares de aspecto inespecífico. Se realiza punción lumbar descartando neuroinfección, se descarta neoplasia oculta con TAC abdominopélvico y mamografía. Se interpreta cuadro inicialmente como probable encefalitis autoinmune por lo que recibe 5 pulsos de metilprednisolona con recuperación parcial de la motricidad y del lenguaje que persistía incoherente. Continúa luego mantenimiento con dosis de 1mg/kg/día. Las manifestaciones neurológicas en SSp se presentan previas al diagnóstico en un tercio de casos según lo reportado recientemente. Estas manifestaciones son múltiples y diversas, incluyendo disfunción cognitiva, meningitis aséptica subaguda, encefalopatía, síntomas psiquiátricos, corea y convulsiones que pueden preceder o seguir el inicio de los síntomas de sequedad. Se ha encontrado que 50% de pacientes de SSp tienen trastornos cognitivos sin lesiones cerebrales significativas, el mecanismo de deterioro cognitivo para estos pacientes es poco claro, y podría explicarse por la enfermedad inflamatoria de los vasos pequeños o la infiltración directa del tejido cerebral con células inflamatorias crónicas, desórdenes más altos de la función cognoscitiva en los casos con positividad del Ac Anti-Ro apoyan el papel del mecanismo inmune.

Conclusiones: A pesar de su baja prevalencia, al estudiar un caso de demencia rápidamente progresiva es importante tener en cuenta además de las causas habituales conocidas: infecciosas, paraneoplásicas, metabólicas, neurodegenerativas, creutzfeldt jacob, La encefalopatía asociada con enfermedades del colágeno como LES y SSp.

Palabras Claves: Síndrome de Sjogren primario, manifestaciones extraglandulares, neuro sjogren, compromiso neurológico, demencia rápidamente progresiva.

154

0154 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DISFAGIA EN MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros
COSTI, Ana Carolina(1) | AGUILA MALDONADO, Rodrigo(1) | GARCIA SALINAS, Rodrigo(2) | SANSINANE, Pierina(1) | PENA, Claudia Elizabeth(1) | SAVY, Florencia(1) | VELLOSO, Sofia(1) | GARCIA, Lucía(1) | TESTI, Adriana Carina(1) | VULCANO, Ariel(1) | NAGUA, Viviana(1) | SALLAS, Adrian(1) | PERA, Mariana Alejandra(1) | ARTURI, Valeria(1) | GARCIA, Mercedes Argentina(1)

HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA. (1); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (2)

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) engloban un grupo de enfermedades musculares caracterizadas por la presencia de inflamación muscular. La disfagia orofaríngea se ha informado previamente en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas tales como polimiositis, dermatomiositis y miositis del cuerpo de inclusión. En particular, del 18% al 20% de los pacientes con dermatomiositis tienen disfagia, que varía de muy leve a grave.

Objetivos: evaluar la frecuencia de disfagia en un grupo de pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática (MI), así como también sus características clínicas, asociación con otras manifestaciones de la enfermedad, tratamientos realizados y la evolución de estos pacientes

Materiales y Métodos: se realizó un estudio retrospectivo, observacional, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de MI según criterios de clasificación de Bohan y Peter modificados. Los datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas en las que se registró hiperreflexia, debilidad muscular, compromiso cutáneo, compromiso pulmonar intersticial, de pacientes evaluados entre 1992-2017. Para el análisis se tuvieron en cuenta: datos demográficos, de laboratorio, perfil inmunológico, estudio de imágenes, videodeglución, biopsia muscular, EMG. En el análisis se consideró disfagia grave a todo aquel paciente que se le contraindicó la alimentación por vía oral y/o que requirieron alimentación por sonda nasogastrica (SNG). La disfagia se clasificó según tiempo de aparición: temprana al inicio de la enfermedad y tardía durante el transcurso de la enfermedad (más de 30 días del diagnóstico) y según localización de la disfagia: orofaríngea (alta), esofágica (baja) o mixta. Las variables analizadas en relación a las disfagia y la disfagia grave fueron: Debilidad muscular, debilidad músculos cuello, debilidad músculos respiratorios, CPK elevada, compromiso pulmonar, compromiso cutáneo, infecciones graves, pulso glucocorticoides, uso gammaglobulina, neoplasias, requerimiento de UTI, requerimiento de ARI, óbito. Se realizó estadística descriptiva. Test de Chi2, Test de Student o Mann Whitney según correspondiera.

Resultados: 91 de 106 pacientes evaluados cumplieron criterios para entrar en el estudio. El 76% fue de sexo femenino. La edad media al diagnóstico 48 ± 14 años. Subtipos clínicos de miopatía: Dermatomiositis 60%, PM/DM asociado a enfermedad del tejido conectivo 19%, Polimiositis 10%. Síndrome Antisintetasa 6%, Asociada a estatinas 4%. La asociación con Neoplasia fue del 15%. Manifestaciones clínicas: Compromiso cutáneo 77 % pulmonar 19%, debilidad muscular 84% (músculos de cuello 33%, de músculos respiratorios 13%) y disfagia 53%. Laboratorio: CPK elevada 88% con un valor promedio 2326 U/ml (rango 290-1800U). Transaminasa elevadas 60%, ANA positivo 65%. AC anti SSA/ RQ 19%. Ac anti Jo 14.4%. Ac anti RNP 7%. PCR elevada 28%. ERS elevada 59%. La fuerza muscular fue realizada en 37/91 con hallazgos patológicos en 83%. Requerimiento de internación en UTI 15/91 16% de los cuales la mitad requirió asistencia respiratoria mecánica. La disfagia estuvo presente en un 53% (48 ptes.). Características: disfagia temprana 52% (25/46 ptes.), tardía 42% (20/46 ptes.). Disfagia leve/moderada 56% (27/46 ptes), grave 35% (17/46). Uso de SNG 31% (15/45), botón gástrico 4% (2/48 ptes.). En los pacientes con disfagia la debilidad de muscular proximal fue del 90% (43/48 ptes.), debilidad de músculos de cuello 25% (12/48 ptes.), debilidad de músculos respiratorios 45% (22/48 ptes.). La DM fue el subtipo clínico más frecuente 70%. En la tabla 1 se muestran los resultados del análisis. Se encontró una asociación significativa entre disfagia y debilidad de músculos de cuello, músculos respiratorios, la utilización de pulsos de glucocorticoides y de gammaglobulina. Cuando se analizaron las mismas variables en pacientes con disfagia grave observamos asociación significativa a su vez con el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, internación en unidad de terapia intensiva, neoplasia, infecciones graves y óbito.

Conclusiones: el 53% de los pacientes con miopatía inflamatoria idiopática cursaron con disfagia en algún momento de su evolución. Esta complicación se asoció a parámetros de gravedad de la enfermedad, así como también de mal pronóstico. Sugerimos que ante un paciente con diagnóstico de MI se deben realizar los máximos esfuerzos para objetivar la disfagia, realizar las medidas pertinentes en cuanto al tratamiento inmunosupresor, evaluar debilidad de músculos respiratorios y eventualmente contraindicar transitoriamente el uso de la vía oral.

Palabras Claves: miopatía inflamatoria idiopática disfagia

156

0156 - RELACION ENTRE EXPOSICIÓN AL TABACO Y DAÑO SEVERO EN LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les | Saf - Unidad Temática 2: Otros

COSATTI, Micaela Ana(1) | MUÑOZ, Sebastián(2) | TAMBORRENA, María(3) | GARCÍA, Mercedes(4) | CURTI, Ana(5) | CAPUCCIO, Ana(6) | RILLO, Oscar(7) | IIMAMURA, Patricia(8) | SCHNEEBERGER, Emilece(9) | DAL PRA, Fernando(9) | BALLENT, Marcela(10) | ...

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA « INVESTIGACIONES CLÍNICAS « NORBERTO QUIRNO” (1); HOSPITAL FEDERAL ORGANIZACIÓN MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (3); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS «GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN” (4); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN (5); HOSPITAL CESAR MILSTEIN (6); HOSPITAL PIROVANO (7); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (8); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (9); HOSPITAL RAMÓN SANTAMARINA (10); POLICLÍNICA PRIVADA DAZ (11); INSTITUTO MÉDICO CER (12); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (13); HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA (14); HOSPITAL REGIONAL RAMÓN CARRILLO (15); HOSPITAL A.C. PADILLA (16); CENTRO MÉDICO MITRE (17); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (18); HOSPITAL J. B. ITURRASPE (19); SANATORIO PARQUE S.A. (20); INSTITUTO MÉDICO CER (21); CENTRO TRATAMIENTO BARIÁTRICO (22); INSTITUTO CORDOBA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (23); HOSPITAL RIVADAVIA (24); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARIUBA (25); HOSPITAL DEL CARMEN (26); LAMERIDIA (27); HOSPITAL DE SAN ISIDRO (28); CONSULTORIO PRIVADO DE REMATOLOGÍA (29); CONSULTORIO PRIVADO DE NEFROLOGÍA (31); HOSPITAL JOSÉ MARIACULLEN (32); HOSPITAL PENNA (33); HOSPITAL RICARDO CORTIÈRE LA PLATA (34); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (35)

Introducción: En el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) la actividad de la enfermedad y el tratamiento están involucrados en el daño acumulado.

Objetivo: Evaluar la relación entre el tabaquismo y el score de daño SLICC-SDI (Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus score) en pacientes consecutivos con LES de Argentina.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 623 pacientes consecutivos con LES (>=4 criterios ACR1 1987) en este estudio de corte transversal. Se recolectaron variables sociodemográficas, asociadas a la enfermedad, el SLICC-SDI y el hábito tabaquico. Los pacientes se consideraron "fumadores" o "no fumadores" si nunca habían fumado o si eran ex fumadores. El valor >= 3 en el score de SLICC-SDI se consideró como daño severo según reportes previos en la literatura. Se realizó estadística descriptiva y distribuciones de frecuencia para describir la población. Se usó Chi-square para variables categóricas y las variables continuas se examinaron con test de student y test de Mann-Whitney (Wilcoxon) cuando las variables no tenían distribución normal. Se hizo análisis univariado y un modelo multivariado de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 623 pacientes, 84% no fumadores y 16 % fumadores. La Tabla 1 describe los criterios ACR en ambos grupos. El lupus fue más leve en fumadores (3.17 % tuvo SLICC-SDI >= 3. En los pacientes con daño severo 21% eran fumadores y en los pacientes con SLICC-SDI <=3, el 15 % eran fumadores (p 0.081). En la Tabla 2 se describe el análisis univariado comparando características demográficas y clínicas de ambos grupos. En el modelo multivariado considerando el valor de SLICC-SDI score >= 3 como variable dependiente (ajustado por tabaquismo, edad, sexo, raza, duración de la enfermedad, > 12 años de educación y exposición a esteroides, ciclofosfamida, azatioprina e hidroxicloroquina), encontramos que fumar (OR 1.90, CI 95% 1.04- 3.46, p 0.035), la edad (OR 1.33, CI 95% 1.00-1.75, p 0.044), y la exposición a ciclofosfamida (OR 2.64, CI 95% 1.41-4.97, p 0.002) se asociaron a SLICC-SDI >= 3.

Conclusiones: Ser fumador, mayor edad y la exposición a la ciclofosfamida se relacionaron con daño severo.

Palabras Claves: LES, SLICC-SDI, TABAQUISMO

157

0157 - ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: ESTUDIO DE 13 CASOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

SERRAVALLE, Priscila | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio Oscar | ORTIZ, Alberto | CRABBE, Emilio Juan | CALVO, Romina Andrea | NEGRI, Melina | BENZAGUÉN, Nadia

HOSPITAL JM CULLEN

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester, es una rara entidad de origen desconocido, que se clasifica como una histiocitosis de células no Langerhans. Se caracteriza por presentar células histiocitarias espumosas en forma de xantogranulomas que se distribuyen infiltrando diferentes tejidos del organismo, lo que genera una amplia gama de manifestaciones clínicas. Presentamos una serie de 13 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Erdheim-Chester.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Los pacientes provenían de la provincia de Santa Fe. El diagnóstico de enfermedad de EC se realizó con el contexto clínico e imagenológico adecuado, confirmando mediante anatomía patológica, con la demostración de infiltración de células histiocitarias espumosas, con tinción por inmunohistoquímica positiva para CD68 y negativa para CD1a.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 41 años. En 5 pacientes la forma de presentación clínica fue un nódulo mamario, 2 pacientes como tumor cerebral y 1 con fibrosis retroperitoneal. Un paciente debuto con artritis unilateral y otro con tumoraciones óseas. El compromiso esquelético se observa como lesiones osteoescleróticas, característico de la enfermedad, reportada en un 96% en algunas series, en este grupo se observó en 3 pacientes alteraciones radiográficas, solo 1 paciente estaba sintomático. Se presenta una tabla con las principales características de los pacientes estudiados y su comparación con otras series publicadas.

Table with 5 columns: Variable, Bibliografía (%), Hacheche et al (%), Juanes et al (%), Roverano y col.(%)

Conclusiones: La enfermedad de EC afecta a pacientes de todas las edades, sin preferencia de sexo. El espectro clínico muestra una amplia variación, que va desde la infiltración de tejido asintomática hasta la insuficiencia de órganos multisistémicos fulminantes. Existen rasgos radiográficos típicos que pueden conducir al diagnóstico, el cual se realiza con el sustrato anatomopatológico, siendo la infiltración de los tejidos por células gigantes multinucleadas (células de Touton) e histiocitos cargados de lípidos en cuya membrana se detecta el antígeno CD68, pero que, a diferencia de las células de Langerhans, no expresan el antígeno CD1a.

Palabras Claves: Erdheim-Chester

158

**0158 - DETERIORO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP)**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

BEJARANO, M(1) | SECCO, A(1) | CRÉSPON AMAYA, Gloria Del Carmen(1) | CATALÁN PELLET, A(1) | MAMANI, M(1) | PAPASIDERO, S(2) | DEMARCHI, J(2) | ASNAL, C(3) | CROW, G(3) | NITSCHÉ, A(3) | ENCINAS, L(4) | CAEIRO, F(5) | GOBBI, C(6) | ALBIRIO, E(6) | GÓMEZ, A(7) | BARREIRA, J(7) | AGUILA MALDONADO, R(6) | GARCÍA, M(6) | GALLARDO, M(9) | SORIANO, E(9) | RAITI, L(10) |

HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL TORNU (2); HOSPITAL ALEMÁN (3); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (4); HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA (5); HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (6); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (7); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (8); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (9); CLÍNICA BESSONE (10); IPRI (11); CEMIC (12)

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica, que afecta física, psíquica y socialmente a quienes la padecen. Por esta razón, puede ocasionar deterioro tanto en las actividades de la vida diaria como en la productividad laboral de los individuos afectados. No existen estudios en nuestro país, que evalúen el impacto de esta patología a nivel de estas áreas.

**Objetivos:** Describir el deterioro en las actividades de la vida diaria y en la productividad laboral en pacientes adultos diagnosticados con SSp. Evaluar la asociación entre el deterioro de las actividades de la vida diaria y la presencia de manifestaciones clínicas, depresión y ansiedad. Comparar el deterioro de las actividades de la vida diaria según nivel educativo y lugar de atención (centros públicos o privados) como subgrupos de condición socioeconómica.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSp según Criterios Americano-Europeos (2002) de 11 centros de reumatología privados y públicos de Argentina, entre noviembre de 2013 y diciembre de 2016. Los pacientes con otras enfermedades crónicas severas u otras enfermedades reumatológicas autoinmunes fueron excluidos. Se utilizó el cuestionario WPAI. Diseño: estudio observacional, analítico, de corte transversal. Para el análisis descriptivo, las variables continuas se informaron como media y desvío estándar. Las variables categóricas se informaron como proporciones. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando el deterioro de la actividad debido a la salud como variable dependiente, ajustada por potenciales confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo (supuestos, observaciones atípicas, multicolinealidad). En los casos en los que no se cumplió el supuesto de linealidad y / o homocedasticidad, se realizó transformación de variables o regresión robusta, según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyeron 252 pacientes, 98,38% mujeres, con una edad media de 52,64 años (+/- 14,84). Las actividades más frecuentes fueron amas de casa (39,83%) y profesionales (19,5%). El porcentaje medio de tiempo laboral perdido debido a la salud fue de 15,74 (+/- 30,12.CI95%: 9,58- 21,90); el de discapacidad durante el trabajo debido a la salud de 27,18 (+/- 30,19.CI95%: 21,25-33,11), el porcentaje total de discapacidad laboral debida a la salud fue de 33,70 (+/- 35,76.CI95%: 26,39-41,01) y el deterioro de las actividades de la vida diaria debido a salud de 34,17 (+/- 30,94.CI95%: 30,35-37,99). Las siguientes variables mostraron asociación significativa e independiente con el deterioro en las actividades de la vida diaria en el análisis multivariado de regresión robusta: xerostomía (coeficiente B: 0,25 IC 95%: 0,13-0,37), artritis (coeficiente B: 11,15, IC 95%: 0,55-21,74), depresión leve (Coeficiente B: 8,77 IC 95%: 1,43-16,12), depresión moderada (coeficiente B: 25,47 IC 95%: 13,84-37,10), depresión moderadamente severa (coeficiente B: 36,92 IC 95%: 26,91-46,93) y depresión grave (coeficiente B: 32,12 IC 95%: 16,31 a 48,10). La media de deterioro de las actividades de la vida diaria debido a la salud fue de 38,24 (+/- 30,67) en los pacientes tratados en centros públicos versus 28,04 (+/- 30,61) en centros privados, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta última, entre los pacientes con nivel educativo secundario completo o superior (32,96% (+/- 31,03)) versus los pacientes con menor nivel educativo ((35,73% (+/- 31,08)).

**Conclusiones:** Se observó compromiso tanto en las actividades de la vida diaria, como en la productividad laboral. La artritis, la xerostomía y la depresión se asociaron significativa e independientemente con el deterioro de la actividad debido a la salud. Los pacientes tratados en centros públicos presentaron un mayor deterioro de las actividades de la vida diaria, lo cual podría ser una expresión del impacto de la condición socioeconómica a nivel de estas áreas.

**Palabras Claves:** Síndrome de Sjögren, productividad laboral

159

**0159 - VASCULITIS Y OTRAS MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS INDUCIDAS POR COCAÍNA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

NEGRI, Melina | PAIRA, Sergio | ROVERANO, Susana | ORTIZ, Alberto

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Introducción:** El número creciente de usuarios de cocaína y levamisol, utilizado como adyuvante, se ha convertido en un problema emergente dentro de la reumatología, ya que se presentan clínicamente como vasculitis, lo que implica un gran desafío diagnóstico y terapéutico

Compromiso orgánico	n° de pacientes
Renal	3
Articular	3
Hemorragia pulmonar	4
Hematológico	5
Cutáneo	5

**Materiales y Métodos:** Describimos 7 pacientes presentados desde 2011 a la actualidad con el diagnóstico de vasculitis asociada cocaína y otras manifestaciones vinculadas a su consumo.

**Resultados:** Es relevante destacar que al inicio de los síntomas y durante las primeras consultas todos los pacientes se definieron como consumidores activos, e incluso la mayoría presentaba dosaje positivo en orina para cocaína. Dado que la detección de levamisol no fue accesible, no se pudo constatar su presencia. Del total de los pacientes 4 son mujeres y 3 son varones. La edad promedio fue de 28 años. La mayoría presentó síntomas sistémicos inespecíficos que incluían fiebre, pérdida de peso, malestar general y astenia. Sólo uno de los pacientes presentó poliseritis y en otro al comienzo se constató orquitis. Una mujer inició el cuadro con ACV isquémico.

Laboratorio	n° de pacientes
FAN >1/80	4
ANCA P	3
ANCA C	1
Ac No ANCA	4
ACL	2
Complemento bajo	4

**Conclusiones:** El cese del contacto con cocaína y levamisol son el eje principal del tratamiento. La sospecha clínica de vasculitis ante cualquier usuario de cocaína debe ser alta y guiar la metodología de estudio y tratamiento.

**Palabras Claves:** Vasculitis. Manifestaciones reumatológicas. Cocaína. Levamisol.

160

**0160 - CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA MEDIDA POR EL SF36**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

ROMAN, Lourdes | RIQUELME-GRANADA, Susan | LOSANTO, Jhonatan | ROJAS BAEZ, Elias Fernando | AVILA, Gabriela | CABRERA-VILLALBA, Sonia | DUARTE-MUSSI, Margarita

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**Introducción:** El impacto de la Artritis reumatoide (AR) sobre la salud es muy amplio, ya que no solo provoca problemas físicos, como son el dolor, la fatiga, sino también pueden verse afectados otros ámbitos como el laboral, familiar, etc., que pueden venir acompañados de alteraciones psicológicas, físicas, afectando así la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida (CV) de los pacientes con diagnóstico de AR utilizando el instrumento SF36 y los factores que influyen en esta.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR, en seguimiento en el departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se determinaron datos clínicos (i.e. años de evolución, edad de inicio de la enfermedad, actividad de la enfermedad, discapacidad...etc) y epidemiológicos (i.e. sexo, procedencia, nivel de estudio...etc). Se utilizó como herramienta de medición de la calidad de vida el cuestionario SF36. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas se registraron en medias con sus DE correspondientes. Para el análisis de asociación se utilizó el test estadístico de X<sup>2</sup>, para el análisis de correlación se utilizó el test de Pearson. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico de SPSS versión 23.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 104 pacientes con AR establecida, con una media de edad actual 53,01±11,7 años, duración de enfermedad 8,17±8,5 años, en su mayoría mujeres 90 (86,5%). Al analizar los distintos componentes de SF 36 se encontró un promedio de función física: 57,99±29,26, - rol físico: 56±43,68, -dolor corporal: 54,34±25,19, -salud general: 54,12±22,61, -vitalidad: 58,56±19,44, -función social: 68,02±24,85, -rol emocional: 63,43±43,22, -salud mental: 63,47, ±19,14, -promedio de componente físico: 39,19±11,82, y -promedio del componente mental: 46,64±11,59. Al analizar dichos componentes entre las distintas variables clínicas, epidemiológicas encontramos diferencias estadísticamente significativas en los siguientes componentes: Los pacientes que proceden de Asunción presentan mejor calidad de vida, en el componente de dolor corporal (p<0,037), así como en el componente de vitalidad (p<0,03) que aquellos que proceden de gran Asunción o el interior del país. Así mismo los pacientes obesos tienen peor CV en el componente de función física (p<0,01) y peor salud mental (p<0,01). En relación al tratamiento: los pacientes sin corticoides presentaron un mejor CV en relación al componente de dolor corporal (p<0,04), así como en el componente de Vitalidad (p<0,04). No se encontraron diferencias significativas al analizar las variables de formas de inicio de enfermedad (mono, oligo, poliarticular), manifestaciones extra-articulares, HTA, tabaquismo, seropositividad (FR y/o CCP), erosiones, FAMES, salario mínimo. Los pacientes con educación secundaria presentaron mejor CV en los componentes de vitalidad (p<0,027), salud mental (p<0,003), función social (p<0,002), y en el promedio del global mental (0,001) que aquellos con primaria. En relación a los pacientes que se encontraban en remisión clínica por DAS 28 (3,2) encontramos diferencias estadísticamente significativas en el componente de función física (p<0,008), rol físico (p<0,006), vitalidad (p<0,013), rol emocional (p<0,016), salud mental (p<0,013), así como en el promedio de global físico (p<0,009) y global mental (p<0,036).

**Conclusiones:** En esta cohorte se observó que la calidad de vida en sus componentes físicos y mentales está influenciada fundamentalmente por la actividad de la enfermedad y el nivel de educación (secundario), así como también influyen en algunos de sus componentes la procedencia de Asunción, y en forma inversa la obesidad, por lo que es fundamental el control estricto de la AR, y mayor información de la enfermedad a los pacientes.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoide, calidad de vida

161

**0161 - SEGUIMIENTO EN LA VIDA REAL DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL QUE FUERON INCLUIDOS EN ENSAYOS CLÍNICOS CON AGENTES BIOLÓGICOS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Pediatría

CARRILLO, Marina | PRINGE, Alejandra | CERVETTO, Vanesa | BRUSCO, María Isabel | ETCHEVERRY, Mayra

**HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE**

**Introducción:** La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia, con diferentes subtipos, curso y pronóstico. Existen diferentes esquemas de tratamiento. Con el avance de la biología molecular han surgido nuevas estrategias terapéuticas orientadas a neutralizar distintas citocinas proinflamatorias. Para la aprobación del uso de estas drogas se llevan a cabo ensayos clínicos. El seguimiento de los pacientes en dichos estudios se encuentra estrictamente regulado, mientras que al finalizar el paciente regresa a su control según normas del servicio. Ante la falta de información acerca de la adherencia y seguimiento de estos pacientes luego de un ensayo clínico, nos planteamos evaluar estos aspectos en los pacientes en el mundo real.

**Objetivos:** Describir el seguimiento y adherencia de niños con AIJ incluidos en ensayos clínicos de medicamentos biológicos luego su finalización.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, observacional, descriptivo. Pacientes con diagnóstico de AIJ (criterios ILAR 2001) que participaron de ensayos clínicos de agentes biológicos en un servicio de Reumatología Pediátrica. Revisión de historias clínicas, datos recolectados desde la fecha de salida del estudio hasta junio de 2017. Variables: edad y sexo; adherencia en el último año de seguimiento: ítems: cumplimiento de medicación, controles indicados, exámenes complementarios y tramitación de medicación, definiéndose: Buena adherencia (BA) al cumplir 3 o más ítems, regular 2, mala (MA) 1 o menos; estado de la enfermedad (fin estudio/última consulta, según criterios preliminares de inactividad y remisión clínica de Wallace y Col); recaídas (pérdida de al menos un criterio de inactividad); acceso a la medicación (obra social/prepaga (OSP), sistema público (P) o provisión pos-estudio del laboratorio (PL)).

**Resultados:** Total de 34 pacientes, 23 sexo femenino, 14 con AIJ sistémica, 18 poliarticular y 2 oligoarticular extendida. 15 participaron de ensayo clínico con Tocilizumab, 3 Canakinumab, 12 Infliximab, 4 Abatacept. Promedio de edad de inicio de enfermedad de 6,82 años (7m- 16 años). Evolución pos-estudio: 14 presentaron recaídas de la enfermedad y 7 fueron persistentemente activos. Tiempo de seguimiento promedio: 3,66 años (3 meses-10,25 años), presentando enfermedad activa a la última consulta 14 pacientes (38,8%) e inactiva 20. El paciente que tuvo 3 meses de seguimiento, por reciente finalización del ensayo, no fue analizado en cuanto a adherencia. Mostraron buena adherencia 22 pacientes (64,7%), de los cuales 9 (40,9%) presentaron recaídas y 4 (18%) evolucionaron persistentemente activos; Regular-mala adherencia 11 (50%), 5 (45,4%) de ellos con recaídas. Luego del ensayo clínico continuaron con el medicamento 28 (82%) pacientes, siendo provisto por el laboratorio en 15 (53,5%) de ellos. 12 vía obra social/prepaga y 1 por sistema público. Dentro del primer grupo (PL), mostraron buena adherencia 9 (60%) pacientes, y mala 5 (33,3%). Del grupo OSP, tuvieron buena adherencia 9 (75%) y mala en 3 (25%). El único paciente de sistema público tuvo buena adherencia. En cuanto al resto de ítems de adherencia, 24/33 (72,7%) cumplían la toma de medicación, 24/33 (72,7%) la realización de laboratorios según indicación médica; 22/33 (66,6%) cumplían el control pautado, y 23/33 (69,6%) realizaban los trámites solicitados.

**Conclusiones:** Si bien existen diferentes estudios de adherencia en AIJ, no existen hasta el momento trabajos que analicen adherencia en pacientes pos ensayos clínicos. De lo reportado hasta el momento, los estudios de adherencia general en AIJ plantean una adherencia global entre el 20 al 80% según las diferentes series, encontrándose en nuestro estudio una adherencia global del 64,7%. Cuando analizamos adherencia según los diferentes factores definidos, observamos llamativamente que en acceso a la medicación se encontraron similares resultados entre los diferentes grupos, no siendo la provisión de medicación por el laboratorio un factor determinante en la adherencia. Entre el resto de los ítems elegidos para evaluar adherencia, los que tuvieron mayor cumplimiento fueron la toma de medicación y la concurrencia a controles pautados. Por otro lado, observamos una asociación entre la presencia de recaídas y un mayor grado de adherencia, aunque sin significancia estadística, por probable factor Beta. Podría interpretarse que recaída induce a un mayor grado adherencia. El tiempo de seguimiento presentó una variabilidad muy amplia, pudiendo considerarse una debilidad del estudio. Datos que podrían considerarse como variables de control (edad, sexo, condición socioeconómica) no fueron analizados. Se requieren estudios de tipo analítico que permitan ampliar los hallazgos encontrados.

## 162

## 0162 - PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS QUE VIVEN EN ASUNCIÓN

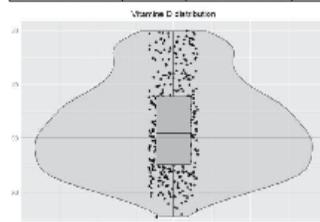
Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

ROMAN, Lourdes(1) | ACOSTA-COLMAN, Isabel(1) | AVILA, Gabriela(1) | COLMAN, Nelly(1) | CABRERA-VILLALBA, Sonia(1) | QJEDA, Aldo(1) | YINDE, Yanira(1) | LOSANTO, Jhonatan(1) | ROJAS BAEZ, Elias Fernando(1) | RIQUELME-GRANADA, Susan(1) | VAZQUEZ, Marcos(1) | BAUMANN, Karin(1) | AQUINO, Alicia(1) | MELO-MARTINS, Marcia(1) | MARTINEZ, María(2) | DUARTE, Margarita(1)

## DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS. (1); LABORATORIO CURIE (2)

**Introducción:** La última década ha sido testigo del renacimiento del interés en el estudio del metabolismo y la acción biológica de la vitamina D. El déficit y la insuficiencia de Vitamina D constituyen un verdadero problema de salud pública en el mundo por su asociación a múltiples enfermedades que conllevan una importante morbilidad y mortalidad con el consiguiente impacto económico en la sociedad. La prevalencia del déficit de vitamina D es alarmante en el mundo incluyendo a países subtropicales como Paraguay. La prevalencia del déficit de vitamina D en la población de América Latina oscila entre el 40% y el 96%, entre individuos con edades comprendidas entre los 58 y 79 años. Este es el primer estudio de esta envergadura llevado a cabo con el apoyo del CONACYT (Paraguay) para determinar la presencia de concentraciones bajas de vitamina D en población sana de jóvenes universitarios que viven en Asunción.

Parámetro de laboratorio	Media (DE)	OR (IC 95%)	p
Fosfatasa alcalina	58.73 ±20.62	0.9935 [0.9935-1.0033]	0.278
Calcio	3.97±0.6	0.6666 [0.4673-0.9433]	0.057
Magnesio	2.02±0.21	0.3214 [0.1163-0.8528]	0.060
PTH	29.36±20.37	1.0391 [1.0282-1.0508]	0.060



grupo 'normal' (>30ng/dl) contra los grupos de 'insuficiencia' (<30 ng/dl) y 'déficit' (<20 ng/dl).

**Resultados:** Se incluyeron 531 individuos, con una media de edad de 22.2 ± 3.09. El 67.7% (383/531) de los estudiantes eran de sexo femenino. De raza hispana en un 84.4% (487/531). Del total de individuos un 47.9% (268/531) refirieron alguna actividad física al menos tres veces por semana, el 81.2 % (453/531) de los estudiantes refirieron exponerse al sol de forma diaria. Los valores de la media de vitamina D fueron de 38.89 ng/dl ±14.86. En relación a la distribución del dosaje de vitamina D en la población en estudio se observó que el 61.77% (328/531) de los estudiantes tenían valores de concentración normal de vitamina D, y el 38.23% presentaban concentraciones bajas de vitamina D (con insuficiencia el 32.96 % (175/531) de los estudiantes y con déficit el 5,27% (28/531) de los estudiantes) tal y como se aprecia en el gráfico 1.

**Conclusiones:** En este estudio piloto se observó niveles bajos de vitamina D de forma llamativa en estudiantes sanos que viven en Asunción, Paraguay, un país subtropical, que refieren en su mayoría exposición solar habitual y no utilizar protector solar. Se observó que el déficit de vitamina D está asociado con el color oscuro de la piel y que los niveles altos de la PTH están asociados con los niveles bajos de vitamina D. No obstante este porcentaje es inferior al reportado en otros estudios similares realizados en la región.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del déficit y de la insuficiencia de 25 OH vitamina D y los factores asociados ella, en individuos sanos universitarios que viven en Asunción.

**Materiales y Métodos:** Es un estudio PILOTO, observacional analítico, de corte trasversal que consiste en determinar las concentraciones de 25 OH vitamina D y otros parámetros del metabolismo fosfo-cálcico (i.e. PTH, fosforo, calcio, magnesio, fosfata alcalina) en jóvenes universitarios de ambos sexos. Entre los posibles factores epidemiológicos analizados consideraron la raza, el color de la piel, la exposición solar diaria, el hábito de realizar ejercicios, el peso, la talla y el uso de protectores solares. Se realizó un análisis descriptivo y para el análisis de factores asociados al déficit e insuficiencia de vitamina D, se utilizaron modelos de regresión lineal y logística. Los niveles de vitamina D se analizaron por quimionormiliscencia por el método de Archttest y se estudiaron de dos maneras: cuantitativa (regresión lineal) y estratificada (regresión logística) comparando el

## 163

## 0163 - DAÑO ACUMULADO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

CALVO, Romina Andrea(1) | NEGRI, Melina(1) | GONTERO, Romina Patricia(1) | SERRAVALLE, Priscila(1) | BENZAQUEN, Nadia(1) | HAYE SALINAS, Maria Jezabel(2) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | ORTIZ, Alberto(1) | PAIRA, Sergio Oscar(1)

## HOSPITAL JM CULLEN (1); HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN MARÁ DE FATIMA (2)

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, de etiología desconocida, que puede manifestarse bajo formas leves hasta potencialmente fatales. El curso de la enfermedad se caracteriza por alternar periodos de actividad y de remisión. La tasa de supervivencia ha mejorado significativamente en las últimas décadas: 95%, 90% y 85% a los 5, 10 y 15 años de evolución, respectivamente. Esta mejoría se debe a un mayor conocimiento de la enfermedad, al diagnóstico más temprano, al reconocimiento de las formas leves y al mejor manejo terapéutico. A pesar de esto, los pacientes presentan una tasa de mortalidad tres o cuatro veces mayor que la población general. Las causas de muerte durante los primeros 5 años de enfermedad son las infecciones y la actividad inflamatoria en órganos vitales; y, alrededor de los 10 a 15 años, las complicaciones cardiovasculares o falla orgánica terminal. Las infecciones son una causa de muerte importante en periodos tardíos. El daño orgánico acumulado e irreversible que ocurre desde el comienzo de la enfermedad puede cuantificarse a través del SLICC/ACR Di, independientemente de su causa, actividad inflamatoria y tratamiento. Este índice, creado en el año 1992, comprende 41 dominios incluidos en 12 órganos o aparatos.

**Objetivos:** Los objetivos de este trabajo son determinar el daño orgánico en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de un centro de Reumatología de Argentina; examinar el daño total, por dominio y por elemento dentro de cada dominio y realizar un seguimiento a los 5 y 10 años del diagnóstico determinando el índice de SLICC.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que incluyó a pacientes de la Sección de Reumatología del Hospital J. M. Cullen de Santa Fe, Argentina, con diagnóstico de LES que cumplieran al menos cuatro criterios revisados y modificados de la ACR de 1997. Se evaluaron características demográficas, clínicas y de laboratorio. Los datos se recolectaron de las historias clínicas. Se utilizó el índice de SLICC para determinar daño orgánico basal, a los cinco y diez años. Los datos cuantitativos fueron medidos en media y DS. Los cualitativos en porcentaje.

**Resultados:** De los 148 pacientes incluidos en el estudio, 132 son mujeres (89,2%) con una media de edad de inicio de la enfermedad de 26 años (DS 9,78) y una mediana de seguimiento de 67,83 meses (RIQ 23,01-123,31) desde la primer consulta realizada en nuestro centro. Cumplieron al menos 5 años de seguimiento 83 pacientes (56,1%) y 10 años, 45 pacientes (30,4%). Las manifestaciones acumuladas fueron: Rash 91 pacientes (61,5%), artritis 92 (62,2%), serositis 43 (29,1%), glomerulonefritis 78 (52,7%), neuropsiquiátricas 22 (14,9%), vasculitis 10 (6,8%), hematológico 84 (56,8%), hemorragia alveolar 24 (16,2%), anti DNA + 68 (45,9%), hipocomplementemia 105 (70,9%). Al inicio el SLICC fue de 0,50 (DS 0,944). En los pacientes que completaron los 5 años de seguimiento la media del SLICC fue de 0,80 (DS 1,27), mientras que los que completaron los 10 años, la media del SLICC fue de 0,51 (DS 1,01). Los dominios más comprometidos fueron el dominio renal con un 33% (15 pacientes), el dominio musculoesquelético 26% (12 pacientes) y el dominio neuropsiquiátrico 22% (10 pacientes) a los largo de los 10 años de seguimiento; seguidos por los dominios cutáneo, miocárdico, ocular y pulmonar en menor porcentaje. Durante el seguimiento fallecieron 29 pacientes y se perdió el seguimiento de 31 pacientes. El SLICC al final del seguimiento de los pacientes fallecidos fue de 1,38 (1,56) mientras que el de los pacientes no fallecidos fue de 0,73 (0,99), siendo la diferencia significativa (0,01).

**Conclusiones:** Se observó un incremento del daño acumulado durante el seguimiento de los pacientes a los 5 años. La caída del SLICC a los 10 años podría deberse a que solo el 30% los pacientes completó los 10 años de seguimiento. El dominio renal fue el mayor contribuyente al daño orgánico total, tanto al inicio como a los 10 años de seguimiento; la proteinuria y la disminución del filtrado glomerular fueron los ítems predominantes. Seguido por el dominio neuropsiquiátrico, representado principalmente por las alteraciones cognitivas, ACV y convulsiones; y por el dominio musculoesquelético, a través de la necrosis ósea avascular. En nuestra serie se observa una relación significativa entre el aumento del SLICC y la mortalidad. En términos generales, nuestro estudio muestra similitudes en cuanto a los dominios afectados con mayor frecuencia en comparación con los estudios publicados en la literatura.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico SLICC Daño acumulado

## 164

## 0164 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y COMORBILIDADES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

ROMAN, Lourdes | RIQUELME-GRANADA, Susan | LOSANTO, Jhonatan | ROJAS, Elias | CABRERA-VILLALBA, Sonia | DUARTE-MUSSI, Margarita

## DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica, caracterizada por la inflamación sinovial poliartricular, afecta con mayor frecuencia a las mujeres, con una prevalencia mundial aproximada del 1%. Los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de desarrollar alguna patología cardiovascular en comparación con la población general. La presencia de comorbilidades en pacientes con AR representa un aumento en el costo de la atención, incapacidad laboral y admisiones hospitalarias; ya que existe una relación directa entre el número de comorbilidades, y el impacto, pronóstico y calidad de vida de los pacientes con AR.

**Objetivos:** Describir las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de comorbilidades en pacientes paraguayos con Artritis Reumatoide.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte trasversal de una cohorte de Pacientes con Artritis Reumatoide, se revisaron las historias clínicas de los pacientes en seguimiento en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se completó un cuestionario con variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad, procedencia, número de hijos, estrato social medido por GRAFFAR), -clínicas (i.e., tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de enfermedad (DAS 28), antecedentes patológicos personales, comorbilidades (Se determinó la PA con esfigmomanómetro de mercurio (mmHg), el peso (en Kilogramos), talla (en metros) a cada paciente, registrados en la última consulta. Se definió HTA una PA≥140/90), Obesidad IMC ≥30, Dislipidemia según los niveles del perfil lipídico, Colesterol total >200 mg/dl, TG >160 mg/dl, etc.), -laboratoriales (reactantes de fase aguda, factor reumatoide, ACPA) y -radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se utilizó chi cuadrado para variables cualitativas y la T-student para las cuantitativas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

**Resultados:** Se incluyeron 177 pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, de éstos el 82,5% (146/177) correspondían al sexo femenino; con una media de edad al diagnóstico de 44,46±14,11 años, promedio de duración de enfermedad 94,99±9 meses. El 68,3% (112/164) provenían de Asunción y Gran Asunción, el 44,6% (79/165) de los pacientes estaban casados, el promedio del número de hijos por paciente fue de 3,55 ± 2,2. El 43,6% (44/101) pertenece al estrato social 1- 2 según GRAFFAR. El ingreso familiar de sueldo mínimo o menos se halló en el 55,7% (54/97) de los pacientes, con una media de ingreso familiar de 2.350.515 ± 1.622.409 guaraníes. El 54,5% (55/101) de los pacientes se dedica a quehaceres domésticos; 33,7% (34/101) realiza oficios; y sólo el 11,9% (12/101) cuenta con una profesión universitaria. El 30,7% (51/166) de los pacientes están en remisión por DAS 28 (<2,6). En cuanto a las comorbilidades el 68% (35/171) presenta HTA, 11,9% (20/168) tiene dislipidemia, el 5,3% (9/171) Diabetes Mellitus; y el 39,4 % (63/160) presenta Obesidad y el 35% (56/160) se encuentra con Sobrepeso.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con AR en su mayoría procedían de gran Asunción. Un poco más de la mitad percibe un ingreso mensual menor o igual al salario mínimo, y sólo la minoría posee estudios universitarios. Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad, la hipertensión arterial y la dislipidemia; estos datos son importantes a la hora de evaluar las posibles causas de adherencia al tratamiento y de la respuesta a la terapia.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoide, comorbilidades, Hipertensión Arterial

## 165

## 0165 - CALCIFICACIONES ESPLÉNICAS: ASOCIACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

CRABBÉ, Emilio Juan(1) | ZUNINO, Alfredo(1) | GARCIA, Lucila(2) | GARCIA, Mercedes Argentina(2) | CIVIT, Emma(3) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana(1) | PAIRA, Sergio(1)

## HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (2); HOSPITAL DEL CARMEN (3)

**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. Desde 1927 hasta la actualidad sólo 11 casos han sido comunicados en pacientes con LES.



**Objetivos:** Describir 4 pacientes con diagnóstico de lupus que presentaron calcificaciones esplénicas múltiples en su evolución, con estudios negativos para causas secundarias.

**Materiales y Métodos:** Descriptivo

**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.

**Palabras Claves:** Esplénicas, Bazo, lupus LES

166

**0166 - SEGUIMIENTO LINEAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR A 5 AÑOS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON AR***Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Otros*

TRAVAGLIA, Magali | OTERO, María José | PERAK, Marilina | WERNICKE, Verónica Cecilia | QUISPPE VILLANUEVA, Laura María | LOJO, María Nieves | LAZZARINO, María Rosa | ROLLER FAJARDO, Jeremías | RETONTARO, Lurdes | CASTILLA, S

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI**

**Introducción:** El riesgo de enfermedad cardiovascular (RECV) en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) esta sustancialmente elevado respecto a la población general y parece comparable al de los pacientes (p) con Diabetes Mellitus. Se ha demostrado que este riesgo es atribuible no solo a factores tradicionales (edad, dislipemia, tabaquismo, sobrepeso, diabetes) sino también a la enfermedad misma. El manejo del RECV comprende la determinación del perfil de cada paciente usando algoritmos de predicción adaptados a la AR: Systematic Coronary Risk Evaluation modified (mSCORE) y el QRESEARCH Cardiovascular Risk Algorithm (QRisk 2). La aterosclerosis (ATC) subclínica (definida por la presencia de placa aterosclerótica) se considera un factor de riesgo CV emergente. En la población general la ecografía carotídea ha sido usada para la estratificación del RECV. El incremento del espesor mediointimal (EMI) y la presencia de placa carotídea están asociados con enfermedad CV y tienen un valor pronóstico independiente, siendo considerados actualmente un marcador indirecto no invasivo de enfermedad aterosclerótica subclínica. Reevaluamos un grupo de pacientes que fueron estudiados en 2012 para factores de RECV y seguidos por 5 años

**Objetivos:** 1. Evaluar la ocurrencia de eventos cardiovasculares 2. Re-estimar el RECV actual. 3. Evaluar cambio del EMI y la incidencia de placa carotídea. 4. Determinar el riesgo de ATC subclínica de pacientes con AR y factores de riesgo CV. 5. Evaluar asociación de EMI aumentado con la duración y actividad de la AR en los pacientes con y sin factores de riesgo cardiovascular (RCV).

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo a 5 años de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios EULAR 2010 en los que se recolectaron datos clínicos, demográficos, y relacionados con la enfermedad (tiempo de evolución, actividad por DAS 28, presencia de manifestaciones extraarticulares, factor reumatoideo). Se estratificó el riesgo CV usando mSCORE y QRisk 2, más medición de EMI y valoración de placa carotídea por ecografía en modo B, doppler color y pulso, en tres regiones (arteria carotídea común, bulbo y carotídea interna) de forma bilateral, determinándose el valor máximo del promedio de cada lado. Se consideró libre de aterosclerosis a los pacientes con EMI < 0,9 mm y sin placa carotídea definida como un aumento de EMI mayor a 1,5. Se usaron los test de Student y Wilcoxon de rangos signados para comparar variables cuantitativas en programa SPSS®. Se consideró significativo un p valor menor o igual a 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes (p) con AR, de los cuales 51 (77%) eran de sexo femenino, la mediana de edad fue de 55,5 años (RIC 22-79) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 13 ± 8,6 a: 30 p (45,5%) tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular. Solo 15 p (23%) tenían manifestaciones extraarticulares. El Factor Reumatoideo fue de 212 (RIC 21-6720) U/ml. Completaron el seguimiento 34 p (52%) y 26 p (39%) se perdieron. Fallecieron 6 p (9%), 2 p (3%) por IAM y 2 p (3%) desarrollaron enfermedad cardiovascular (ECV). La prevalencia de mortalidad de causa CV a 5 años fue de 6%, con una incidencia acumulada de ECV de 8% y de ATC subclínica de 34 % (RR de 1,26 en el grupo con FRCV). Se observó diferencia estadísticamente significativa (p=0,05) entre el QRisk 2 valorado en el año 2012: 6 (2-10) y el de 2017: 7(3,5-15,3). No se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,25) en el cambio de EMI entre el año 2012: 0,76 mm (0,63-1,15) y el año 2017: 0,77 mm (0,62-0,92). El DAS 28 medio no tuvo diferencia significativa (p= 0,74) entre pacientes con EMI > 0,9 mm (2,8 ± 1,23) y aquellos con EMI < 0,9 mm (2,8 ± 0,97); tampoco (p= 0,55) el tiempo de evolución medio de la AR de pacientes con EMI > 0,9 mm (18,92 ± 9,45) y EMI < 0,9 mm (16,7 ± 10,53).

**Conclusiones:** nuestra población de pacientes con AR y FRCV tuvo un riesgo mayor de presentar ATC carotídea subclínica, aunque sin diferencias en el EMI. No hubo asociación entre el EMI aumentado y tiempo de evolución ni actividad de la AR

**Palabras Claves:** Riesgo Cardiovascular; Artritis Reumatoidea

167

**0167 - DIARIO DE SALUD PARA FIBROMIALGIA***Modalidad: Póster**Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia*

DE CILLIS, Verónica(1) | SEMERANO, Ayelén(1) | BOHR, Analía(1) | PÉREZ DÁVILA, Adriana(1) | SCUBLINSKY, Dario(2) | RILLO, Oscar(3) | SCHEINES, Eduardo(1)

**HOSPITAL DE REHABILITACIÓN M. ROCCA (1); SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (2); HOSPITAL PIROVANO (3)**

**Introducción:** La fibromialgia (FM) es un síndrome de sensibilización central, de etiología desconocida, que puede impactar duramente en la calidad de vida de los pacientes, afectando la capacidad laboral, las actividades de la vida diaria, así como las relaciones con familiares, de amigos y empleadores. Característicamente presenta dolor musculoesquelético generalizado, acentuado por la presión en puntos sensibles específicos, asociado habitualmente con alteración del sueño y fatiga. Hay acuerdo en que el tratamiento de primera instancia debería incluir, en forma simultánea, educación, ejercicio, terapia farmacológica y psicoterapia. Varios trabajos confirman que las intervenciones no farmacológicas pueden brindar mejoría en la calidad de vida de estos pacientes. Entre estas intervenciones se pueden mencionar los diarios de salud, una herramienta valiosa de autoayuda para evaluar y controlar los síntomas y mejorar los niveles de actividad y calidad de vida.

**Objetivos:** Determinar la eficacia de un diario de salud diseñado especialmente para pacientes con fibromialgia.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fibromialgia primaria derivados por el médico reumatólogo. Se evaluó el impacto de la fibromialgia al inicio con el FIQ (fibromialgia impact questionnaire) el cual evalúa 3 dominios: función, impacto general y síntomas. Luego de firmar los consentimientos informados los pacientes fueron divididos en dos grupos: grupo FD (FibroDiario) y grupo FT (FibroTaller). Al grupo FD luego de la evaluación, se le entregó el fibrodiario, con las instrucciones para ser completado. El mismo tiene como objetivo mejorar y cambiar hábitos de salud y consta de un VAS de escala de actividades inicial y final (Cuidado personal, del hogar, trabajo y actividad social) y 3 ejes de trabajo: mi estado actual, sueño/descanso y actividades diarias/ejercicio. Al grupo FT además se lo invitó a participar de 3 talleres de apoyo, los cuales fueron coordinados por Terapistas Ocupacionales, donde se desarrollaron actividades específicas relacionadas con los ejes de trabajo del diario. A todos los pacientes se les ofreció un email de consulta y asesoramiento. Se utilizó para el análisis de datos, la prueba estadística T Student, del Microsoft Excel.

**Resultados:** Participaron del estudio 30 mujeres, cuya edad promedio fue 56 años (34-75), con un moderado-alto impacto de FM según promedio del FIQ: 52,14 (18-79,08). 14/15 pacientes del grupo FT completaron el fibrodiario vs 6/15 pacientes del grupo FD.

**Conclusiones:** Se observó mayor compromiso a trabajar con el fibrodiario en los pacientes del grupo FT, quienes además mostraron mejoría estadísticamente significativa en las actividades de su cuidado personal, del hogar y su actividad social. En ambos grupos se observó dificultad para comprender por lo menos una de las consignas para completar el diario. Los pacientes registraron al mes de trabajar con los mismos, cambios favorables en cuanto a incorporación de hábitos saludables (ejercicio, relajación, actividad social etc). Este fibrodiario acompañado de talleres de apoyo podría resultar una herramienta útil para modificar e incorporar hábitos de salud a corto plazo, en pacientes con fibromialgia.

**Palabras Claves:** Fibromialgia. Diario de salud, Calidad de vida.

168

**0168 - PRESENCIA DE HPV Y SUS DIFERENTES SEROTIPOS EN PACIENTES CON LES Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO***Modalidad: Póster - Unidad Temática: LES / Sif*

RIQUELME GRANADA, Susan Carolina(1) | ROMÁN RUIZ DÍAZ, Lourdes Graciela(2) | ACOSTA H, Eugenia(3) | ACOSTA COLMÁN, Isabel(4) | COLMÁN, Gloria(5) | DUARTE, Margarita(6) | MELO, Marcia(7)

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (1); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (2); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (3); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (4); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (5); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (6); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS (7)**

**Introducción:** El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas más importantes en Paraguay y en toda Latinoamérica en cuanto a salud pública se refiere; su incidencia está en segundo lugar solo precedido por el cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva. Existen evidencias epidemiológicas, moleculares y clínicas de que el cáncer cervical está causado por el Virus de Papiloma Humano. Cerca de 40 subtipos de HPV afectan el tracto genital, aunque sólo algunos tienen una alta asociación con el cáncer cervical. En las pacientes con Enfermedades Autoinmunes, como lo es el Lupus Eritematoso Sistémico, se ha hallado un aumento en el riesgo de infección persistente por HPV comparada con mujeres sanas, es por ello que presentamos el siguiente trabajo y de esta manera conocer los hallazgos existentes en las pacientes atendidas en el Dpto de Reumatología del Hospital de Clínicas.

**Objetivos:** Determinar la presencia de HPV y sus distintos serotipos en pacientes con diagnóstico de LES. Determinar los biomarcadores implicados en la presencia de infección por HPV

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Fueron incluidas 51 pacientes de sexo femenino, en edad reproductiva, que hayan iniciado vida sexual, portadoras de LES en seguimiento en el departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Fueron evaluadas variables clínicas, epidemiológicas y ginecológicas. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes, las cuantitativas como medias y desviación estándar en tanto que el análisis de asociación de variables fueron realizados con el programa SPSS versión 23 utilizando Chi 2 con las variables cualitativas y T de Student para la asociación de variables cualitativas dicotómicas y cuantitativa.

**Resultados:** Dentro de las pacientes era de 30,49 ± 9,95 años, con inicio de la vida sexual a los 18,01 ± 7,2 años. El 7,8% (4/51) fue promiscua según los criterios de la OMS. 2,92 ± 2,46 de el promedio de parejas sexuales desde el inicio de las relaciones. El 27,5% (14/51) utilizaba método de barrera. El 86,3% de las pacientes provenía de Gran Asunción e interior del país y el 13,7% de la capital. Tan solo el 13,7% pudo concluir la educación universitaria, mientras que el 29,4% concluyó la secundaria. El 3,9% era tabaquista. El 64,7% presentó al menos una gestación y el 21,6% tuvo por lo menos un aborto. El tiempo medio de evolución del LES fue de 56,88 ± 57,02 meses y el 100% de las pacientes recibía al menos 1 FAME, el 37,3% recibía Miconofolato de Mofetilo, el 43,1% Azatioprina, el 9,8% Metotrexate, el 98% Hidroxicloroquina; entre tanto el 66,66% (35/51) recibía prednisona. El 94,1% presentó PAP normal y el 39,2% requirió biopsia, informando SIL de bajo grado en el 21,6% (11/51) y SIL de alto grado en el 5,9% (3/51). El 80,4% presentó PCR positiva para HPV de las que el 70,6% era de alto riesgo, el serotipo 18 se presentó en el 23,5% y el serotipo 73 en el 11,8%. Dentro de los serotipos de bajo riesgo, el 42 se presentó en el 13,7%, el serotipo 62/81 en el 11,8%. En el análisis de asociación de las variables se observó que existe una asociación con significancia estadística entre el hábito tabáquico y la presencia de atipias en el PAP (p=0,03), además de una tendencia a la significancia estadística entre la presencia de atipias en el PAP y la promiscuidad (p=0,075). No se observó relación con significancia estadística entre la utilización de los distintos FAMES, ni con la cantidad de estos utilizados y la presencia de HPV o atipias en el PAP; aunque si se halló una relación con significancia estadística entre la utilización de altas dosis de corticosteroides (Metil prednisona) y la presencia de HPV, tanto de bajo grado (p=0,025) como de alto grado (p=0,038)

**Conclusiones:** En esta población de pacientes con diagnóstico de LES y en edad fértil hemos hallado que es alto el porcentaje de las mismas en quienes fue aislado el Virus del Papiloma Humano y que en su mayoría fue de serotipo de alto grado. Fue interesante que el hallazgo de atipias en el PAP de pacientes con hábito tabáquico tuvo significancia estadística, al igual que la utilización de altas dosis de corticosteroides y la presencia de HPV, tanto de bajo como de alto grado, pudiendo corresponder esto último, a que probablemente estemos frente a pacientes con mayor inmunosupresión por mayor actividad de la enfermedad y por ello mayor susceptibilidad a padecer esta infección.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, Virus del Papiloma Humano

169

**0169 - MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I A PROPÓSITO DE UN CASO***Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Otros*

MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo | VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio | ORTIZ GAONA, Nelson Rafael | ACOSTA COLMAN, María Isabel

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**Introducción:** La mucopolisacaridosis (MPS) es una enfermedad rara con una prevalencia estimada, en países europeos, de 1:10000 a 1:25000 recién nacidos vivos, caracterizada por una deficiencia enzimática implicada en el metabolismo de los glicosaminoglicanos (GAGs) a nivel lisosomal. La enfermedad de Hurler-Scheie, o MPS tipo I, es una enfermedad producida por la deficiencia de la enzima a-L-iduronidasa (IDUA). 2 Hasta ahora el diagnóstico precoz y el reemplazo enzimático puede evitar el daño sistémico progresivo que sin tratamiento reduce de forma importante el pronóstico de vida de estos pacientes.



Estas molestias persisten en el tiempo sufriendo en repetidas oportunidades exacerbaciones, que la llevan a acudir a diferentes servicios de urgencias, requiriendo medicación endovenosa. Después de varios años la paciente se percató de deformidades de articulaciones de las manos por lo que consulta en varias ocasiones y es sometida a varios estudios sin conseguir un diagnóstico de la patología. A los 13 años se agrega alteración de la agudeza visual, acude a consultas de oftalmología de múltiples centros, hasta que finalmente consulta en nuestro centro donde por características en el examen físico se sugiere el diagnóstico de una enfermedad por depósito. Antecedentes personales: hernia inguinal a los 7 meses, hernia umbilical a los 17 años corregidos quirúrgicamente. Gestas: 0 ABO: 0

**Conclusiones:** La mucopolisacaridosis I se encuentra dentro de la clasificación de enfermedades raras donde lo primordial es tenerla siempre presente pues el diagnóstico tardío de la misma conlleva a la progresión de la enfermedad de manera irreversible además de la disminución de la expectativa de vida.

**Palabras Claves:** Mucopolisacaridosis, glicosaminoglicanos, a-L-iduronidasa.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica de un paciente con diagnóstico MPS tipo I.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal en un paciente que acude a consulta.

**Resultados:** Paciente femenino de 19 años de edad, paraguaya, estudiante que presenta cuadro de dolores articulares, a predominio de miembros inferiores, el cual se inicia a los 5 años de edad que no cede con medicación antiinflamatoria, que recibe en forma ambulatoria.

## 171

## 0171 - PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

MAZZA, Susana Marcela(1) | SUELDO, Rau(1) | BARBAGLIA, Ana Lucia(1) | GONZALEZ LUCERO, Luciana(1) | SORIA, CURI, Yessica(1) | BELLOMIO, Veronica(1) | GALINDO, Liliana(2) | SANTANA, Mirta(1) | LUCERO, Eleonora(1)

HOSPITAL A.C. PADILLA (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN (UNT) (2)

**Introducción:** En la demanda creciente de atención en Hospitales Públicos en los últimos años, se percibe un mayor número de usuarios insatisfechos y es por ello que se impone la necesidad de medir la calidad de atención percibida en los servicios de salud para reorientar los recursos. La calidad de atención sanitaria definida por la OMS (1996) como «aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos sanitarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite». Consta de dos componentes: calidad intrínseca (científico-técnica) y calidad percibida. Uno de los instrumentos utilizados para evaluar calidad percibida es el grado de satisfacción de los usuarios mediante encuestas, una de ellas es la encuesta SERVQUAL (Service of Quality), basada en la correlación que existe entre la expectativa del paciente y su grado de satisfacción.

**Objetivos:** Evaluar calidad de atención percibida por pacientes asistidos en un Servicio de Reumatología e identificar variables asociadas

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un Servicio de Reumatología desde Abril 2017 hasta Julio 2017. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con enfermedad reumatológica que consultaron a las distintas clínicas de patologías específicas en un Hospital Público. Se estudiaron variables: Sociodemográficas, Tipo de cobertura de salud, Tipo de usuario (primera consulta o ulterior), Clínicas reumatológicas (Artritis Reumatoidea -AR-, Lupus Eritematoso Sistémico -LES-, Enfermedades del Tejido Conectivo -ETC-, Espondiloartritis, -EspA- y Demanda espontánea). Se utilizó la encuesta SERVQUAL modificada para su uso en los establecimientos de salud, que incluye en su estructura 22 preguntas de Expectativa y 22 preguntas de Percepción, con 7 posibles calificaciones cada una: del 1 al 7 según escala de Likert (siendo 1 menor calificación) y distribuidas en 5 dimensiones: Fiabilidad (habilidad para desempeñar el servicio prometido de forma precisa y con formalidad, preguntas 1 a 5), Capacidad de Respuesta/Voluntad de ayudar a los usuarios, respuesta rápida y oportuna, 6 a 9), Seguridad/conocimiento, cortesía, comportamiento del personal y su habilidad para producir confianza, 10 a 13), Empatía/atención, cuidado que se provee a los pacientes, 14 a 18) y Aspectos Tangibles/facilidades físicas, instalaciones, apariencia del personal, 19 a 22). Se consideró usuario satisfecho cuando la diferencia entre la percepción (P) y la expectativa (E) para la pregunta planteada tenía una diferencia de cero o un valor positivo; y usuario insatisfecho cuando la diferencia tenía un valor negativo. Se calculó el grado de satisfacción global, por dimensión y por pregunta. Análisis estadístico: Descriptivo, Test exacto de Fisher, Test Chi cuadrado, Análisis de Clases Latentes, Regresión Logística

**Resultados:** Se incluyeron 301 pacientes, 82.1 % mujeres, edad media 45.5 ± 13.1 años, 54.2 % con nivel primario. El 53.2% presentó cobertura pública con provisión de medicamentos. El 87.7% fueron consultas ulteriores y 12.3 % primera consulta. Mediante el Análisis de Clases Latentes se corroboró la existencia de 2 opciones de respuesta: usuario satisfecho y usuario insatisfecho. Encontramos un elevado nivel de satisfacción global de los pacientes (80%) y también por dimensiones: Fiabilidad 65%; Capacidad de respuesta 55%; Seguridad 81%; Empatía 83 % y Aspectos Tangibles 69 % de los pacientes. El grado de insatisfacción global fue bajo (20%); al analizar las variables asociadas mediante Regresión Logística, se observó que los pacientes menores de 46 años tuvieron más chances de estar insatisfechos en la dimensión Aspectos Tangibles (2.2 veces), Empatía (2 veces) y Capacidad de Respuesta (1.9 veces). Además en el dominio Capacidad de respuesta los usuarios con cobertura privada tuvieron 2.1 veces más chances de estar insatisfechos. En la dimensión Seguridad, los pacientes que asistieron a los consultorios de ETC, LES y EspA presentaron 3 veces más chances de estar insatisfechos con respecto al consultorio de Demanda espontánea.

**Conclusiones:** - El nivel de satisfacción global de los pacientes asistidos en un Servicio de Reumatología fue alto - Los pacientes se encontraron altamente satisfechos con el conocimiento, cortesía, comportamiento del personal y habilidad para producir confianza juntamente con la atención y el cuidado que se les provee. - Insatisfacción se asoció a menor edad del paciente, cobertura médica privada y tipo de clínica reumatológica.

**Palabras Claves:** Calidad de Atención, Percepción.

## 173

## 0173 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS DEL PARAGUAY

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

LOSANTO, Jhonatan(1) | RIQUELME GRANADA, Susan Carolina(1) | DELGADILLO, Pedro(2) | ROMÁN, Lourdes(1) | BABAK, Pedro(2) | COLMAN, Nelly(1) | OJEDA, Aldo(1) | AVILA, Gabriela(1) | VAZQUEZ, Marcos(1) | MAZZOLENI, Julio(2) | YINDE, Yairita(1) | DUARTE, Margarita(1)

HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (1); HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (2)

**Introducción:** El término de Espondiloartritis engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias crónicas, que comparten características clínicas similares, con la particularidad de la afectación axial, además de poder asociarse a artritis periféricas, daclititis, entesitis, uveítis y la presencia de HLA B27. Por lo general tienen un inicio insidioso y progresivo, que abandonadas a su libre evolución pueden producir un daño estructural que condicione de manera importante la calidad de vida de estos pacientes.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de una cohorte de pacientes con Espondiloartritis con seguimiento en dos hospitales de gran complejidad de Asunción.

**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, de corte transversal de una Cohorte de pacientes con Espondiloartritis incluidos en el Registro DESPERTAR PARAGUAY (Descripción de las características clínicas, laborales y epidemiológicas de pacientes con Espondiloartritis). Confeccionados por pacientes que consultan en el Hospital de Clínicas y/o en el Hospital Central de IPS. Se incluyeron a todos los pacientes que cumplían criterios de clasificación ASAS 2009 para Espondiloartritis y que consultaron regularmente hasta Diciembre del 2016. Se completó un cuestionario epidemiológico (i.e. sexo, edad, procedencia) y clínico (i.e., comorbilidades, tiempo de evolución de la enfermedad, articulaciones afectas, EVA, BASDAI), examen físico, estudios laboratoriales y de imágenes. Además se les realizó un test de Depresión (Mayor Depresión Inventory) y de autoestima (test de Rosenberg), calidad de vida y capacidad funcional según métodos estandarizados. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con su desvío estándar. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

**Resultados:** Se registraron 28 pacientes con una relación H/M de esta Cohorte de 11/3 con media de la edad de 38,74±13,09 años y con 166,77±149,81 meses de evolución de la enfermedad. Están casados 12/28 (42,85%) y la mayoría tiene un Oficio 14/27 (50%). Todos presentaron síntomas antes de los 45 años y dolor lumbar inflamatorio de >3 meses. De entre los síntomas de inicio, el dolor de inicio insidioso se presentó en el 19/22 (86,36%), el dolor lumbar nocturno en 23/28 (82,14%) y se vio buena respuesta a los AINES en 25/27 (92,59%). Las manifestaciones extra-articulares más comunes fueron: La entesitis 13/26 (50%), psoriasis 5/27 (18,51%) y uveítis 3/27 (11,11%). El 24/28 (85,71%) de los pacientes presentaban afectación axial, con sacroileítis por radiografías 19/22 (86,36%), y por resonancia en 9/10 (90%). Presentaba HLA B27 14/17 (82,35%). Al examen físico, la distancia dedo suelo fue de 21,53± 17,53 cm, distancia occipucio pared de 4,78±5,54 cm y Schöber modificado 4,58±2,39 cm. El promedio de actividad por BASDAI fue de 2,6±2,7 con un promedio de afectación de la capacidad funcional 1,88±2,71 por BASFI y 0,96±0,89 en el HAQ. El 21/28 (75%) no estaba en depresión, según el test de MCI (Mayor Depresión Inventory) y el 13/27 (48,14%) tenía la autoestima alta según el test de Rosenberg. Entre las comorbilidades el 7/28 (25%) padecía de hipertensión arterial, diabetes 2/28 (7,14%) y displipidemia 6/28 (21,42%). Por último constatamos que 3/28 (10,71%) de ellos tenían familiares con EA y 3/28 (10,71%) con Psoriasis, los demás pacientes no presentaban antecedentes familiares de patologías reumáticas.

**Conclusiones:** En este estudio describimos las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Espondiloartritis. Además mencionamos la importancia de este estudio, ya que nos permitió valorar en conjunto la importancia de contar con un Registro Nacional de estas patologías, con el fin de identificar a estos pacientes, cuya población total es aún desconocida, y cuyo manejo requiere una terapia costosa y un seguimiento sostenido.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis, Sacroileítis, HLA B27, Uveítis, Entesitis, Psoriasis

## 172

## 0172 - POROQUERATOSIS DISEMINADA SUPERFICIAL PACIENTE CON SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN LES/SSP. A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

GOMEZ, Andrea Susana | SEGURA ESCOBAR, Carolina | DEMARCHI, Julia | QUEVEDO MAYORGA, Pedro | FONTANA, Anastasia | BARREIRA, Juan Carlos

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** La poroqueratosis (PK) es una genodermatosis que se puede presentar en forma hereditaria (autosómica dominante) o esporádica. Puede estar asociada a factores desencadenantes, entre los que se destacan las enfermedades autoinmunes, el tratamiento con inmunosupresores, la luz solar, y el trauma entre otros. En su patogenia se involucran posibles alteraciones de la dinámica epidérmica por disfunción de las células de Langerhans que producirían una expansión de clones mutantes de queratinocitos epidérmicos. Se caracteriza por la presencia de lesiones tipo placa o pápulas de color rosado o amarronado con una zona central atrófica y un halo hiperqueratósico. Cursa generalmente en forma insidiosa, aunque hay formas agudas con prurito asociado. Existen diferentes formas clínicas que se diferencian por su distribución y aspecto, pero que comparten la anatomía patológica que se caracteriza por la presencia de la lámina corneida. Estas lesiones pueden malignizarse, sobre todo en aquellos pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, existiendo también reportes asociados a malignidad digestiva.

**Objetivos:** Resulta de interés destacar esta entidad dado el amplio uso de inmunosupresores en las enfermedades reumáticas y siendo esta entidad pasible de malignización.

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente de 62 años, oriunda de Paraguay, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico diagnosticado en 1997 por haber presentado ANA+, SM+, úlceras orales, fotosensibilidad, síndrome convulsivo, pleuropericarditis, leucopenia y plaquetopenia. Antecedentes: HTA, enfermedad coronaria, hernia hiatal, gastropatía erosiva, fracturas vertebrales asociadas a corticoterapia crónica (D12-L1), TBC pulmonar en 2007, realizo esquema completo. Inicio tratamiento con corticoides a 1 mg/kg con descenso progresivo posterior, quedando con dosis bajas fijas de meprednisona 4 a 8 mg día, Azatioprina 150 mg/día y Sulfato de Hidroxiquinolina 400 mg día. Evolucionó 11 años después con síntomas sicca y disnea CF III en contexto de neumonitis intersticial linfocítica (NIL, Ro y La: (+), Anti DNA: (-), ANA: 1/320 moteado fino, por lo cual se decide tratamiento con Rituximab. La paciente comienza con rash eritemato-pápulo pruriginosos de curso subagudo que compromete en forma simétrica los MMII. Las lesiones miden de 5 a 7 mm de diámetro y tienen una coloración rosada amarronada, con centro atrófico y anillo hiperqueratósico periférico. Se realiza biopsia de las lesiones mediante punch con tinción de H y E observándose imagen compatible con POROQUERATOSIS SUPERFICIAL.

**Conclusiones:** Solo existen reportados a la fecha 16 casos en el mundo asociados a uso de esteroides. Asimismo existen reportes de POROQUERATOSIS en pacientes tratados con azatioprina, post trasplante, en Lupus, Dermatomiositis, Artritis Reumatoidea y síndrome de Sjögren primario, pero ninguno hasta la fecha reportado en síndromes de Overlap.

**Palabras Claves:** Poroqueratosis, genodermatosis, células de Langerhans, halo hiperqueratósico, lámina corneida, síndromes de Overlap.

## 174

## 0174 - ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS? DATOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

AESCHLIMANN, Carolina | QUINTANA, Rosana M. | PONS-ESTEL, Guillermo | HARTVIG, Claudia | BERSANO, María N. | NAVARRO, Sandra | ROBERTS, Karen N. | SACUNU, Mónica

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

**Introducción:** La vit.D constituye un grupo de esteroides con un rol crucial en el metabolismo fosfocálcico. Además, regula la respuesta inmune adaptativa e innata. Existen datos contradictorios sobre el rol que podría tener el déficit de esta vitamina sobre la actividad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de déficit e insuficiencia de vit.D en pacientes con diagnóstico de LES atendidos en un servicio público de Rosario; analizar su asociación con la actividad de la enfermedad (medido por SLEDAI); evaluar variables demográficas, manifestaciones sistémicas y de laboratorio asociadas a este déficit e insuficiencia.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, incluyendo pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR 1997. Variables analizadas: sexo, edad, etnia, tabaquismo, historia de fotosensibilidad, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de la enfermedad (SLEDAI), compromiso renal con proteinuria, cilindruuria o hematuria, artritis y astenia al momento del dosaje y uso de hidrocorticoide (HCQ), prednisona e inmunosupresores. Se midió vit.D por quimioluminiscencia. Deficiencia se definió como valores de vit.D menores de 20 ng/ml, e insuficiencia como valores entre 30 y 20 ng/ml. Estadística: Las variables categóricas se describieron como porcentajes y las variables continuas como media (DE). La asociación entre niveles de vit.D y características de los pacientes fue analizada por test Chi-cuadrado, si no se cumplían las condiciones para aplicarlo se recurrió al test de Fisher y para las variables continuas se usó la prueba U de Mann-Whitney. Nivel de significación 5%.

**Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes, 91,9% fueron mujeres y 65,3%, mestizos. Un 74,6% tenían historia de fotosensibilidad. La edad promedio al diagnóstico del LES fue 29,7 años (± 13,1). El valor promedio de vit.D fue 26,7ng/ml (±10,6). Un 26,9% (16,5% a 39,6%) presentó déficit y 44,4% (19,5% a 57,5%), insuficiencia de vit.D. Estos dos grupos tuvieron valores máximos de SLEDAI más altos que aquellos con valores normales de vit.D, con puntajes de 22 y 20 versus 11, respectivamente, para cada grupo (p=0,470). De los 10 pacientes tabaquistas, 7 tenían valores bajos de vit.D, mientras que de los 49 ex o no fumadores, solo 14 presentaban valores normales, no observándose diferencia estadísticamente significativa. El 91,7% (11/12) y el 34,2% (13/38) de los pacientes con y sin compromiso renal, respectivamente, tuvieron déficit o insuficiencia, aunque sin una asociación significativa (p=0,140). El 66,7% y el 68,9% de los pacientes con y sin astenia, respectivamente, tuvo déficit o insuficiencia de vit.D, demostrando la falta de asociación estadística (p=0,999). De 17 pacientes que presentaban artritis, el 58,8% (10/17) presentó déficit o insuficiencia de vit.D; versus el 77,3% (34/44) de los 44 pacientes que no tuvieron esta manifestación, no encontrando asociación significativa entre la artritis y los niveles de vit.D (p=0,201). El 96,8% de los pacientes estaban en tratamiento con HCQ, no habiendo asociación con el nivel de vit.D. El 75% (30/40) de los pacientes tratados con prednisona y el 76,9% (10/13) de los tratados con inmunosupresores tuvieron hipovitaminosis D, versus el 63,6% (14/22) y el 69,4% (34/49) de los no tratados con esas drogas, respectivamente. En ambos casos, no se observó una diferencia estadísticamente significativa (p=0,345 y p=0,738 respectivamente). De los 49 pacientes que se encontraban suplementados con calcio y vit.D al momento del dosaje, el 75,5% presentó valores bajos en sangre, versus el 53,8% de los 13 no suplementados (p=0,172).

**Conclusiones:** El valor promedio de vit.D fue 26,7ng/ml (±10,6). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los niveles séricos con tabaquismo, SLEDAI, compromiso renal, artritis, astenia, ni con el uso de HCQ, prednisona o inmunosupresores. Esto podría deberse a que se trata de una cohorte pequeña, lo que resta poder estadístico al estudio. Sin embargo, se destaca que los pacientes con hipovitaminosis presentaron valores máximos de SLEDAI más altos y una frecuencia tres veces mayor de enfermedad renal que los pacientes con vit.D normal. Nuevos estudios y con mayor número de pacientes se necesitan para analizar esta asociación.

**Palabras Claves:** Vitamina D; Lupus.

175

**0175 - EFECTOS DEL SOBREPESO EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, ACTIVIDAD Y DAÑO ACUMULADO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

REMOLINA RINCÓN, Iván Dario | QUEVEDO MAYORGA, Pedro | BARTEL, Guillermo Gerardo | DEMARCHI, Julia | DUARTES NOÉ, Damián | BARRERA, Juan Carlos

**HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES**

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente mujeres en edad fértil (entre los 15 y 40 años). La relación mujer/varón es de 10/1. En Estados Unidos la incidencia anual es de 5 a 7.6 casos/100.000 habitantes y la prevalencia se estima entre 1/10.000 habitantes hasta 1/400 habitantes.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de sobrepeso y obesidad en nuestra población de pacientes LES, y describir las diferencias clínicas, serológicas, índices de actividad y cronicidad en dicho grupo.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en el cual se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 evaluados en el servicio de reumatología al menos una vez durante el último año con medición de IMC acorde a los criterios de la OMS. Se excluyeron aquellos con otra enfermedad del tejido conectivo asociada o enfermedad cardíaca, renal, pulmonar avanzada previo al diagnóstico de LES. Se clasificaron en dos grupos según IMC (< 25 y >25) para comparar variables tales como SLEDAI; SLICC; Colesterol Total; HDL; LDL; y TG.

**Resultados:** Se incluyeron en este estudio 101 pacientes de los cuales 90 (89.1%) fueron mujeres, con edad media al momento de inclusión de 34 (±14.4) años, la media de tiempo de evolución de la enfermedad fue 104 (±84.7) meses, la etnia caucásica fue la más frecuente (70%). La mayoría de los pacientes presentaron sobrepeso u obesidad, la media de IMC de la población fue de 26.23 (±3.95) kg/m<sup>2</sup>, observándose un 42.7% (n: 43) de sobrepeso y un 11.88% (n:12) de obesos. Un 38.61% (n:39) de los pacientes presentaron dislipidemia, la media de Colesterol Total fue 186 (±46.5), HDL 49.2 (±11.4), LDL 115 (±39), triglicéridos 111 (±62.2), glucemia 89 (±13). La mediana del índice de actividad SLEDAI fue 6.9 (rango=0-37) y de cronicidad SLICC fue 2.3 (rango=0-13). Aunque fueron minoría; se encontró un incremento significativo de varones con IMC≥25 kg/m<sup>2</sup> comparado con las mujeres (90.9% vs 50%; p<0.01). No se hallaron diferencias en cuanto a tiempo de evolución de la enfermedad: 103.52 (±81) Vs 105 (±88) meses p=0.88. Los hallazgos de este estudio mostraron un significativo incremento de los síntomas SICCA en aquellos pacientes con IMC≥25 (49.09%; n:27 vs 30.4%; n:14; p<0.05). Con respecto a las manifestaciones criterio, no se encontró ninguna diferencia significativa entre los dos grupos, como así tampoco los eventos cardiovasculares definidos por SLICC. Al evaluar los puntajes de SLEDAI y SLICC no se constataron diferencias entre ambos grupos (SLEDAI: 7.47 (rango:0-37) vs 6.5 (rango:0-31); p=0.99 y SLICC: 2.32 (rango:0-13) vs 2.34 (rango:0-9); p=0.37).

**Conclusiones:** La frecuencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de pacientes se estimó en 42 y 11% respectivamente con una media de IMC de 26.2, con mayor frecuencia en género masculino, similares resultados a los encontrados en otros reportes. Sin embargo la prevalencia de sobrepeso/obesidad no supera la prevalencia de la población argentina. Al comparar grupos, no se evidenciaron diferencias significativas entre SLEDAI y SLICC, aunque si en los síntomas SICCA. Este estudio tiene la limitación de ser una muestra pequeña de pacientes, por lo que la recolección de datos continúa en curso.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico Riesgo Cardiovascular Sobrepeso Obesidad Índice de actividad Índice de Cronicidad

176

**0176 - EL IMPACTO DEL ULTRASONIDO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. DATOS DE PACIENTES AMBULATORIOS DE LATINO-AMÉRICA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

BERTOLI, Ana María(1) | AUDISIO, Marcelo(2) | PY, Guillermo(3) | RUTA, Santiago(4) | ROSEMFET, Marcos(5) | CAZENAVE, Tomás(5) | ALVA, Magaly(6) | SANTIAGO, Lida(7) | MARTIRE, Victoria(8) | GUTIERREZ, Marwin(9)

**INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (1); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (2); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (3); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (4); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (5); HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTIN (6); HOSPITAL RIVADAVIA (7); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (8); INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN DE MÉXICO. (9)**

**Introducción:** La ultrasonografía (US) musculoesquelética es un método sensible y confiable en la evaluación de sinovitis y daño estructural en pacientes con artritis reumatoidea (AR). Sin embargo, existen pocas publicaciones en relación al impacto que este método de imágenes tiene en el diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas en esta población de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la US, como método complementario, en el diagnóstico y manejo terapéutico de pacientes con AR en la práctica reumatológica cotidiana.

**Materiales y Métodos:** En este estudio transversal, multicéntrico, se analizaron los datos US de 229 pacientes con diagnóstico presuntivo o definitivo de AR (criterios ACR/EULAR 2010). En los pacientes en los que se realizó la US con propósito diagnóstico, comparamos el número de pacientes con diagnóstico definitivo de artritis pre y post evaluación US. En los pacientes en que se realizó la US para la toma de decisiones terapéuticas (evaluación de actividad versus remisión), se comparó el número de pacientes con enfermedad activa pre y post evaluación US. También se evaluó el número de cambios terapéuticos que se realizaron luego del examen US. Finalmente, comparamos la región articular evaluada de acuerdo al propósito de la US (diagnóstico versus manejo terapéutico). Las comparaciones se realizaron utilizando el test de Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de p < 0.05.

**Resultados:** Los pacientes incluidos en este estudio fueron predominantemente de sexo femenino (n=187, 82%) con una edad media (DE) de 50.6 (14.1) años. En 84 (37%) pacientes la US se realizó con propósito diagnóstico y en 145 (63%) para la toma de decisiones terapéuticas. Entre los pacientes en que se realizó la US con propósito diagnóstico, 52 (68%) tenían sospecha de artritis pre US y sólo en 35 (42%) se confirmó el diagnóstico post US (p=0.048). Entre los pacientes en los que el US se realizó para manejo terapéutico, 87 (62%) se clasificaron como enfermedad activa pre US, mientras que 101 (72%) post US (p<0.001). Luego de la evaluación US, en 84 (58%) pacientes se realizó alguna modificación terapéutica; 64 (43%) cambiaron la droga modificadora de la artritis o su dosis, 63 (43%) la dosis del AINE/gluococorticoide y en 21 (15%) pacientes se realizó un procedimiento guiado por US. En 54 (37%) pacientes, la US agregó nueva información sobre erosiones. La muñeca (n=181) y manos (n=196) fueron las áreas articulares evaluadas con mayor frecuencia. Las muñecas y pies se evaluaron más frecuentemente para la toma de decisiones terapéuticas (41% vs 59%; p=0.006 y 19% vs 82%; p=0.034, respectivamente). No se encontraron diferencias en la frecuencia en que otras regiones articulares fueron evaluadas de acuerdo al propósito de la US.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio demuestran un impacto relevante de la US en la evaluación de pacientes con AR, tanto en el diagnóstico como en la toma de decisiones terapéuticas. Confirma, una vez más, la capacidad de la US para la determinación de sinovitis subclínica, presencia de daño estructural, a la vez de comportarse como una herramienta que apoya cambios de conducta terapéutica. Aún se requiere un aumento del tamaño muestral de modo tal que estos resultados se puedan confirmar más robustamente.

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea ultrasonografía

178

**0178 - AUTOMONITOREO DOMICILIARIO DIARIO EN ARTRITIS REUMATOIDEA: MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y PATRONES DE TOMA DE LA MEDICACIÓN**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

ACIAR, Mariana Mabel | BUSCHIAZZO, Emilio | JUAREZ, Ricardo Vicente | ROJAS TESSEL, Ivana Romina | CUCCHIARO, Natalia Lili | PICCO, Eugenia | LENCINA, Maria Veronica | CRESCO ESINDOLA, Maria Elena

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

**Introducción:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta predominantemente al tejido sinovial y cuya actividad es evaluada a través del recuento articular (RA) el cual se considera el patrón oro para su valoración. En trabajos previos, el monitoreo domiciliario ha sido evaluado en pacientes con AR.

**Objetivos:** Objetivo Primario: determinar, mediante automonitoreo domiciliario diario, los patrones de enfermedad y de toma de medicación durante el día y compararlo con la valoración del médico en la consulta ambulatoria.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 87 o ACR/EULAR 2010 de la consulta ambulatoria, con al menos una articulación inflamada. Se consignaron datos socio- demográficos (edad en años, sexo) relacionados a la enfermedad (tiempo de evolución en años, presencia de nódulos, erosiones y anticuerpos: factor reumatoideo (FR) y/o anti-CCP positivo), tratamiento actual (dosis en mg/día de prednisona, DMARD sintéticos y DMARD biológicos). En cada visita médica, un evaluador ciego a los datos del paciente realizó un examen articular estándar y en la visita 1 y 3 se calculó el DAS28-VSG (dos laboratorios al basal y a la visita 3, que incluían PCR y VSG) y HAQ-II. En la visita 2 solo se realizó examen articular y se utilizó la VSG basal para calcular dicho índice. El paciente completó en su domicilio un diario entre la visita 1 y 2 y otro entre la 2 y la 3, cada uno con 2 semanas de valoración. Dicho diario incluye 28 articulaciones dolorosas y tumefactas, EVAglobal (mm) y horario de toma de medicación, tanto en la mañana y como en la tarde para cada día. Se calcularon los DAS28 de las 2 semanas iniciales para cada día, mañana y tarde con la VSG del basal y las otras 2 semanas con la de la visita 3. Estadística: las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Para realizar comparaciones se utilizó chi cuadrado o test exacto de Fisher, o Test de T de student o Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de p < 0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, 13 (92.9%) del sexo femenino, con una edad mediana de 50 años (RIC:42-61), tiempo de evolución de 14 años (RIC: 4.7-20), 6 (42.9%) nodulares, 10 (71.4%) erosivas y todas seropositivas. Trece (92.9%) pacientes estaban en tratamiento con Metotrexato, dosis mediana de 15 mg/semana (RIC: 12.5-18.75), y 5 con leflunomida, 2 anti-TNFalfa. Al momento de la primera visita 9 (64.28%) se encontraban en tratamiento con Meprednisona con una mediana de 4 mg/día (RIC: 4-5). Se registraron 56 tomas domiciliarias a la mañana de Leflunomida y 44 a la tarde, 125 tomas de Meprednisona matinal y 22 vespertinas, 97 tomas matinales de AINE y 82 tomas vespertinas. Al comparar las medias de toma de medicación entre la mañana y la tarde, solo hubo una diferencia significativa a favor de la toma de meprednisona matinal (19.8 vs 4.4, p < 0.0001), sin diferencias con respecto a los AINE (8 vs 6.8, p = 0.52). Al comparar el promedio de DAS28 de un automonitoreo matutino vs vespertino, este fue significativamente mayor a la mañana (3.1 vs 2.9, p = 0.03). La media de DAS28 medido por los médicos (promedio de visita 1 y 3) fue significativamente mayor al medido por el automonitoreo vespertino del paciente (3.34 vs 2.91, p = 0.023), aunque sin diferencias con el matutino (3.3 vs 3.1, p = 0.2). La media de cambios significativos del DAS28 durante el automonitoreo (variación >0.6 desde el registro del día 1 del paciente) fue mayor a la mañana que a la tarde aunque no significativo estadísticamente (8.8 vs 6.3, p = 0.1).

**Conclusiones:** A pesar del número bajo de pacientes, el automonitoreo en el hogar mediante un diario, confirmó que los pacientes consumen mas frecuentemente el corticoide durante la mañana, lo cual podría estar relacionado a la mayor sintomatología inflamatoria. Las evaluaciones en las visitas programadas, se realizaron durante la mañana, lo cual podría reflejar el peor momento de la enfermedad del día y quizás por ello no difieren de las realizadas por los pacientes durante ese momento del día. Las valoraciones por parte del médico durante la tarde podrían, eventualmente, subestimar la actividad real de la enfermedad.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoidea clinimetría

179

**0179 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: RELACION ENTRE COMPROMISO ARTICULAR Y PULMONAR EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

PAULIN, Francisco | ALBERTI, María Laura | FERNÁNDEZ, Martín | CARRO, Fabian | FASSOLA, Leandro

**HOSPITAL MARÍA FERRER**

**Introducción:** La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) varía entre el 10 y el 42% según distintos autores. Los pacientes con AR y EPI tienen una mortalidad 3 veces mayor que aquellos sin EPI. Al tratarse de dos manifestaciones de la misma enfermedad, el compromiso articular y pulmonar deberían evolucionar en paralelo. Sin embargo existen datos que hacen sospechar que no es esto lo que sucede en la realidad.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue estudiar la correlación entre variables relacionadas al compromiso pulmonar y aquellas relacionadas al compromiso articular en pacientes con artritis reumatoidea y enfermedad pulmonar intersticial.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea según criterios ACR 2010 y enfermedad pulmonar intersticial, que concurren al consultorio especializado en EPI de nuestro centro, en el periodo de enero 2015 a febrero 2017. Se consignaron datos demográficos, datos relacionados con la enfermedad articular (recuento articular, velocidad de eritrosedimentación, DAS28, tratamientos previos), examen funcional respiratorio (CVF%, DLCO%), score de Goh en tomografía computada de alta resolución (TCAR) (total, vidrio esmerilado y reticulación), laboratorio inmunológico (anti-CCP, factor reumatoideo). Se describieron las variables categóricas según frecuencia y las continuas con mediana y rango intercuartil, o media y desvío estándar según la distribución. Se realizó análisis de correlación entre variables que relacionadas al compromiso articular y variables que evalúan el compromiso pulmonar. Se utilizaron los tests de Spearman o Pearson dependiendo de la distribución. Entre las variables respiratorias incluímos CVF%, DLCO%, disnea mMRC, score de Goh de reticulación, vidrio esmerilado y total. Entre las variables relacionadas con el compromiso articular incluímos articulaciones tumefactas, dolorosas, escala visual análoga de actividad de la enfermedad, velocidad de eritrosedimentación (VES), y DAS28.

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes, 30.4% hombres, media (DE) de edad 59,9 (11,8). Treinta y uno (67,4%) eran tabaquistas actuales o ex tabaquistas. En 9 casos (21,4%) se halló un patrón de TCAR típico de neumonía intersticial usual (NIU) y en 17 (40,4%) un patrón inconsistente con NIU. La media (DE) de CVF% fue de 71 (17,48). Doce casos (26%) presentaban remisión o actividad articular leve evaluada con DAS28. La prevalencia de anti-CCP positivo fue 37/40 (92,5%), mientras que de FR fue 36/37 (97,3%). Veintiocho (60,8%) de los pacientes habían recibido metotrexate previamente. Hallamos buena correlación entre VES y el vidrio esmerilado en la TCAR medido por el score de Goh (r 0,39; p 0,03). No hallamos correlación entre las demás variables articulares y respiratorias estudiadas. Se calculó un poder de 0,72 en el caso de la correlación con scores en TCAR (N=39), y de 0,8 para la correlación con examen funcional respiratorio (N=47), para un "r" esperado de 0,4.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con AR y EPI no hallamos correlación entre variables que reflejan el compromiso articular y aquellas que expresan el compromiso pulmonar. Si hallamos buena correlación entre VES y la presencia de vidrio esmerilado en la TCAR. Es posible que la AR se actúe en ambos sitios a través de diferentes mecanismos, lo cual podría explicar estos hallazgos.

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea, enfermedad intersticial, fibrosis pulmonar

## 180

## 0180 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AMPOLLAR. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS. DATOS DE UNA COHORTE MULTIÉTNICA, LATINOAMERICANA DE PACIENTES CON LUPUS (GLADEL)

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

PONS-ESTEL, Guillermo(1) | QUINTANA, R(1) | SACNUN, Mónica(1) | CONTI, S(1) | GERVAISONI, V(1) | CATOGGIO, L(2) | SORIANO, E(2) | GARCIA, M(3) | MARCOS, A(3) | SCHERBARTH, H(3) | CAEIRO, F(4) | HAYE SALINAS, M(5) | SARANO, J(6) | ALVARELLOS, A(4) | DRENKARD, C(7) | GAMRON, S(7) | SAURIT, V(4) | SERRANO, Rm(8) | BERBOTTO, G(9) | ONETTI, L(7) | MANNI, Ja(6) | PONS- ESTEL, B(1)

**HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSE DE SAN MARTIN" (3); HOSPITAL PRIVADO CORDOBA (4); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CORDOBA (5); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (6); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (7); SANATORIO PARQUE S.A. (8); HOSPITAL ESCUELA EVA PERON, GRANADERO BAIGORRIA (9)**

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico ampollar (LESA) es una manifestación poco frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por la presencia de lesiones vesiculares- ampollares, no cicatrizal y poco pruriginosa. Es una entidad heterogénea, causada por autoanticuerpos contra el colágeno tipo VII y otros componentes esenciales de la unión dermoepidérmica.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, de laboratorio y tratamiento de aquellos pacientes con LESA incluidos en la cohorte GLADEL.

**Materiales y Métodos:** Se valoraron pacientes con LES de una cohorte de in cepción (= 2 años de diagnóstico), de 34 centros de 9 países latinoamericanos. El LESA fue definido clínicamente como la aparición de vesículas y ampollas, no limitadas a zonas fotoexpuestas, según criterios de Camisa y Sharma de 1983. Variables estudiadas: sociodemográficas, clínicas, laboratorio, índice de actividad (SLEDAI), índice de daño (SLICC), tratamiento y mortalidad en el seguimiento. Las comparaciones se realizaron utilizando test exacto de Fisher para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas.

**Resultados:** De los 1480 pacientes incluidos en la cohorte, con un seguimiento promedio de 51.2 (desvío estándar [DE] 27.5) meses, 6 (0.41%) presentaron LESA. Tres de los pacientes (50%) lo desarrollaron antes y los demás luego del diagnóstico de LES. El 100% fueron mujeres con una edad media al diagnóstico de LES de 24 años (DE 6.35). La distribución étnica fue del 33.3% para mestizos, caucásicos y afroamericanos respectivamente. El 100% de los pacientes presentaron fotosenibilidad y alteraciones hematológicas; el 83.3% úlceras orales, artritis y compromiso renal. Lupus discoide, serositis, neumonitis lúpica y compromiso neurológico estuvo presente en el 16.7% de los pacientes, respectivamente. Anticuerpos anti-nucleares, anti-fosfolípidos e hipocomplementemia fue hallada en el 100% de los pacientes. Los pacientes con LESA presentaron, en comparación con el resto de la cohorte, un promedio mayor de SLEDAI (8.6 vs 5.0). La media de daño (SLICC) al final del seguimiento en los pacientes con LESA fue 2.8 vs 1.5 en el resto de la cohorte. El 100% corticoides orales y 66.7% antimaláricos, 50% pulsos de ciclofosfamida y anticoagulantes orales, 33.3% azatioprina y 16.7% pulsos de metilprednisolona y dapsóna. La mortalidad, en los pacientes con LESA fue del 50.0% vs. 5.8% en el resto de la cohorte de pacientes con lupus, aunque las diferencias citadas no fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** La prevalencia de LESA en la cohorte de GLADEL fue baja (0.41%) y se asoció con manifestaciones severas del LES, altos índices de actividad, daño y mortalidad. Estos hallazgos remarcan la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento enérgico de los pacientes con LESA debido a su alta morbi-mortalidad asociada.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico Lupus eritematoso sistémico ampollar

## 181

## 0181 - UTILIDAD DEL METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

DE LA TORRE, María Laura(1) | RODRIGUEZ, Anabella M(2) | PISONI, Cecilia N(1)

**CEMIC (1); HOSPITAL FERNANDEZ (2)**

**Introducción:** La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria frecuente en las personas mayores de 50 años. Su tratamiento se basa en glucocorticoides a dosis bajas. Sin embargo, alrededor del 60% de los pacientes experimentan recaídas de la enfermedad durante el descenso de corticoides, siendo también frecuente la dependencia a los mismos en el largo plazo. Debido a los riesgos que conlleva el uso prolongado de corticoides es necesario considerar otras opciones terapéuticas. Existen resultados contradictorios en cuanto a la eficacia del metotrexate para reducir recaídas.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia del uso de metotrexate para prevenir recaídas en pacientes con PMR tratados en nuestro servicio.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional longitudinal de una cohorte de 84 pacientes con PMR identificados a partir de la base de datos del servicio de reumatología de nuestra institución. Se recolectó información sobre el diagnóstico, el tratamiento y el curso clínico de cada paciente a partir de los registros de las historias clínicas. Se definió como recaída a la aparición de los síntomas originales con aumento de la velocidad de eritrosedimentación (VSG) o la proteína C reactiva (PCR) durante el tratamiento con esteroides. Se evaluó la frecuencia de recaída y el tiempo libre de recaída en el grupo de pacientes que recibió esteroides solos inicialmente y luego la combinación de esteroides y MTX. Para las variables numéricas continuas se estimaron medias y desvíos standard (DS), para las variables numéricas discontinuas se informaron medianas y el intervalo intercuartil (RIC) y para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y su porcentaje. Para analizar diferencias entre los grupos, en las variables continuas se realizó análisis de varianza seguido por test de Bonferroni y en las variables cualitativas, Chi cuadrado o test exacto de Fisher según el tamaño muestral.

Características	Esteroides solos	MTX desde diag	MTX posterior	p
N	48	7	29	
Edad, media (DS) (n=84)	75.6 (8.6)	79.3 (9)	76.7 (8.3)	0.96
Mujeres (%) (n=84)	29 (60.4)	6 (85.7)	24 (82.8)	0.95
VSG mm/hr, media (DS) (n=78)	49.5 (29.7)	61.8 (24)	55.5 (24.5)	0.81
PCR mg/dl, media (DS) (n=61)	4.1 (8.4)	2.3 (4.9)	11.6 (6.5)	0.22
Anteño de la temporal (%) (n=84)	5 (10.4)	1 (14.3)	2 (6.9)	0.79
Score de Charlson, mediana (RIC) (n=84)	4 (3-5)	5 (4-7)	4 (3-5)	0.22
Duración de síntomas previos al diag, media (DS) (n=84)	7.4 (16.8)	5.4 (7.1)	6.3 (11.4)	0.91
Síntomas asociados (%) (n=84)	16 (33.3)	3 (42.9)	11 (37.9)	0.84

**Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes con diagnóstico de PMR mediante criterios ACR/EULAR 2012, 82.1% mujeres, con una edad media de 76.3 años (DS 8.5) al diagnóstico. La media de tiempo de seguimiento fue de 39 meses (DS 40.9). Se dividieron a los pacientes en 3 grupos según el tratamiento utilizado: 48 (57.1%) recibieron tratamiento solamente con esteroides, 7 (8.3%) utilizaron metotrexate junto con esteroides desde el diagnóstico y 29 (34.5%) fueron tratados inicialmente con esteroides y posteriormente se agregó metotrexate. En la tabla 1, se especifican las características demográficas y clínicas de estos tres grupos. En los 29 pacientes que tuvieron un periodo de tratamiento con esteroides solos y otro periodo con tratamiento combinado, se identificaron durante el primer periodo 19 recaídas. Al iniciar metotrexate recayeron nuevamente solo 5 pacientes de los 29. La mediana de tiempo libre de recaída con esteroides fue de 8 meses (RIC: 5-17), mientras que con metotrexate fue de 11 meses (RIC: 9-17). En 10 pacientes (53%) el metotrexate logró aumentar el tiempo libre de recaída, mientras que en 3 (16%) el tiempo libre de recaída al sumar metotrexate fue menor que con esteroides solos. Los 6 pacientes (32%) restantes no alcanzaron, al momento del análisis, a tener una duración de seguimiento adecuada para evaluar el efecto del metotrexate.

**Conclusiones:** El uso de metotrexate disminuye el número de recaídas en los pacientes con PMR y aumenta el tiempo libre de las mismas al compararlo con el periodo de tratamiento con esteroides solos.

**Palabras Claves:** polimialgia reumática, metotrexate

## 182

## 0182 - ¿POR QUÉ LA FIBROMIALGIA NO ES UNA DEPRESIÓN?

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia

BERETTA, Pablo

PHI

**Introducción:** La fibromialgia es una enfermedad relacionada al estrés, en tanto se le atribuye orígenes estresantes psíquicos, físicos, químicos o biológicos, y sabemos que sus síntomas son gatillados por el estrés, lo que no ocurre por ejemplo con la osteoartritis. Durante mucho tiempo se ha creído que se trataba de una depresión, o de algún subtipo de depresión, como la depresión enmascarada (enmascarando síntomas psíquicos y manifestando síntomas físicos). Hoy todavía hay quienes piensan que la fibromialgia es una depresión, o que sencillamente no existe. Con el conocimiento más profundo de los mecanismos fisiopatológicos de la fibromialgia y de la depresión podemos determinar que ambas se tratan de enfermedades biológicamente distintas, hasta opuestas, no obstante pueden coexistir en gran porcentaje de casos.

**Objetivos:** Demostrar con fundamentos biológicos que la fibromialgia y la depresión son entidades individuales y diferentes.

**Materiales y Métodos:** Mediante la investigación de diversos artículos y estudios propios se tomaron en cuenta aspectos endocrinológicos del eje adrenal, tiroideo y de la hormona de crecimiento. También se compararon los resultados de polisomnografías y las alteraciones inmunológicas. Por último, se mencionan diferencias en alteraciones genéticas.

**Resultados:** Diferencias endocrinológicas: En la depresión el eje adrenal suele encontrarse activado, con un patrón muy frecuente de hipercoortisolemia basal y vespertino, mientras que en la fibromialgia, predomina la hipocortisolemia, predominantemente vespertina (patrón que coincide con el del estrés post traumático). La hipercoortisolemia en depresivos predispone al hipotiroidismo (por inhibición del eje tiroideo) y a alteraciones en pruebas de TRH/TSH, que no se ven en pacientes fibromiálgicos. No obstante, no olvidemos la teoría de la resistencia periférica a las hormonas tiroideas y la elevadísima asociación con enfermedad de Hashimoto con la fibromialgia. La hormona de crecimiento se encuentra disminuida durante la noche en la depresión y disminuida en la mañana en la fibromialgia. Diferencias del sueño: en los registros polisomnográficos de los pacientes deprimidos se encuentra principalmente la disminución de la latencia REM del sueño, y en los pacientes fibromiálgicos las características intrusiones de las ondas alfa-delta. Diferencias inmunológicas: en la depresión suelen encontrarse elevados niveles de IL-1, IL-6 y TNF. En pacientes con fibromialgia se encuentran elevados las IL-8, IL-10 y TNF; con disminución de IL-1, IL-6, y poblaciones NK (natural killers). Diferencias genéticas: si bien son varios los genes estudiados para ambas entidades, es de remarcar la diferencia encontrada en el BDNF (brain derived neurotrophic factor). La expresión del BDNF se encuentra disminuida en la depresión mientras que se encuentra aumentada en la fibromialgia.

**Conclusiones:** Con los resultados expuestos podemos afirmar que la fibromialgia es una entidad con sustrato neurobiológico diferente de la depresión, con características que le son propias y en algunos casos hasta opuestas.

**Palabras Claves:** fibromialgia, depresión, diagnostico diferencial

## 184

## 0184 - BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

DE LA TORRE, María Laura | KOSTIANOVSKY, Alex | PISONI, Cecilia N

CEMIC

**Introducción:** La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica primaria más frecuente en pacientes mayores de 50 años, principalmente mujeres. Es una arteritis, frecuentemente granulomatosa, que usualmente compromete la aorta y/o sus ramas, con predilección por las ramas de la arteria carótida y la arteria vertebral. El diagnóstico de ACG se basa en la anamnesis, la evaluación clínica, el laboratorio y los estudios por imágenes, asociados a una biopsia. La biopsia de arteria temporal es considerada el gold standard para realizar el diagnóstico. Sin embargo, el resultado puede no ser concluyente en más del 40% de los casos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y su asociación con el patrón histopatológico en todos los pacientes a los cuales se haya realizado una biopsia de arteria temporal en nuestra institución.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de 63 pacientes consecutivos a los cuales se realizó

biopsia de arteria temporal en un periodo de 11 años (2005-2016) en un hospital universitario en Buenos Aires, Argentina. A partir de las historias clínicas y los informes de anatomía patológica, se recolectaron variables epidemiológicas, clínicas, bioquímicas, características macroscópicas y microscópicas de la biopsia, estudios por imágenes, junto con conductas de tratamiento y seguimiento.

**Resultados:** Sesenta y tres pacientes fueron incluidos, 43 mujeres (68%), con una edad media de 72 años (SD 8.4). Las características generales de los pacientes se muestran en la tabla 1. Treinta y cinco por ciento de los pacientes cumplían los criterios ACR 1990 para ACG. Sesenta y siete por ciento presentaron polimialgia reumática 11.5 meses antes de la biopsia de arteria temporal. Diecisiete biopsias (27%) resultaron positivas. La longitud media post fijación fue de 1.68 cm (SD 1.2). Se analizaron las características histológicas de las biopsias positivas: 17 (100%) presentaban infiltrados inflamatorios, 14 (82.3%) células gigantes, 10 (58.8%) fragmentación de las fibras elásticas y 2 (11.8%) proliferación endotelial. En 17 (48.6%) pacientes el tratamiento con glucocorticoides fue iniciado 11 días (SD 8.36) antes de la biopsia. La dosis media inicial fue de 39.2 mg/día (SD 18.07). En la tabla 2 se comparan las características epidemiológicas, clínicas, bioquímicas y de tratamiento de los pacientes según el resultado de la biopsia. Los pacientes con biopsia positiva presentaron valores más elevados de velocidad de eritrosedimentación y recuento plaquetario junto con mayor frecuencia de claudicación mandibular.

**Conclusiones:** Veintisiete por ciento de las biopsias fueron positivas. La positividad de la biopsia se asoció a claudicación mandibular, mayor recuento plaquetario y mayor velocidad de eritrosedimentación. No se encontraron diferencias en el curso de la enfermedad, el tratamiento y las recaídas/recurrencias entre los pacientes con biopsias positivas o negativas.

**Palabras Claves:** arteritis de células gigantes, biopsia

## 185

**0185 - RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO***Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf*

HÜTTMANN, Francisco Javier(1) | BELLOMIO, Verónica(1) | BERTOLACCINI, María Constanza(1) | GONZÁLEZ LUCERO, Luciana(1) | BARBAGLIA, Ana Lucía(1) | SANTANA, Mirta(2) | GALINDO, Liliana(2) | LUCERO, Eleonora Del Valle(1)

**HOSPITAL A.C. PADILLA (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (UNT) (2)****Introducción:** Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica, multisistémica, autoinmune que afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad fértil. En general se acepta que el LES puede exacerbarse en el embarazo y las pacientes tienen mayor riesgo de pérdida fetal, parto pretérmino, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), considerándose aún a los embarazos de estas pacientes como de alto riesgo.**Objetivos:** Evaluar los resultados obstétricos en pacientes con LES y determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas.**Materiales y Métodos:** Se evaluaron pacientes que cumplían criterios de LES ACR 82/97, asistidas en el Servicio de Reumatología entre Enero de 1997 y Diciembre de 2016. Se incluyeron aquellas que cursaron embarazos posteriores al diagnóstico de LES. Para cada embarazo se incluyeron antecedentes obstétricos, variables demográficas, del LES: actividad de la enfermedad y nefritis lúpica en los últimos 6 meses, flare/reactivación (SLEDAI - SELENA SLEDAI) durante embarazo y puerperio; tratamiento y otras comorbilidades (síndrome antifosfolípido (SAF), diabetes e hipertensión arterial) y variables de laboratorio. Resultados obstétricos: parto prematuro, pérdida fetal (abortos, nacidos muertos), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), internación neonatal, lupus neonatal, preeclampsia, eclampsia y ruptura prematura de membranas.**Resultados:** Se revisaron 321 historias clínicas de pacientes con LES. Se incluyeron 49 embarazos de 43 pacientes (5 pacientes tuvieron 2 embarazos y 1 paciente 3 embarazos). La edad media al diagnóstico de LES fue 23,2 ± 6,4 años, tiempo medio de evolución del LES al momento del primer embarazo de 4,5±3,9 años. Del total de embarazos, el 88% fueron no planificados. Resultados obstétricos y maternos: 43% (21) fueron embarazos de término, 33% (16) pretermino (6 de 36 SEG o mas y 10 menos de 36 SEG que requirieron internación) y 24% (12) pérdidas fetales (7 abortos y 5 nacidos muertos). Preeclampsia/eclampsia estuvo presente en el 6% y 18% presentaron RCIU. En el 49% de los casos la finalización del embarazo fue por cesárea; 24% presentaron pérdidas fetales (7 abortos y 5 nacidos muertos). El 41% (20 embarazos) presentó FLARE. Hubo 11 flares en el 1er trimestre (5 leves-moderados y 6 severos), 11 en el 2do trimestre (5 leves-moderados y 6 severos), 2 en el 3er trimestre (severos), sin embargo, al comparar el puntaje de SLEDAI 6 meses previo al embarazo y lo largo de los trimestres de embarazo no hubo evidencia de cambios significativos en el puntaje (p=0,2). El 49% presentó actividad de la enfermedad en los 6 meses previos a la concepción y 20% tuvieron compromiso renal. Diecinueve embarazos (38,8%) requirieron internación y la causa más frecuente fue actividad de la enfermedad (50%). Dos pacientes cumplían criterios para SAF, pero 45% presentaban al menos una determinación positiva de anticuerpos antifosfolípidos. El 30% eran anti-SSA/Ro positivas, no hubo casos de lupus neonatal. Al comparar los embarazos con enfermedad activa e inactiva, se encontró mayor frecuencia de complicaciones materno-fetales en los que presentaron actividad de la enfermedad 6 meses previos a la concepción (p=0,0001) o flare durante el embarazo (p=0,0001). La actividad de la enfermedad presente 6 meses previos al embarazo se asoció a flare en el primer (p=0,003) y segundo Trimestre (p=0,001) y a RCIU (p=0,004). El 53% recibía hidrocortisona previa al embarazo, 26% recibieron tratamiento inmunosupresor y 59% corticosteroides durante el embarazo. El uso de hidrocortisona no se asoció a las variables estudiadas, el uso de corticosteroides se asoció a mayor frecuencia de complicaciones materno-fetales (p 0,007). En el análisis de regresión logística por cada punto de aumento de SLEDAI, aumentó la probabilidad de NO tener un recién nacido normal en un 68% (OR 0,59, p=0,006) o presentar un parto pretérmino en un 53% (OR 0,6, p=0,007).**Conclusiones:** La frecuencia de embarazos pretérmino fue 33%, pérdidas fetales 24% y con RCIU 18%. Hubo exacerbación de la enfermedad en el 40% de los embarazos. La actividad de LES antes y durante el embarazo se asoció a mayor frecuencia complicaciones materno-fetales.**Palabras Claves:** Lupus Embarazo

## 186

**0186 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN MUJER LÚPICA NO ETILISTA***Modalidad: Póster**Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Otros*

RINGER, Ariana | VANDALE, Juan Manuel | CUADRANTI, Nadia | CORTESE, Noel | ABDALA, Marcelo

**HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO****Introducción:** La hemorragia variceal es una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática e hipertensión portal. Si bien el alcohol es la principal causa de cirrosis, seguida por los virus hepatotropos es necesario considerar el origen autoinmune de la misma. La asociación entre hepatopatía y lupus eritematoso sistémico (LES) es frecuente presentándose hasta en un 60% de los pacientes con manifestaciones que van desde hepatomegalia o elevación enzimática aislada hasta hepatitis lúpica, superposición de LES y hepatitis autoinmune (HAI), asociación con cirrosis biliar primaria, afectación secundaria al uso de fármacos. Asociadas al LES también deben descartarse trombosis secundarias al síndrome antifosfolípido u otras patologías causantes de hipertensión portal.**Objetivos:** Considerar posibles diagnósticos diferenciales en una paciente lúpica con hemorragia digestiva alta variceal.**Materiales y Métodos:** Caso clínico: Paciente de 56 años, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, en tratamiento con hidrocortisona y prednisona. No etilista, sin historia de exposición a tóxicos. Presenta cuadro de hemorragia digestiva alta, con moderado compromiso hemodinámico. Sin antecedentes de sangrados previos. Examen físico: tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca 120 /min, frecuencia respiratoria 20 /min, sat 98% O,21. Mucosas secas, conjuntivas pálidas. Abdomen globuloso, timpánico a la percusión, sin matidez desplazable, no se palpan visceromegalias. Sin circulación colateral visible. Reflujo hépto-yugular presente. Resto dentro de parámetros normales. Video-endoscopia digestiva alta: grandes paquetes variceales esofágicas (grado III). Laboratorio: Hb 9,1 g/dl, Hto 26,4%, GB 6000 c/mm<sup>3</sup>, Pla<sub>q</sub> 88000 c/mm<sup>3</sup>, resto de química sanguínea, hepatograma y coagulograma normal. HIV, VHC, VHB, VDRL negativos. Laboratorio inmunológico previo: FAN 1/5120, moteado, SSA-RO positivo, C3 y C4 disminuidos, hipergamaglobulinemia policlonal. Anticoagulante Lúpico, Anticardiolipinas IgG e IgM negativos, B2 glúten negativo: 21 ug/m. Ac Anti-Musculo Liso (IF) negativo, Ac Anti-Mitochondrial (IF) negativo, Anti-LKM (IF) negativo. Estudios por imágenes: Ecografía abdominal y doppler del eje esplenop-portal: diámetro portal de 15 mmHg, sin trombosis. RMI de abdomen: hígado normal, esplenomegalia leve, sin ascitis. Angio-TAC abdominal: sin trombosis. Fibroscan: fibrosis intermedia. Biopsia hepática: cirrosis septal incompleta, septos fibrosos portales con infiltrado linfoplasmocitario, hepatocitos en roseta, hallazgos sugestivos de hepatitis de interfase. Se realiza al ingreso expansión hidroelectrolítica, transfusión de glóbulos rojos, terlipresina y colocación endoscópica de siete bandas. Evoluciona favorablemente, con estabilidad hemodinámica y sin repetir sangrado.**Resultados:** Se descartan como causas de cirrosis e hipertensión portal las tóxicas, medicamentosas, virales, tromboticas, cirrosis biliar primaria. Dado los hallazgos histopatológicos característicos se propone como diagnóstico probable el de hepatitis autoinmune.**Conclusiones:** La superposición de hepatitis autoinmune y LES es infrecuente (2,7%). La HAI puede presentarse con clínica y laboratorio superponible al LES pudiendo dificultar su diagnóstico, siendo necesaria la biopsia. Se jerarquiza la importancia de la pesquisa de afectación hepática en pacientes lúpicos para su diagnóstico y tratamiento oportuno evitando la progresión a cirrosis hepática y sus complicaciones, como en el caso expuesto.**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, hemorragia digestiva alta variceal, hepatopatía, hepatitis autoinmune.

## 187

**0187 - LEISHMANIASIS MUCOSA EN PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A TRATAMIENTO ANTI-TNF HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, TUCUMÁN. ARGENTINA.***Modalidad: Póster**Unidad Temática: Casos Clínicos*

LEGUIZAMÓN, María Lilia | SORIA CURRI, Yessika Jackeline | LUCERO, Eleonora Del Valle

**HOSPITAL ANGEL C. PADILLA****Introducción:** INTRODUCCIÓN: El TNF- $\alpha$  es una citoquina proinflamatoria, implicada tanto en la patogénesis de enfermedades autoinmunes como en la respuesta a varias infecciones, especialmente contra patógenos intracelulares. La leishmaniasis es una enfermedad endémica causada por un protozoo intracelular. La infección oportunista por leishmania puede ocurrir por reactivación de una infección latente, previamente inadvertida o por primoinfección durante el tratamiento inmunosupresor. Es sabido que el empleo de los anti-TNF puede incrementar el riesgo de infecciones, pero poco se sabe de la prevención o contraindicación en caso de presentar este antecedente y/o riesgo de exposición.**Resultados:** CASO CLÍNICO: Paciente varón de 57 años, con diagnóstico en 2013 de espondiloartritis asociada a colitis ulcerosa. Presentó compromiso axial (sindesmofitos en columna cervical-lumbar y sacroilíacas con edema óseo en RMN) y periférico (oligoartritis de interfalángicas proximales y entesitis). Recibió mesalazina + AINES, con buena respuesta durante 6 meses. Luego intercorre con proctorraquia y refractariedad al tratamiento instaurado, por lo que en diciembre del 2014 inicia Certolizumab pegol con excelente evolución. En abril de 2016, presentó lesión en fosa nasal izquierda, con prurito, congestión y rinorrea serohemática. Fue evaluado por otorrinolaringología que por características de la lesión realizó rinoscopia observándose eritema, edema y lesión ulcerada en tabique nasal; se decide toma de muestra para biopsia que informa infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos, células plasmáticas y células gigantes multinucleadas; con técnica de giemsa se observa la presencia de múltiples amastigotes. Se decide suspender anti-TNF hasta cumplir tratamiento específico por 8 semanas con buena evolución y desaparición de úlcera nasal. Se mantuvo sin actividad de la enfermedad durante 6 meses posteriores a la suspensión del agente biológico, hasta intercurrir nuevamente con oligoartritis de interfalángicas proximales, decidiéndose reiniciar Certolizumab. El paciente hasta la actualidad, no volvió a presentar lesiones compatibles con leishmaniasis.**Conclusiones:** DISCUSIÓN: La infección oportunista por este protozoo puede desencadenarse a los dos años posteriores al tratamiento con los anti-TNF, coincidente con nuestro caso clínico. Se encuentran descriptos en la bibliografía casos nuevos y recaídas de ésta infección (tanto leishmania cutánea y/o visceral) posterior al uso de fármacos inmunosupresores tales como metotrexato, corticoides y anti-TNF (principalmente adalimumab e infliximab). No encontramos en la literatura casos descriptos asociados a Certolizumab pegol. Debería investigarse el antecedente de leishmania en pacientes inmunosuprimidos con alto riesgo de exposición por el riesgo de reactivación. CONCLUSIÓN: Existen hasta el momento pocos casos publicados de infecciones por leishmania en pacientes tratados con anti-TNF. Creemos que la leishmaniasis cutánea/mucosa debería considerarse como diagnóstico diferencial de las úlceras que aparezcan en pacientes tratados con estos agentes biológicos.

## 188

**0188 - REMISIÓN EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO***Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf*

GONTERO, Romina Patricia(1) | BENZAUQUÉN, Nadia(1) | CALVO, Romina Andrea(1) | NEGRI, Melina(1) | SERRAVALLE, Priscila(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | ORTIZ, Alberto(1) | PAIRA, Sergio Oscar(1) | HAYE SALINAS, María Jazabel(2)

**HOSPITAL JM CULLEN (1); HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN MARÁ DE FATIMA (2)****Introducción:** Uno de los desafíos en el tratamiento del LES es lograr el control de la enfermedad y evitar el daño orgánico irreversible, lo cual afecta la calidad de vida y la mortalidad del paciente. Se ha demostrado que la actividad de la enfermedad, los brotes y la gravedad son malos predictores de los resultados. La definición de remisión es variable según los diferentes autores. Aunque la mayoría concuerda en que se podría considerar en remisión a un paciente que se encuentra inactivo clínicamente y sin tratamiento.**Objetivos:** Determinar la prevalencia de remisión en una cohorte de pacientes con LES. Evaluar características de los pacientes que logran la remisión. Analizar los predictores de remisión.**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 146 pacientes con criterios de LES 1982, con al menos 2 visitas anuales. Se evaluaron características demográficas, clínicas, de laboratorio y actividad de la enfermedad por SLEDAI. Se clasificaron a los pacientes en 3 grupos: remisión completa (SLEDAI=0, sin tratamiento esteroideo ni inmunosupresor) Remisión clínica (serológicamente activos clínicamente quiescentes-SACQ) sin glucocorticoides podían recibir inmunosupresores, y remisión clínica con glucocorticoides (SACQ, dosis diaria de prednisona o equivalente de 1 - 5 mg/día, y pueden recibir inmunosupresores); todos los grupos podían recibir antiinflamatorios. Definimos remisión sostenida cuando la condición se mantenía por un periodo igual o mayor a 2 años.**Resultados:** Se incluyeron 146 pacientes con diagnóstico de LES criterios 1982, 130 (89,0%) eran mujeres. La media de la edad de inicio del LES fue de 26,78 DS 9,85 años, la media de edad a la 1ª consulta fue 29,17 DS 10,03 años. La media del SLEDAI 1º visita fue de 10,59 DS 8,07. La mediana de seguimiento en meses de 67,80 RIQ 23,07-123,43. Del total, sesenta y ocho (46,6%) pacientes lograron la remisión en algún momento del seguimiento, la media de la duración de la remisión fue de 40,94 DS 37,85 meses. El tipo de remisión fue: 16(23,5%) lo hicieron de manera completa, 30 (44,1%) pertenecían al grupo SACQ sin tratamiento esteroideo (GCC) y 22 (32,4%) SACQ con GCC < 5mg/día. De los pacientes que lograron remisión, 62 fueron seguidos por más de 2 años, de estos el 59,7% (37) lograron una remisión sostenida igual o mayor a 2 años. Al comparar las características clínicas y de laboratorio entre los pacientes que lograron la remisión y aquellos que no, se encontraron que los del grupo remisión presentaron con mayor frecuencia hemorragia pulmonar en algún momento de la evolución de manera significativa (p=0,042) y los que no alcanzaron la remisión presentaron en mayor proporción complemento bajo de manera estadísticamente significativa (p=0,003). Al evaluar predictores de remisión no se hallaron resultados positivos.**Conclusiones:** El tratamiento del LES debe dirigirse a objetivos múltiples que incluyen el control de la actividad de la enfermedad, la prevención de brotes y la minimización del daño acumulado. En nuestra serie, un alto porcentaje de pacientes que lograron remisión lo hicieron de manera sostenida. Sin embargo, de los que lograron remisión en algún momento, un bajo porcentaje lo hizo de manera completa. Esto plantea la posibilidad de que los pacientes requieran tratamientos sostenidos para lograr remisión clínica. La terapia del LES debe tener como objetivo la remisión o cuando no se puede lograr la remisión, la actividad de la enfermedad más baja posible. En el grupo de pacientes con Remisión fue más frecuente la hemorragia de pulmón y menos la presencia de complemento bajo, estadísticamente significativo. No se encontraron predictores de remisión, probablemente una limitación fue la cantidad de pacientes incluidos.**Palabras Claves:** lupus eritematoso sistémico remisión

189

0189 - HEMORRAGIA PULMONAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

GONTERO, Romina Patricia | BENZAQUÉN, Nadia | CALVO, Romina Andrea | NEGRI, Melina | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio Oscar

HOSPITAL JM CULLEN

**Introducción:** La Hemorragia pulmonar (HP) en el lupus eritematoso sistémico (LES) es una complicación rara y grave, que se presenta frecuentemente en el contexto de lupus activo con afectación de otros órganos.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia con HP en LES.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 1982) y HP. Se analizaron datos demográficos, de laboratorio, manifestaciones clínicas, SLEDAI, tratamiento y mortalidad.

**Resultados:** De un total de 146 pacientes con diagnóstico de LES, en 20 pacientes (13,7%) se desarrollaron 25 HP. 18 fueron mujeres. La media de edad al momento de la HP fue de 28 años y la mediana de 24 años (R 13 - 56). La media de duración del LES de 63,5 y mediana de 52,9 meses (R 0,8 - 227,8). La media de la evolución del LES hasta la presentación de la HP de 54 meses y la mediana de 33 meses (R 0- 227). En 7 pacientes fue la primera manifestación del LES. La HP recurrente se observó en 3 pacientes. Los síntomas y signos más frecuentes fueron disnea (92%), fiebre (68%), tos (59%) y hemoptisis (45%). Se observó caída de la hemoglobina mayor o igual a 2 puntos en todos los pacientes. El diagnóstico se confirmó con el lavado broncoalveolar en el 82%. La media del SLEDAI al momento de la HP fue de 15,3 y mediana 15 (R 0-35). En todos los episodios se realizó tratamiento con esteroides en pulsos endovenosos, ciclofosfamida en 17 y plasmáferesis en 6. La mortalidad fue del 60% y estuvo relacionada con ventilación mecánica, infección y diálisis.

**Conclusiones:** La HP asociada a LES continúa siendo una complicación rara y con mortalidad elevada. La HP puede presentarse sin hemoptisis. El lavado broncoalveolar inmediato para confirmar el diagnóstico y para excluir infección está indicado, especialmente porque el tratamiento inmunosupresor oportuno es necesario y efectivo para mejorar la supervivencia.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico Hemorragia pulmonar

190

0190 - PATRONES DE TRATAMIENTO EN ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA VIDA REAL

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps - Unidad Temática 2: Tratamiento BROM, Martin | MOYANO, Sebastian | LO GIUDICE, Luciano | SCOLNIK, Marina | RUTA, Santiago O. | SORIANO, Enrique R.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** Tanto EULAR (European League Against Rheumatism) como GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) han publicado guías de tratamiento para artritis psoriásica de manera reciente. Pese a esto, aún se desconoce la estrategia que adoptan los médicos en la vida real, ya que hay escasos estudios que lo hayan analizado.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue describir los patrones de tratamiento (primera línea de tratamiento, sobrevida del mismo, discontinuación, cambios y combinación de drogas) para artritis psoriásica en la vida real.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo en un hospital universitario con su propio sistema de salud y población cautiva. Todos los pacientes incluidos cumplieron criterios CASPAR de clasificación para artritis psoriásica y tenían al menos un seguimiento de 3 vistas. Se evaluaron los registros en las historias clínicas electrónicas de estos pacientes entre el 01/01/2000 y el 31/05/2017.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 275 pacientes, con una mediana de seguimiento de 5,3 años (RIC 2,1-10,2). El resto de la información demográfica pueden observarse en la tabla 1. El tratamiento de primera línea fueron los AINES en el 9,45% de los pacientes, los DMAR tradicionales (tDMAR) en el 88%, siendo el metotrexato el más común (76%), y los DMAR biológicos (bDMAR) en el 2,18%. Ningún paciente recibió combinación de tDMAR en primera línea. Los cambios en el tratamiento se debieron a falta de respuesta terapéutica en el 41% de los casos, efectos adversos en el 35%, remisión en el 12% y abandono por el paciente en el 12% de los casos. A lo largo del seguimiento, el 29,5% de los pacientes utilizó algún bDMAR. Se utilizó como monoterapia en el 55,4% de los pacientes, y combinado con metotrexato y leflunomida en el 38,5% y el 6% respectivamente. La tasa de supervivencia al final del seguimiento fue de 40% para el primer tDMAR y 72% para el primer bDMAR. El resto de la información está disponible en la tabla 2. Al final del seguimiento, la media del DAS28 fue de 3,1 (DS:1,4), la del HAQ fue 0,42 (DS: 0,6), y el 51% de los pacientes cumplían criterios de Minimal Disease Activity (MDA).

**Conclusiones:** En este estudio de la vida real, el 40% de los pacientes continuaba en tratamiento con su primer tDMAR luego de 5 años de seguimiento y sólo un tercio de los pacientes requirió tratamiento con bDMAR. La sobrevida de las drogas fue muy buena, tanto para tDMAR como para bDMAR. Este estudio contó con el patrocinio de Novartis®

**Palabras Claves:** Tratamiento; vida real; Artritis Psoriásica; APs

Total de pacientes evaluados	275
Hombres, n (%)	162 (58.9)
Edad media (desviación estándar), años (IC)	46 (14.9)
Mediana de edad al inicio, años (IC)	33 (3.1-27.3)
Edad promedio al diagnóstico de artritis psoriásica, años (IC)	35 (3.1-36.9)
Edad promedio al diagnóstico de espondiloartritis, años (IC)	48.4 (5.3)
Mediana de tiempo entre el diagnóstico de artritis psoriásica y APs, años (IC)	13.1 (3.3-22.9)
Mediana de tiempo entre el primer hito de autoanticuerpos y el diagnóstico de artritis psoriásica, años (IC)	6.6 (0.7-11)

AINES como primera línea, n (%)	26 (9.45)
tDMAR como primera línea, n (%)	243 (88%)
bDMAR alguna vez, n (%)	6 (2.18)
Metotrexato, n (%)	269 (95.5)
Sulfasalazina, n (%)	218 (79.3)
Leflunomida, n (%)	15 (6.02)
Ciclosporina, n (%)	1 (0.4)
Mediana de tiempo entre el diagnóstico y el inicio de tDMAR, años (IC)	0.3 (0.07-3.1)
Supervivencia del primer tDMAR al 3er año, % (IC 95%)	52 (44.59)
Supervivencia del primer tDMAR al 5to año, % (IC 95%)	40 (13.48)
Combinación de tDMAR alguna vez, n (%)	13 (4.73)
bDMAR alguna vez, n (%)	6 (2.18)
Anti-TNF, n (%)	7 (2.52)
Anti-IL 17, n (%)	2 (0.72)
Anti-IL 23-23, n (%)	2 (0.72)
bDMAR combinado con tDMAR, n (%)	36 (13.09)
Mediana de tiempo desde el primer tDMAR al primer bDMAR, años (IC)	3.4 (0.8-4)
Supervivencia del primer bDMAR al 3er año, % (IC 95%)	81 (66.90)
Supervivencia del primer bDMAR al 5to año, % (IC 95%)	72 (54.85)

191

0191 - COEXISTENCIA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍFILIS EN UN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Saf

PERROTA, Natalia | GOMEZ, Ramiro | BERON, Ana María | DUBINSKY, Diana

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y la Sífilis son enfermedades con manifestaciones proteiformes, muchas de las cuales pueden solaparse. Por lo general, es mandatorio realizar un diagnóstico diferencial entre ambas y la coexistencia de estas está reportada de forma escasa en la literatura. Presentamos un caso de presencia simultánea de ambas entidades.

**Materiales y Métodos:** Paciente masculino de 41 años, con antecedentes de consumo de drogas ilícitas y tabaquismo. Cursó internación en octubre 2016 en otro centro por neumonía adquirida en la comunidad y meningitis con requerimiento de ARM prolongada. Se desconocen aislamientos microbiológicos y tratamientos recibidos en dicha internación.

**Resultados:** Se interna en nuestro centro en abril de 2017 por fiebre, lesiones papulo-eritemato-pruriginosas en tronco y extremidades y lesiones ulceradas en rostro, mucosas oral y genital, esta última con características de chancro sífilítico (1 cm2, único, indoloro, secretante, de base serpiginoso). VDRL (-), FTA-Abs (-), HBV (-), HCV (-) y HIV (-). A pesar de serología negativa se solicita biopsia de piel por alta sospecha de las lesiones: campo oscuro positivo para espiroquetas. Se interpreta sífilis secundaria con chancro persistente y se realiza tratamiento con penicilina benzatínica IM con buena respuesta. Se objetiva durante dicha internación proteinuria en rango nefrótico, FAN (+) 1/640 moteado, Ro (+), Sm (+), ADNdc (+), hipocromplementemia, prueba de Coombs directa (+) y crioglobulinas (+). Se interpreta cuadro de LES activo concurrente a la infección sífilítica. Se detectan también aglutininas calientes y anticuerpos (+) para enfermedad celíaca con biopsia de duodeno no compatible. Durante la VEDA realizada para descartar enfermedad celíaca se objetiva candidiasis esofágica, que recibe tratamiento con antifúngicos sistémicos. El paciente evoluciona con síndrome nefrótico progresivo y agrega deterioro de la función renal y hematuria dismórfica, interpretándose con probable compromiso renal por sífilis vs nefropatía Lúpica. Intercurre con alteración de reflejos oculomotores con pupila de Argyll Robertson. Por sospecha de compromiso sífilítico terciario en SNC se realiza punción lumbar donde se evidencia VDRL (-) pero se aíslan treponemas en campo oscuro confirmando diagnóstico de neurosífilis. Se pospone tratamiento inmunosupresor para compromiso renal por LES y se realiza tratamiento durante 14 días con penicilina EV, logrando resolución completa del síntoma ocular. Ante las múltiples infecciones no comunes, se realiza dosaje de IgA, IgM e IgG que resultan normales y recuento de CD4+ por citometría de flujo que informa 123/mm3 CD4+. Se interpreta linfopenia secundaria a LES activo. Se realiza biopsia renal que informa glomerulonefritis proliferativa, compatible con nefritis lúpica clase IV. Se realiza tratamiento con esteroides y Ciclofosfamida EV (luego de haber resuelto infección por sífilis), con buena tolerancia y se otorga alta hospitalaria.

**Conclusiones:** El cuadro clínico de este paciente representó un desafío diagnóstico ya que sus lesiones mucocutáneas llevaban a descartar sífilis como primer diagnóstico diferencial y ante las serologías negativas con alta sospecha clínica se debió realizar el campo oscuro. Se interpretó falso negativo secundario a la inmunosupresión propia del sujeto. Si bien está descrita la presencia de nefritis y de crioglobulinas positivas en Sífilis, la presencia de autoanticuerpos con alta especificidad para LES definió la coexistencia de ambas entidades. En el complejo contexto inmunológico del LES, existe mayor susceptibilidad a las infecciones y estas pueden tener manifestaciones atípicas. Así mismo, las infecciones oportunistas son a menudo subdiagnosticadas, ya que sus manifestaciones pueden imitar una reactivación lúpica o superponerse a la misma. En el caso de este paciente, la sífilis podría ser vista como una infección oportunista con manifestación atípica (coexistencia de chancro, lesiones secundarias y terciarias con compromiso de SNC). Desde lo nefrológico, la biopsia renal pudo confirmar al LES como responsable de la afectación renal, desestimando compromiso por sífilis o crioglobulinemia. Se instauró tratamiento con Ciclofosfamida para su nefritis, con una buena respuesta a la fecha.

**Palabras Claves:** LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO SIFILIS INMUNOCOMPROMISADO

192

0192 - MANEJO DE LA NEFRITIS LÚPICA CLASE III-IV EN LA PRÁCTICA DIARIA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

PORTA, Sabrina Valeria(1) | AIMO, Carolina(1) | MICELLI, Marina(1) | KERZBERG, Eduardo(1) | RUIZ-IRASTORZA, Guillermo(2)

HOSPITAL RAMOS MEJÍA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES (2)

**Introducción:** Los protocolos más frecuentemente empleados en la práctica diaria, no brindan información sobre la dosis adecuada de glucocorticoides (GC), así como tampoco un esquema concreto para su descenso a fin de disminuir los efectos adversos y por lo tanto el daño crónico relacionada con el mismo.

**Objetivos:** 1) Determinar el uso de corticoterapia en lo que respecta a dosis, forma y tiempo administración en la práctica diaria. 2) Determinar el manejo de inmunosupresores y coadyuvantes en la Nefritis Lúpica clase III- IV en la práctica diaria

**Materiales y Métodos:** Un cuestionario electrónico de tipo elección múltiple fue enviado por Survey Monkey a médicos reumatólogos de Sudamérica. Fueron incluidas 11 preguntas referidas a: manejo de inmunosupresores tanto en la fase de inducción como de mantenimiento; uso pulsos de metilprednisolona al inicio y durante la fase de inducción; manejo de GC vía oral (tapering, dosis máximas utilizadas, tiempo en el que los pacientes permanecen con dosis superiores a 30 mg por día de prednisona o equivalente) y tiempo hasta alcanzar una dosis de prednisona 5 mg por día (o equivalente); tratamientos coadyuvantes; diferentes aspectos que puede tener en cuenta el médico tratante al momento de optar por uno u otro esquema terapéutico.

**Resultados:** Se evaluaron 153 encuestas de médicos reumatólogos de Latinoamérica (6 fueron excluidas por datos incompletos). El 60.13 % (92/153) de los médicos encuestados utilizan en su práctica diaria durante la etapa de inducción altas dosis de Ciclofosfamida EV (1 gr cada 30 días) mientras que durante la etapa de mantenimiento 68.63 % (105/153) utiliza Mofetil de Micofenolato (MMF). Con respecto al manejo de corticoterapia el 63.40% (97/153) utilizan 3 pulsos de 1 gr. de metilprednisolona por día EV, continuando luego el 63.40 % (97/153) de los médicos encuestados con 0,5-1 mg /kg/día VO. El 88.24 % (135/153) realiza el descenso de la corticoterapia sin seguir un esquema concreto y dependiendo por lo tanto de la actividad de la NL. El 81.04 % (124/153) de los médicos mantiene dosis superiores a 30 mg por día de prednisona VO por mas de 4 semanas y de ellos la mitad (62/153, 40,42%) por mas de 6 semanas. El 43,79 % (67/153) alcanzan una dosis de 5 mg por día VO en 4 a 6 meses y el 39.87 % (61/153) en más de 6 meses el 39,24 %. El 79.08 % (121/153) de los médicos no utilizan pulsos de metilprednisolona EV durante la etapa de inducción. Con respecto al tratamiento coadyuvante el 81,05 % (124/153) consideran que la prescripción de hidrocorticoquina es importante para mejorar el pronóstico de los pacientes con NL, mientras que solo consideran relevante mantener niveles adecuados de calcio y vitamina D el 36,6% (56/153). Los aspectos a tomar en cuenta al elegir el esquema terapéutico son: Factores de mal pronóstico por biopsia: 68.63% (105/153); toxicidad por drogas 56.86 % (87/153); deseos de embarazo 45.10% (69/153); y etnias 26.80% (41/153)

**Conclusiones:** En la práctica diaria es de elección la utilización de dosis elevadas de GC y CFM para el tratamiento de la NL. No se considera la utilización de HCQ en forma universal para mejorar el pronóstico de los pacientes

**Palabras Claves:** LES Nefritis Lúpica



## 196

## 0196 - MANIFESTACIONES INTRATORÁDICAS DE LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ALTA RESOLUCIÓN

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

Unidad Temática 2: Otros

BAENAS, Diego Federico | OROZCO, Maira | OLMOS, María Eugenia | RIBA, Paula | LASCA, Luis | MUSZYNSKI, Patricio | PIROLA, Juan Pablo | RISCANEVO, Nadia | FLORES BALVERDI, Janet | SAURIT, Verónica | RETAMOZO, Soledad | ÁLVAREZ, Ana Cecilia | ALVARELLOS, Alejandro | OROZCO, Santiago | BLUA, Ariel Eduardo | LÓPEZ, Ana María | CAEIRO, Francisco

## HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Introducción:** Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) pueden causar afectación intratorácica, aumentando la morbilidad y mortalidad de los pacientes. La tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) es un método fundamental para evaluar estas manifestaciones.

**Objetivos:** Describir los hallazgos tomográficos intratorácicos más frecuentes en pacientes con ETC.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, de enero de 2010 a diciembre de 2016. Se evaluaron los hallazgos de TACAR en pacientes con ETC. Se excluyeron pacientes menores de 18 años, embarazadas, diagnóstico de vasculitis, infecciones respiratorias, toxicidad por fármacos y cirugía torácica previa o radioterapia. Se expresaron las variables continuas como medias y desviación estándar (DS), las categóricas como frecuencias (%). Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondiera, tomando como significativo un valor de  $p < 0.05$  con IC 95%. Los resultados se analizaron con el software SPSS 19.0.

**Resultados:** Se incluyeron 199 pacientes, 96 con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), 29 lupus eritematoso sistémico (LES), 26 esclerosis sistémica (ES), 23 miopatías inflamatorias (MI), 22 síndrome de Sjögren primario (SSp) y 3 con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). La edad media fue de 58 años (rango 18-84,  $DE \pm 15.5$ ), con predominio femenino en todos los grupos. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. En el 10% de los casos la afectación pleuropulmonar fue la primera manifestación de ETC. La enfermedad intersticial pulmonar (EPID) se observó en el 55.3% de los pacientes. Se encontró mayor frecuencia de bronquiectasias en AR, dilatación esofágica en ES y derrame pleural en LES ( $p < 0.05$ ). La afectación pleural fue la manifestación más frecuente en el LES (48.3%) y en la afectación esofágica en ES (69.2%). Se encontraron 5 pacientes con cáncer de pulmón, 4 de estos con historia de AR, tabaquismo y enfisema pulmonar y el restante con EMTC. Hubo 1 caso de linfoma en un paciente con SSp. En la AR observamos afectación bronquial en el 47.9% de los pacientes y pleural en el 17.7%. El 43.8% de los pacientes con AR presentaron EPID; neumonía intersticial usual (NIU) fue el patrón más frecuente en el 52.4%, seguido por neumonía intersticial inespecífica (NINE) en el 40.5% y la neumonía organizada (NO) en el 7.1%. Todos los pacientes con AR y EPID tenían factor reumatoide positivo (FR). Sólo 2 pacientes con AR tenían nódulos reumatoideos. NINE fue el patrón más frecuente de EPID en el resto de las ETC (37.9% en LES, 34.6% en ES, 65.2% en MI, 45.5% en SSp y 33.3% en EMTC). Se detectaron signos tomográficos de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en 40 pacientes, 30% con AR y 30% con ES. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre HAP y ES ( $p = 0.01$ ), y entre los hallazgos de HAP en TACAR y patrón SD en capiloscopia ( $p = 0.01$ ).

**Conclusiones:** El patrón de EPID más frecuente en AR fue NIU, a diferencia del resto de las ETC en donde el hallazgo más común fue NINE. La dilatación esofágica fue el principal hallazgo en ES, y compromiso pleural en LES. Se observó un elevado número de casos con signos tomográficos de HAP en AR y ES.

**Palabras Claves:** Enfermedades del tejido conectivo; enfermedad pulmonar intersticial; tomografía computada de alta resolución.

## 197

## 0197 - CORRELACIÓN INTRA E INTER-OBSERVADOR DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN RADIOLÓGICA EN UNA COHORTE ARGENTINA DE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

MALDONADO FICCO, Hernán(1) | FERREYRA GARROT, Leandro(2) | WAIMANN, Christian(3) | MALDONADO COCCO, José A(4) | SPINDLER, Alberto(5) | OROZCO, María C(6) | SCHNEEBERGER, Emilee E(6) | DUARTE, Vanesa(7) | ROMANINI, Felix(7) | BAENAS, Diego(8) | ALVARELLOS, Teresita(8) | ALVARELLOS, Alejandro(8) | ORTIZ, Alberto(9) | PAIRA, Sergio(9) | ZALAZAR, María(10) | RILLO, Oscar(10) | SORIANO, Enrique(2) | BERMAN, Alberto(5)

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÍO CUARTO (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); HOSPITAL DOCTOR HÉCTOR CURA, ESCUELA SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD (3); FUNDACIÓN REUMATOLÓGICA ARGENTINA "DR. OSVALDO GARCÍA MORTEO", UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. (4); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (5); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (6); HOSPITAL RIVADAVIA (7); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (8); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (9); HOSPITAL PIROVANO (10); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (11); HOSPITAL NICOLAS AVELLANEDA (12); PFIZER INC. (13)

**Introducción:** La cuantificación del daño radiológico resulta fundamental en la evaluación y pronóstico de pacientes con espondiloartritis. Sin embargo, la confiabilidad de las mismas depende de la competencia y experiencia del evaluador.

**Objetivos:** Evaluar la validez y correlación intra e inter-observador en la evaluación radiológica de columna lumbar y cervical de pacientes con espondiloartritis.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó un estudio de corte transversal. Participaron un total de 13 reumatólogos, los cuales evaluarán imágenes radiográficas pertenecientes al consorcio argentino de espondiloartritis temprana (CONEAR). El daño radiológico se cuantificó de acuerdo a el score mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score), para el cual se calculó en forma separada el daño cervical y lumbar. Todas las imágenes fueron evaluadas por el mismo observador en dos oportunidades con el fin de cuantificar la correlación intra-observador. El grado de acuerdo y su intervalo de confianza del 95%(95%) se calcularon a través del índice de correlación intra-clase (ICC), aleatorio, de 2-vías, evaluando acuerdo absoluto individual. Se utilizaron los puntos de corte propuestos por Cicchetti, siendo la correlación pobre para un ICC <0.40, moderada para un valor de 0.40 a 0.59, bueno entre 0.60 a 0.74, y excelente para valores comprendidos entre 0.75 y 1.

**Resultados:** Se evaluaron radiografías de 14 pacientes. La mediana (p25-p75) de SASSSm fue 4 (1-13) y de 2 (0-8), para región cervical y lumbar, respectivamente. La correlación intra-observador fue excelente en las regiones evaluadas [cervical=0.95 (ic95% 0.93-0.97),  $p < 0.01$ ; lumbar=0.91 (ic95% 0.88-0.94),  $p < 0.01$ ]. En cuanto a la correlación inter-observador, la misma fue excelente, tanto para el daño cervical como lumbar [ICC 0.90 (ic95% 0.79-0.97),  $p < 0.001$ ; ICC 0.84 (ic95% 0.71-0.94),  $p < 0.001$ ; respectivamente].

**Conclusiones:** La cuantificación del daño radiológico por el score mSASSS en pacientes con espondiloartritis, muestra una excelente correlación entre diferentes reumatólogos. Esto permitirá la realización en estudios multicéntricos con medidas de desenlace confiables, aumentando la validez interna de dichos estudios.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis

## 198

## 0198 - EMBARAZOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS, ESTUDIO DESCRIPTIVO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

CUCCHIARO, Natalia Lili(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(1) | PICCO, Eugenia(1) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | ROJAS TESSEL, Ivana Romina(1) | LENCINA, María Verónica(1) | JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1) | MONTIEL NARDINI, Olivia(2)

## HOSPITAL SR DEL MILAGRO (1); HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (2)

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas ocurren con más frecuencia en mujeres durante la edad fértil. La interacción entre el embarazo y las enfermedades reumáticas es variada, desde la mejoría espontánea hasta el agravamiento de los síntomas de la enfermedad.

**Objetivos:** describir el curso y desenlace en pacientes embarazadas con enfermedades reumáticas.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática, registrada en el sistema informático del Hospital Público Materno Infantil de Salta, que hayan finalizado su embarazo entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de diciembre del 2016. Se revisaron registros e historias clínicas, consignando edad al momento del embarazo, procedencia, antecedentes obstétricos, enfermedad autoinmune (Lupus eritematoso sistémico (LES), Artritis reumatoide (AR), Síndrome de superposición (S), Síndrome antifosfolípido (SAF) sólo asociado a LES, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (ETC)), años de evolución de la enfermedad, tratamiento y seguimiento previo y durante el embarazo, positividad para anticuerpos anti-Ro / SSA, anti-La / SSB, Anti Cardiolipinas IgG e IgM, Anticoagulante Lúpico, Anti B2GPI IgG e IgM. Internaciones, causas (amenaza de aborto (AÁb), hiperemesis gravídica (HG), amenaza de parto prematuro (APP), Cólico Biliar (CB), gastritis aguda (GA), Pancreatitis aguda biliar (PAB), Hipertensión arterial (HTA), Hipertensión Inducida por el embarazo (HIE), gastroenteritis aguda (GEA), infección urinaria (ITU), neumonía aguda de la comunidad (NAC), Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, preeclampsia (PE), eclampsia, síndrome nefrótico (SN), serositis, proteinuria no nefrótica, púrpura, poliartalgias, hemodilisis (HD), actividad de la enfermedad, control, insuficiencia cardíaca (IC) y tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA)); también antecedente de Nefropatía lúpica (NFL), comborbididades y presencia de anemia, forma finalización del embarazo: legrado, parto vaginal, cesárea programada, cesárea de urgencia, y etapa de finalización: aborto, prematuro, término y posttérmino. Causas de finalización de urgencia del embarazo, muerte materna y fetal, y peso del feto al nacer. Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Los datos fueron analizados mediante el test Chi cuadrado o test exacto de Fisher, o T-student o Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró significativa una  $p$  menor a 0.05.

**Resultados:** participaron 51 pacientes, con una mediana de edad de 27 (RIC 23 - 32) y 70 partos. Presentaron 50 gestas previas, 49 partos, 49 abortos y 50 cesáreas. Diagnósticos maternos: LES 27 (52.9) [con NFL 22 (43.13)], AR 13 (25.5), SS 4 (7.8), SAF 4 (7.8), EITC 2 (2), LES-SAF 2 (3.9), mediana en años de evolución 3 (RIC 0.75 - 6). Adherentes al tratamiento 48 (68.6), permaneciendo en seguimiento 49 (70). Se registraron 56 internaciones siendo las causas más frecuentes: APP 12 (17.4), controles 10 (7), ITU 9 (12.85), AÁb 4 (5.7). Finalización del embarazo: aborto 9 (12.9), parto vaginal 10 (14.3), cesárea programada 26 (37.1) y cesárea de urgencia 25 (35.7). Cuarenta y un partos fueron de término (58.57) y 28 (40) prematuros, y la mediana de peso al nacer fue 2830g (RIC 2300 - 3250). En 27 (38.6) pacientes se finalizó de urgencia el embarazo y las causas fueron: FM 10 (1.4), PE 4 (5.7), síndrome nefrótico 4 (5.7), HIE 3 (4.28), SF 3 (4.3), DPPNI 3 (4.28), HELLP 2 (2.9), RPM 2 (2.9), TEPA 1 (1.4), SHR 1 (1.4) y HGAE 1 (1.4); siendo las formas de finalización de los mismos: abortos 4 (5.7), partos espontáneos 4 (5.7), cesáreas programadas 7 (10) y cesáreas de urgencia 12 (17.14). Al comparar los pacientes con LES vs no LES, solo se encontraron en el primer grupo casos de preeclampsia (4) y HELLP (2), así como también significativamente menor peso al nacer (2423 g vs 2888 g,  $p = 0.03$ ).

**Conclusiones:** En el presente estudio, 27 (38.6%) embarazadas debieron ser finalizadas de urgencia y 9 (12.85%) de ellos por fetos muertos, con un registro de prematuridad en 28 (40%). El diagnóstico de LES estuvo asociado a menor peso al nacer y fue el grupo con peores complicaciones asociadas al embarazo (Preeclampsia, HELLP y Muerte materna). Esto realza la importancia de la planificación y seguimiento de los embarazos de pacientes con enfermedades reumáticas, de forma multidisciplinaria, para mejorar o moderar los resultados.

**Palabras Claves:** Enfermedades reumáticas Embarazo Lupus Eritematoso Sistémico

## 199

## 0199 - DETECCIÓN DE LESIONES PRECANCERÍGENAS-CANCERÍGENAS DE CÁNCER CERVICAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Ar

FERNANDEZ, Lorena Soledad | DE LA VEGA, María Celina | BENITEZ, Cristian Alejandro | MATA, Darío Oscar | PEON, Claudia | BENAVÍDEZ, Federico | BLANCO, Eliana Soledad | POLA, Malena | RODRIGUEZ, Gonzalo | MESSINA, Daniel Osvaldo | RIOPEDERE, Augusto M. | RUSSO, Alba | UNA, Claudia Rita

## HOSPITAL COSME ARGERICH

**Introducción:** En Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 4.000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero y mueren aproximadamente 1.800 mujeres a causa de la enfermedad. El test de Papanicolaou es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares del cérvix (1). Existen factores de riesgo para el desarrollo de cáncer divididos en dos categorías: los que aumentan la posibilidad de infección por HPV, tales como el número de parejas sexuales, edad de la primera relación y diagnóstico de otras enfermedades de transmisión sexual y los que inducen la carcinogénesis mediada por el HPV, como el tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, multiparidad y el inmunocompromiso (5). El sistema inmunológico está encargado de destruir las células cancerosas, así como retardar su crecimiento y extensión (2). Enfermedades inflamatorias sistémicas autoinmunes como la Artritis Reumatoide pueden predisponer al desarrollo de cáncer cervical (5). En un estudio de cohorte, Kims y col, observaron un riesgo de displasia cervical de alto grado y cáncer de cuello uterino 1,5 veces mayor en las mujeres con AR (9).

**Objetivos:** 1. Evaluar prevalencia de lesiones pre-cancerígenas y cancerígenas en pacientes con Artritis Reumatoide y analizar la influencia de los factores de riesgo y la terapia inmunomoduladora en las lesiones cervicales encontradas.

**Materiales y Métodos:** Estudio Transversal. Criterios de inclusión: pacientes con AR según criterios EULAR/ACR 2010 Edad entre 20 y 70 años. Criterio de exclusión: pacientes con AR con PAP anormal conocido realizado previo al diagnóstico de AR. Se realizó encuesta sobre datos sociodemográficos y antecedentes ginecológicos buscando factores de riesgo. Se solicitó PAP a ser evaluados en el mismo laboratorio de anatomía patológica. Los PAP fueron informados mediante el Sistema Bethesda. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa EPI info 7, las variables continuas se expresan en mediana y desvío estándar; las variables categóricas se expresan en porcentaje y n.

**Resultados:** Se indicó realizar el PAP a 49 mujeres con diagnóstico de AR que concurren en forma consecutiva a la consulta reumatológica de rutina, con una edad media de 47 años (DS 35.95 - 58.05), la mediana de la edad al momento del diagnóstico de AR fue de 37.5 años (DS 24.3- 50.2) y el nivel educativo alcanzado fue principalmente incompleto (28,6%;n:14) seguido por secundario incompleto (24,48% n:12). Entre los factores de riesgo analizados, el inicio de la actividad sexual entre los 15 y los 20 años fue objetivo en el 75,51%(n:37) y n, 8,16%(n:4) inició antes de los 15 años; el número de parejas sexuales fue entre 3 y 4 en 42,86 % (n:21) de las mujeres. El 18,36%(n:9) eran fumadoras activas. La mayoría de las pacientes manifestaron haberse realizado un PAP con anterioridad (89,79% n:44) y el 69,38 % (n:32) concocia el resultado del mismo. También refirieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual el 14,28%(n:7) incluyendo infección por HPV el 8,16% (n:4). El factor reumatoide fue positivo en el 91,84 % (n:45), presentaban una media de DAS 28 de 3,39 (DS 1,69 - 5,08) junto con un HAQ de 0,75 (DS 0,14 - 1,64) el tratamiento al momento del Test era principalmente DMARDs (73% n:36), 28,57% (n:14) recibían agentes biológicos y 44,89% (n:22) glucocorticoides, asociados a DMARD no biológicos en un 77,27% (n: 17). De las pacientes derivadas realizaron efectivamente el PAP el 46,9% (n:26). El resultado fue patológico en 1 caso L-SIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado), lo que representó un 2,04% de la muestra. Dicha paciente se encontraba en tratamiento con metotrexato, con leve actividad según DAS 28 y sin otro factor de riesgo de relevancia.

**Conclusiones:** Aunque la evidencia indica que todas las pacientes en rango etario apropiado deben realizarse un PAP preventivo anual, en nuestra muestra el número de pacientes que concurren a realizarse el mismo fue menor al 50%, a pesar de haber sido indicado por su médico. Pudo diagnosticarse una lesión y esto refuerza el papel preventivo que debe liderar el reumatólogo en la consulta rutinaria. Estudios con mayor número de pacientes deben ser realizados para poder estimar prevalencia.

200

**0200 - REDUCCIÓN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otras

AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | SANSINANA, Pierina | COSTI, Ana Carolina | PENA, Claudia Elizabeth | VULCANO, Ariel | TESTI, Adriana Carina | GARCIA, Lucila | GARCIA, Mercedes Argentina

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"**

**Introducción:** El compromiso esofágico es frecuente en pacientes con ES. Se estima que ocurre aproximadamente en el 70-90%. La disfunción motora del esófago se caracteriza por hipotonia del EEI y peristalsis leve o aperistalsis en los 2/3 del esófago. Existen evidencias de que la enfermedad pulmonar intersticial y la fibrosis pulmonar en la ES están asociadas a episodios de microaspiraciones secundarias a ERGE.

**Objetivos:** Determinar si la enfermedad por reflujo gastroesofágico se asocia con enfermedad pulmonar intersticial.

Variable	Enfermedad por reflujo gastroesofágico (n=15)	Enfermedad pulmonar intersticial (n=15)	p
Edad (años)	57.8 (15)	57.8 (15)	0.71
Sexo femenino (%)	13 (86.7)	13 (86.7)	1.00
Edad de presentación (años)	54.6 ± 14.07	53.21 ± 15.04	0.58
Varonía, n (%)	183 (94.3)	33 (86.8)	0.69
Xerofthalmia, n (%)	198 (91.2)	30 (78.9)	0.23
Parotidomegalia, n (%)	53 (24.4)	3 (7.9)	0.02
Test oculares positivos	159/165 (96.4)	24/25 (96)	0.92
Test salivares positivos	24/32 (75)	0 (0)	-
PCR positiva, n (%)	44/43 (20.8)	17/31 (54.8)	0.001
VSG >50 mm/h, n (%)	23/32 (72)	7/32 (21.9)	0.17
Anemia, n (%)	12 (35.3)	12 (31.4)	<0.001
Leucopenia, n (%)	15 (6.9)	4 (10.5)	0.43
Hipergammaglobulinemia, n (%)	41/83 (65.1)	4/8 (50)	0.4
C3 bajo, n (%)	3/33 (2)	6/30 (20)	<0.001
C4 bajo, n (%)	7/33 (4.6)	5/30 (16.7)	0.01
ANA (Hep2), n (%)	114/213 (53.5)	17/35 (48.6)	0.59
Anti-Ro/SS-A, n (%)	70/206 (34)	11/34 (32.4)	0.85
Anti-La/SS-B, n (%)	27/206 (13.1)	3/34 (8.8)	0.48
Factor Reumatoide, n (%)	95/210 (45.2)	27/36 (75)	0.001
Biopsia positiva (GIII-IV), n (%)	197 (80.8)	26 (66.4)	<0.001
Pilocarpina, n (%)	57 (26.3)	1 (2.6)	0.001
Hidrocortisona, n (%)	184 (84.8)	22 (57.9)	<0.001
Prednisona < 20 mg, n (%)	43 (29)	28 (73.7)	<0.001
Otros inmunosupresores, n (%)	28 (12.9)	28 (73.7)	<0.001
Pacientes fallecidos, n (%)	2 (9.9)	3 (7.9)	-

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva durante el periodo 1983-2016 en un único centro hospitalario. El diagnóstico de ERGE se estableció por síntomas clínicos típicos de pirosis

y regurgitación. Para evaluar la motilidad esofágica se realizó manometría esofágica y se clasificó en: esfínter esofágico inferior hipotensivo (EEI) (< 10mmHg) y peristalsis inefectiva o ausencia de peristalsis a nivel del esófago distal. El compromiso pulmonar se realizó por TACAR. Se realizaron test de función pulmonar con medición de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) y Capacidad vital forzada (CVF). Se analizaron las características demográficas, serológicas, clínicas, radiológicas, y pruebas funcionales respiratorias. Para las variables cuantitativas y cualitativas se utilizó Test de Student, Mann-Whitney, y Chi-cuadrado respectivamente. Se obtuvieron los valores del hazard ratio (HR) con un intervalo de confianza del 95%. Los valores de p<0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se registraron 125 pacientes con ES de los cuales, 91 (72.8%) presentaban ERGE, predominando el sexo femenino en ambos grupos. Comparativamente entre los grupos que presentaban ERGE y aquellos que no la edad al diagnóstico fue similar 47.5 +/-15 vs 48 +/-15 y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 7 años (2-11) vs 2 (1-5) (p < 0,001) respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los subtipos cutáneos y el perfil inmunológico. La disminución en DLCO < 70% y en CVF < 70% fueron más frecuentes en pacientes con RGE (49.45% vs 23.53%; 47.25% vs 23.53% respectivamente) siendo la diferencia estadísticamente significativa (p=0,009). Las alteraciones en la manometría esofágica fueron más frecuentes en los pacientes con RGE 59,34% (p=0,035). Un Hallazgo fue la asociación entre la presencia de úlceras digitales y la presencia de ERGE. (36/91 vs 4/34 (p= 0,003).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes la presencia de ERGE se asoció a enfermedad intersticial pulmonar y reducción en las pruebas de función respiratoria. Un hallazgo estadísticamente significativo fue la asociación entre la presencia de úlceras digitales y la presencia de ERGE.

**Palabras Claves:** Esclerosis Sistémica. ERGE Compromiso pulmonar

201

**0201 - SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS ENTRE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y SECUNDARIO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios - Unidad Temática 2: Otras

BAENAS, Diego Federico(1) | RETAMOZO, Soledad(1) | BENZAQUEN, Nadia Raquel(1) | PIROLA, Juan(1) | FLORES BLÁVERDI, Janet(1) | RISCANEVO, Nadia(1) | SAURIT, Verónica(1) | ALVAREZ, Ana Cecilia(1) | FIORENTINO, Soledad(1) | CEBALLOS RECALDE, Flavia(1) | HAYE, Sainas(2) | ALVARELLOS, Alejandro(1) | CAEIRO, Francisco(1)

**HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (1); UTHGRA - HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN MARIA DE FATIMA (2)**

Variables	SSp (n=217)	SSe (n=38)	p
Sexo femenino, n (%)	201 (92.6)	36 (94.7)	0.64
Edad de presentación (X años)	54.6 ± 14.07	53.21 ± 15.04	0.58
Varonía, n (%)	183 (94.3)	33 (86.8)	0.69
Xerofthalmia, n (%)	198 (91.2)	30 (78.9)	0.23
Parotidomegalia, n (%)	53 (24.4)	3 (7.9)	0.02
Test oculares positivos	159/165 (96.4)	24/25 (96)	0.92
Test salivares positivos	24/32 (75)	0 (0)	-
PCR positiva, n (%)	44/43 (20.8)	17/31 (54.8)	0.001
VSG >50 mm/h, n (%)	23/32 (72)	7/32 (21.9)	0.17
Anemia, n (%)	12 (35.3)	12 (31.4)	<0.001
Leucopenia, n (%)	15 (6.9)	4 (10.5)	0.43
Hipergammaglobulinemia, n (%)	41/83 (65.1)	4/8 (50)	0.4
C3 bajo, n (%)	3/33 (2)	6/30 (20)	<0.001
C4 bajo, n (%)	7/33 (4.6)	5/30 (16.7)	0.01
ANA (Hep2), n (%)	114/213 (53.5)	17/35 (48.6)	0.59
Anti-Ro/SS-A, n (%)	70/206 (34)	11/34 (32.4)	0.85
Anti-La/SS-B, n (%)	27/206 (13.1)	3/34 (8.8)	0.48
Factor Reumatoide, n (%)	95/210 (45.2)	27/36 (75)	0.001
Biopsia positiva (GIII-IV), n (%)	197 (80.8)	26 (66.4)	<0.001
Pilocarpina, n (%)	57 (26.3)	1 (2.6)	0.001
Hidrocortisona, n (%)	184 (84.8)	22 (57.9)	<0.001
Prednisona < 20 mg, n (%)	43 (29)	28 (73.7)	<0.001
Otros inmunosupresores, n (%)	28 (12.9)	28 (73.7)	<0.001
Pacientes fallecidos, n (%)	2 (9.9)	3 (7.9)	-

**Objetivos:** Describir las características demográficas, clínicas, serológicas e histológicas entre los pacientes con SSp y SSe; analizar si existen diferencias entre los subgrupos de ETC más frecuentemente asociadas a SSp en comparación con SSp.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con SS según criterios del Grupo de Consenso Americano-Europeo 2002, que se sometieron a biopsia de glándula salival menor (BGSm) en nuestro Servicio entre enero de 2006 y enero de 2017. Todos los pacientes con BGSm negativa, cumplieron criterios por serología y clínica. Se excluyeron pacientes con BGSm con material insuficiente o no glandular, y con información clínica insuficiente. Los datos se analizaron con SPSS 19; se expresaron las variables continuas como medias y desviación estándar (DS), las categóricas como frecuencias (%). Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondiera, tomando como significativo un valor de p < 0.05 y CI 95%. Se compararon las variables entre los grupos SSp y SSe, y se realizó un subanálisis con los subgrupos más frecuentes de SSe: asociado a AR y a LES. Se consideró BGSm positiva a los grados III y IV de la clasificación de Chishimoto y Mason (CM).

**Resultados:** Se incluyeron 255 pacientes. El 93% (n=237) fueron mujeres con una edad media de 54 años ± 15, sin diferencia estadística entre los grupos. Se diagnosticó SSp en 217 (85%), y SSe en 38 (15%), y se mantuvo la predominancia femenina (201=92.6% y 36=94.7% respectivamente). Las diferencias y similitudes clínicas, serológicas e histológicas entre ambos grupos se detallan en la tabla 1. Dentro del grupo SSp, 57.9% (n=22) correspondieron a pacientes con AR y 34.2% (n=13) a pacientes con LES. Se realizó un subanálisis comparando estos 2 subgrupos de SSp con SSe. Se observó mayor asociación a SS2-AR respecto a SSp en las variables anemia (36.4% vs 5.5%; p<0.001), PCR elevada al momento del diagnóstico (57.9% vs 30.8%; p=0.001), factor reumatoide (90.5% vs 45.2%; p<0.001) y mayor frecuencia en SSp respecto a SS2-AR en las variables anti-Ro (34% vs 9.5%; p=0.02), ANA (53.5% vs 15.8%; p=0.002), BGSm positiva (90.8% vs 68.2%; p=0.001). Se evidenció mayor asociación a SS2-LES en relación a SSp en las variables anemia (30.8% vs 5.5%; p=0.001), leucopenia (23.1% vs 6.9%; p=0.03), ANA (92.3% vs 53.5%; p=0.006), anti-Ro (80% vs 34%; p=0.02), hipocolemitemia C3 (38.5% vs 5.2%; p<0.001) y C4 (30.8% vs 4.6%; p<0.001).

**Conclusiones:** SSp se asoció de manera significativa a parotidomegalia y BGSm positiva. SSe se asoció a mayor compromiso extraglandular, mayor cantidad de pacientes con PCR elevada al momento del diagnóstico y mayor frecuencia de anemia y linfopenia. No se conoce con exactitud si las distintas asociaciones clínicas e histológicas encontradas entre SSp y SSe reflejan una verdadera diferencia entre las dos entidades de la enfermedad o derivan de variables subyacentes a las ETC asociadas.

**Palabras Claves:** Síndrome de Sjögren; biopsia de glándula salival; Artritis Reumatoidea; Lupus Eritematoso Sistémico.

204

**0204 - ENFERMEDAD OFTÁLMICA RELACIONADA CON IGG4**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Otras

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | BAENAS, Diego | RISCANEVO, Nadia | SAURIT Verónica | CAEIRO, Francisco | ALVARELLOS, Alejandro | ALVAREZ, Cecilia | RETAMOZO, Soledad | FIORENTINO, Soledad

**HOSPITAL PRIVADO. CÓRDOBA**

**Introducción:** La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), es una entidad recientemente establecida, y su frecuencia está aumentando en la práctica clínica. Se presenta un caso de enfermedad oftálmica relacionada a IgG4 (EOR-IgG4), para describir los hallazgos clínicos, serológicos e histológicos asociados.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 64 años, con antecedentes de HTA tratada con enalapril 10 mg/día. Presenta inflamación de ojo izquierdo, escleritis, exoftalmos y hipertrofia de la glándula lagrimal. Examen oftalmológico: Ojo derecho normal. Ojo izquierdo con ptosis moderada. Exoftalmos axial. Limitación de la abducción y mirada inferior. Dacrioadenitis bilateral. Fondo de ojo normal. La tomografía de órbita evidenció aumento de glándulas lagrimales, a predominio izquierdo. Se solicita laboratorio que informa: VSG 97 mm/h, PCR mg/dl, hipergammaglobulinemia policlonal (IgG mg/dl, IgE, IgG4) y función tiroidea normal. Autoanticuerpos: ANA (Hep2), ENA, anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, factor reumatoideo, ANCA, anti-TRAb y ATPO negativos. Se realizó biopsia de glándula lagrimal en la que se evidencia infiltración de IgG4. Se indica tratamiento con prednisona 40 mg/día, con disminución significativa del tamaño glandular objetivado por RMN, y normalización de parámetros analíticos.

**Resultados:** Se presenta un caso de dacrioadenitis relacionada con IgG4. Esta complicación se manifiesta en el 30% de los pacientes con enfermedad sistémica, pero se observó hasta en un 50% en afectación oftálmica relacionada con IgG4 se presentan con dacrioadenitis aislada, principalmente bilateral. La paciente presentó inflamación palpebral, que constituye el principal rasgo clínico reportado. Otras presentaciones incluyen alteraciones visuales por neuropatía óptica, restricciones del movimiento ocular, exoftalmos y ptosis. La escleritis con ulceración corneal, dolor de ojo, o epifora son infrecuentes. Al momento del diagnóstico, se objetivó entropionamiento acelerado, hipergammaglobulinemia policlonal, IgE e IgG4 sérica elevada. Estos hallazgos se asocian frecuentemente al compromiso oftálmico, al igual que la hipocolemitemia. En el diagnóstico diferencial en los hallazgos de imágenes de dacrioadenitis se incluyen varias enfermedades como síndrome de Sjögren, sarcoidosis, enfermedades linfoproliferativas y pseudotumor orbitario. El análisis histopatológico e inmunohistoquímico resulta esencial para el diagnóstico.

**Conclusiones:** La afectación oftálmica es una manifestación común ER-IgG4, y debe considerarse como diagnóstico diferencial de tumores orbitarios y afectación de cualquier estructura ocular.

**Palabras Claves:** Enfermedad Oftálmica Relacionada con IgG4. Dacrioadenitis.

205

**0205 - MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | BAENAS, Diego | FLORES, Janet | CAEIRO, Francisco | SAURIT, Verónica | ALVARELLOS, Alejandro | RETAMOZO, Soledad | ALVAREZ, Cecilia | FIORENTINO, Soledad | PIROLA, Juan

**HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA**

**Introducción:** Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo heterogéneo de enfermedades hematopoyéticas clonales, en los que se presenta hematopoyesis ineficaz y riesgo de progresión a leucemia mieloide aguda. Las manifestaciones autoinmunes se presentan en un 10-30% de los pacientes con SMD, pueden anteceder al SMD, aparecer simultáneamente con él o luego del diagnóstico. Entre las mismas se incluyen: vasculitis sistémica, policondritis recidivante, enfermedad del tejido conectivo, poliartritis seronegativa, dermatosis neutrofilica, citopenias inmuno- mediadas y anomalías serológicas como la presencia de ANA, ANCA, factor reumatoide y crioglobulinas. Reportamos el caso de una mujer de 60 años, sin antecedentes patológicos previos, que debuta con síndrome mielodisplásico asociado a manifestaciones autoinmunes.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 60 años, consulta por fiebre 39°C, hipocausia derecha, otalgia y cefalea frontal, se interpreta como sinusitis, se trata con antibióticos y se solicitan estudios complementarios. Laboratorio: anemia (Hb 6.9 g/dl, Hto 20.0 %) normocítica- normocromica, Leucocitos 6.7 k/uL, (Neu Segmentados 62%, Linfocitos 7% atípicos 3%, Monocitos 6%, Metamielocitos 3%, Mielocitos 10%, Anisocromía, poiquilocitosis, Target cells, policromatofilia, punteado basófilo (+)), VSG > 120 mm/hora. Resto normal. Tomografía de senos paranasales compromiso de seno esfenoidal, maxilar derecho, celidillas de mastoides (panusinitis) Hemocultivo: gérmenes comunes y hongos negativos. Serología viral (VH- VHB - VHC) negativos Punción aspiración de médula ósea: Anemia refractaria con exho de blastos (AEB II), bastos mieloides 14%. Cariotipo: Monosomía 7 y anomalías numéricas y estructurales agregadas, en mosaico. Detección de anomalía 5 q 33-q 34 Tratamiento con azacitidina 75mg/m2 por 3 ciclos En la evolución clínica agrega hipocausia bilateral, dolor ocular intenso, diplopía asociado a inestabilidad a la marcha. Examen físico: ojo rojo y exoftalmos derecho, luego bilateral, parálisis facial periférica, tumefacción de la nariz y del pabellón auricular derecho, disminución de la flexión del pie izquierdo, reflejo osteotendinoso aquiliano ausente, hemorragia subungueal dedo medio de mano izquierda, fiebre persistente, sin hallazgos de infección. RMN órbitas con infiltración de la grasa intraocular izquierda. Laboratorio inmunológico: C3 142 mg/dl, C4 35 mg/dl, FR 13, ANA (-), ENA (-), Crioglobulina (-), ANCA (-) Tratamiento de la enfermedad de base sin respuesta Se inicia tratamiento de las manifestaciones inmunes: metilprednisolona 250 mg cada 12 horas por 3 días, pulsos de ciclofosfamida y posteriormente rituximab, con persistencia intermitente de parte de la sintomatología sin lograrse resolución total del cuadro. Nueva biopsia de médula ósea, evidencia progresión del SMD a leucemia mieloide aguda (Blastos mieloides 34%), comienza con quimioterapia de inducción con daunorubicina y citarabina, con mala evolución, fallece a los 5 meses desde el inicio de la enfermedad.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de SMD asociado a policondritis recidivante como manifestación inmunológica, la cual presenta una incidencia del 0,7-5,4% en las distintas series de SMD, con una presentación simultánea en la mayoría de los casos. La presencia de fenómenos autoinmunes en el contexto del SMD es un factor de mal pronóstico observándose una progresión rápida a leucemia y mortalidad elevada

## 206

**0206 - USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | VELLOSO, María Sofía | SAVY, Florencia | PENA, Claudia Elizabeth | SANSINANE, Pierina | GARCIA, Lucila | NAGUA, Viviana | TESTI, Adriana Carina | VULCANO, Ariel | ARTURI, Valeria | GARCIA, Mercedes Argentina

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"**

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes sistémicas caracterizadas por la presencia de debilidad e inflamación muscular. Estas incluyen Dermatomiositis (DM, incluyendo presentaciones amioiática e hipomioiática), polimiositis (PM), miopatía necrotizante autoinmune, miositis por cuerpo de inclusión (IBM), la miositis asociada al cáncer y miositis relacionada con otras enfermedades del tejido conjuntivo. Debido a la falta de ensayos controlados el tratamiento usualmente es empírico y se basa en el uso de corticoides y terapias inmunosupresoras, los cuales no siempre son eficaces y pueden asociarse con efectos secundarios graves. Las inmunoglobulinas intravenosas (IVIg) tienen efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores, hay evidencia que demuestra su eficacia en algunos casos de MI y es una opción terapéutica en casos en los cuales están contraindicados los tratamientos inmunosupresores.

**Objetivos:** Describir las indicaciones del uso de IVIg en una cohorte de pacientes con diagnóstico de MI evaluados en un centro de referencia. Analizar las características clínicas y evolución de estos pacientes.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Miopatía Inflamatoria Idiopática, registrados en la base de datos del Servicio de Reumatología, asistidos entre 1994-2016. Se seleccionaron para el análisis aquellos pacientes en los cuales se indicó el uso de IVIg.

**Resultados:** Se registraron datos de 91 pacientes de los cuales 15 (16,48%) recibieron IVIg en dosis de 2g/kg/dosis total, fraccionada en 2-5 dosis. El 66,67% de los pacientes fueron mujeres, la edad media al diagnóstico fue de 45,4 años +/- 17,77 (rango 16-78), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad al momento de la indicación del primer ciclo de IVIg de 3 meses (rango 1-41). Al diagnóstico los pacientes presentaban como manifestaciones de relevancia de su enfermedad de base, compromiso cutáneo 11/15 (73,33%), debilidad muscular 13/15 (83,66%) y disfagia 11/15 (73,33%). Entre los diferentes subtipos de Miopatías 9/15 pacientes (60%) tenían diagnóstico de Dermatomiositis Idiopática; 2/15 (13,33%) Dermatomiositis Amioiática y los restantes 4: Miopatía asociada a estatinas, Miopatía Necrosante, Polimiositis Idiopática y Síndrome Antisintetasa. En este grupo de pacientes la principal indicación para el uso de IVIg fue por infección asociada 53,33% (8/15). Los restantes casos 46,67% (7/15) presentaban actividad de la enfermedad refractaria a tratamientos convencionales o adicionaron evolutivamente manifestaciones clínicas graves como disfagia y/o debilidad de músculos respiratorios. La gammaglobulina fue indicada en todos los casos posteriormente a dosis altas de corticoides: pulsos de 500mg o 1g de metilprednisolona 80% (12/15) en 3 días consecutivos y en un 20% vía oral. Entre los DMARD indicados previamente al tratamiento con IVIg, los más utilizados fueron el metotrexato 60% (9/15%), azatioprina 33,3% (5/15), y entre los biológicos Rituximab 20% (3/15). La mayoría de los pacientes 13/15 (86,67%) requirieron internación en algún momento de la evolución de su enfermedad, y de ellos el 53,33% (8/15) cursaron internación en unidad de terapia intensiva. Se constataron 7 óbitos (46,67%) y la causa en todos los casos estuvo relacionada a intercorriencia infecciosa, siendo el shock séptico a punto de partida de foco respiratorio la causa mediata del óbito. De ellos el 71% (5/7) tenían diagnóstico de DM.

**Conclusiones:** El 16,5% de los pacientes registrados con MI recibieron tratamiento con IVIg, siendo la indicación más frecuente la severidad de la enfermedad en pacientes que cursaban intercorriencia infecciosa después de haber recibido corticoterapia en altas dosis. La sobrevida luego de los ciclos de IVIg fue del 53,33%, aunque no se puede determinar debido al diseño retrospectivo del trabajo, que ésta terapéutica haya sido la responsable de dicha evolución. Las complicaciones infecciosas asociadas a altas dosis de corticoides siguen siendo la principal causa de evolución desfavorable de manera que debiera contemplarse la utilidad de dosis menores o el tratamiento de inducción con IVIg.

**Palabras Claves:** Miopatías Inflamatorias Idiopáticas Inmunoglobulinas intravenosas

## 207

**0207 - MANIFESTACIONES REUMÁTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HANSEN. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

RIQUELME GRANADA, Susan Carolina | LOSANTO, Jhonatan | YINDE, Yanira | DUARTE, Margarita

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**Introducción:** La enfermedad de Hansen (EH) es una infección crónica causada por el *Mycobacterium Leprae*, que afecta la piel, mucosas y nervios periféricos. En el curso clínico de esta enfermedad, el paciente puede presentar: eritema nodoso leproso, artritis, síndrome de manos suculentas y fenómeno de Lucio. A todas estas entidades se las engloba en las denominadas Manifestaciones reumáticas de la EH. Aunque pueden pasar desapercibidas, algunas veces pueden ser la única manifestación en los primeros años de esta enfermedad.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con diagnóstico de EH y sus manifestaciones reumatológicas, que consultaron en el Servicio de Reumatología del Hospital de Clínicas, San Lorenzo-Paraguay en el periodo comprendido entre enero 2014 a diciembre del 2016.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, de corte transversal de 7 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Hansen y alguna manifestación reumática. Se revisaron historias clínicas y controles realizados en el Servicio de Reumatología en los periodos de enero 2014 a diciembre del 2016.

**Resultados:** La totalidad de los pacientes con EH seguidos en nuestro Servicio presentaron algún tipo de manifestación reumatológica. La relación Femenino/Masculino fue de 3/4, con una edad media al momento del estudio de 51,42±11,14 años. 6/7 de los pacientes estudiados residía en zona urbana y ninguno de ellos presentó nexo epidemiológico. En cuanto a las manifestaciones reumáticas halladas el Eritema Nodoso se presentó en 2/7 pacientes, Fenómeno de Lucio en 2/7, Manos suculentas en 1/7 y Artritis en 2/7. 2 pacientes presentaron más de una manifestación reumatológica siendo las que coexistían el fenómeno de Lucio y manos suculentas en un paciente y eritema nodoso y artritis en otro. Solamente 1 paciente presentó ANA + pero en el mismo coexistía otra patología reumatológica: Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El diagnóstico de Fenómeno de Lucio, por su parte, fue certificado en los dos pacientes con estudio anatomopatológico y estos presentaron además positividad para alguno de los anticuerpos para SAF. En cuanto al tratamiento, el 100% de los pacientes con enfermedad de Hansen fueron tratados con antibióticos con buena evolución hasta la fecha.

**Conclusiones:** La Enfermedad de Hansen es en la actualidad una patología de muy baja incidencia, de evolución crónica, de clínica poco manifiesta por lo general, siendo interesante que estas manifestaciones no patognómicas, agrupadas como manifestaciones reumáticas de la enfermedad de Hansen pueden llegar a ser la única manifestación en las fases iniciales de esta enfermedad y muchas veces confundida con las presentadas en patologías autoinmunes. Es allí donde radica la importancia capital del diagnóstico exacto, de tal manera a brindar una terapia adecuada al paciente que la padece.

**Palabras Claves:** Enfermedad de Hansen, Fenómeno de Lucio, Eritema Nodoso

## 208

**0208 - DETECCIÓN DE FRACTURAS VERTEBRALES ASINTOMÁTICAS EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías

TABOADA BONFANTI, María Carolina | GAZZONI, María Victoria | WERNER, Marina Laura | CADILE, Isaac Ignacio | ONETTI, Laura Beatriz | MUSSANO, Eduardo Daniel

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC**

**Introducción:** La osteoporosis es un problema sanitario global creciente. Se estima que en la Argentina una de cada 4 mujeres mayores de 50 años presenta densitometría normal, dos tienen osteopenia y una osteoporosis.

**Objetivos:** Objetivo primario: Determinar la frecuencia de fracturas vertebrales asintomáticas en pacientes posmenopáusicas. Objetivos secundarios: identificar la relación entre fracturas vertebrales asintomáticas y los valores densitométricos, metabolismo fosfocálcico y antecedentes personales, tales como edad, IMC, actividad física y tabaquismo.

**Materiales y Métodos:** estudio descriptivo, prospectivo. Realizado en un periodo de 2 años (junio 2015-junio 2017). Se incluyeron pacientes post menopáusicas sin antecedentes de fractura vertebral previa. Se solicitó radiografías de columna dorsal y lumbar (F y P), DMO y laboratorio con metabolismo fosfocálcico. Se utilizó para el análisis de las radiografías la escala de Genart.

**Resultados:** transversal. Se incluyeron 87 pacientes mujeres posmenopáusicas con una media etaria de 63,64 años y un promedio de 15,94 años de menopausia. El promedio del IMC fue de 27,89. El 74,71% no realizaba actividad física. El 82,76% eran pacientes no tabaquistas; el 63,22 % tenían un bajo consumo de lácteos (menor a 1200mg/día). La mayoría de las pacientes no relataban antecedentes familiares de fractura de cadera, conformando el 94,25% ni tampoco antecedente personal de fractura de muñeca siendo solamente encontrada en 3 pacientes (3,45%). Del total de las pacientes el 78,16% tuvo resultado anormal en la densitometría ósea siendo que la mayoría presentó osteoporosis de columna en 31 pacientes (35,63%), seguido por osteopenia de cadera en 29 pacientes (33,33%), osteopenia de columna en 26 pacientes (29,89%) y osteoporosis de cadera en 16 pacientes (18,39%). El 52,38% de las pacientes que presentaron osteoporosis ya sea de columna o cadera presentaba normopeso; y el 62,22% de las pacientes que presentaron osteopenia ya sea de columna o cadera tenían sobrepeso. El 73,33% de las pacientes con osteopenia eran tabaquistas. Con respecto a las radiografías la gran mayoría de las pacientes el 78,16% presentó grado 0 (normal) tanto en la localización dorsal como lumbar. Solo se encontraron 2 pacientes (2,3%) con grado 3 en región dorsal y una paciente (1,15%) en región lumbar. De las pacientes con DMO normal el 11,76% presentaron radiografía dorsal con grados 2-3 y 12,5% en la radiografía lumbar.

**Conclusiones:** La osteoporosis es una patología prevalente en pacientes posmenopáusicas, presentándose con mayor frecuencia mientras mayor sean los años de menopausia. La incidencia de fracturas vertebrales por osteoporosis es baja, sin embargo es necesario su pesquisa ya que se presentan en pacientes con DMO normal permitiendo su diagnóstico y correcto tratamiento evitando fracturas futuras.

**Palabras Claves:** osteoporosis fracturas vertebrales asintomáticas

## 209

**0209 - MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. A PROPOSITO DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Otros

BLANCO, Eliana Soledad | DE LA VEGA, María Celina | BENITEZ, Cristian | FERNANDEZ, Lorena Soledad | PEON, Claudia | VIOLA, Malena | RODRIGUEZ, Gonzalo | BENAVIDEZ, Federico | DI SIBIO, Alejandro | RIOPEDE, Augusto M. | MESSINA, Daniel | MATA, Dario Oscar

**HOSPITAL COSME ARGERICH**

**Introducción:** Se denomina mastitis a la inflamación del tejido mamario que puede o no estar acompañada por una infección. La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria, benigna, caracterizada por presentar en la biopsia una lobulitis crónica, necrotizante, no caseificante, que presenta formación de granulomas. Es una entidad infrecuente con una alta tasa de recidiva (38%).

**Objetivos:** Considerar como diagnóstico diferencial de la patología mamaria a una entidad de probable etiología autoinmune.

**Materiales y Métodos:** Presentación de caso clínico atendido en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

**Resultados:** Paciente femenina de 27 años de edad con antecedente de consumo de anticonceptivos orales por más de cuatro años, 1 gesta y 1 cesárea hace 3 años, con lactancia por 27 meses, que suspendió la misma 6 meses previos a la consulta. Presentó en mama izquierda tumoración dolorosa abscedada. Ecografía mamaria y mamografía que informaba BI-RADS 3. Fue internada por 20 días, donde se le realizaron drenaje de mama izquierda con toma de biopsia más lavado y tratamiento con piperacilina tazobactam más vancomicina por 14 días por cultivo positivo para *Corynebacterium Jeikeium* (Grupo JK) sin mejoría del cuadro. En la biopsia se evidenció: inflamación granulomatosa lóbulo centrada que distorsiona el epitelio lobulillar, presencia de espacios vacíos rodeados de inflamación polimorfonuclear, epidermis con acantosis y papilomatosis y a nivel dérmico, infiltrado de tipo crónico difuso. Las tinciones PAS y ZN fueron negativas. El diagnóstico por biopsia fue mastitis granulomatosa. Se inició tratamiento con glucocorticoides orales a dosis de 20mg/día. Se realizó laboratorio completo, destacándose una PCR de 8,5 mg/l. Serologías para enfermedades autoinmunes, radiografía de tórax y prueba de Mantoux negativos. Ante una respuesta parcial, se asoció metotrexato 10mg/semanal por vía oral. Concurrió a los dos meses con mejoría del cuadro y normalización de los reactantes de fase aguda, por lo que se inició el descenso paulatino de glucocorticoides.

**Conclusiones:** La MGI o también conocida como mastitis lobular granulomatosa idiopática es una patología de etiología desconocida. Se postula que sería el resultado de una respuesta autoinmune localizada por extravasación de material proteico-lipídico retenido en los ductos mamarios. No se han identificado en forma categórica microorganismos responsables de esta entidad aunque, algunos autores, han relacionado al *Corynebacterium* como agente etiológico de la MGI siendo el subtipo *Corynebacterium kroppenstedtii* el germen más frecuentemente vinculado.

**Palabras Claves:** Mastitis Granulomatosa Glucocorticoides Metotrexato

## 210

**0210 - ROL DE ESTATINAS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Tratamiento

Unidad Temática 2: Oa / Cristales / Osteopatías

ASTESANA, Pablo | ALBA, Paula Beatriz | GOBBI, Carla | FERNANDEZ, Ruth | ALBIERO, Eduardo Horacio | YORIO, Marcelo Augusto

**HOSPITAL CÓRDOBA CÁTEDRA MEDICINA I UNC, ARGENTINA**

**Introducción:** Introducción: La osteoporosis (OP) es la enfermedad ósea metabólica más frecuente caracterizada por baja masa ósea y el deterioro micro arquitectónico del tejido óseo, que aumenta el riesgo de sufrir fracturas. Distintos fármacos fueron aprobados para el tratamiento de la OP. Las estatinas (ES) son fármacos con propiedades pleiotrópicas, con acciones antiinflamatorias, antitrombóticas e inmunoreguladoras. Recientemente algunos investigadores sugirieron su uso en diferentes enfermedades, entre ellas la OP.

**Objetivos:** Objetivo: Determinar el efecto de las ES sobre la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con postmenopáusicas que reciben tratamiento con las mismas.

**Materiales y Métodos:** Material y Métodos: Se estudiaron mujeres postmenopáusicas, con hipercolesterolemia que recibían tratamiento con ES por un periodo no menos a 6 meses asistidos en la Unidad de Reumatología del Hospital Córdoba y Sanatorio Allende de Córdoba durante 2 años. El grupo control fue población postmenopáusica sana. Los criterios de exclusión fueron: Diabetes, tratamiento previo con estrógenos, calcitonina, anabólicos, esteroides, bifosfonatos o vitamina D durante un periodo de 6 meses previo al estudio o con amenorrea menor a 12 meses. Se evaluaron datos de edad, peso y talla (para el cálculo del índice de masa corporal, IMC), antecedentes de fractura y familiares de primer grado con fractura, uso de corticoides, tabaquismo, alcoholismo, ingesta diaria de calcio, sedentarismo así como laboratorio de metabolismo fosforocálcico. Se realizó a todas las pacientes una Densitometría Ósea por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) mediante un equipo Hologic en la cadera derecha y la columna lumbar estadificándolas de acuerdo a la clasificación de la OMS. El análisis estadístico se realizó usando test de Student y Fisher test para variables categóricas. Valores de  $p < 0.05$  serán considerados significativos.

**Resultados:** Resultados: Se incluyeron 202 pacientes en el grupo con ES y 203 en el control. La edad, peso, talla y IMC fueron de 62,54; 69,6; 1,60 y 27,1 en el grupo de ES y de 58,5; 65,7; 1,59 y 26,83 en el grupo control respectivamente ( $p=0,000$ ,  $p=0,001$   $p=0,79$ ,  $p=0,38$ ). No hubo diferencias significativas en los factores de riesgo para OP en ambos grupos. La DMO lumbar promedio fue -0,87 para el grupo ES y de -1,76 para grupo control ( $p=0,000$ ), la DMO promedio cuello fémur fue de -1,15 para el grupo de ES y de -1,56 para control ( $p=0,000$ ), la DMO cadera total fue -0,32 para grupo de ES y de -0,74 para grupo control ( $p=0,001$ ), vitamina D3 fue de 25,57 para grupo de ES y de 27,71 ( $p=0,120$ ).

**Conclusiones:** Conclusión: Las ES pueden mejorar la DMO lumbar, cuello de femur y cadera total en mujeres postmenopáusicas y podrían ser un tratamiento promisorio para la osteoporosis.

**Palabras Claves:** Osteoporosis, Tratamiento. Estatinas

## 211

**0211 - MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

ANTONIOL, María Noelia(1) | FIGUEREDO, Heber Matías(2) | PERANDONES, Carlos E.(1)

**FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI) (1); HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE JUAN D. PERÓN (2)**

**Introducción:** La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna, infrecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por la formación de abscesos y granulomas mamarios. Puede simular carcinoma mamario y otras enfermedades granulomatosas o tumorales de la mama. Su diagnóstico definitivo es histopatológico y no existe consenso respecto a su tratamiento.

**Objetivos:** Describir las variables clínicas, métodos diagnósticos y tratamientos instaurados en una serie de casos de pacientes con mastitis granulomatosa idiopática.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de los pacientes que consultaron por presentar mastitis granulomatosa. En esta serie de casos se evaluaron los datos demográficos, antecedentes, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, los tratamientos utilizados y su respuesta.

**Resultados:** Se detectaron 3 pacientes de sexo femenino con mastitis granulomatosa idiopática, que fueron evaluados en el periodo de 2015-2017. Sus edades al momento de la consulta fueron 30, 31 y 55 años. La presentación clínica más frecuente fue tumor mamario con formación de abscesos e inflamación local. En 2/3 el compromiso mamario fue unilateral. Los síntomas acompañantes fueron fiebre persistente (1/3), eritema nodoso (1/3) y tumor indurado y eritematoso en mejilla derecha (1/3). Ninguna paciente tuvo traumatismo local, lactancia reciente, uso de anticonceptivos actuales, enfermedades granulomatosas sistémicas o infección tuberculosa. Las serologías virales y anticuerpos solicitados fueron negativos en todos los casos. Solo 1 paciente tuvo ANA positivo a títulos bajos. Los cultivos de las 3 biopsias fueron negativo para gérmenes comunes, micobacterias y hongos. El hallazgo histológico más frecuente fue infiltrado inflamatorio mixto y granulomatoso con formación de microabscesos. Todos las pacientes recibieron múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro sin mejoría clínica. Dos pacientes requirieron tratamiento con altas dosis de corticoides y una recibió azatioprina. Dos pacientes requirieron drenaje quirúrgico del absceso mamario, mientras que a la tercera le realizaron cuadrantectomía bilateral y posteriormente mastectomía bilateral. Dos pacientes tuvieron recaídas múltiples a pesar de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Una paciente tuvo remisión sostenida luego del drenaje quirúrgico.

**Conclusiones:** La MGI es una entidad rara, que debe ser tenida en consideración en pacientes con mastitis persistencia de etiología no clara.

**Palabras Claves:** Mastitis Granulomatosa Idiopática

## 212

**0212 - PACIENTE CON DIFICULTAD PROGRESIVA PARA LA MARCHA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

RIQUELME GRANADA, Susan Carolina | ROMÁN, Lourdes | LOSANTO, Jhonatan | YINDE, Yanira | DUARTE, Margarita

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**Introducción:** Las vasculitis ANCA asociadas son patologías que pueden afectar a múltiples órganos de manera simultánea. La afección del sistema nervioso periférico es la forma menos frecuente de presentación, no obstante muchas veces es la primera y única manifestación.

**Resultados:** Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, no conocida portadora de patología de base, con antecedente de lesiones purpúricas en miembros inferiores, que iniciaron posterior a cirugía abdominal programada. Tras 2 semanas del inicio de dichas lesiones la paciente presentó debilidad progresiva y parestesias de los cuatro miembros, acentuándose en los miembros inferiores, sobre todo en el hemicuerpo derecho. Signos vitales normales. Al examen físico llamaba la atención la fuerza muscular global 3/5, lesiones purpúricas, livedo reticularis en ambos miembros inferiores. En electromiografía se constató polineuropatía axonal severa motora y sensitiva de los 4 miembros a leve predominio derecho. Laboratorios: Hb 10,1, Hto 32, Plaquetas 254.000 GB: 10.080 (N 75%, L:25%), VSG: 42mm, PCR + 192, el perfil renal, hepatograma y la orina simple normales, ANCA P + a título alto. Habiendo descartado otras causas de polineuropatía, y la presencia de anticuerpos positivos, recibió 5 bolos de Metil Prednisolona con posterior terapia de inducción con Ciclofosfamida mensual por 6 meses, con posterior mantenimiento con Azatioprina con buena respuesta terapéutica.

**Conclusiones:** La afección neurológica de las vasculitis es una forma infrecuente de presentación, sin embargo puede llegar a ser la única manifestación de la enfermedad. Se trae a colación este caso, en el que la presencia del anticuerpo ANCA P a títulos altos permitió realizar el diagnóstico etiológico de esta polineuropatía y con esto establecer una adecuada terapéutica con franca respuesta a la misma.

**Palabras Claves:** Mononeuritis Múltiple

## 213

**0213 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN DOS CENTROS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA, ARGENTINA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Otros

ALONSO, Carla | GOBBI, Carla | GUINÁZÚ, Francisco | ALBIERO, Juan Alejandro | ALBIERO, Eduardo | ALBA, Paula Beatriz

**HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares poco frecuentes que incluyen Dermatomiositis (DM), Polimiositis (PM), Miopatía Autoinmune Necrosante (MN), síndrome antisintetasa y Miopatía por cuerpos de inclusión (MCI), caracterizadas por debilidad muscular. El diagnóstico se basa en la clínica asociado a los hallazgos en laboratorio, electromiografía (EMG) e histopatología de músculo esquelético.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes en una serie de casos de miopatías inflamatorias de dos centros de la Ciudad de Córdoba.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron el registro informático de pacientes con enfermedad autoinmunes de uno de los centros de referencia creado en 2013 y se realizó simultáneamente una búsqueda en la bases de datos del otro centro de referencia utilizando el Código Internacional de Enfermedades (CIM) buscando pacientes con diagnóstico de Miopatía Inflamatoria. Las historias clínicas de los pacientes hallados fueron evaluadas retrospectivamente. Las características clínicas, bioquímicas y de tratamiento fueron recolectadas en una ficha estandarizada creada para este estudio.

**Resultados:** Se identificaron 16 pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria, se descartaron cuatro por datos incompletos. 5 hombres, 7 mujeres. 7 pacientes presentaron DM, 4 PM, 1 Overlap. Solo A 10/12 se les había realizado biopsia, 2 de los cuales no tenían alteraciones compatibles. La edad al diagnóstico fue de 37,7 años  $\pm$  17,40. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la debilidad proximal (12/12), manifestaciones cutáneas (9/12 pacientes) y disfagia (7/12). 3 casos tuvieron compromiso pulmonar (2 DM y 1 PM), todos con anticuerpos antisintetasa y Anti CADM negativos. 3 ptes tenían EMG, 1 de ellos no compatible con miopatía inflamatoria. RNM se realizó solo a 1 pte (Overlap), se objetivó edema miofibrilar. Todos los pacientes tuvieron elevación de CPK, LDH y enzimas hepáticas. A 11/12 pacientes se les realizó Anti JO-1 que fueron negativos. Anti PL-7 y PL-12 se realizó a 3 pacientes, siendo negativo. Anti MI-2 fue positivo en dos pacientes, ambas mujeres con diagnóstico de DM. Anti CADM fue positivo en un hombre con DM, sin compromiso pulmonar. ANA fue positivo con patrón moteado en 10/12 ptes y negativo en 2 casos. Se realizó screening de malignidad en 7/12 ptes en los que no hubo hallazgos positivos. Los 12 casos alcanzaron la remisión con el tratamiento instaurado. Todos comenzaron el tratamiento con esteroides (en pulsos endovenosos o vía oral). 11/12 ptes además realizaron tratamiento con Metotrexato, y en tercer lugar 4/12 recibieron Azatioprina. 1 paciente refractario a 4 drogas recibió Rituximab con resultados positivos. 6 recibieron 2 drogas en total, 3 pacientes 3 drogas y 3, 4 drogas. 3 pacientes presentaron reacciones adversas al tratamiento (candidiasis esofágica, hepatitis tóxica y NOA de ambas caderas).

**Conclusiones:** Las miopatías inflamatorias son enfermedades poco frecuentes que con tratamiento adecuado pueden alcanzar remisión. En nuestro medio y de acuerdo a los recursos económicos y humanos no es fácil el estudio de estas patologías y es un desafío para el reumatólogo la optimización del tratamiento para evitar las reacciones adversas.

**Palabras Claves:** Miopatía inflamatoria Tratamiento

214

**0214 - GLUCOCORTICOIDES Y ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

BROZOVIC ROMERO, Yocasta | PORTA, Sabrina | MICELLI, Marina | COSENTINO, Vanesa | ARIAS S., Maira | ASTUDILLO C., Valeria | GENOVECE, O. | OTTONE, L. | KERZBERG, E. **HOSPITAL RAMOS MEJÍA**

**Introducción:** Los glucocorticoides (GC) son habitualmente prescritos para el manejo del LES. Se han reportado alteraciones neuropsiquiátricas tanto como manifestación de la enfermedad como también relacionadas con el uso de GC, demostrándose una relación dosis dependiente.

**Objetivos:** Determinar la relación entre déficit de la memoria y corticoterapia en pacientes con diagnóstico de LES.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron 75 pacientes los cuales cumplían al menos 4 criterios ACR/SLICC 2012 para diagnóstico de LES. Se realizó a todos los pacientes valoración de la memoria verbal y visual. Se definió como déficit de memoria una puntuación mayor de 2 SD de la media en los test realizados. Se calculó actividad de la enfermedad mediante SLEDAI, daño acumulado mediante SLICC, y nivel socioeconómico mediante escala de GRAFFAR. Se registró: el tiempo desde el comienzo de los síntomas en meses; la escolaridad en años; la dosis de prednisona VO al momento de la evaluación; la dosis máxima de prednisona VO recibida en los últimos 6 meses; la administración de pulsos EV en los últimos 6 meses; dosis acumulada de GC los 6 meses previos; y el tiempo en meses bajo tratamiento con GC.

	Normal	Deficit de memoria	N
Nº de pacientes	44 (57.7%)	31 (42.3%)	75
Edad en años (mediana)	28 (R=19)	28 (R=15.5)	3.3
Años de escolaridad (mediana)	12 (R=6)	12 (R=5)	0.85
Índice de actividad en meses (mediana)	151 (R=112)	98.5 (R=62.75)	0.85
Gravitar II	12%	21%	0.25
SLEDAI (mediana)	7 (R=4)	7 (R=4)	0.85
SLICC (mediana)	0 (R=0)	0 (R=0)	1
% pacientes que recibieron GC al momento de la evaluación	74.7%	76%	0.967
Dosis de GC en mg VO (mediana)	0 mg (R=7.5)	0.75 mg (R=4)	0.967
% pacientes que recibieron pulsos de metilprednisolona IV 5 meses previos	1.3%	2.7%	1
Dosis de GC acumulada en los 6 meses previos (mediana)	29 mg (R=20)	118 mg (R=228)	3.9
Tiempo de inicio de GC en meses (mediana)	0 (R=5)	12 (R=24.75)	0.868
Tiempo de ser GC en meses (mediana)	1 (R=6)	0 (R=22.25)	0.69

**Resultados:** Se evaluaron 75 pacientes (65 mujeres y 10 hombres) La edad promedio fue 32.3 años (rango: 17 -67 años), 37 eran de origen caucásicos, 21 mestizos, 14 amerindios, 1 asiático, 2 afroamericanos. Los pacientes tenían un SLEDAI (mediana) de 2 (R=4), un SLICC (mediana) de 0 (R=1) una educación promedio de 12 años (SD 3) y 76 meses (mediana) de duración de la enfermedad (R=81,55). Se encontró alteración de la memoria en 45.3% de los pacientes.

**Conclusiones:** El deterioro de la memoria en pacientes con LES fue mayor en aquellos que se encontraban bajo tratamiento con GC VO (p = 0.0005; OR 5,87; IC 95% 1,93-19,98.) La relación fue dependiente de la dosis y del tiempo de administración.

**Palabras Claves:** Glucocorticoides. Alteración de la memoria. Lupus eritematoso sistémico

216

**0216 - DOS GRANDES SIMULADORAS EN UN PACIENTE MASCULINO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

RIQUELME GRANADA, Susan Carolina | ROMÁN, Lourdes | LOSANTO, Jhonatan | OJEDA, Aldo | CABRERA, Sonia | YINDE, Yanira | DUARTE, Margarita

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico es una patología sistémica múltiple, multifactorial, que se traduce en la alteración del sistema inmune, y cuya expresión es más frecuente en las mujeres. En estos pacientes se ve una mayor susceptibilidad a contraer infecciones, incluida la tuberculosis, la que se presenta más frecuentemente en sus formas extrapulmonares en comparación con la población general.

**Resultados:** Caso Clínico: Paciente de sexo masculino, de 62 años de edad conocido portador de Lupus Eritematoso Sistémico diagnosticado en el año 2015 y en tratamiento regular con Azatioprina e Hidroxicloroquina. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de sensación febril de predominio vespertino, astenia, pérdida de peso de 5 Kg, disnea a moderados esfuerzos, tos y expectoración desde el inicio del cuadro. Laboratorios: Presencia de bicitopenia (Glóbulos Blancos: 2000 y Hemoglobina: 8,8 g/dl). Se solicitan marcadores de actividad de la enfermedad de base los cuales retornan dentro del rango normal; cultivos, y estudios de imágenes para descartar proceso infeccioso En la TACAR de tórax se constata imagen sugerente de Tuberculosis miliar, con prueba de esputo para BAAR +, por lo que se inicia terapia antibiótica. Debido a poca mejoría de la anemia se inicia corticoterapia con nula respuesta a la misma. Se realiza PAMO en la que se constata presencia de BAAR en médula ósea, llegando al diagnóstico de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (invasión medular).

**Conclusiones:** Se presenta el caso debido a que los estudios sobre tuberculosis en paciente con LES son escasos, sin haberse establecido aún un protocolo de actuación o manejo. Se presenta además por la importancia de discriminar si las manifestaciones presentadas por el paciente son debidas a la actividad de la enfermedad de base o debido a la presencia de algún proceso infeccioso intercurrente, ya que la conducta terapéutica es francamente diferente.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, Tuberculosis extrapulmonar

215

**0215 - USO DE EULIZUMAB EN UNA PACIENTE CON MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN CONTEXTO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Saf  
ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andres Leonardo | GOMEZ, Ramiro Adrian | LOPEZ MEILLER, Maria José | DUBINSKY, Diana Maria

**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Introducción:** La microangiopatía trombótica (MAT) es una complicación severa del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). No solo esta población presenta mayor incidencia que la población general, sino que conlleva mayor mortalidad que su presentación aislada (34-62% de mortalidad para la asociación). La principal entidad de MAT en LES es la Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT). Su patogenia estaría relacionada con anomalías en ADAMTS-13 (A disintegrin-like and metalloprotease with thrombospondin type 1 motif no. 13), aunque en LES puede desarrollarse sin disminución significativa en su actividad. Esto podría deberse a formación de inhibidores de ADAMTS-13, daño endotelial directo, anticuerpos antifosfolípidos y daño oxidativo por radicales libres.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 28 años con diagnóstico de LES en 2013, FAN+, ADNdc+, hipocomplementemia y fotosensibilidad. Agrega en 2015 compromiso renal, con biopsia compatible con Nefritis Lúpica (NL) IV, realizando inducción con Ciclofosfamida y mantenimiento con Micofenolato, logrando remisión. Presenta en 06/2017, tras suspensión temporal voluntaria de tratamiento, deterioro de función renal (Cr 1.8 mg/dl), hipertensión arterial y sedimento urinario con hematuria y proteinuria. ADNdc (+) e hipocomplementemia (C3 y C4, normales en evaluación previa). Se interpreta reactivación de NL y se indica Metilprednisolona y Ciclofosfamida. Evoluciona con mejoría de parámetros de función renal. En primer control ambulatorio, se objetiva Hto 24%, Plaquetas 88000/mm3, Creatinina 2.15 mg/dl, LDH 1480 UI/L. Frotis de sangre periférica informa esquistocitos 2%, ADNdc (-), hipocomplementemia (C3 y C4). Prueba de Coombs (-). Anticardiolipina IgM(-), IgM/g anti b2gpl-1 (-) e IL (-). Se interna con sospecha de MAT. Se indica plasmaféresis con reposición de plasma fresco, que la paciente rechaza por motivos religiosos. Se envía muestra para determinación de función de ADAMTS-13. Ante caída progresiva de Hto (hasta 16%) y Plaquetas (hasta 16000/mm3) y deterioro de función renal (Cr 2.71 mg/dl), se realiza indica Metilprednisolona 3 gr y nuevo pulso de Ciclofosfamida, sin mejoría. Se indica Rituximab 375 mg/m2 y tras dos ciclos la paciente persiste sin mejoría. Evoluciona con deterioro de la agudeza visual. Fondo de ojo con múltiples exudados algodonosos. Con diagnóstico presuntivo de vitritis, se realiza Tomografía de Coherencia Óptica donde se observa alteración bilateral de capa retiniana, con diagnóstico de coroiditis lúpica vs desprendimiento de epitelio pigmentario en contexto de insuficiencia renal y esteroides en altas dosis. Se posterga realización de angiografía retiniana por deterioro de la función renal. Ante la mala evolución, con diagnósticos de LES activo y MAT concomitante y frente a la negativa reiterada para el uso de plasmaféresis o transfusión de glóbulos rojos y plaquetas, se decide uso de Eculizumab 900 mg por semana. La paciente evoluciona con estabilización de los recuentos de plaquetas, función renal y mejoría del exudado retiniano bilateral. Se obtiene funcionalidad de ADAMTS-13 >100%. Continúa tratamiento a la fecha.

**Resultados:** 1-4% de pacientes con LES pueden desarrollar PTT, que de no ser tratada suele ser fatal. El tratamiento con recambio plasmático ha mejorado la sobrevida un 80-90%. La buena evolución depende del inicio temprano del tratamiento y las recaídas son frecuentes. En casos refractarios, está descrito el uso de Ciclofosfamida, Azatioprina, Gamaglobulina EV y Rituximab. En el Síndrome Urémico Hemolítico Atípico (SUHa) los fenómenos de MAT son consecuencia de disregulación de la vía alternativa del complemento, que puede producirse por mutaciones o polimorfismos que inhiban proteínas reguladoras del complemento o que aumenten proteínas activadoras. El Eculizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que actúa inhibiendo la activación de C5, bloqueando generación de C5a, aprobado para tratamiento de SUH y descrito como droga de rescate en LES refractario en múltiples reportes de caso.

**Conclusiones:** En nuestro caso, desconocemos la respuesta a la terapia plasmática dado que se negó a recibirla. Teniendo funcionalidad de ADAMTS-13 >100%, nos planteamos como posible mecanismo patogénico la disregulación de la vía alternativa del complemento. Este caso revela que eculizumab ha sido efectivo en el tratamiento de MAT en nuestra paciente con diagnóstico de Lupus y MAT. Se necesitan trabajos multicéntricos, randomizados y controlados que evalúen la respuesta a dicho tratamiento.

**Palabras Claves:** Eculizumab, Nefritis lúpica, Microangiopatía Trombótica

217

**0217 - ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3: ¿QUÉ ROL CUMPLEN EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE?**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Tratamiento

SATTLER, María Emilia | CONTE, María Soledad | KISLUK, Boris | BERBOTTO, Leonel | CABAGNA, Georgina | RAGGIO, Juan Carlos | BERBOTTO, Guillermo Ariel

**HOSPITAL ESCUELA EVA PERON, GRANADERO BAIGORRIA**

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune caracterizada por una poliartritis simétrica que dejada a su evolución natural lleva a la pérdida progresiva de la función articular. La amplia variedad de tratamientos disponibles tiene el objetivo general de modular la respuesta inflamatoria para lograr la remisión de la enfermedad, o la mínima actividad posible, evitando las complicaciones subsecuentes. Varios estudios han demostrado que los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega 3 (AGPI-CL omega-3), presentes en pescados y aceites de pescado, regularían los procesos inflamatorios e inmunológicos compitiendo con el ácido araquidónico (AA) en la conversión enzimática a eicosanoides, disminuyendo la síntesis de prostaglandinas de la serie 3 y leucotrienos de la serie 4, pro-inflamatorios; evidenciándose la posibilidad de ahorro de antiinflamatorios no esteroideos.

**Objetivos:** Determinar la relación existente entre la ingesta de suplementos de ACPI-CL omega3 y la actividad de la AR.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio experimental, con distribución aleatoria simple, doble ciego, de una muestra de pacientes con diagnóstico de AR que concurren de manera espontánea y consecutiva al consultorio del servicio de Reumatología de nuestro hospital con el fin de determinar el efecto del consumo de AGPI-CL omega3 en la actividad de la enfermedad. Con una muestra de 60 pacientes, se conformaron dos grupos. Fueron asignados de manera simple y consecutiva. El grupo de estudio recibió AGPI-CL omega3 en dosis de 2 gr/día vía oral, y el grupo control recibió placebo con características idénticas de forma y dosis correspondientes a dos cápsulas por día. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico establecido de artritis reumatoide según criterios de clasificación ACR-EULAR 2010 que quisieran participar libremente del estudio con firma del consentimiento informado. Se excluyeron las pacientes embarazadas, quienes hayan recibido suplemento de AGPI-CL omega3 en los 3 meses previos al inicio del estudio, menores de 18 años y los que no firmaron el consentimiento informado. Para el análisis estadístico se utilizó un análisis de modelos lineales, cálculo de las rectas de regresión para comparar ambos grupos donde se consideró a las variables DAS28 y CDAI al inicio del tratamiento como independientes y las diferencias a los seis meses como variables dependientes. Utilizando los criterios de respuesta EULAR, ambas variables basales se estratificaron en 4 estratos: en remisión, leve, moderada y severa. Con los mismos criterios, las mejorías se clasificaron en: sin respuesta, mejoría leve, moderada y alta. Se llevó a cabo para cada grupo de pacientes un análisis de correlación no paramétrico.

**Resultados:** De la muestra total de 60 pacientes, 50 finalizaron el estudio a los 6 meses. La muestra se conforma por 89% de sexo femenino con un promedio de edad de 51 años. La comparación de las rectas de regresión, según cada grupo, entre DAS28 basal y DAS28 diferencial muestra pendientes iguales y ordenadas al origen distintas con valor p < 0.02. El grupo placebo es el que evidencia mejoría más pronunciada. Hecho el mismo análisis sobre la variable CDAI se obtuvieron resultados análogos en cuanto a pendientes, ordenada al origen y valor p. También en este caso el grupo placebo es el que evidencia mejoría más pronunciada. Se llevó a cabo para cada grupo de pacientes un análisis de correlación no paramétrico. Con un nivel de significación p=0.01 se puede pensar que existe un grado de asociación moderado entre las mediciones iniciales de DAS28 y los niveles de mejorías obtenidos a los seis meses en el grupo placebo. Y para el grupo activo con un nivel de significación p=0.20 no hay evidencia para rechazar la hipótesis de independencia entre las mediciones de los dos variables lo que nos permite concluir que no hay asociación entre ellas (grado de enfermedad inicial y nivel de mejoría). El análisis de correlación no paramétrico para las variables correspondientes al CDAI como en la variable DAS28 nos conduce a pensar que en el caso del grupo placebo existe asociación (p=0.023) y en el caso del grupo activo no existe asociación entre el grado de enfermedad inicial y nivel de mejoría.

**Conclusiones:** De acuerdo a lo expuesto, podemos concluir que la asociación de AGPI-CL omega3 en el tratamiento del grupo de pacientes estudiados no muestra beneficio en la respuesta inflamatoria de la enfermedad. Se reconoce como debilidad el pequeño tamaño muestral que puede conducirnos a conclusiones no acertadas y la posibilidad de fuentes extrañas de variación que afecten el resultado final del trabajo expuesto.

**Palabras Claves:** artritis reumatoide- ácidos grasos omega 3- actividad de enfermedad

# 218

## 0218 - CUESTIONARIO DE PESQUISA DE DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps  
SOMMERFLECK, Fernando Andrés(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(2) | DUARTE, Vanesa(3) | LLOVES, Nicolás(3) | SCHNEEBERGER, Emile Edith(1) | CITERA, Gustavo(1)  
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL SR DEL MILAGRO (2); HOSPITAL RIVADAVIA (3)

**Introducción:** El dolor lumbar crónico (DLC) afecta a un alto porcentaje de la población general, y alrededor del 5% se debe a Espondiloartritis (Esp). Si consideramos el subgrupo que se presenta como DLC inflamatorio (DLI), hasta un 14% es atribuible a Esp. Identificar los pacientes con DLI es clave para una correcta derivación para diagnóstico y tratamiento precoz.

**Objetivos:** Validar un cuestionario de 8 preguntas para pesquisa de DLI en pacientes con DLC que hayan iniciado antes de los 45 años con el mismo.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron individuos mayores de 18 años, que consultaban de forma espontánea o por referencia de otros médicos por presencia de DLC con inicio del mismo antes de los 45 años. A cada paciente se le consignaron datos socio-demográficos, examen físico (maniobras sacroiliacas), clinimetría (escalas visuales análogas de dolor, dolor nocturno y rigidez de 0-100 mm). Todos los pacientes fueron interrogados para la presencia o no de síntomas asociados a alguno de los 3 criterios de DLI (ASAS, Calin, Berlin). Los pacientes fueron divididos en DLI o no DLI según cumplieran o no alguno de los 3 criterios. Todos completaron un cuestionario de 8 preguntas dicotómicas (denominado ELISAR) en forma diferida. Dicho cuestionario fue previamente diseñado, seleccionando las preguntas más relevantes según expertos, para definir DLI. Su puntaje tiene un rango de 0-10. Estadística - Las variables continuas se expresaron en medianas y rango intercuartílico (RIC) y las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se aplicó Test T o Mann Whitney para variables continuas dependiendo de la distribución de las mismas y Chi cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas según correspondiera. Se evaluó la prevalencia de DLI en pacientes con DLC. Se analizaron los pacientes dividiéndolos en dos grupos, aquellos que cumplían algún criterio de DLI y aquellos que no cumplían ninguno. Se compararon los puntajes medios del auto-cuestionario administrado, y se confeccionaron curvas ROC a fines de evaluar, área bajo la curva (ABC), sensibilidad y especificidad del mismo y probables puntos de corte tomando como criterio estándar de oro al de expertos del grupo ASAS.

**Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes, 37 (53.6) de sexo masculino, edad mediana de 41 años (RIC: 31.5-45), tiempo de evolución de la lumbalgia en meses de 23.5 (RIC: 11.2-69.5), 36 (52.2) concuerdan por demanda espontánea. Cumplieron algún criterio de DLI 53 (77.9) pacientes, 27 (39.7) ASAS, 34 (50) Calin, 50 (73.5) Berlin. Al analizar cuantos criterios cumplieran, 18 (26.5) cumplieron 1 criterio, 12 (17.6) 2 y 23 (33.8) 3 criterios. La mediana de puntaje de ELISAR fue 5 (RIC 3-6), y fue significativamente mayor en aquellos que cumplían al menos un criterio de DLI (4.8 vs 3.2, p = 0.003), y aun más en si cumplían el criterio ASAS (5.5 vs 3.8, p < 0.0001). Al confeccionar curvas ROC tomando como variable de estado el cumplimiento de al menos un criterio de DLI, se halló un ABC 0.74, y un punto de corte de 3.5 determinó una sensibilidad del 69% y una especificidad de 67%. Al tomar como variable de estado el cumplimiento o no de los criterios ASAS, el ABC fue de 0.75, y el corte de 3.5 tuvo una sensibilidad de 88% y una especificidad de 57%, y un corte de 4.5 una sensibilidad de 74% y una especificidad de 64%.

**Conclusiones:** El cuestionario ELISAR podría ser útil para pesquisa de DLI en pacientes con DLC que hayan iniciado la enfermedad antes de los 45 años. Si bien el ABC fue buena, la sensibilidad, con un punto de corte de 3.5 fue alta únicamente tomando los criterios ASAS como variable de estado.

**Palabras Claves:** Dolor lumbar inflamatorio cuestionarios

# 219

## 0219 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA SIMULANDO ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr  
IVANOFF, Hever | PORTILLA, Yovanni | GOMEZ, Ramiro | BERON, Ana Maria | PINO, Maria | DUBINSKY, Diana  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por vasculitis de vasos pequeños y medianos. Comprenden la Poliangeitis con Granulomatosis (GPA), la Poliangeitis con Granulomatosis eosinofílica (EGPA) y la poliangeitis microscópica (PM). La Arteritis de Células Gigantes (ACG) es una vasculitis de vasos grandes y medianos que afecta adultos mayores. Es frecuente la presencia de síntomas sistémicos y el compromiso de las ramas craneales de los grandes vasos. El compromiso de vasos craneales por VAA es excepcional y es importante discriminarlas por presentar diferente tratamiento y pronóstico.

**Objetivos:** Comentar un caso clínico con presentación atípica de vasculitis ANCA simulando arteritis de células gigantes para actualizar el tema.

**Materiales y Métodos:** CASO CLÍNICO: Mujer de 83 años con HTA, DBT, úlcera duodenal, ex tabaquista. Inicia con otalgia izquierda sin hipoacusia ni secreción, fiebre (39°C) nocturna, pérdida de peso y cefalea hemisferiana izquierda con hipersensibilidad de cuero cabelludo. Fue evaluada en otro centro donde se interpreta otitis y realiza tratamiento antibiótico. Tras dos semanas, por persistencia de síntomas, se interna en nuestro hospital. Al examen: dolor a la palpación de arteria temporal izquierda e hipersensibilidad en cuero cabelludo, adenopatía cervical anterior izquierda dolorosa, duro elástica, móvil y no adherida a planos profundos, parotidomegalia bilateral y disestesias en hemicuero derecho a predominio de MMII con reflejos osteotendinosos conservados. VSG 105 mm/h, PCR 14, 5 mg/dl, LDH 356 U/l, proteínas totales 5.5 gr/dl, albúmina 2.38 g/dl. Latex AR >666, aCCP (-), FAN (-), Sm (-), Ro (-), La (-), VDRL (-), C3 81mg/dl, C4 3 mg/dl, IgM/G EBV (-), IgM/G CMV (-), HVB (-), HCV (-), HIV (-), Crioglobulinas (-), B 2 microglobulina 3.2mg/dl, PPD (-), Hemocultivos (-), ecografía abdominal normal, ecocardiograma normal. Ecodoppler de arteria temporal sin signo del halo. TAC de tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural bilateral y pequeña consolidación pseudonodular de 11 mm en segmento lateral del lóbulo medio derecho, sin adenomegalias. PET: hipercaptación de parótidas, suprarrenales y pleura derecha. Con diagnóstico presuntivo de metastomatosis vs linfoma, se realiza toracotomía que informa múltiples adherencia sin evidencia de neoplasia en histología por congelación. Se realiza biopsia de arteria temporal: moderada fibrosis intimal, infiltración inflamatoria de linfocitos, histiocitos y aislados polimorfoculares, compromiso focal de la capa adventicia y capa elástica fragmentada por sectores. Se informa como arteritis temporal sin células gigantes. La paciente experimenta las disestesias con afectación de 4 miembros. EMG: mononeuritis múltiple aguda y subaguda. PR3 (+) en altos títulos y sedimento de orina: 8-10 hematies/campo, 80% dismórficos, sin proteinuria. Biopsia diferida de pulmón informa vasculitis necrotizante con formación de granulomas. Se interpreta GPA con compromiso pulmonar, renal y de SNP y se inicia tratamiento con Metilprednisolona y Ciclofosfamida, con buena respuesta clínica a la fecha.

**Resultados:** Nuestra paciente se presenta con un cuadro clínico compatible con Polimialgia Reumática y ACG (criterios clasificatorios para ACR 1990). No obstante, los hallazgos atípicos en la biopsia de arteria temporal llevaron a plantear otros diagnósticos. En búsqueda de neoplasia, mandatorio en PMR/ACG, se encuentra nódulo pulmonar cuya anatomía patológica muestra diagnóstico de vasculitis necrotizante. Con PR3 (+), EMG con patrón neuropático y compromiso renal glomerular se confirma VAA probablemente GPA. El compromiso de arterias temporales en otras vasculitis no ACG es excepcional, pero está reportado en VAA y vasculitis crioglobulinémica.

**Conclusiones:** Si bien las vasculitis son un espectro continuo y la afectación no está limitada a un único tipo de vaso en cada una, la presentación de este caso no fue típica. Es importante mantener siempre un alto índice de sospecha e indagar otras características de las enfermedades cuando los hallazgos son atípicos.

**Palabras Claves:** vasculitis asociadas a ANCA Poliangeitis con Granulomatosis Arteritis de Células Gigantes

# 220

## 0220 - ANÁLISIS DE LA HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr  
GARCÍA, Lucía | PENA, Claudia Elizabeth | AGUILA MALDONADO, Rodrigo | COSTI, Ana Carolina | TESTI, Adriana Carina | GARCÍA, Mercedes Argentina  
HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA

**Introducción:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación seria de las Vasculitis asociadas a ANCA (VAA). Su presentación clínica es inespecífica y el tratamiento debe instaurarse de forma precoz. La mortalidad varía entre las diferentes series debido a la heterogeneidad de la enfermedad, los pacientes y los tratamientos. No hay estudios que comparen la morbi-mortalidad entre los pacientes con VAA con y sin HAD. Nuestra hipótesis plantea que la HAD es un factor de mal pronóstico que aumenta la mortalidad en los pacientes con VAA.

**Objetivos:** Comparar las manifestaciones clínicas, analíticas, inmunológicas y la morbi-mortalidad de los pacientes con VAA que presentaron HAD con aquellos que no la presentaron.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Se incluyeron 90 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA que reunían criterios de Clasificación ACR 1990 o según nomenclatura de Chapel Hill Consensus Conference 2012 evaluados entre los años 2000-2017. La muestra se dividió en dos grupos según la presencia (Grupo 1) o ausencia (Grupo 2) de HAD en el transcurso de la enfermedad. Los datos demográficos que se compararon fueron sexo, tipo de vasculitis y edad al diagnóstico; de laboratorio se analizó hemograma, creatinina y anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) que se determinaron por Inmunofluorescencia y/o ELISA. Se analizó en cada grupo si presentaron compromiso renal, neurológico, mucocutáneo, articular, otorrinolaringológico (ORL), cardiológico, oftalmológico, general y la necesidad de hemodíalisis. Se comparó la actividad de la enfermedad al inicio evaluada por Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), el pronóstico con Five Factor Score (FFS) y la mortalidad. Para el análisis de variables cuantitativas y cualitativas se utilizó el test de Student o Mann Whitney y Test de Chi cuadrado o Test exacto de Fisher según correspondiera respectivamente. Se incluyeron en un modelo de regresión logística para evaluar independencia de las mismas. Se consideró significativa una p < 0.05. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

	HAD si n=23 (26.6%)	HAD no n=67 (73.4%)	p valor	OR (IC95%)
Sexo Masculino	16 (69.5%)	24 (35.8%)	0.011	3.00 (1.30-4.35)
SVAS Inicio	17 puntos	19 puntos	0.908	
FFS Inicio	1 punto	0 puntos	<0.001	
ANCA	21 (87.9%)	30 (45.9%)	<0.001	8.40 (2.28-30.51)
Compromiso mucocutáneo	1 (4.3%)	19 (28.4%)	0.048	0.11 (0.01-2.93)
Compromiso ORL	7 (30.4%)	35 (52.1%)	0.046	0.36 (0.13-1.00)
Compromiso Neurológico	4 (17.4%)	31 (47.8%)	0.009	0.22 (0.07-0.73)
Compromiso Renal	24 (100%)	31 (47.8%)	<0.001	1.70 (1.49-2.23)
DBMT	13 (56.5%)	12 (18.2%)	0.001	5.31 (0.92-31.71)
Orléans	6 (26.3%)	4 (6.1%)	0.003	6.00 (1.49-27.35)
Mortalidad	5 (22%)	12 (18%)	0.808	1.05 (0.33-4.44)

**Resultados:** El grupo 1 incluyó 24 pacientes (66.6% de sexo masculino, mediana de edad al debut de la enfermedad de 54 años (IQR 34.75-64). El tipo de vasculitis que predominó fue la Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) 54.2%. La mediana de BVAS de inicio fue de 21 puntos y FFS de 1 punto. El grupo 2 incluyó 67 pacientes (66.4% de sexo masculino, mediana de edad de 52 años (IQR 42.5-

60.5). Un 45.5% presentó GPA. El BVAS de inicio fue de 17 puntos y el FFS de 0 puntos. La tabla 1 resume datos demográficos, de laboratorio, clínicos y mortalidad de los pacientes con y sin HAD. Cuando se incluyen las variables dentro de un modelo de regresión logística solo se ve asociación estadísticamente significativa el sexo masculino (p: 0.017 OR: 6.08 IC95%: 1.37-26.92).

**Conclusiones:** El sexo masculino, la anemia y la insuficiencia renal son variables que se asociaron a mayor chance de desarrollo de HAD aunque en el análisis multivariado solo persistió significativamente asociada la variable sexo masculino. Los pacientes que presentaron compromiso ORL, neurológico y mucocutáneo tuvieron menos chances que los no expuestos a presentar HAD. También se asociaron significativamente con esta complicación tener mayor actividad medida por BVAS y score FFS. Si bien la HAD es causa de mayor morbilidad por su asociación con el compromiso renal y el requerimiento de hemodíalisis no se vio asociada a un aumento de la mortalidad, coincidiendo con el score pronostico "Five factor score" que no incluye a la HAD dentro de sus parámetros. Es necesario aumentar el tamaño muestral para poder determinar otras asociaciones. Estos resultados rechazan nuestra hipótesis acerca del valor pronóstico de la HAD en las VAA.

**Palabras Claves:** VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA MORTALIDAD

# 221

## 0221 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE ANTI-CCP EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps  
ARIAS SAAVEDRA, Maira Alejandra(1) | GOYMIL, Virginia(1) | COSENTINO, Vanesa(1) | TOIBARO, Javier(1) | PORTA, Sabrina(1) | MUÑOZ, Alejandro(1) | KÖLLIKER, Rodolfo(1) | ASTUDILLO, Valeria(1) | ZELAYA, David(1) | MATELLAN, Carla(1) | PAPASIDERO, Silvia(2) | SANTA CRUZ, María Julia(2) | GARCÍA, Lucía(3) | AGUILA MALDONADO, Rodrigo(3) | GONZÁLEZ, Paula(4) | CAPOZZI, Nieves(4) | MALDONADO FICCO, Hernán(5) | KERZBERG, Eduardo(1)

HOSPITAL RAMOS MEJÍA (1); HOSPITAL TORNU (2); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (3); HOSPITAL POSADAS (4); GESAR ARTRITIS PSORIASICA (5)

**Introducción:** Si bien la presencia de anticuerpos anti-peptidos cíclicos citrulinados (Anti-CCp) es un conocido factor de mal pronóstico en pacientes con Artritis Reumatoidea, su comportamiento en aquellos con diagnóstico de Artritis psoriasisica (APs) es controvertido.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre la presencia de anticuerpos anti-CCp y las características clínicas en una cohorte de pacientes con APs.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes de cuatro centros de Capital y Provincia de Buenos Aires, con diagnóstico de APs según los criterios de clasificación CASPAR. Se recolectaron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (duración de la enfermedad en años, patrón de compromiso articular, dactilitis, entesitis, DAS 28, HAQ, hallazgos radiológicos), de laboratorio (FR y Anti-CCp) y la presencia de tabaquismo.

	Anti CCP Positivos 11,9% (11)	Anti CCP Negativos 87,12% (87)	OR (IC 95%)	p
Poliartritis % (n)	57,5% (5)	39,1% (34)	2,32 (0,67-6,13)	0,20
Oligoartritis % (n)	25,7% (2)	40,2% (40)	0,21 (0,26-1,93)	0,40
Comp. ODF % (n)	28,8% (3)	0% (0)	75 (2,7-1400)	0,002
Entesitis % (n)	64,3% (6)	31,7% (49)	1,65 (0,50-4,98)	0,40
DAS 28 % (n)	42,9% (4)	36,8% (32)	0,78 (0,25-2,32)	0,62
HAQ % (n)	57,5% (5)	17,3% (15)	1,18 (0,18-7,4)	0,10
DMR % (n)	85,7% (8)	83,1% (81)	0,33 (0,06-1,65)	0,16
Biologicos % (n)	23,4% (2)	37,9% (33)	0,49 (0,12-1,75)	0,27
FR % (n)	35,7% (3)	97,7% (85)	56 (11-394)	0,000
Tabaquismo % (n)	24,4% (2)	10,4% (10)	1,31 (0,25-6,31)	0,67

**Resultados:** En una cohorte de 101 pacientes, con una media de edad de 53,6 años, el 64,3% corresponde al sexo femenino y la duración media de la enfermedad es de 10 años. Presentaron compromiso oligoartricular el 46,5%, poliarticular 41,6%, axial 7,9%, monoarticular 5,9%, compromiso de interfalángicas distales 4% y artritis mutilante 1%.

**Conclusiones:** De acuerdo a lo reportado en la literatura, en esta cohorte se confirmó la baja frecuencia de anticuerpos Anti-CCp en pacientes con APs, detectándose en 14 de 101 (13,9%) pacientes. En nuestro estudio observamos una asociación significativa entre la presencia de Anti-CCp y el compromiso interfalángico distal, al igual que la presencia de Factor Reumatoideo. A diferencia de otras series, se evaluó la relación con Tabaquismo, pero no observamos diferencias, hecho que se repitió en el resto de las características, sin embargo el tamaño de la muestra puede no ser suficiente para detectarlas. Es necesaria más información para determinar los factores asociados a la presencia de Anti-CCp en los pacientes con APs.

222

**0222 - DESCRIPCIÓN PRELIMINAR DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA AUTOINMUNE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

GOMEZ, Ramiro Adrian | BRAILLARD POCARD, A | PINO, M | DUBINSKY, D  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias autoinmunes (MIA) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan el músculo y otros órganos. Comprende la Dermatomiositis (DM), DM clínicamente amiópática (CADM), Polimiositis (PM), síndrome antisintetasa (SAS), miositis por cuerpos de inclusión (MCI) y Miopatía Necrotizante Autoinmune (MNA).

**Objetivos:** Describir las características de pacientes con MIA seguidos en nuestro centro.

	n	%	n	%	p†
ADNdc	6	50	41	51,25	0,10
Liponcomplementemia	5	41,66	37	46,25	0,23
Cutáneo	6	50	45	56,25	0,01
Articular	8	66,66	55	68,75	0,00
Neuropatoma	3	25	19	24,38	0,17
Cardiológico	3	25	10	12,5	0,54
Renal	4	33,33	38	47,5	0,14
Neuroquirúrgico	3	25	8	10	0,39
Oftalmológico	1	8,33	6	7,5	0,96
Gastrointestinal	1	8,33	6	7,5	0,83
Vascular	1	8,33	10	12,5	0,78
Hormonal	1	8,33	7	8,75	0,77
Hematológico	3	41,66	31	38,7	0,22
Nefritis por biopsia	1	33,33	36	45	0,22

**Materiales y****Métodos:** Estudio

descriptivo, observacional, transversal. Se analizó la base de datos de consultorio externo y los registros de laboratorio, identificando pacientes con diagnóstico de miopatía, evaluados en los últimos 10 años. Se incluyeron aquellos con diagnóstico de MIA y se excluyeron otras miopatías. Se analizaron datos demográficos, clasificación clínica de la enfermedad, superposición con otras enfermedades del tejido conectivo, tiempo de evolución de la enfermedad, retraso diagnóstico, curso de la enfermedad, exposición a estatinas previo al inicio de MIA, síntomas al inicio y seguimiento, tratamientos recibidos, enzimas musculares (CPK, Aldolasa), capilaroscopia,

electromiograma (EMG), resonancia magnética (RMN) de músculo y anticuerpos (FAN, Ro, RNP, Jo-1, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Mi-2, MDA-5, NXP-2, TIF-1-g, KU y SRP).

**Resultados:** 40 pacientes fueron incluidos en este registro, 33 en seguimiento actual (3 fallecidos, 4 pérdida de seguimiento), 27/40 mujeres (67.5%), promedio de edad 48.3 (20-78) años, promedio de tiempo de evolución 3,82 (0-22) años. Promedio de tiempo desde inicio de síntomas a diagnóstico 8,56 (1-72) meses. Etnia: Caucásico 2,5% (1/40), Mestizo 80% (32/40), Amerindio 12,5% (5/40), Afrodescendiente 2,5% (1/40) y otros 2,5% (1/40). Tipo de miopatía: DM 42,5% (17/40), PM 45% (18/40), CADM 5% (2/40), SAS 7,5% (3/40), MNA y MCI 0% (0/40). Presentaron superposición 37,5% (17/40) (algunos pacientes más de una): Lupus Eritematoso Sistémico 6, Esclerosis sistémica 8, Artritis Reumatoidea 2, Otras 4. Curso de miopatía: Monofásico 40% (16/40), polifásico 30% (12/40) y continuo

30% (12/40). Se registraron tres neoplasias en 2/40 pacientes, dos cánceres de mama y un cáncer laríngeo. Solo un paciente tuvo exposición a estatinas previo a MIA. Presentaron enzimas aumentadas durante el curso de la enfermedad 33/40 pacientes (82,5%). Se contó con Capilaroscopia en 26/40 pacientes: Normal 1, Inespecífico 3 y Patrón SD 22. Tenían EMG 23/40 pacientes: 6 normal y 17 miofático. Se contó con 7 RMN: 4 mostraron hallazgos patológicos. Se muestran los anticuerpos hallados en la tabla 1: Se muestran los síntomas al inicio y acumulados durante la evolución en la tabla 2: Se muestra el tratamiento actual y el recibido acumulado durante la evolución en la tabla 3:

**Conclusiones:** Observamos en nuestra población un predominio de sexo femenino y una predominancia de etnia mestiza, acorde a la población de nuestro hospital. La distribución de DM y PM fue similar, acaparando la mayoría de los casos. La mayoría de los pacientes que presentaron superposición con otra enfermedad del tejido conectivo fueron clasificados como PM y la superposición más frecuente fue con esclerosis sistémica. Se observaron pocas neoplasias y todas ocurrieron en pacientes con anticuerpos asociados a MIA y neoplasia (NXP-2 y TIF-1). Un paciente presentó neoplasia previo al diagnóstico de DM y desarrolló una segunda neoplasia con posterioridad al mismo y el otro paciente presentó DM luego del diagnóstico de la neoplasia. La mayoría de los pacientes presentaron FAN (+) y enzimas musculares aumentadas, concidentes con las series clásicas de MIA1. El anticuerpo específico de miositis más frecuentemente detectado fue Jo-1, seguido por Mi-2. Una alta proporción de pacientes presentaron anticuerpos asociados a miositis, no obstante, se encontró menor frecuencia de Jo-1 respecto a la reportada en series internacionales. Las manifestaciones más frecuentes al inicio fueron debilidad muscular, compromiso cutáneo, fenómeno de Raynaud y artritis. Las manifestaciones que más aumentaron durante la evolución fueron compromiso intersticial y calcinosis. Casi todos los pacientes recibieron tratamiento esteroideo en el transcurso de su enfermedad y casi la mitad recibió alguna droga ahorradora durante dicho lapso.

**Palabras Claves:** Miopatía Inflamatoria Autoinmune

223

**0223 - COEXISTENCIA DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA Y VASCULITIS ANCA ASOCIADA EN UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL Y HEMORRAGIA ALVEOLAR. HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTÍN", UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr

MORRISON MANTILLA, Eduardo David | GOMEZ, Ramiro Adrian | LOPEZ MEILLER, María José | PINO, María | DUBINSKY, Diana | MARINO, Diego Andrés

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE SAN MARTIN"**

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) son un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por vasculitis de vasos pequeños y medianos. Los síndromes de microangiopatía trombótica (MAT) presentan características clínicas (anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño orgánico) y patológicas similares (daño vascular por trombosis arterial y capilar, con anomalías en el endotelio y la pared vascular). Incluyen: Púrpura trombocitopenia trombótica (PTT), Síndrome urémico hemolítico (SUH típico y atípico), toxicidad por drogas, hipertensión maligna, embarazo y enfermedades autoinmunes. La asociación de estas dos entidades, MAT y vasculitis asociada a ANCA ha sido infrecuentemente reportada.

**Materiales y Métodos:** CASO CLÍNICO

**Resultados:** Mujer de 63 años, ac hipotiroidismo. Internación por vómitos, intolerancia vía oral, fiebre, disminución del ritmo diurno, confusión 24 hs previas y pérdida de 20 kg en los últimos meses. Ingresó hipertensa (180/100), palidez cutánea mucosa, petequias en paladar y flapping. Laboratorio de ingreso: Hto 22%, Plaquetas 66000/mm<sup>3</sup>, Urea 378 mg/dl, Creatinina 25 mg/dl, Potasio 6,7 mEq/l, pH 7,13, HCO<sub>3</sub>- 11,3 mEq/l con un EB -16. Se inicia diálisis de urgencia. Sedimento urinario informa proteínas +++++, campo cubierto de hemates, 20% dismórficos. LDH aumentada x2. Frotis de sangre periférica: reticulocitos aumentados y esquistocitos 1%. PAMO sin infiltración medular. Se interpreta MAT y ante la imposibilidad técnica de realizar plasmaféresis, se administra plasma 15 ml/kg/día por 2 días. Evolución con insuficiencia respiratoria y hemoptisis en contexto de KPTT >180° post diálisis, requerimiento de soporte ventilatorio mecánico. Radiografía de tórax: infiltrado parcheado bilateral y BAL con sangrado en diferentes bronquios, confirmando hemorragia alveolar. Por vasculitis asociada a ANCA inicia MP 1000 mg EV x3, plasmaféresis 10 sesiones y ciclofosfamida 500mg. ANCA-p (+), MPO (+), PR3 (-), (+) anticardiolipina IgM/IgG (+), b2gip-1 IgM/IgG (-), FAN 1/80 moteado, ADNdc (+), Ro (+) débil, C3 y C4 bajos. Actividad de ADAMTS-13 100% (VN >70%). Biopsia renal: 13 glomerulos, 4 en oblia y restantes con proliferación extracapilar difusa con semilunas circunferenciales celulares y fibrocelulares que colapsan capilares. Injuria tubular aguda. Leve atrofia tubular y fibrosis intersticial (20%). Arteriolas con lúmenes ocultos por hiperplasia intimal concéntrica, hialinosis intimal e hipertrofia medial. Rama arterial con fibrosis intimal. Se interpreta MAT en contexto de vasculitis ANCA asociada y continúa tratamiento con Ciclofosfamida EV y diálisis trisemanal, evolución favorablemente.

**Conclusiones:** El curso clínico y la concomitancia de dos probables mecanismos patológicos nos presentaron dilemas diagnósticos. Al ingreso se interpretó como un síndrome MAT. Posibles etiologías: PTT (deficiencia ADAMTS 13, hereditaria o adquirida por la presencia de ac) SUH atípico (SUHa) mediado por complemento por activación incontrolada de la vía alterna o por la presencia de ac-anti factor H. La presencia de esquistocitos, plaquetopenia, compromiso renal y los hallazgos de MAT en la biopsia renal nos llevó a considerar el diagnóstico de SUHa. La alteración genética silente en el sistema de complemento puede manifestarse en el contexto del daño celular endotelial que puede estar determinado por factores ambientales, drogas, infecciones, embarazo o inflamación endotelial provocada por vasculitis. La hipocomplementemia podría corresponder a la activación descontrolada de la vía alterna del complemento por mutaciones del gen del factor H o por anticuerpos anti H que pueden desencadenar una glomerulonefritis membranosa proliferativa. Frente a insuficiencia respiratoria y hemoptisis se plantearon diferentes mecanismos patogénicos: urea elevada, diálisis con heparina, sobrecarga de volumen post-infusión de plasma. La caída del Hto, la hemorragia bronquial y ANCA + con MPO+, llevaron a contemplar un mecanismo vasculítico. Se han propuesto los siguientes mecanismos inmunes que provocan daño glomerular: presencia de inmunocomplejos circulantes, anticuerpos contra antígenos glomerulares y daño endotelial inducido por ANCA. Ocasionalmente, se encuentra coexistencia de diferentes mecanismos inmunomediados que explican la disfunción renal. Nuestro caso demuestra la importancia de identificar la coexistencia de desórdenes sistémicos como vasculitis asociadas a ANCA y MAT.

224

**0224 - DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE POLIANGEITIS MICROSCÓPICA CON COMPROMISO RENAL**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

SMICHOVSKI, Andrea M. | ROMEO, Cecilia Beatriz | CAPUTO, Victor | RIVERO, Estela | CASADO, Gustavo Christian

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

**Introducción:** La PAM (Poliangeitis microscópica) es una vasculitis necrotizante sistémica con escasos depósitos inmunes (pauciinmunes), que afecta pequeños vasos, fundamentalmente glomerulares y, en ocasiones, capilares pulmonares. La etiología es desconocida y se encuentra comúnmente asociada a ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos). El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia, la positividad de los ANCA y la ausencia de granulomas o asma. Los hallazgos anatomopatológicos en el riñón están determinados por el tiempo transcurrido entre el inicio del compromiso, el diagnóstico y la biopsia, así como el grado de disfunción renal está relacionado con el tiempo hasta obtener el diagnóstico. El tratamiento requiere corticoides en altas dosis y terapia inmunosupresora lo más tempranamente posible para evitar, sobre todo, el daño renal irreversible que caracteriza a la mayoría de los casos

**Objetivos:** Describir una forma de presentación y evolución no típica de una Poliangeitis microscópica.

**Materiales y Métodos:** Presentamos un paciente de 62 años con diagnóstico temprano de PAM en el que el compromiso renal se presenta durante el tratamiento con dexametasona y cuya biopsia muestra características de afectación en estadios muy tempranos, a diferencia de lo que suele observarse habitualmente, evolucionando con recuperación de la función renal normal gracias al tratamiento inmunosupresor agresivo temprano.

**Resultados:** Paciente masculino que se presenta con fiebre de 1 mes de evolución asociada a artritis, astenia, adinamia, sudoración nocturna y púrpura palpable y se interna con sospecha clínica de vasculitis sistémica. En los exámenes complementarios de ingreso presentaba como datos positivos: elevación de VSG y PCR y patrón emfisematoso en Tomografía Computada Helicoidal (TCH) de tórax. Se indica al ingreso tratamiento con dexametasona 8 mg/día intercurriendo a las 72 hs con dolor abdominal a la palpación superficial y profunda, asociado a un episodio de vómitos biliosos y proctorragia, agregándose edema en miembros inferiores e HTA. Se realiza TCH de abdomen y pelvis que evidencia escasa cantidad de líquido libre de disposición intersticial y en fondo de saco de Douglas (FSD) y un engrosamiento de las paredes del yeyuno-íleon con edema submucoso de disposición sectorial. En el Laboratorio presenta deterioro de la función renal, leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas x2 e hipoalbuminemia. Se indican pulsos de Metilprednisolona endovenosa 1 gr/día durante 3 días consecutivos. El paciente presentó incremento del edema de miembros inferiores, aumento de peso y proteinuria de 24 hs de 10,11 gr. Se realizan Biopsias de piel y de Riñón (PBR). En los días siguientes se reciben: ANCA C: + 1/50 y PR3: 21,2 mg/dl.

**Conclusiones:** Las Vasculitis sistémicas constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico. El caso de Poliangeitis microscópica presentado refuerza la importancia de la sospecha diagnóstica temprana y del inicio precoz del tratamiento, empírico en un principio, para evitar la evolución rápida que habitualmente caracteriza a esta entidad.

**Palabras Claves:** vasculitis; poliangeitis microscópica

225

0225 - CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE LUPUS DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO DE SUS NIVELES DE COMPLEMENTO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

ROA PÉREZ, Luis Orlando | LEAL, S | SAPAG, S | SEEWALD, A | GÓMEZ, R | DUBINSKY, D

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** El LES es una enfermedad autoinmune que puede resultar de la interacción de factores genéticos, hormonales y ambientales. Gran parte de las manifestaciones clínicas en el LES están mediadas por el depósito de inmunocomplejos que conducen a la activación del complemento, y consecuente inflamación y daño tisular. Con base en esta característica patogénica, diversos componentes del complemento han sido evaluados como marcadores de actividad. Considerando relevante la información que brindan las cohortes, y teniendo en cuenta que las mismas en LES han permitido un mejor conocimiento de la enfermedad; se evaluaron los pacientes atendidos en la división de reumatología del Hospital de Clínicas José de San Martín con el fin de caracterizar la población atendida a la fecha y correlacionar datos clínicos y paracrínicos con el comportamiento escalonado del complemento.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y serológicas en una cohorte de lupus eritematoso sistémico, de acuerdo al comportamiento de los niveles de complemento, y comparar estos hallazgos con la población GladeL

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico de corte transversal. Analizamos nuestra base de datos de LES. Los pacientes fueron evaluados desde enero/14 hasta agosto/16 cumpliendo con los criterios de clasificación (SLICC 2012/ACR1997), incluyendo para análisis pacientes con seguimiento clínico y paracrínicos mínimo de un año. Se registró actividad por SELENA/SLEDAI y cronicidad por criterios SLICC. Se configuraron 4 grupos de pacientes así: Grupo 1 (C3 - C4 normal): Reporte de C3 y C4 siempre normales. Grupo 2 (C3 - C4 bajo): Reporte de C3 y C4 siempre bajos. Grupo 3 (C4 bajo): Reporte de C4 bajo; con valores normales de C3. Grupo 4 (C bajo variable): Al menos un registro de complemento bajo con los demás normales.

**Resultados:** 149 pacientes fueron incluidos, 95,3% género femenino, tiempo acumulado de enfermedad en años de 9,72; con una media en años al diagnóstico de 30,62 (IC: 28,5 - 32,8) solo hallando en el grupo 1 una edad media al diagnóstico mayor: 32,19. Clínicamente se encontró bajo porcentaje de alopecia (15,4%), Raynaud (8,7%) y lesiones discoides (6,0%), con igual frecuencia en el análisis por subgrupos de complemento. Compromiso renal (por biopsia) se evidenció en un 42,3%, encontrando en el G-3: 78,6%, siendo estadísticamente significativa esta diferencia (p: 0002); baja frecuencia de linfopenia, leucopenia y trombocitopenia (28,9%, 27,5%, y 14,8% respectivamente); sin variaciones cuando se compara por grupos de complemento. Al evaluar las características serológicas de nuestra población el 98,7% (147/149) presentaron FAN; 42,3% (63/149) anti DNA; 35,4% (35/99) anti Sm; 42,4% (42/99) anti RNP; 55,9% (62/111) anti Ro y 29,2% (28/96) anti La. Solo el grupo 1 presentó menor frecuencia de anticuerpos positivos en todos los auto anticuerpos evaluados. El SLICC promedio 0,872 (DS: 1,28); media de SLEDAI de 6,94 (DS: 5,04), siendo los grupos con bajo complemento son los que más puntúan en este score: G2: 9,21 (DS: 4,75); G-3: 8,07 (DS: 4,08) y G4: 7,91 (DS: 5,48). Al comparar datos con la cohorte GLADEL, se evidencia una edad media al diagnóstico similar 30,62 (DS: 13,34) vs GLADEL: 30 (DS: 12). Similar compromiso muscular esquelético y anemia hemolítica, con menor frecuencia de manifestaciones hematológicas, neurológicas, alopecia, Raynaud y lupus discoides en nuestra cohorte. En nuestra cohorte, encontramos un score medio de daño de 0,87 (DS: 1,2) y con respecto a las puntuaciones SELENA/SLEDAI hallamos una media de 6,94 (DS: 5,04)

**Conclusiones:** En nuestra cohorte encontramos como los grupos con hipocomplementemia tienen un SELENA/SLEDAI más alto. Es de resaltar el comportamiento del G-3 donde se encontró mayor frecuencia de nefropatía lúpica y positividad de anti DNA, con significancia estadística, al igual que mayor hipergammapatía policlonal. Encontramos el comportamiento de nuestra cohorte similar al reportado en poblaciones con análogas características sociodemográficas como GLADEL, con un score medio de daño mayor al reportado en GLADEL, lo cual puede ser secundario al mayor tiempo de evolución de enfermedad de nuestra cohorte.

227

0227 - INCIDENCIA DE CIRUGÍA ARTICULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA ERA BIOLÓGICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Otros

MARTINEZ PÉREZ, Jose Maximiliano | RUTA, Santiago | SCOLNIK, Marina | ROSA, Javier | SORIANO, Enrique

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** La cirugía articular es parte del tratamiento en el daño articular de pacientes con artritis reumatoide (AR). Los resultados de la bibliografía mundial son contradictorios entre las publicaciones en Europa y Norteamérica con respecto a la incidencia de cirugía articular en pacientes con AR después de la introducción de tratamientos biológicos. Los datos en América Latina son escasos.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de cirugía articular en pacientes con artritis reumatoide después del inicio de terapia biológica en un sistema privado de atención de salud de América Latina e investigar su posible relación con el momento de la enfermedad en el que se inició el tratamiento biológico.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron los registros médicos obtenidos de la historia clínica electrónica de pacientes seguidos con diagnóstico de AR que recibieron terapia biológica de un plan de salud (PS) entre enero del 2000 y marzo del 2017. Se recogieron todos los datos relacionados al número y tipo de terapia biológica recibidos, así como al número y tipo de cirugías articulares. También se obtuvieron datos clínicos en el momento de iniciar la primera terapia biológica al igual que datos clínicos y demográficos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 102 pacientes con AR que recibieron tratamiento biológico (por primera vez: 34 etanercept, 28 certolizumab, 24 adalimumab, 7 rituximab, 4 infliximab, 2 tofacitinib, 1 golimumab, 1 tocilizumab y 1 abatacept). Noventa y tres (91,2%) pacientes eran mujeres con una edad media de 61,1 años (DE: +/- 13,7). El tiempo medio de duración de la enfermedad antes de recibir el primer biológico fue de 9,2 años (DE: +/- 8,4). En el período del estudio contribuyeron con 384,8 pacientes-año, 22 de estos 102 pacientes con AR tuvieron al menos una cirugía (tasa de incidencia: 57,16; casos por 1000 pacientes-año, IC del 95%: 37,64-86,81) (mano: 6; cadera: 2; Rodilla: 7; pie: 7). El tiempo medio entre el inicio de la terapia biológica y la primera cirugía fue de 2,8 años (DE: +/- 2,3). Los tipos de cirugía fueron: 11 artrodesis, 8 reemplazo articular y 3 artrodesis más reemplazo articular. En aquellos pacientes que habían comenzado el tratamiento biológico antes de los 2 años de comienzo de la AR, el porcentaje de cirugías fue menor que en aquellos que habían comenzado el biológico más adelante en el transcurso de su enfermedad, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (22% vs 13%; p = 0,40). No se encontró asociación entre diferentes características clínicas o de la enfermedad y el tener una cirugía articular en el análisis univariado ni en el análisis logístico multivariado.

**Conclusiones:** Alrededor de una cuarta parte de los pacientes con AR tuvieron al menos una cirugía articular después de iniciar la terapia biológica. No se encontró relación entre el tener una cirugía articular y el tiempo de inicio de la terapia biológica de los pacientes con AR.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoide Biológico Cirugía Articular

Personas, n (%)	102 (100)
Mujeres en esta muestra (38)	93,3 (91,5)
HLA-B*27, n (%)	78 (76,5)
antiCCP, n (%)	86 (76,5)
Medio de tiempo desde el inicio de biológico, n (%)	9,2 (8,3)
Tiempo de evolución clínica al biológico (manos), media (DS) mediana (IC)	24,1 (23,2); 12 (8-30)
IC95 del inicio del biológico, media (DS)	1,59 (1,79); 0,02 (0,03-1,75)
IC95 del inicio del biológico, media (DS)	4,6 (2,4)
IC95 del inicio del biológico, media (DS)	14,3 (17,1); 0,4-23,70)
Tiempo de inicio de biológico (pies), n (%)	7 (7,0)
Tiempo de inicio de biológico en otros, media (DS) mediana (IC)	6,3 (6,8); 2 (2-23,2)
Tiempo de evolución clínica desde el biológico, media (DS)	2 (2,7-3); 3 (1-10,4)

228

0228 - SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO 1 (SDRC). CUÁLES SON LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A UNA BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO. SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA Y ART

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia - Unidad Temática 2: Tratamiento TORRES CHICHARDE, Jessica Carolina | RUTA, Alvaro | SANCHEZ PRADO, Einar | SALVATORI, Facundo | MARTEL, Sebastian | GARCIA SALINAS, Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**Introducción:** El Síndrome doloroso regional complejo tipo 1 (SDRC) o Sudeck es una patología poco frecuente en el consultorio de reumatología. Se caracteriza por manifestarse con dolor, tumefacción, trastornos sensoriales, disfunción vasomotora autonómica, cambios tróficos en los tejidos y trastornos en la motilidad del área afectada. Pudiendo ocurrir en una o varias regiones articulares, sin repercusión sistémica y sin modificar parámetros inflamatorios. Se desconocen a ciencia cierta los mecanismos patogénicos, pero se mantiene constante una actividad neuronal anormal que afecta a todo el sistema nervioso, cuadro iniciado y mantenido por mecanismos periféricos o periférico - centrales.

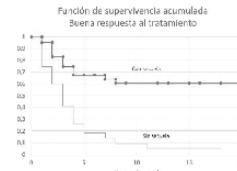
**Objetivos:** Estimar el porcentaje de pacientes que responden al tratamiento instaurado para el SDRC, el tiempo de respuesta y los factores que se asocian a la buena respuesta.

**Materiales y Métodos:** Estudio histórico prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de SDRC tipo 1. Se consignaron variables sexo, edad, tiempo de seguimiento, tipo de traumatismo y región, tiempo entre el trauma y el inicio del tratamiento, desarrollo de secuelas, inmovilización previa, tipo de tratamiento y manifestaciones clínicas. Se definió cualquier respuesta al tratamiento cuando el médico consignaba la mejoría en la historia clínica electrónica y buena respuesta a aquellos que además se les disminuyó algún fármaco. Análisis estadístico: Las variables categóricas se compararon por el test de X<sup>2</sup> y las continuas por test de Student o Mann Whitney. La sobrevida acumulada de la respuesta al tratamiento se evaluó por curvas de Kaplan Meier y las comparaciones por test de Log Rank. Las variables asociadas a buena respuesta se analizaron en un modelo de regresión proporcional de Cox. Un valor de p < 0,05 se consideró significativo. Para el análisis se utilizó XLSTAT.

**Resultados:** Resultados: Se incluyeron 98 pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados: El 63,3 % fueron mujeres. La mediana de edad es de 54 años (45-61), presentando los siguientes patrones clínicos: dolor 69,7%, inflamación 39,7%, fenómenos disautonómicos 33,6% y alteraciones motoras 21,4%. La causa principal que desencadena el SDRC en primera instancia se asocia a fractura en el 60,2 %, 15,3 % a contusión y 14,2 % a trauma de partes blandas, de los cuales el 66% corresponde a miembro superior y 37 % a miembro inferior. Se obtuvo cartograma en 3 tiempos compatible con SDRC en el 70,4 % de los casos, en la evaluación radiográfica se obtuvo como patrón predominante a la osteopenia en parches en el 28,5 % de los casos. De la totalidad de pacientes, 74,4 % recibieron indicación de inmovilización. El 56% de los pacientes recibieron bifosfonato oral y 32% EV. Además se obtuvo que el 60 % de los pacientes utilizó vitamina D y calcio, AINES en el 30%, corticoides en el 23,4 % y 29,5 % de medicación coadyuvante durante el transcurso en la enfermedad. El 66,3% de los pacientes realizó kinesioterapia como pilar en su tratamiento. El tiempo entre el trauma y el inicio del tratamiento fue de 5 meses (3-6), 67,3 % tuvo alguna respuesta al tratamiento y el 50% buena respuesta al tratamiento. El 60 % tuvo secuelas definida según el registro de HC de ART "alta con secuelas". En el análisis por curva de K-M el tiempo de respuesta 50% fue a los 5 meses. La Buena respuesta al tratamiento se asoció en forma significativa con: fractura (p: 0,048), a lesión en miembro superior (p: 0,04), y se asoció negativamente al desarrollo de secuelas (p: 0,0001). En el análisis de regresión de Cox solo se vio asociación independiente y negativa con el desarrollo de secuelas (HR: 0,3 IC: 0,16-0,5).

**Conclusiones:** El 50 % tuvo una buena respuesta al tratamiento, e el tiempo medio de respuesta es de 5 meses, y se asocian a menor desarrollo de secuelas.

**Palabras Claves:** Sudeck, tratamiento



229

0229 - EFECTO DE LA PRESENCIA DE ANTI RNP EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf - Unidad Temática 2: Otros

GOMEZ, Ramiro Adrian | MARINO, Diego Andrés | PERROTA, Natalia Andrea | GARCIA CARRASCO, Marina | PINO, María | DUBINSKY, Diana

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** El anti RNP es un anticuerpo antinuclear contra ribonucleoproteínas nucleares pequeñas, que según distintas series puede encontrarse en 25-47% de pacientes con Lupus Erytematoso Sistémico (LES). Está así mismo descrito como el principal anticuerpo en los pacientes con Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC). Su presencia en pacientes con LES se ha asociado a mayor frecuencia de hipertensión pulmonar, fenómeno de Raynaud y hay reportes contradictorios sobre su implicancia en el compromiso renal. Debido a la superposición clínica entre LES y EMTC, los pacientes con EMTC podrían ser clasificados como LES (ACR 1997/SLICC 2012). Así mismo los pacientes con LES y RNP (+) podrían presentar distintas manifestaciones respecto de los que son RNP (-). No hemos encontrado a la fecha reportes de la influencia de RNP en la variación de las manifestaciones clínicas en los pacientes con LES en cohortes de Argentina.

**Objetivos:** Primario: Describir las características clínicas de pacientes con RNP+ en una cohorte de Lupus Erytematoso Sistémico y compararlos con las de pacientes con RNP-. Secundario: Evaluar la presencia de EMTC en nuestra cohorte y sus manifestaciones en pacientes con RNP+ y RNP-.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se analizó la base de datos electrónica del consultorio de LES (2013 a 2017). Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de LES (ACR 1997/SLICC 2012) con al menos una consulta en los últimos 12 meses. Se excluyeron aquellos sin determinaciones de Ro, La, Sm y RNP. Se clasificó a los pacientes en 3 grupos: RNP(+)/Sm (-), RNP(+)/Sm(+) y RNP(-)/Sm(-). Se evaluó si los pacientes cumplían criterios clasificatorios de Alarcón-Segovia y de Khan para EMTC y la frecuencia de manifestaciones (Artritis, Raynaud, Miositis, Acroscclerosis, manos hinchadas) en los tres grupos. Se evaluó presencia en algún momento de la evolución de la enfermedad de ADNc (+) e hipocomplementemia. Se evaluó compromiso orgánico y presencia de nefritis documentada por biopsia renal. Se comparó luego la población RNP(+)/Sm(-) con la población RNP(+)/Sm(+) en términos de compromiso orgánico. Los datos descriptivos se reportaron como media/DS o mediana/rango intercuartil. Se usó prueba de T o estadística no paramétrica para datos cuantitativos según correspondiera. Los datos categóricos se compararon mediante Chi cuadrado o Test Exacto de Fisher. Se consideró p<0,05 estadísticamente significativa. Se utilizó STATA 13 para el análisis.

**Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes con LES (de ellos 11 se excluyeron por presentar sólo SM+ sin RNP) de los 117 restantes: 12 RNP+/SM-, 25 RNP+/SM+, y 80 RNP-/SM-.

**Conclusiones:** Respecto al compromiso orgánico por LES encontramos asociación significativa entre la presencia de RNP+ y el compromiso cardíaco y articular. En otros estudios se ha reportado un menor compromiso renal en los pacientes con LES y RNP+. Ese resultado no fue replicado en nuestro trabajo.

**Palabras Claves:** RNP, lupus, LES, EMTC, enfermedad mixta del tejido conectivo,

Tabla 1. Compromiso orgánico

	RNP+/Sm-	RNP+/Sm+	RNP-/Sm-		
	n	n	%		
ADNc	6	50	41	53,25	0,10
Hipocomplementemia	3	43,66	37	46,25	0,50
Calcanes	6	50	43	56,25	0,03
Articular	8	66,66	55	68,75	0,00
Respiratorio	3	25	19	23,75	0,17
Cardíaco	3	25	10	12,5	0,34
Renal	4	33,33	38	47,5	0,14
Neuropatológico	3	25	8	10	0,20
Oftalmológico	1	8,33	6	7,5	0,56
Gastrointestinal	1	8,33	4	5	0,83
Vascular	1	8,33	10	12,5	0,79
Hormonal	1	8,33	7	8,75	0,77
Hematológico	3	41,66	31	38,75	0,30
Nefritis por Biopsia	4	33,33	38	47,5	0,09

Tabla 2. Manifestaciones incluidas en criterios de EMTC

	RNP+/Sm-	RNP+/Sm+	RNP-/Sm-		
	n	n	%		
Manos hinchadas	7	56,66	1	1,25	0,26
Miositis	12	100	24	30	0,80
Acroscclerosis	2	16,66	1	1,25	0,34
Raynaud	3	41,66	13	16,25	0,23
Acrosclelerosis	0	0	1	1,25	0,00

Tabla 3. Manifestaciones incluidas en criterios de EMTC

	RNP+/Sm-	RNP+/Sm+	RNP-/Sm-		
	n	n	%		
Manos hinchadas	7	8,33	1	1,25	0,56
Miositis	12	100	24	30	0,80
Acroscclerosis	2	8,33	1	1,25	0,80
Raynaud	18	41,66	18	22,5	0,39
Acrosclelerosis	1	2,7	0	0	0,80

230

**0230 - PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL DÉFICIT DE VITAMINA D**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otras

STANCICH, María Inés | NIRO, María Cecilia | KAIRUZ, Ivana | MONTIEL BERTONE, Mariano

**HOSPITAL AERONÁUTICO CÓRDOBA**

**Introducción:** La vitamina D (vit D), es un miembro de la superfamilia de las hormonas nucleares esteroideas, sus efectos biológicos se dividen la vía clásica del metabolismo fosfocálcico y la vía alternativa que afecta principalmente a la función inmune, inflamación, antioxidación, antifibrosis y otros como efectos inhibitorios sobre algunos tipos de neoplasias. El receptor nuclear de vit D después de la unión pueden influir en la expresión de muchos genes. Este receptor se expresa ampliamente en el riñón, células inmunes, células óseas y otras. La vit D interviene en la disminución del crecimiento celular y la inducción de diferenciación celular y su déficit se ha asociado con determinados tumores. Alteraciones inmunológicas como la función macrofágica y aumento de las infecciones y enfermedades autoinmunes. También se ha asociado con el desarrollo de DBT tipo 1 y de esclerosis múltiple. El estatus de la vit D ejerce una influencia sobre la secreción de insulina, así el déficit de vit D disminuye la respuesta de insulina a la sobrecarga de glucosa, y el tratamiento con esta vitamina puede mejorar la tolerancia a la glucosa y la función de la célula beta. Parece modular también, el sistema renina-angiotensina, produciendo su déficit una mayor incidencia de HTA.

**Objetivos:** Determinar asociación entre las patologías crónicas descritas en la bibliografía y el déficit de vit D.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo observacional y analítico retrospectivo realizado desde marzo a julio de 2017. Se seleccionaron a través del registro de laboratorio dosajes de vit D procesados en el año 2015, de pacientes mayores de 18 años del laboratorio de un hospital de complejidad. Estos fueron clasificados en pacientes con y sin déficit de vitamina D (déficit: menor a 20 ng/ml). Se revisaron las historias clínicas (hc) buscando patologías asociadas. Análisis estadístico: de las variables categóricas se determinó frecuencia y se expresó en porcentajes, de las categóricas media y error estándar. Se realizó análisis de varianza y prueba de Datos Categóricos usando Tabla de contingencia aplicando Chi Cuadrado y test Irwin-Fisher para las categóricas.

VIT D	20 ng/ml (22%)	<20 ng/ml (88%)	p
SEXO	F:46%(56) M:35%(4)	F:45%(61) M:39%(4)	0,90
HTA	11%(14)	22%(27)	0,005
ES. MULTIPLE/ALZHEIMER	2%(2)	1%(1)	0,50
DBT	4%(5)	11%(14)	0,015
ENF. AUTOINMUNE	3%(4)	9%(11)	0,036
INFECCION CRONICA	0%	1%(1)	0,31
PSORIASIS	0%	0%	-
NEOPLASIA	2%(2)	5%(5)	0,11

**Resultados:** Se revisaron 125 hc de pacientes con dosaje de vit D durante el año 2015. La media fue 22,35 ±80 ng/ml vit D. De los 125 60 tenían déficit(48%) De las enfermedades autoinmunes en el grupo con déficit 5% eran artritis reumatoidea, 5% tiroiditis autoinmune, 3% enfermedad celíaca, 2% hepatitis autoinmune, 2% LES y 2% polimialgia reumática.

**Conclusiones:** En los últimos años, las pruebas epidemiológicas y de laboratorio ha documentado que la deficiencia vit D se correlaciona con el inicio y la progresión de muchas enfermedades crónicas. En este estudio se encontró diferencia significativa en la asociación de HTA, DBT y enfermedades autoinmunes con el déficit de vit D.

**Palabras Claves:** Vitamina D

232

**0232 - MANIFESTACIONES AUTOINMUNES COEXISTENTES EN HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otras

MORA, Gabriela Fernanda(1) | MORALES CABEZAS, Bella(2) | FERNANDEZ, Claudia(2) | SPIRAQUIS, Adriana(2)

**SECCIÓN INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (2)**

**Introducción:** Las enfermedades autoinmunes coexistentes (EAC) con las hepatopatías autoinmunes han sido recientemente incorporadas a los criterios diagnósticos propuestos por el Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune entre otros. Los datos revelados por el estudio de este grupo de enfermedades en los pacientes que las padecen aún son escasos.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de manifestaciones autoinmunes (clínicas y humorales) concurrentes en un grupo de pacientes con diagnóstico de hepatopatías autoinmunes: hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y síndromes de superposición.

**Materiales y Métodos:** Revisión de historias clínicas de la Sección Inmunología Clínica y de la Sección Hepatología del Hospital Militar Central de pacientes con diagnóstico de hepatopatías autoinmunes (hepatitis autoinmune (HAI), cirrosis biliar primaria (CBP), síndromes de superposición (SSP)). Se observaron los datos demográficos de los pacientes, momento de inicio de síntomas y fecha de diagnóstico, forma de presentación, autoanticuerpos -antinuclulares, antimusculo liso, antimitocondriales, ANCA p y c, ENA, anticuerpos antitiroideos, tratamientos recibidos y tipo de evolución. Se evaluó la presencia de otras enfermedades autoinmunes de acuerdo con los criterios de clasificación actualizados para cada una de ellas. Se realizó un análisis de los datos obtenidos por porcentajes, y se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 26 pacientes con diagnóstico de hepatopatía autoinmune (20 HAI, 4 CBP, y dos SSP). Veinte pacientes (77%) fueron mujeres y 6 (23%) varones. La edad promedio fue de 56 años (33-87). La edad promedio al diagnóstico fue de 47,8 años (23-74). El tiempo de latencia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 7,4 meses (1-24). El tiempo promedio de seguimiento del grupo fue de 69,7 meses (2-240). El 35% de los pacientes presentó una EAC, mientras que el 58% entre 2 y 5 EAC con su hepatopatía autoinmune (90% de las HAI y 100% de las CBP y SSP). Las EAC más frecuentes fueron: tiroiditis de Hashimoto 42%, S. Sjögren 31%, mientras que el 50% presentó otras EAC como síndrome antifosfolípido, vitiligo, mielomatosis múltiple, etc. Los autoanticuerpos más prevalentes fueron: ANA (60% de las HAI, 75% de CBP y 100% SSP), Anti Ro (25% de las HAI), AMA (20% de las HAI, 100% de CBP y 50% de SSP), ASMA (55% de HAI), ANCA p (5% de HAI) y anticoagulante lúpico (10% de HAI y 25% de CBP). El tratamiento de inicio más frecuentemente utilizado fueron los glucocorticoides (85% de HAI y 100% de CBP y SSP). La combinación glucocorticoides-azatioprina fue utilizada como esquema de mantenimiento más frecuente en HAI mientras que el ácido ursodeoxicólico lo fue para CBP y SSP. La respuesta al tratamiento fue de remisión completa en el 50% de las HAI y 25% de las CBP. Cursaron con recaídas el 75% de las CBP y 20% de HAI. Respecto de la evolución, el 40% de las HAI cursaron progresión de la enfermedad y el 35% tuvo remisión sostenida durante el seguimiento. El 5% de HAI tuvo muerte relacionada con la enfermedad. Para CBP hubo 50% de progresión y 25% de muertes relacionadas con la enfermedad. Los SSP cursaron progresión de la enfermedad en el 100% de los casos.

**Conclusiones:** En este estudio se observa una importante prevalencia de EAC en un grupo de pacientes con diagnóstico de hepatopatías autoinmunes. La mayoría de los pacientes presentó más de una EAC. La presencia de estas manifestaciones, podría orientar a la identificación de fenotipos de enfermedad que ayuden al diagnóstico más temprano de hepatopatías autoinmunes. La prevalencia de EAC en el grupo estudiado es mayor a la descripta por otros autores.

**Palabras Claves:** HEPATOPATIAS AUTOINMUNES AUTOINMUNIDAD AUTOANTICUERPOS

231

**0231 - ¿EXISTE DAÑO EN EL TENDÓN DE AQUILES EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA?**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

FORNARO, Marina | CAZENAVE, Tomas | OROZCO, Maria Celeste | MARTIRE, Maria Victoria | REYES, Estela | SCHMULEVICH, Haydee | CITERA, Gustavo | ROSEMFET, Marcos Gabriel

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Introducción:** El compromiso articular y tendinoso del pie y tobillo es muy frecuente en Artritis Reumatoidea (AR). No queda muy claro si la entesopatía del tendón de Aquiles (TA) es primaria o secundaria al proceso inflamatorio y al trastorno de alineación del pie y tobillo que este genera, existiendo pocos reportes en AR que se focalicen en este tendón.

**Objetivos:** Evaluar el compromiso del TA en pacientes con AR mediante evaluación clínica, ultrasonográfica (US) y kinésica en comparación con corredores regulares.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes consecutivos, > de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se consignaron datos sociodemográficos, actividad física, tiempo de evolución, recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas, IMC, HAQ-A, RAPID3, evaluación global de la enfermedad por el paciente y el médico, DAS28 y antecedentes de compromiso local de la región estudiada. El mismo día de la consulta dos observadores ciegos con buena correlación entre sí realizaron US de articulaciones y tendones del pie y tobillo en donde se determinó la presencia de erosiones, sinovitis, tendinopatía y tenosinovitis por escala de grises y señal Doppler de poder (PD). Para evaluar el compromiso del TA se utilizó el índice MASEI (Madrid Sonographic Enthesis Index) que cuantifica a la entesopatía y se constituye por la suma de alteraciones en la estructura, grosor, presencia de calcificaciones, erosiones y de PD (rango de 0 a 12) por cada tendón. A continuación 2 kinesiólogas realizaron una evaluación estática y dinámica del pie y tobillo que incluyó: rango articular, trastornos de alineación del retropie, compromiso del eje Aquileo/calcáneo/plantar y desórdenes del antepié. Como población control para determinar compromiso del TA fueron evaluados voluntarios sanos que corren regularmente. Análisis Estadístico: Las variables categóricas fueron comparadas por chi2 y test exacto de Fisher, las continuas por T-test, ANOVA y Mann-Whitney. Para evaluar si las variables se asocian de forma independiente con el compromiso del TA, se utilizó regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes con AR, 90% de sexo femenino, con una media de edad de 56,3 años (DE±9.5). La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 14,5 años (DE±5,9). El 30% presentaba dolor del tobillo o pie al momento de la visita. La media del DAS28 fue de 3,46 (DE±0,9), del HAQ 0,9 (DE±0,6) y del RAPID3 11 (DE±6,5). El 23,3% presentaba sobrepeso y el 26,7% obesidad. El 30% de los pacientes realizaba actividad física. La presencia de hallux valgus, el contacto inicial de marcha con el talón y la pronación fueron los principales hallazgos en la evaluación kinésica. Por US, todos los pacientes presentaron al menos una lesión entesopática en el tendón de Aquiles (96,7% derecho, 93,3% izquierdo). El 60% de los pacientes presentaron erosiones en 5ª metatarsofalángica. El tendón tibial posterior y los peroneos fueron los más comprometidos, siendo la tenosinovitis la lesión más frecuente. La media del índice MASEI total fue de 3,56 (DE±2,4). El 70% de los pacientes presentaron calcificaciones, seguido por alteración en la estructura. Los pacientes con sobrepeso y obesidad presentaron mayor puntaje del score. Observamos diferencias significativas al comparar el índice MASEI entre pacientes con AR (X: 3,56, DE±2,4) vs. Corredores sanos (X: 2,33, DE±1,7), (p=0,01), así como mayor alteración de la ecoestructura (X: 0,66, DE±0,4 vs. X: 0,2, DE±0,4; p=0,01), mayor presencia de erosiones (X: 0,8, DE±1,3 vs. X: 0,02, DE±0,16; p=0,01) y de PD (X: 0,3, DE±0,9 vs. X: 0,02, DE±0,16; p=0,03) respectivamente. Sin diferencias significativas en los otros componentes del índice.

**Conclusiones:** En pacientes con AR se demostró el compromiso estructural, funcional y US del TA. El aumento de peso contribuye a su alteración. El índice MASEI mostró un puntaje más alto, con compromiso de la estructura, presencia de erosiones y PD en comparación con corredores regulares.

**Palabras Claves:** Tendón de Aquiles, Artritis Reumatoidea, índice MASEI

234

**0234 - RELACIÓN ENTRE LOS REACTANTES DE FASE AGUDA Y NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Les / Suf

BRANDE, María Lorena(1) | BRUN, Lucas Ricardo(1) | LARROUDE, María Silvia(2) | SACNUN, Mónica(3) | AESCHLIMANN, Carolina(4) | BERBOTTO, Guillermo Ariel(5) | PALATNIK, Mariano(6) | CHAVERO, Ignacio(7) | SANCHEZ, Ariel(8)

**CONICET (1); CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI (2); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (3); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (4); HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN (5); CENTRO DE REUMATOLOGÍA (6); CONSULTORIOS DE REUMATOLOGÍA (7); CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA (8)**

**Introducción:** La hipovitaminosis D ha sido descrita como uno de los factores que participaría en las enfermedades autoinmunes. A esto se le suma la presencia del receptor de vitamina D (VDR) en células del sistema inmunológico. Evidencias previas de nuestro grupo demuestran relación inversa entre los niveles de 25-hidroxivitamina D (25OHD) y el DAS-28 y HAQ en pacientes con artritis reumatoide (AR), con mejoría de estos parámetros luego de reponer los niveles de vitamina D a niveles óptimos.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre los niveles séricos de 25OHD y los reactantes de fase aguda en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyeron 173 pacientes con ERA (94 pacientes con artritis reumatoide (AR), 18 con espondilartropatías (SA) y 61 con collagenopatías (COL) (lupus eritematoso sistémico, vasculitis, esclerodermia, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, síndrome de superposición) los cuales se compararon con un grupo control (GC, n=121) apareados por edad (GC= 55,0±14,7 años; ERA= 53,4±13,6, sexo e índice de masa corporal (IMC). Los pacientes eran procedentes de las ciudades de Rosario (32°52'18" S) y Buenos Aires (34°36'14" S). Los criterios de exclusión fueron: suplementación con vitamina D, embarazo, malabsorción intestinal, enfermedad renal o hepática crónica y cáncer. Los datos se expresan como media±SEM. Las diferencias entre grupo fueron analizadas con los test de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Las correlaciones se realizaron con el test de correlación de Spearman. Se realizaron análisis de regresión lineal univariada y regresión logística. Las tablas de contingencia fueron evaluadas con el test de chi 2. Se consideraron diferencias significativas a p<0,05.

**Resultados:** Los pacientes con ERA presentaron menores niveles de 25OHD comparados con el grupo control (GC= 26,8±1,1 ng/ml; ERA= 19,8±0,6 ng/ml; p<0,0001). Cuando se estudiaron las patologías de forma individual todos los subgrupos presentaron menores niveles de 25OHD (AR=20,7±0,7 ng/ml, SA= 15,4±1,3 ng/ml, COL= 19,7±1,1 ng/ml). El Odd Ratio (OR) de la deficiencia de 25OHD (<20 ng/ml) en pacientes con ERA fue de 2,7 (95%CI 1,6-4,4) respecto del GC. Acorde a los menores niveles de 25OHD en el grupo ERA, este grupo presentó niveles de calcemia significativamente más bajos (GC= 9,33±0,04; ERA= 9,14±0,08 mg/dl; p=0,0457) y niveles aumentados de PTH (GC= 39,72±2,37; ERA= 49,93±3,34 pg/ml; p=0,0191). No se hallaron diferencias en los niveles de fosfato sérico, calcio urinario y deoxipiridínolona urinaria. Si se halló correlación entre 25OHD y la velocidad de eritrosedimentación (VES) [r= -0,28; p=0,0017] como reactante de fase aguda, sin correlación con los niveles de proteína C reactiva (PCR). Menores niveles de 25OHD fueron encontrados a mas altos scores de DAS-28 (<3,2= 22,9 ng/ml, 3,2-5,1= 19,8 ng/ml; >5,1= 19,9 ng/ml; p=0,23) y HAQ-DI (0-1= 22,9 ng/ml; 2= 19,8 ng/ml; 3= 19,9 ng/ml; p=0,001). Los scores de actividad de las otras ERA no pudieron ser analizados por el bajo número de pacientes en esos grupos. La edad, el IMC, la presencia de ERA, los niveles de PCR y los scores de HAQ-DI estuvieron inversamente asociados con los niveles de 25OHD. Además el IMC, la presencia de ERA, la VES y la PCR estuvieron significativamente asociadas con la deficiencia de 25OHD.

**Conclusiones:** Los pacientes con ERA tienen alta probabilidad de ser deficientes en 25OHD. A su vez esta hipovitaminosis D se asoció con aumento de los reactantes de fase aguda en el grupo entero, y con los scores de actividad en pacientes con AR. Si bien las causas de las ERA son multifactoriales, medir los niveles de 25OHD y suplementar de manera de alcanzar el rango óptimo ayudaría a mejorar la regulación del sistema inmunológico en estos pacientes.

**Palabras Claves:** vitamina D, VES, PCR, autoinmunidad

236

0236 - DESEMPEÑO DE CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ESCLEROSIS SISTÉMICA ACR/EULAR 2013 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA AUTOINMUNE

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Etc

GÓMEZ, Ramiro Adrian | LEAL CASTRO, Sheyla | MORRINSON MANTILLA, Eduardo David | DUBINSKY, Diana

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias autoinmunes (MIA) son un grupo heterogéneo de enfermedades con compromiso multisistémico. Estas entidades comparten manifestaciones en común con la Esclerosis Sistémica (ES), existiendo en muchos casos superposición entre estas entidades. Las MIA también han sido consideradas parte de las enfermedades del espectro esclerodermiforme.

**Objetivos:** Describir el desempeño de los criterios clasificatorios para ES ACR/EULAR 2013 en pacientes con MIA seguidos en nuestro centro.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se analizó la base de datos de consultorio externo y los registros de laboratorio, identificando pacientes con diagnóstico de miopatía, evaluados en los últimos 10 años. Se incluyeron aquellos con diagnóstico de MIA y se excluyeron otros registros.

**Resultados:** 40 pacientes fueron incluidos en este registro, 33 en seguimiento actual (3 fallecidos, 4 pérdida de seguimiento), 27/40 mujeres (67.5%), promedio de edad 48.3 (20-78) años. Etnia: Caucásico 2.5% (1/40), Mestizo 80% (32/40), Amerindio 12.5% (5/40). Afrodescendiente 2.5% (1/40) y otros 2.5% (1/40). Tipo de miopatía: Dermatomiositis 42.5% (17/40), Polimiositis 45% (18/40), Dermatomiositis clínicamente amiópica 5% (2/40), síndrome antisintetasa 7.5% (3/40). Presentaron diagnóstico clínico de superposición con Esclerosis Sistémica 27.5% (11/40) pacientes. Se muestra en la tabla 1 la presencia de manifestaciones incluidas en criterios de ES. 8/40 (20%) pacientes cumplieron criterios clasificatorios de ES ACR/EULAR 2013 y todos presentaron anticuerpos positivos: FAN 8/8, Ro 4/8, RNP 3/8, Jo-1 1/8, MDA-5 1/8, PM-Scl 1/8. 6 de ellos tuvieron además diagnóstico clínico de superposición con ES. De los 11 pacientes con diagnóstico clínico de ES, solo cumplieron criterios clasificatorios 6 (54.5%). Los restantes, presentaron FAN 5/5, PM-Scl 3/5, Ro 2/5, La 1/5 y RNP 1/5.

Tabla 1. Manifestaciones comprendidas en criterios ACR/EULAR 2013 de ES

Diagnóstico final MIA	Buffy fingers	Tuberculaci3n	Úlceras/Neuritis	Telangiectasias	Capilaroscopia SD	HRP	ILD	Raynaud	Anticuerpos
n	2	1	7	3	22	3	10	27	0
%	5.0	2.5	17.5	7.5	55.0	7.5	25.0	67.5	0.0

**Conclusiones:** 2/40 (5%) de los pacientes de la cohorte fueron clasificados como ES pese a tener un diagnóstico clínico de DM amiópica, con componente cutáneo fibroideo y uno de ellos con MDA-5 (+). Un número elevado de nuestros pacientes con MIA presentaron capilaroscopia con patr3n SD, enfermedad intersticial pulmonar y Raynaud. Un quinto de nuestros pacientes presentaron las tres manifestaciones de forma simultánea y esto comprende un 77% de los puntos necesarios para clasificar como ES según los criterios ACR/EULAR 2013. En nuestra cohorte, la presencia de estas manifestaciones fue mayor que las reportadas en las cohortes de derivación y validación utilizadas para la definición de dichos criterios. No obstante, la composición de las poblaciones es distinta en términos de etnia (80% mestizos entre nuestros pacientes) y patológicas. Trabajos adicionales que comparen una cohorte extensa de ES con una de MIA podrían aclarar el peso de cada manifestación para determinar la sensibilidad y especificidad de los criterios clasificatorios para ES en este complejo contexto clínico.

238

0238 - USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERMATEMATOSO SISTÉMICO: ACTUALIZACIÓN 2017

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

PORTILLA, Yesid Jovanni | IVANOFF, Hever Luz | GÓMEZ, Ramiro | DUBINSKY, Diana

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Introducción:** Gran parte de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son mujeres en edad gestacional. La enfermedad puede asociarse a curso desfavorable en los embarazos y varios de los tratamientos son teratogénicos. Existen lineamientos generales establecidos en cuanto al uso de los diversos métodos anticonceptivos (MAC) según las comorbilidades existentes y la actividad de la enfermedad de base.

Presentamos en 2016 un informe del uso de MAC en nuestra población de pacientes con LES. Se presenta una actualización de dicha problemática.

**Objetivos:** Describir el uso de MAC en mujeres en edad gestacional con LES seguidos en forma ambulatoria en la unidad de LES del servicio de reumatología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se analizó la base de datos electrónica del consultorio de LES (2013 a 2017). Se incluyeron pacientes de sexo femenino mayores de 15 años con diagnóstico de LES (ACR 1997/SLIC 2012) con al menos una consulta en los últimos 12 meses. Se excluyeron aquellas con menopausia.

Se registraron las siguientes variables: estrato social (escala de Graffar); actividad de la enfermedad (SELENA-SLEDAI); estado sexual autoreportado; uso de MAC: dispositivo intrauterino (DIU), preservativo, anticonceptivos orales (ACO) y ligadura de trompas; embarazo actual. Se evaluó también el uso de medicación teratogénica (metotrexato, micofenolato, ciclofosfamida, rituximab, belimumab), presencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipinas IgM/IgG, anti beta2 glicoproteína I IgM/IgG, anticoagulante lúpico) y diagnóstico de síndrome antifosfolípido asociado (criterios Sidney 2006).

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes. 76,8% (n=96) reportaron estar sexualmente activos, 82,8% (77/96) usa MAC: 10,4% (8/77) ACO, 71,4% (55/77) preservativo, 14,3% (11/77) DIU y 3,9% (3/77) quirúrgico. Se estratificó a la población según escala de Graffar y uso de MAC. Se clasificó a la población según uso de MAC y SELENA-SLEDAI y se lo dividió en 3 grupos. Baja actividad (SLEDAI <3), media actividad (SLEDAI 3-12) y alta actividad (SLEDAI >12). Se evaluó el uso de drogas teratogénicas en la población. El 23,2% (29/125) de las pacientes utilizaban alguna, 72,4% de ellas Micofenolato Se evaluó la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y SAF asociado. Solo 6 de 125 pacientes (4,8%) tuvieron anticuerpos positivos y ninguno cumplió criterios clasificatorios de SAF. Todas sexualmente activas, todas usando MAC. 50% ACO (3/6), 33,3% preservativo y 16,7% método quirúrgico.

**Conclusiones:** La proporción de pacientes sexualmente activas fue similar a la reportada previamente y mejoró el uso general de MAC (82,8% vs 73,9% en 2016). El grueso de los pacientes se ubicaron en estratos sociales intermedios (Graffar II-IV). Se encontró un mayor uso de ACO respecto de lo evaluado previamente (10,4% en 2017 vs 4,84% en 2016) y con una composición poblacional diferente, ya que en esta ocasión se observó tanto en estratos medios (graftar III) como medio bajo (IV y V). Así mismo, encontramos pacientes en actividad intermedia (SLEDAI 3-12) y con aCL (+) utilizando ACO, pero estos eran pacientes de reciente incorporación a la cohorte y el uso de dicho método fue desaconsejado. Respecto al uso de drogas teratogénicas, no encontramos en esta oportunidad pacientes con Ciclofosfamida o drogas biológicas. Casi todas las pacientes se reportaron sexualmente activas y el uso de MAC fue similar al reportado previamente, siendo el preservativo el método más elegido. De forma similar a la reportada previamente, la actividad de la enfermedad no influyó en actividad sexual autoreportada. El preservativo fue nuevamente el método más reportado. Pese a que actualmente la evaluación del uso de MAC se realiza de forma rutinaria tras los hallazgos reportados en 2016, aún hay pacientes en seguimiento con uso de drogas teratogénicas sin MAC y pacientes con contraindicación relativa para el uso de ACO recibiendo, aunque estas suelen ser pacientes de reciente incorporación al seguimiento.

237

0237 - MIOCARDITIS LÚPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Les / Saf

RUFFINO, Juan Pablo(1) | RINGER, Ariana(1) | ROLLA, Ignacio(1) | FONSECA, Emilce(1) | COLAGRAI, Romina(2) | PALATNIK, Mariano(1) | ABDALLA, Marcelo(1)

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO. (1); SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO. (2)

**Introducción:** En estudios de necropsias de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se ha reportado una prevalencia de miocarditis en el 40-70%; sin embargo, sólo un 5 a 9% presentan miocarditis sintomática, por lo que se presume que frecuentemente existe compromiso cardíaco subclínico. La miocarditis aguda secundaria al LES puede manifestarse con fiebre, dolor precordial y disnea, pudiendo progresar a cardiopatía dilatada, falla ventricular izquierda y arritmias ventriculares, con una alta mortalidad asociada, que enfatiza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Resultados:** CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 49 años, con antecedente de LES diagnosticado hace 15 años, nefritis lúpica tipo IV (OMS) e insuficiencia valvular aórtica en su presentación (año 2002), hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), encontrándose en plan quirúrgico para corrección de insuficiencia valvular aórtica severa, que consultó por dolor torácico de 8 horas de evolución, anterolateral, punzante, con respuesta parcial a analgésicos. Los síntomas progresaron con disnea en reposo y ortopnea, presentando rales crepitantes bibasales, ingurgitación yugular, soplo mesodiastólico en foco aórtico, soplo sistólico en foco mitral y R3, por lo que ingresó a UCC, con diagnóstico de ICC izquierda descompensada y angor secundario. En el laboratorio presentaba anemia (Hto 21%); deterioro agudo de función renal (Cr 1,96 mg%, urea 114 mg%), de tipo pre-renal (FE-U: 25%); aumento de reactantes de fase aguda (ESR 135 mm/h; PCR 65 mg/l); CPK elevada (1349 UI/l); troponina positiva (5,5 ng/ml); ProBNP elevado (34740 pg/ml) y dilatación urinaria normal. En el ECG se observó taquicardia sinusal; eje a 0°; onda P ancha en DII y aVL, con alteración de la interfaz compatible con sobrecarga de cavidades izquierdas. En ecocardiograma se constató VI dilatado (DDVI 63mm), hipoquinesia global, más acentuada en septum y pared posterior, FEY 35%. Al severamente dilatada (54 mm), insuficiencia mitral y aórticas severas. PSAP estimado 75 mmHg; derrame pericárdico leve (empeoramiento de función ventricular izquierda respecto a estudio del mes previo). Cinecoronariografía con obstrucción de 60% en origen de arteria circunfleja, no dominante, y resto de arterias sin lesiones significativas. Se instauró tratamiento para ICC, antiagregación plaquetaria y transfusión de glóbulos rojos debido a no poder descartar isquemia secundaria. Por sospecha de miocarditis asociada a enfermedad de base, se solicitó laboratorio inmunológico (C3: 53 mg%; C4: 20 mg%; Anti-dsDNA 1/10) y RMN cardíaca, en la que se informó severo incremento de volumen de VI, disincresia y adelgazamiento apical, septoapical, lateroapical; acinesia y adelgazamiento anteromedial, septomedial y laterobasal; FEY 27%; severo déficit de coaptación mitral por alteración de la geometría ventricular; insuficiencia mitral severa con fracción regurgitante de 85%; válvula aórtica trivalvular con insuficiencia severa y fracción regurgitante de 79%. En Secuencia Fast-Spin-Echo: incremento de intensidad apical y lateroapical como signo de edema/proceso inflamatorio agudo. Realce tardío positivo con gadolinio en segmentos epicárdico, apical y transmural. Con diagnóstico probable de miocarditis lúpica como causa de descompensación de ICC valvular, inició tratamiento con Metilprednisolona IV (1 gramo/día durante 3 días) y Micofenolato mofetil 2 g/día. La paciente presentó buena respuesta al tratamiento con mejoría clínica y ecocardiográfica (recuperación de la FSVI: FEY 40-45% y menor grado de insuficiencia mitral); recibió el alta hospitalaria, encontrándose actualmente en plan de recambio valvular aórtico.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de una paciente con miocarditis aguda en contexto de LES manifestada clínicamente por descompensación de la disfunción ventricular izquierda de base, con buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Enfatizamos la utilidad de la RMN cardíaca para el diagnóstico de la miocarditis, siendo el realce tardío con gadolinio en segmentos epicárdico y transmural de alta precisión diagnóstica, en casos en que no sea factible realizar biopsia endomiocárdica. Debido a la baja incidencia clínica de esta afección, no se dispone de evidencia basada en estudios clínicos controlados para orientar el tratamiento, que típicamente se centra en la terapia estándar para la ICC sistólica aguda y en la inmunosupresión.

**Palabras Claves:** LES, Miocarditis

240

0240 - FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SECUELAS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO 1 (SUDECK)

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Reumatismo Partes Blandas / Fibromialgia

Unidad Temática 2: Rehabilitación

SANCHEZ PRADO, Einer Dalinda | RUTA, Alvaro | TORRES CHICHANDE, Jessica | SALVATORI, Facundo | MAGRI, Sebastian Juan | GARCÍA SALINAS, Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**Introducción:** El Síndrome doloroso regional complejo tipo 1 (SDRC) o Sudeck es una patología poco frecuente en el consultorio de reumatología. Se caracteriza por manifestar dolor, tumefacción, trastornos sensoriales, disfunción vasomotora autonómica, cambios tróficos en los tejidos y trastornos en la motilidad del área afectada. Pudiendo ocurrir en una o varias regiones articulares, sin repercusión sistémica y sin modificar parámetros inflamatorios. Se desconocen a ciencia cierta los mecanismos patogénicos, pero se mantiene constante una actividad neuronal anormal que afecta a todo el sistema nervioso, cuadro iniciado y mantenido por mecanismos periféricos o periférico - centrales.

**Objetivos:** Objetivo: Estimar el porcentaje de pacientes que desarrollan secuelas en el seguimiento y los factores asociados.

**Materiales y Métodos:** Materiales y métodos: Estudio histórico prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de SDRC tipo 1. Se consignaron variables sexo, edad, tiempo de seguimiento, tipo de traumatismo y región, tiempo entre el trauma y el inicio del tratamiento, desarrollo de secuelas, inmovilización previa, tipo de tratamiento, respuesta al mismo y manifestaciones clínicas. Se definió secuelas según el registro de HC de ART "alta con secuelas" Análisis estadístico: Las variables categóricas se compararon por el test de X2 y las continuas por test de Student o Mann Whitney. Las variables asociadas a secuela se ingresaron a un análisis de regresión logística. Un valor de p < 0.05 se consideró significativo. Para el análisis se utilizó XLSTAT.

**Resultados:** Resultados: Se incluyeron 98 pacientes, El 65,3 % fueron mujeres. La mediana de edad es de 54 años (45-61), presentaron los siguientes patrones clínicos: dolor 69,7%, inflamación recurrente 64,3%, alteraciones reumatológicas 33,6% y alteraciones motoras 21,4%. La causa principal que desencadena el SDRC fue fractura en el 60,2 %, siguiéndole 15,3 % a contusión y 14,2 % a trauma de partes blandas, de los cuales el 66% corresponde a miembro superior y 37 % a miembro inferior. Con respecto al diagnóstico se obtuvo centelograma en 3 tiempos compatible con SDRC en el 70,4 % de los casos, en la evaluación radiográfica se obtuvo como patrón predominante a la osteopenia en parches en el 28,5 % de los casos. Con respecto al tratamiento el mismo se distribuyó: 74,4 % recibieron indicación de inmovilización. El 56% de los pacientes recibieron bifosfonato oral y 32% IV. Además se obtuvo que el 60 % de los pacientes tozido vitamina D y calcio, AINES en el 30%, corticoides en el 23,4 % y 29,5 % de medicación coadyuvante durante el transcurso en la enfermedad. El 66,3% de los pacientes realizó kinesioterapia como parte de su tratamiento. 67,3 % tuvo alguna respuesta al tratamiento y el 50% buena respuesta al tratamiento. La prevalencia de secuelas fue de 60 %. En el análisis univariado esta se asoció a: Indicación precisa de rehabilitación (0,001). Mayor uso de AINES (p: 0,004) positividad en el centelograma óseo (0,044), fenómenos disautonómicos (0,025), y en forma negativa con la buena respuesta al tratamiento (p: 0,000). En el análisis de regresión logística utilizando secuela como variable dependiente, se encontró asociación significativa e independiente con indicación de rehabilitación (OR:4,3 IC: 1,3-14) y respuesta al tratamiento (OR: 0,078 IC: 0,023-0,2)

**Conclusiones:** Conclusiones: El 60 % de los pacientes desarrollaron secuelas en su seguimiento, las mismas se asociaron en forma independiente con la indicación de rehabilitación y en forma negativa con una buena respuesta al tratamiento.

**Palabras Claves:** Sudeck, secuelas

## 241

**0241 - EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON DMARD BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

NAGUA, Viviana | SANSINANEA, Pierina | AGUILA, Rodrigo | GARCIA, Lucila | COSTI, Ana Carolina | PENA, Claudia Elizabeth | GARCIA, Mercedes Argentina

**HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA**

**Introducción:** INTRODUCCIÓN: Los objetivos del tratamiento de Artritis Reumatoidea (AR) son para aliviar el dolor en las articulaciones, prevenir el daño estructural, discapacidad funcional, conservar la función y mejorar la calidad de vida del paciente; para lograr esto contamos con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) como tratamiento estándar y agentes biológicos sin embargo algunos pacientes que tienen una respuesta inadecuada o intolerancia a su actual biológico están indicados para el tratamiento posterior con otro agente biológico.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y causas relacionadas con la discontinuación del tratamiento biológico en paciente con Artritis Reumatoidea (AR).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo a través de la revisión de historias clínicas de 35 pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987- ACR/ EULAR 2010) en tratamiento biológico que asistieron a un centro de referencia.

**Resultados:** Hubo pérdida de seguimiento en 5/35 casos (14%). Se analizaron los resultados de los 30 casos restantes. De ellos 24 (80 %) fueron sexo femenino. La edad promedio fue de 50 ±12.5 años, la duración de la enfermedad con una mediana de 120 meses (rango 69- 210) y el tiempo de uso del DMARD fue de 84 meses (rango 28.5-127.5). Los anticuerpos ACP fueron positivos en 28 pacientes (93%); el FR positivo en 25 (83%); ERS acelerada en 29 (96%); PCR elevada en 18 (60%); Anticuerpos anti nucleares positivos en 10 casos (33%). La mediana del Score DAS 28 antes del inicio del primer biológico fue de 5,83 ± 0,98 y a los 6 meses del tratamiento 4 pacientes (13%) cumplieron parámetros de remisión; 19 (63%) tenían actividad baja de la enfermedad; 7 (23%) moderada actividad; con una media de DAS28 de 2,9 (rango 2,76-3,3); HAQ 1,75 (rango1-2). El primer biológico utilizado fue en 12 casos (40%) etanercept; en 6 (20%) con abatacept; 3 (10%) infliximab; 3 (10%) certolizumab; 3 (10%) tofacitinib; 1 (3%) golimumab; 1 (3%) rituximab (RTX) y 1 (3%) con adalimumab. Se registró asociación a metotrexato en 19 casos (65%). Trece pacientes (43%) tuvieron buena respuesta clínica a los 6 meses con el primer biológico manteniéndose así hasta el momento actual con una mediana de seguimiento de 47 meses; los 17 (57%) restantes cursaron con una respuesta inadecuada debido a ineficacia en 10 casos; en 3 por eventos adversos y 4 suspendieron el biológico por falta de acceso. De estos 17 (57%) pacientes, 13 usaron un segundo biológico (Rituximab 5, abatacept 3, Anti TNF 4, Tofacitinib 1) obteniendo en 6 casos (20%) buena respuesta y la mediana del tiempo de seguimiento fue de 41 meses. Los 7 casos restantes evolucionaron con una respuesta inadecuada debido a ineficacia en un 1 caso; eventos adversos en 5 y falta de acceso en 1 caso. En 5 (17%) se observó buena respuesta al tercer biológico manteniéndose hasta la actualidad, con una mediana de tiempo de seguimiento de 27 meses y 6 (20%) tuvieron que discontinuar definitivamente el tratamiento, 2 por efectos adversos (hepatotoxicidad e infecciones de piel a repetición) y 4 por falta acceso.

**Conclusiones:** CONCLUSIONES: El 43% de los pacientes que obtuvieron buena respuesta clínica con el primer agente biológico, se mantienen hasta la actualidad con una mediana de seguimiento de 27 meses, el 20 % respondieron al segundo y el 17% curso con buena respuesta al tercer agente biológico. El motivo más frecuente para la discontinuación y cambio a otro biológico fue ineficacia seguido por eventos adversos y falta de acceso.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Agentes Biológicos, motivo de discontinuación

## 242

**0242 - ULTRASONOGRAFÍA PAROTÍDEA Y SUBMAXILAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

OTERO, María José | TRAVAGLIA, Magali | PERAK, Marilina | QUISPE VILLANUEVA, Laura María | WERNICKE, Veronica Cecilia | LOJO, María Nieves | LAZZARINO, María Rosa | GORDON, Karina | MECHURA, G | ASNAGHI, M | CASTILLA, Santiago

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI**

**Introducción:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente a las glándulas exocrinas. Los criterios de clasificación consideran al daño de las glándulas salivales (GSs) como un signo importante de la enfermedad, siendo su biopsia, el método más específico para su evaluación. La ecografía de GSs podría ser una herramienta adicional en la valoración diagnóstica ya que es un método económico, no invasivo, rápido y de fácil acceso, que ha demostrado aumentar la sensibilidad de los criterios de clasificación. Aun no se ha incluido sistemáticamente debido a la falta de consenso en la estandarización de la técnica.

**Objetivos:** Caracterizar los hallazgos ecográficos de las GSs (parótidas y submaxilares P y S) en pacientes con diagnóstico definido de SS primario y compararlo con un grupo control.

**Materiales y Métodos:** Se realizó ecografía de glándulas salivales P y S, a 12 mujeres con SS primario según criterios ACR/EULAR 2016, en seguimiento por el Servicio de Reumatología HIGA Rossi de La Plata, desde diciembre de 2016 a junio de 2017. Se comparó con un grupo control (gc) de 12 mujeres sin síntomas sicca y sin diagnóstico de patología autoinmune, de similar grupo etareo. Se consignaron las siguientes variables ecográficas: ecogenicidad del parénquima, homogeneidad, presencia de áreas hipoecogénicas, reflexión hipoecogénica y claridad de la glándula. Se utilizó un score semicuantitativo y se asignó un valor de 0 a 3 para cada una de estas variables y el puntaje final se obtuvo sumando los puntos mencionados para las 4 glándulas salivales referidas (de 0 a 48), siendo 17 el punto de corte diagnóstico. El estudio fue realizado por un operador ciego e interiorizado en la patología. El equipo utilizado fue Philips HD-7 con transductor lineal de alta frecuencia de 12 MHz. Las glándulas P y S fueron evaluadas bilateralmente en el plano axial y coronal, con el paciente en decúbito supino con el cuello en leve extensión y rotación en sentido opuesto a la glándula evaluada.

**Resultados:** Fueron 12 pacientes (p) mujeres, entre 45 y 84 años (a) de edad (media 62,83), con un promedio de evolución de la enfermedad de 7,91 a (rango 1-19). La ecografía superó el valor de corte en 4/12 p (33,33 %), las cuales presentaban una edad promedio de 69,75 a (52-80), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 14,25 a (3-19) y anticuerpos anti Ro y anti La positivos. Las p restantes eran más jóvenes, media de 62,83 a (47-83) y con un diagnóstico más reciente de 4,75 a (1-7). Hubo 4/12 p que si bien no llegaron al valor de corte requerido presentaron un score por encima de 10 y 4/12 p un valor de 4. El gc estuvo conformado por 12 mujeres entre 33 y 76 a de edad (promedio 53,16), en las cuales el estudio fue normal.

**Conclusiones:** El estudio ecográfico de las GSs demostró alteraciones en todas las pacientes con SS. Sin embargo, solo 4 p obtuvieron un score mayor a 17. Hubo una relación directamente proporcional entre la positividad de la ecografía, el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad de las pacientes. No obstante 4 p (33%) con diagnóstico de SS más reciente, evidenciaron un score ecográfico elevado, a pesar de no llegar a cumplir el valor deseado y solo dos p con SS no presentaron alteraciones. Por último es remarcable que ninguna p del gc presentó alteraciones en su estudio. Por lo tanto la ecografía podría ser una herramienta útil que colabore en la labor diagnóstica de esta patología.

**Palabras Claves:** Síndrome de Sjögren. Ecografía glándulas salivales.

## 243

**0243 - ACROOSTEÓLISIS Y FRACTURAS ESPONTÁNEAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PICNODISOSTOSIS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

BRANCE, María Lorena(1) | MOLOESNIK, Laura(2)

**CENTRO DE REUMATOLOGIA (1); HOSPITAL PRIVADO DE ROSARIO (2)**

**Introducción:** La picnodisostosis es una enfermedad ósea poco frecuente también conocida como síndrome de Toulouse-Lautrec. Es una enfermedad autosómica recesiva con una prevalencia estimada en 1/1.000.000. Se caracteriza por la presencia de osteoesclerosis generalizada, corta estatura, acroosteólisis, fracturas ante trauma mínimo y fascie típica. Algunos pacientes presentan displasia clavicular, fontanelas abiertas, hipoacusia conductiva o hipoplasia mandibular. El diagnóstico es clínico.

**Objetivo:** El objetivo de la presentación de este caso es recordar esta entidad poco frecuente y tenerla en cuenta en el momento de evaluar las acroosteólisis.

**Materiales y Métodos:** CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 27 años de edad que comenzó a los 8 años con dolores óseos en falanges distales de manos. Años más tarde agrega dolor en falanges de dedos de pie bilateral. No se conocían antecedentes patológicos personales ni familiares. La paciente presentó dentición normal, inicio de deambulación a edad habitual y menarca a los 12 años. Por los dolores realizó varias consultas donde se evidenció a partir de los 8 años, acroosteólisis de tercer dedo de mano izquierda. En las radiografías de pie se evidenciaban tres fracturas en 1° falange de pies bilateral (la paciente practicaba danzas clásicas). Habían descartado patologías autoinmunes, sin antecedentes de psoriasis. Por dicho cuadro fue referida a nuestro centro. En las diferentes placas radiográficas a lo largo de la evolución se observaba osteoesclerosis generalizada que respetaba médula ósea. Se realiza laboratorio general, el cual no presenta alteraciones en el hemograma, hepáticas ni renales. El laboratorio de metabolismo fosfocálcico evidenciaba: calcemia: 9,2 mg/dl, fosfatemia: 3,9 mg/dl, magnesemia: 1,9 mg/dl, FAL: 86 UI/L, PTH: 35 pg/ml, vitamina D total: 30 ng/ml. Sin alteraciones urinarias. Enzimas musculares en rango normal. La densidad mineral ósea evaluada por DXA mostraba marcado aumento: L2-L4: 1,787 g/cm2, T-score: 6,4, Z-score: 6,5. El examen audiométrico mostró hipoacusia conductiva bilateral. Examen físico: peso 43 kg, talla 1,46 m, IMC 20,17 kg/m2. Presentaba fascie típica con ángulo mandibular prominente. No se evidenció visceromegalia, ni sinovitis. La ecografía fue negativa para hepato o esplenomegalia. Con la evidencia de osteoesclerosis generalizada, acroosteólisis, fracturas ante trauma mínimo en metatarsianos, hipoacusia conductiva bilateral, baja talla, se realiza el diagnóstico clínico de picnodisostosis.

**Resultados:**

**Conclusiones:** DISCUSIÓN: La picnodisostosis se encuentra dentro del grupo de enfermedades osteoesclerosantes. En primer lugar se debe realizar el diagnóstico diferencial con los diferentes subtipos de osteopetrosis. En la variante osteopetrosis benigna del adulto se observa un marcado aumento de la esclerosis ósea y de la densidad mineral ósea, pero no presenta acroosteólisis, ni las otras alteraciones descriptas y en muchos casos si presenta compromiso de médula ósea. El reporte de estos casos poco frecuente es de utilidad para recordar estas patologías, conocer la prevalencia real y para contribuir a la investigación de las mismas.

**Palabras Claves:** Picnodisostosis, osteoesclerosis, acroosteólisis

## 244

**0244 - MORTALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA CON COMPROMISO PULMONAR POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA DE ALTA RESOLUCIÓN**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios - Unidad Temática 2: AR

RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | BAENAS, Diego Federico | OROZCO, Maira | OLMOS, María Eugenia | FLORES, Janet | PIROLA, Juan Pablo | RIBA, Paula | LASCA, Luis | MUSZYNSKI, Patricio | SAURIT, Veronica | RETAMOZO, Soledad | ALVAREZ, Ana Cecilia | ALVARELLOS, Alejandro | OROZCO, Santiago | BLUA, Ariel Eduardo | LOPEZ, Ana María | CAEIRO, Franciso

**HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA**

**Introducción:** La Artritis Reumatoidea (AR) puede causar afectación intratorácica, aumentando la morbimortalidad de los pacientes. La tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) es un método fundamental para evaluar estas manifestaciones.

**Objetivos:** Describir manifestaciones clínicas más frecuentes asociadas a compromiso pulmonar; detallar hallazgos de TACAR más frecuentes; determinar posibles factores de asociación entre las características clínicas, serológicas, imagenológicas y funcionales, relacionadas a los pacientes con AR y compromiso pulmonar que fallecieron.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, de enero de 2010 a febrero de 2017. Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) y compromiso pulmonar en TACAR. En todos los casos se contó con información de la evolución (fallecidos/no fallecidos). Las pruebas funcionales se clasificaron según guías ATS 2015. Se expresaron las variables continuas como medias y desviación estándar (DE), las categóricas como frecuencias (%). Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondiera, tomando como significativo un valor de p < 0,05 con IC 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes, 60 (69,0%) fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue 51,37 ± 13,59 años, y la media de edad hasta la afectación pulmonar 62,78 ± 12,77 años. La mediana del tiempo de evolución de AR hasta la aparición de manifestaciones pulmonares fue 7 años (R1: 4,00-17,00). En relación a la exposición a tabaco, 52 eran tabaquistas activos, 35 (40,2%) no tabaquistas, y 27 (31,0%) ex tabaquistas al momento del diagnóstico de compromiso pulmonar. Los síntomas respiratorios más frecuentes fueron disnea 35(40,2%), tos 44 (50,6%), dolor pleurítico 4 (4,6%), fiebre 9 (10,3%). En 8 (9,2%) pacientes la afectación pulmonar fue la primer manifestación de AR. Se diagnosticó Síndrome de Sjögren asociado en 9 (10,3%) pacientes. En 76 (87,4%) pacientes el factor reumatoideo fue positivo, en 7/8 (87,0%) el anti-CCP, en 6/56 (10,7%) el ANA. Se observó VSG>50 mm/h al momento del diagnóstico de afectación pulmonar en 40 (46,0%) y Proteína C Reactiva alterada en 30 (34,5%). El patrón espirométrico fue normal en 25/56 (44,6%) y alterado en 31/56 (55,4%), en 17/56 (30,4%) fue restrictivo y en 14/56 (25,0%) obstructivo; 14/52 (26,9%) exhibieron un FEV1-75 alterado; 39/53 (73,6%) CVF post BD alterado leve, moderado 6/53 (11,3%) y severo 2/53 (3,8%); VEF1 post BD: leve 39/52 (75,0%), moderado 3/52 (5,8%), severo 3/52 (5,8%) y muy severo 1/52 (1,9%). El 6MWt estuvo alterado en 9/62 (36,0%) y la DLCO en 9/54 (27,3%) - DLCO 80-120:17/24 (70,8%), 60-80: 2/24 (8,3%), 40-60: 4/24 (16,7%) y <40: 1/24 (4,2%). El patrón tomográfico más frecuente fue neumonía intersticial usual (NIU) en 22(25,3%) pacientes, seguido por neumonía intersticial inespecífica (NINE) en 17 (19,5%), neumonía organizada (NO) 3 (3,4%), nódulos reumatoideos en 2(2,3%), carcinoma en 3 (3,4%), hipertensión arterial pulmonar (HAP) en 15(17,2%), bronquiectasias en 28(32,2%), bronquiólitis en 17(19,5%), derrame pleural 6 (6,9%), engrosamiento pleural en 8(9,2%),derrame pericárdico 6 (6,9%), linfadenopatías en 2(2,3%). Fallecieron 15 (17,2%) pacientes; 3(3,4%) por cáncer de pulmón, 3(3,4%) por otras neoplasias, 3 (3,4%) por neumonía adquirida en la comunidad, 2(2,3%) por progresión a fibrosis pulmonar, 2 (2,3%) por accidente cerebrovascular, 1 (1,1%) por infarto miocárdico y 1 (1,1%) por sepsis de causa no respiratoria. No se encontraron diferencias significativas al comparar características clínicas, serológicas, imagenológicas y funcionales entre el grupo fallecidos en relación a los no fallecidos.

**Conclusiones:** El patrón de EPID más frecuente en AR fue NIU. El 17,2% de los pacientes fallecieron, pero no se observaron diferencias clínicas, analíticas, funcionales ni tomográficas significativas al comparar el grupo de pacientes con AR fallecidos en relación a los no fallecidos en el periodo de tiempo estudiado.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea; enfermedad intersticial pulmonar; tomografía axial computada de alta resolución.

245

0245 - REGISTRO DE ENFERMEDADES ÓSEAS POCO FRECUENTES DE UN CENTRO DE ROSARIO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Oa / Cristales / Osteopatías
BRANCE, María Lorena(1) | CASTIGLIONI, Alejandra(2) | CÓCARO, Nicolás(2) | KILSTEIN, Jorge Guillermo(3) | MARINO, Marcelo(2) | MOLOESNIK, Laura(4) | PALATNIK, Mariano(1) | PLANTALECH, Luisa(5)

Introducción: INTRODUCCIÓN: Se define como una enfermedad poco frecuente (EPF) a aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a 1 en 2.000 personas...

Materiales y Métodos: CASOS CLÍNICOS: Se presenta un registro de enfermedades óseas poco frecuentes de un centro de la ciudad de Rosario de los últimos 5 años...

Table with 4 columns: EPF, Sexo, Edad, Diagnóstico, Tratamiento, Evolución. Lists various bone diseases like Osteoporosis, Osteomalacia, etc.

angiomasitosis quística. La tabla describe las variables más importantes a estudiar en los casos descriptos. Los 3 casos presentados de osteopetrosis corresponden a la variante de osteopetrosis autosómica dominante tipo 2 (OPAD02)...

Conclusiones: DISCUSIÓN: El 80% de las enfermedades poco frecuentes posee un origen genético identificado, con implicación de uno o varios genes. La mayoría de estas entidades comienza en la infancia pero en muchas de ellas y cuando las formas no comprometen la vida el diagnóstico se realiza durante la adultez...

Palabras Claves: enfermedades óseas poco frecuentes; osteopetrosis, osteólisis

247

0247 - ARTRITIS REUMATOIDEA: FRECUENCIA E INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y SU RELACION CON EL IMC

Modalidad: Póster
Unidad Temática: AR
GAZZONI, María Victoria | TABOADA BONFANTI, María Carolina | JURADO, Raúl Artemio | STANCICH, María Inés | WERNER, Marina Laura | ONETTI, Laura Beatriz | CADILE, Isaac Ignacio | MUSSANO, Eduardo Daniel

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC

Introducción: Existen distintos factores ambientales implicados en la patogenia de la artritis reumatoide (AR), aunque es el tabaco el factor más ampliamente estudiado y reconocido. El mismo es asociado a un incremento del riesgo de AR seropositiva y diferentes estudios ponen de manifiesto que influiría en la expresión clínica de la enfermedad...

Objetivos: Establecer la frecuencia del hábito tabaquico en pacientes con AR de nuestra población; Determinar el grado de actividad y la remisión de la enfermedad según DAS28 en toda la muestra...

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal prospectivo desde el 1 de junio de 2015 al 1 de junio de 2017. Se incluyeron 100 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR 1987 y ACR/EULAR 2010...

Resultados: Se analizaron los datos de 100 pacientes, 84% eran mujeres y 16% varones; con una media de edad de 52,9 ± DE 12,5 EE 1,25 p 0,0001 y tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico 6,95 ± DE 6,57 EE 0,66 p 0,0001. IMC 27,98 ± 5,52 EE 0,55 p 0,0001...

Conclusiones: Dentro de las limitaciones de este estudio, se concluye que la AR podría estar influenciada por el consumo de tabaco observándose mayor índice de actividad, EVA altos y más necesidad de consumo de AINES en los pacientes del grupo TA. La tasa de remisión de enfermedad según DAS28 fue mayor en el grupo NT...

Palabras Claves: artritis reumatoidea actividad tabaquismo

252

0252 - EVOLUCIÓN DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA CON FACTORES DE MAL PRONÓSTICO TRATADAS CON RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO E INMUNOSUPRESION

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr
Unidad Temática 2: Tratamiento
BRIGANTE, Jorge Alejandro(1) | VERGEL, Linda(1) | BALCAZAR PARDO, Ruth Edith(1) | GARATE, Gabriela(1) | FROLA, Alejandra(2) | GOMEZ, María Gimena(1) | YLCRA BOBARI, Demeiza Viviana(1) | AHMED, Nadia(1) | HAMAHUJ, Adriana(1) | ARTEAGA BROWN, Fernando(3) | BALDESSARI, Enrique(4) | PORRINO, Susana(1) | DUBINSKY, Diana(1)

SANATORIO GÜEMES (1); FUNDACION FAVORLO (2); SANATORIO AGOTE (3); FUNDACION FAVORLO (4)

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA), incluyen la Poliangeitis granulomatosa (GPA), Poliangeitis Microscópica (PAM) y Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeitis (EGPA)...

Table with 3 columns: RPT N (%), NC RPT N (%), p. Rows include GPA, PAM, SPR, GNRP, HAD, Cribase, PR3, MPO, Infr. H.D., p= >=3, Otitis.

variable. Error a 5% error β 0.20.

Resultados: Se incluyeron 32 VAA. Edad: 56,5 (25-77) años, varones 16/32 (50%). PAM 14 (44%), GPA 15 (47%) y EGPA 3 (9%). Presentación: SPR 11 (34%), GNRP 10 (31%) y HAD 7 (22 %)...

Conclusiones: La evolución de la GN por VAA es pobre. En nuestro estudio los pacientes que requirieron RPT tenían niveles más elevados de Cr por peor evolución del compromiso renal a un año...

Palabras Claves: Vasculitis ANCA asociada, Plasmaféresis, Recambio plasmático terapéutico, Glomerulonefritis rápidamente progresiva.

253

0253 - COMPROMISO PULMONAR EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Estudios Complementarios - Unidad Temática 2: ETAC
FLORES BALVERDI, Janet Pamela | BAENAS, Diego Federico | RETAMOZO, Soledad | HAYE SALINAS, María Jezabel | BENZAGUEN, Nadia Raquel | PIROLA, Juan Pablo | SAAD, Emanuel José | OROZCO, Maira | OLMOS, María Eugenia | ALVARELLOS, Alejandro | FIORENTINO, Soledad | CEBALLOS RECALDE, Flavia | LASCA, Luis | MUSZYNSKI, Patricio | RIBA, Paula | OROZCO, Santiago | RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | BLUA, Ariel Eduardo | LÓPEZ, Ana María | SAURIT, Verónica | CAEIRO, Francisco

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: El Síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta glándulas exocrinas, causando principalmente xerostomía y xerofalmita...

Objetivos: Conocer la prevalencia de compromiso pulmonar en pacientes con SSp en nuestro medio; describir las manifestaciones clínicas más frecuentes asociadas a compromiso pulmonar...

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSp (criterios americano-europeos 2002) desde enero de 2010 hasta junio de 2017...

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes, 180 (90%) fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue 54± 13,62 años. Las sintomas más frecuentes fueron xerostomía en 166(83%) pacientes y xerofalmita en 178 (89,0%)...

Conclusiones: NINE fue el patrón tomográfico más frecuente en SSp. El compromiso pulmonar se asoció principalmente al antecedente de tabaquismo y se observó con mayor frecuencia en pacientes con mayor edad, parámetros inflamatorios elevados y anemia.

Palabras Claves: Síndrome de Sjögren primario; biopsia de glándula salival; tomografía axial computada de alta resolución; enfermedad intersticial pulmonar.

255

**0255 - PATRONES DE CAMBIO A UN SEGUNDO DMARD BIOLÓGICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

ROLON CAMPUZANO, Roger Hugo(1) | CORONEL ALE, Andrea Lujan(1) | CERDA, Osvaldo Luis(1) | SCHNEEBERGER, Emilce(1) | CORREA, Maria de Los Angeles(1) | ROSEMFETT, Marcos Gabriel(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(2) | GARCÍAS SALINAS, Rodrigo(3) | PAPASIDERO, Silvia(4) | BARRIOS, Belen(4) | MALDONADO FICCO, Hernán(5) | CITERA, Gustavo(1)

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (2); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (3); HOSPITAL TORNÚ (4); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÍO CUARTO (5)**

**Introducción:** La utilización de agentes biológicos ha sido un importante avance en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo, no están exentos de eventos adversos (EA) y sus altos costos limitan el acceso y mantenimiento del tratamiento en muchas circunstancias.

**Objetivos:** Nuestros objetivos fueron evaluar la sobrevida del segundo agente biológico, las causas de su suspensión y el tiempo transcurrido entre la discontinuación del primer DMARD (Droga Modificadora de la AR biológica) y el inicio del segundo.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años de edad que cumplieron con criterios ACR/EULAR 2010 para AR y que habían iniciado su segundo curso de tratamiento biológico entre 01/2006 y 06/2017. Se consignaron variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, estado civil, cobertura de salud, educación, número de cohabitantes) y clínicas (comorbilidades, el estado de tabaquismo (actual, pasado), tiempo de evolución de la enfermedad, el tiempo transcurrido entre la interrupción del primer DMARD), y el inicio del segundo y la respuesta al mismo. Análisis estadístico: Chi2, test T de Student, y ANOVA. La supervivencia acumulada fue evaluada mediante curvas de Kaplan Meier y sus comparaciones utilizando log Rank.

**Resultados:** Fueron incluidos 347 pacientes, con una mediana de edad de 57.8 años (RIC: 48-65), 89.6% mujeres, 96.5% tenían Factor Reumatoideo positivo y 60.8% anti-CCP positivo, 70.6% tenían cobertura social, 79.8% eran fumadores y 47% presentaban comorbilidades, 187 (53.9%) suspendieron el 1º DMARD de los cuales 96 pacientes iniciaron un 2º DMARDb (Abatacept 36.5%, Etanercept 25%, Adalimumab 16.7%, Tocilizumab 14.6%, Certolizumab 6.3% y Rituximab 1%). El tiempo promedio para cambiar al 2º DMARDb fue de 9.5 meses (DS 17.8). En caso que la suspensión del primer DMARD fuera por EA, el tiempo promedio para cambiar al 2º DMARDb fue significativamente mayor: 22.6 meses (DS 36.3),  $p=0.03$ . Treinta y ocho pacientes (41.3%) discontinuaron el 2º DMARDb, siendo las causas de discontinuación más frecuentes: ineficacia 35.9%, falta de provisión 30.8% y EA20.5%. El tiempo mediano de supervivencia del 2º DMARDb fue 11 meses (IC95%: 4-17.9), sin diferencia significativa entre las diferentes drogas. Cuando se consideró a los pacientes que tuvieron como 1º DMARD un agente anti-TNF y la causa de discontinuación fue falta de provisión, el 68.9% de ellos reinició nuevamente un inhibidor de TNF. Por el contrario, se optó por un cambio de mecanismo de acción en la medicación indicada en aquellos pacientes que discontinuaron por EA (69.2%) n o por ineficacia terapéutica (77%). No hubo diferencia en la supervivencia del 2º DMARDb respecto a su uso en monoterapia o combinado con DMARD convencional. En aquellos pacientes, en quienes la causa de suspensión del 1º DMARDb fue EA, la sobrevida del 2º DMARDb fue significativamente menor (X 3.6 meses) comparado a los que suspendieron el 1º DMARDb por ineficacia (X 21.5 meses) o por falta de provisión (X 20.5 meses), (Log Rank:  $p=0.03$ ).

**Conclusiones:** En nuestros pacientes, la supervivencia de un 2º DMARDb fue aproximadamente 1 año, sin diferencia entre los diferentes agentes biológicos. En la mayoría de los pacientes que fallaron o presentaron evento adverso a un anti-TNF, se prefirió un cambio en el mecanismo de acción. El único factor significativamente asociado a una supervivencia disminuida del 2º DMARDb fue haber discontinuado el primer agente biológico por evento adverso.

**Palabras Claves:** segundo biológico, sobrevida, artritis reumatoidea

256

**0256 - DEFINICIÓN DEL BLANCO TERAPÉUTICO EN ARTRITIS PSORIÁSICA: ASOCIACIÓN ENTRE DAPSA Y MDA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

CORONEL ALE, Andrea Lujan | CERDA, Osvaldo Luis | FORNARO, Marina Natalia | ISNARDI, Carolina Ayelen | SCHNEEBERGER, Emilce Edith | CITERA, Gustavo

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Introducción:** La Artritis Psoriásica (APS) es una enfermedad inflamatoria heterogénea, con compromiso de múltiples dominios, representando un desafío actual para los reumatólogos determinar el objetivo terapéutico más adecuado. Las guías actuales del T2T proponen utilizar DAPSA o MDA para definir el mismo, pero con notorias diferencias en las preferencias entre los expertos.

**Objetivos:** Determinar las asociaciones entre MDA y DAPSA y con otras medidas de evaluación de la enfermedad, para definir el blanco terapéutico más adecuado en APS.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes  $> 18$  años con diagnóstico de APS según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y tratamiento actual. Se evaluó: rigidez matinal, dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico a través de Escala Visual Numérica (EVN), recuento articular de 68 articulaciones tumefactas y 68 dolorosas, presencia de dactilitis y entesitis por MASES. La psoriasis cutánea se evaluó por medio de PASI y la movilidad axial por BASMI. Se consignaron reactivantes de fase aguda (ERS en mm/h y PCR en mg/dl). Se realizaron auto cuestionarios para evaluar calidad de vida ASQoL, capacidad funcional HAQ-A y BASFI y actividad de la enfermedad BASDAI. Se calcularon los índices compuestos: DAPSA, DAPSA-ERS, DAS28, CDAI, SDAI, CPDAI. Se registró la presencia de MDA. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student y ANOVA. Test de Chi2, test exacto de Fisher. Correlación por test de Spearman. Una  $p<0.05$  se consideró significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 129 pacientes, con una edad mediana de 56 años (RIC: 44-65) y un tiempo mediano de evolución de APS de 12 años (RIC: 7-18). Tiempo mediano de evolución de la psoriasis fue 21 años (RIC: 14-30) y el tiempo mediano de evolución de la APS al diagnóstico fue 10 años (RIC: 5.5-17). 50 (38.8%) de los pacientes presentaba compromiso mixto, 76 (58.9%) periférico (3.2%) axial. La mediana de DAPSA fue 17.4 (RIC: 12.8-24.9) y según sus valores de corte 3.9% de los pacientes estaban en remisión, 26% en baja actividad, 55.8% en moderada actividad y 14.3% en alta actividad de la enfermedad. Se dicotomizó a la cohorte según DAPSA: en aquellos en remisión y baja actividad de la enfermedad (3 y 20 respectivamente, total 23 pacientes) y en aquellos con moderada y alta actividad (43 y 11 respectivamente, total 54 pacientes). Por otro lado 21 pacientes (16.3%) cumplieron criterios MDA. Al comparar la asociación de MDA y DAPSA, observamos que la mayoría de los pacientes (76.9%) que cumplían criterios MDA se encontraban en las categorías remisión y baja actividad por DAPSA, encontrando solo 3 pacientes en moderada actividad. Mientras que los pacientes que no cumplieron criterios MDA, el 100% tenían moderada y alta actividad por DAPSA. Los pacientes que cumplían MDA se diferenciaron significativamente de aquellos que no lo cumplían, en dolor, actividad de la enfermedad por el paciente, recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, MASES, ASQoL, PSAQoL, BASDAI, BASFI, HAQ-A y BSA. De igual manera la población que alcanzó el blanco por DAPSA mostró diferencias significativas vs aquellos que no lo alcanzaron en dolor, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico, recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas. ASQoL, BASDAI, BASFI y HAQ-A.

**Conclusiones:** Observamos una buena asociación entre DAPSA y MDA para definir el objetivo del T2T en APS, por lo cual cualquiera de ellos podría ser utilizado en la práctica clínica. Estos datos deberían ser confirmados por estudios longitudinales a largo plazo considerando como medida de outcome el daño estructural.

**Palabras Claves:** Blanco Terapéutico Artritis Psoriásica MDA DAPSA

258

**0258 - EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DEL SASDAS EN UNA COHORTE EXTERNA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS AXIAL (ESPAX)**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

CAPELUSNIK, Dafne(1) | ISNARDI, Carolina(1) | SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) | CITERA, Gustavo(1) | ZELAYA, Marcos David(2) | COSENTINO, Vanesa(2) | MATELLAN, Carla(2) | MALDONADO FICCO, Hernán(3) | BROM, Martín(4) | SORIANO, Enrique Roberto(4) | GARCÍA, Lucía(5) | BANDE, Juan Manuel(6) | SANCHEZ PRADO, Eimer Dalinda(7)

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA (3); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (4); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (5); HOSPITAL TORNÚ (6); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (7)**

**Introducción:** Existen varias medidas para evaluar actividad en la Espondiloartritis axial (EsPax), entre ellas, el auto cuestionario BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), y el índice compuesto ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) promovido por ASAS. El SASDAS (Simplified Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) fue desarrollado en el IREP como una variante simplificada del ASDAS.<sup>1,2</sup>

**Objetivos:** Evaluar el desempeño del SASDAS-ERS y PCR en una cohorte externa multicéntrica de pacientes con EsPax, y comparar el rendimiento en la evaluación de la actividad de la enfermedad entre ambas versiones del ASDAS y SASDAS.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009) de una cohorte externa. Se consignaron datos sociodemográficos, tipo de EsPax, variante de EsPax (pura, juvenil, asociada a Artritis Psoriásica -APS-, a Enfermedad Inflamatoria Intestinal -EII- o a Artritis Reactiva -Are-), tiempo de evolución, presencia de manifestaciones extrarticulares y tratamiento actual, tanto farmacológico como no farmacológico. Se interrogó sobre rigidez matinal. Se evaluó número de articulaciones tumefactas (44) y sitios de entesitis (MASES). Se consignaron los valores de ERS (mm/h), PCR (mg/dl o mg/l) por turbimetría, nefelometría o ELISA, realizada dentro de la semana de la visita, y presencia de HLA-B27. Se empleó Escala Visual Numérica (EVN) para evaluar dolor, dolor nocturno, actividad de la enfermedad según el paciente y el médico. Se administraron auto cuestionarios: BASDAI, BASFI y ASQoL. Se calcularon los índices compuestos: ASDAS-ERS/PCR y SASDAS-ERS/PCR. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student y ANOVA. Test de Chi2. Correlación de Spearman. Índice de concordancia Kappa. Regresión lineal múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes, 55 de sexo masculino (62.5%). La edad mediana (m) fue 47 años (RIC 37-59) y el tiempo mediano de evolución de la enfermedad fue de 7.5 años (RIC 4-15). Setenta y ocho pacientes presentaron Espondilitis Anquilosante. Dentro de las variantes, las más frecuentes fueron asociada a APS (58%) y EsPax pura (30.7%). Del 45.5% de pacientes con HLA-B27 disponible, fue positivo en el 77.5% de ellos. Los valores de las principales medidas de evaluación fueron: BASFI m 4.7 (RIC 1.8-6.3), ASQoL m 8 (RIC 3.5-11.5), BASDAI m 4.6 (RIC 2.7-6.6), ASDAS PCR m 2.9 (RIC 2.1-4.1), ASDAS ERS m 2.5 (RIC 1.8-3.6), SASDAS PCR m 19.8 (RIC 12.4-26.1) y SASDAS ERS m 20.1 (RIC 12.5-29.6). La correlación entre las dos versiones del SASDAS fue excelente (Rho: 0.94) y también entre las mismas y el ASDAS PCR-ERS (Rho: 0.91 y 0.95, respectivamente). Los puntos de corte de los 4 índices se asociaron significativamente con los valores medios de BASDAI, BASFI y ASQoL. La concordancia entre los valores de corte de SASDAS ERS y ASDAS ERS fue buena (kappa: 0.70), mientras que el resto de las concordancias entre los índices fueron menores a 0.50. En el análisis multivariado el peso de los componentes del SASDAS fueron uniformes, mientras que en los ASDAS los reactivantes de fase aguda tuvieron un peso mayor a los componentes clínicos.

**Conclusiones:** El índice SASDAS ha demostrado una muy buena correlación con las medidas clínicas convencionales de actividad de la enfermedad en esta cohorte externa de nuestro país. <sup>1</sup> Sommerfleck F, Schneeberger E, Buschiazzo E, et al. A simplified version of ankylosing spondylitis disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol 2012;31(11):1599-603 <sup>2</sup> Schneeberger E, Zamora N, Citera G. SASDAS (simplified version of ankylosing spondylitis disease activity score)-ESR performance and development of SASDAS-CRP and their agreement with ASDAS-ESR and ASDAS-CRP in patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol 2016;35(11):2865-6.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis, SASDAS, ASDAS.

259

**0259 - VALIDACIÓN DEL ÍNDICE REXSPA (REDUCTIVE X-RAY SCORE FOR PSORIATIC ARTHRITIS) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Espondiloartritis / Aps

ISNARDI, Carolina | SCHNEEBERGER, Emilce Edith | DAL PRA, Fernando | SCHEINES, Eduardo | CORONEL ALE, Andrea Lujan | FORNARO, Marina Natalia | CERDA, Osvaldo Luis | CITERA, Gustavo

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Introducción:** Con el fin de poder estandarizar la progresión radiológica en pacientes con Artritis Psoriásica (APS) se han desarrollado diferentes índices. Sin embargo, la mayoría consumen demasiado tiempo de cálculo y a excepción del índice de Rátigen, fueron desarrollados para la evaluación de artritis reumatoidea y posteriormente modificados para su uso en APS, por este motivo, no valoran lesiones características como la osteoproliferación, la cual incluso está incluida en los criterios CASPAR.

**Objetivos:** Validar el índice ReXSPA en una cohorte de APS y medir el tiempo de lectura.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes  $> 18$  años de edad, con diagnóstico de APS según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas, rigidez matinal, dolor y actividad de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de escala visual numérica, recuento articular de 68 articulaciones tumefactas y 68 dolorosas. Se evaluó presencia de dactilitis, de entesitis por MASES, la movilidad axial por BASMI, psoriasis cutánea por PASI, BSA y PGA y el compromiso ungueal por PNSS. Se registraron los valores de eritrosedimentación (ERS) y proteína C reactiva (PCR). Se administraron los auto cuestionarios HAQ-A, BASDAI, BASFI, PSAQoL y DLQI. Se calcularon los índices compuestos DAPSA-PCR, DAPSA-ERS y CPDAI y se valoró la presencia de MDA. A todos los pacientes se les realizaron radiografías de manos y pies en proyección anteroposterior. Dos lectores ciegos para las características clínicas de los pacientes y previamente entrenados, analizaron las mismas por medio de los índices Sharp van der Heijde modificado para APS (SvdHm) y ReXSPA. También se tomó el tiempo para medir y calcular el cuestionario. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Correlación de Spearman. Coeficiente de correlación intraclass (CCI) para la concordancia de los lectores. Modelo de regresión lineal.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes, con edad mediana (m) de 56 años (RIC 43-62.2), 50% mujeres con un tiempo mediano de evolución de la APS de 8 años (RIC 4-14.2). 57.6% poseían una forma periférica pura, mientras que el resto era mixta. Las medidas de evaluación de la enfermedad fueron: DAPSA-ERS m 20.5 (RIC 14.6-27.9), DAPSA-PCR m 18.2 (14.1-5.5), HAQ-A m 0.88 (RIC 0.25-1.19). La concordancia interobservador fue excelente en casi todos los ítems, a excepción de la valoración de erosiones en pies en ambos índices que solo fue aceptable (CCI: 0.68). Por esta razón, se realizó una segunda lectura post-reentrenamiento, en la cual estas diferencias disminuyeron, mejorando el CCI para erosión en pies a 0.96, 0.94 para el valor total de ReXSPA y 0.97 para SvdHm. La m del índice total SvdHm fue de 35 (RIC 16.2-72.5) y del ReXSPA de 22 (RIC 7-46.2). El tiempo de lectura fue significativamente menor para ReXSPA comparado con SvdHm [m 5.5 minutos (RIC 4.2-6.7) vs 7 minutos (RIC 6.1-8.3),  $p < 0.001$ ]. La correlación entre ambos índices fue excelente (Rho: 0.93). Tanto ReXSPA como SvdHm tuvieron regular correlación con la edad (Rho: 0.618 y 0.472 respectivamente) y tiempo de evolución de la enfermedad (Rho: 0.366 y 0.336 respectivamente). Ninguno de ellos se correlacionó con otras variables sociodemográficas o clínicas. En el análisis multivariado se mantuvo la asociación con el tiempo de evolución de la enfermedad en ambos índices y en el caso de ReXSPA también con la edad.

**Conclusiones:** El índice ReXSPA ha demostrado validez y una excelente correlación con el índice Sharp van der Heijde modificado para APS, con menor tiempo para su cálculo, incluyendo en su evaluación la presencia de proliferación ósea. Evaluaciones longitudinales posteriores permitirán demostrar la validez de estos hallazgos y determinar si la evaluación de la proliferación ósea agrega una ventaja adicional.

**Palabras Claves:** Artritis Psoriásica, ReXSPA

## 261

### 0261 - COMPARACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y SOBREVIDA AL TRATAMIENTO ENTRE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO COMBINADO CON METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA Y OTRA COHORTE EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Tratamiento

CAVALIERI, Magdalena | ROLON CAMPUZANO, Roger Hugo | SCHNEEBERGER, Emile E | CAPELUSNIK, Dafne | ISNARDI, Carolina A | FORNARO, Marina N | DAL PRA, Fernando | CITERA, Gustavo

#### INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Introducción:** Según guías de práctica clínica para pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), luego de la falla a una DMARc (Droga modificadora de la AR convencional) se puede optar tanto por la combinación con otra DMARc, o bien por la adición de DMARb (biológica) o DMARsd (sintético dirigido). La terapia combinada DMARc más frecuente en nuestro país es Metotrexato (MTX) y Lefunomida (LFN). Sin embargo, existen pocos estudios que comparen eficacia y seguridad entre estas opciones terapéuticas.

**Objetivos:** Comparar la supervivencia y la seguridad del tratamiento entre dos cohortes de pacientes con AR con falla a monoterapia con DMARc. Una cohorte en tratamiento con la combinación MTX+LFN (cohorte A) y la otra en tratamiento con su primer DMAR-b (cohorte B).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 87 o ACR/EULAR 2010  $\geq 18$  años que iniciaron tras falla a DMARc, tratamiento combinado con MTX y LFN o bien iniciaron su primer tratamiento con DMARb. Se realizó un análisis retrospectivo a través de la revisión de Historias clínicas. Se consignaron variables sociodemográficas, comorbilidades, seropositividad para Factor Reumatoideo (FR), tiempo de evolución de la enfermedad y demora diagnóstica, tratamientos previos y concomitantes. Se evaluó la actividad de enfermedad por DAS28. Se consignaron eventos adversos (EA), severidad de los mismos e interrupciones del tratamiento. Por último, se evaluaron las causas de suspensión y la sobrevida del tratamiento de ambas cohortes. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, Chi2 y test de T de Student. Regresión logística múltiple. Curvas de Kaplan Meier y Log Rank Test.

**Resultados:** Se incluyeron 202 pacientes, edad mediana de 58 años (RIC 50.7-65), 86,6% sexo femenino, tiempo mediano de evolución de 15 años (RIC 9-22) y un tiempo mediano de demora diagnóstica de 5 meses (RIC 2-20). 94% tenía FR+ y un 77% presentaban compromiso erosivo. 69,8% presentaban comorbilidades asociadas. 100 pacientes (49,5%) estaban en tratamiento con MTX + LFN y 102 (50,5%) con terapia biológica. Las características sociodemográficas de ambas cohortes eran similares, a excepción que la cohorte A presentaba más frecuentemente que la B antecedente de TBC (5,2 % vs 0%,  $p=0,02$ ) e insuficiencia cardiaca (7,4% vs 1%  $p=0,03$ ). No se hallaron diferencias basales entre las características clínicas (DAS28, tiempo en inicio del tratamiento, FR, vacunación antigripal y antineumocócica polisacárida). No observamos diferencias en la supervivencia al tratamiento entre ambas cohortes [cohorte A media (IC) 121,2 meses (IC95% 100,3-142) y cohorte B X 77,1 meses (IC95% 63,3-91),  $p=0,2$ ]. 47,6% de la cohorte A suspendió definitiva o transitoriamente la terapia vs 52,4% de la cohorte B ( $p=0,67$ ), siendo la causa de suspensión más frecuente para la cohorte A la ineficacia (31,1%) y para la cohorte B los EA (55,8%). Del total de la población, un 56,9% sufrió al menos un EA y 60% de estos pacientes recibía concomitantemente corticoides. La frecuencia de los EA en la cohorte A fue 57%, siendo el más común la elevación de las transaminasas (31,7%) y en la cohorte B 56,9%, en la mayoría de los casos por "otras causas" (46,6%) ( $p=NS$ ). Las infecciones fueron más frecuentes en la cohorte B 39,7% vs la cohorte A 19,6% ( $p=0,02$ ). Solo 2 pacientes (7,7%) de la cohorte B presentaron infecciones serias. En ambas cohortes, la infección más frecuente fue en piel y partes blandas (cohortes A 41,7% vs cohorte B 33,3%). No se registraron muertes. En el análisis univariado, se halló asociación significativa entre EA, comorbilidades y uso de corticoides ( $p=0,04$  y  $<0,001$  respectivamente). En el análisis multivariado ajustado para edad y tiempo de evolución, el uso de esteroides se asoció a la presencia de EA (OR: 1,9, IC95%: 6,2-57,6  $p<0,001$ ) y el uso de terapia biológica se asoció a mayor riesgo de infecciones (OR 2,7 IC95%: 1,2-6,3,  $p=0,02$ ), independientemente del uso de esteroides.

**Conclusiones:** La supervivencia al tratamiento en ambas cohortes fue comparable. La frecuencia de infecciones fue mayor en la cohorte B. El tratamiento concomitante con esteroides aumentó el riesgo de EA, independientemente del tratamiento elegido. Una limitación del estudio fue la imposibilidad de ajustar por sesgo de indicación.

**Palabras Claves:** ARTRITIS REUMATOIDEA, TRATAMIENTO BIOLÓGICO, COMBINACIÓN DMAR, METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, SEGURIDAD

## 262

### 0262 - RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS TEMPRANA

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR

GUINAZU, Francisco | GOBBI, Carla | ALBA, Paula Beatriz | OTADUY, Cintia | ALONSO, Carla | DEMARCHI, Marcela | DOTTO, Gladys | ALBIERO, Juan Alejandro | ALBIERO, Eduardo | YORIO, Marcelo Augusto

#### HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

**Introducción:** El síndrome metabólico (SM) es un problema de salud pública mayor en el mundo y hoy es reconocido como un factor de riesgo cardiovascular independiente. El SM está caracterizado por un grupo de factores de riesgo cardiovascular que incluyen a la obesidad, dislipemia, hipertensión arterial, y metabolismo de la glucosa alterado. Su prevalencia es alta en Argentina y en el mundo siendo un factor independiente de morbilidad y mortalidad cardiovascular. La prevalencia de SM en pacientes con artritis reumatoide establecida (AR) varía del 14 al 63%, sugiriendo que ya sea su presencia o el tratamiento puede influenciar el riesgo de desarrollo de SM. Algunos estudios transversales controlados demuestran una prevalencia mayor que los controles, mientras otros no encuentran diferencias. En artritis temprana (AT) hay escasa información sobre la asociación.

**Objetivos:** Identificar la prevalencia de SM en pacientes con AT y estudiar la asociación entre SM

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 21 pacientes con diagnóstico de AT, definida por la presencia de inflamación articular en 3 o más articulaciones de menos de 12 meses de evolución, mayores de 16 años de edad y de ambos sexos, asistidos en una Unidad de Reumatología, desde marzo del 2016 a marzo del 2017 y sus respectivos controles apareados por edad y sexo. Se les realizó una encuesta entrevista estructurada, se recolectaron datos demográficos, y examen clínico que incluyó medición de la presión arterial, 2 mediciones obtenidas 5 minutos luego de que el paciente descansara en posición supina 10 minutos, recuento articular, peso, talla, perímetro de cintura y cadera. Se realizó laboratorio que incluyó VSG, PCR, FR, Anti CCP, perfil lipídico, glucemia, insulina, hemoglobina glicosilada. El sedentarismo será definido como la ausencia de actividad física de al menos 3 horas a la semana en los dos últimos meses. La actividad de la enfermedad será evaluada por DAS 28. Esta investigación ha sido sometida para su aprobación al Comité de ética de la investigación en salud del Hospital Córdoba. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. El análisis estadístico de los datos clínicos y demográficos será expresado como medias y desviación estándar para variables continuas o como frecuencias y porcentajes para variables categóricas. La comparación entre pacientes y controles será realizada usando test de Student y Mann Whitney. Valores de  $p < 0,05$  serán considerados significativos.

**Resultados:** Se estudiaron 21 pacientes (AT) con sus respectivos controles (C), 16 mujeres y 5 varones. La edad promedio fue de 41, 95 años para ambos grupos. En el grupo AT, el DAS 28 fue 5,22, 28% ANA positivos, 71% FR positivo, promedio 266 U, anti CCP 70% positivos. En la tabla se comparan datos de laboratorio, peso, IMC y perímetro abdominal. 19% en AR y 23% de los C son tabaquistas. 7 AT presentaron controles tensionales elevados, 2 conocidos y tratados, ningún hipertenso en el grupo C

**Conclusiones:** En este pequeño estudio preliminar no se encontraron diferencias entre pacientes con artritis temprana y controles, sugiriendo que son necesarios estudios de mayor envergadura a los fines de determinar si existe asociación.

## 263

### 0263 - DESARROLLO DE LINFOMA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Otros

LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín(1) | SECCO, Anastasia(1) | MAMANI, Marta(1) | MELO, Fernando(1) | ADROVER, Mariana(1) | BARREIRA, Juan Carlos(2) | DEMARCHI, Julia(2) | SEGURA ESCOBAR, Carolina(2) | SANTIAGO, Lidia(3) | SALVATIERRA, Gabriela(4) | NITSCHÉ, Alejandro(5) | ASNAL, Cecilia(6) | AMITRANO, Cristina(6) | PUCCI, Paula(6) | CROW, Catherine(6) | RAHIL, Laura(6) | CRUZA, Vanesa(6) | PAPA-SIDRO, Silvia(7) | CAEIRO, Francisco(8) | RETAMOZO, Soledad(9) | SAURIT, Verónica(9) | BAENAS, Diego(9) | RISCANEVO, Nadia(9) | GOBBI, Carla(10) | ALBIERO, Eduardo(10) | CATALÁN PELLET, Antonio(1)

**HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (2); ORGANIZACIÓN MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (3); IPRI (4); HOSPITAL ALEMAN (5); CLÍNICA BESSONE (6); HOSPITAL TORNU (7); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (8); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (9); HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (10)**

**Introducción:** El linfoma no Hodgkin (LNH), es una de las complicaciones más temidas del Síndrome de Sjogren primario (SSp). El más frecuente es el linfoma tipo MALT, siendo usual la localización en las glándulas parotídas. No existen datos multicéntricos en población argentina en cuanto a la frecuencia de aparición de dicha neoplasia en pacientes con SSp y sus posibles predictores.

**Objetivos:** Describir la prevalencia y la tasa de incidencia de linfoma en los pacientes con SSp en nueve centros de Argentina. Describir la frecuencia del compromiso de los dominios del ESSDAI clínico basal en los pacientes que desarrollaron linfoma en el transcurso de su seguimiento y compararla con el resto de la muestra. Evaluar los predictores clínicos y de laboratorio tradicionales para el desarrollo del mismo en pacientes con SSp.

**Materiales y Métodos:** Diseño: observacional, analítico, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SSp según criterios ACR/EULAR 2002, incluidos en una base multicéntrica argentina. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otra enfermedad reumática autoinmune asociada. Para la estadística descriptiva, las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DS) y las categóricas como proporciones. Para analizar diferencias en la frecuencia del compromiso del ESSDAI clínico basal entre los pacientes con versus sin diagnóstico de linfoma, se utilizó Chi2 o test exacto de Fisher. Se realizó análisis de sobrevida y se utilizó regresión de Cox para evaluar los posibles predictores de desarrollo de linfoma.

**Resultados:** Se incluyeron 708 pacientes, 95% de sexo femenino, con una media de edad de 54,44 años (DS +/- 13,67), media de edad al diagnóstico de 49,72 años (DS +/- 13,32) y edad media de inicio de los síntomas de 47,19 (DS +/- 13,03). Quince pacientes presentaron linfoma (prevalencia: 2,12%). Seiscientos treinta y seis pacientes aportaron información para el análisis de sobrevida. El tiempo promedio de seguimiento fue de 5 años (DS +/- 6,5). La tasa de incidencia de linfoma fue de 0,47 cada 100 pacientes-año. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de SSp al desarrollo de linfoma fue de 4 años (ric: 1-6). El tipo más frecuentemente encontrado fue el MALT. En la tabla 1 se reportan los resultados respecto al ESSDAI clínico. El principal predictor del desarrollo de linfoma fue la parotidomegalia recurrente (HR: 4,17, IC 95%: 1,42-12,22).

**Conclusiones:** La prevalencia de linfoma fue del 2,12 % y la tasa de incidencia de 0,47 linfomas por 100 pacientes-año. Los pacientes que desarrollaron linfoma presentaron una mayor frecuencia de compromiso de la mayoría de los dominios del ESSDAI clínico basal en comparación con los pacientes que no presentaron dicha complicación. Encontramos a la parotidomegalia recurrente como el principal predictor del desarrollo de esta neoplasia.

**Palabras Claves:** linfoma ssp essdai clinico sjogren sindrome de sjogren

## 269

### 0269 - ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMO MANIFESTACIÓN AISLADA EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Vasculitis / Pmr

GIORDANO, Federico(1) | PENA, Claudia Elizabeth(2) | PENDON, Gisela Paola(1) | SALAS, Adrian(2) | PEREIRA, Dora(1)

**HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ LA PLATA (1); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (2)**

**Introducción:** La granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una enfermedad sistémica autoinmune de etiología desconocida caracterizada por una inflamación granulomatosa necrosante que afecta a medianos y pequeños vasos. Si bien puede afectar a cualquier órgano, compromete habitualmente, los senos paranasales, el parénquima pulmonar y los riñones. La lesión característica del compromiso laringotraqueal es la estenosis subglótica (ES). Se ha reportado una frecuencia del 8 al 23% durante el curso de la GPA y entre el 1 al 6% puede ser la manifestación inicial. Afecta frecuentemente a mujeres, menores de 20 años. La forma de presentación puede ser desde casos asintomáticos hasta el compromiso vital por estrechamiento de la vía aérea. La disnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente de la estenosis subglótica (79%-82%) y puede acompañarse de cambios en la voz, disfonía, estridor o tos. El 25% responde al tratamiento inmunosupresor. Sin embargo, el 75% requiere tratamiento local. El tratamiento sistémico consiste en esteroides y agentes inmunosupresores (ciclofosfamida, azatioprina, etc). Existen reportes de casos que apoyan la utilización de rituximab. La terapéutica local, consiste en el uso de corticoides tópicos o intra-lesionales, desbridamiento de la vía aérea (con láser, electrocauterio, etc.), dilataciones locales con balón o bujías, stent y, ocasionalmente resección local con anastomosis termino-terminal. La realización de traqueostomía es demorada por las terapéuticas disponibles, a pesar que algunas series muestran su necesidad en 40% de los pacientes, por progresión irreversible de la estenosis.

**Objetivos:** presentación de caso clínico

**Materiales y Métodos:** Paciente de 20 años sin antecedentes patológicos que comenzó con disnea CF II, tos seca y broncospasmo de 5 años de evolución. Mejoró parcialmente con broncodilatadores, pero los síntomas recurrieron en varias oportunidades, por lo que consultó a neumonología. Realizó espirometría, sin hallazgos patológicos y laringoscopia, donde se evidenció formación subglótica que estrecha parcialmente la luz traqueal. Se indicó TAC de tórax con cortes de alta resolución, donde se observó engrosamiento de la pared postero-lateral izquierda de la tráquea, en topografía subglótica, inmediatamente por debajo de la laringe, de 4mm de espesor. Se solicitó laboratorio inmunológico, el cual informó ANCA P positivo 20 UI con especificidad antiMPO. Con diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeitis ANCA P+ se decidió indicar seis pulsos de ciclofosfamida de 500 mg cada 21 días, junto con pulsos de metilprednisolona 250 mg en 3 pulsos, continuando con prednisona 20 mg/d. La paciente se mantuvo asintomática durante el tratamiento, sin crisis obstructivas. Al finalizar los pulsos, se realizó TAC de tórax y laringe de control evidenciándose regresión casi total de la lesión subglótica, manteniéndose asintomática durante cinco meses. Presentó un episodio de disnea y tos seca, evidenciándose en laringoscopia una sinequia traqueal a 2 cm de cuerda vocal, de extensión mínima, la cual se reseccó por completo mediante láser. La paciente continuó asintomática, cumpliendo tratamiento con broncodilatadores inhalados, meprednisona 8 mg/d y metotrexato 20 mg/sem, con buena respuesta clínica.

**Conclusiones:** Se presenta el caso clínico dado que la ES es una manifestación poco frecuente de GPA al inicio y hay pocos datos publicados en la literatura acerca de su tratamiento con inmunosupresores, y particularmente con ciclofosfamida. La endoscopia de la vía aérea es la mejor herramienta para el diagnóstico. Permite observar directamente la lesión, evaluar el grado de obstrucción de la luz, sus características (edema o fibrosis), extensión y compromiso glótico. A su vez, permite obtener biopsia de la lesión y eventualmente reestablecer la permeabilidad de la vía aérea. La tomografía computada es útil para evaluar de manera precisa el estrechamiento de la vía aérea. Las biopsias de las lesiones subglóticas no son sensibles para la detección de GPA. Solo entre el 5% al 15% de las biopsias realizadas en pacientes con ANCA positivo y ES presentan cambios consistentes con GPA.

**Palabras Claves:** granulomatosis con poliangeitis granulomatosis de Wegener estenosis subglótica ANCA ciclofosfamida

270

**0270 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CON COMPROMISO CUTÁNEO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos - Unidad Temática 2: Les / Saf

GUZZANTI, Fernanda | NASI, Silvina | GARCIA CICCARELLI, Agustín | BORGIA, María Victoria | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | VALERIO, María | CIVIT, Emma de Garignani | GARIGNANI, Federica | BENAVENTE, Matías Manuel

**OSEP**

**Introducción:** Femenino 23 años. Antecedentes de enfermedad de Graves Basedow de 2 años de diagnóstico, medicada con metilmercaptoimidazol, cursando embarazo de 21 semanas de gestación. Motivo de consulta: lesiones en piel de rostro y extremidades. Enfermedad actual: Consulta por presentar lesiones cutáneas de aparición aguda, en piel de cara, brazos y ambos muslos, dolorosas, de carácter urente, con aparición progresiva de nuevas lesiones y aumento de tamaño de las preexistentes. No presenta fiebre, deterioro del estado general ni otra signo-sintomatología acompañante. Examen físico: regular estado general, lúcida, FC: 120 lpm, FR: 16 rpm, TA: 100/60 mmHg. Cabeza y cuello: Se palpa glándula tiroidea aumentada de tamaño, móvil, sin soplo tiroideo. Abdomen: globuloso, blando, depresible, indoloro. No se palpan hepato ni esplenomegalia. Dilatación uterina ausente, tono uterino normal, altura uterina de 20 cm. Latidos cardíacos fetales: 144 lpm. Piel y faneras: Lesiones eritemato-violáceas polimorfas, simétricas, de bordes bien definidos, sobrelevadas, de tamaños diversos que oscilan entre 5 a 20 cm de diámetro, algunas se presentan induradas a la palpación, sin crepitación, secreción ni signos de flogosis, múltiples, de distribución en cara, región lateral de ambos brazos, región interna y externa de ambos muslos, respetando cuero cabelludo, tronco, piernas, palmas y plantas. Mucosas: dos úlceras orales no dolorosas, de bordes netos, base limpia en mucosa yugal. Laboratorio de ingreso: Hto: 33,3%, Hb: 11,3 g/dl, VCM: 85 fl, CM: 29 Pg, CHCM: 34 g/dl. Leucocitos: 3650/ml, neutrófilos segmentados: 2560/ml, Linfocitos: 800/ml, Plaquetas: 189000/ml. VSG: 45 mm/h. GOT: 34 U/l, GPT: 39 U/l, FAL: 171 U/l, BT: 2,1 m/dl, BD: 1,8 m/dl. Sedimento urinario: células epiteliales regulares, leucocitos: 15-20/campo, Hematies: 0-1/campo. TP: 79, TTPK: 49,1. TSH: <0,005 uU/ml, T4L: 1,68 ng/dl, Ac anti receptor de TSH: 15,10 U/l (Hasta 1,75). Evolución: La paciente presenta rápido empeoramiento de lesiones cutáneas, con áreas de necrosis de las mismas, formación de flictenas que se destechan y acentuación de dolor urente en miembros inferiores. Conducta: Biopsia y pulsos de metilprednisolona con posterior mejoría clínica. Se plantea diagnóstico diferencial entre SAF primario, SAF secundario a lupus eritematoso sistémico, lupus like y vasculitis ANCA inducida por drogas (Metilmercaptoimidazol). Panel inmunológico: Complemento fracción C3: 63 mg/dl (84-193), C4: 5 mg/dl (20-40), Latex FR: 7, PCR: 29,55 mg/l, FAN: 1/1280 patrón homogéneo, Ac anti DNA: POSITIVO: 1/40, Ac ANCA-c: NEGATIVO, Ac ANCA-p: NEGATIVO, crioglobulinas: NEGATIVAS, Ac anti La/SSB:29,9 U/ml, Ac anti Ro/SSA: 10,5 U/ml, anticuerpos antihistonas: NEGATIVOS. Presencia de Inhibidor lúpico. Ac anti Beta 2 glicoproteína IgG: 6,0 U/ml, Ac anti Beta 2 glicoproteína IgM: 10,8 U/ml, Ac anticardiolipinas IgG: 5,8 U/ml, Ac anticardiolipinas IgM: 16,8 u/ml. Se inicia antiagregación y anticoagulación con HBPM (enoxaparina). Anatomía patológica de biopsia cutánea: Vasculopatía trombosante, compatible con síndrome antifosfolípido. Se realiza debridamiento quirúrgico de lesiones necróticas. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con hidroclicloroquina, prednisona en descenso, enoxaparina, AAS, metilmercaptoimidazol, propranolol. Ha presentado adecuada evolución de las lesiones luego del debridamiento quirúrgico y se encuentra cursando el último trimestre de su embarazo con producto de la gestación viable.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, piel, embarazo.

271

**0271 - EXPOSICIÓN AMBIENTAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Etc

Unidad Temática 2: Otros

NASI, Silvina | GUZZANTI, Fernanda | GARCIA CICCARELLI, Agustín | BORGIA, María Victoria | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | VALERIO, María | CIVIT, Emma de Garignani | GARIGNANI, Federica | BENAVENTE, Matías Manuel

**OSEP**

**Introducción:** La evidencia epidemiológica de la asociación entre factores de riesgo ocupacional o ambiental y esclerosis sistémica ha sido ampliamente analizada. Debido a que tales exposiciones son frecuentemente de larga duración, es importante estudiar el daño sanitario en los lugares de trabajo y residencia, con el fin de facilitar un medio ambiente que no sea deletéreo para la salud. Son considerados factores ambientales los químicos o drogas, eventos de estrés en la vida diaria y exposiciones incidentales tales como la radiación ultravioleta; éstos podrían constituir también factores de riesgo ambientales para otras enfermedades autoinmunes

**Objetivos:** Determinar el antecedente de exposición ambiental y su frecuencia en una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se efectuó una encuesta preformada a pacientes con diagnóstico de Esclerosis Sistémica según criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 del servicio de Reumatología del Hospital Nuestra Señora del Carmen de la Ciudad de Mendoza, durante el período comprendido entre enero y junio de 2017. Los datos fueron analizados en EpiInfo 7 versión 7.2, medidas de tendencia central y frecuencia de datos.

**Resultados:** Se recabaron 31 encuestas en total. La edad media de los pacientes fue de 58,3 (± 14,9) años y el tiempo de latencia medio entre la exposición ambiental y el comienzo de los síntomas fue de 21,9 (± 15,4) años. El 67,8% de los pacientes (21) refirió al menos un antecedente de exposición ambiental u ocupacional a las sustancias más frecuentemente asociadas al desarrollo de Esclerosis Sistémica. Las exposiciones ambientales más frecuentes en nuestra cohorte fueron: cloruro de vinilo 9 pacientes (29%), pesticidas 8 pacientes (25,8%), solventes orgánicos 5 pacientes (16,1%), sílice 5 pacientes (16,13%) y terapia de reemplazo hormonal 4 pacientes (12,9%). Los 10 pacientes restantes no refirieron antecedentes significativos.

**Conclusiones:** En nuestra serie de casos la mayoría de los pacientes con diagnóstico de esclerodermia tuvieron exposición a alguno de los factores descriptos en la bibliografía como gatillos de la misma. Cabe destacar que la exposición al humo del tabaco (cloruro de vinilo) fue el factor de riesgo individual más frecuente, coincidiendo con la gran prevalencia de consumo de esta sustancia en la población general. Se desprende de este trabajo la importancia primordial del interrogatorio minucioso, incluyendo los determinantes ambientales a los que se ve expuesto el paciente tanto en su ambiente laboral como hogareño, los que contribuyen de manera significativa al entendimiento global del paciente reumatológico.

**Palabras Claves:** Esclerosis sistémica, ambiente, sílice, tabaco

278

**0278 - USO DE BOSENTÁN PARA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD MIXTA DE TEJIDO CONECTIVO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

NECUL ESPINOZA, María Gabriela | ETCHEVERRY, Mayra | CERVETTO, Vanesa | STEPFER, Carolina | PRINCE, Alejandra

**HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE**

**Introducción:** La endotelina se encuentra en altas concentraciones en pacientes con hipertensión pulmonar (HTP). La misma media una variedad de procesos intracelulares que incluyen fibrosis, hipertrofia e inflamación, además de ser un potente vasoconstrictor del músculo liso vascular. El uso de bosentán, un inhibidor dual del receptor de endotelina de administración oral ha demostrado ser eficaz en mejorar la capacidad de ejercicio, capacidad funcional, tiempo a descompensación y evolución a largo plazo en pacientes adultos. Existen algunos estudios retrospectivos, con series importantes de casos, donde se analiza el uso de bosentán en pacientes pediátricos con HTP, siendo los diagnósticos más frecuentes los secundarios a cardiopatía congénita y de origen primario, mientras que enfermedad de tejido conectivo fueron escasos. Por lo antedicho, consideramos relevante reportar el uso de bosentán en un paciente pediátrico con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y sus resultados a largo plazo. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 13 años de edad que inicia su cuadro clínico a los 5 años de vida presentando síndrome febril prolongado, compromiso poliarticular, hepático, hematológico (anemia hemolítica) y poliserositis por lo que se asume diagnóstico inicial de lupus eritematoso sistémico. Al año de evolución, inicia compromiso renal progresivo cuya última biopsia informa: glomerulonefritis clase V. Consulta para segunda opinión en nuestro servicio con 5 años de evolución, habiendo recibido como tratamiento inmunosupresor hidroxicloquina, metilprednisona en pulsos y vía oral en altas dosis, azatioprina y micofenolato. En ese momento se presenta con fenómeno de Raynaud, alopecia, rash malar, eritema en helioproto, pápulas de Gottron en codos, secuelas de corticoterapia prolongada y síndrome nefrótico con edemas. Laboratorio: Urea: 67 mg/dl Creatinina: 1.4mg/dl Proteinuria: 0.31 g/24h asociado a anemia, hiperplaquetosis y reactivantes de fase aguda elevados. Ro +, Sm +, RNP + Scl 70 (-) FAN(-). Por lo expuesto, se revalora diagnóstico EMTC. La misma se presenta activa, con refractariedad al tratamiento, por lo que se decide indicar ciclofosfamida (C) mensual y rituximab(R) 375mg/m2 dosis por 4 dosis como esquema combinado (EC). Al finalizar sexta dosis de (C) mensual, con buena respuesta, se rota a terapia de mantenimiento con micofenolato. Por presentar recaídas recurrentes de síndrome nefrótico reinitia con pulsos de (C) hasta la actualidad, logrando estabilidad de su cuadro renal. En febrero de 2015 presenta descompensación hemodinámica que requiere internación en UTIP. Se informa ecocardiograma con HTP moderada-severa PVD: 55mmHg y dilatación leve de cavidades derechas con función sistólica conservada. Valoración pulmonar: TAC de tórax que muestra imágenes compatibles con hiperflujo pulmonar. DLCO: disminuida grave-moderada. Difusión corregida al volumen alveolar: disminuida grado leve, que sugiere compromiso de la vasculatura pulmonar. Se interpreta como HTP. Inicia tratamiento con sildenafil. En controles posteriores persiste con iguales parámetros de HTP, con ortopenia franca, por lo que se asocia Bosentán 125mg/día en abril 2015. En la actualidad con 27 meses de tratamiento mejora parámetros hemodinámicos, no presenta ortopenia, realiza actividades cotidianas y ejercicios de terapia física sin dificultad. Último control ecográfico: PVD:35 IT:35. No se detectaron efectos adversos a la terapia.

**Conclusiones:** Si bien el uso de bosentán en pediatría para el tratamiento de la hipertensión pulmonar se encuentra avalado, existen escasos estudios publicados al momento acerca de su uso en HTP en pacientes pediátricos con EMTC. Por otro lado los estudios que abordan HTP asociado a EMTC son escasos y analizados globalmente con otras etiologías, por lo que hasta el momento no hay datos de eficacia a largo plazo específico EMTC. Sin embargo en nuestro paciente, se observa una caída de PVED del 36 % con una mejora en los síntomas y en su calidad de vida, con un tiempo de seguimiento de más de dos años. Se requieren estudios de diseño, multicéntricos, que permitan avalar estos hallazgos.

280

**0280 - EVALUACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA POR DXA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON Y SIN ANTECEDENTES FAMILIARES DE FRACTURA DE CADERA Y CIFOSIS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

CROW, Catherine | AMITRANO, Cristina | ASNAL, Cecilia | PUCCI, Paula | MEDINA, Emilce | BOFFA, Silvana | NITSCH, Alejandro

**HOSPITAL ALEMÁN**

**Introducción:** la masa ósea de un individuo está determinada en gran medida por factores genéticos que se transmiten por vía hereditaria. El antecedente familiar de fractura de cadera se considera un factor de riesgo para sufrir una fractura osteoporótica. Se menciona en la literatura que las hijas de mujeres que han padecido fracturas osteoporóticas tienen menor masa ósea que las hijas de mujeres que no tienen este antecedente familiar.

**Objetivos:** Evaluar la densidad mineral ósea (DMO) medida por Densitometría ósea (DXA) de pacientes con y sin antecedentes familiares de fractura de cadera y/o cifosis, con índice de masa corporal (IMC) normal.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, analítico. Se incluyeron 50 mujeres con antecedentes familiares de fractura de cadera y/o cifosis (grupo 1) y 100 pacientes apareados por edad e índice de masa corporal (IMC) como grupo comparador, (grupo2). Se evaluaron las mediciones de DMO de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) de todos los pacientes, obtenidas en equipo Lunar Prodigy Advanced. La muestra fue seleccionada por pruebas no probabilísticas. Se utilizaron medidas de tendencia central para el análisis de la distribución de datos y cálculo de p y test exacto de Fisher para la comparación de ambos grupos.

**Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes femeninos, edad promedio grupo 1: 58,44 años (31-67). La DMO del grupo 1 fue en 6 pts normal, y en 44 pts baja (31 osteopenia y 13 osteoporosis). En este grupo, 24 pts refirieron antecedentes familiares de fractura de cadera, 16 de cifosis y 11 ambos antecedentes. En el grupo comparador 24 pts tuvieron una DMO normal y 76 una DMO baja. Se comparó la DMO entre cada pt del grupo 1 y sus 2 comparadores del grupo 2. En 19 pts no se encontraron diferencias de DMO entre los pts con y sin antecedentes familiares de fracturas, y en otros 19 pts sí hubo diferencias (en 11 la DMO fue mas baja en los pts del grupo 1 y en 8 fue mas baja en el comparador). En 12 pts hubo discordancia entre los 2 del comparadores. No encontramos asociación entre los valores normales o disminuidos de DMO y el antecedente familiar de fractura de cadera (p: 0,128)

**Conclusiones:** no encontramos diferencias en la DMO medida por DXA entre pacientes con y sin antecedentes familiares de fractura de cadera y/o cifosis.

**Palabras Claves:** densidad mineral ósea, DXA, fractura de cadera, cifosis

## 281

**0281 - EVALUACIÓN DENSITOMÉTRICA DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL ELEVADO Y SU ASOCIACIÓN CON FENOTIPO GINOIDE O ANDROIDE**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Otros

CROW, Catherine | AMITRANO, Cristina | ASNAL, Cecilia | PUCCI, Paula | BOFFA, Silvana | MEDINA, Esmilce | NITSCHKE, Alejandro

**HOSPITAL ALEMAN**

**Introducción:** El exceso de peso es considerado un probable factor de protección esquelética ya que en el tejido adiposo se han identificado hormonas como la leptina y la grelina que incrementan la densidad mineral ósea (DMO).

**Objetivos:** conocer la DMO medida por DXA, de una población de pacientes con sobrepeso y obesidad y determinar si existen diferencias densitométricas entre estas poblaciones según la modalidad de la distribución de la grasa corporal, de acuerdo al fenotipo ginoide o androide.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y analítico. Se incluyeron pacientes con índice de masa corporal elevado según criterios OMS en el rango de sobrepeso: IMC: 25-29.9 y de obesidad: IMC: 30 a 30.9. Se utilizó para la medición de la DMO por DXA un equipo Lunar Prodigy advanced, se analizaron los datos de DMO de 2 regiones por cada paciente, columna lumbar (CL) y cuello femoral izquierdo (CF). Se evaluaron edad, sexo, IMC, y fenotipo de distribución de la grasa corporal. Se utilizó el test exacto de Fisher para cálculo de p para analizar la asociación entre las variables de interés

**Resultados:** se incluyeron un total de 239 pacientes. De sexo femenino: 94,14%. Edad promedio: 63,58 años (42-88). Grupo sobrepeso: edad promedio: 63,84 (IMC: 25-29.9); n: 138 pts(57,7%). El Fenotipo ginoide en este grupo fue el más frecuente: 79/138 pts (57,24%); La DMO fue normal en 98 registros de DXA del grupo con sobrepeso, 63 mediciones de CL y 35 mediciones de CF. Los pacientes con fenotipo ginoide y sobrepeso tuvieron una DMO mas baja en CL (p: 0,016). No se halló diferencias en la DMO de CF (p: 0,553) entre los diferentes fenotipos en este grupo. En el grupo de obesos (n=101 pts), edad promedio: 64,74 años, el fenotipo androide fue el más frecuente: 52/138 pts (37,68%). La DMO fue normal en 103 registros (59 mediciones de CL y 44 mediciones de CF). No se encontró ninguna asociación entre los valores de DMO y el fenotipo en este grupo de pacientes con obesidad. El estudio comparativo de la DMO de CL y CF entre los pacientes con sobrepeso y obesidad, demostró que la DMO fue significativamente mas baja en el grupo de pacientes con sobrepeso (p: 0,049) para CL y (p: 0,005) para CF

**Conclusiones:** la DMO de CL fue significativamente mas baja en el grupo con sobrepeso y fenotipo ginoide en comparación con sobrepeso y fenotipo androide. Por otro lado, comparando los grupos de sobrepeso y obesidad, encontramos que la DMO de columna lumbar y cuello femoral también fue significativamente mas baja en el grupo de pacientes con sobrepeso.

**Palabras Claves:** DXA, densidad mineral ósea, fenotipo ginoide, androide, sobrepeso, obesidad

## 282

**0282 - SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL REGISTRO BIOBADAGUAY**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

DELGADILLO, Pedro(1) | FRANCO, Marco(1) | MELGAREJO PANIAGUA, Patricia Alexandra(1) | MOREL, Zoilo(1) | ELIZABUR, Juan Gabriel(1) | AVILA, Gabriela(1) | ACOSTA, Isabel(2) | CABRERA, Sonia(1) | LOSANTO, Jhonatan(2) | ROMAN, Lourdes(2) | PAREDES, Ernesto(1) | MAZZOLENI, Julio(1) | DE ABREU, Paloma(3)

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL RTI DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS (2); SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA (3)**

**Introducción:** BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias en tratamiento con terapias biológicas (TB). Este proyecto es promovido por la Sociedad Paraguaya de Reumatología y Sociedad Uruguaya de Reumatología.

**Objetivos:** Analizar la frecuencia y la gravedad de los AA en pacientes incluidos en el registro BIOBADAGUAY.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para estudiar la eficacia, la seguridad, la supervivencia y causas de suspensión de las TB. Se incluyeron los pacientes al inicio de la TB y controles con una actividad de la enfermedad similar. Se registraron las causas de suspensión de TB y la aparición de acontecimiento adversos (AA). Para el análisis descriptivo se utilizaron las frecuencias con sus porcentajes y las medias con sus desvíos estándar correspondientes. Para los AA se calcularon la tasa de incidencia por 1000 pacientes-año con sus intervalos de confianza del 95% y la razón de tasa de incidencia y el valor de la p mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05). Para el análisis estadístico se utilizó el software R v3.4.0

**Resultados:** Se realizaron 826 registros, 183 controles y 650 con TB. El 70,90% (586) la edad media al inicio del tratamiento fue 46,81±14,37 años y la duración media de la enfermedad 11±8,76 años. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (AR) 522 (63,20%), artritis idiopática juvenil (AIJ) 93 (11,30%), espondilitis anquilosante (EA) 87 (10,50%), artritis psoriásica 58 (7%), lupus eritematoso sistémico 18 (2,20%), espondiloartritis indiferenciada 10 (1,20%) y otros 38 (4,60%). La media del índice de comorbilidad de Charlson fue 0,29±0,57. Se registraron 973 ciclos de tratamiento: 195 (20%) controles, 184 (18,90%) Enbrel, 440 (45,20%) Humira, 44 (4,50%) Mabthera, 75 (7,70%) Roactemra, 27 (2,80%) y 8 (0,80%) otros. Se registraron 254 suspensiones: 102 (40,20%) por ineficacia o pérdida de eficacia, 74 (29,10%) AA, 21 (8,30%) remisión, 20 (7,90%) pérdida de seguimiento del paciente y 37 (14,60%) otras causas. Se registraron un total de 358 AA (330 (92,18%) en TB y 28 (7,82%) en controles). Fueron de carácter leve 279 (77,93%) y graves 76 (21,23%). La infección fue el AA mas frecuente en un 51,51% del total de AA (173 en TB y 13 en controles); así mismo el más frecuente entre los AA graves con TB en un 54,93%. Se registraron 5 casos de tuberculosis, 4 de cáncer y 4 fallecimientos. La tasa de incidencia (TI) de los AA durante la TB fue de 143,88 (128,77-160,27), siendo de 32,26 (25,33-40,50) para los AA graves. El análisis de incidencia global y por grandes órganos y sistemas se muestra en la tabla 1. Al analizar la razón de tasa de incidencia (RTI) global de AA en TB, se observó que el diagnóstico de AIJ [2,34 (1,63-3,37) p=4,27] y el tratamiento con Roactemra [2,69 (1,90-3,82) p= 3,13 e-0,8] presentaron mayores RTI. El tratamiento con Humira [0,57 (0,43, 0,77) p=1,86 e-0,4] presentó un RTI significativamente menor al resto de TB. Las mujeres [1,48 (1,05, 2,08) p= 2,54 e-0,2] mostraron un RTI significativamente mayor que los hombres. La AR [2,20 (1,59-4,05) p= 1,17 e-0,2] y el tratamiento con Roactemra [3,34(1,81, 6,14) p=1,10 e-0,04] se asociaron de forma significativa a mayores RTI para AA graves. Al comparar al grupo de AR del grupo control con el grupo que recibe TB, se observó una diferencia significativa en la RTI global de AA 4,14 (2,37-7,24) p=6,18 e-0,7.

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes, la causa más frecuente de suspensión de tratamiento fue la ineficacia o pérdida de eficacia en un 40,20%. Los AA fueron en su mayoría leves (77,93% del total de AA). El AA con un número mayor de registros fue la infección (51,51%). Se observó que el diagnóstico de AIJ, el sexo femenino y el tratamiento con Roactemra presentaron una mayor RTI, mientras que el tratamiento con Humira presentó una razón de tasa de incidencia menor. En relación con la RTI graves se observó una tasa significativamente mayor para el diagnóstico de AR y el tratamiento con Roactemra. También se observó una diferencia significativa en la razón de tasa de incidencia global de AA entre controles con diagnóstico de AR y TB.

**Palabras Claves:** acontecimientos adversos, terapia biológica, biobadaguay

## 283

**0283 - ASOCIACIÓN ENTRE EL ALELO HLA-B\*51 Y ENFERMEDAD DE BEHÇET EN ARGENTINA. RESULTADOS PRELIMINARES**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: Vasculitis / Pmr - Unidad Temática 2: Otros

MUÑOZ, Sebastián(1) | ALLIEVI, Alberto(2) | KOSTIANOVSKY, Alex(3) | PISONI, Cecilia(3) | SCOLNIK, Marina(4) | LUISI, Aurelia(4) | BOTTINELLI, Yarina(5) | VIJODITZ, Gustavo(6) | PENNA, Claudia(7) | GARCIA, Mercedes(7) | RILLO, Oscar(8) | ALVARELLOS, Teresita(9) | MÄS, Luciana(9) | TRUNZO, Luis(10)

**HOSPITAL GENERAL DE AGÜDOS JUAN A. FERNÁNDEZ (1); CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (2); CEMIC (3); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (4); HOSPITAL POSADAS (5); HOSPITAL POSADAS (6); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGÜDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN" (7); HOSPITAL PIROVANO (8); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (9); INCUCAI (10); CLÍNICA SAN CAMILO (11)**

**Introducción:** La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de etiología desconocida de curso crónico y recidivante, caracterizada por manifestaciones mucocutáneas, oculares, articulares, vasculares, gastrointestinales y del sistema nervioso central. La EB es relativamente frecuente en países localizados entre los 30 a 45° de latitud norte a través de la cuenca del mediterráneo, el oriente medio, China y Japón a lo largo de la denominada "ruta de la seda". El amplio rango de prevalencia de la enfermedad en las diferentes áreas geográficas es debido al resultado de las diferencias genéticas y medioambientales de las poblaciones. La mayor prevalencia se observa en Turquía (80-420/100.000 habitantes), le siguen el norte de Israel (15,2/100.000), China (14/100.000) y Japón (13,5/100.000). Es baja en el norte y oeste de Europa (5,2/100.000) y en los Estados Unidos de América (0,64/100.000). En nuestro país es desconocida. La elevada prevalencia de la EB en ciertas regiones se explica, en parte, por la alta frecuencia del alelo HLA-B\*51 en la población. En una revisión sistemática y meta-análisis de 80 estudios independientes que incluyó 4.800 casos con EB y 16.289 controles, la prevalencia agrupada geográficamente del HLA-B\*51 fue del 55-63,5% en EB y del 16,8-21,7% en la población de controles. De hecho, los portadores del HLA-B\*51/B51 poseen un odds ratio de 5,8 (IC95%=5-6,67) para desarrollar EB. A pesar de la evidencia disponible sobre la asociación de la EB y el HLA-B\*51/B51, no podemos transpor estos datos a la población argentina, cuya estructura genética es diferente. La población argentina está constituida por un 78% de origen europeo, un 19,4% de origen amerindio y un 2,5% de origen africano. Este hecho, nos motivó a conducir un estudio de casos y controles en nuestro país.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia del HLA-B\*51 en casos con EB y en los controles, e identificar la existencia de asociación entre el HLA-B\*51 y la EB en nuestra población.

**Materiales y Métodos:** Se efectuó un estudio multicéntrico de casos y controles. Participaron del estudio Servicios de Reumatología y Medicina Interna de Hospitales públicos y privados que forman parte del Grupo de Estudio de Vasculitis de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESAR-Vasc). Se incluyeron pacientes argentinos mayores de 18 años con diagnóstico previo o reciente de EB según los criterios del Grupo Internacional de Estudio de la EB y que no tengan determinado el alelo HLA-B\*51 al ingreso del estudio. Los controles se obtuvieron del registro del banco de datos de la población donante de órganos perteneciente al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación (INCUCAI). La técnica para la tipificación del HLA-B\*51 se efectuó mediante PCR-SSO Lumines utilizando reactivos Labtype Locus B, One Lambda, California, USA.

**Resultados:** Se incluyeron 34 casos y 200 controles para el análisis. De los casos, 19 (55,8%) fueron de sexo masculino y 15 (44,2%) de sexo femenino; la media de edad fue de 42 ± 13 años. Distribución étnica: 20 (58,8%) mestizos, 8 (23,5%) blancos y 6 (17,7%) amerindios. Características clínicas de los casos de EB: síntomas generales 29% (n=10), lesiones orales 100% (n=34), lesiones genitales 70% (n=24), lesiones cutáneas 88% (n=30), lesiones oculares 64% (n=22), lesiones articulares 73% (n=25), lesiones vasculares 20% (n=7), lesiones cardíacas 3% (n=1) y lesiones neurológicas 50% (n=17). La frecuencia del HLA-B\*51 en los casos fue del 38,2% (n=13) y en los controles del 13,5% (n=27). La razón de odds fue de 3,96 (IC95%= 1,77-8,84).

**Conclusiones:** Nuestro estudio demostró que la frecuencia del alelo HLA-B\*51 en los casos de EB fue significativamente mayor que en los controles, y que en nuestra población, la presencia del alelo HLA-B\*51 tiene fuerte asociación con la EB.

**Palabras Claves:** Vasculitis; Enfermedad de Behçet; HLA-B\*51

## 284

**0284 - DERRAME PERICÁRDICO MASIVO EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Etc

ESPINOLA, Sebastian | OLIVER, Marina | BASTITA, Mariela | BABINI, Silvia | VIVERO, Florencia

**HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**

**Introducción:** El derrame pericárdico puede ocurrir en varias enfermedades autoinmunes. La esclerosis sistémica no es la excepción y puede variar desde un pequeño derrame a un derrame masivo. Se cree que la prevalencia de las misma es de hasta un 43% alcanzando un 78% postmortem, pero solo el 5-16% es sintomático. La presentación de un taponamiento cardiaco por derrame masivo es algo muy raro con pocos casos descritos en la literatura.

**Objetivos:** La presentación de un paciente con síntomas iniciales atípicos de esclerosis sistémica.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 64 años con antecedentes de DBT, hipotiroidismo, ex tbq severa y fenómeno de Raynaud de años de evolución sin estudio del mismo. Concur a guardia del hospital por presentar disnea progresiva hasta clase funcional 3 en las últimas 24hs, acompañado de astenia, palpitaciones y dolor precordial. Se realiza gasometría y radiografía de tórax, con resultados de hipocapnia y sin infiltrados pulmonares. Por la sospecha de TEP se decide Angiotomografía de tórax con resultado de tromboembolismo pulmonar en rama de 4to orden de arteria lobar inferior derecha además derrame pericárdico severo. Se decide internación y consulta con cardiología. Se realiza ecocardiograma con derrame pericárdico severo y punción drenaje obteniéndose 300ml de características cetrinas, gran mejoría sintomática. Se inicia Anticoagulación EV. En internación se constata Raynaud bifásico, así como esclerodactilia de ambas manos, algunas telangiectasias en cara y mano. Se solicitan Laboratorio inmunológico con anticardíaco positivo/180 (resto negativo FAN, DNA, ENA, etc) y estudio de trombofilia es normal. Se realizó Capilaroscopia visualizándose un patrón SD activo. Con el diagnóstico de Esclerosis sistémica se realiza VEDA con resultados normales y Catesterismo cardiaco con resultado de Hipertensión pulmonar severa y respuesta positiva a vasodilatadores. TAC de cortes finos no muestra compromiso intersticial. Se decide en conjunto con los demás servicios tratamiento con sildenafil dosis tolerables y ambisentan, además de iniciar dosis de corticoides y colchicina por el derrame pericárdico. Presenta mejoría clínica por lo que decide alta y control por consultorio externo.

**Conclusiones:** La presentación de este caso clínico es exponer un paciente con esclerosis sistémica con derrame pericárdico masivo como sintoma inicial de hipertensión pulmonar severa no tratada, siendo esta manifestación un factor de mal pronóstico. En la literatura solo hay 31 pacientes descritos con derrame pericárdico masivo o taponamiento cardiaco asociados a esclerodermia, por lo tanto no hay criterios ni guías establecidas para el tratamiento adecuado del mismo.

**Palabras Claves:** Esclerodermia sistémica; Taponamiento Cardiaco; Hipertensión pulmonar.

285

**0285 - HEMOFILIA ADQUIRIDA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Les / Saf

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

MORENO, José Luis Cristián | GALVAN, Laura Susana

**CONSULTORIO PRIVADO**

**Introducción:** La hemofilia adquirida (HA) es una enfermedad autoinmune poco frecuente. Se caracteriza por la formación de autoanticuerpos con efectos inhibitorios contra el factor VIII (FVII). Se presenta en pacientes sin antecedentes previos de trastornos de la coagulación. Presenta una incidencia de 1.3- 1.5 casos cada un millón de habitantes por año y es más frecuente en pacientes mayores de 50 años, excepto en los casos asociados a embarazo. Usualmente se asocia a enfermedades neoplásicas, autoinmunes como artritis reumatoidea y lupus eritematoso sistémico (LES), asociada a drogas y post parto o embarazo. Sin embargo en casi el 50 % de los casos no se puede identificar una causa asociada. La mayoría de los pacientes al momento de la consulta presenta hematomas extensos, equimosis o sangrado severo. A diferencia de la hemofilia hereditaria, esta no se suele presentar con hemartrosis.

**Objetivos:** El objetivo del tratamiento incluye control del sangrado con agente hemostáticos, erradicar el inhibidor con tratamiento inmunosupresor y tratamiento de la enfermedad asociada. Presenta alta mortalidad, y esta es mayor si se retrasa el diagnóstico

**Materiales y Métodos:** Paciente mujer de 49 años de edad con antecedentes de LES de más de 20 años de evolución con compromiso cutáneo, articular y renal. En tratamiento con meprednisona 8 mg/día. Consulta en Nuestro Hospital por Equimosis (hematomas cutáneos espontáneos) en región torácica y miembros de un mes de evolución. Sin sangrado mucoso ni signos de sangrado mayor. Laboratorio: TP 100%, APTT 100 seg (no corrige con plasma normal y se potencia la inhibición con la incubación 2hs), FVIII 1 % (descendido) inhibidor 20 U Bethesda/ml (elevado) (UB/ml), creatinina 2 mg/dl, VGS 68 mm. Cuadro compatible con Hemofilia Adquirida asociada a LES inicia Meprednisona 1 mg/kg y ciclofosfamida 500 mg endovenoso (EV) cada 2 semanas por 8 semanas

**Resultados:** Luego de 2 semanas de tratamiento inmunosupresor se observa: aumento del factor VIII (3%) y disminución del inhibidor (16 UB/ml). A la semana 8 presento normalización FVII presentó erradicación del inhibidor (< 0.6 UB/ml). Actualmente a más de 1 año del diagnóstico continúa en remisión completa.

**Conclusiones:** Consideramos importante la descripción de este caso clínico debido a su baja frecuencia y alta mortalidad. La HA debe ser sospechada en pacientes con sangrado y APTT prolongado que no corrige. El tratamiento tiene que ser instaurado rápidamente y debe incluir control de sangrado, inmunosupresión y de la enfermedad asociada. En este caso se usó como tratamiento inmunosupresor y de enfermedad de base ciclofosfamida EV y corticoides con muy buena respuesta.

**Palabras Claves:** Hemofilia Adquirida Lupus

289

**0289 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CONECTIVOPATÍAS. SERIE DE 5 CASOS**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Etc

OTERO, Stephanie | KIPPES, Antonela | LAGRUTTA, Mariana | SACCHI, Walter | PARODI, Roberto Leandro | GRECA, Alcides

**HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO**

**Introducción:** La enfermedad pulmonares intersticiales difusas (EPID) son trastornos inflamatorios difusos y / o fibróticos que se agrupan sobre la base de similares características clínicas, radiológicas e histopatológicas, y pueden tener diferentes etiologías. El diagnóstico de neumonitis intersticial idiopática requiere la exclusión de causas conocidas (exposiciones ambientales, toxicidad farmacológica, conectivopatías), y su identificación repercute en el tratamiento y el pronóstico. Pueden representar una manifestación clínica de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS). Muy a menudo surge en el contexto de una enfermedad ya establecida, pero no es infrecuente que sea la primera, y posiblemente la única manifestación de una enfermedad de otra manera oculta.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución en las intersticiopatías como forma de debut de enfermedad del tejido conectivo.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo de 5 casos de intersticiopatías secundaria a conectivopatías en el periodo comprendido entre diciembre de 2015 a julio de 2017. Criterios de inclusión: Todo paciente, de ambos sexos, mayor de 15 años, evaluados por el Servicio de Clínica Médica, que haya presentado una intersticiopatía como manifestación inicial enfermedad del tejido conectivo, que consultaron por la disnea. Criterios de exclusión: pacientes que hayan consultado previamente por las manifestaciones asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas o con diagnóstico establecido al momento de la consulta por disnea.

**Resultados:** Del análisis de nuestra serie de casos se observa que esta patología predominó en mujeres (100%) con una edad promedio de 52,6 años. El 60 % (3) eran fumadoras. El motivo de consulta en todos los casos fue la disnea asociada a tos seca en 80 % (4) y dolor torácico 20%(1). Todas las pacientes presentaban manifestaciones clínicas extrapulmonares, aunque ninguna había consultado por dichos síntomas: 40%(2) poliartralgias/poliartritis, 40 % (2) lesiones cutáneas 20% (1) raynaud, 20% (1) síndrome seco. El laboratorio inmunológico fue positivo en todos los casos, encontrándose: Factor antinúcleo (4) y Factor reumatoideo (2), Anti CCP (1), hipocomplementemia (1) y anti DNA (1) positivos. Otros métodos complementarios de utilidad para el diagnóstico fueron: capilaroscopia (1), biopsia cutánea (1), citología de mucosa yugal (1), ecografía con power doppler de manos (1). Todos presentaban Tomografía de tórax (TACAR) compatible con neumonía intersticial inespecífica. En todos los casos se realizó espirometría, con evidencia de patrón restrictivo de moderado a severo. A dos pacientes (40%) se le realizó la prueba de difusión del dióxido de carbono (DLCO) con una disminución leve de la misma. El ecocardiograma se realizó en el 100% de los casos sin evidencia de hipertensión pulmonar. Una paciente presentó derrame pericárdico. El diagnóstico final fue: 40% Artritis Reumatoidea, 20% Lupus Eritematoso Sistémico, 20% Esclerosis Sistémica y 20% Síndrome de Sjogren. En todos los casos se indicó tratamiento con corticoides y ciclofosfamida. Tenemos datos de la evolución en 3 pacientes. Una paciente falleció por insuficiencia respiratoria y shock séptico, luego de 4 meses de tratamiento, sin respuesta clínica. Las otras 2 pacientes tuvieron mejoría sintomática de la disnea (seguimiento de 1 y 19 meses respectivamente).

**Conclusiones:** La identificación de una EAS subyacente en pacientes que presentan lo que inicialmente se considera una neumonitis pulmonar idiopática puede ser desafiante ya que las manifestaciones de aquellas pueden ser sutiles y no siempre referidas espontáneamente por el paciente. No hay un protocolo universalmente aceptado para la evaluación de estos pacientes, sin embargo, las directrices para el diagnóstico de EPID recomiendan excluir EAS. Implica la evaluación de las características extratorácicas de estas enfermedades, de autoanticuerpos circulantes de imágenes específicas y / o características histopatológicas. Destacamos la importancia del estudio de pacientes con EPID para identificar la causa subyacente y así poder iniciar un tratamiento dirigido con el fin de frenar el progreso de la enfermedad de base y así mejorar el pronóstico de la enfermedad y por ende la calidad de vida del paciente.

**Palabras Claves:** neumonías intersticiales idiopáticas, conectivopatías.

291

**0291 - SUPERVIVENCIA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Modalidad: Póster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: Tratamiento

MELGAREJO PANIAGUA, Patricia Alexandra(1) | ÁVILA, Gabriela(1) | DE ABREU, Paloma(2) | MAZZOLENI, Julio(1) | CABRERA, Sonia(1) | DÍAZ, Clarisse(3) | FERREIRA, Marta(3)

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (1); SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA (2); POSTGRADO UNIVERSIDAD CATÓLICA NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN (3)

**Introducción:** El desarrollo de las terapias biológicas (TB) ha permitido un mejor control de la actividad inflamatoria de la artritis reumatoide (AR) permitiendo que un mayor número de pacientes alcance la remisión. Actualmente existe un interés creciente en el estudio de la supervivencia y eficacia de estos agentes en condiciones de práctica clínica habitual. Presentamos el primer análisis de supervivencia de las TB en pacientes paraguayos con AR.

**Objetivos:** Analizar la supervivencia y la seguridad de las TB administradas a pacientes con AR del Servicio de Reumatología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, de una serie de pacientes con diagnóstico de AR que recibieron TB durante el periodo comprendido entre enero del 2005 a diciembre del 2015 seguidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Central del IPS. Se analizaron un gran número de variables demográficas (i.e. sexo, edad, procedencia), clínicas (i.e. factor reumatoide, anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (ACPA), actividad de la enfermedad) y asociadas al tratamiento (i.e. número de terapias biológicas previas, tipo de tratamiento biológico, motivo de discontinuación). Para el análisis estadístico se utilizó el software R v3.1.1. La supervivencia fue determinada con el estimador de Kaplan Meier. Para analizar el efecto de determinadas covariables, se utilizó el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyó a 229 pacientes con diagnóstico de AR, 81,4 % eran mujeres, con una edad media de 49±13,4 años, la duración media de la enfermedad antes del inicio de la TB fue 9,7±7,3 años, el 84% de los pacientes tenían ACPA positivo y 76,6% factor reumatoide positivo, el valor medio del DAS28 al inicio de la TB de 5,07(±1,15). Se identificaron 253 TB (i.e. adalimumab 59,1 %, tocilizumab 20,9%, etanercept 19 % y rituximab 1,9%). Para el presente estudio se ha excluido al rituximab por el bajo número de tratamientos. La supervivencia media del adalimumab, etanercept y tocilizumab fue de 246, 276 y 246 semanas respectivamente (gráfico 1). Se observó que el número de TB previas (p= 1.52e-12, HR= 6.54 [95% CI, 3.89-11.00]) y el tratamiento con etanercept (p= 3.44e-01, HR= 0.66 [95% CI, 0.28-1.56]) fueron las variables asociadas significativamente a la supervivencia de las TB. Los motivos de discontinuación fueron ineficacia en 29,5 % de los casos y los eventos adversos en el 26,2%.

**Conclusiones:** El presente estudio es el primer análisis de la supervivencia de las TB en los pacientes con AR en Paraguay. En esta serie de pacientes se objetivó que la supervivencia media de las TB fue similar entre el tratamiento con ETN se asoció de forma significativa a un menor riesgo de discontinuación y que un mayor número de TB previas a un mayor riesgo de discontinuación. En la serie analizada los motivos principales de retirada del tratamiento fueron la ineficacia y los eventos adversos.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoide, Terapia biológica.

los tratamientos analizados. En relación a las variables asociadas a la supervivencia se observó que el tratamiento con ETN se asoció de forma significativa a un menor riesgo de discontinuación y que un mayor número de TB previas a un mayor riesgo de discontinuación. En la serie analizada los motivos principales de retirada del tratamiento fueron la ineficacia y los eventos adversos.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoide, Terapia biológica.

292

**0292 - CORRELACIÓN CLÍNICA DE UN SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA, DAS28, CDAI, RAPID3 Y ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: Otros

LEYTON SAN MARTIN, Gianna Yalile | VÉLEZ, L | CANCINO, E | CEDEÑO, V | BAILÓN, L | NARVÁEZ, M | VISENTINI, S | PACHECO, G

**HOSPITAL C. DURAND**

**Introducción:** DAS 28, CDAI, RAPID3; son índices que determinan el grado de Actividad / Severidad en Artritis Reumatoidea (AR). Previamente investigamos sobre la correlación de SCORE INTEGRADO para AR desarrollado por nuestro grupo, y demás índices mencionados; evidenciando correlación significativa entre los mismos para su utilización en la práctica clínica. Asimismo observamos que conteo de articulaciones inflamadas incluidas en nuestro score podría ser una opción más objetiva para medición de actividad en AR. La Ecografía Musculo-esquelética es una herramienta de utilidad comprobada para el diagnóstico y medición de actividad en AR actualmente.

**Objetivos:** Evaluar correlación de SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA con DAS 28, CDAI, RAPID3 Y ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó estudio de corte transversal en 45 pacientes con AR Seropositiva, durante 6 meses: correlacionando scores: RAPID3, CDAI, DAS 28 y SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA; con Ecografía Musculo-esquelética. Este último score, confeccionado por nuestro grupo, se modificó sustituyendo la pregunta (3) de RAPID3, por conteo de articulaciones inflamadas. En total, 30 articulaciones (DAS 28 + Test de squeeze en pies). Esta construcción, se acoplo a preguntas 1 y 2 de escala RAPID 3 original. Se utilizó método de Pearson para correlacionar resultados de Scores clínicos con Ecografía musculo-esquelética.

**Resultados:** Se demostró correlación Pearson positiva para actividad en AR, de SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA con RAPID-3 (r=0.92); CDAI (r= 0.76); DAS 28 (r=0.63) y Ecografía Musculo-esquelética (r=0.68). Asimismo se demostró correlación Pearson positiva para actividad de la enfermedad para Ecografía Musculo-esquelética con RAPID-3 (r=0.62); CDAI (r= 0.51); DAS 28 (r=0.45) y SCORE INTEGRADO (r=0.68).

**Conclusiones:** Este estudio evidenció que SCORE INTEGRADO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA y otros scores ya validados para actividad de AR correlacionaron positivamente con resultados de Ecografía Musculo-esquelética. Cabe recalcar que los valores obtenidos en el estudio según el método de Pearson, se mantuvieron en un rango de 0.4 a 0.7, lo cual indica que existe una correlación moderada / alta positiva de nuestras variables. Podemos concluir hipotetizando que nuestro score presenta validez, y podría ser una herramienta objetiva útil en la evaluación de la actividad de AR

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea; SCORE INTEGRADO DE ARTRITIS REUMATOIDEA, Ecografía Musculo-esquelética, Pearson.

## 293

**0293 - ROL DE LA RE-BIOPSIA EN PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS ASOCIADA A ANCA: ¿ES REALMENTE NECESARIA?**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis / Pmr- Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

SCAGLIONI, Valeria(1) | SCOLNIK, Marina(1) | PIERINI, Florencia Sabina(1) | CATOGGIO, Luis Jose(1) | CHRISTIANSEN, Silvia(2) | VARELA, Federico(3) | GRELONI, Gustavo(3) | ROSA-DIEZ, Gustavo(3) | SORIANO, Enrique R(1)

SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); SERVICIO DE PATOLOGÍA. HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2); SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (3)

**Introducción:** Las re biopsias realizadas de manera protocolizada o por decisión del médico tratante no son habituales en glomerulonefritis (GN) ANCA. Su rol en predecir la respuesta renal luego de instaurado un tratamiento y su influencia en la toma de decisiones no ha sido analizado en profundidad por lo que actualmente no existen recomendaciones basadas en la evidencia. En 2010 se incorporó una nueva clasificación para GN ANCA la cual mostró muy buena correlación entre la clase histológica al diagnóstico y la respuesta renal al año de tratamiento. El uso de esta clasificación en muestras de re-biopsia no ha sido analizado hasta la actualidad.

**Objetivos:** El objetivo primario de este estudio fue evaluar la utilidad de la rebiopsia renal en pacientes con GN ANCA en la toma de decisiones. El objetivo secundario fue evaluar el rol de la microhematuria como signo de actividad de la enfermedad

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma retrospectiva todos los pacientes con GN ANCA diagnosticados por biopsia: granulomatosis con poliangeítis (GPA), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), poliangeítis microscópica (PAM) y vasculitis limitadas al riñón (VLR) entre enero 2002 y Mayo 2017. Se analizaron las características basales, tratamiento de inducción y mantenimiento, respuesta renal luego del periodo de inducción y tiempo hasta la recaída/rebiopsia. Se revisó la histología de las rebiopsias y fue correlacionada con los hallazgos clínicos (hematuria, proteinuria y caída del filtrado) y resultados histológicos de la primera biopsia. La clasificación histológica se hizo de acuerdo a los criterios de clasificación 2010 para GN asociadas a ANCA (cuatro categorías: focal, semilunares, mixta y esclerótica). Se recolectaron los datos referidos a la decisión del médico tratante luego de la rebiopsia.

	PRIMERA BIOPSIA* N=15	SEGUNDA BIOPSIA N=15
Clasificación histológica, n (%)		
-Focal	5 (33)	5 (33)
-Semilunares	6 (40)	1 (7)
-Mixta	4 (27)	5 (33)
-Esclerótica	0 (0)	4 (27)

Resultados: 60 pacientes (77% mujeres) fueron incluidos. De ellos, 15 (25%) fueron sometidos a una rebiopsia durante el seguimiento. La media de tiempo hasta la rebiopsia fue de 38,4 meses (DS 20,4). En el grupo de rebiopsia, el 73% de los pacientes habían presentado un nuevo episodio de hematuria microscópica después de haber logrado la remisión vs. 7,5% en el grupo no rebiopsiado. La presencia de un episodio nuevo de proteinuria o un empeoramiento de la proteinuria basal residual se observó en un 73% de pacientes en el grupo de rebiopsia (40% y 33% respectivamente) vs. Solo 2,5% en el otro grupo. La caída en el filtrado glomerular estuvo presente en el 60% de pacientes en el grupo de rebiopsia vs. 2,5% en los pacientes no rebiopsiados. Luego del análisis de los cambios histológicos en las rebiopsias (utilizando la clasificación 2010) no encontramos una correlación entre las lesiones activas (semilunares, necrosis) con la presencia de hematuria o caída del filtrado glomerular. Todos los pacientes a los que se les realizó una segunda biopsia renal fueron considerados "activos" pero la histología renal mostró progresión en términos de cronicidad y con menor frecuencia lesiones de actividad (tabla 1). A pesar del bajo porcentaje de lesiones activas, en el 67% de los pacientes los médicos a cargo realizaron un cambio de tratamiento, iniciando una nueva terapia de inducción, alcanzando una respuesta renal en el 85% de los casos.

**Conclusiones:** La histología renal en las rebiopsias de pacientes con vasculitis ANCA utilizando la clasificación 2010 no mostró la presencia de lesiones activas mayoritarias que justificaran la recaída renal que motivo la rebiopsia. A pesar de ello, con la presencia de solo 1 foco de necrosis o semiluna celular los médicos realizaron cambios en el tratamiento en la mayoría de los casos. Los pacientes que presentaron aparición de hematuria nueva, proteinuria y mayor caída del filtrado glomerular tuvieron una buena respuesta al tratamiento de inducción logrando la remisión de parámetros de actividad renal en el 85% de los casos. El rol de la rebiopsia y la interpretación de los resultados en la toma de decisiones en pacientes con vasculitis ANCA aún no han sido definidos y deberán ser interpretados en forma individual.

## 295

**0295 - MIOCARDITIS LÚPICA. REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Casos Clínicos

OBEID, Belen | SACCHI, Walter | LAGRUTTA, Mariana | PARODI, Roberto Leandro | GRECA, Alcides

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmune que puede afectar diversos órganos incluyendo el corazón. La miocarditis lúpica es una manifestación rara, pero potencialmente fatal, y debe ser diagnosticada por la combinación de criterios clínicos y patológicos por su presentación heterogénea. Caso Mujer de 49 años con antecedentes de LES de manifestaciones cutáneo-articulares en tratamiento con hidroxiquinona, insuficiencia cardíaca e insuficiencia valvular aórtica severa en plan de recambio valvular, consulta por cuadro subagudo caracterizado por dolor precordial y fatiga, y exacerbación de su disnea, progresando en los últimos meses de clase funcional II a III, y finalmente de reposo. Presenta al examen físico rales crepitantes bibasales, ingurgitación yugular y edemas en miembros inferiores. Laboratorio: anemia hemolítica, FAN y anti ADN positivos, hipocomplementemia, VES 140 mm/1º hora, elevación de enzimas cardíacas (troponina 9 ng/ml, ProBNP 34000 pg/ml). ECG con signos de sobrecarga de cavidades izquierdas y ecocardiograma con FEV 40% y cavidades izquierdas severamente dilatadas. Por sospecha de insuficiencia cardíaca descompensada inicia tratamiento con diuréticos. Requiere transfusiones por anemia severa. Por no evolucionar favorablemente y presentar criterios de actividad lúpica (SLEDAI de actividad moderada) se sospecha miocarditis lúpica, por lo que se realiza cardioRMI que confirma dicho diagnóstico. Se realiza pulso con corticoides y mofetil micofenolato presentando rápidamente franca mejoría del cuadro clínico, con resolución de la disnea y fatiga al mes de tratamiento.

**Conclusiones:** El 30 a 50% de los pacientes con LES presentan afectación cardíaca, de esos un bajo porcentaje se manifiesta con miocarditis que cursa con trastornos de la conducción, cardiomegalia e ICC. La miocarditis lúpica es una manifestación rara, su reconocimiento temprano y el manejo de soporte e inicio prematuro de terapia inmunosupresora pueden lograr resultados favorables. En este caso la presencia de valvulopatía aórtica severa con criterios de recambio valvular orientaba hacia la valvulopatía como origen de la disnea. Sin embargo la elevación marcada de los valores de troponina, sin cambios de isquemia focal en el ECG orientó hacia la etiología inflamatoria miocárdica, lo cual fue confirmado con las imágenes de resonancia magnética y la excelente respuesta al tratamiento inmunosupresor.

**Palabras Claves:** Miocarditis lúpica. Lupus eritematoso sistémico