

# 51° Congreso Argentino de Reumatología

Hotel Intercontinental - Mendoza  
14 al 17 de noviembre de 2018



Revista Argentina de  
**REUMATOLOGÍA**

Fundada por el Dr. Armando Maccagno

**COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2019**  
**Sociedad Argentina de Reumatología**

**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

**Editor**

SCUBLINSKY DARÍO

**Editor Anterior**

SORIANO ENRIQUE

**Editores Previos**

MALDONADO COCCO JOSÉ  
HOFMAN JULIO

**Comité Editorial**

ALARCÓN GRACIELA (USA)  
ALBA PAULA (ARGENTINA)  
AMIGO MARY CARMEN (MÉXICO)

ARANA ROBERTO (ARGENTINA)  
ARINOVICHE ROBERTO (CHILE)  
ARTURI ALFREDO (ARGENTINA)  
BABINI ALEJANDRA (ARGENTINA)  
BALSAS CRISTÓBAL ALEJANDRO (ESPAÑA)  
CANOSO JUAN (MÉXICO)  
CASADO GUSTAVO (ARGENTINA)  
CATOGGIO LUIS J. (ARGENTINA)  
CERVERA RICARDO (ESPAÑA)  
CITERA GUSTAVO (ARGENTINA)  
DE LA VEGA MARÍA CELINA (ARGENTINA)  
ESPADA GRACIELA (ARGENTINA)  
ESPINOZA LUIS R. (USA)  
GARCÍA MERCEDES (ARGENTINA)  
HOFMAN JULIO (ARGENTINA)  
MARTÍN MOLA EMILIO (ESPAÑA)  
MYSLER EDUARDO (ARGENTINA)  
PAIRA SERGIO (ARGENTINA)  
PERANDONES CARLOS (ARGENTINA)  
ROSEMPFET MARCOS (ARGENTINA)  
RILLO OSCAR (ARGENTINA)  
RIVERO MARIANO (ARGENTINA)  
SCHNEEBERGER EMILCE (ARGENTINA)  
SECCO ANASTASIA (ARGENTINA)  
SHOENFELD YEHUDA (ISRAEL)  
SORIANO GUPPY ENRIQUE (ARGENTINA)  
SORMANI DE FONSECA MARÍA L. (ARGENTINA)  
SUÁREZ ALMAZOR MARÍA E. (USA)  
VENAROTTI HORACIO (ARGENTINA)

**COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO**

**Presidente**

DR. ENRIQUE R. SORIANO

**Presidente anterior**

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**

DR. ROBERTO BÁEZ  
DRA. MARÍA CELINA DE LA VEGA  
DRA. LAURA GALVÁN  
DRA. MERCEDES A. GARCÍA  
DRA. MARÍA J. HAYE SALINAS  
DRA. MARÍA VERÓNICA LENCINA  
DR. HERNÁN MALDONADO FICCO  
DRA. SILVIA MEJORIN  
DR. RODOLFO PÉREZ ALAMINO  
DR. GUILLERMO PONS-ESTEL  
DR. MARCOS ROSEMPFET  
DR. EDUARDO SCHEINES  
DRA. MARINA SCOLNIK  
DR. DARÍO SCUBLINSKY  
DR. EDSON JAVIER VELOZO  
DR. CHRISTIAN WAIMANN

**Comité de Revisión de Abstracts**

DRA. PAULA ALBA  
DRA. VERÓNICA BELLOMIO  
DR. GUILLERMO BERBOTTO  
DR. RODRIGO BLAS  
DR. EMILIO BUSCHIAZZO  
DRA. EMMA CIVIT  
DRA. CONSTANZA DANIELSEN  
DRA. CARMEN DE CUNTO  
DRA. DIANA DUBINSKY  
DRA. GRACIELA ESPADA  
DR. VICENTE JUÁREZ  
DRA. FLORENCIA MARENGO  
DR. MARCOS MÉNDEZ  
DRA. FABIANA MONTOYA  
DRA. SILVIA PAPANASIDERO  
DR. JAVIER QUAGLIATO  
DRA. MÓNICA SACNÚN  
DRA. JUDITH SARANO

Publicación trimestral  
© **NoveltyMed® 2018**

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

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

## Carta de bienvenida

---

**Estimados Colegas y Amigos:**

Parece increíble que ya ha pasado casi un año de que celebráramos el 50vo Congreso y los 80 años de la SAR.

Sin embargo, el tiempo ha pasado y ahora nos encontramos a la puerta de nuestro 51vo Congreso Argentino de Reumatología. Que no sea un número de los que habitualmente se celebran, no significa que sea un evento de menor importancia. Una vez más la hermosa ciudad de Mendoza nos recibe y agradecemos el compromiso y trabajo de la filial de Cuyo en la organización de este nuevo Congreso.

Tal vez le llame la atención a algunos miembros de nuestra sociedad que volvamos a la ciudad de Mendoza, pero esto tiene un motivo importante, y que debiera alegrarnos: debido a la magnitud que nuestro Congreso anual ha adquirido en los últimos años, hay pocas ciudades en Argentina que pueden albergarnos con comodidad. Ellas son Rosario, Mendoza, Salta y Buenos Aires (esta última la hemos descartado debido a sus altos costos). De todas formas, seguimos evaluando año a año nuevas posibilidades. En este Congreso mantendremos la estructura habitual del mismo, con algunas innovaciones. Continuaremos con las conferencias, simposios, mesas redondas, las reuniones de los grupos de Estudio, y los cursos pre- e intra-Congreso. Como innovación incorporamos más actividades interactivas, y participativas, y haremos un llamado a todos los socios para que presenten una propuesta de sesión educativa, dentro del Congreso. Algunas de estas propuestas serán seleccionadas, aumentando la participación de los miembros de nuestra Sociedad en el Congreso.

Con gran alegría, podemos anunciar que, luego del éxito del año pasado, nuevamente tendremos dentro del Congreso una jornada dedicada totalmente a la Reumatología Pediátrica: las Segundas Jornadas Argentinas de Reumatología Pediátrica de la SAR. Esta actividad, estamos seguros, seguirá creciendo en forma vertiginosa. Una vez más este año tendremos como actividad fundamental el Congreso de pacientes, evento que crece año tras año, y que nos acerca al motivo final de nuestra educación continua. También, 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 Mendoza, disfrutemos de una gran actividad científica en un marco maravilloso.**

*Enrique R. Soriano*  
Presidente SAR

## Becas SAR AGR 2018

---

1. Aguila Maldonado, Rodrigo	HIGA SAN MARTIN DE LA PLATA
2. Bande, Juan Manuel	HOSPITAL TORNÚ
3. Barbaglia, Ana Lucia	HOSPITAL A.C PADILLA TUCUMÁN
4. Brance, Maria Lorena	CENTRO DE REUMATOLOGÍA DE ROSARIO
5. Brom, Martín	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
6. Capelusnik, Dafne	IREP
7. Catoggio, Cecilia	
8. Cavalieri, Magdalena	IREP
9. Cazenave, Tomás	IREP
10. Dalpiaz, Marina S.	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
11. De la Torre, María Laura	CEMIC
12. Flores Balverdi, Janet	HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA
13. Fornaro, Marina	IREP
14. Garcia Coello, Adriana D.	HOSPITAL PIROVANO
15. Isnardi, Carolina A.	IREP
16. Jaramillo Gallego, John Fredy	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
17. Lloves, Nicolás	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
18. Lo Giudice, Luciano	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
19. Luissi, Aurelia	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
20. Marin Zucaro, Nicolas Martín	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
21. Martire, Maria Victoria	INSTITUTO MÉDICO PLATENSE
22. Mollerach, Florencia B.	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
23. Moyano, Sebastián	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
24. Najera, Hugo	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
25. Pena, Claudia	HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA
26. Perez Ferro, Maria	HOSPITAL PERRANDO DE RESISTENCIA CHACO
27. Picco, Eugenia	HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA
28. Pierini, Florencia S.	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
29. Pons-Estel, Guillermo	HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO
30. Rodriguez, Maria Florencia	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
31. Rolon Campuzano	IREP
32. Sanchez Prado, Einer D.	HOSPITAL ITALIANO LA PLATA
33. Sasaki, Patricia	HOSPITAL RIVADAVIA DE BUENOS AIRES
34. Serrano, Eliana R.	HOSPITAL TORNÚ
35. Scaglioni, Valeria	HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
36. Sueldo, Raul	HOSPITAL A.C PADILLA TUCUMÁN

---

## Índice autores

ABALO, Alejandra	P 125	ALCIVAR ESPINALES, James	P 142
ABBAS, Leila Estela	P 173	ALCIVAR, Jose Simon	P 91
ABDALA, Javier	O 14	ALTEN, Rieke	O 42
ABDALA, Marcelo	O 210 P 190, 233, 330	ALTUBE, Soledad	O 14, 21
ABALOS, Alejandra	P 80, 305	ALVAREZ, Analia	O 29, 33 P 50, 51, 218, 317, 332, 317
ABUDARHAM, J	P 127	ALVAREZ, Damaris	O 29 P 164, 181, 285
ACEVEDO, María Magdalena	P 173	ALVAREZ, Marcela	O 89
ACHILLI, Carla	O 210 P 190, 233, 330	ALVAREZ, Dario	P 229
ACIAR, Mariana	O 245, 325, 326 P 59, 160, 161, 305	ALVAREZ, Cecilia	P 313, 322, 338
ACOSTA HETTER, Maria Eugenia	P 104	AMITRANO, Cristina	P 191, 203, 207, 271, 281
ACOSTA-RODRIGUEZ, Eva	P 101	ANDRUSH, Adriana	O 226
ACOSTA COLMÁN, Maria Isabel	O 293 P 104, 121, 332	ANDERSON, Jaclyn K.	P 262
ACOSTA, Cristina	P 101	ANDINO, Ignacio	O 9, 13
ACOSTA, Rodrigo	P 324, 328	APAZ, Maria Teresa	P 77
AESCHLIMANN, Carolina	O 151 P16, 184	ARCONDO, Florencia	P 202
AGUILA, Damian	O 210	ARIAS, Maira	P 164, 285
AGUILA, Rodrigo	P 188, 331	ARIAS SAAVEDRA, Maira	P 208, 320
AGUILAR, Gabriel	P 38	ARIETTI, S	O 225
AGUILERA, Lady Nora	P 99	ARIZPE DAVID, Fernando Víctor	O 129
AGUILERA, Graciela Beatriz	P 305	ARIZPE, Fernando David	P 176
AGÜERO, Santiago Eduardo	O 151	ARIZPE, Fernando	P 208, 279, 316
AGUILA MALDONADO, Rodrigo	O129 P176, 277, 278, 316, 317, 279, 309	ARGENTO, F	P 127
AIMO, Carolina	P 242	ARGENTO, Maria Cecilia	P 190, 233, 330
ALAK, María Del Carmen	P 70	ARGENTO, Cecilia	O 210
ALARCÓN, Diana	P 261	ARGÜELLO, Juan M.	P 242
ALAVREZ, Cecilia	P 339	ARRIETA, Evelina	P 277, 278
ALBERTI, Maria Laura	O 14	ARISPE DAVID, Fernando Víctor	P 134
ALBIERO, Eduardo	O 126, 128 P 152, 156	ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andres	P 314
ALBIERO, Juan Alejandro	O 128 P 150, 156, 174, 175, 267, 310	ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andres	P 297
ALCAIN, Julieta	O 226	ARUJ, Patricia	O 14
ALONSO, Carla	O 128 P 150, 152, 156, 174, 175, 267	ARTURI, Valeria	P 309
ALONSO	P 305	ASNAL, Cecilia	O 40, 41, 42 P 191, 203, 207, 212, 271, 281
ALLE, Gelsomina	O 124, 155	ASTE, N	O 151 P 95
ALMEIDA, Vanesa	P 261	ASTESANA, Pablo	O 126
ALSINA, Graciela	P 70	ASTUDILLO, José	P 181, 306
ALVARADO, Rodolfo Nicolas	O 155, 318	ASTUDILLO ANDRADE, José	P 208
ALVARADO, Nicolás	O 317	ASTUDILLO, Valeria	P 320
ALVARELLOS, Alejandro	P 211, 313, 322, 337, 338	ATTALLAH, Carolina	P 71
ANTONIOL, Maria Noelia	P 241	AUDISIO, Marcelo	P 38, 257, 258
ALASCIO, Lucia	P 90	AUTERI, Santiago	O 14
ALBA, Daniela	P 285	AVERSA, Luis	O 89
ALBA, Paula Beatriz	O 86, 126, 128, 225 P 51, 150, 152, 156, 174, 175, 207, 267	AVILA PEDRETTI, Gabriela	P 104
ALCARAZ, Fernando	P 28, 34	AVILA, Gabriela	O 293
ALCIVAR, James	P 64	AYALA LUGO, Ana	P 104
		AYLLON, Erick	P 164, 285
		AZEVEDO, Valderilio	P 94
		AZULAY, Guillermo	P 203
		BABINI, Alejandra	O 86

BABINI, Silvia Mabel	O 14, 21 P 185	BENEGAS, Mariana	O 245, 331 P 38, 244
BAENA, Diego	P 20	BENICHOU, Olivier	O 41
BAENAS, D	P 95, 313, 322, 337, 338, 339	BENITEZ, Cristian Alejandro	O 131, 151 P 232
BALBI, Andrea	P 229, 230	BENSI, Ana	P 189
BALCAZAR, Ruth	P 196, 205	BERTOLACCINI, María Constanza	P 272
BALDOMIR, Martin	P 233	BETANCOURT LÓPEZ, Jaime	P 195, 254
BALSA CRIADO, Alejandro	O 220	BIRD, Paul	O 42
BANDE, Juan Manuel	O 29, 33 P 91, 90, 208, 212, 276, 296, 331	BIRT, Julie	O 41
BARBALACO, L	P 127	BLANCO, Ricardo	O 40
BARBICH, Tatiana	O 137, 245 P 231, 147	BLANCO, Eliana Soledad	O 131, 132 P 221, 232
BAREIRO, Teresa	P 190	BLAS, Rodrigo	P 215
BARLOCO, Laura	O 131	BOFFA, Silvana	P 271
BARREIRA, Juan Carlos	P 70	BOHR, Analía Verónica	O 29, 151
BARRIOS, Celina P85	P 246	BONALDI, Sabrina	O 228
BARRIOS, Belén Itatí	O 151	BONSIGNORE OLHABERRY, Fabiana	P 262, 270, 273, 282
BARROS, Claudia	P 229	BONFA, Eloisa	P 211
BARTEL, G	P 95	BOTTA, Eliana	O 248 P 256
BARTEL, Guillermo Gerardo	P 117, 122, 149	BOTINELLI, Yanina	O 33
BARTH, Angeles	P 103	BOVEA CASTELBLANCO Gladys	P 99
BATAGLIA, Cecilia	P 199	BRAILLARD POCCARD, Andrea	P 85, 239, 246, 199 P212
BATTAGLIA, Daniela	P 166	BRANCE, María Lorena	O 307 P 286
BATTAGLIA, Ana Cecilia	P 195	BRIGANTE, Jorge Alejandro	O 151 P 205, 264, 266
BATTAGLIA, Cecilia	P 254	BRITES, Fernando	O 248 P 256
BATTAGLIOTTI, Cristina	O 151 P 17	BROM, Martin	O 9, 151
BAUTISTA MOLANO, Wilson	P 94, 183	BRUN, Lucas R	O 307 P 286
BAZZARELLI, Marcela	O 131, 132	BOERO, Laura	O 248 P 256
BAZZALO, Ignacio	P 294	BORLENGHI, Cecilia	O 92 P 94
BAIED, Carmen	P 99	BOVEA CASTELBLANCO	P 99
BAQUERO, E	P 182	BUCETA, S.	O 209
BARZOLA, María Laura	P 87, 88	BULIUBASICH, Sandra Mabel	P 257, 258
BARBAGLIA, Ana Lucía	O 131, 287, 295, 132, 304 P 240, 272	BÜRGESESSER, María	P 80
BASTITA, Mariela	O 14, 21 P 185	BURGOS VARGAS, Rubén	P 94, 183
BASSO, Victoria	O 14, 21 P 185	BURKET, Andres	P 63
BEJARANO, Vanesa Marisel	P 180, 217	BUSAMIA, Beatriz	P 152
BERRIOS, Waleska	O 13	BUSCHIAZZO, Emilio	O 245, 325 P 59, 160, 161, 170, 223, 305
BERSANO, María Noelia	O 29 P 16, 184	CABRERA VILLALBA, Sonia	P 104, 324
BERBOTTO, Guillermo	O 307, 319 P 169, 211	CACERES, Agustina	P 207
BERTOLACCINI, María Constanza	O 287, 295 P 240	CAEIRO, Francisco	P 20, 95, 207, 313, 322, 337, 338, 339
BERTOLI, Ana	O 151 P 38, 77	CAICEDO CORREA, Oscar Andrés	P 90, 149, 208
BERON, Ana María	P 280	CAIZA ASITIMBAY, Monica	P 182
BELBRUNO, Leila	P 160, 305	CADILE, Isaac Ignacio	P 101, 154, 250, 251, 257, 258 p 253
BELLOMIO, Verónica	O 33, 86 P 50, 60, 240, 272, 287, 295, 317 263	CALOMINO, Florencia	P 125
BENAVENTE, Emilio	O 186 P 162, 172	CAMP, Heidi S.	p 282, 270
BENAVENTE, Matias Manuel	P 308	CAMPINS, Federico	O 14, 21
BENAVIDEZ, Federico	O 151 P 232	CAMARGO SERRUDO, Fabiola	O 86, 249
BENAVIDEZ LUJAN, Federico	P 221	CAMARGO OCHI, Bruno	P 334, 335
BENEDETTI, Diego	P 143	CAPELUSNIK, Dafne	O 33, 130, 131, 132, 245 P 134, 139, 212, 235
		CAPONE, Lilian	O 21
		CAPOZZI, Nieves	O 79

	P 292		
CAPPUCCIO, Ana Maria	O 151	CORDOBA, Laura	O 210
CAPUCCIO, Ana	P 212	CORDOBA, Mercedes Cecilia	P 77
COWAN, Mónica Patricia	P 289	CORREA, María de Los Angeles	O 29, 132 P 223
CHEN, Kun	P 270, 273	CORREA, Maria	O 79
CARACCILO, José Angel	O 29, 33 P 90, 91, 208	CONTE, María Soledad	P 169, 319
CARBALLO, Orlando Gabriel	P 334	CONTI, Silvana	P 184, 211
CARO, Fabian	O 14	COLAZO, Marcela	P 313, 322
CASADO, Gustavo	O 79, 15	COLLADO, Victoria	P 50, 95, 134
CASTORINO, Gerardo	P 172, 308	COLLANTES-ESTEVEZ, Eduardo	P 183
CATAY, Erika Roxana	O 151	COLMÁN, Nelly	P 328
CATOGGIO, C	P 95	COLOMBERO, Daniel	P 190
CATOGGIO, Luis Jose	O 155, 211 P 329	COLOMBRES, Federico	O 131
CATUOGNO, Patricia	O 226	COSATTI, Micaela Ana	O 245 P 50, 51, 146, 239, 317
CAVALLO, Andrea	P 164, 285	COSENTINO, V.	O 81
CAVALLASCA, Javier Alberto	P 213, 214	COSENTINO, Vanesa	O 276, 331 p 296, 320
CAVALIERI, Magdalena	P 241	COSTANTINO, Alicia Beatriz	P 101
CAVILLON, Emilia Marta	O 151	COSTI, Ana Carolina	O 151 P 58, 188, 212, 239, 279, 309, 316
CAVODURO, Ruben Darío	P 233	CRABBE, Emilio	P 179, 197
CALVO, Romina	O 186 P 133, 135, 192, 197	CRESPO ESPÍNDOLA, María E.	O 33, 325, 326, 245 P 59, 160, 161, 242, 305
CALVO ZARLENGA, Martina	P 329	CRESPO, M.	P 95
CAUBET, Mariana	O 96	CRABBÉ, Emilio Juan	P 133, 135, 136, 153
CARRIZO, Carolina	P 146	CROW, Catherine	P 191, 203, 271, 281
CASALLA, Luciana	O 79 P 292	CRUZAT, Vanesa Cecilia	O 151 P 207
CASAS, Eduardo Martin	P 63	CSEUZ, Regina	O 42
CASTILLO, L	O 81	CUADRANTI, Nadia	O 210 P 190, 233, 330
CASTILLO DIAZ, Harold	P 166	CUCCHIARO, Natalia L.	O 33 P 59, 160, 161, 305, 325, 326
CASTRO, Matias	O 14	CUÉLLAR, María Carolina	P 46
CASTRO COELLO, Vanessa	P 249, 264	CUÉLLAR BERMEO, Yulie	P 268
CATALÁN P., Antonio	P 207	CUSA, María Alejandra	P 58
CATOGGIO, Cecilia	P 51	CUSA, Alejandra	O 79
CAZENAVE, Tomas	O 36 P 38	CUTRI, Mariel Susana	P 94
CAZURRO, M	P 127	CURTI, Ana Carolina	P 286
CARRERA, Elena	O 186 P 71	CROCE, Mercedes	O 86
CARDENAS SUAREZ, Gerardo	P 199	DAL PRA, Fernando	O 36 P 178, 223
CERDA, Osvaldo	O 137 P 147, 223, 231	DALPIAZ, Marina	P 212, 242
COHEN, S.	P 282	DAMJANOV, Nemanja	P 270
CORONEL ALE, Andrea Lujan	O 137, 245 P 231	DANIELE, Julieta	P 169, 319
CORTESE, Noel	O 210, 307 P 190, 233, 330	DANIELSEN, Constanza	P 51
CORTEZ CHAVARRIA, Judiht	P 18, 24, 44, 45	DANITH, Medina	P 51
CEBALLOS RECALDE, Flavia	O 312 P 315	DANTUR, G	O 81
CHAHUÁN, José Miguel	P 46	DAURIA, Florencia	P 176
CHAVERO, Ignacio	O 307	DEGREGORIO, Leandro	P 229
CHIARVETTO PERALTA, María V.	O 155	DE ROSA, Javier	P 256
CHIMENTI, Cristian	P 166	DE LA SOTA, Mercedes E.	O 151
CHUQUIMIA, Rene	P 201	DE LA TORRE, María Laura	P 146, 148, 216
CITERA, Gustavo	O 29, 36, 130 131 132, 137, 245, 248 P 38, 94, 139, 147, 170, 178 223, 231, 235 O o	DE LA VEGA, Maria	O 79
CIVIT, Emma de Garignani	P 172, 308	DE LA VEGA, María Celina	O 92, 151 P 202, 212, 221, 232, 239
COSTA, Lucas	O 186 P 71	DELGADO, Paula	P 125
		DELLEPIANE, Analia	O 29
		DEMARCHI, Julia	O 225 P 117, 122, 149, 207
		DEMARCHI, Marcela	O 128

DE-MIGUEL, Eugenio	P 183	FERREIRA BORBA NETO, Eduardo	P 211
DEODHAR, Atul A.	P 262	FERREYRA DILLON, Rodrigo	P 310
DEWEY, Ricardo A.	P 83	FERREYRA, Leandro	O 283
DIAZ, Monica O29 P58	P 317	FERRERO, Paola Virginia	P 101
DI CASTELNUOVO, Valentina	O 86 P 146, 212, 216	FIorentino, Soledad	P 313, 322
DI GENARO, Maria Silvia	P 215	FIORI, Mauricio	P 329
DILASCIO, S	P 127	FITZGERALD, Oliver	P 273
DIEZ, Fernando	O 120	FLORES, Andrea M.	P 242
DIEGUEZ, Carolina	O 307	FLORES, Daniela	P 164
DI GREGORIO, Silvana	O 307	FLORES, Janet	P 207, 313, 322
DIPIERRI, Maité	P 253	FLORES BALVERDI, Janet Pamela	P 337, 338, 339
DUARTE, Margarita	P 104, 106, 121, 328	FLORES RENGIFO, Daniela	O 86 P 285
DUARTE, Vanesa	O 276, 293, 331 P 296	FRANCO, Rodolfo	O 325, 326
DUARTE, Margarita	P 332	FRIEDMAN, A.	P 282
DUARTES NOE, D	P 95, 207	FUENTES, Alejandro	P 46
DUARTE-MUSSI, Margarita	P 324	FUENTES, María Elisabet	P 277, 278
DOUGADOS, Maxime	O 42 P 219	FUERTE, Julio Hernan	P 63
DUBINSKY, Diana	O 86 P 85, 193, 195, 196, 199, 205, 246, 249, 254, 261, 264, 266, 268, 280, 297, 311, 314, 323	GALLO, Jesica	O 186 P 20, 46, 48, 95, 192
DURIGAN, Virginia	O 224	GALLO, Jhonny Eduardo	P 63
EARSMAN, Geofredo	P 117, 122, 149	GAMBA, Maria Julieta	O 276, 331 P 292
EIMON, Alicia	P 50, 51, 317	GAMBA, J.	P 296
ELIÇABE, Ricardo Javier	P 215	GAMBANDER, T.	O 210
ELIZAUUR, Gabriel	P 106	GAMBRA, Ivan Eduardo	P 63
EMERY, P.	P 282	GANDARA, Esteban	O 14, 21 P 185
ENARES, Eduardo	P 48	GANDINO, Ignacio	O 13 P 95, 248
ENEJOSA, Jose Jeffrey	P 273	GARATE, Gabriela	P 196, 249
ENGHELMAYER, Juan	O 14, 21	GARAY, Luciana	O 287
ESTRELLA, Natalia	O 325, 326 P 38, 173, 306	GARBARINO, María Cecilia	P 202
ESPADA, Graciela	O 89 P 87, 88	GARCIA, Agustin	O 14
ESPASA, Gabriela Vanesa	P 60, 272	GARCIA, Lucila	O 129, 276 P 134, 163, 176, 188, 279, 316
ESPASA, Vanesa	P 240, 263, 295	GARCÍA, Miriam	O 40
ESPÍNDOLA ECHAZÚ, Mariana	O 304	GARCÍA, Nadia Paula	O 129 P 134, 176, 279, 316,
ESTEVEZ, Adrian	P 125	GARCIA, Vanina	O 325, 326
ETCHEVERRY, Mayra	P 125	GARCIA, Victoria	O 283
EXENI, Ida Elena	O 151	GARCÍA, Mercedes	O 276, 331 P 134, 163, 188, 211, 212, 316,317
FABI, Mariana	P 177	GARCIA, Mercedes Argentina	O 129 P 50, 176, 208, 239, 277, 278, 279, 309
FACCIO, Fernando	P 213	GARCIA CARRASCO, Marina	P 246, 280, 297
FARA, Nauan Luis	P 173	GARCIA CICCARELLI, Agustin	P 172, 308
FARFAN ROJAS, Patricia	P 91	GARCIA COELLO, Adriana	P 78
FAUTREL, Bruno J	O 42	GARCÍA ORO, Agustina	P 154, 250, 253, 257, 258
FEDERICO, Luján Benavidez	O 132	GARCIA MUNITIS, Pablo	P 125
FERNANDEZ, L	O 79	GARCIA SALINAS, Rodrigo	O 79, 284 P 165, 180, 223, 247
FERNANDEZ, Sofía	P 189	GARGIULO, Maria de Los Angeles	P 239
FERNANDEZ, Monica	P 201	GARIGNANI, Federica	P 172, 308
FERNANDEZ, Lorena Soledad	P 221, 232	GASER, Adrian	O 14, 21
FERNANDEZ ROMERO, Diego	P 335	GALINDO, Susana	P 206
FERNÁNDEZ, Ruth	O 126	GALINDO, Liliana	O 295 P 272
FONSECA, Emilce	O 210 P 330	GALLARDO, M	O 151
FORD, Juan Pablo	O 209	GALLERANO, Veronica	P 156
FORNARO, Marina	O 137, 151 P 170, 223, 231	GEJMAN, Roger	P 46
FORNASARI, Leticia	P 202		



GERMAN, Noelia	P 218	HOCKL, Pablo	O 198
GERVASONI, Viviana	P 211	HOJBERG, Noelia Valeria	P 294
GERVILLA, Ana	P 80, 242, 305	HONERI, Andres	P 189
GEUSSENS, Piet	O 40	HORTAS, María	P 177
GROISMAN, Iliana	P 91	HU, María	O 86, 132 P 50, 317, 333
GUERRA, G	O 92	HUFFORD, Matthew M.	O 41
GUTFRAIND, Ernesto	P 99	HÜTTMAN, Francisco Javier	P 60, 72
GUZZANTI, Fernanda	P 172, 308	HÜTTMANN, Francisco	O 33, 287, 295 P 240, 263
GOLIMSTOK, Ángel	O 13	IBARROLA, Manuel	P 261
GIORDANO, Federico	O 29 P 58	IBAÑEZ ZURLO, Leticia	P 305
GIRALDI, Leonardo	P 289	IGLESIAS, Paola	P 189
GIRARD BOSCH, Paula	O 331, 276 P 296	ISNARDI, Carolina	O 21, 33, 131, 132, 137 P 134, 231, 245
GOBBI, Carla	O 86, 126, 128, 151, 225 P 58, 150, 152, 156, 174, 175, 207, 267	INCIARTE-MUNDO, Jose	O 40
GOMEZ, R A	O 151, 198 P 85, 195, 246, 268, 314, 323 p 239	IVANOFF, Hever Luz	P 280
GOMEZ, G	P 95	IZAGUIRRE, Maria Pia	P 320
GOMEZ, Andrea Susana	P 117, 149	JARAMILLO GALLEGO, John	P 10, 124, 15
GOMEZ, María Gimena	O 151, 196 P 205, 261, 264., 266	JOLIE, Valerie	P 104
GOMEZ, Ramiro	P 199, 212, 254, 297, 311	JORGE, Silvia	O 325, 326
GOMEZ, Graciela Noemi	P 239	JORFEN, Marisa	O 307
GÓMEZ, María Amalia	P 176	JU, Yung Chi	P 31, 49, 57, 64, 69, 142
GONZALEZ, Ingrid	O 210 P 64, 142	JUAREZ, Ricardo Vicente	O 325, 326 P 59
GONZALEZ, R	O 81	JUAREZ, Vicente	P 160, 207, 208, 305, 161
GONZALEZ DE URIZAR, Margarita	P 104	JUAREZ, Paola	O 89
GONZALEZ LUCERO, Luciana	O 131, 132 p 240, 272, 287, 295	JUAREZ, V	P 95
GONZALEZ PAGANTI, Luciana	P 230	JURADO, Raúl Artemio	P 251
GONZALEZ, Mariana	P 262, 282	KANEVSKY, D	O 81
GONZALEZ, Paula	O 276, 331	KATSICAS, María Martha	O 228
GONZALEZ, Paula Alejandra	P 292	KAVANAUGH, Arthur	O 41
GONZÁLEZ, Margarita	O 293	KERZBERG, Eduardo	O 29, 33, 86, 132, 151 P 100, 164, 173, 181, 208, 242, 285, 294, 306, 320
GONZALEZ, P.	P 296	KIRKHAM, Bruce	O 40, 42
GOÑI, Mario Alberto	P 180	KIRMAYR, Karin Ingrid	O 151
GOUPILLE, Philippe	O 40	KISLUK, Boris	O 151 P 169, 319
GOTTLIEB, Alice B	O 41	KLAJN, Diana	O 29, 33 P 208
GRAF, Cesar Enrique	O 151	KOHAN, María Paula	O 29, 33 P 286
GRANEL, Amelia	O 151 P 239	KOHAN, Paula	O 131 P 38
GRECA, Alcides	O 224	KURZAWA, Monika	O 40
GRELONI, G.	O 124	LABARCA, Cristián	P 46
GRIPPO, María	P 87	LABORDE, Hugo	O 198 P 297, 311
GRUPPI, Adriana	P 101	LAGRUTTA, Mariana	O 21, 210, 224
GUERINI, Laura Lorena	O 89	LAMBERT, Robert G.	P 262
GUGGIA, Maria de Lourdes	P 189	LANCIELLOTTI, Diana	O 14, 21
GUIÑAZU, Francisco	O 128	LANCIONI, Eliana	P 329
GUTIÉRREZ, Miguel	P 46	LANDEWÉ, Robert	P 219, 262
GUTIERREZ, Ignacio	P 77	LARROUDE, María Silvia	O 151, 286
HAMAUI, Adriana	P 196, 205, 249, 264, 266	LASTIRI, Jose Maria	O 318
HAMDANI ALHALABI, Samer	P 63	LASCANO, Cruz David	P 80, 305
HARTVIG, Claudia	O 29, 132 P 16, 184	LAVRAS COSTALLAT, Lilian T	P 211
HAYE, Maria	P 313, 339	LÁZARO, María Alicia	O 79, 131, 151
HELLING, Claudia	P 51, 180	LOAYZA REYNOLDS, Grace B.	O 33
HERNANDEZ, Maria Ines	P 202	LAZZARINO, María Rosa	P 18, 24, 44, 45
HERRERA, Alejandra	P 46		

LEAL CASTRO, Sheyla	P 314	MARTÍNEZ DE FILÁRTIGA, María	P 104
LEBERSZTEIN, Gabriel	P 289	MARTÍNEZ, Víctor	P 121, 332
LEDDA, Anabel	P 143	MARTÍNEZ LÓPEZ, Juan Antonio	P 206
LEGUIZAMÓN, María L.	O 33, 295 P 240, 263	MATELLÁN, Carla E.	O 33 P 100, 181, 208
LEGUIZAMON, Maria Lilia	P 60, 272 O 317	MATTIAZZI, Marcelo	P 229
LEIVA, Rodolfo	O 210	MARTIRE, Vicky	O 36
LENCINA, Veronica	P 59	MARTIRE, María Victoria	O 129, 276, 331 P 176, 279, 296, 316
LENCINA, María Verónica	O 245 P 160, 161, 305	MARTIRE, Victoria	P 38, 134, 163, 188
LESPESSAILLES, Eric	O 40	MARTINEZ, Víctor	P 104
LESSA, Carmen	P 334	MARTINEZ DE FILÁRTIGA, María T. P	P 121
LEÓN, María de La Paz	O 86, 287 P 240	MARTINEZ, Liliana Alicia	O 151
LEYTON, G	P 182	MARTINEZ, Maria Florenica	P 190, 233, 330
LIM, Romina	O 29, 132	MARTINEZ AGUERO, Víctor	O 293
LIN, Chen-yen	O 41	MARTINEZ, Florencia	O 210
LI, Mei	P 262	Martinez P	O 10
LLANOS, Carolina	P 46	MARTINEZ, José Maximiliano	O 123
LLOVES SCHENONE, Nicolas	P 119, 217	MARZO-ORTEGA, Helena	P 262
LOJO, María Nieves	P 18, 24, 44, 45, 239	MARENGO, Zully	P 297
LO GIUDICE, Luciano	O 10 P 15	MARENGO ROMERO, Zully	P 311, 314
LONGO, Analia	P 218, 333	MALDINI, Carla	O 86, 128 P 156, 174, 175, 267
LOPEZ, Ana	P 334, 335	MALDONADO FICCO, Hernán	O 131, 132 P 183, 219
LOPEZ, Juan Manuel	P 229	MALDONADO COCCO, Jose	P 183, 219
LOPEZ MEILLER, Maria Jose	P 193, 311	MALDONADO, Pablo Ramiro	P 240, 272, 287, 295
LOPEZ PEREZ, Maria Jose	P 77	MALDONADO, Federico Nicolás	P 261
LOPEZ, María Daniela	P 305	MALM GREEM, Samanta	P 51
LOSANTO, Jhonatan	P 328	MATA, Darío O.	O 33 P 221, 232
LOTERSZTEIN, Vanessa	P 230	MAZZA, Susana M.	O 33 P 60, 134, 240, 272, 295, 263
LOZA, Estibaliz	P 183	MAZZOLENI, Julio	P 106
LUCERO, Eleonora Del Valle	O 287	MEDRANO, Teresa	P 306
LUISSI, Aurelia	O 52, 81	MEDINA, María A.	O 29, 33 P 90, 91, 208
LUJAN BENAVIDEZ, Federico	O 131	MEDINA, Gustavo	P 254
LUNA, Gisele	O 137, 245 P 170, 178, 231	MEDINA, Esmilce	P 271
LUNA, Paula	P 281	MEERWEIN, Sebastian	P 273
LUPINACCI, Lorena	O 318	MEIORIN, Silvia	P 87, 88
MACHADO ESCOBAR, Maximiliano	O 33, 304 P 206	Meiks, SABRINA	P 202
MACIAS OVIEDO, Leonela Lysseth	O 130, 284, 245 P 170, 178, 232, 235	MELO MARTINS, Marcia	P 104
MAGRI, Sebastian	P 165, 223, 247	MELO, Marcia	P 106, 121, 332
MALAH, Verónica	P 193	MELO, Fernando Gabriel	O 151
MALFANTE, Pablo	O 14, 21	MENDEZ RODRIGUEZ, José	P 94
MALPARTIDA VILDOSO, Mariela	P 289	MENESES, Naraline Luna	O 307
MAMANI, Marta	O 224 P 167, 201, 217, 242	MENNA, Danny	P 70
MARCOS, Ana Inés	P 239	MEROÑO, Tomás	O 248 P 256
MARADEO, María Roxana	P 176	MESSINA, Osvaldo Daniel	P 221
MAROZZI, Fernando	P 214	MESSINA, Daniel Osvaldo	P 232
MASTRI, Mariel Viviana	P 177	Meyer, CINTIA	P 202
MARIN ZUCARO, Nicolas	O 10, 35, 155 P 15	MEZZANO, Verónica	P 46
MARIN, J.	P 296	MICELLI, Marina	O 33 P 173, 294, 306
MARIN, Josefina	O 276, 283, 331	MIRANDA, Héctor	P 46
MARINO, Diego Andrés	P 268, 323	MIRANDA, Hugo	P 292
MARTIN, Maximiliano	O 248 P 256	MIRAGLIA, Eugenia	P 176
MARTÍNEZ, María Eugenia	P 46	MILANESIO, Julieta	P 233, 330
		MILJEVIC, Julieta	O 307
		MILLER, Evelyn	P 143

MILOVIC, Vera	P 102	OTHRMAN, A.	P 282
MOLINA, María Josefina	P 103	OTON, Teresa	P 183
MOLLERACH, Florencia Mollerach	O 10, 35, 86, 123	PAATS, Astrid	P 324, 328, 332
MOLTO, Anna	P 183, 219	PACHECO, Gonzalo Javier	P 57, 63, 64, 69, 142, 182
MONJE, Liliana	P 233	PACINI, Florencia	O 210
MONTES, Carolina	P 101	PAEZ MENA, Oneida	P 28, 34
MONTIEL, Dora	P 106	PAIRA, Sergio	O 151, 186 P 20, 46, 47, 71, 95, 133, 135, 136 153, 158, 162, 179, 192, 197
MONTIEL NARDINI, Olivia	P 59	PAPAGNO, Julia	P 125
MONTOYA, Sandra Fabiana	P 208, 242, 306	PALATNIK, Mariano	O 210, 307 P 190, 233, 330
MORA, Gabriela Fernanda	O 224, 226 P 229, 230	PANCALDO, María Florencia	P 90
MOREND, Inés	P 289	PANIEGO, Federico Martin	O 120
MOYANO, Sebastian	O 9, 13	PANIEGO, Raúl Horacio	O 120
MOYANO, Viviana	O 21	PARDAL, D	O 81
MOYANO GARZÓN, María Elvira	P 257, 258	PARDO HIDALGO, Rodolfo Ariel	P 215
MUNARRIZ, Alicia	P 215	PARODI, Roberto	O 224
MUÑOZ, Sebastián	O 317 P 50, 51	PAOLINI, María Virginia	P 334, 335
MURILLO, Marcela	P 80	PAPASIDERO, Silvia Beatriz	O 29, 33, 79 P 90, 91, 149, 207, 208, 212
MUSSANO, Eduardo Daniel	O 151 P 101, 154, 250, 251, 257, 258	PASCUCHELLI, Veronica	P 306
MUSURUANA, Jorge Luis	P 213, 214	PAULIN, Francisco	O 14
MYSLER, Eduardo	O 96	PEDANO, V	O 225
NAGUA, Viviana	P 50, 316 O 317	PEDERSEN, R.	O 92
NAJERA, Hugo	P 167, 201	PEITEADO, Diana	O 220
NEIRA, Oscar	P 46	PENDON, Gisela Paola	P 58
NASI, Silvina	P 172 308	PERAK, Marilina	P 18, 24, 44, 45
NAVARRO, Sandra	P 16	PERCUDIANI, Joaquín	O 307
NAVARRO-COMPAN, Victoria	O 220 P 183	PEREZ ARAÑA, Enrique	P 28, 34
NAVARTA ORTIZ, David	O 312 P 315	PÉREZ, Bárbara	P 285
NAVAL, Norma	O 21	PÉREZ, Silvana K.	O 33 P 90, 91, 208
NEBRO, Antonio Fernández	O 40	PÉREZ ALAMINO, Rodolfo	O 131 P 170
NEME, Viviana	O 128	PERICH, Risto	P 94
NEME MAZZUCHI, V	O 225	PETRAGLIA, Norberto	P 329
NIETO, Romina P211	O 220	PEZUTTI, Valeria	P 144
NITSCHKE, Alejandro	P 102, 191, 203, 207, 271, 281	PICCHI, Julieta	P 305
NUNARI, María Vicenta	P 175	PIERINI, Florencia	P 15, 19, 256
OGGERO, Marcos	P 71	PINO, María	O 198 p 246, 280, 297, 311
OJEDA, Aldo	P 106	PIOVESAN, María Mercedes	P 270, 273
OLIVER, Marina	O 14, 21, 276 P 185	PISONI, Cecilia Nora	O 86, 151, 245, 317 P 50, 51, 95, 146, 148, 180, 212, 216, 239
OLGUÍN, G.	O 209	PLASENCIA, Chamaida	O 220
ONETTI, Laura Beatriz	P 101, 154, 250, 253, 257, 258, 251	PONCE DELGADO, Yessica Maria	P 78
ONOFRIO, Luisina	P 101	PONS-ESTEL, Bernardo A	O 307, 325 P 211
ORMAZA SABANDO, Miguel	P 208	PONS-ESTEL, Guillermo	O 222 P 211
OROZCO, María Celeste	P 235	PORSDAL, Vibeke	O 40
OROZCO, Maira	P 337	PY, Guillermo	P 38, 257, 258
ORTIZ, Alberto	O 186 P 20, 46, 47, 95, 133, 135, 136 153, 158, 162, 179, 192, 197	PERA, Mariana	P 176, 188, 309, 316
ORTIZ GAONA, Nelson Rafael	O 293 P 121	PERANDONES, Carlos E.	P 241
ORTIZ MATEUS, Luis Carlos	P 64, 69, 142	PERETTI, Hugo	P 169
ORTIZ, Nelson	P 104, 332	PEREZ DAVILA, Adriana	O 29
ORZUZA, Stella	P 189	PEREZ, S.	O 79
OSTOLAZA, M	P 127	PEREZ, Silvana	O 132
OTADUY, Cintia Mercedes	O 86	PEREZ, Nicolas	O 151
OTERO, María José	P 18, 24, 44, 45	PEREZ, Barbara	P 164

PEREZ ALAMINO, Rodolfo	P 183, 219	ROCA, Natalia	P 90, 91
PEREZ, Ana Rosa	O 210	ROBERTS, Karen	P 184, 211
PERROTTA, Natalia Andrea	P 193, 195, 254	ROMBO, Graciela	P 190, 233, 330
PELAEZ BALLESTAS, Ingris	O 325 P 94	ROMITI, Magdalena	O 14, 21
PEREIRA, Dora	O 29, 151 P 50, 58, 317	ROY, Adriana	O 228
PEREYRA, Agustina	P 127	ROLLA, Ignacio	O 210 P 190, 233, 330
PEREYRA, Susana	P 156	ROMÁN, Lourdes	P 104, 121, 324
PENA, Claudia	P 134, 176, 188, 279, 309, 316,	ROMANINI, Felix	P 167, 201, 217
PENDÓN, Gisela	P 50, 51, 317	ROTELLA, Maria Soledad	P 143, 144
PEÑA COCA, Elena Patricia	P 335	ROZZATTI, M S	O 225
PEÑA, Patricia	P 334	RHYS, Karen	P 152
PEÑALOZA FLORES, Micaela Bercy	P 64, 142	RUIZ, Mario	O 325, 326 P 305
PEON, Claudia	O 33 P 221, 232	REMOLINA RINCÓN, Iván Dario	P 70, 122
PETKOVIC, Ingrid	O 151 P 58	RODRIGUEZ RAMIREZ, Armin A.	P 64, 69, 142, 167, 201
PICCO, Eugenia	P 59, 160, 161, 208, 305	RIERA, Julia	P 213, 214
PICO, Eugenia	O 325, 326	RIOPEDRE, Augusto M.	P 221, 232
PREISEGGER, Matías	P 83	RODRIGUEZ, Gonzalo	P 232
PORTA, Sabrina	P 164, 285, 294, 306	RODRIGUEZ MOJICA, Fernando A.	P 167
PORTILLA, Yesid Jovanni	P 85, 237, 314, 323	RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo	P 221
PUCCI, Paula	P 191, 203, 271, 281	RODRIGUEZ, M.	P 242
PUERTA FRANCHI, Ramiro	P 166	RODRIGUEZ, Silvia	O 287
QUAGLIATO, Norberto Javier	O 307	RODRIGUEZ, Florencia	P 134, 242
QUEVEDO MAYORGA, Pedro	P 70, 149	ROJAS TESSEL, Romina	P 59, 160, 161, 305
QUADRELLI, Silvia	O 14, 248 p 261	ROVAI, Gloria	P 20
QUAGLIA, Maria Isabel	P 150, 152, 156, 174, 175, 267	ROSA, Javier	O 13, 35, 123, 248, 283 P 19, 38
QUINTANA, Rosana M.	O 151, 325, 326 P 16, 189, 211	ROVERANO, Susana Graciela	O 186 P 20, 46, 47, 51, 133, 135, 153 158, 162, 179, 192, 197
QUINTEROS, A	O 151	ROVERANO, Susano	P 136
QUISPE VILLANUEVA, Ma Laura	P 18, 24, 44, 45	ROSEMPFET, Marcos Gabriel	O 36 P 38
RABINOVICH, Gabriel	O 198	RUA, Gustavo	P 161
RACCA, M. A.	O 225	RUBIO, Maria Magdalena	P 34
RAGGIO, Juan	O 307 P 169, 319	RUFFINO, Juan Pablo	O 210 P 190, 233, 330
RAITI, Laura	P 207	RUSSO, Ricardo	O 96, 209, 228
RAZZINI, Agustín	O 307	RUTA, Alvaro	O 284 P 165, 247
RAYA, Sandra	P 306	RUTA, Santiago	O 284 P 165, 247,
REAL, Juan	P 102	RUBBERT-ROTH, Andrea	P 273
REDONDO, Griselda	P 232	SACNÚN, Mónica	P 211
REGINATO, Anthony	P 46	SAENZ, Julieta	P 125
REQUEJO, Alejandro	P 102	SAEZ, María Soledad	O 248 P 256
REMIS, Federico	O 287	SALCEDO, Mariana	O 132
RETA ARBÓ, Lucas	P 101, 154, 250, 251, 253, 257, 258	SALDARRIAGA RIVERA, Lina M.	P 180
RETAMAL, Enrique	P 218, 333	SALINAS MEJÍA, Laura	P 117
RETAMOZO, Cinthya	O 325, 326	SALVATIERRA, Gabriela M.D. V.	P 207
RICUCCI, Fabiana	P 201	SALVATORE, Adrian	P 143
RIQUELME GRANADA, Susan	P 324, 328	SALVATORI, Facundo	P 165, 247, 284
RISCANEVO, Nadia	P 207, 337, 338, 339	SANTANA, Mirta	O 295 P 272
RISCANEVO ANAYA, Nadia	P 313, 322	SANCHEZ ANDIA, Carolina	O 151, 317 P 50, 218, 333
RISPOLO KLUBEK, Daniela	P 17	SANCHEZ ALCOVER, Jimena	P 172, 308
RILLO, Oscar L.	O 79, 151 P 78	SANCHEZ FREYTES, Marcelo	P 77
RINGER, Ariana	O 210 P 190, 233, 330	SANCHEZ CORREA, C.	P 127
RIGBY, W.	P 282	SANCHEZ PRADO, Einer Dalinda	P 165, 247 O 284
RIVERO, Mariano A.	P 58, 70		
RIVERO, María Gloria	P 143, 144		

SANCHEZ HERNÁNDEZ, E.	P 127	SOARES DE SOUZA, Sidney	O 151
SANCHEZ, Adolfo	O 326	SOBARZO, Patricia	P 106
SANCHEZ, Ariel	O 307	SOMMA, Luis Fernando	O 151
SANCHEZ, Adriana Silvia	P 144	SOMMERFLECK, Fernando	O 36, 245, 248 P 235, 244, 276, 296
SANDOVAL, Verónica	P 80, 305	SORIA CURI, Yessika J.	O 33 P 60, 134, 240, 263, 272, 295
SANSINANEÁ, Pierina	P 163, 188, 279, 309, 316	SORROCHE, Patricia	O 248 P 256
SANTAELLA, Patricia Alejandra	P 257, 258	SOSA, Julia	O 33, 131
SAPIN, Christophe	O 40	SOSA, Luisina	P 190
SARANO, Judith	P 51	SOSA, Maria Julia	O 29
SARJANOVICH, Rodolfo Juan	P 175	SOTELO, V.	O 225
SATO, Emilia	P 211	SOLANO, G.	O 92
SANABRIA VILLARPANDO, M.	P 64, 142	SOLDANO, Juan	O 307 P 184
SACNUN, Mónica	O 21 29 P 16, 184	SOLÍS, Marco Antonio	P 261
SANCHEZ, Gabriela	P 16	SORIANO, Enrique R.	O 9, 10, 35, 123, 155, 222. 248, 283 P 19, 50, 256
SANCHEZ-BURSON, Juan	O 42	SORIANO, E.	O 13,52, 81, 124, 318 P 15, 211, 317
SANTA CRUZ, Maria Julia	P 223	SOTO, Evelyn	O 21 P 185
SANTIAGO, Maria Lida	P 207	SPINDLER, Walter	P 38
SAURIT, Verónica	O 33, 151 P 50, 211, 313, 317, 337, 338, 339	STRAND, Vibeke	P 270
SASAKI, Patricia	P 207	STREHBLOW, Christoph	O 40
SATTLER, María Emilia	P 169, 319	STUPIRSKI, Juan	O 198
SATURANSKY, Etel	O 245 P 244	SMOLEN, Josef S.	O 42 P 282
SAVIO, Verónica Gabriela	O 86 P 150, 152, 156, 174, 175, 267	SUBOTICKI, Jessica	P 270
SAVY, Florencia	O 129 P 176, 188, 279, 309, 316, 134	SUELDO, Gabriela	P 80
SCAGLIONI, Valeria	O 10, 124, 222, 318	SUELDO, Héctor Raúl	O 287, 295 P 223, 240, 272
SCARAFIA, Santiago	O 79, 131, 276, 331 P 296	SVETAZ, Mj.	O 210
SHAW, Tim	P 273	TAHIR, Hasan	O 40
SCHEINES, Eduardo	P 235	TAMASHIRO, Héctor	P 215
SCHNEEBERGER, Emilce Edith	O 130, 132, 137, 245 P 139, 147, 170, 178, 212, 223, 231, 235	TAMBORENEA, M. Natalia	P 180, 217, 242
SCIARRATTA, Patricia	O 210	TAMBORENEA, Natalia	P 201, 212
SCOLNICK, Marina	P 211	TANTEN, Romina	O 312
SCOLNIK, Marina	O 9, 10, 35, 52, 86, 123, 124, 155, 222, 312, 318 ; P 15,19, 46, 95, 315	TANAKA, Y.	P 282
SCOVILLE, Craig	P 270	TALOCCHINO, Patricia	P 161
SCUBLINSKY, Darío	P 58	TAPIA, María Janina	O 132
SEBASTIANI, Javier	O 14	TAPIA, Maria	P 164
SECCO, Anastasia	P 167, 201, 217, 242, 207	TAPIA, Janina	P 285
SEGURA, Valeria	P 46	TIRELLI, Luciana	P 281
SEGURA ESCOBAR, Carolina	P 117, 149, 207	TESTI, Adriana	O 129 P 134, 163, 188, 279, 316
SEIJO, Mariana	P 206	TATE, Guillermo	O 96
SEQUEIRA, Gabriel	P 100, 173	TATE, Patricio	O 96
SERRANO, Eliana Rebeca	O 33	TETZLAFF, Walter	O 248 P 256
SERRANO, Rosa	P 211	TINOCO, Mariana	P 63
SERRAVALLE, Priscila	P 153, 158, 162, 179	TOBAR JARAMILLO, Mayra A.	O 283
SEVILLA, Daniel Leonardo	P 31, 49, 57, 64, 69, 142	TOIBARO, Javier Jose	P 320
SEVILLANO GUTIERREZ, Juan M.	O 130, 245 P 139, 235	TOMASZUK, Gisell	P 266
SIEPER, Joachim	P 262	TORREGIANI, Victoria	P 87, 88
SILVA, N	P 127	TORRE, María Gabriela	P 229, 230
SILVESTRE, Adriana	O 325, 326	TORRES CHICHANDE, Jessica	O 284 P 165, 247
SIMÓN CAMPOS, J	O 92		
SMICHOWSKI, Andrea M.	O 151		

TORIO, Hugo	P 104	VILLARREAL, María Giselle	O 228
TOTH, A	P 127	VIOLA, Malena	P 212, 221, 232, 239
TRAMPUZ FORTIS, María A.	O 29	VIRASORO, Belen Maria	P 212, 216
TRAMPUZ, Alejandra	P 164, 285	VISSANI, A.	P 127
TRASANTE BORCHES, María S.	O 155	VISENTINI, Susana Mirta	P 31, 64, 49, 57, 69, 142, 182
TRAVAGLIA, Magali	P 58	VIVERO, Florencia	O 14, 21 P 185
TROBO, Rosana Inés	P 58	VLAHOS, B.	O 92
TUNDIA, Namita	P 270	WACKER, Julio	O 29
URRUTIA, Julio Cesar	P 18, 24, 44, 45	WAIMANN, Christian	P 219
VALDATA, Marcela	P 189	WANG, Xin	P 262
VALDEZ, Rita	P 230	WELLS, Alvin	P 273
VALDEZ, Sergio	O 325, 326 P 305	WERNER, Marina Laura	P 101, 154, 250, 253, 257, 258
VALERIO, Maria	P 172, 308	WERNICKE, Veronica Cecilia	P 18, 24, 44, 45, 239
VANDALE, Juan Manuel	O 210 P 190, 233, 330	WIESSHAMM, Nancy	P 251
VAN DE LAAR, Mart A.F.J.	O 42	XAVIER, R.	O 92 P 211
VAN DEN BOSCH, Filip	P 219	XPONS- ESTEL, Bernardo	O 326
VAN DER HEIJDE, Désirée	P 219	YACUZZI, María S.	O 33, 304
VAN VOLLENHOVEN, Ronald	P 270	YINDE ENCINA, Yanira Rossana	P 106, 328
VARELA, C.	O 124	YOHENA, Víctor L.	O 33
VARELA, Brenda	P 191	YORIO, Marcelo	O 126, 128, 152
VASSAROTTO, Natalia	P 154	YUCRA BOBARIN, Demelza V.	P 196, 205, 249, 261, 264, 266
VAZQUEZ, Amanda	O 89	YUCRA, Demelza	P 212
VÁZQUEZ BÁEZ, Marcos Aurelio	P 104, 106, 121, 332 O 293	ZACCA, Estefania Raquel	P 101
VELASCO ZAMORA, Jorge	P 83	ZAFFARANA, Cecilia Andrea	P 117, 122, 149
VELASCO HERNANDEZ, Patricia	P 177	ZAFRA, Milagros	O 210
VELLOSO, Maria Sofia	O 129 P 134, 176, 279, 316	ZHANG, Y.	P 282
VELLOSO, Sofia	P 310	ZALLES LAZARTE, Sinda H.	P 122
VELLOSOS, Sofia	P 188	ZAMORA, Natalia	P 38, 235
VELOZO, Edson	O 151	ZAPATA, Paola	O 210 P 330
VERANDO, Marcela	O 151	ZARATE, Lucía	O 79 P 292
VERGARA, Facundo	P 144	ZOROQUIN, Juan Pablo	P 46
VERGEL ORDUZ, Linda	P 212, 264, 266	ZYLBERMAN, Marcelo	P 202
VERMEULEN, Monica	O 226		
VIGLIANO, M	O 225		
VILA, D.	P 296		
VILLALBA, Alejandro	O 220		
VILLALOBOS Fernando Manuel	P 100, 242		
VILLAR, Silvina	O 210		

**Orales**

---

# **51° Congreso Argentino de Reumatología**

---

---

Hotel Intercontinental - Mendoza  
14 al 17 de noviembre de 2018





14

0014 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE EN ARGENTINA. REGISTRO MULTICÉNTRICO EPIMAR

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: OTROS  
 VIVERO, Florencia(1) | BABINI, Silvia Mabel(1) | MALFANTE, Pablo(1) | CAMPINS, Federico(1) | LANCELLOTTI, Diana(1) | BASSO, Victoria(1) | GANDARA, Esteban(1) | ENGLHLMAYER, Juan(2) | GASER, Adrian(3) | ABDALA, Javier(4) | ALBERTI, Maria Laura(5) | ALTUBE, Soledad(6) | ARUJ, Patricia(7) | AUTERI, Santiago(8) | CARO, Fabian(5) | CASTRO, Matias(9) | GARCIA, Agustín(10) | QUADRELLI, Silvia(10) | PAULIN, Francisco(5) | OLIVER, Marina(1) | BASTITA, Mariela(1)

**Objetivos:** Describir las características demográficas, clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias y los tratamientos instaurados en los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial de mecanismo autoinmune (EPI) en nuestro país. **Materiales y Métodos:** Se realizó una cohorte multicéntrica incluyendo 25 centros que realizan atención en EPI en Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPI/DAI de acuerdo con la evaluación del equipo multidisciplinario (reumatólogos/clínicos/neumólogos) perteneciente a cada centro investigador. Se incluyeron pacientes evaluados entre enero de 2015 y abril de 2018. Se clasificaron las EPI/DAI en los siguientes subgrupos: 1) EPI/ETC; de acuerdo con los criterios de clasificación internacionales o 2)IPAF; según los criterios establecidos en el año 2015 por la Sociedad Americana de Tórax (ATS) y la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) o 3) EPI/ANCA asociado a la presencia de ANCA (confirmados por ELISA). 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 estudios de función respiratoria basal (Test de marcha, Espirometría y DLCO). Se consignaron datos sobre los distintos esquemas de tratamiento instaurados. **Resultados:** Se analizaron en el registro un total de 381 pacientes. Predominio de sexo femenino (74% IC 95% 69.39-78.16) con una edad media de 58 años (DS 16). Hubo una frecuencia de 44% (IC 95% 39.45-49.38) de tabaquistas (actuales o previos).

ENFERMEDAD DE BASE Y PATRÓN TOMOGRÁFICO	PORCENTAJE (%)
Artritis Reumatoidea (n=103)	
NIU	40
NINE	27
OTROS	33
Etiología Sistemática (N=93)	
NIU	73
OTROS	13
IPAF (N=35)	
NIU	64
OTROS	24

capacidad vital forzada (CVF) al diagnóstico de 2.35litros (DS 0.76) y 70% del teórico (DS 18) y una DLCO media de 57.37% (DS 19.5). El patrón tomográfico más frecuente fue tipo Neumonia Intersticial No Específica (NINE) 51.08% (IC 95% 45.65-56.56) seguida de Neumonia Intersticial Ulta (NIU) 21.36% (IC 95% 17.24-26.15). El esquema terapéutico más utilizado fue corticoides más ciclofosfamida (30.14% IC 95% 25.32-35.34), seguido de azatioprina (20.9% IC 95% 16.32-25.36), micofenolato mofetil (15% IC 95% 11.48-19.91). Conclusiones: En nuestro conocimiento, EPIMAR es el primer registro argentino de EPI/DAI. En nuestra cohorte se observa franco predominio de sexo femenino, edad mediana y asociación considerable con tabaquismo. Predominan la AR y la ES como enfermedades autoinmunes subyacentes y el FAN y FR como hallazgos serológicos más frecuentes. El deterioro funcional respiratorio al diagnóstico fue leve. Consideramos fundamental la función multidisciplinaria en esta patología para definir un tratamiento inmunosupresor precoz y acorde a cada paciente. En el futuro es necesario el desarrollo de estudios prospectivos que evalúen la evolución de estas enfermedades y el impacto de los tratamientos utilizados.

**Palabras Claves:** Enfermedad pulmonar intersticial Enfermedad de tejido conectivo Neumonia intersticial con hallazgos autoinmunes Vasculitis anca

21

0021 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON LUPUS ERMITEMATOSO SISTÉMICO. REGISTRO MULTICÉNTRICO EPIMAR

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 SOTO, Evelyn Gisella(1) | VIVERO, Florencia(1) | BABINI, Silvia Mabel(1) | CAMPINS, Federico(1) | MALFANTE, Pablo(1) | LANCELLOTTI, Diana(1) | BASSO, Victoria(1) | GANDARA, Esteban(1) | ENGLHLMAYER, Juan(2) | GASER, Adrian(3) | ABDALA, Javier(4) | ALBERTI, Maria Laura(5) | ALTUBE, Soledad(6) | ARUJ, Patricia(7) | AUTERI, Santiago(8) | CARO, Fabian(5) | CASTRO, Matias(9) | GARCIA, Agustín(10) | QUADRELLI, Silvia(10) | PAULIN, Francisco(5) | OLIVER, Marina(1) | BASTITA, Mariela(1)

**Objetivos:** Describir las características demográficas, serológicas, imagenológicas, funcionales pulmonares y tratamientos instaurados en pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). **Materiales y Métodos:** Estudio ambispectivo, descriptivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes de la cohorte EPIMAR (Enfermedad Pulmonar Intersticial de Mecanismo Autoinmune de Argentina) conformada por 25 centros que realizan atención multidisciplinaria especializada en EPI en Argentina. Se incluyeron pacientes evaluados entre enero de 2015 y abril de 2018 con diagnóstico de EPI, definida por la presencia de imágenes pulmonares sugestivas en tomografía de tórax con cortes de alta resolución (TCAR) (engrosamientos septales irregulares inter o intralobulillares, bronquiectasias por tracción, imágenes quísticas y/o vidrio esmerilado) asociada a LES de acuerdo a criterios ACR 1997. Se registraron datos serológicos y estudios de función respiratoria (espirometría y DLCO). Todas las imágenes fueron evaluadas en forma ciega por un especialista en diagnóstico por imágenes con práctica focalizada en enfermedades de tórax. Se consignaron datos sobre los esquemas de tratamiento.

**Resultados:** De los 381 pacientes incluidos en el registro multicéntrico EPIMAR con EPI de causa autoinmune, 29 (7.6%, IC 95% 5.25-10.6) presentaban diagnóstico de EPI asociado a LES. Respecto de la agrupación por sexo 90% (26/29) IC 95% 74.37-97.3) eran femeninos. El rango de edades fue de 29 a 80 años con un promedio de 53 años (DS 12). Sólo 4 tenían antecedentes de tabaquismo actual o previo (13.8% IC 95% 4.54-30). El 69% fue evaluado inicialmente por un reumatólogo. La frecuencia de autoanticuerpos fue la siguiente: FAN 93% (27/29) IC 95% 79-98.83), anti-Ro/SSA 58% (15/26) IC 95% 38.39-75.37), anti-RNP 35% (9/26) IC 95% 18.38-54.11), Los antígenos tomográficos hallados fueron Neumonia Intersticial No Específica (NINE) 28% (8/29) IC 95% 13.74-45.75), Neumonia Intersticial Ulta 24% (7/29) IC 95% 11.22-42), Superposición NINE/Neumonia Organizada (NO) 10% (3/29) IC 95% 2.70-25.62). Con respecto a las pruebas funcionales pulmonares, al momento del diagnóstico el porcentaje de la capacidad vital forzada (%CVF) fue de 66% (DS 17.58), y la DLCO fue de 57% (DS 13.93). Los pacientes con compromiso moderado a severo (%CVF menor a 70% del teórico de acuerdo a sexo/edad/talla) tenían un promedio de edad de 49 años (DS 10.22), mientras que los pacientes con enfermedad subclínica (asintomáticos, %CVF mayor al 80% del teórico) tenían un promedio de edad de 67 (DS 9) años. No se hallaron diferencias en la frecuencia de patrones tomográficos asociados a edad o severidad del compromiso funcional. Se obtuvieron datos de tratamiento del 83% de los pacientes (24/29) IC 95% 65.84-93.4). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides, el 76% (22/29) IC 95% 58-88.78) en dosis medias o altas y el 21% (6/29) IC 95% 8.84-38.15) en forma de pulsos endovenosos. El inmunosupresor más utilizado fue ciclofosfamida 38% (12/29) IC 95% 20-57.78), seguido de azatioprina 25% (6/24) IC 95% 10.84-49.92) y micofenolato 21% (5/24) IC 95% 6-40). De los pacientes tratados se registraron datos evolutivos (%CVF a los 6-12 meses) en el 50% de los casos, habiendo estabilidad o mejoría de la función pulmonar en el 78% (11/14) IC 95% 52-94.24) de los tratados.

**Conclusiones:** La EPI asociada a LES es menos frecuente que en otras enfermedades del tejido conectivo. En nuestro conocimiento, este estudio es el primero que ha reportado la presencia de pacientes con EPI/LES. Hallamos un compromiso en LES se encuentra en mujeres de edad mediana o tabaquistas, con presencia significativa de anti-Ro/SSA y menor frecuencia de FAN similar a los datos hallados en otras series. Son necesarios estudios prospectivos para validar estos resultados.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar

29

0029 - CONOCIMIENTO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
 BANDE, Juan Manuel(1) | MEDINA, María Alejandra(1) | KOHAN, María Paula(1) | SOSA, María Julia(1) | PAPASIDERO, Eliana Beatriz(1) | CARACCIOLLO, José A.(1) | ALBERTI, Maria Laura(1) | VIVERO, Florencia(1) | LANCELLOTTI, Diana(1) | BASSO, Victoria(1) | GANDARA, Esteban(1) | ENGLHLMAYER, Juan(2) | GASER, Adrian(3) | ABDALA, Javier(4) | ALBERTI, Maria Laura(5) | ALTUBE, Soledad(6) | ARUJ, Patricia(7) | AUTERI, Santiago(8) | CARO, Fabian(5) | CASTRO, Matias(9) | GARCIA, Agustín(10) | QUADRELLI, Silvia(10) | PAULIN, Francisco(5) | OLIVER, Marina(1) | BASTITA, Mariela(1)

**Objetivos:** Los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) presentan un riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) significativamente mayor respecto de la población general. Si bien la fisiopatología de dicho aumento es poco clara, la inflamación sistémica crónica asociada con la AR, así como ciertos fármacos utilizados en su tratamiento, podrían estar involucrados. El Heart Disease Facto de FRIITA (HDFQ-RA 1 y 2) es un cuestionario autorreportado que evalúa el conocimiento del riesgo de ECV en general y más específicamente el relacionado con la AR y su tratamiento. Nos planteamos como objetivos de este trabajo: 1) validar la versión en español de dicho cuestionario; y 2) evaluar el nivel de conocimiento respecto del riesgo de ECV en los pacientes con AR. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos n=18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otra colagenopatía distinta de la AR (excepto Sme de Sjögren secundario) y aquellos que presentaban alguna condición que impidiera la lecto-comprensión de cuestionarios. Se consignaron datos demográficos, nivel educativo, factores de riesgo para ECV tradicionales, características de la enfermedad, clínica y tratamiento al momento de la inclusión. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del HDFQ-RA según guías de Beaton y col. Todos los pacientes contestaron el cuestionario y un grupo previamente de una charla informativa sobre ECV. También se determinó la reproducibilidad en un grupo de pacientes que completaron el cuestionario nuevamente dentro de los 10 a 15 días. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Consistencia interna con alfa de Cronbach. Reproducibilidad test-retest. Correlación de características de la enfermedad y puntaje de cuestionario con Chi2 y Spearman. ECV se definió como un evento cardiovascular mayor puntaje para ambos Spearman, según correspondiera. **Resultados:** Se incluyeron 787 pacientes de 25 centros de todo el país, 87.8% mujeres con una edad media de 54 años (DE 12). El 28.4% tenía educación primaria completa. La mediana del tiempo de evolución fue de 98.5 meses (RIC 48-180). El 87.9% eran seropositivos para RF. 52.8% presentaban enfermedad erosiva y 22.9% manifestaciones extraarticulares. La mediana del DAS28 fue de 3.25 (RIC 2.38-4.45) y la del HAQ-A fue de 1 (RIC 0.1-3). El 55.3% recibía AINES, 40.9% Glucocorticoides (GC), 91.6% DMAR sintéticos tradicionales (84.4% Metotrexato), 12.3% Tocifanib y 25.4% DMAR biológicos. El alfa de Cronbach fue de 0.83 y de 0.93 para el HDFQ-RA1 y HDFQ-RA2 respectivamente. No se detectaron preguntas redundantes. La correlación test-retest fue de 0.48 para el HDFQ-RA1 y de 0.42 para el HDFQ-RA2. La mediana de los porcentajes para cada tipo de respuesta fueron los siguientes: respuestas correctas 93.8% para HDFQ-RA1 y 82.7% para HDFQ-RA2; respuestas incorrectas 13.8% para HDFQ-RA1 y 0% para HDFQ-RA2; respuestas desconocidas por el paciente 21.1% para HDFQ-RA1 y 22.1% para HDFQ-RA2. El 65.7% de los pacientes ignoraba que el AR aumenta el riesgo de ECV, y un alto porcentaje desconoce el impacto de los AINES y de los GC sobre dicho riesgo. Un mayor nivel de instrucción se asoció con mayor número de respuestas correctas (p<0.0001). Así mismo, el grupo de pacientes que asistió a la charla informativa respecto del ECV presentaron mayor puntaje para ambos cuestionarios (p<0.001 para HDFQ-RA1 y p=0.001 para HDFQ-RA2). Aquellos pacientes con antecedentes de ECV presentaron puntajes más altos (p=0.0195 para HDFQ-RA1 y p=0.0114 para HDFQ-RA2) al igual que los que padecían HTA y los que realizaban actividad física siendo estadísticamente significativo.

**Conclusiones:** HDFQ-RA1 y HDFQ-RA2 presentaron una excelente consistencia interna. Los pacientes con antecedentes de ECV y los que recibieron una charla informativa sobre ECV tuvieron puntajes más altos, otorgándole validez de constructo al cuestionario. Evidenciamos que un alto porcentaje de pacientes con AR desconoce que la misma aumenta el riesgo de ECV así como el impacto negativo de los AINES y de los GC sobre dicho riesgo. Consideramos que el uso de cuestionarios con estas características permitirá implementar estrategias educativas de prevención de ECV dirigidas y evaluar su efectividad a lo largo del tiempo. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Enfermedad Cardiovascular, Conocimiento

33

0033 - DESEMPEÑO DEL CUESTIONARIO ¿SABES LO QUE QUIERO DECIR? (DO YOU KNOW WHAT I MEAN?) PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERMITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 SOTO, Evelyn Gisella(1) | VIVERO, Florencia(1) | BABINI, Silvia Mabel(1) | CAMPINS, Federico(1) | MALFANTE, Pablo(1) | LANCELLOTTI, Diana(1) | BASSO, Victoria(1) | GANDARA, Esteban(1) | ENGLHLMAYER, Juan(2) | GASER, Adrian(3) | ABDALA, Javier(4) | ALBERTI, Maria Laura(5) | ALTUBE, Soledad(6) | ARUJ, Patricia(7) | AUTERI, Santiago(8) | CARO, Fabian(5) | CASTRO, Matias(9) | GARCIA, Agustín(10) | QUADRELLI, Silvia(10) | PAULIN, Francisco(5) | OLIVER, Marina(1) | BASTITA, Mariela(1)

**Objetivos:** ¿Sabes lo que quiero decir? (versión en español de "Do you know what I mean?") es un cuestionario auto-reportado que evalúa el nivel de conocimiento de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) sobre su enfermedad. Consta de 27 preguntas que hacen referencia a la evolución, complicaciones y tratamiento del LES. A nuestro entender, el grado de conocimiento de la enfermedad en pacientes con LES no se ha evaluado en nuestro medio. Por lo tanto, nuestro objetivo fue validar dicho cuestionario en una cohorte de pacientes argentinos con LES, evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes con LES sobre su enfermedad y la asociación con los factores serológicos. **Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos n= 18 años con diagnóstico de LES (ACR 97 y SLICC 2012). Se excluyeron pacientes con síndrome de superposición y aquellos con dificultad para la lecto-comprensión del cuestionario. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad y aquellas que pudieran influir sobre el nivel de conocimiento: nivel de instrucción; edad de inicio del LES; tiempo de evolución; internaciones debido a la enfermedad; proximidad al LES (definido como antecedentes de contacto actual o pasado con un familiar, amigo o conviviente con LES); y la exposición educativa (uso de internet, redes sociales o participación de alguna entidad de apoyo en LES). Se administró el cuestionario "¿Sabes lo que quiero decir?" a todos los pacientes, quienes contestaron cada pregunta como verdadero o falso; las preguntas que no fueron respondidas se interrogó el motivo (falta de comprensión o desconocimiento). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Alfa de Cronbach. Reproducibilidad test-retest. Respuestas correctas, incorrectas y ausentes para cada pregunta con mediana y rango intercuartílico (RIC). Las comparaciones con prueba T de Student, Chi2 y test exacto de Fisher o correlación de Spearman.

**Resultados:** Se incluyeron 277 pacientes con LES de 14 centros de Argentina: 89% fueron mujeres con una edad media de 38.7 años (DE 13). La media de edad de inicio del LES fue de 28.7 años (DE 12.5) con una mediana de tiempo de evolución de 96 meses (RIC 36-168). El 84% presentó compromiso mucocutáneo, 73% articular y 66% inmunológico. El 90% se encontraba en tratamiento con hidroxicloroquina, 57% con Glucocorticoides (GC), y 49% recibió GC a altas dosis en algún momento de la evolución de su enfermedad. El 65% de los pacientes refirió internaciones debido al LES y el 23% manifestó haber tenido proximidad al LES. En cuanto al nivel de instrucción, el 40% tenía el secundario completo. El 23% de los pacientes presentó exposición educativa: 71% buscó información en redes sociales, 52% en internet y sólo el 19% asistió a charlas informativas. El alfa de Cronbach fue de 0.73, no se detectaron preguntas redundantes. La reproducibilidad fue de 0.78. La mediana de las respuestas correctas fue 18 (RIC 15-20) y de las incorrectas 5 (RIC 3-7). Se observó que a edad más temprana de inicio de la enfermedad fue mayor el número de respuestas correctas (p<0.0001). Además, un nivel de instrucción superior y la exposición educativa al LES se asociaron con mayor nivel de conocimiento, de forma estadísticamente significativa. No observamos asociación entre haber recibido GC y mayor cantidad de respuestas correctas en las preguntas relacionadas con los mismos. Al analizar las preguntas del cuestionario encontramos que entre un 55%-77% de los pacientes no considera al LES como un factor de riesgo cardiovascular ni que pueda desencadenar la muerte; a pesar de esto el 93% reconoció que la actividad física puede mejorar la salud física y cardíaca. De las preguntas relacionadas con los efectos adversos de los GC, entre un 16-36% respondió en forma incorrecta y entre un 11-50% manifestó desconocer la respuesta. **Conclusiones:** "¿Sabes lo que quiero decir?" demostró ser un cuestionario confiable, válido y reproducible en pacientes con LES. Además, evidenció que las áreas de mayor desconocimiento fueron las preguntas relacionadas con el impacto cardiovascular de la enfermedad de LES, con el uso de GC, Consideramos que el uso de este cuestionario, que evalúa el conocimiento de la enfermedad es fundamental para guiar estrategias educativas en los pacientes con LES, con el fin de facilitar la toma de decisiones compartidas con el médico, mejorar la adherencia al tratamiento y el pronóstico de los mismos. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico; Nivel de conocimiento en LES; Cuestionario de nivel de conocimiento.

35

0035 - INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: UN ESTUDIO CONTROL MACHEADO

Modalidad: Oral - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR
MOLLERACH, Florencia Beatriz | MARIN ZUCARO, Nicolas | SCOLNIK, Marina | ROSA, Javier | SORIANO, Enrique R.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la tasa de incidencia de eventos cardiovasculares(ECV) en pacientes con arteritis de células gigantes(ACG) en relación con controles macheados en un Hospital Universitario.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACG (cumplan criterios ACRI1990) posterior al año 2000 afiliados al hospital y se machearon (1:2) con controles por sexo y edad. Se realizó seguimiento a partir de la fecha de diagnóstico de ACG concordante con la primera consulta al hospital para los controles macheados. Los pacientes que habían presentado un ECV previo al diagnóstico de ACG o la admisión al hospital para los controles fueron excluidos. Los pacientes fueron seguidos hasta el cese de la afiliación, ECV, el final del estudio (01-05-2018) o la muerte. Se revisaron manualmente las historias clínicas electrónicas y se registraron los datos demográficos, clínicos y los tratamientos previos. Se calcularon las tasas de incidencia por 1000 paciente-años para cada ECV y se comparó entre ambos grupos. Se realizó un análisis multivariado de cox para identificar factores asociados a ECV.

Table with 3 columns: Variable, n (%), and p. Rows include Age, Sex, Disease, and various comorbidities like Diabetes, Hypertension, and Atherosclerosis.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes con ACG y 210 controles que contribuyeron a un total de 1276.9 paciente-años y 1735.3 paciente-años respectivamente. Las características basales se muestran en la tabla 1. El uso de aspirina y la diabetes fueron más frecuentes en pacientes con ACG que en los controles. A nivel global la tasa de incidencia fue similar en ambos grupos: 18.0 por 1000 paciente-años en GCA (IC95% 12.3-25.4) y 14.4 por 1000 paciente-años en controles (IC

95% 9.9-20.6), p=0.22. El desarrollo de aneurisma torácico fue significativamente más frecuente en pacientes con ACG (6.6 por 1000 paciente-años, IC 95% 3.3-12.7, versus 2.3 por 1000 paciente-años, IC 95% 0.9-6.1, p 0.04). Los demás ECV tuvieron tasas similares en ambos grupos. En el análisis multivariado de cox, luego de ajustar por factores de riesgo tradicionales, el diagnóstico de ACG no se asoció con mayor número de ECV. El sexo masculino se asoció con un incrementado riesgo cardiovascular (OR 2.04, IC 95% 1.06-3.95, p 0.03). El tratamiento con estatinas resultó ser protector (OR 0.38, IC 95% 0.18-0.80, p 0.01).

Conclusiones: Se encontró un incrementado riesgo de aneurisma torácico en pacientes con ACG en comparación con los controles macheados. Los demás ECV fueron similares entre ambos grupos.

Palabras Claves: Arteritis de células gigantes - Eventos cardiovasculares - Aneurisma

36

0036 - EVALUACIÓN CLÍNICA Y ULTRASONOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA PRÁCTICA DIARIA QUE RECIBEN TOFACITINIB. I

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR
Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
ROSMERFFET Marcos Gabriel | CAZENAVE, Tomas | DAL PRA, Fernando | SOMMERFLECK, Fernando | MARTIRE, Vicky | CITERA, Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA

Objetivos: La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete grandes y pequeñas articulaciones; existen en la actualidad diferentes alternativas terapéuticas que permiten el control de la actividad articular, siendo los inhibidores de JAK una de las opciones recientemente incorporadas. La Ultrasonografía (US) contribuye a la evaluación y monitoreo de los pacientes con enfermedad reumática, siendo utilizada en la práctica diaria como una herramienta complementaria al examen clínico. Para nuestro conocimiento no hay estudios que evalúen el efecto de los inhibidores de JAK sobre la actividad de la enfermedad utilizando a la US. Objetivo Evaluar los cambios en la actividad de la enfermedad detectados por examen clínico y US en los pacientes con AR que inician tratamiento con tofacitinib (Tofa)

Materiales y Métodos: MyM: Estudio observacional prospectivo no intervencional, basado en un entorno clínico real. Se incluyeron pacientes con AR según criterios ACR EULAR 2010 de la consulta ambulatoria que recibían Tofa según criterio del médico tratante como elección en caso de falla a DMARDs y/o terapia Biológica. Se realizó evaluación en visita basal a los 3 y 12 meses, en donde se consignaron datos sociodemográficos, clínicos (eficacia y seguridad), de laboratorio y clínicos (RAPID3, DAS28, HAQ). Para US se utilizó el reuma score que incluye carpos y 2 MCF, se graduó la sinovitis en Modo B y técnica Power Doppler (0-3), también se consideró articulación target a la referida por el paciente como la más dolorosa al momento de la evaluación basal. Análisis estadístico: las variables categóricas se compararon por test de Fischer o Chi cuadrado y las continuas por T test o Mann Whitney. Correlaciones por Spearman.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, edad media de 56,5 ± 12,6 años, 40 (87%) de sexo femenino, con un tiempo de evolución medio de 12,8 ± 8,3 años, siendo sexo + para FR el 83% de la población. El 97,8% uso MTX, y el 95,7% uso esteroides en algún momento de su evolución. Recibió previamente Terapia Biológica (TB) el 58,7% del grupo. Tofa fue utilizado como monoterapia en 37% de los casos y en combinación con Metotrexato en el 63% de los casos. Todos los pacientes estaban recibiendo Tofa en la evaluación del 3 mes; 32 pacientes (69.6%) se mantenían con la medicación a los 12 meses. Las causas de discontinuación fueron 31% por falta de eficacia, 31% evento adverso (infecciones de vía aérea, cutáneas), 23% falta de acceso y 15% pérdida de seguimiento. Se observaron cambios significativos en el DAS 28, RAPID3, HAQ y Reuma score a los 3 meses y en DAS28 y RAPID3 a los 12 meses, siendo más marcados estos cambios en el grupo naive de TB y en los que recibían combo. Remisión fue alcanzada por 17% de los pacientes a los 3 meses y 13% a los 12 meses. Cumplían T2T por clínica el 39% y por US el 41% de los pacientes a los 12 meses respectivamente. En visita basal el PD grado 2 y 3 se observó en el 83%, de los pacientes, siendo 59% y 52% a los 3 y 12 m respectivamente. A nivel articular fueron evaluadas 276 articulaciones, 63% tenían PD grado 2 y 3 basal, 48% a los 3 meses y 44% a los 12 meses. Con respecto a la articulación TARGET, se evaluaron 22 articulaciones, todas tenían sinovitis por escala de grises, 12 presentaron señal PD+ (5 rodillas, 4 MCF, 3 PIF). A los 12 meses en 7 desapareció la señal PD. Conclusiones: Conclusión: Tofa demostró tener un rápido efecto para controlar la inflamación dentro de los primeros meses de tratamiento, siendo su tolerancia buena. Se observaron cambios significativos en DAS28, HAQ, RAPID3 y Reuma score. Remisión se observó en 13% a los 12m y T2T clínico y US en 39 y 41% respectivamente. La clínica y la US se complementan y reflejan muy bien los cambios ocurridos en el paciente, pudiendo ser usadas en la práctica diaria.

Palabras Claves: Artritis Reumatoidea, Terapia Biológica, Tofacitinib, Ultrasonografía

40

0040 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB A LA SEMANA 52 EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA ACTIVA QUE NO HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON BIOLÓGICOS (SPIRIT-P1) - Modalidad: Oral

Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS
ASNAL, Cecilia(1) | LESPESSALLES, Eric(2) | KIRKHAM, Bruce(3) | NEBRO, Antonio Fernández(4) | BLANCO, Ricardo(5) | STREHLOW, Christoph(6) | INCIARTE-MUNDO, Jose(7) | PORSDAL, Vibeke(6) | GARCIA, Miriam(6) | KURZAWA, Monika(6) | SAPIN, Christophe(6) | GEUSSENS, Piet(7) | GOUPILLE, Philippe(8) | TAHIR, Hasan(9)

HOSPITAL ALABAMA SOURCE, UNIVERSITY OF ORLEANS (2); GUY'S & ST THOMAS' NHS FOUNDATION TRUST AND KING'S COLLEGE (3); HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (4); HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (5); ELI LILLY AND COMPANY (6); UNIVERSITY OF HASSELT (7); CHRU TOURS (8); BARTS HEALTH NHS TRUST (9)

Objetivos: Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une de forma selectiva y con alta afinidad a la interleuquina 17A. En pacientes con artritis psoriásica (APs) activa que no habían sido tratados previamente con DMAR biológicos, a las 24 semanas, ixekizumab resultó superior a placebo en alcanzar respuestas ACR (American College of Rheumatology) 20/50/70, resolución de la entesitis, dactilitis e inhibición de la progresión del daño estructural. Este análisis investiga la eficacia y seguridad de ixekizumab a las 52 semanas de tratamiento.

Table: Resultados tabulados. Columns include variables like Age, Sex, Disease, and various clinical outcomes (ACR20, ACR50, etc.) for both groups.

la población del PE, es decir, todos los pacientes que habían recibido al menos una dosis del fármaco de estudio. Los datos no disponibles se imputaron usando los métodos de imputación de no respondedores para las variables categóricas y de imputación de la observación basal modificado (mBOCF) para las variables continuas.

Resultados: Un total de 304 pacientes completaron el PE. A la semana 52, para los grupos tratados con ixekizumab cada 4 semanas y cada 2 semanas, las tasas de respuesta ACR 20/50/70 fueron del 69.1/54.6/39.2% y 68.8/53.1/39.6%, respectivamente. Durante las 52 semanas, se observaron cambios mínimos de la puntuación total de Sharp modificada (mTSS) y mejoras de la entesitis y dactilitis. Las mejoras se mantuvieron durante el PE en los grupos de tratamiento cada 4 semanas y cada 2 semanas para el índice de severidad y extensión de la psoriasis (PASI) 75/90/100 (78,8/66,7/56,1% y 81,8/78,2/67,3%), los cambios desde basal hasta la semana 52 para el porcentaje de superficie corporal afectada por la psoriasis fueron del -13,5% y -9,3%, respectivamente, y para el índice de gravedad de la psoriasis ungueal -16,5% y -21,6%, respectivamente. El número de acontecimientos adversos derivados del tratamiento en el PE fue comparable al observado en el primer período de 24 semanas; y la mayoría fueron de gravedad leve o moderada (ver resultados completos en la Tabla).

Conclusiones: Durante un período de 52 semanas ixekizumab demostró una eficacia sostenida que mejoró los signos y síntomas articulares de la APs, así como la psoriasis en placas y los resultados comunicados por los pacientes, con una seguridad comparable a la notificada en la semana 24. Este estudio fue patrocinado por Eli Lilly and Company. Estos datos fueron reportados previamente a la Conferencia Anual de la Sociedad Británica de Reumatología (1-3 de mayo de 2018, Liverpool)

Palabras Claves: Ixekizumab, artritis psoriásica, eficacia, seguridad

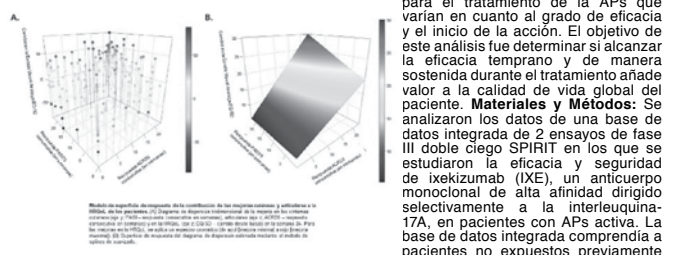
41

0041 - LAS MEJORÍAS RÁPIDAS Y SOSTENIDAS EN LOS SÍNTOMAS CUTÁNEOS Y MUSCULOESQUELÉTICOS ESTÁN CORRELACIONADAS CON UNA CALIDAD DE VIDA MEJORADA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA ACTIVA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS
ASNAL, Cecilia(1) | KAVANAUGH, Arthur(2) | BIRT, Julie(3) | LIN, Chen-yen(3) | BENICHOU, Olivier(3) | HUFFORD, Matthew M.(3) | GOTTLEB, Alice B(4)

HOSPITAL ALEMÁN (1); UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN DIEGO HEALTH SYSTEM (2); ELI LILLY AND COMPANY (3); NEW YORK MEDICAL COLLEGE, METROPOLITAN HOSPITAL, NEW YORK (4)

Objetivos: La artritis psoriásica (APs) es una afección artrítica inflamatoria, autoinmune, sistémica, crónica, asociada frecuentemente con psoriasis. Existen varias terapias biológicas para el tratamiento de la APs que varían en cuanto al grado de eficacia y el inicio de la acción. El objetivo de este análisis fue determinar si alcanzar la eficacia temprano y de manera sostenida durante el tratamiento añade valor a la calidad de vida global del paciente. Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de una base de datos integrada de 2 ensayos de fase III doble ciego SPIRIT en los que se estudiaron la eficacia y seguridad de ixekizumab (IXE), un anticuerpo monoclonal de alta afinidad dirigido selectivamente a la interleuquina-17A, en pacientes con APs activa. La base de datos integrada comprendía a pacientes no expuestos previamente



a agentes biológicos (SPIRIT-P1, NCT01695239) o con respuesta inadecuada o intolerancia a los inhibidores del factor de necrosis tumoral (SPIRIT-P2, NCT02349295). Los pacientes se aleatorizaron para recibir placebo (n=224) u 80 mg de IXE cada 4 (n=229) o 2 semanas (n=226) después de una dosis inicial de 160 mg. Los pacientes incluidos en este análisis post-hoc presentaron un área de superficie corporal afectada (ASC) ≥3% y respuestas en el Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI) 75 y en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 20 en al menos una visita; se combinaron todos los grupos de tratamiento. Durante las 24 primeras semanas del ensayo se midió la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) mediante las puntuaciones por dominios del Cuestionario de Salud Abreviado SF-36 (SF-36), la Escala Visual Análoga EuroQoL 5 dimensiones (EVA-EQ-5D) y el dominio de deterioro de la actividad del Cuestionario sobre Productividad Laboral y Deterioro de la Actividad-Problema de Salud Específico (WAPI-SHP). Para el cambio en la HRQoL a la semana 24 se usó un modelo de superficie de respuesta con la duración de las respuestas PASI y ACR consecutivas y su interacción como variables independientes. Los datos ausentes se imputaron por arrastre de los datos de la última observación considerada e imputación de no respondedores para las variables continuas y categóricas, respectivamente. Resultados: De los 670 pacientes tratados con placebo e IXE en los ensayos SPIRIT, 215 (31.7%) presentaron un ASC basal ≥3% y ≥1 respuestas PASI75 y ACR20. Las respuestas ACR20 consecutivas prolongadas se correlacionaron positivamente con mejoras mayores en la HRQoL según la EVA-EQ-5D (Figura 1). Los pacientes con un mayor número consecutivo de respuestas ACR20 y PASI75 mostraron las mayores mejoras en la EVA EQ-5D. Este resultado fue consistente con 7 de 8 dominios del SF-36, así como con el dominio de deterioro de la actividad del WAPI-SHP (datos no mostrados).

Conclusiones: Las mejorías tempranas y sostenidas de los síntomas de la APs se correlacionaron positivamente con las mejorías en la HRQoL. Las mayores mejorías en la HRQoL se alcanzaron cuando tanto los síntomas cutáneos como los musculoesqueléticos mejoraron temprano y de forma sostenida. Este estudio fue patrocinado por Eli Lilly and Company. Estos datos fueron reportados previamente a la Conferencia Anual de la Sociedad Británica de Reumatología (1-3 de mayo de 2018, Liverpool). Palabras Claves: Ixekizumab, artritis psoriásica, calidad de vida.

42

0042 - EFECTO DE BARICITINIB SOBRE LOS RESULTADOS COMUNICADOS POR EL PACIENTE (PROS) EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON RESPUESTA INADECUADA A METOTREXATO

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR
ASNAL, Cecilia(1) | DOUGADOS, Maxime(2) | FAUTREL, Bruno J(3) | VAN DE LAAR, Mart A.F.J.(4) | KIRKHAM, Bruce(5) | ALTEN, Rieke(6) | CSEUJ, Regina(7) | SMOLEN, Josef S.(8) | SANCHEZ-BURSON, Juan(9) | BIRD, Paul(10)
HOSPITAL ALEMÁN (1); COCHIN HOSPITAL (2); HÔPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (3); UNIVERSITY OF TWENTE (4); GUY'S & ST THOMAS' NHS FOUNDATION TRUST AND KING'S COLLEGE (5); SCHLOSSPARK KLINIK, UNIVERSITY MEDICINE BERLIN (6); REVITA CLINIC (7); MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA (8); HOSPITAL INFANTALUISA DE SEVILLA (9); UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES (10); HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (11); UZ GENT, REUMATOLOGIE (12); ELI LILLY AND COMPANY (13); KENNEDY INSTITUTE OF RHEUMATOLOGY, UNIVERSITY OF OXFORD (14)
Objetivos: Analizar el efecto de baricitinib (BARI) sobre los resultados comunicados por el paciente (PROs). Materiales y Métodos: En el estudio RA-BEAM (NCT01710358), 1305 respondedores inadecuados a MTX se aleatorizaron, en una proporción 3:3:2, a recibir PBO una vez al día, BARI 4mg una vez al día o adalimumab (ADA) 40mg cada dos semanas. Los análisis post-hoc evaluaron el impacto de BARI mediante la escala visual analógica (EVA), el Índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ-DI), la fatiga evaluada mediante la escala de Valoración Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas (FACIT-F), la duración de la rigidez articular matutina (RAM); i) proporción de pacientes con una mejoría del dolor ≥50% con respecto a su dolor basal (EVA: 0-100 mm) en cada grupo de tratamiento; ii) diferencias en los PROs a la semana (sem)24 entre los pts en baja actividad de la enfermedad (BAE) o en remisión, definidas según DAS28-VSG, por grupo de tratamiento. Resultados: Una proporción significativamente superior de pacientes tratados con BARI logró una mejoría del dolor ≥50% en la sem1 en comparación con PBO (26% vs. 13%; p<0.001) y en la sem4 en comparación con ADA (48% vs. 37% <math>p</math>0.01); las mejorías se mantuvieron hasta la sem24 (BARI 61% vs. ADA 52%; <math>p</math>0.05). Los pacientes en BAE a la sem24 tratados con BARI, comunicaron mejorías significativamente superiores del dolor y del HAQ-DI a los tratados con ADA y PBO. Entre los pacientes en remisión a la sem24, se comunicaron mejorías significativamente superiores del HAQ-DI con BARI que con PBO; entre los pacientes en BAE se observaron mejorías significativamente superiores con BARI y ADA que con PBO en la duración de la rigidez articular matutina.

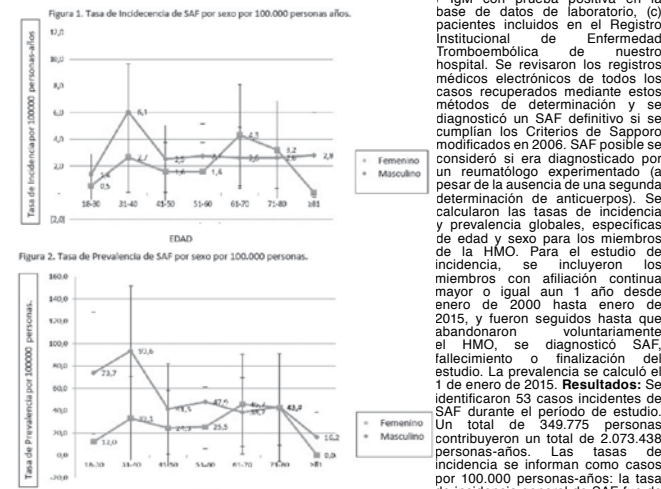
Tabla: Evaluación de los PROs (valores medios) en pacientes en remisión o BAE para BARI, ADA y PBO. Incluye sub-tablas para EVA, FACIT-F, RAM, HAQ-DI y DAS28-VSG.

Conclusiones: BARI demostró mejoras rápidas, sostenidas del dolor. La remisión o BAE se asocia a mejoras del dolor, la función física y la QoL relacionada con la salud en pacientes tratados con BARI, ADA o PBO, aunque estas mejoras son más pronunciadas con BARI y ADA. Este estudio fue patrocinado por Eli Lilly and Company. Estos datos fueron reportados previamente a la Conferencia Anual de la Sociedad Británica de Reumatología (1-3 de mayo de 2018, Liverpool). Palabras Claves: Baricitinib - Resultados comunicados por el paciente - Respuesta inadecuada a metotrexato

52

0052 - INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO EN UNA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA DE GESTIÓN DE SALUD EN ARGENTINA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS
LUISSI, Aurelia | SCOLNIK, M. | SORIANO, E.
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES
Objetivos: El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una enfermedad inusual y existen escasos datos epidemiológicos. Nuestro objetivo fue evaluar las tasas de incidencia y prevalencia de SAF utilizando datos de una organización hospitalaria de gestión de la salud (HMO) en América Latina.
Materiales y Métodos: Se aplicaron diferentes métodos para identificar posibles casos de SAF: (a) pacientes con diagnóstico de SAF, abortos recurrentes y/o muerte fetal en registros médicos electrónicos de HMO, (b) pacientes con anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG / IgM y/o Beta2 glicoproteína IgG / IgM con prueba positiva en la base de datos de laboratorio, (c) pacientes incluidos en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica de nuestro hospital. Se revisaron los registros médicos electrónicos de todos los casos recuperados mediante estos métodos de determinación y se diagnosticó un SAF definitivo si se cumplían los Criterios de Sapporo modificados en 2006. SAF posible se consideró si era diagnosticado por un reumatólogo experimentado (a pesar de la ausencia de una segunda determinación de anticuerpos). Se calcularon las tasas de incidencia y prevalencia globales, específicas de edad y sexo para los miembros de la HMO. Para el estudio de incidencia se incluyeron los casos con afiliación continua mayor o igual un año desde enero de 2000 hasta enero de 2015, y fueron seguidos hasta que abandonaron voluntariamente el HMO, se diagnosticó SAF, fallecimiento o finalización del estudio. La prevalencia se calculó el 1 de enero de 2015. Resultados: Se identificaron 53 casos incidentes de SAF durante el período de estudio. Un total de 349.775 personas contribuyeron un total de 2.073.438 personas-años. Las tasas de incidencia se informan como casos por 100.000 personas-años: la tasa de incidencia general de SAF fue de 2.6 (IC 1.9-3.2), 2.9 (IC 2.0-3.9) y 2.0 (IC 1.1-3.0) en mujeres y hombres, respectivamente. En nuestra población, la incidencia específica de la edad y las tasas de prevalencia en pacientes femeninas alcanzaron su punto máximo en la tercera década de vida y en los hombres alcanzaron su punto máximo en la sexta década. El 1 de enero de 2015, se identificaron 55 casos prevalentes de SAF sobre una población denominadora de 135.750 miembros de la HMO. La tasa de prevalencia fue 40.5 por 100.000 personas (IC 29.9-51.2). El anticoagulante lúpico fue el anticuerpo más frecuente (71.7%); los eventos trombóticos fueron más frecuentes que los obstétricos y solo 2 mujeres tuvieron ambos (5.6%). Figura 1. Tasa de Incidencia de SAF por sexo por 100.000 personas-años. Figura 2. Tasa de prevalencia de SAF por sexo por 100.000 personas-años.

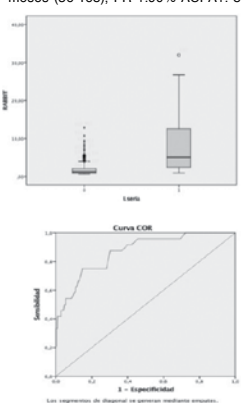


Conclusiones: Las tasas de incidencia y prevalencia fueron similares a lo reportado previamente. Las tasas de incidencia y prevalencia en mujeres fueron más altas en la población joven, asociadas con la morbilidad obstétrica. Palabras Claves: Síndrome Antifosfolípido, Trombosis

79

0079 - VALIDACIÓN DEL SCORE RABBIT PARA INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR
GAOZIA SALINAS, Rodrigo(1) | LAZARO, Maria Alicia(2) | SCARAFIA, Santiago(3) | CUSA, Alejandra(3) | CAPOZZI, Nieves(4) | CASALLA, Luciana(4) | ZARATE, Lucia(5) | DE LA VEGA, María(6) | FERNANDEZ, L(6) | CORREA, María(7) | CASADO, Gustavo(8) | I PAPASIDEROU, Silvia(9) | PEREZ, S(9) | RILLO, Oscar(10)
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (1); IARI (2); IARI (3); HOSPITAL POSADAS (4); HOSPITAL POSADAS (5); HOSPITAL ARGENTIN (6); INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA (7); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (8); HOSPITAL TORNÚ (9); HOSPITAL PIROVANO (10); HOSPITAL RAMOS MEJIA (11); SANATORIO DE LA PROVIDENCIA (12); HOSPITAL ZONAL DE BARILOCHE (13); INSTITUTO MEDICO PLATENSE (14)
Objetivos: Describir la prevalencia de infecciones serias en una cohorte de pacientes seguidos durante 1 año. Validar el score de RABBIT para infecciones graves. Evaluar qué características (variables) propias de nuestra población, pueden ser de relevancia en el Score. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años de edad que cumplían criterios ACR/ EULAR 2010 para AR. Se consignaron variables sociodemográficas, edad, sexo, residencia, nivel socio económico (Graffar), escolaridad, cobertura, comorbilidades: tabaquismo, enfermedad renal, pulmonar, diabetes, antecedentes de infecciones serias previas. Se evaluaron medidas de actividad (CDAI) y DAS 28, capacidad funcional (HAQ), tiempo de evolución, tratamientos actuales y pasados y estados de vacunación en el año de seguimiento. Se consignaron infección seria, sitio y tiempo desde los datos basales, se calculó el score RABBIT al basal. Resultados: Se incluyeron 605 pacientes, 83.5% femenino, la edad media fue de 52.8 (±12.8) años, 96.2% residían en área urbana, con respecto al NSE el 83% eran clase media/media-baja, mediana de escolaridad 10 (7-13). Un 70% poseían cobertura. El tiempo de evolución: mediana 84 meses (36-168), FR +90% ACPA+: 80%, la mediana de DAS28, CDAI y HAQ fueron: 3.5 (2.4-4.8), 10 (3-19) y 0.87 (0.37-1.5) respectivamente. Comorbilidades: Infección previa 7%. Enfermedad pulmonar, renal y diabetes: 10%, 1% y 6% respectivamente. Vacunas: Antigripal: 67%, Antineumococo: 66.5%, HVB: 47%. Tratamiento: el 60% recibían DMARs solamente, y el 40% biológicos (TNF 60%, toc 20%, Aba 13%, Tofa 7%), MTX el 75% de toda la muestra. El 15.6% recibieron DMARs previamente. La dosis media de corticoide al basal era de 3.6 mg (el 75% de los paciente tenían dosis menores a 7.5). La incidencia de infecciones serias fue del 5% (IC95%: 3-7). El sitio más frecuente en ambas fue respiratorio y urinario (90%). El tiempo medio en de infección seria, fue de 3.5 meses. Las variables que se asociaron a infección seria fueron OR(IC95%): Alta actividad de la enfermedad por CDAI 4.1 (1.8-9.5) y DAS28 3.2 (1.3-7.3), Infección seria previa 19.3 (8-47), enfermedad pulmonar 5.2 (2.1-13), diabetes 6.4 (2.3-17.6), dosis de corticoide mayor a 20 mg 14.3 (4.8-42.5), haber recibido previamente tocilizumab 12.4 (3-53), recibir DMARs actualmente 0.24 (0.1-0.6). Variables numéricas se encontró diferencia en la media de HAQ (0.3 - 1.3 p<0.001). Con estas se construyó un modelo de regresión logística, utilizando a la presencia de infección seria como variable dependiente y las que asociaron en forma independiente fueron: Infección seria previa: Infección seria previa (expB: 10.6 p<0.00001), diabetes (expB: 4.8 p<0.02), tratamiento previo con tocilizumab (expB: 11.4 p<0.012), altas dosis de corticoide (expB: 9.3 p<0.008) y recibir DMARs en la actualidad (expB: 0.3 p<0.04). Desempeño del score Rabbit: Los que no tuvieron infección durante el seguimiento presentaron una mediana de score de 1.2 (RIC 0.9-2.1) y quienes presentaron infección seria en el seguimiento mediana de 5.1 (RIC 2.15-12.6) presentando una diferencia estadísticamente significativa (0.00001). Análisis de curva ROC: AOC: 0.86 (IC95% 0.8-0.94), el mejor valor de corte es de 2.85 con 75% de sensibilidad y 85% de especificidad. Conclusiones: La incidencia de infecciones seria en un año fue del 5%, el tiempo medio de desarrollo fue de 3.5 meses y se asoció en forma independiente con: Infección seria previa, diabetes, haber recibido previamente Tocilizumab, dosis de corticoides mayores a 20 mg y en forma negativa con DMARs. Si bien las variables asociadas a la infección difieren de las que están en el score en forma parcial, el score Rabbit presenta un excelente desempeño pudiendo discriminar a virus elevados al basal en la población que tubo infección seria. Palabras Claves: Artritis Reumatoidea, tratamiento, infecciones.



81

0081 - IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE APOYO AL PACIENTE (PSP) DE ADALIMUMAB (HUMIRA®) EN LA ADHERENCIA A LOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES TRATADOS CON ADALIMUMAB (HUMIRA®) EN ARGENTINA

Modalidad: Oral - Unidad Temática: OTROS
LUISSI, Aurelia(1) | GONZALEZ, R(2) | PARDAL, D(3) | COSENTINO, V(4) | DANTUR, G(5) | KANEVSKY, D(6) | CASTILLO, L(6) | SORIANO, E(1)
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS (2); OMINT S.A. (3); FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA (4); OBRA SOCIAL PrensA TUCUMÁN (5); ABBVIE (6)

Objetivos: La adherencia al tratamiento es un importante componente de la eficacia del mismo. Los PSP son programas de soporte a los pacientes subsidiados por los laboratorios productores de medicamentos biotecnológicos. Existen escasos datos sobre el efecto de los PSP en la adherencia a los medicamentos biotecnológicos y en la sobrelva en el tratamiento en Latinoamérica. El objetivo fue evaluar el impacto de la utilización del PSP "Juntos" en la adherencia al adalimumab (Humira®) y en la sobrelva en el tratamiento. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, multicéntrico, que comparó la adherencia de los pacientes que utilizaron el PSP con la adherencia de los pacientes que no utilizaron el PSP. Se incluyeron a los nuevos usuarios que recibieron adalimumab (Humira®) por cualquiera de las indicaciones aprobadas desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2017. Los datos de los pacientes se obtuvieron de las historias clínicas de cada centro. La adherencia se determinó para cada paciente durante períodos de 12 y 24 meses desde la fecha índice. Para la cohorte que utilizó PSP, la fecha índice fue la fecha de incorporación al PSP. Para el grupo control, fue la fecha de la primera administración de adalimumab (Humira®). La proporción de días cubiertos (PDC) se calculó sumando el número de días en los que el paciente se expuso a adalimumab (Humira®), desde la fecha índice hasta el fin del seguimiento, y dividiéndolo por el tiempo de seguimiento. Se definió adherencia como una PDC >80%. Resultados: Se incluyó un total de 482 pacientes, con una media de edad de 47,1 (DS: 16,7) años, de los cuales 269 (55,8%) eran mujeres. 272 (54,4%) pacientes participaron en el PSP. Los que participaron en el PSP recibieron adalimumab (Humira®) por una media de 689 días (DS: 436), mientras que los no incluidos lo recibieron por una media de 697 (DS: 477), (p=0,8492). La PDC media durante el tratamiento con adalimumab (Humira®) a los 12 y 24 meses para los participantes y no participantes en el programa se ilustra en la Figura 1. Durante el primer y segundo año, los pacientes incluidos en el programa registraron una tasa de adherencia numéricamente más alta (PDC>80%): 1er año: 88% vs 84% (p=0,243), 2do año: 86,3% vs 82% (p=0,264). Mientras que el 80,1% de los pacientes adheridos al PSP continuaban en tratamiento a los 24 meses, solo el 72,3% de los no adheridos lo hicieron (p=0,042). Los pacientes incluidos en el PSP tuvieron significativamente más chances de permanecer en el tratamiento que los no incluidos: RR: 1,11 (IC 95%: 1 -1,23; p=0,0419). Las curvas de sobrelva en tratamiento para los pacientes del programa y para los que no lo estaban se muestran en la Figura 2. Los pacientes incluidos en el PSP tuvieron mayor adherencia numérica a adalimumab (Humira®) durante todo el tratamiento que los no incluidos, media 90% (DS:14) vs 88% (DS:16), (p=0,0901). Conclusiones: Los pacientes que utilizan un PSP presentan mejor sobrelva en el tratamiento biológico que los pacientes no incluidos.

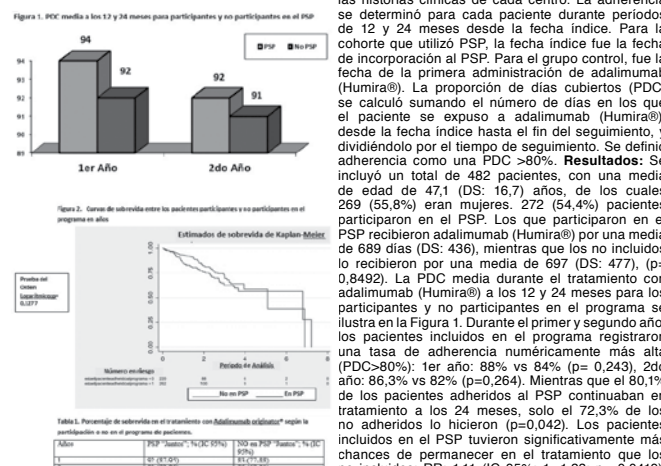


Figura 1. PDC media a los 12 y 24 meses para participantes y no participantes en el PSP. Figura 2. Curvas de sobrelva entre los pacientes participantes y no participantes en el programa al año. Estimación de sobrelva de Kaplan-Meier. Tabla 1. Resumen de características de los pacientes con Adalimumab (Humira®) según su participación o no en el programa de apoyo al paciente.

86

**0086 - ESTIMACIÓN DE LA FRECUENCIA DEL LUPUS NEONATAL EN CENTROS DE REFERENCIA EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y EMBARAZO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS - Unidad Temática 2: OTROS  
 MALDINI, Carla(1) | OTADUY, Cintia Mercedes(2) | MOLLERACH, Florencia(2) | SCOLNIK, Marina(2) | DI CASTELNUOVO, Valentina(3) | PISONI, Cecilia(3) | HU, Maria(4) | CROCE, Mercedes(4) | CAMARGO SERRUDO, Fabiola(5) | DUBINSKY, Diana(5) | LEON, María de La Paz(6) | BELLOMO, Verónica(6) | FLORES RENGIFO, Daniela(7) | KERZBERG, Eduardo(7) | SAVIO, Verónica Gabriela(8) | BABINI, Alejandra(8) | ALBA, Paula Beatriz(9) | GOBBI, Carla(10)

**HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (1); SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); CEMIC (3); HOSPITAL PENNA (4); SANATORIO GÜEMES (5); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (6); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (7); HOSPITAL ITALIANO CORDOBA (8); HOSPITAL MATERNO NEONATAL (9); SANATORIO ALLENDE (10)**

**Objetivos:** El lupus neonatal (LN) se presenta con un abanico de manifestaciones de diferente gravedad en niños de madres que presentan autoanticuerpos específicos de tipo IgG anti-SSA/SSB, o ambos, por pasaje transplacentario pasivo, siendo la piel y el corazón los órganos más comúnmente afectados, pudiendo hallarse también cianosis, alteraciones hepáticas o neurológicas. El LN puede ocurrir y diagnosticarse tanto intra-uterero como en el periodo neonatal, pudiendo resolverse en varios meses o ser irreversible. El bloque auricoventricular (BAV) producido como consecuencia de la inflamación, calcificación y fibrosis en un corazón estructuralmente normal, es tal vez la afectación más grave con una tasa de mortalidad estimada de alrededor de 19%. El objetivo de este trabajo fue estimar la frecuencia de LN en niños de madres con autoanticuerpos SSA/SSB en centros de referencia de la Argentina, y describir las características materno-infantiles. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico en centros de referencia en el manejo de enfermedades autoinmunes y embarazo de la Argentina. Los criterios de inclusión a este estudio fueron la presencia de una serología positiva materna de anti-SSA y/o anti-SSB y embarazo. Datos demográficos y clínicos materno-fetales fueron obtenidos de las historias clínicas y cada centro completo una ficha de recolección de datos creada para este estudio. Se definió como un caso de LN cualquier niño (nacido o no) que haya presentado, pre y/o post parto, lesiones cutáneas características, citopenias, afectación cardíaca (bloqueo cardiaco congénito (BBC), fibroelastosis endocárdica y la miocardiopatía dilatada),

Caso	Raza materna	Enfermedad autoinmune materna	Compromiso cardíaco	Otro Compromiso
1	Indoamericana	NO	BAV tipo III	
2	NO	Síndrome de Sjögren	BAV tipo III	
3	NO	Síndrome de Sjögren	NO	Cutáneo
4	NO	NO	NO	Cutáneo/hematológico/hepático
5	NO	Síndrome de Sjögren	NO	Cutáneo
6	Caucásica/Europea	LES	NO	Cutáneo
7	Caucásica/Europea	Síndrome de Sjögren	BAV tipo III	
8	Caucásica/Europea	LES	BAV tipo III	
9	Caucásica/Europea	LES	NO	Cutáneo/hematológico
10	Mixta	Síndrome de Sjögren	NO	Cutáneo/hematológico
11	Mixta	NO	BAV tipo III	
12	Caucásica/Europea	LES	BAV tipo III	
13	Caucásica/Europea	LES	NO	Cutáneo
14	NO	LES	NO	Cutáneo

hepática o neurológica. La frecuencia de LN se calculó utilizando como numerador todos los casos diagnosticados con LN durante el periodo del estudio y como denominador el número de madres con serología positiva anti-SSA y/o anti-SSB. **Resultados:** 9 centros de referencia en el manejo de enfermedades autoinmunes y embarazo participaron en este estudio. 5 centros de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 3 de Córdoba y 1 de Tucumán. 139 pacientes con serología positiva materna anti-SSA y/o anti-SSB fueron incluidos en este estudio con 282 embarazos. El diagnóstico de LN fue realizado en 14 casos, 7 durante el embarazo y 7 en el post-parto. La frecuencia de LN fue estimada en 10,1% (BCC=5,8%). La tabla 1 describe las características materno-fetales de los casos de LN. Las manifestaciones más frecuentes fueron el compromiso cutáneo (n=6) y cardíaco (n=8). El En 1 solo caso había antecedentes de LN en un embarazo previo. De los pacientes con BAV, 4 requirieron marcapaso. **Conclusiones:** La frecuencia de LN en nuestra cohorte multicéntrica es mayor a otras cohortes internacionales. Esta diferencia podría estar relacionada a determinantes genéticos o ambientales, no pudiendo descartarse limitaciones metodológicas y sesgos de derivación hacia estas instituciones de mayor complejidad. **Palabras Claves:** Lupus neonatal; anti-SSA/anti-SSB.

92

**0092 - RELACIÓN ENTRE EVALUACIONES CLÍNICAS Y RESULTADOS INFORMADOS POR LOS PACIENTES: ANÁLISIS POST HOC DE UN ESTUDIO ABIERTO ALEATORIZADO DE ETANERCEPT EN PACIENTES LATINOAMERICANOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
 DE LA VEGA, María Celina(1) | GUERRA, G(2) | XAVIER, R(3) | SIMÓN CAMPOS, J(4) | SOLANO, G(5) | PEDERSEN, R(5) | VLAHOS, B(5) | BORLENGHI, Cecilia(5)

**CEIM (1); CENTRO DE INVESTIGACIÓN MARBELLA (2); HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (3); KOHLER & MILSTEIN RESEARCH (4); PFIZER (5)**

**Objetivos:** En numerosos estudios sobre artritis reumatoidea (AR) se han demostrado correlaciones entre los cambios de los resultados clínicos (por ej., criterios de respuesta del American College of Rheumatology [ACR]) con los resultados informados por los pacientes (PRO, por sus siglas en inglés). Sin embargo, poco se sabe sobre las respuestas clínicas como predictores de cambios en los PRO. El objetivo de este análisis fue examinar si los resultados clínicos en la Semana 12 fueron predictivos de cambios en los PRO en la Semana 24, en pacientes latinoamericanos con AR.

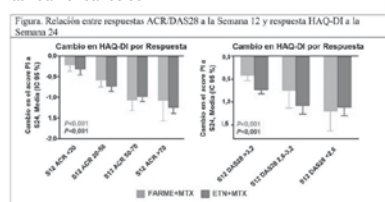


Figura. Relación entre respuestas ACR/DAS28 a la Semana 12 y respuesta HAQ-DI a la Semana 24.   
 ACR, American College of Rheumatology; criterios de respuesta; PI, período inicial; IC, intervalo de confianza; DAS28, Escala de actividad de la enfermedad para 28 articulaciones; criterios de respuesta; FARMEM, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; ETN, etanercept; HAQ-DI, Cuestionario de Evaluación de la Calidad - Índice de Discapacidad; MTX, metotrexato; \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001.

de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) Hospitalarias, las escalas de la Evaluación Global del Médico y del Paciente (PGA, PiGA), la satisfacción del médico y del paciente, el cuestionario de impedimento de la productividad y actividad laboral y; RA (WPAI-RA), y utilización de recursos. Se analizó la correlación entre los cambios en los PRO desde el periodo inicial hasta la Semana 24 con las respuestas clínicas observadas desde este mismo periodo inicial hasta la Semana 12 según las respuestas ACR (<20, =20 a <50, =50 a <70, =70) y el índice de actividad de la enfermedad DAS28 (DAS28 >=3,2, =2,6 a <3,2, y <2,6). Los datos de los casos observados para cada grupo de tratamiento se examinaron usando un análisis de covarianza, modelo con contraste lineal, ajustado para los valores PRO y ACR/DAS28 del periodo inicial. **Resultados:** Tanto para los pacientes tratados con ETN+MTX como con FARMEM+MTX, hubo una tendencia lineal importante entre los cambios clínicos producidos en la Semana 12 según respuestas ACR y DAS28 y los cambios en la Semana 24 de HAQ-DI (P<0,001), aunque las mejoras numéricas generalmente favorecieron el grupo ETN+MTX (Figura). Se observaron relaciones similares en semana 24 para SF-36, PGA, PiGA, satisfacción del médico, satisfacción del paciente y evaluación de estado laboral y productividad según WPAI. Asimismo, hubo una tendencia lineal importante a favor del grupo ETN+MTX entre los cambios de la Semana 12 en respuesta ACR (no así con las respuestas DAS28) y los cambios de la Semana 24 en el número de visitas a los reumatólogos, a otros médicos o a salas de emergencia causadas por AR. No se pudieron evaluar otras relaciones debido al número reducido de pacientes en el subgrupo de pacientes con respuesta a FARMEM+MTX. **Conclusiones:** Este análisis post hoc sugiere que la respuesta clínica después de 12 semanas de tratamiento con ETN+MTX o FARMEM+MTX podría ser un predictor de la respuesta favorable de varios PRO a la semana 24. **Palabras Claves:** Etanercept, resultados informados por los pacientes, artritis reumatoidea

89

**0089 - FENOTIPO CLÍNICO DE NIÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: PEDIATRÍA - Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 ALVAREZ, Marcela I GUERINI, Laura Lorena I JUAREZ, Paola I VAZQUEZ, Amanda I AVERSA, Luis I ESPADA, Graciela

**HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ**

**Objetivos:** El 30-40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan anticuerpos antifosfolípidos (aFL). Estos pacientes pueden expresar manifestaciones tromboticas (trombosis vascular) y alteraciones en el embarazo que conforman un Síndrome antifosfolípido (SAF) secundario (Sidney 2006) o manifestaciones no-tromboticas, "extra-criterio", asociadas a SAF. La persistencia de estos anticuerpos en título moderado/alto en pacientes con LES, se asocia a mayor riesgo de trombosis, de daño orgánico y morbi-mortalidad. **Objetivos:** 1- Analizar la prevalencia y el fenotipo clínico de niños con LES y anticuerpos AFL (+). 2- Evaluar su evolución clínica. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con LES (ACR 97), < 18 años al diagnóstico. Periodo 1990-2015. Se consideró portador positivo aquel paciente con títulos moderados/altos de anticardiolipinas (ACL) (IgM/IgG>=40) y/o B2GPI (IgM/IgG>=Pc 99) y/o anticagulante lúpico (+) (AL), testeado al menos en dos ocasiones separados por 12 semanas. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de actividad por SLEDAI 92, de daño orgánico por SLICC96, de laboratorio y terapéuticas (incluyendo el uso de antiagregantes / anticoagulación). Se analizaron las manifestaciones tromboticas (arterial/venosa) y pérdidas fetales; y manifestaciones "extra-criterios" no-tromboticas asociadas a SAF (livedo reticularis, enf. neurológica, valvular cardiaca y citopenias autoinmunes). Análisis estadístico: Descriptivo y de asociación (Chi² -T test) SPSS 15.0 **Resultados:** De una cohorte de 188 niños con LES, 69 (37%) pacientes (ptes) portaban anticuerpos aFL+. El 84% de ellos eran mujeres (58 ptes) con una edad mediana al Dx de LES: 12.2 años (RIC: 10.2-14.6) y un tiempo mediano de seguimiento de 4.9 años (RIC: 3.3-6.7). El perfil de anticuerpos aFL hallados fue: ACL 75% (52 ptes- IgM:32 IgG:28), B2GPI 45% (31 ptes- IgG:16 IgM:21) y AL+ 46% (32 ptes). El 46% (32 ptes) presentaron la combinación de dos aFL+ y el 16% (11 ptes) de tres. Desarrollaron SAF secundario 19 ptes (27%), con eventos tromboticos arteriales 10 ptes (53%) (SNC y vascular periférico); trombosis venosa 6 ptes (31%) y pérdida fetal 3 ptes (16%). En 6 ptes (31%) se observó recurrencia de los eventos tromboticos. Cincuenta pacientes (72%) presentaron manifestaciones no-tromboticas asociadas a SAF: 46% (23 ptes) plaquetopenia autoinmune, 38% (19 ptes) anemia hemolítica, 28% (14 ptes) manifestaciones neurológicas (cefaleas y alteraciones cognitivas), 24% (12 ptes) cutáneas (livedo reticularis) y 12% (6 ptes) afectación cardiaca (endocarditis no infecciosa). Todos los pacientes recibieron como tratamiento Hidroxicloroquina y Corticoides; y el 87% (60 ptes) tratamiento inmunosupresor. El 100% de los pacientes con trombosis recibió aspirina y anticoagulación; y sólo el 34% de los pacientes con manifestaciones no-tromboticas recibió profilaxis con aspirina. Al comparar la cohorte seropositiva para aFL vs la seronegativa, se observó que los seropositivos tenían una menor edad mediana al Dx 12.7 años (RIC: 10.4-14.6) vs. 13.7 años (RIC: 11.5-14.9) p.038 y mayor SLEDAI X: 14.8 ± 6.2 vs. 12.9 ± 6.4 p.042.; desarrollaron además más citopenias autoinmunes: plaquetopenia 45% vs. 20% p.0001 y AHA 38% vs. 14% p.001 y más manifestaciones neurológicas no-tromboticas 27% vs. 8.4% p.001; requiriendo un tratamiento más agresivo al diagnóstico. En la evolución cursaron con mayor morbilidad: agregando compromiso de nuevos órganos 49% vs. 24% p.0001 y más ingresos a UTIP 33% vs. 13% p.001. A la última consulta, acumularon mayor dosis X de esteroides 23.2 ± 17.8 g. vs. 15.3 ± 12.3g. p.0001 y más daño orgánico 49% vs 30% p.012. No hubo diferencias en la mortalidad 9% vs. 7% p.07 entre ambos grupos. **Conclusiones:** En nuestra cohorte, la prevalencia de anticuerpos aFL+ en los pacientes con LES fue del 37%. Este subgrupo se caracterizó por tener menor edad al debut del LES, desarrollar SAF secundario (27%) y 1/3 de ellos presentó trombosis recurrente. La manifestación trombotica más frecuente fue el accidente cerebro vascular y la no-trombotica fue la plaquetopenia autoinmune. Al comparar ambos grupos, la evolución de los pacientes seropositivos se asoció a mayor morbilidad (mayor daño orgánico y más dosis acumulada de corticoides a la última consulta).

**Palabras Claves:** Anticuerpos antifosfolípidos; Lupus Eritematoso Sistémico juvenil; Síndrome antifosfolípido

96

**0096 - REPORTE DE 16 PACIENTES NIÑOS Y ADULTOS CON FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR**

Modalidad: Oral

Unidad Temática: OTROS

Unidad Temática 2: CASOS CLÍNICOS

TATE, Patricio I RUSSO, Ricardo I CAUBET, Mariana I MYSLER, Eduardo I TATE, Guillermo

**OMI**

**Objetivos:** Describir las características clínicas al momento de diagnóstico de 16 pacientes con Fiebre Mediterránea Familiar.

**Materiales y Métodos:** Reporte de casos atendidos en nuestro centro (Organización Médica de investigación), desde 1999 a oct 2018. Revisión de registros clínicos y contactos telefónicos con los pacientes. Se registraron datos demográficos, fecha de inicio de los síntomas, características clínicas de los ataques, tiempo al diagnóstico y respuesta al tratamiento con colchicina. Se incluyeron pacientes (niños y adultos) con síndromes febriles recurrentes que además presentaban al menos uno de las siguientes características: criterios clínicos, variantes genéticas del gen MEFV y respuesta al menos parcial a la colchicina.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes: 12 de inicio en la niñez (<16 años) y 4 de inicio en la adultez. 14 de los 16 pacientes nacieron en argentina. Tiempo al diagnóstico medio fue de 9,6 años. 6 de los sujetos pediátricos se diagnosticaron después de los 16 años (37%). Las características reportadas más frecuentes de los ataques para el total de la población fueron: 5 a 20 ataques anuales (50%), fiebre máxima de 38 a 38,5°C (60%), duración de hasta 5 días (78%) de los cuales el 7 (50%) duraron de 3 a 5 días, dolor abdominal (78%), manifestaciones articulares (53%), dolor torácico (46%) y manifestaciones cutáneas (40%). 7 pacientes de presentaron variantes genéticas heterocigotas compatibles con FMF: A744S, V726A, E148Q, M694V, M694I. Todos a excepción de uno de los pacientes tuvieron respuesta al menos parcial a la colchicina (94%).

**Conclusiones:** Se describen las características clínicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de FMF. Es conocida las que las características de clínicas pueden variar en distintas regiones del mundo aún en poblaciones de la misma etnia, por lo que existe la necesidad de conocer la expresión fenotípica de esta enfermedad en América Latina y en particular en Argentina. Es evidente la problemática del diagnóstico tardío, necesitando mayor conocimiento de esta patología y consideración como diagnóstico diferencial a fin de prevenir el desarrollo de amiloidosis en estos pacientes.

**Palabras Claves:** Fiebre Mediterránea Familiar; FMF, reporte de casos, Argentina; América Latina, Colchicina, Amiloidosis, Síndromes Autoinflamatorios, Fiebre recurrente, Fiebre de origen desconocido, dolor abdominal agudo, dolor torácico, erisipela de causa no infecciosa, Artritis, oligoartritis, monoartritis.

120

0120 - IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DEL "TRABECULAR BONE SCORE" EN LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS POR FRAX®

Modalidad: Oral
Unidad Temática: OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS
PANIEGO, Federico Martin(1) I PANIEGO, Raúl Horacio(1) I DIEZ, Fernando(2)
CENTRO PAMPEANO DE REUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN CEPRE (1);
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA, CONICET, FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES (2)

Objetivos: Introducción: En la actualidad, con el uso de la herramienta FRAX®, los médicos de todo el mundo pueden identificar con facilidad a los pacientes con mayor riesgo de fractura, teniendo en cuenta otros factores de riesgo independientes de la densidad mineral ósea (DMO). El advenimiento de la técnica "trabecular bone score" (TBS), permite el análisis de la microarquitectura ósea, un predictor de riesgo, independiente de la DMO y el FRAX®. A partir de la disponibilidad de esta técnica, es posible ajustar los valores de FRAX® por TBS, incorporando la microarquitectura en la estimación del riesgo de fractura. Objetivo: Evaluar el impacto del ajuste del valor del FRAX® por TBS en la predicción del riesgo de fracturas osteoporóticas. Como objetivos secundarios se plantea evaluar la correlación entre el valor de TBS y otros parámetros como edad, índice de masa corporal (IMC) y DMO.

Materiales y Métodos: Se evaluaron todas las mujeres, mayores de 40 años, que concurren a realizarse DMO entre el 1 de mayo y el 1 de agosto de 2018. En todas ellas se interrogaron factores de riesgo, se calculó el FRAX, se valoró TBS y se ajustó el valor de FRAX por este método. La comparación de la proporción de pacientes con alto riesgo de fractura osteoporótica mayor o de caídas antes y después del ajuste por TBS de FRAX se realizó mediante la prueba de McNemar utilizando programa R, paquete "stats" función "mcnemar.test". Para valorar la correlación del valor TBS con IMC, edad y DMO se utilizó el índice de correlación de Pearson o Spearman según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 586 pacientes con datos completos para el análisis. El número de pacientes con alto riesgo de fractura osteoporótica mayor fue de 10 (1.7%) y aumentó a 29 (4.94%) luego del ajuste por TBS (p<0.0001). Lo mismo sucedió al evaluar riesgo en caídas, donde 116 pacientes (19.8%) estaban en alto riesgo de fractura antes de ajustar el FRAX® por TBS y esto aumentó a 137 (23.3%) luego del mismo. (p<0.0001) Para evaluar la aplicabilidad en la practica diaria, se analizaron los datos excluyendo aquellos pacientes con valores de T-Score < -2.5 (n= 436), ya que en estos casos no sería indispensable la estimación de riesgo por FRAX®. Se observó persistencia en las diferencias en riesgo de fractura osteoporótica mayor [0 (0%) vs 14 (3.2%), p<0.0001] y caídas [48 (11%) vs 58 (13%) p<0.0001]. La correlación entre el valor de TBS y la DMO fue positiva, pero en un valor bajo (r= 0.22, p = <0.0001); entre TBS y edad fue levemente negativa (r= -0.25, p<0.0001) y al evaluar correlación entre TBS e IMC no se encontró correlación significativa (r= 0.02, p= 0.59).

Conclusiones: La DMO tiene el mérito de poder determinar el contenido mineral óseo y la debilidad de no poder estimar la microarquitectura ósea. La incorporación de la valoración TBS, permite estimar la microarquitectura como medida indirecta de resistencia ósea. De acuerdo a los hallazgos en este grupo de pacientes (los cuales coinciden con publicaciones previas), incorporar el TBS en el cálculo del riesgo de fractura con la herramienta FRAX, mejora la capacidad de esta para detectar pacientes con alto riesgo, fundamentalmente en aquellos con DMO con T-Score mayor de -2.5. Se encontró correlación positiva entre el valor de TBS y la DMO y correlación negativa entre TBS y edad. A diferencia de otras publicaciones, en nuestros pacientes no encontramos correlación entre TBS y el IMC.

Palabras Claves: Osteoporosis, DMO, TBS, FRAX®

123

0123 - LOS PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA: TIENEN UN RIESGO INCREMENTADO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES?: ESTUDIO CONTROL MACHEADO

Modalidad: Oral - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR
MOLLERACH, Florencia Beatriz I MARTINEZ, José Maximiliano I SCOLNIK, Marina I ROSA, Javier I SORIANO, Enrique R.
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la incidencia de eventos cardiovasculares(ECV) en pacientes con Polimialgia reumática (PMR) comparado con controles macheados en un Hospital Universitario. Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con PMR (cumplían criterios ACR2012) desde el año 2000 afiliados al hospital y fueron macheados (1:2) con controles del mismo centro por edad y sexo. Los pacientes que presentaron un ECV previo al diagnóstico y los controles con un ECV anterior a la fecha diagnóstico de su caso macheado, fueron excluidos. Los pacientes fueron seguidos hasta el cese de la afiliación, ECV, el final del estudio(01-05-2018) o la muerte. Se revisaron los registros médicos electrónicos y se recolectaron datos demográficos, clínicos y los tratamientos recibidos. Se calcularon la tasa de incidencia por 1000 persona-años de cada ECV y se compararon ambos grupos. Se realizó un análisis multivariado de cox para identificar los factores asociados a un ECV. Resultados: Se incluyeron 868 pacientes con PMR y 1736 controles que aportaron un total de 10865.2 paciente-años y 12654.6 paciente-años de seguimiento respectivamente. Las características basales se muestran en la Tabla 1. Los pacientes con PMR fueron 682 mujeres (78.7, IC95% 75.8-81.3) con una media de edad al diagnóstico de 75.2 años(DS 7.9). En forma global, la tasa de incidencia de ECV fue menor en pacientes con PMR en comparación con los controles:10.3 por 1000 paciente-años(IC95% 8.6-12.2) vs 14.8 por

Table with 4 columns: Variable, n (%), IC 95%, p. Rows include Demographic, Clinical, and Laboratory characteristics for PMR and Controls.

1000 paciente-años (IC95% 12.8-16.8) respectivamente, p=0.001. La muerte de causa cardiovascular fue menos frecuente en los pacientes con PMR que en los controles: 0.6 por 1000 paciente-años(IC95% 0.2-1.2) vs 1.9 por 1000 paciente-años(IC95% 1.2-2.8) respectivamente, p=0.02. Al analizar las tasas de incidencia de cada ECV, ACV y aneurisma abdominal, éstas fueron mayores en los controles en comparación con los pacientes con PMR(Tabla 1) mientras que los demás ECV fueron similares en ambos grupos. En el análisis de cox, los hombres (OR 2.2, IC95% 1.7-2.8, p<0.001) y la hipertensión arterial (OR 1.5, IC95% 1.1-1.9, p 0.003) se asociaron a un incrementado riesgo cardiovascular mientras que el diagnóstico de PMR resultó protector (OR 0.4, 95% IC 0.3-0.5). Conclusiones: A pesar que los pacientes con PMR tuvieron un número mayor de factores de riesgo tradicionales cardiovasculares y mayor tiempo de seguimiento en relación a los controles, los ECV fueron menos frecuentes en el grupo control en relación a las PMR. Esto pudo haberse debido a un seguimiento clínico más riguroso en los pacientes con PMR. Palabras Claves: Polimialgia Reumática - Eventos cardiovasculares - Muerte cardiovascular

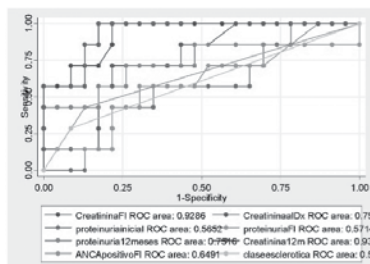
124

0124 - PREDICTORES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN PACIENTES CON VASCULITIS ANCA Y COMPROMISO RENAL

Modalidad: Oral - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR
ALLE, Gelsomina I JARAMILLO GALLEG0, J I SCOLNIK, M I SCAGLIONI, V I VARELA, C I GRELONI, G I SORIANO, E.
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar los predictores de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en pacientes con Vasculitis ANCA y compromiso renal. Materiales y Métodos: Todos los pacientes con vasculitis ANCA con compromiso renal constatado por biopsias atendidos en nuestro hospital entre el año 2002 y 2016 fueron incluidos. Se recolectaron los datos de función renal, proteinuria, hematuria, histología renal y anticuerpos al momento del diagnóstico, al final del tratamiento de inducción, al año de tratamiento y al final del seguimiento así como tratamientos recibidos, recaídas renales y extrarrenales. Las biopsias renales fueron clasificadas según la clasificación propuesta en el 2010 para vasculitis ANCA. Se realizaron análisis univariados para identificar factores asociados con ERCA a largo plazo (clearance de creatinina < 30 ml/min, clases 4 o 5 de KDIGO). La precisión diagnóstica para ERCA de cada una de las variables predictoras fueron comparadas mediante las áreas bajo la curva (AUC) de curvas ROC (receiver operating characteristic). Resultados: Se incluyeron 60 pacientes con vasculitis ANCA y compromiso renal (17 Granulomatosis con poliangeítis, 14 Poliangeítis microscópica, 5 Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, 24 Vasculitis limitada a riñón), 46 eran mujeres (76.7%), con una edad media al diagnóstico de 67.8 años (DS 13,1) y una mediana de seguimiento de 4.2 años (RIC 2,2-6,8). Al momento del diagnóstico

Gráfico 1: Curvas ROC para determinar ERCA avanzada al final del seguimiento



93,2% presentaban ANCA positivo por IFI [18 pacientes ANCA-C, 30,5%, IC 95% 19,9-43,7%, y 17 pacientes ANCA-P, 62,7%, IC 95% 49,4-74,3%] mientras que sólo 4 (6,8%, IC 95% 2,5-17,3%) eran ANCA negativos. En la anatomía patológica, 20 pacientes (33,3%) presentaron una clase focal, 16 crescéntica (26,7%), 17 mixta (28,3%) y 7 esclerótica (11,7%). En el tratamiento de inducción 53 pacientes (88,3%) recibieron ciclofosfamida, 42 (70%) pulsos de corticoides EV, 11 (18,3%) requirieron plasmaféresis y 10 (16,7%) diálisis transitoria. 66,7% de los pacientes recibieron IECA o ARA II durante el seguimiento, 17 pacientes (28,8%) fueron rebiopsiados y en 14 (26,4%) se constató una recaída renal, mientras que 11 (19,6%) presentaron recaída extrarrenal. Quedaron en diálisis permanente 4 pacientes (6,7%). Al final del seguimiento 12 pacientes (20,7%, IC 95% 11,9-33,4%) presentaban un clearance renal < 30 ml/min y en el análisis univariado la creatinina al diagnóstico (OR 1,24, IC95% 1,02-1,52, p 0,03), al final de la inducción (OR 15,4, IC 95% 2,41-98,28, p 0,004) y a los 12 meses (OR 19,25, IC 95% 2,75-134,92, p 0,003) y la clase esclerótica en la biopsia renal (OR 7,17, IC95% 1,34-38,31, p 0,02), se asociaron significativamente con ERCA al final del seguimiento. No así la proteinuria, la hematuria, positividad del ANCA ni al inicio, ni al final de la inducción ni a los 12 meses como tampoco los otros parámetros analizados. La mejor precisión diagnóstica para las curvas ROC fue para la creatinina al final de la inducción (AUC 0,93, IC 95% 0,83-1,00) y a los 12 meses (AUC 0,94, IC 95% 0,85-1,00), mientras que la creatinina inicial, la proteinuria en los distintos tiempos, la clase esclerótica y la persistencia de ANCA positivo al final de la inducción mostraron menor precisión (Gráfico 1). Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con vasculitis ANCA y compromiso renal, el valor de creatinina al final de la inducción y a los 12 meses de tratamiento fueron los mejores predictores de ERCA (Clearance < 30 ml/min) al final del seguimiento. Palabras Claves: Vasculitis ANCA - Glomerulonefritis paucimune

126

0126 - ¿PUEDEN LAS ESTATINAS MEJORAR LA CALIDAD ÓSEA EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA?

Modalidad: Oral
Unidad Temática: OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS
ASTESANA, Pablo(1) I ALBA, Paula Beatriz(2) I GOBBI, Carla(3) I FERNÁNDEZ, Ruth(4) I ALBIERO, Eduardo Horacio(2) I YORIO, Marcelo(1)
CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (1);
UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (2);
CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (3);
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNC (4)

Objetivos: Determinar el efecto de las estatinas (ES) sobre la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes postmenopáusicas. Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, caso control donde se estudiaron mujeres postmenopáusicas, con hipercolesterolemia tratadas con ES por un período no menos a 6 meses, durante dos años. El grupo control fue población postmenopáusica que no recibió estatinas. Criterios de exclusión: Diabetes, tratamiento previo con estrógenos, calcitonina, anabólicos, esteroides, bifosfonatos o vitamina D durante un período de 6 meses previo al estudio o con amenorrea menor a 12 meses. Se evaluaron edad, peso, talla, IMC, antecedentes personales y en familiares de primer grado de fractura, uso de corticoides, tabaquismo, alcoholismo, ingesta diaria de calcio, sedentarismo y laboratorio de metabolismo fosfocálcico y Vitamina D. Se realizó a todas las pacientes una Densitometría Ósea por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) equipo Hologic en cadera derecha y columna lumbar, estadiándolas de acuerdo a OMS. El análisis estadístico se realizó usando test de Student y Fisher test para variables categóricas. Valores de p menores a 0,05 fueron considerados significativos. Resultados: Ingresaron 202 pacientes en el grupo 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 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 entre 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 -1,15 para el grupo ES y -1,56 para control (p=0,000), la DMO cadera total fue -0,32 para grupo ES y -0,74 para grupo control (p=0,001), vitamina D3 fue 25,57 para grupo ES y 27,71 (p=0,120).

Conclusiones: Las ES pueden mejorar la Densidad Mineral Ósea en mujeres postmenopáusicas, son necesarios más estudios que confirmen estos resultados. Palabras Claves: Estatinas; osteoporosis

128

0128 - SÍNDROME METABÓLICO EN ARTRITIS TEMPRANA

Modalidad: Oral

Unidad Temática: AR

GUINÁZU, Francisco(1) | GOBBI, Carla(2) | ALBA, Paula Beatriz(1) | MALDINI, Carla(3) | ALONSO, Carla(1) | ALBIERO, Juan Alejandro(1) | ALBIERO, Eduardo Horacio(1) | NEME, Viviana(4) | DEMARCHI, Marcela(4) | YORIO, Marcelo Augusto(3)

UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (1); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (2); CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (3); SERVICIO DE LABORATORIO, HOSPITAL CORDOBA (4)

**Objetivos:** OBJETIVOS: Estimar y comparar la frecuencia de Síndrome metabólico (SM) en pacientes con Artritis Temprana (AT) y un grupo control; establecer la relación entre actividad de la enfermedad y presencia de SM.

**Materiales y Métodos:** Estudio epidemiológico analítico, de corte transversal de 62 casos de AT (inflamación de 3 articulaciones en menos de 1 año de evolución), entre 08/2016 y 02/2018; y 62 controles apareados por edad y sexo. La presencia de SM fue evaluada por 3 criterios: World Health organization (WHO 1998-1999), Adult Treatment Panel III (ATPIII 2004) e International Diabetes Federation (IDF 2005). La actividad de la enfermedad fue evaluada por Disease Activity Score de 28 articulaciones (DAS28).

**Resultados:** Los casos cumplieron criterios de SM en mayor medida que los controles según las 3 definiciones utilizadas, siendo las diferencias significativas: IDF 21 casos (33,9%) vs 9 controles (14,5%) [p = 0,012]; ATP III 20 casos (32,3%) vs 10 controles (16,1%) [p = 0,036], y WHO 20 (32,3%) vs 10 (16,1%) [p = 0,036] respectivamente. Se analizaron los casos de AT con SM vs AT sin SM, y no hubo diferencias en VSG, PCR, factor reumatoide y anticuerpos anticitrulina. La mayor edad se relacionó con SM en AT [p < 0,004] y el DAS 28 en pacientes con AT/SM+ vs AT/SM- tuvo una p < 0,07, mostrando una tendencia no alcanzando significación estadística.

**Conclusiones:** El SM es más frecuente en AT, siendo esto independiente de la presencia de anticuerpos y marcadores biológicos de actividad pero probablemente relacionado a la actividad de la enfermedad global, lo cual obligaría a considerar el estricto control de estos factores. Son necesarios estudios de mayor envergadura para definir esta tendencia.

**Palabras Claves:** Síndrome metabólico; artritis temprana

129

0129 - EVOLUCIÓN DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 30 AÑOS

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS - Unidad Temática 2: OTROS VELLOSO, María Sofía | GARCÍA, Lucila | MARTIRE, María Victoria | SAVY, Florencia | AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | GARCÍA, Nadia Paula | ARIZPE DAVID, Fernando Víctor | TESTI, Adriana Carolina | GARCÍA, Mercedes Argentina

HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

**Objetivos:** Describir características y resultados de los embarazos de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) e identificar factores asociados a resultados adversos en embarazos de estas pacientes.

Variables	Desenlace adverso en el embarazo (n=63)	Sin desenlace adverso en el embarazo (n=125)	p
Farmacos anti-hipertensivos durante el embarazo (n) %	12 (19)	9 (7,2)	0,043
Uso de corticoides en embarazo (n) %	40 (63,5)	61 (48,8)	0,011
Anti DNA (n) %	61 (31,4)		
SSA/RO (n) %	48 (25,7)		
SSB/LA (n) %	24 (12,8)		
SM (n) %	22 (11,8)		
RNP (n) %	31 (16,7)		
VDRL Falsa positiva (n) %	22 (11,9)		
Plaquetopenia (n) %	15 (8)		
Leucopenia (n) %	33 (17,6)		
Hipoproteinemia (n) %	61 (32,4)		
Proteinuria positiva (n) %	36 (19,1)		
Requerimiento de Glucocorticoides (n) %	104 (55,3)		
Antipalúdicos (n) %	83 (44,1)		
Azatioprina (n) %	19 (10,1)		
Heparina de bajo peso molecular (HBPM) (n) %	31 (16,8)		
Ácido acetilsalicílico (AAS) (n) %	41 (21,8)		
Anti-hipertensivos (n) %	21 (11,2)		
Hipertensión inducida por el embarazo (n) %	35 (18,6)		
Gestosis (n) %	29 (15,4)		
HELLP (n) %	6 (3,2)		
Actividad renal (n) %	25 (13,3)		
Infecciones (n) %	35 (18,6)		

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron mujeres con diagnóstico de LES según criterios ACR 92 y/o SLICC 2012, que hayan cursado al menos un embarazo con seguimiento en un centro de referencia de 3er nivel, desde 1988 hasta Agosto de 2018. Se recolectaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, perfil inmunológico, datos de embarazo, sus resultados y tratamiento. Se definió desenlace adverso en el embarazo a la presencia de: Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), aborto, pérdida fetal (PF), muerte fetal (MF), parto pretérmino (PPT), bajo peso al nacer (BPN), muerte fetal (MF), muerte perinatal (MP) y óbito materno. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje y las continuas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC) según distribución. Se evaluaron las diferencias entre los embarazos con y sin desenlace adverso por análisis bivariado y regresión logística para evaluar variables asociadas a resultado adverso en el embarazo. **Resultados:** De los 200 embarazos registrados, se evaluaron 188 de 143 mujeres (se excluyeron 12 por presentar datos incompletos). La mediana de edad al momento del embarazo fue de 26 años (RIC 23-31), la mediana de evolución del LES: 55 meses (RIC 24-103). Antecedentes: 60% presentaba antecedentes obstétricos, el 32,8% SAF obstétrico, de las cuales 92 tenían Anticuerpos Antifosfolípidos positivos. Un 33% de las pacientes presentaron compromiso renal previo. La media de SLEDAI previo al diagnóstico de embarazo fue de 2,39 (DS 5,2). Resultados obstétricos: 157/188 (83%) embarazos finalizaron con un recién nacido vivo. Ciento veinticinco (66,5%) embarazos no tuvieron complicaciones, 63 (35,5%) presentaron evolución adversa. 15,42% cursó con gestosis. En tabla 1 se observa la asociación de variables clínicas o de laboratorio a la presencia de al menos un evento adverso en el embarazo. El 8,2% presentó RCIU, 11,2% abortos, 19,6% PF, 4,8% MF, 18% PPT, 83,5% RNV, y 1,1% óbito materno. El 68,6% de los RN presentó peso adecuado para edad gestacional (PAEG), 3,2% lupus neonatal y 11,2% MP. El 12% de las pacientes presentó SLEDAI >6 en el puerperio. Las variables que se asociaron de manera independiente a los resultados adversos del embarazo fueron: el requerimiento de antihipertensivos (OR 3,7, IC 1,37-10,4, p,0,01) y el uso de corticoides durante el embarazo (OR 2,15, IC 1,10-4,23, p,0,02). En la tabla 2 se observan las variables asociadas a la presencia de al menos un evento adverso en el embarazo. **Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con Lupus el 83% de los embarazos resultó en un recién nacido vivo, sin embargo, la evolución adversa fue frecuente (35,5%) y se observó asociación significativa con el requerimiento de tratamiento durante el embarazo con anti hipertensivos y/o con corticoides.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso sistémico, Embarazo, Resultados Adversos en embarazo.

130

0130 - PREFERENCIAS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Modalidad: Oral

Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

CAPELUSNIK, Dafne | SCHNEEBERGER, Emile Edith | MACÍAS OVIEDO, Leonela Lysseth | SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel | CITERA, Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Objetivos:** Debido a la creciente tendencia de involucrar a los pacientes en las decisiones sobre la atención de su salud y conociendo la necesidad de mayor investigación sobre las preferencias de los pacientes al tratamiento y su adherencia, el objetivo de este estudio fue evaluar las preferencias de tratamiento de los pacientes con Espondiloartritis axial (EspPax) e identificar factores asociados a su elección.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EspPax (criterios ASAS 2009). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, comorbilidades, tiempo de evolución y tratamientos recibidos. En el examen físico se evaluó rigidez matinal, número de articulaciones tumefactas y dolorosas y sitios de entesitis por medio de MASES. Se consignó ERS y PCR. 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 ASDAS ERS/PCR y SASDAS ERS/PCR. Se administró un cuestionario especialmente diseñado, en modalidad de elección múltiple y modalidad de respuesta enumerada según orden decreciente de importancia de los enunciados. 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 70 pacientes con una edad mediana (m) de 46,5 años (RIC 38-57), 55 de sexo masculino (78,6%) y un tiempo m de evolución de 13,5 años (7,75-23,25). Los aspectos más importantes en la elección de un tratamiento según los pacientes fueron: la capacidad de mejoría en la calidad de vida (32,9%), seguido por mejoría en la inflamación articular (22,9%), el dolor (21,4%) y la función física (14,3%). Sesenta y tres pacientes (90%) optaron por recibir la medicación en su domicilio, y 55 (78,6%) escogieron ser ellos mismos quienes se aplicaran el tratamiento. Las vías de administración más elegidas en orden decreciente fueron la vía oral (VO) 51,4%, y la subcutánea (SC) 41,4%, seguidas por la intramuscular (IM) 4,3% y la endovenosa (EV) 2,9%. El intervalo entre dosis más votado en la VO fue 1 comprimido semanal (61,1%), y en la SC, 1 aplicación mensual (34,5%). Las principales ventajas referidas con la VO fueron: fácil posología (58,3%), falta de requerimiento de destreza (33,3%) y de refrigeración (16,7%), y en relación a la vía SC: facilidad de aplicación (44,8%), eficacia (27,6%) y seguridad (13,8%). La elección de la VO se asoció con: preferencia por la autoaplicación (88,9% vs 11,2% p=0,051), preferencia de aplicación en el hogar (97,2% vs 2,8% p=0,021) y mayor nivel de escolaridad (14,5 ±4,2 vs 11,5 ±4,7 p=0,009). Estas dos últimas variables mantuvieron asociación significativa en el análisis multivariado. La elección de la vía SC, se asoció tanto en el análisis univariado como en el multivariado, con el tipo de EspPax (46,7% en espondilitis anquilosante (EA) vs 10% en EspPax no radiográfica (nr), p=0,038). Los pacientes que recibían tratamiento biológico por vía SC, así como aquellos con menor actividad de la enfermedad, mayor capacidad funcional y mejor calidad de vida tuvieron mayor conformidad con el tratamiento vs el resto (vía SC: 52,7% vs 13,3%, p=0,008, BASDAI: 5,6 vs 3,3, p=0,001 y SASDAS PCR: 21,2 vs 13,7 p=0,006, BASFI: 5 vs 3,3 p=0,007 y ASQoL: 6,8 vs 3,9 p=0,033). En el modelo de regresión logística múltiple, tanto estar recibiendo TB por vía SC, como menor actividad de la enfermedad permanecieron significativamente asociados a la conformidad del tratamiento según el paciente.

**Conclusiones:** La vía de administración más elegida por los pacientes con EspPax en nuestra cohorte fue la vía oral. Menor actividad de la enfermedad y el tratamiento biológico SC se asociaron a mayor conformidad con el tratamiento.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis axial, tratamiento, preferencias, vía de administración.

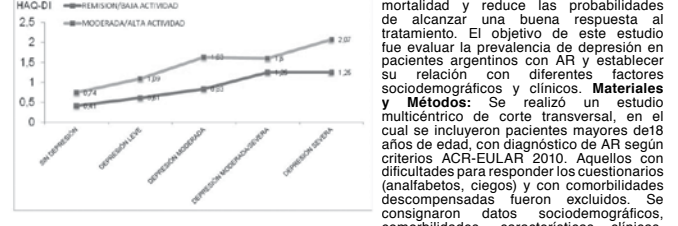
131

0131 - LA DEPRESIÓN ES UN DETERMINANTE MAYOR DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, INDEPENDIEMENTE DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR

ISNARDI, Carolina(1) | CAPELUSNIK, Dafne(1) | SCHNEEBERGER, Emile Edith(1) | BAZZARELLI, Marcela(2) | BARLOCO, Laura(2) | BLANCO, Eliana Soledad(3) | BENÍTEZ, Cristian Alejandro(3) | LUJAN BENAVIDEZ, Federico(3) | SCARAFIA, Santiago(4) | LAZARO, María Alicia(4) | PÉREZ ALAMINO, Rodolfo(5) | COLOMBRES, Federico(5) | KÖHÁN, Paula(6) | SOSA, Julia(6) | GONZALEZ LUCERO, Luciana(7) | BARBAGLIA, Ana(8) | MALDONADO FICCO, Hernán(8) | TERRA, María(8) | INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PETRONA V. DE CORDERO (2); HOSPITAL COSME ARGERICH (3); IARI (4); HOSPITAL NICOLÁS AVELLANEDA (5); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (6); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (7); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA (8)

**Objetivos:** La depresión es una de las comorbilidades más frecuentes reportadas en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), comprometiendo a más del 50% de ellos en algunas cohortes. Su presencia se asocia a mayores costos de salud, mayor mortalidad y reduce las probabilidades de alcanzar una buena respuesta al tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de depresión en pacientes argentinos con AR y establecer su relación con diferentes factores sociodemográficos y clínicos.



**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010. Aquellos con dificultades para responder los cuestionarios (analfabetos, ciegos) y con comorbilidades descompensadas fueron excluidos. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas, dolor y actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de escala visual numérica (EVN), recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas (28), presencia de rigidez matinal y su duración. Se calcularon los índices compuestos DAS28, CDAI, SDAI e IAS. Se registraron los valores de eritrosedimentación (ERS) y proteína C reactiva (PCR). Se administraron cuestionarios para evaluar la calidad de vida EQ-5D-3L y QOL-RA, capacidad funcional por medio de HAQ-DI y depresión a través de PHQ-9. Se definió depresión mayor a un índice PHQ-9 mayor igual a 10. Los valores de PHQ-9 de 5-9, 10-14, 15-19 y mayor igual a 20 determinaron la presencia de depresión leve, moderada, moderada/severa y severa, respectivamente. Análisis estadístico: Test T de Student, ANOVA y Chi2. Regresión lineal múltiple. **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 la enfermedad de 9 años (RIC 3,6-16,7). La m de actividad de la enfermedad medida por DAS28-ERS fue de 3,5 (RIC 2,5-4,5) y de depresión valorada por PHQ-9 de 6 (RIC 2-12,5). La prevalencia de depresión mayor fue de 33,7%. Sesenta y seis (25,8%), 42 (16,3%), 27 (10,5%) y 18 (7%) pacientes presentaron depresión leve, moderada, moderada/severa y severa, respectivamente. Los pacientes con depresión mayor mostraron menor capacidad funcional (HAQ-A X 1,56 ± 0,78 vs X 0,69 ±0,65, p<0,0001), peor calidad de vida (QOL-RA X 5,38 ± 1,78 vs X 7,31 ±1,61, p<0,0001), más dolor (EVN X 56,15 ± 27,48 mm vs X 33,42 ± 25,72 mm vs, p<0,0001) y mayor actividad de la enfermedad (DAS28-ERS X 4,33 ± 1,39 vs X 3,3 ± 1,28, p<0,0001). El desempleo, la presencia de comorbilidades y la menor realización de actividad física fueron significativamente más frecuentes en este grupo. No se observaron diferencias en la prevalencia de depresión entre los pacientes con artritis temprana (< 2 años) y aquellos con enfermedad establecida (mayor igual 2 años). En el análisis multivariado, peor capacidad funcional (OR 2,07 IC95% 1,59-4,29, p<0,0001) y calidad de vida (OR 0,66 IC95% 0,53-0,82, p<0,0001) se asociaron independientemente a la presencia de depresión mayor. Los pacientes con depresión moderada/severa y severa presentaron peor capacidad funcional independientemente de la actividad de la enfermedad. (Fig. 1) **Conclusiones:** La prevalencia de depresión mayor medida por PHQ-9 en esta cohorte de pacientes argentina con AR fue de 33,7%. La presencia de depresión tiene un impacto significativo sobre la capacidad funcional y la calidad de vida de estos pacientes, independientemente de la actividad de la enfermedad. **Palabras Claves:** Depresión, Artritis Reumatoidea, PRO, PHQ-9

132

0132 - UNA NUEVA HERRAMIENTA SIN LICENCIA PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: EL CUESTIONARIO QOL-RA II (QUALITY OF LIFE-RHEUMATOID ARTHRITIS SCALE-II)

**Modalidad:** Oral  
**Unidad Temática:** AR

ISNARDI, Carolina(1) | CAPELUSNIK, Dafne(1) | SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) | CORREA, María de Los Angeles(1) | HU, María(2) | LIM, Romina(2) | TAPIA, María Jimena(3) | KERZBERG, Eduardo(3) | ELIANCO, Eliana Soledad(4) | FEDERICO, Luján Benavidez(4) | GONZALEZ, LUCERO, Luciana(5) | BARBAGLIA, Ana Lucía(5) | BAZZARELLI, Marcela(6) | MALDONADO FICCO, Hernán(7) | PEREZ, Silvana(8) | HARTVIG, Claudia(9) | SALCEDO, Mariana(10) | CITERA, Gustavo(1)

**INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA (1); HOSPITAL PENNA (2); HOSPITAL RAMOS MEJIA (3); HOSPITAL COSME ARGERICH (4); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (5); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PETRONA V. DE CORDERO (6); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA (7); HOSPITAL TORNU (8); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (9); SAN NICOLAS (10)**

**Objetivos:** Recientemente validamos el cuestionario Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) en nuestro país. Detectamos la presencia de redundancia entre las preguntas N°3 y N°6 y que el mismo era influenciado por la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes. Por esta razón, con la autorización de la autora, cambiamos estas preguntas y desarrollamos una nueva versión en español, el QOL-RA II. El objetivo de este estudio fue validar esta nueva versión de QOL-RA en una cohorte multicéntrica de pacientes con AR. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes mayor/igual a 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-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 (EVN), recuento articular de 28 articulaciones tumefactas y dolorosas, presencia de rigidez matinal y su duración y fatiga por EVN. 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 II, 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 (mayor/igual a 1 hora/día por mayor/igual a 3 veces/semana). A 20 pacientes se les re-administró el cuestionario a los 7 días de haber completado el primero para evaluar reproducibilidad. Análisis estadístico: Test T de Student y ANOVA. Chi2, prueba de Spearman,  $\alpha$  de Cronbach. Coeficiente de correlación intraclass. Se calculó el tiempo para completar y calcular el cuestionario, y se registró las dificultades que los pacientes presentaron para completar algún ítem. Regresión lineal múltiple. **Resultados:** Se incluyeron 430 pacientes, 87.7% de sexo femenino con una edad mediana (m) de 53.1 años (RIC 45-62) y un tiempo m de evolución de 9 años (RIC 4-16). Solo 128 pacientes (29.8%) realizaban actividad física, 204 (47.4%) estaban desocupados y 192 (44.7%) tenían comorbilidades. En referencia a los parámetros de evaluación de la enfermedad DAS28-ERS m 2.9 (RIC 1.9-3.9), CDAI m 8 (RIC 3-16), HAQ-A m 0.88 (RIC 0.37-1.8), PHQ-9 m 7 (RIC 3-13), EQ-5D-3L m 0.7 (RIC 0.5-0.9) y QOL-RA II m 0.7 (RIC 5.3-8). El tiempo promedio para completar el QOL-RA fue de 1.7  $\pm$  0.57 minutos y para su cálculo de 12  $\pm$  1.7 segundos. Solo 9 (2.1%) pacientes no contestaron alguna pregunta. Excelente fiabilidad (alpha de Cronbach 0.97) y buena correlación entre los diferentes ítems y el cuestionario total, sin evidencia de redundancia, muy buena reproducibilidad (CCI: 0.96). El efecto piso fue de 0.7% y el efecto techo 2.8%. QOL-RA presentó buena correlación con EQ-5D-3L (Rho: 0.6), HAQ-A (Rho: 0.55) y PHQ-9 (Rho: 0.55) y moderada con los índices de actividad de la enfermedad DAS28-ERS (Rho: 0.38), SDAI (Rho: 0.47) y CDAI (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 6.4 $\pm$ 1.9 vs X 7 $\pm$ 1.8, p<0.001), así como en los pacientes desocupados (X 6.1 $\pm$ 1.9 vs X 7 $\pm$ 1.8, p<0.0001) y en los tabaquistas (X 6.2 $\pm$ 1.7 vs X 6.7 $\pm$ 1.9, p 0.025). Se observó una tendencia significativa a empeorar la calidad de vida a mayor actividad de la enfermedad medida por CDAI. En el análisis multivariado, ajustando para edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, las variables que se asociaron significativamente al QOL-RA II, fueron la falta de realización de actividad física (OR 0.3 IC95% 0.002-0.63), la desocupación (OR 0.35 IC95% 0.05-0.65), la actividad de la enfermedad (OR -0.1 IC95% 0.28 - -0.035), la discapacidad funcional (OR -0.7 IC95% -0.92 - -0.48) y la depresión (OR -0.1 IC95% -0.13 - -0.07). **Conclusiones:** El QOL-RA II demostró mejor validez de constructo, reproducibilidad y confiabilidad comparado con la versión original. Fue fácil de completar y calcular. **Palabras Claves:** Reumatoid Arthritis, Calidad de Vida, QOL-RA II, PRO

137

0137 - PREFERENCIAS EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA

**Modalidad:** Oral  
**Unidad Temática:** ESPONDILOARTRITIS

ISNARDI, Carolina | CORONEL ALE, Andrea Lujan | SCHNEEBERGER, Emilce Edith | BARBICH, Tatiana | LUNA, Gisele Alejandra | FORNARO, Marina | CERDA, Osvaldo Luis | CITERA, Gustavo

**INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA**

**Objetivos:** Las recomendaciones para el manejo de la Artritis Psoriásica (APs) destacan la importancia de realizar un tratamiento individualizado y de incluir al paciente en la toma de decisiones. Esto último genera mayor satisfacción, mejores resultados de salud y mayor adherencia al tratamiento. A pesar de esto, son escasos los estudios clínicos que evalúan preferencias de los pacientes con APs en términos de vía de administración, intervalo de aplicación, o los aspectos más valorados por estos últimos en la elección de una determinada medicación. El objetivo de este trabajo fue estudiar las preferencias de los pacientes con APs respecto al tratamiento disponible para su enfermedad. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en el que se incluyeron pacientes mayor/igual a 18 años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características de la enfermedad, dolor y actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de EVN (Escala Visual Numérica), recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas (66/68), presencia de rigidez matinal, de dactilitis y de entesitis por medio de MASES, peso y talla. La psoriasis cutánea se valoró por medio de BSA y por la evaluación del paciente (EVN) y el compromiso ungueal por PNSS. Se registraron los valores de ERS (mm/h) y PCR (mg/dl). Se administraron los cuestionarios HAQ-A para capacidad funcional y PsAQoL para calidad de vida. Se calcularon los índices compuestos: DAPSA-PCR y ERS. Se determinó la presencia de MDA. Se consignó la disponibilidad de red eléctrica y cortes de luz, distancia al hospital y los costos de traslado y el acceso a cobertura de salud. Se proporcionó un cuestionario compuesto por 17 preguntas, orientadas a las características generales de los tratamientos y su vía de administración. Las mismas fueron modalidad de elección múltiple o se contestaban mediante la jerarquización según grado de importancia de diferentes aspectos de los medicamentos. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student, Mann Whitney, test de Chi2 y test exacto de Fisher. Regresión logística múltiple. **Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes, 50.7% de sexo femenino con una edad mediana (m) de 57 años (RIC 46.5-66) y un tiempo m de evolución de 10.3 años (RIC 6.4-18.2). 62.3% tenían comorbilidades, siendo la más frecuente hipertensión arterial (34.8%). La m de BMI fue 29.7 (RIC 25.9-33) y 84.1% tenían sobrepeso u obesidad. 82.6% tenían cobertura médica. DAPSA-PCR m 9.2 (RIC 4.1-14.1). 29% de los pacientes recibía terapia biológica. 82.6% de los pacientes estaban conformes con su tratamiento. En el análisis multivariado, la conformidad con el tratamiento se asoció independientemente con menor escolaridad (OR 0.78, IC95% 0.64-0.94, p=0.01) y menor actividad de la enfermedad medida por DAPSA-PCR (OR 0.35, IC95% 0.15-0.82, p=0.015). Los aspectos de la medicación más valorados por los pacientes fueron su capacidad de disminuir la inflamación articular (31.9%), de reducir el dolor articular (23%) y de mejorar de la calidad de vida (15.9%). La mayoría eligió la monoterapia sobre el tratamiento combinado (89.9% vs 10.1%). 62.3% de los pacientes prefirió autoadministrarse la medicación y 84.1% optaron por la aplicación de la misma en su casa. La vía de administración más frecuentemente elegidas fueron oral (63.8%), y la subcutánea (29%). Aquellos pacientes que prefirieron la vía oral, consideraron que su principal ventaja es la facilidad de uso (39.1%). La selección de la vía oral se asoció significativamente a la elección de la aplicación de la medicación en el hogar (p=0.015) y de la monoterapia con DMAR convencionales (p<0.0001). En el caso de la vía subcutánea, las principales ventajas fueron su facilidad (40%) y su eficacia (40%), mientras que las desventajas fueron la necesidad de refrigeración de la medicación (35%) y su alto costo (40%). La elección de la vía subcutánea se asoció independientemente con estar actualmente en tratamiento con medicación subcutánea (p<0.0001). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con APs de esta cohorte estaban conformes con la medicación recibida y esta conformidad se asoció independientemente a menor educación formal y menor actividad de la enfermedad. La capacidad de la medicación para disminuir la inflamación fue el aspecto más valorado. La vía de administración más frecuentemente preferida fue la oral. **Palabras Claves:** Artritis Psoriásica, Preferencias de pacientes, Tratamiento

151

0151 - REGISTRO ARGENTINO DE TRATAMIENTOS CON DROGAS BIOLÓGICAS (BIOBADASAR). SEXTO INFORME 2018

**Modalidad:** Oral - Unidad Temática: OTROS

GÓMEZ, María Gimena | FORNARO, Marina | BROM, Martín | SAURIT, Verónica | BENAVIDEZ, F I BENÍTEZ, Cristian Alejandro | VELOZO, Edson | BRIGANTE, Jorge Alejandro | EXENI, Ida Elena | GOBBI, Carla | KIRIMAYR, Karin Ingrid | MUSSANO, Eduardo Daniel | PEREZ, Nicolas | SMICHOVSKI, Andrea M. | CATAY, Erika Roxana | GRANELL, Amelia | PETKOVIC, Ingrid | QUINTEROS, A | BARRIOS, María Itatí | SANCHEZ ANDIA, Carolina | GRAF, Cesar Enrique | CAPPUCCIO, Ana María | LAZARO, María Alicia | AESCHLIMANN, Carolina | COSTI, Ana Carolina | GÓMEZ, R A | DE LA SOTA, Mercedes E. | SOARES DE SOUZA, Sidney | SOMMA, Luis Fernando | LARROUDE, María Silvia | QUINTANA, Rosana M. | CAVILLON, Emilia María | GALLARDO, M I | RILLO, Oscar L. | BOHR, Analía Verónica | MELO, Fernando Gabriel | PISONI, Cecilia | KISLITSKY, Boris ASIT | NOCIZIANA, BATTAGLIONI, Cristina | BERTOL, tolecinio M | CRUZAT, Vanesa Cecilia | PEREIRA, Dora I | AGUIERO, Santiago Eduardo | KERZBERG, Eduardo | PAIRA, Sergio I | MARTINEZ, Liliana Alicia | VERANDO, Marcela | CASADO, Gustavo Christian | DE LA VEGA, María Celia

**SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA**

**Objetivos:** BIOBADASAR es el registro Argentino de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas conducido por la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR). Desde su inicio en el año 2010, tiene por objetivo registrar los datos de la práctica cotidiana, identificar los acontecimientos adversos (AA) relevantes e inesperados durante y tras la suspensión del tratamiento biológico, estimar el riesgo relativo (RR) de aparición de AA, evaluar el tiempo transcurrido hasta la suspensión de la terapia biológica, así como los motivos que llevaron a dicha interrupción. **Materiales y Métodos:** Participan del registro BIOBADASAR 53 centros de reumatología de Argentina. Se ingresaron en forma consecutiva todos los pacientes que utilizaron tratamientos biológicos (casos) y sus respectivos controles (pacientes tratados con drogas modificadoras de la respuesta biológica), aparados por edad, sexo y enfermedad. Los datos presentados son los registrados desde el 1 de Agosto del 2010 hasta el 13 de Enero del 2018. Las diferencias entre los grupos se realizaron con análisis de la variancia, test t de Student, Mann Whitney según corresponda. Las proporciones se compararon con los test chi2 o test exacto de Fisher, según corresponda.

EVENTO	CASOS	CONTROLES	RR (intervalos de confianza p)
INFECCIONES	n=971 63/1000 pac/año	n=317 19/1000 pac/año	IRR: 3.42 (IC 95%: 3.01 - 3.87)
SEPSIS	n=12 0.7/1000 pac/año	n=4 0.2/1000 pac/año	IRR: 3.35 (IC 95%: 1.08 - 10.37)
NEUMONIA	n=147 9/1000 pac/año	n=31 1/1000 pac/año	IRR: 5.29 (IC 95%: 3.59 - 7.79)
HERPES	n=60 4/1000 pac/año	n=16 0.93/1000 pac/año	IRR: 4.18 (IC 2.41 - 7.26)
TUBERCULOSIS	n=24 2/1000 pac/año	n=3 0.2/1000 pac/año	IRR: 8.93 (IC 95%: 2.48-29.64)

**Resultados:** Se analizaron 4656 pacientes (2507 casos y 2149 controles) y 6234 tratamientos (3765 casos y 2469 controles). El registro esta conformado por 1945 mujeres (77.6%) y 562 hombres (22.4%) en el grupo casos, y 1729 mujeres (80.5%) y 420 hombres (19.5%) en el grupo controles. La edad media en años fue 56.93  $\pm$  15.2 en los casos y 56.24  $\pm$  15.5 en los controles. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoidea 3633 (78%), artritis psoriásica 380 (8%), lupus eritematoso sistémico 146 (3%), artritis idiopática juvenil 140 (3%), espondilitis anquilosante 116 (2.5%), otros 241 (5%). Tiempo de evolución de la enfermedad en años: 15  $\pm$  9 en el grupo casos y 11  $\pm$  8 en el grupo control. Entre los tratamientos: etanercept 1392 (36.3%), adalimumab 795 (21.1%), abatacept 383 (10.2%), rituximab 279 (7.4%), certolizumab 260 (5.9%), tocilizumab 122 (4.8%), infliximab 169 (4.5%), tofacitinib 158 (4.2%), golimumab 91 (2.4%), belimumab 33 (0.8%), secukinumab 11 (0.3%), ustekinumab 9 (0.2%), biosimilar de rituximab 2 (0.05%) y anakinra 1 (0.03%). Sobrevivida de los agentes biológicos en meses: abatacept 40.56 $\pm$ 49, adalimumab 39.14  $\pm$  39, anakinra 38 $\pm$ 38, belimumab 47.27 $\pm$ 39, certolizumab 25.75 $\pm$ 24, etanercept 40.56 $\pm$ 49, golimumab 30.14  $\pm$  29, infliximab 46.88  $\pm$  33, rituximab 39.53 $\pm$ 28, biosimilar de rituximab 7.5 $\pm$ 7, secukinumab 6.55  $\pm$  7, tocilizumab 37.95 $\pm$ 31, tofacitinib 22.22 $\pm$ 19, ustekinumab 25.67 $\pm$ 24. Causas de discontinuación en los casos: AA 30.2%, ineficacia: 39.9%, pérdida 12.13%, remisión: 2.8%, embarazo: 1.9%, desconocido: 1.35%, otros: 11.5%. En los controles: AA 19.16%, ineficacia 31.64%, pérdida del paciente 28.6%, remisión 5%, embarazo 3%, desconocido 1.6%, otros 10.9%. Se encontró un total de 3154 AA. En el grupo de casos se registraron 2230, siendo los más frecuentes las infecciones: 43.8% (vías aéreas superiores la más frecuente), seguidos por trastornos de piel y tejido celular subcutáneo: 6.7%, trastornos gastrointestinales: 5.2%, trastornos musculoesqueléticos: 4.3%, entre otros. En los controles se registraron 924 AA, siendo los más frecuentes las infecciones: 34.3%, trastornos gastrointestinales: 9.5%, trastornos musculoesqueléticos: 7.1%, neoplasias benignas y malignas: 4.9%, entre otros. Tabla1 detalla los riesgos relativos de los principales AA.

**Conclusiones:** BIOBADASAR ES EL PRINCIPAL REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN TERAPIA BIOLÓGICA DE ARGENTINA. LOS RESULTADOS MUESTRAN COMO PRINCIPAL AA LAS INFECCIONES. SIENDO LAS DE VÍAS AERÉAS SUPERIORES EL RIESGO RELATIVO MÁS ALTO. LAS NEUMONIAS, HERPES Y TUBERCULOSIS PRESENTAN UN RIESGO RELATIVO MÁS ALTO. LA SOBREVIVIDA DEL BIOLÓGICO FUE ALREDEDOR DE 40 MESES, CON DISCONTINUACIÓN POR INEFICACIA, AA O PERDIDA. **Palabras Claves:** EVENTOS ADVERSOS TRATAMIENTO BIOLÓGICO

155

0155 - ESCLEROSIS SISTÉMICA Y RIESGO DE DESARROLLO DE VALVULOPATÍAS CARDIACAS

**Modalidad:** Oral - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: OTROS

ALVARADO, Rodolfo Nicolas | SCOLNIK, Marina | MARIN ZUCARO, Nicolas Martin I | ALLE, Gelsomina I | TRASANTE BORCHES, María Soledad | CHIARVETTO PERALTA, María Victoria | CATOGGIO, Luis Jose I | SORIANO, Enrique Roberto

**HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

**Objetivos:** el compromiso valvular cardíaco en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) es poco frecuente, con la salvvedad de la insuficiencia tricuspídea asociada a hipertensión pulmonar. En la actualidad existe inconsistencia en los datos reportados sobre el desarrollo de valvulopatías en pacientes con ES. Nuestro objetivo fue estimar la densidad de incidencia de valvulopatías moderadas-severas en pacientes con ES en comparación con controles. **Materiales y Métodos:** se incluyeron todos los pacientes con ES (criterios ACR 2013) del plan de salud de nuestro hospital, atendidos por la Sección Reumatología desde el año 2000 hasta el 31 de diciembre de 2017. Por cada paciente con ES se identificaron entre 3 y 4 controles del plan de salud matcheados por año de nacimiento y sexo, que tuvieron por lo menos un ecocardiograma realizado. Cada persona fue seguida hasta: a) su muerte, b) la finalización del estudio, c) su desvinculación del Plan de Salud. Se realizó estadística descriptiva y se calculó la densidad de incidencia de valvulopatías moderadas/severas así como de escleriosis y calcificaciones valvulares por ecocardiograma en ambos grupos. **Resultados:** se incluyeron 127 pacientes con ES (108 con ES limitada y 18 con ES difusa, Scl-70 positivo en el 18,4% y anticentromero en 67,2%), 96,1% mujeres, y 497 controles. La mediana de seguimiento fue de 10,7 años (RIC 6.4-14.7) y 11,3 años (RIC 6.6-14.6) respectivamente (p = 0.81) y el tiempo total de seguimiento fue de 1280,8 pacientes-año para los pacientes con ES y de 5155,3 pacientes-año para los controles. A la fecha del último ecocardiograma la edad media era de 68 años (DS 16,2), sin diferencias entre ambos grupos (p=0,81). Los pacientes con ES tuvieron menor prevalencia de HTA, diabetes y dislipemia que los controles (ver tabla). Los pacientes con ES tuvieron significativamente más incidencia de Estenosis aórtica (1.1 por 100 pacientes-año, IC 95% 0.7-1.8 versus 0.3 por 100 pacientes-año, IC 0.2-0.5, p < 0.001), Insuficiencia Mitral (1.9 por 100 pacientes-año, IC 95% 1.3-2.7, versus 0.9 por 100 pacientes-año, IC 95% 0.7-1.2, p=0.001) e Insuficiencia Tricuspídea (1.9 por 100 pacientes-año, IC 95% 1.3-2.7, versus 0.4 por 100 pacientes-año, IC 95% 0.3-0.6, p < 0.001) que los controles. 5 pacientes con ES (todos con esclerodermia limitada) y 6 de los pacientes controles requirieron cirugía valvular y esto fue significativamente más frecuente que en los controles (0.4 por 100 pacientes-año, IC 95% 0.2-0.9, versus 0.1 por 100 pacientes-año, IC 95% 0.05-0.3, p=0.03). La escleriosis aórtica (6.7 por 100 pacientes-año, IC 95% 5.9-7.5), calcificación aórtica (2.1 por 100 pacientes-año, IC 95% 1.5-2.9), escleriosis mitral (2.3 por 100 pacientes-año, IC 95% 1.7-3.1) y calcificación mitral (2.9 por 100 pacientes-año, IC 95% 2.2-3.8) también fueron más frecuentes en los pacientes con esclerodermia que controles (p < 0.05). **Conclusiones:** los pacientes con ES presentaron mayor incidencia de estenosis aórtica, insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspídea moderada/severa que pacientes controles matcheados por edad y sexo y requirieron más cirurgías de reemplazo valvular. Los hallazgos de escleriosis y calcificación en válvulas aórticas y mitral también fueron más frecuentes en pacientes con esclerodermia. **Palabras Claves:** Esclerosis sistémica, valvulopatías

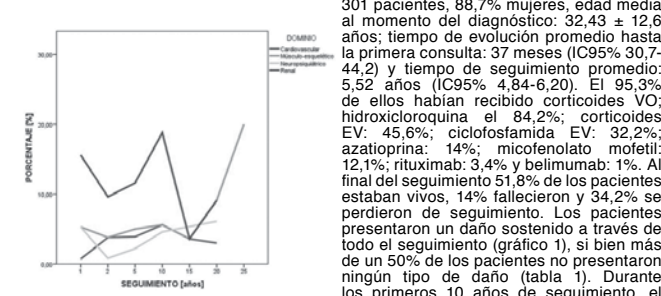
186

**0186 - DAÑO ACUMULADO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE 300 PACIENTES**

Modalidad: Oral  
 Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 CALVO, Romina Andrea(1) | GALLO, Jesica(2) | BENAVENTE, Emilio(3) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | COSTA, Lucas(4) | CARRERA, Elena(4) | PAIRA, Sergio(1)  
**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (2); HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN (3); UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA-UNL- FCM (4)**

**Objetivos:** 1- determinar el daño orgánico en pacientes con LES 2- examinar el daño total, daño por dominio y daño por ítem dentro de cada dominio

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con LES (criterio ACR 1997) con al menos 12 meses de seguimiento. Se consideraron sexo, edad al momento del diagnóstico, evolución de la enfermedad hasta la primera visita y tiempo de seguimiento, tratamientos recibidos e índice de daño tomados al año, 2, 5, 10, 15, 20 y 25 años de seguimiento (evaluando dominio comprometido). Método estadístico: Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar, cuando se considero adecuado la media fue acompañada de su respectivo intervalo de confianza del 95%. Las variables cualitativas se describen con frecuencias relativas porcentuales. Se presenta el recuento total de pacientes en cada tiempo de seguimiento. **Resultados:** Se incluyeron 301 pacientes, 88,7% mujeres, edad media al momento del diagnóstico: 32,43 ± 12,6 años; tiempo de evolución promedio hasta la primera consulta: 37 meses (IC95% 30,7-44,2) y tiempo de seguimiento promedio: 5,52 años (IC95% 4,84-6,20). El 95,3% de ellos habían recibido corticoides VO; hidrocortisona el 84,2%; corticoides EV: 45,6%; ciclofosfamida EV: 32,2%; azatioprina: 14%; micofenolato mofetil: 12,1%; rituximab: 3,4%; y belimumab: 1%. Al final del seguimiento 51,8% de los pacientes estaban vivos, 14% fallecieron y 34,2% se perdieron de seguimiento. Los pacientes presentaron un daño sostenido a través de todo el seguimiento (gráfico 1), si bien más de un 50% de los pacientes no presentaron ningún tipo de daño (tabla 1). Durante los primeros 10 años de seguimiento, el



dominio renal fue el más comprometido, seguido del musculo-esquelético, cardiovascular y neuropsiquiátrico. Luego de los 15 años de seguimiento decrece el compromiso renal, tomando más preponderancia el dominio musculo-esquelético (gráfico 2). Diabetes, neoplasia, compromiso ocular, gastrointestinal y falla gonadal fueron los dominios menos comprometidos durante todo el tiempo de seguimiento. **Conclusiones:** - el daño renal fue el más prevalente a través de todos los años de evolución, seguido por el musculo-esquelético. - diabetes (que sólo se observó en los primeros años) y malignidad, junto con compromiso gastrointestinal, ocular y falla gonadal fueron los dominios menos comprometidos. - más del 50% de la población en cada uno de los cortes estuvo libre de daño, considerando que esta masa de pacientes habían recibido HCQ, corticoides VO e HCQ. **Palabras Claves:** - LES - Daño orgánico

198

**0198 - DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE GALECTINA-1 Y GALECTINA-3 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SU ASOCIACIÓN CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
 GÓMEZ, R A(1) | LABORDE, Hugo(1) | HOCKL, Pablo(2) | PINO, María(1) | STUPIRSKI, Juan(3) | RABINOVICH, Gabriel(4)

**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A. (1); INSTITUTO DE BIOTIPIA Y MEDICINA EXPERIMENTAL (IBYME), CONICET (2); INSTITUTO DE BIOTIPIA Y MEDICINA EXPERIMENTAL (IBYME), CONICET (3); INSTITUTO DE BIOTIPIA Y MEDICINA EXPERIMENTAL (IBYME), CONICET (4)**

**Objetivos:** La Esclerosis Sistémica (ES) se caracteriza por daño microvascular y fibrosis. Tiene variantes Difusa (dcSSc) y Limitada (lcSSc). Las Galectinas (Gal) son proteínas de unión a β-galactosidos, que participan en adhesión celular, señalización, diferenciación y apoptosis. Gal-1 sería inmunoreguladora y Gal-3 proinflamatoria. Los reportes de Gal en ES son escasos y contradictorios. No se ha observado diferencia en concentración sérica (IIs) de Gal-1 en ES y controles, ni entre dcSSc y lcSSc. Habría menor (Gal-1) s en pacientes con úlceras digitales o "pitting scars".

Se han descrito (Gal-3) disminuida o aumentada respecto a controles. Habría mayor (Gal-3) en pacientes con úlceras digitales e hipertensión pulmonar (HTP) aunque otros reportes no logran reproducirlo. Nuestro objetivo es evaluar (Gal-1) y (Gal-3) en pacientes con ES y su asociación con las manifestaciones clínicas. **Materiales y Métodos:** Analizamos nuestra base de datos de ES (01/2008-01/2018). Incluimos pacientes ≥16 años con ES que cumplían criterios ACR/EULAR 2013, datos completos y muestra disponible en seroteca. Se analizaron datos demográficos, variante clínica y manifestaciones acumuladas a la última visita. Se evaluó Esclerosis de piel (esclerodactilia, esclerosis proximal a MCF, microstomatia), Calcinosis, Raynaud, "pitting scars", úlceras digitales, amputaciones, Enfermedad pulmonar intersticial (EPI)(TAC alta resolución), HTP (PSAP ≥36 mmHg por ecocardiograma y/o ≥25 mmHg por cateterismo), Disfagia (sin otra causa), artritis y debilidad muscular (documentadas por médico). Se evaluaron anticuerpos específicos (Scl-70, ACA) y superposición. Se detuvo (Gal-1) y (Gal-3) (ng/ml) en las muestras históricas por ELISA. El análisis estadístico se realizó con EPI INFO v7.2.2. **Resultados:** 159 pacientes evaluados; 81 incluidos. 95,1% mujeres, mediana edad 59 (IC 48-68) años, mediana evolución 3 (RIC 0-8,5) años, mediana seguimiento 19 (RIC 0-64) meses. lcSSc 64 (79,1%), dcSSc 17 (20,9%). 22,2% superposición (algunos >1): Sjögren 10, LES 4, SAF 2, CBP 2, miopatia inflamatoria 2, vasculitis ANCA 1 y AR 1. Autoanticuerpos: FAN 98,7%, Scl-70 23,4%, ACA 54,3%, lcSSc: FAN 98,4%, Scl-70 12,5%, ACA 65,6%, dcSSc: FAN 100%, Scl-70 64,7%, ACA 11,7%. Se muestran características clínicas (tabla 1). Mediana (RIC) (Gal-1): 162,2 (114,8-236,5) ng/ml; lcSSc 160,06 (112,8-213,5) ng/ml; dcSSc 188,8 (129,7-317,2) ng/ml. Superposición 142,8 ng/ml (114,5-211,4) ng/ml. Sin diferencias significativas. Mediana (RIC) (Gal-3): 2,04 (1,31-2,98) ng/ml; lcSSc 2,32 (1,37-3,08) ng/ml; dcSSc 1,50 (0,51-1,85) ng/ml (p=0,002). Superposición 2,01 (1,34-2,90) ng/ml. No contando con valores de referencia de Gal-1/3 en controles, se compararon características clínicas entre 1° y 4° cuartil. Se muestran los resultados (tablas 2 y 3). **Conclusiones:** No encontramos diferencias en (Gal-1) pero sí menor (Gal-3) en dcSSc. No encontramos asociación entre (Gal-1) y características clínicas, de acuerdo a lo publicado. Encontramos asociación entre mayor (Gal-3) y la presencia de telangiectasias. Como limitaciones, no contamos con datos de actividad de la enfermedad y las determinaciones de Gal-1/3 se realizaron en distintos momentos de la evolución de la enfermedad en cada paciente. Son necesarios trabajos prospectivos y mayor número de pacientes para aclarar el rol de Gal-1/3 en ES. **Palabras Claves:** Esclerosis Sistémica, Galectinas

Tabla 1. Características Clínicas

Manifestaciones Clínicas	Global (n=81)	lcSSc (n=64)	dcSSc (n=17)
Esclerosis Piel	70 (86,5)	50 (78,1)	20 (118)
Raynaud	81 (100)	49 (76,6)	32 (190)
Integridad digital	81 (100)	33 (51,6)	48 (284)
Úlceras	31 (38,3)	13 (20,3)	18 (106)
Amputación	6 (7,4)	4 (6,2)	2 (12)
EPI	21 (26,0)	11 (17,2)	10 (59)
Calcinosis	30 (37,1)	15 (23,4)	15 (88)
Disfagia	20 (24,7)	20 (31,3)	0 (0)
HTP	18 (22,2)	10 (15,6)	8 (47)
Artritis	9 (11,1)	6 (9,4)	3 (18)
Debilidad muscular	4 (4,9)	3 (4,7)	1 (6)

Tabla 2. Características Clínicas en 1° y 4° Cuantiles de Gal-1

Manifestaciones Clínicas	1° Cuartil Gal-1 (n=20)	4° Cuartil Gal-1 (n=20)
Esclerosis Piel	19 (95)	19 (95)
Raynaud	20 (100)	20 (100)
Esclerosis Piel	18 (90)	17 (85)
EPI	10 (50)	10 (50)
Úlceras	5 (25)	8 (40)
Amputación	1 (5)	5 (25)
Calcinosis	6 (30)	9 (45)
Disfagia	14 (70)	7 (35)
Artritis	6 (30)	4 (20)
HTP	5 (25)	5 (25)
Debilidad muscular	2 (10)	0 (0)

Tabla 3. Características Clínicas en 1° y 4° Cuantiles de Gal-3

Manifestaciones Clínicas	1° Cuartil Gal-3 (n=20)	4° Cuartil Gal-3 (n=20)
Esclerosis Piel	20 (100)	20 (100)
Raynaud	20 (100)	20 (100)
Esclerosis Piel	19 (95)	17 (85)
EPI	10 (50)	10 (50)
Úlceras	9 (45)	6 (30)
Amputación	3 (15)	1 (5)
Calcinosis	11 (55)	11 (55)
Disfagia	6 (30)	7 (35)
Artritis	7 (35)	6 (30)
HTP	5 (25)	4 (20)
Debilidad muscular	2 (10)	0 (0)

clínicas entre 1° y 4° cuartil. Se muestran los resultados (tablas 2 y 3). **Conclusiones:** No encontramos diferencias en (Gal-1) pero sí menor (Gal-3) en dcSSc. No encontramos asociación entre (Gal-1) y características clínicas, de acuerdo a lo publicado. Encontramos asociación entre mayor (Gal-3) y la presencia de telangiectasias. Como limitaciones, no contamos con datos de actividad de la enfermedad y las determinaciones de Gal-1/3 se realizaron en distintos momentos de la evolución de la enfermedad en cada paciente. Son necesarios trabajos prospectivos y mayor número de pacientes para aclarar el rol de Gal-1/3 en ES. **Palabras Claves:** Esclerosis Sistémica, Galectinas

209

**0209 - PREDICTORES DE CAPACIDAD FUNCIONAL A LOS 12 MESES EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: REHABILITACIÓN - Unidad Temática 2: PEDIATRÍA  
 FORD, Juan Pablo | RUSSO, R. | BUCETA, S. | OLGUÍN, G.

**HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC "PROF. DR. JUAN PEDRO GARRAHAN"**

**Objetivos:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más común en la infancia y causa importante discapacidad a corto y largo plazo. Es significativo reevaluar periódicamente la capacidad funcional, para documentar la presencia o ausencia de deterioro funcional. Objetivo: Identificar las variables predictoras de ausencia de incapacidad funcional a los 12 meses, en un grupo de niños con AIJ tratados en nuestro hospital. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo longitudinal. Fueron ingresados al estudio de manera consecutiva desde Enero de 2014 hasta Febrero de 2017, los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: niños de 1 a 16 años con diagnóstico de AIJ según la clasificación de la Liga Internacional de Asociaciones para Reumatología (ILAR), que comenzaron el seguimiento en nuestra institución en los últimos 3 meses y con la realización del cuestionario C-HAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire) en todo el seguimiento. Los pacientes fueron tratados según las guías vigentes de tratamiento farmacológico y de terapia física. La evaluación de la capacidad funcional se realizó completando el C-HAQ periódicamente, desde el ingreso al estudio hasta completar los 12 meses de seguimiento. Para el análisis, las puntuaciones de C-HAQ se dividieron en tres categorías: 0 a 0,49 (ausencia de incapacidad), 0,5 a 1,5 (incapacidad leve a moderada) y 1,51 a 3 (incapacidad severa); y se categorizó a los pacientes en uno de estos tres estados. Se realizaron comparaciones univariadas para determinar la relación entre diferentes variables con la variable dependiente "ausencia de incapacidad funcional a 12 meses". Aquellas con valores p < 0,15 fueron consideradas en un análisis de regresión logística múltiple, con el objetivo de determinar factores asociados a incapacidad funcional a los 12 meses. El modelo se ajustó por las siguientes variables: capacidad funcional basal y actividad inflamatoria a los 12 meses. Se consideraron significativas aquellas con un p-valor < 0,05. Como medida de asociación se reportaron los Odds Ratio ajustados (ORA) con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC 95%). La bondad de ajuste y la precisión de los modelos se analizaron mediante el Test de Hosmer-Lemeshow y el Área bajo la curva (ROC). **Resultados:** De un total de 198 pacientes con diagnóstico de AIJ en seguimiento por el Servicio de Kinesiología en nuestro hospital, 148 cumplieron con los criterios de inclusión. La media de edad fue de 7,4 años (1 - 16), 87 pertenecían al sexo femenino (58,8%). Según la clasificación, la AIJ Poliartricular FR- fue la más frecuente en 50 pacientes (33,8%), AIJ Oligoartricular 41 (27,7%) y otras categorías de AIJ 57 (38,5%). Al inicio del estudio 42 pacientes (28,4%) no presentaban incapacidad funcional mientras que 66 (58,1%) pertenecían al grupo de incapacidad leve-moderada y 20 (13,5%) al grupo de incapacidad severa. A los 12 meses de evolución 68 pacientes (45,94%) se presentaban sin incapacidad, 63 (42,56%) con incapacidad leve-moderada y 17 (11,48%) con incapacidad severa. En el modelo final de regresión logística múltiple, la realización de tratamiento kinesio (OR Ajustado 6,83 [IC 95% 2,26 a 20,61]; p = 0,001), el inicio de kinesioterapia antes de los 12 meses del comienzo de los síntomas (OR Ajustado 5,45 [IC 95% 1,83 a 16,18]; p = 0,002), una Escala Visual Análoga (EVA) de dolor basal menor a 3 puntos (OR Ajustado 4,55 [IC 95% 1,58 a 13,12]; p = 0,005) y la adherencia al tratamiento farmacológico (OR Ajustado 15,23 [IC 95% 1,86 a 124,8]; p = 0,011) resultaron factores independientes para no presentar incapacidad funcional a los 12 meses. El área bajo la curva del modelo fue 0,92 (IC al 95% de 0,88 a 0,97). El test de bondad de ajuste no resultó significativo (Hosmer-Lemeshow, p=0,52). **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio refuerzan la necesidad de un tratamiento kinesio de comienzo precoz, continuo y regular (además del medicamento), para mantener o mejorar la capacidad funcional en el tiempo en niños con AIJ. Los resultados observados promueven el seguimiento de estos pacientes con el objetivo de establecer si estas variables resultan predictoras de funcionalidad a largo plazo. **Palabras Claves:** AIJ, Capacidad Funcional, kinesio

210

**0210 - INMUNOSUPRESIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS EN REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: OTROS  
 RINGER, Ariana(1) | RUFFINO, Juan Pablo(1) | CUADRANTI, Nadia(1) | VANDALE, Juan Manuel(1) | ACHILLI, Carla(1) | ZAPATA, Paola(1) | FONSECA, Emille(1) | MARTINEZ, Florencia(1) | CORTESE, Noel(1) | ARGENTO, Cecilia(1) | ROLLA, Ignacio(1) | PALATNIK, Mariano(1) | LAGRUTTA, Mariana(1) | PACINI, Florencia(2) | VILLAR, Silvana(2) | GONZALEZ, F(2) | SVETAZ, M(3) | CORDOBA, Laura(4) | ZAFRA, Milagros(4) | GAMBANDER, T(4) | AGUILA, Damian(1) | LEIVA, Rodolfo(1) | SCIARRATTA, Patricia(3) | BOTASSO, Oscar(2) | PEREZ, Ana Rosa(1) | ABDALA, Marcelo(1)

**HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO (1); INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER CONICET UNR) Y FACULTAD DE CIENCIAS (2); LABORATORIO CENTRAL, FACULTAD DE CIENCIAS BIOQUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS, UNR (3); CÁTEDRA DE MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNR (4)**

**Objetivos:** Determinar características generales de los pacientes con Enfermedad de Chagas (EC) y patologías reumatológicas (PR) concomitantes, en tratamiento inmunosupresor e inmunomodulador (TI) y evaluar la posibilidad de reactivación de EC clínica y/o serológica con dicho tratamiento. **Materiales y Métodos:** Se evaluó sistemáticamente a la población de pacientes del Servicio de Reumatología y Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario, desde enero hasta agosto de 2018. Se incluyeron pacientes con EC y PR concomitantes, en TI. Durante al menos tres meses, se investigó la presencia de T. cruzi por método directo (Strout) e indirecto (PCR convencional), con dosaje de anticuerpos totales anti-T. cruzi mediante dos técnicas (ELISA y HA). Se evaluaron características clínicas, infectológicas y cardiológicas. **Resultados:** Se identificaron 23 pacientes con EC y PR en TI, ya instaurado al momento de la evaluación. Predominó el sexo femenino, 21 pacientes (91,3%) y 2 masculinos (8,7%). La edad promedio fue de 49,9 años, con un desvío estándar de 10 años. La procedencia fue en 10 casos de Chaco (43,48%), 5 del norte de Santa Fe (21,74%), 4 de Santiago del Estero (17,39%), 1 de Mendoza (4,35%), y 3 extranjeros (Bolivia y Perú, 13,04%). Se describen a continuación las PR y sus respectivos tratamientos. Artritis Reumatoide: 15 casos (65,22%), en tratamiento con Metotrexato, en monoterapia o en combinación con Leflunomida. Hidrocortisona o prednisona 5 mg/día, también Tocilizumab y Certolizumab. Esclerodermia: 2 casos (8,70%), en tratamiento con Hidroxicloroquina 50 mg/día. Lupus eritematoso sistémico: 1 caso (4,35%), en tratamiento con Hidroxicloroquina más prednisona 40 mg/día. Vasculitis: 2 casos (8,70%); vasculitis ANCA, al inicio con hidroxicortisona 300 mg/día y luego pulsos de Metilprednisona y Ciclofosfamida y vasculitis cutánea con Azatioprina 100 mg y prednisona 2,5 mg, en descenso. Sjogren: 1 caso (4,35%), Osteoartritis Erosiva: 1 caso (4,35%) y Enfermedad mixta del tejido conectivo: 1 caso (4,35%), todos en tratamiento con Hidroxicloroquina. Todos fueron evaluados con Strout, PCR y Anticuerpos en las sucesivas consultas. Se detectaron 2 casos (8,70%) de parásitos en sangre tanto por Strout como por PCR, con aumento significativo de anticuerpos específicos y clínica sugerente: Mujer de 57 años, con Lupus Eritematoso sistémico, en tratamiento con hidroxicloroquina y prednisona 40 mg/día. Muxer de 64 años con Vasculitis ANCA (Poliangitis Microscópica), en tratamiento, al momento de detectarse parasitemia, con hidroxicortisona 300 mg/día. La clínica acompañante fue fiebre y astenia en ambos casos, sin evidencia clínica, imagenológica ni en cultivos de otros procesos infecciosos. Recibieron tratamiento antiparasitario (Nifurtimox y Benznidazol respectivamente). Luego de 1 semana de inicio, se negativizaron Strout y PCR con descenso paulatino de anticuerpos específicos en los controles posteriores y mejoría clínica. En la evaluación clínica/infectológica, a excepción de los dos casos de reactivación, no se encontró sintomatología compatible con EC. A nivel cardiológico, se objetivaron alteraciones en el ECG y ecocardiograma posiblemente relacionadas con EC. **Conclusiones:** Se detectaron 2 pacientes con PR en tratamiento inmunosupresor con indicios de reactivación de EC (clínica y serológica), ambos con el uso de corticoides. Por lo tanto, sería necesario incorporar de manera rutinaria a la práctica reumatológica, el screening del parásito y su seguimiento en búsqueda de reactivación. En dicho caso, realizar tratamiento oportuno. Se jerarquiza el trabajo interdisciplinario. **Palabras Claves:** Chagas, Inmunosupresión, Reumatología



220

0220 - ¿ESTAMOS TRATANDO CON TERAPIA BIOLÓGICA A MUJERES CON VERDADERA ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA? Modalidad: Oral - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS - Unidad Temática 2: OTROS NIETO, Romina(1) | PLASENCIA, Chamaida(2) | PEITEADO, Diana(3) | VILLALBA, Alejandro(3) | BALSA CRIADO, Alejandro(3) | NAVARRO-COMPÁN, Victoria(3) HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (2); HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (3)

Objetivos: Como resultado del desarrollo de los criterios de ASAS para espondiloartritis axial (EspAx), una nueva entidad fue creada, Espondiloartritis Axial No Radiográfica (EspAx-nr). En algunos países, se han planteado importantes preocupaciones con respecto a esta entidad ya que podría implicar la administración de inhibidores de TNF (Anti-TNF) a pacientes sin verdadera EspAx, especialmente mujeres con fibromialgia. El objetivo del estudio fue evaluar si la distribución del sexo y las características de los pacientes han cambiado en la práctica clínica desde que los Anti-TNF fueron aprobados para el tratamiento de las EspAx-nr. Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de una cohorte prospectiva que incluye a todos los pacientes con EspAx tratados con terapia biológica (BT) desde el año 2000 hasta agosto del 2017 en un hospital terciario de la ciudad Madrid, España. Las características clínicas de los pacientes y de la enfermedad y los parámetros de actividad fueron recolectados al inicio del estudio. En base a la fecha de inicio de la primera TB, los pacientes se clasificaron en dos grupos: i) antes de 2013 y ii) durante o después de 2013, debido a que la fecha de aprobación de la terapia con Anti-TNF para EspAx-nr en España fue en julio de 2012. La distribución del sexo y otras características se compararon entre ambos grupos usando Chi-cuadrado y pruebas de t-Student.

Tabla 1. Características de los pacientes según el periodo de inicio del primer uso de TB. Table with columns for variables like Age, Sex, Disease duration, etc., and rows for different patient groups.

Resultados: Un total de 385 pacientes con EspAx iniciaron TB en el periodo comprendido entre el año 2000 y agosto del 2017. De estos, 266 iniciaron TB en periodo i) y 119 en el periodo ii). Las características de los pacientes en ambos grupos se detallan en la tabla 1. Es importante destacar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los periodos i) y ii) con respecto a la distribución del sexo (38% y 39% de mujeres, p = 0,8, respectivamente). Además, durante el periodo ii), el porcentaje de pacientes con EspAx-nr fue similar para ambos sexos y de todos los pacientes con EspAx-nr, la mayoría (60%) eran hombres. En general, la duración de la enfermedad fue más corta en el periodo ii) para ambos sexos. Las mujeres en el periodo ii) tenían ASDAS, BASMI y CRP significativamente más altos que las mujeres en el periodo i) y mayores ASDAS, BASDAI y BASFI que los hombres en el periodo ii). Conclusiones: En la práctica clínica, la frecuencia de mujeres que inician TB no ha aumentado desde su aprobación para EspAx-nr. Además, las mujeres tratadas hoy en día con TB tienen parámetros más objetivos de actividad de la enfermedad. Esto significa que cuando se tratan con TB a mujeres con EspAx (incluyendo EspAx-nr), actualmente estamos tratando pacientes con EspAx y no mujeres con fibromialgia. Palabras Claves: espondiloartritis axial, espondiloartritis axial no radiográfica, terapia biológica, fibromialgia

222

0222 - LUPUS REFRACTARIO: ¿CON CUANTO FRECUENCIA SE VE EN EL SIGLO XXI? Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS SCAGLIONI, Valeria(1) | SCOLNIK, Marina(1) | PONS-ESTEL, Guillermo Javier(2) | SORIANO, Enrique Roberto(1) SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO (2)

Objetivos: El manejo de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un desafío debido a la heterogeneidad de la enfermedad. Mientras que el tratamiento de la nefritis lúpica está más estandarizado, el tratamiento del lupus refractario no renal continúa siendo controversial. Nuestro objetivo fue identificar pacientes con LES refractario (no renal, no neurológico) y describir las conductas terapéuticas adoptadas. Materiales y Métodos: Todos los pacientes con LES (criterios ACR y/o SLICC) atendidos en un hospital universitario entre el 2000 y 2017 fueron incluidos y sus historias clínicas revisadas. Se recabaron datos demográficos, clínicos y terapéuticos. Se definió como lupus refractario a aquellos pacientes con SLEDAI >= 6 (excluyendo manifestaciones renales y neurológicas para la suma del score) a pesar de estar en tratamiento estable por más de 30 días. El tratamiento estable podía incluir dosis de prednisona sola (entre 7,5 y 40 mg/día) o en combinación (0 a 40 mg/día) con antiinflamatorios e inmunosupresores. Resultados: Un total de 257 pacientes con LES fueron incluidos, 230 mujeres (89,5%, IC 95% CI 85,1-92,7), con una media de edad al diagnóstico de 29,9 años (DS 16,4), y una mediana de seguimiento fue de 5,7 años (RIC 2,4-10,2). 211 pacientes (82,1%) cumplían criterios ACR y 255 (99,2%) criterios SLICC. Durante el seguimiento, un 73,5% (IC 95% 67,8-78,6) de los pacientes recibieron dosis de prednisona >20 mg/día en algún momento, 94,4% (IC 95%, 91,4 - 97,1) antiinflamatorios y 67,5% (IC 95% 61,7-72,8) inmunosupresores. 16 pacientes (6,2%, IC 95% 3,8-9,9) cumplieron con la definición de refractariedad (ver tabla), con una mediana de duración de la enfermedad de 9,6 años (RIC 3,9-19,1) en ese momento. Al momento de ser refractarios, 87,5% (IC 95% 56,9-97,4) tenían complemento bajo y 81,3% (IC 95% 51,4-94,7) anti ADN positivo. Las principales manifestaciones clínicas refractarias fueron mucocutáneas (50%, IC 95% 24,9-75,0) y artritis (37,5%, IC 95% 16,1-65,2) y los tratamientos recibidos luego de esto fueron: aumento de la dosis de prednisona a > 20 mg/día en 8 pacientes, micofenolato en 1, rituximab en 5 y belimumab en 7, con respuesta óptima en todos ellos. En el análisis de regresión logística multivariado, solo la edad más joven estuvo asociada al desarrollo de compromiso refractario (por cada año de aumento de edad: OR 0,93, IC 95% 0,87-0,99, p=0,03). Conclusiones: A pesar de haber recibido tratamiento intensivo durante el seguimiento, un 6,2% de los pacientes con LES fueron considerados refractarios.

Table with 2 columns: Variable, n (%), and n (%). Rows include: Sexo femenino, Mediana de edad al diagnóstico, Duración de la enfermedad al momento de ser refractario, etc.

Objetivos: El manejo de los pacientes con LES (criterios ACR y/o SLICC) atendidos en un hospital universitario entre el 2000 y 2017 fueron incluidos y sus historias clínicas revisadas. Se recabaron datos demográficos, clínicos y terapéuticos. Se definió como lupus refractario a aquellos pacientes con SLEDAI >= 6 (excluyendo manifestaciones renales y neurológicas para la suma del score) a pesar de estar en tratamiento estable por más de 30 días. El tratamiento estable podía incluir dosis de prednisona sola (entre 7,5 y 40 mg/día) o en combinación (0 a 40 mg/día) con antiinflamatorios e inmunosupresores. Resultados: Un total de 257 pacientes con LES fueron incluidos, 230 mujeres (89,5%, IC 95% CI 85,1-92,7), con una media de edad al diagnóstico de 29,9 años (DS 16,4), y una mediana de seguimiento fue de 5,7 años (RIC 2,4-10,2). 211 pacientes (82,1%) cumplían criterios ACR y 255 (99,2%) criterios SLICC. Durante el seguimiento, un 73,5% (IC 95% 67,8-78,6) de los pacientes recibieron dosis de prednisona >20 mg/día en algún momento, 94,4% (IC 95%, 91,4 - 97,1) antiinflamatorios y 67,5% (IC 95% 61,7-72,8) inmunosupresores. 16 pacientes (6,2%, IC 95% 3,8-9,9) cumplieron con la definición de refractariedad (ver tabla), con una mediana de duración de la enfermedad de 9,6 años (RIC 3,9-19,1) en ese momento. Al momento de ser refractarios, 87,5% (IC 95% 56,9-97,4) tenían complemento bajo y 81,3% (IC 95% 51,4-94,7) anti ADN positivo. Las principales manifestaciones clínicas refractarias fueron mucocutáneas (50%, IC 95% 24,9-75,0) y artritis (37,5%, IC 95% 16,1-65,2) y los tratamientos recibidos luego de esto fueron: aumento de la dosis de prednisona a > 20 mg/día en 8 pacientes, micofenolato en 1, rituximab en 5 y belimumab en 7, con respuesta óptima en todos ellos. En el análisis de regresión logística multivariado, solo la edad más joven estuvo asociada al desarrollo de compromiso refractario (por cada año de aumento de edad: OR 0,93, IC 95% 0,87-0,99, p=0,03). Conclusiones: A pesar de haber recibido tratamiento intensivo durante el seguimiento, un 6,2% de los pacientes con LES fueron considerados refractarios.

224

0224 - HISTORIA REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE TRES CENTROS Modalidad: Oral - Unidad Temática: ETC

MORA, Gabriela Fernanda(1) | LAGRUTTA, Mariana(2) | PARODI, Roberto(3) | GRECA, Alcides(3) | DURIGAN, Virginia(4) | MAMANI, Marta Norma(4) S. INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); S. CLÍNICA MÉDICA - ENFERMEDADES AUTOINMUNES - HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (2); S. CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (3); S. REUMATOLOGÍA - HOSPITAL RIVADAVIA (4)

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

Materiales y Métodos: Criterios de inclusión: 1. Pacientes mayores de 18 años. Pacientes con diagnóstico de esclerodermia clasificados de acuerdo con los Criterios ACR/EULAR 2013 y/o pacientes con Síndrome de Superposición/ Enf. Mixta del Tejido Conectivo de acuerdo con Criterios de Alarcon-Segovia. 4. Pacientes que hayan brindado su consentimiento informado. Criterios de exclusión: 1. Pacientes que no hayan brindado su consentimiento para el análisis de los datos obtenidos. 2. Pacientes que presenten alguna limitación psíquica o cognitiva o restricción de índole íntima para completar el cuestionario. Diseño del estudio: Estudio multicéntrico observacional, descriptivo, retrospectivo. La inclusión de los pacientes encuestados se realizó en forma consecutiva. Cuestionario: recolectó datos sobre todos los aspectos inherentes a la vida reproductiva. Fue enviado por correo electrónico a los pacientes o completado en consultorio y supervisado posteriormente por el médico tratante. Se consideró buena evolución a los embarazos que resultaron en nacidos vivos y sin complicaciones. Mala evolución incluyó a aquellos embarazos que presentaron alguna complicación (preeclampsia, eclampsia, crisis renal, DBT, HELLP, Trombosis, Hemorragias, CID, desprendimiento placentario, sufrimiento fetal, muerte perinatal), o no resultaron en nacidos vivos, excluyendo los abortos inducidos. Los datos se expresan como porcentajes o como medias ± DS (rango). Se realizó la comparación de medias para variables cuantitativas consecutivas con la prueba T de Student, y se analizaron las variables cualitativas utilizando la prueba de Fisher. Se ajustaron los datos mediante una regresión logística binaria. Se utilizó el programa SPSS Statistics versión 23. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y se estableció el límite de significancia con p < 0,05. El proyecto contó con la aprobación de los comités de ética de las instituciones participantes. Resultados: Se incluyeron en el estudio 43 pacientes: 42 mujeres y 1 varón. La edad promedio al ingreso al estudio fue de 48,6 (± 13,4) años (27-80). La edad promedio al diagnóstico de la enfermedad fue de 42,7 (± 14,3) años (12-79). De las 42 mujeres incluidas, 38 lograron embarazos. Trece mujeres sufrieron al menos un aborto espontáneo. Hubo un total de 123 embarazos, y el promedio de edad al primer embarazo fue de 22,8 (± 6,3) años (14-38). Hubo 88 nacidos vivos (77 de término, 11 prematuros; 9 de ellos con complicaciones), 2 mortinatos, 12 pérdidas fetales del 2° -3° trimestre, 6 abortos con legrado, 6 abortos sin legrado, 6 abortos inducidos, 3 embarazos ectópicos. Se comparó la evolución de los embarazos respecto del momento del diagnóstico de enfermedad. La proporción de embarazos con mala evolución fue significativamente menor en los embarazos ocurridos antes del diagnóstico de la enfermedad respecto a los ocurridos una vez diagnosticada la enfermedad (24% vs 84,6% respectivamente, p < 0,001), diferencia que persiste significativamente al ajustar por edad al embarazo (p < 0,001). El peso al nacer fue significativamente mayor en los embarazos ocurridos antes del diagnóstico de enfermedad, comparados con aquellos ocurridos después o simultáneamente: 3373 ± 590 (n= 81) vs 2156 ± 863 (n= 7) respectivamente, p < 0,009. Conclusiones: 1. Las pacientes con ES/EIMT incluidas en este estudio lograron embarazarse normalmente, pero presentaron alta mortalidad gestacional, particularmente durante el 2° y el 3° trimestres. 2. La mayor proporción de evoluciones adversas del embarazo fue para pacientes con enfermedad establecida, respecto de los embarazos previos al diagnóstico. 3. El peso al nacer fue significativamente menor en embarazos posteriores o simultáneos al diagnóstico de la enfermedad. Palabras Claves: Esclerosis Sistémica, Reproducción, Embarazo

225

0225 - NIVELES DE ANTICUERPOS ANTI-ANEXINA A5 Y MANIFESTACIONES DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO OBSTÉTRICO Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS

Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ARIETTI, S(1) | PEDANO, V(1) | NEME MAZZUCHI, V(2) | RACCA, M A(1) | SOTELLO, V(1) | ROZZATTI, M S(1) | GOBBI, C(3) | VIGLIANO, M(4) | ALBA, P(4) | DEMARCHI, Marcela(1) SECCIÓN INMUNOLOGÍA, SERVICIO DE BIOQUÍMICA HOSPITAL CORDOBA (1); SERVICIO DE BIOQUÍMICA HOSPITAL CORDOBA (2); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, FCM, UNC (3); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (4)

Objetivos: El Síndrome Antifosfolípido (SAF) describe una peculiar forma de trombofilia adquirida, de carácter autoinmune, caracterizada por la presencia de trombosis recurrentes -venosas y arteriales- y malos resultados obstétricos. La Anexina A5 (Anx A5) es una proteína que actualmente se estudia como un nuevo autoantígeno presente en el SAF, la presencia de autoanticuerpos (Ac) frente a Anx A5 podría causar trombosis placentaria y posiblemente pérdida del embarazo. Nuestro objetivo analizar los niveles de IgG e IgM anti-Anx A5 en mujeres con SAF primario obstétrico y su asociación con diferentes complicaciones. Materiales y Métodos: Se estudiaron 49 pacientes con diagnóstico de SAF obstétrico que fueron asistidas durante los años 2013 - 2017 y un grupo control formado por 41 pacientes puérperas con embarazos normales. Las pacientes del grupo SAF se clasificaron en tres subgrupos de acuerdo a las manifestaciones clínicas asociadas a la morbilidad en el embarazo acorde a los criterios Sydney 2006, para evaluar el comportamiento de los Ac Anti-Anx A5 en cada uno de ellos. Grupo 1 (más de 3 abortos): 34 Pacientes con más de tres abortos, Grupo 2 (muerte fetal): 25 Pacientes con al menos una muerte fetal, Grupo 3 (otras complicaciones): 21 Pacientes con al menos un parto prematuro por preeclampsia/eclampsia o insuficiencia placentaria. Los estudios de laboratorio fueron realizados en un Servicio de Bioquímica, Sección Inmunología de un Hospital de la Ciudad de Córdoba. Se determinaron niveles de Ac anti-Anx A5 (IgG e IgM) por ELISA comercial (BioSystems). Los resultados fueron expresados en U/ml. Los valores de referencia asignados por el fabricante para Ac anti-Anx A5 IgG e IgM fueron: negativo (< 5), indeterminado (5 - 10), positivo (> 10). Para el análisis de los datos, se realizó estadística descriptiva utilizando medidas de dispersión (media y desvío estándar) para datos cuantitativos y los cualitativos se describieron con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para ver las diferencias entre grupos, se aplicó el test de Wilcoxon. Los datos categóricos se analizaron a través de test de Chi cuadrado. Además, se evaluó la exactitud diagnóstica por medio de curvas ROC. Se utilizó software INFOSTAT versión profesional y el software Medcalc versión demo. Valores de p < 0,05 fueron considerados significativos. Resultados: En el 84% de las pacientes estudiadas los niveles de IgG e IgM anti-Anx A5 fueron negativos, en 12% indeterminado y en 4% positivo; sin embargo se pudo demostrar un aumento estadísticamente significativo (p < 0,05) de los niveles del isotipo IgG en pacientes con SAF (3,24 ± 2,33 U/ml) respecto a puérperas con embarazos normales (2,54 ± 2,30 U/ml). En el caso de la IgM las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se observó además, que el total de las pacientes con diagnóstico de SAF que tuvieron valores elevados de IgG desarrollaron los tres tipos de manifestaciones clínicas obstétricas presentes en los criterios de clasificación, pero no existieron asociaciones específicas entre los niveles de anticuerpo y alguna de estas manifestaciones. Conclusiones: Los niveles de anticuerpos anti-Anx A5 isotipo Ig G fueron elevados en pacientes con SAF obstétrico, pero no se asociaron con manifestaciones obstétricas específicas. Estos hallazgos podrían sugerir una posible relación entre los anticuerpos anti-Anx A5 con el SAF obstétrico Palabras Claves: Anexina A5, Anticuerpos anti-Anexina A5, Síndrome antifosfolípido obstétrico

226

**0226 - LOS NIVELES DE LEUCOTRIENO C4 Y SU RECEPTOR TIPO I EN MUCOSA COLÓNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SE CORRELACIONAN CON MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: OTROS  
MORA, Gabriela Fernanda(1) | ALCAIN, Julieta(2) | ANDRUSH, Adriana(3) | CATUOGNO, Patricia(3) | VERMEULEN, Monica(2)

S. INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL-CONICET, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (2); S. GASTROENTEROLOGÍA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (3)

**Objetivos:** El leucotrieno C4 es el mediador central de la vía de los cisteinil leucotrienos (CysLTs). Es un derivado del metabolismo del ácido araquidónico, y constituye una molécula pro-inflamatoria potente. Se asocia con enfermedades inflamatorias como el asma, artritis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sus funciones fisiológicas y farmacológicas comprenden dos tipos de receptores: CysLTR I y II. **Objetivos:** Evaluar los niveles de LTC4 y su receptor tipo I, y de IL-8 en mucosa colónica de pacientes con diagnóstico de EII, y correlacionarlos con la presencia de manifestaciones extraintestinales.

**Materiales y Métodos:** Se realizaron biopsias de mucosa colónica por videocolonoscopia a pacientes con diagnóstico de EII, de acuerdo con criterios de la OMS, y a controles sanos, luego de la firma de un consentimiento informado. El grupo control fue pareado por sexo y edad, y fueron pacientes que realizaron un screening convencional para cancer colorectal. Las muestras fueron analizadas por citometría de flujo para determinar el porcentaje de neutrófilos; los niveles de LTC4 e IL-8 fueron cuantificados por ELISA. El proyecto contó con la aprobación de los respectivos comités de ética de ambas instituciones. **Resultados:** Doce pacientes de 49.75 años de edad promedio (6 mujeres, 6 varones) fueron comparados con 12 controles sanos de 50.5 años de edad promedio (7 mujeres, 5 varones). Seis de los 12 pacientes con EII (50%) tuvieron manifestaciones extraintestinales: sicca, artritis, acné-pustulosis, psoriasis, diabetes tipo I, linfoma no-Hodgkin. Se observó un significativo incremento del porcentaje de neutrófilos y de los niveles de IL-8 en mucosas de colon transverso y recto-sigma en pacientes con EII respecto del grupo control (neutrófilos: 5±0.03 vs 0.2±0.03, IL-8 (pg/ml): 620±5.87 vs 110±1.5. p<0.05). Los niveles de LTC4 y la expresión de su receptor CysLTR1 fueron más prominentes en los pacientes que en los controles (p=0.01, Test de Fisher); además se correlacionaron con la producción de IL-8 (r=-0.75, Pearson, p<0.05). Estos hallazgos fueron más prominentes en 3 de los 6 pacientes con manifestaciones extraintestinales (p < 0.05, r = -0.076). **Conclusiones:** Estos resultados podrían indicar que el LTC4 contribuye a la respuesta inflamatoria a través de IL-8, induciendo el reclutamiento de neutrófilos en la mucosa intestinal de este grupo de pacientes, en particular en aquellos con manifestaciones extraintestinales.

228

**0228 - MRP 8/14 Y ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA, UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: PEDIATRÍA  
VILLARREAL, María Giselle | KATSICAS, María Martha | BONALDI, Sabrina | ROY, Adriana | RUSSO, Ricardo

HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC "PROF. DR. JUAN PEDRO GARRAHAN"

MRP 8/14	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Enf. Activa	90%	46%	0.84	0.58
JADAS 10	85%	41%	0.80	0.50
sJADAS	100%	33%	0.89	1
VAS m	86%	37%	0.72	0.6

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio fueron: 1) evaluar los niveles de MRP 8/14 en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AIJS, 2) evaluar sensibilidad/especificidad de MRP 8/14 e indicadores de actividad de la enfermedad, 3) establecer asociación entre diferentes patrones de enfermedad y los niveles de MRP8/14, 4) identificar el valor predictivo del MRP8/14 en relación a la recaída de enfermedad. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron pacientes consecutivos con diagnóstico de AIJS (que cumplían Criterios ILAR), en quienes se determinó MRP 8/14 en por lo menos 2 oportunidades. Las variables analizadas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (fiebre, rash, adenomegalias, hepatosplenomegalia, serositis, articulaciones activas), escores de actividad (JADAS10, JADAS sistémico), escala visual análoga del médico (VASm), de laboratorio (MRP 8/14, recuento de hemoglobina, plaquetas, eritrosedimentación, proteína C reactiva, ferritina). La determinación de MRP 8/14 se realizó con el kit comercial IDK® calprotectin® kit (para determinación in vitro de calprotectina - MRP 8/14 S100A8-A9 en suero), immunodiagnostik. Se establecieron las siguientes definiciones: enfermedad activa: paciente que presento al menos una manifestación clínica de enfermedad. JADAS activo: JADAS 10 o sistémico igual o mayor a 1; y VASm activo: cuando el valor era 0.1 o más. Estadística: se utilizó estadística descriptiva. La validez del marcador serológico (MRP8/14) y sus diferentes asociaciones se realizaron en post a medidas de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo(VPN). Se realizó test de Mann Whitney para comparar pacientes con enfermedad activa vs inactiva. **Resultados:** Se analizaron 19 pacientes (Mujeres:58%). Edad media a la consulta 5.9 años (1-10.5). Se evaluaron 65 visitas (3.4 visitas/paciente). Número de visitas con enfermedad activa: 50 (77%). En el total de visitas activas se identificaron los siguientes patrones: 41.5%, articular y sistémico; 25%, sistémico; 10.7%. Las variables mostraron las siguientes frecuencias: fiebre 13.8%, rash 27.6%, adenomegalias 9.2%, hepatomegalia 3.07%, esplenomegalia 6.15%, serositis 0%. La mediana de articulaciones activas fue 6 /paciente (Rango Inter cuartil 0-14). JADAS10: 8.75 (0.4-16.6), sJADAS: 16.6 (6.5-29) y de VASm: 2 (0-4). Se obtuvieron 65 determinaciones de MRP 8/14 con una mediana de 8600 ng/ml (3403-25000). Las medianas de MRP 8/14 de las visitas inactivas vs activas 3103 ng/ml vs 14425 ng/ml (p: 0.0001). Medianas de MRP8/14 según patrón de enfermedad: articular y sistémica 25000 ng/ml (25000- 25000), articular 10300 ng/ml (3691-19307), sistémicos 7270 ng/ml (4206-11575). El análisis de MRP 8/14 con enfermedad activa vs inactiva (tabla 1). MRP8/14 mostró un valor predictivo positivo para recaída del 88%. **Conclusiones:** MRP 8/14 es un biomarcador que podría ser considerado en la práctica clínica para identificar pacientes con riesgo de experimentar recaídas. Su asociación positiva con actividad induce a un control cercano del paciente. El patrón de enfermedad articular y sistémico es aquel que asoció un valor mayor del biomarcador. Se sugiere el seguimiento más cercano de pacientes con AIJS con MRP8/14 elevado. **Palabras Claves:** AIJS, MRP 8/14

245

**0245 - CAMPAÑA MULTICÉNTRICA PARA LA DETECCIÓN DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL UTILIZANDO UN CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS  
BUSCHIAZZO, Emilio(1) | SOMMERFLECK, Fernando(2) | SCHNEEBERGER, Emilce(3) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | CAPELUSNIK, Dafne(3) | ISNARDI, Carolina(3) | LENCINA, María Verónica(1) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1) | COSATTI, Micaela(4) | PISONI, Cecilia(4) | BENEGAS, Mariana(2) | MACIAS OVIEDO, Leonela Lyseth(3) | SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel(3) | LUNA, Giselle(3) | CORONEL ALE, Andrea(3) | BARBICH, Tatiana(3) | SATURJANSKY, Eitel(2) | CITERA, Gustavo(3)

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (1); SANATORIO JULIO MÉNDEZ (2); IREP (3); CEMIC (4)

**Objetivos:** El dolor lumbar inflamatorio (DLI) es el síntoma cardinal para el diagnóstico de Espondiloartritis axial (EsPax). Los pacientes con DLI suelen consultar tanto a médicos de atención primaria como a traumatólogos quienes han demostrado un considerable desconocimiento de esta enfermedad esta situación hacer suponer que existe un importante subdiagnóstico de esta enfermedad. Un valor de corte del cuestionario ELISAR >= 4 ha demostrado a través de un estudio piloto la detección de pacientes con DLI con buena especificidad y sensibilidad y podría constituir un buen instrumento para facilitar la derivación de estos pacientes al reumatólogo. Por estas razones, los objetivos de este estudio fueron realizar una campaña con el fin de detectar pacientes con EsPax utilizando el cuestionario ELISAR como método de filtro para la derivación de pacientes. **Materiales y Métodos:** Durante Mayo y Junio de 2018, se realizó una campaña publicitaria a través de diferentes medios de comunicación, en la cual se convocaba a aquellos pacientes con DL a comunicarse a una central telefónica (línea 0800). Los telefonistas constataban que las personas cumplieran dos requisitos (1° filtro): 1) Dolor lumbar > 3 meses de evolución y edad de inicio del dolor < 45 años y 2) Cuestionario ELISAR >= 4, y asignaban turnos para una consulta reumatológica según la procedencia del paciente a 5 centros de salud. A los pacientes que asistían a la consulta se les constataban nuevamente la presencia de los dos requisitos mencionados previamente (2° filtro) y en caso de confirmarlos, se les realizaba un interrogatorio dirigido y examen físico, se les solicitaba radiografía panorámica de pelvis, proteína C reactiva (PCR) cuantitativa y HLA-B27 y se les asignaba un nuevo turno. Si en la siguiente visita no se arribaba al diagnóstico de EsPax, se les solicitaba una resonancia magnética (RM) de sacroilíacas en secuencias T1 y STIR, con el fin de determinar la presencia de edema óseo según criterios ASAS. El diagnóstico final se estableció según los criterios de clasificación de Espondilitis Anquilosante de New York '87 o de EsPax, ASAS 2009. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test de Chi2 o test exacto de Fisher, test T de Student o Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p < 0.05. **Resultados:** Se presentaron los datos de 4/5 centros de salud participantes. Se recibieron un total de 379 llamadas telefónicas, asignándose 272 turnos de los cuales concurren 199 pacientes a la consulta. Estos pacientes tenían una edad mediana 41.5 años (RIC: 36-48), 133 (66.8%) eran mujeres, con una edad mediana de inicio del DLI de 34.5 años (RIC: 26-41). Luego del 2° filtro 113/199 pacientes (56.7%) fueron finalmente evaluados. No se encontraron diferencias sociodemográficas ni clínicas entre los pacientes que cumplieron o no los criterios de inclusión. Del total de los 113 pacientes, 55 (48.6%) asistieron a la 2° consulta con los estudios solicitados. Hasta el momento, un total de 15/55 pacientes (27%) fueron diagnosticados de EsPax, 6 (10%) cumplían criterios de NY para EA y 9 (16.4%) criterios ASAS para EsPax no radiográfica, de los cuales 5/55 (9%) eran HLA-B27 positivos, 9/44 (20%) presentaron criterios ASAS de edema óseo por RM. Entre los pacientes diagnosticados 10 (66.6%) eran varones con una edad mediana de 39 años (RIC 33-46) y mediana de edad de inicio del DL de 33 años (RIC: 27-36). Al comparar los 15 pacientes con diagnóstico de EsPax (n = 15) con los pacientes en quienes no se arribó al diagnóstico pero completaron todos los estudios (n=40), los pacientes con EsPax eran más frecuentemente varones (masculino 44,4% vs 38,1%, p = 0,01). Un corte >= 4 del ELISAR aumentó un 8% la probabilidad de diagnóstico de EsPax. **Conclusiones:** En la presente campaña de DLI el diagnóstico de EsPax fue similar al reportado en la literatura. **Palabras Claves:** Espondiloartritis, Dolor Lumbar Inflamatorio

248

**0248 - EFECTO DEL TOFACITINIB SOBRE EL PERFIL CUALITATIVO DE LAS MOLÉCULAS DE HDL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
PIERINI, Florencia(1) | BOTTA, Eliana(2) | BRITES, Fernando(2) | BOERO, Laura(2) | MARTIN, Maximiliano(2) | MEROÑO, Tomás(2) | SAEZ, María Soledad(2) | TETZLAFF, Walter(2) | SOMMERFLECK, Fernando(3) | CITERA, Gustavo(4) | GANDINO, Ignacio(1) | ROSA, Javier(1) | SORROCHE, Patricia(1) | SORIANO, Enrique R.(1)

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (3); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (4)

Parámetro	Un biológicos previos (n = 48)	Antes de	Con biológicos previos (n = 18)	Valor p
POB 3 meses, media (DS)	139 (47)	0.6299	166.4 (78)	0.3339
ARE 3 meses, media (DS)	145.6 (66)	0.6299	165 (74)	0.3339
ARE 3 meses, media (DS)	283.6 (75.5)	0.6294	134 (74)	0.3229
ARE 3 meses, media (DS)	124 (29)	0.6294	131 (25)	0.3229
CTP 3 meses, media (DS)	149 (29)	0.604	145 (26)	0.6889
CTP 3 meses, media (DS)	181 (43)	0.604	143 (24)	0.6889

**Objetivos:** en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) se ha reportado la presencia de lipoproteínas de alta densidad (HDL) disfuncionales, con menor actividad de la enzima antioxidante, paraoxonasa 1 (PON1), lo cual incrementaría el riesgo de enfermedad cardiovascular en AR. Por otro lado, se ha asociado al tofacitinib a un aumento del colesterol total y de las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), factores de riesgo cardiovascular tradicionales. El objetivo de este estudio fue comparar, en pacientes con AR, los marcadores funcionales de HDL al basal y a los 3 meses de iniciado el Tofacitinib. **Materiales y Métodos:** pacientes con diagnóstico de AR (según criterios ACR/EULAR 2010) con indicación de novo de tofacitinib fueron incluidos a partir de enero del 2016. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, alteraciones de la función renal, hepática o tiroidea. Se analizaron, al basal y a los 3 meses del inicio del tofacitinib, el DAS 28, el perfil de lípidos, y la proteína C ultrasensible por métodos estandarizados. La actividad de PON1 se evaluó mediante dos sustratos, paraoxon (actividad PON) y fenilacetato (actividad ARE). Las diferencias en las variables cuantitativas se analizaron a través de la prueba para muestras pareadas de Wilcoxon y para las variables cualitativas se utilizó la prueba McNemar. Se utilizó el test de Spearman para las correlaciones. **Resultados:** las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. Los pacientes con AR fueron factor reumatológico positivo en 70.6% (IC 52.4-83.9) y anti-CCP positivo en 82.3% (IC 64.8-92.2), se trataron con biológicos previos 18 pacientes (52.95%) y la media del DAS 28 basal fue 5.1 (DS 1.1). A los tres meses, el DAS28 disminuyó significativamente (-24%, p < 0.001). Según lo esperado, los niveles de CT, C-LDL, C-HDL y C-no-HDL aumentaron significativamente a los 3 meses de tratamiento (CT: +8%, p=0.046; C-LDL: 8%, p=0.046; C-HDL: +8%, p=0.027 y C-no-HDL: +13%, p=0.031). No se observaron cambios en la actividad PON ni en la actividad ARE asociados a tofacitinib (p > 0.05) en el grupo total. Los pacientes sin biológicos previos tuvieron un aumento significativo en la actividad de ARE y PON, mientras que no hubo cambios en los que habían fallado a un biológico previo (tabla 2). No observaron cambios significativos en la CETP en ninguno de los grupos. **Conclusiones:** pese al incremento de los niveles de las lipoproteínas, el tratamiento con tofacitinib mejoró la actividad antioxidante de las HDL (actividad de paraoxonasa) en los pacientes que no habían recibido biológico previo, lo que podría brindar una protección adicional al proceso ateroesclerótico acelerado. Estudio iniciado por el investigador y apoyado por PFIZER **Palabras Claves:** Artritis reumatoidea, Tofacitinib, lípidos

**0276 - ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PERIFÉRICA EN PACIENTES ARGENTINOS: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS**

**Modalidad:** Oral - **Unidad Temática:** ESPONDILOARTRITIS  
 MARTIRE, María Victoria(1) | GIRARD BOSCH, Paula(2) | SCARAFIA, Santiago(3) | VANESA, Cosentino(4) | MARIN, Josefina(5) | DUARTE, Vanesa(6) | BANDE, Juan Manuel(7) | GAMBÁ, María Julieta(8) | SOMMERFLECK, Fernando(9) | GONZÁLEZ, Paula(8) | OLIVER, Marina(10) | | GARCÍA, Lucila(1) | | GARCÍA, Mercedes(1)

**HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); IARI (3); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (4); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (5); CLÍNICA MONTE GRANDE (6); HOSPITAL TORNÚ (7); HOSPITAL POSADAS (8); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (9); HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD (10); CMG ZARATE (11); HOSPITAL FINOCHIETTO (12); SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (13)**

**Objetivos:** Diversos grupos en distintos países han investigado las características que diferencian a los pacientes con Espondiloartritis (SPA) axial no radiológica y radiológica. Menos conocidas son las diferencias entre los pacientes con SPA axial y periférica. Por lo tanto nos proponemos en este estudio evaluar si existen diferencias significativas en nuestra población en cuanto a variables demográficas, socio-económicas, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y tratamiento en pacientes con SPA axial y periférica. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, multicéntrico. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con SPA axial y periférica según criterios ASAS, mayores de 18 años. Se recolectaron las siguientes variables: edad actual y al diagnóstico, sexo, tipo de SPA (axial/periférica; radiológica/no radiológica), tiempo de demora al diagnóstico, zona de residencia, años de escolaridad, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, abandono de trabajo por enfermedad, historia familiar de SPA, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea/cervicitis/uretritis, entesitis, psoriasis, dactilitis, artritis, criterios CASPAR para artritis psoriásica, NAD/68, NAI/66, EVA actividad paciente y médico, HAQ, BASDAI, BASFI, DAS28, ASDAS, SASDAS, ASqol, ASAS health index, LEI score, ERS mm 1er hora, PCR mg/L, utilización de cDMARD, bDMARD, combinación cDMARD + bDMARD y AINES. Análisis estadístico: para la estadística descriptiva, se utilizó número y porcentaje (%), media y desviación estándar (DS) y mediana y rango intercuartil (RIC). Las diferencias entre los grupos se evaluó según distribución mediante T student o Mann-Whitney para las variables continuas y chi cuadrado para las categóricas. **Resultados:** Se incluyeron 164 pacientes con una mediana de edad de 44.5 (RIC 30-57) años. La edad al diagnóstico fue de 44.5 (RIC 29-52) años, 93 (56.7%) de sexo masculino. Setenta y tres (44.5%) pacientes tenía diagnóstico de SPA axial y 91 (55.5%) SPA periférica. De los pacientes con SPA axial, 54 (74%) presentaron forma radiológica y 19 (26%) no-radiológica. El 87.2% de los pacientes residen en zona urbana y tuvieron una mediana de escolaridad de 12 años (RIC 10-16). El 49.4% de los pacientes recibe tratamiento con bDMARD, 21.3% en combinación con cDMARD y 51.8% utiliza AINES. Los pacientes con SPA axial presentaron de manera significativa menor edad [46 (RIC 31-58) vs 54 (RIC 42-58); p <0.001], menor edad al diagnóstico [32 (RIC 23-45) vs 46 (RIC 35-53); <0.001], mayor % de pacientes masculinos [54 (74%) vs 36 (42.9%); p <0.001]; mayor demora al diagnóstico en meses [24 (RIC 12-68.5) vs 12 (42-58)]; p <0.001], menor número de pacientes que cumplían criterios CASPAR [14 (19.2%) vs 67 (73.6%); p <0.001], mayor número de pacientes con uveítis [18 (24.7%) vs 4 (4.4%); p <0.001], menos presencia de psoriasis [16 (21%) vs 68 (74.7%); p <0.001], dactilitis [9 (12.3%) vs 52 (57.1%); p <0.001], artritis [41 (56.2%) vs 84 (92.3%); p <0.001], NAD/68 [0 (0-1) vs 1 (0-3)]; p 0.007], NAT/66 [0 vs 1(0-1)]; p 0.03] y DAS28 [2.63 (1.1) vs 3.24 (1.3)]; p 0.003]. Además entre los pacientes con SPA axial, fue mayor el número de pacientes con HLAB27 positivo [37/56 (66) vs 8/31 (25.8)]; p <0.001] y mayor el número de pacientes con tratamiento con bDMARD [48 (65.8) vs 33 (36.3)]; p <0.001]. **Conclusiones:** Los pacientes con SPA axial y periférica presentan diferencias significativas, destacando la mayor demora al diagnóstico en pacientes con SPA axial, por lo que consideramos importante mejorar los métodos de detección temprana en este subgrupo de pacientes. **Palabras Claves:** Espondiloartritis axial, Espondiloartritis periférica.

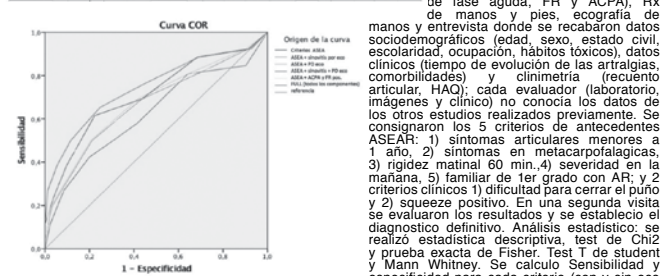
**0284 - DEFINICIÓN EULAR DE "ARTRALGIA SOSPECHOSA DE EVOLUCIÓN A ARTRITIS REUMATOIDEA" EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN PROGRAMA PARA DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE AR: ROL DE LA ECOGRAFÍA Y LOS ANTICUERPOS**

**Modalidad:** Oral - **Unidad Temática:** AR  
**Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
 TORRES CHICHANDE, Jessica Carolina | RUTA, Santiago | SANCHEZ PRADO, Eimer | RUTA, Alvaro | MAGRI, Sebastian | SALVATORI, Facundo | GARCÍA SALIÑAS, Rodrigo

**HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA**

**Objetivos:** Evaluar el desempeño de la definición EULAR de artralgias sospechosa de evolución a AR (ASEAR) en un grupo de pacientes que ingresa al programa Reumacheck con artralgias de manos.

Variable	ASAS	EA	ASAS	P	Reum	Reum	Reum	P
	IP	SA	NR-ESpa	valor	LI	EA	NR-ESpa	valor
Sacroileítis SI	1 (6.25)	12 (46)	35 (53)	<0.0001	21 (48)	12 (48)	18 (65)	0.0002
Total	29 (88.5)	33 (53)	7 (10)		3 (35)	13 (52)	19 (45)	
Sensibilidad	31	25	42		44	25	29	



Estimar el valor que le agregan a los mismos la ecografía y la determinación de anticuerpos. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaban por artralgias de manos al programa Reumacheck, en la primera visita se realizaba: estudios de laboratorio (incluyendo reactivantes de fase aguda, FR y ACPA), Rx de manos y pies, ecografía de manos y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y climétrica (frecuencia articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados previamente. Se consignaron los 5 criterios de antecedentes ASEAR: 1) síntomas articulares menores a 1 año, 2) síntomas en metacarpofalangeas, 3) rigidez matinal 60 min., 4) severidad en la mañana, 5) familiar de 1er grado con AR; y 2 criterios clínicos 1) dificultad para cerrar el puño y 2) squeeze positivo. En una segunda visita se evaluaron los resultados y se estableció el diagnóstico definitivo. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2 y prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann-Whitney. Se calculó Sensibilidad y especificidad para cada criterio (con y sin eco o serologías) y se realizó análisis de curvas ROC para evaluar el mejor punto de corte. **Resultados:** Se incluyeron 192 pacientes que cumplían los siguientes criterios: artralgia de manos y cumplir al menos 2 visitas. El 74% eran mujeres, media de edad 53 años (DS 14.2). Comorbilidades 70% (siendo la más frecuente la hipertensión arterial), el 46% tabaquistas. De los 192 pacientes, 23 (12%, IC 95%: 7-16) fueron diagnosticados de AR en el seguimiento. Estos últimos presentaron las siguientes características diferenciales con respecto a los demás: 34% de FR positivo y 35% de ACPA positivo (p: 0.01), ecografía con sinovitis en escala de grises y/o señal Doppler de poder de 42 y 30%, respectivamente (p: 0.001 y p 0.0001 resp.), articulaciones dolorosas (mediana de 5 vs 0 p:0.04), CDAI (16 vs 12 p:0.01) y valor de PCR (5 vs 2 p:0.004). No se encontró diferencia con las demás variables. Con respecto de la frecuencia de cada criterio en los dos grupos (AR y otros) solo presentaron diferencias significativas los 2 criterios clínicos: 1) disminución de la fuerza de puños (46% vs 18%) 2) Squeeze positivo (65% vs 45%). En la tabla 1 se presenta la asociación estadística así como también la sensibilidad y especificidad cuando el paciente cumple 1 o más criterios, en forma cualitativa. Se muestra también el desempeño de los mismos agregando la ecografía positiva (señal DP grado2) o la positividad de ACPA y FR. Cuando analizamos la cantidad de criterios positivos como variable cuantitativa encontramos que la diferencia entre los pacientes con AR y no AR es de 3 (RIC: 1-4) vs 2 (RIC: 1-3) p: 0.04. Se construyeron curvas ROC con los siguientes resultados expresados en AUC (IC 95%): criterios de ASEAR: 0.82 (0.5-0.75), ASEAR+sinovitis-DP por ecografía: 0.71 (0.6-0.83), ASEAR+serologías positivas: 0.67 (0.5-0.6). Gráfico 2. Se establecieron los siguientes valores de corte (sensibilidad-especificidad): ASEAR: 2.5 criterios (60-61), ASEAR + ecografía: 2.5 criterios (70-57), ASEAR + serología: 2.5 criterios (65-57). **Conclusiones:** La definición de ASEAR de EULAR tuvo un desempeño aceptable para predecir el desarrollo de AR en pacientes con artralgias en nuestra muestra de pacientes, quienes tenían 3 o más criterios presentaron alrededor de 60% de sensibilidad y especificidad, este mismo mejora cuando se agregan los anticuerpos, pero mejoran más con la presencia de sinovitis con señal DP en la ecografía (70%). **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, diagnóstico, ecografía.

**0283 - UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE LAS ARTICULACIONES SACROILIÁCAS EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO. CORRELACIÓN ENTRE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN Y LA OPINIÓN DEL REUMATÓLOGO TRATANTE**

**Modalidad:** Oral - **Unidad Temática:** ESPONDILOARTRITIS  
**Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
 TOBAR JARAMILLO, Mayra Alejandra | MARIN, Josefina | ROSA, Javier | FERREYRA, Leandro | GARCÍA, Victoria | SORIANO, Enrique R.  
**HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES**

Tabla 1. Características demográficas y clínicas según criterios ASAS

Variable	Lumbalgia inflamatoria inespecífica (N=32)	EA (N=25)	NR-ESpa (N=41)	Valor de p
Edad media (DS)	46.2 (12.5)	44.4 (13.2)	42.9 (12.4)	0.57
Sexo Masculino (%)	19 (59.4)	16 (64)	17 (41.5)	0.14
HLAB27 + NR-ESpa (%)	47/51 (2.39)	19/24 (79.2)	10/29(34.5)	0.0001
Entesitis/entendidos mes (DS)	17 (14.1)	25 (22.2)	29 (35)	0.22
BASDAI (DS)	4.3 (3.9)	4.3 (2.2)	4.6 (2.5)	0.78
BASFI (DS)	3.3 (2.6)	4.8 (7.3)	3.1 (2.4)	0.32
BASMI (DS)	2.65 (1.5)	3.1 (1.1)	1.8 (0.64)	0.0002
Años de evolución (DS)	4.1 (9.8)	7 (6.7)	4.7 (4.5)	0.930

Tabla 2. Concordancia entre el diagnóstico por criterios ASAS y el diagnóstico del reumatólogo tratante

	Criterios ASAS			Total
	LI	EA	ESpa	
Reumatólogo tratante	LI	24	0	24
	EA	0	24	24
	ESpa	8	1	20
Total	32	25	41	98

Tabla 3. Sacroileítis por RM en los pacientes clasificados por ASAS y por el reumatólogo tratante

	ASAS	EA	ASAS	P	Reum	Reum	Reum	P
	IP	SA	NR-ESpa	valor	LI	EA	NR-ESpa	valor
Sacroileítis SI	1 (6.25)	12 (46)	35 (53)	<0.0001	21 (48)	12 (48)	18 (65)	0.0002
Total	29 (88.5)	33 (53)	7 (10)		3 (35)	13 (52)	19 (45)	
Sensibilidad	31	25	42		44	25	29	

**Objetivos:** 1- establecer la prevalencia de sacroileítis (SI) activa por RM en pacientes con dolor lumbar inflamatorio (DLI), espondilitis anquilosante (EA) y EspNa no radiográfica (NR-ESpa) clasificados según ASAS y según el criterio del reumatólogo tratante y 2- evaluar la utilidad diagnóstica del score SPARCC. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con DLI de más de 3 meses de evolución. Se los clasificó en lumbalgias inflamatorias inespecíficas (LI), EA o NR-ESpa, por criterios ASAS (rama clínica e imagenológica) y también por la opinión del Reumatólogo tratante. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. A todos se les realizó RM en secuencias T1 y STIR y se calculó el score SPARCC. **Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes. En la tabla 1 se describen las características demográficas y clínicas, por grupo, según criterios ASAS. Los pacientes con EA tuvieron en forma significativa mayor prevalencia de HLA-B27 positivo y mayor BASMI, comparado con los otros dos grupos. No hubo buena concordancia entre el diagnóstico por criterios ASAS y el diagnóstico del reumatólogo tratante: 20/41 (49%) pacientes con NR-ESpa por ASAS fueron clasificados como LI por el reumatólogo tratante (tabla 2). Los pacientes que cumplían criterios ASAS para EA y NR-ESpa tuvieron significativamente mayor prevalencia de sacroileítis por RM que los que no lo cumplían. Sin embargo cuando se utilizó el criterio del reumatólogo tratante esta diferencia no fue significativa (tabla 3). El score SPARCC no mostró capacidad de discriminar entre pacientes con LI y ESpa (Área bajo la curva ROC: 0.55; IC 95%: 0.44-0.66). Valores de corte >1 para la profundidad e intensidad mostraron una especificidad del 91 y 90% con muy baja sensibilidad: 15% y 19%, respectivamente. **Conclusiones:** Encontramos una importante discordancia entre el diagnóstico por criterios ASAS y por criterio del reumatólogo tratante, siendo la Sacroileítis por RM muy frecuente en pacientes con lumbalgia inflamatoria inespecífica (según el reumatólogo). El Score SPARCC no fue útil para el diagnóstico, pero la profundidad e intensidad de la osteítis mostraron una alta especificidad. **Palabras Claves:** Espondilitis anquilosante, Sacroileítis, Dolor lumbar inflamatorio, Criterios ASAS, SPARCC

**0287 - UVEÍTIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN ESPONDILOARTRITIS**

**Modalidad:** Oral - **Unidad Temática:** ESPONDILOARTRITIS  
 MALDONADO, Pablo Ramiro(1) | SUELO, Héctor Raúl(1) | RODRIGUEZ, Silvia(1) | BERTOLACCINI, María Constanza(1) | GONZÁLEZ LUCERO, Luciana(1) | BARBAGLIA, Ana Lucía(1) | GARAY, Luciana(1) | HUTTMANN, Francisco Javier(1) | LEON, María de La Paz(1) | REMIS, Federico(2) | BELLOMIO, Veronica Ines(1) | LUCERO, Eleonora Del Valle(1)

**HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (1); CENTRO DE DIAGNÓSTICO REMIS (2)**

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de Espondiloartritis (EspA) en pacientes con uveítis anterior. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal realizado por los Servicios de Reumatología y Oftalmología de un Hospital de Argentina, entre abril de 2016 y junio de 2018. Se incluyeron pacientes consecutivos, ambulatorios, mayores de 18 años con diagnóstico de Uveítis Anterior realizados por el servicio de oftalmología, luego de que se descartara patología infecciosa, traumática, tumoral y enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (VKH). Se evaluaron variables socio-demográficas, relacionadas a la uveítis, relacionadas a la detección de EspA (lumbalgia inflamatoria, sacroileítis (SI) clínica, entesitis, artritis periférica, colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis). Variables relacionadas a laboratorio, climétricas (BASDAI, BASFI, BASMI, MSASSS, MASES y PASI) e imagenológicas. Se utilizaron criterios ASAS para la clasificación de todos los pacientes. **Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes, 16 mujeres (64%), edad media 39.8 ± 14 años, todos mestizos, 40% con escolaridad primaria, 80% con cobertura pública sin medicación. Presentaron uveítis anterior unilateral 17 pacientes (68%) y 5 CON UVEÍTIS BILATERAL (32%), ojo rojo 92% y dolor ocular 88%. En 12 pacientes (48%) se detectaron secuelas oculares, todos con sinequias. El 52% tuvo recurrencias y el compromiso fue alternante en 16%. La mediana de tiempo de demora al diagnóstico de uveítis fue 5 (1- 28) días y la mediana de tiempo de evolución fue 14 (1-210) días. Se encontraban con corticosteroides tópicos 88% (22) y sistémico 24% (6). El 20% (5) presentaron lumbalgia inflamatoria y el 12% (3) sacroileítis clínica. Factor Reumatológico fue negativo por latex en el 96% y por Rose Pagan en el 100%. HLA B27 fue positivo en el 20% (5) de los pacientes. Seis pacientes cumplieron criterios ASAS para EspA (24%, IC 95% 7.3- 40.7), 5 EspA axial y 1 EspA periférica. Hubo 2 pacientes más con hallazgos relevantes en imágenes (SI en radiología y RMN), sin cumplir criterios por ausencia de Lumbalgia. Sólo 1/6 pacientes tuvo HLA B27 positivo. En la tabla 1, se detallan las características de los pacientes con hallazgo EspA Caso 1: Lumbalgia inflamatoria, sacroileítis y fascitis plantar- Uveítis. HLA B-27 negativo. Rx con SI unilateral grado 3. Cumple criterios para EspA Ax. Caso 2: Lumbalgia inflamatoria- Uveítis. HLA B-27 negativo. RMN con edema óseo en SI. Cumple criterios para EspA Ax. Caso 3: Lumbalgia inflamatoria- Uveítis. HLA B-27 negativo. RMN con edema óseo en SI. Cumple criterios para EspA Ax. Caso 4: Lumbalgia inflamatoria- Uveítis. HLA B-27 negativo. Rx con SI bilateral grado 2. Cumple criterios para EspA Ax. Caso 5: Lumbalgia inflamatoria- Uveítis. HLA B-27 positivo. Rx con SI bilateral grado 3. Cumple criterios para EspA Ax. Caso 6: Entesitis, lumbalgia inflamatoria- Uveítis. HLA B-27 negativo. Rx con SI Unilateral grado 2. Cumple criterios para EspA Periférica. **Conclusiones:** La frecuencia de EspA en pacientes con uveítis anterior fue 24%. Uveítis anterior fue la primera manifestación clínica de EspA, aun en aquellos que presentaron cambios imagenológicos al momento del estudio. **Palabras Claves:** Espondiloartritis + Uveítis

288

**0288 - RECONSTRUCCIÓN 3D DE CADERA A PARTIR DE DENSITOMETRÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON DIFERENTES ESQUEMAS TERAPÉUTICOS. DATOS PRELIMINARES**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: AR  
BRANCE, María Lorena(1) | PONS-ESTEL, Bernardo A(2) | QUAGLIATO, Norberto Javier(3) | JORFEN, Marisa(4) | WINZENRIETH, Renaud(5) | HUMBERT, Ludovic(5) | DEL RIO, Luis(6) | DI GREGORIO, Silvana(6) | BRUN, Lucas R(7)

**REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS ROSARIO (1); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR) (2); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (3); CEMAR (4); GALGO MEDICAL (5); CETIR (6); CONICET (7)**

**Objetivos:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una poliartritis inflamatoria crónica, simétrica y progresiva con pérdida de masa ósea. En los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos conocidos como drogas biológicas modificadoras de la enfermedad (b-DMARDs). Si bien varios estudios demuestran acción favorable de las drogas biológicas sobre el hueso, no hay datos concluyentes sobre la prevención de fracturas. El análisis tridimensional (3D) del fémur proximal por densitometría dual de rayos X (DXA) permite valorar el hueso cortical y trabecular por separado y ha demostrado muy buena correlación con la tomografía computada. Dado que en la AR se afecta predominantemente el hueso trabecular, este análisis podría ser una herramienta útil para demostrar cambios precoces a nivel trabecular de manera simple y con baja radiación para el paciente. **Objetivo:** Evaluar cambios en el hueso cortical y trabecular de la cadera en pacientes con AR tratados con diferentes esquemas terapéuticos. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 26 pacientes de sexo femenino con AR de los cuales 11 estaban en tratamiento con b-DMARDs (AR+Bio) y 15 con DMARDs no biológicos (AR+No-Bio) sin diferencia en tiempo de evolución de la enfermedad ni dosis de glucocorticoides acumulada. Como grupo control (C) se analizaron 20 pacientes apareados por sexo, edad e índice de masa corporal (IMC). La masa ósea de cuello femoral (CF) y cadera total (CT) fue evaluada en fémur derecho por DXA (mg/cm<sup>2</sup>) en un equipo Hologic Discovery Wi (coeficiente de variación <1%). El análisis 3D del fémur proximal se realizó con el software 3D-Shaper (v2.8, Galgo Medical) y se consideraron los siguientes parámetros: DMO volumétrica integral (cortical+trabecular = integral vBMD [mg/cm<sup>3</sup>]), DMO cortical (cortical vBMD [mg/cm<sup>3</sup>]), espesor cortical (mm), densidad superficial (cortical sBMD [mg/cm<sup>2</sup>]) y DMO trabecular (trabecular vBMD [mg/cm<sup>3</sup>]). La distribución de los datos se evaluó con el test de Shapiro-Wilk y se utilizaron test paramétricos o no paramétricos según correspondiera. Los datos se expresaron como media±SD y se consideró significativo cuando p<0.05. **Resultados:** No se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad (años) (Control: 52.0±8.9, AR+No-Bio: 54.3±10.0, AR+Bio: 55.4±10.0) e IMC (Control: 28.2±5.4, AR+No-Bio: 28.4±5.4, AR+Bio: 28.5±3.8). La DMO de CF y CT fue significativamente más baja en el grupo AR+No-Bio vs Control (CF= C: 0.810±0.08, AR+No-Bio: 0.683±0.114, p<0.05; CT= C: 0.941±0.09, AR+No-Bio: 0.799±0.153, p<0.05). El grupo AR+Bio (CF= 0.749±0.112; CT= 0.895±0.09) no mostró diferencias vs Control. El análisis 3D de la cadera mostró que el grupo AR+No-Bio tiene afectación tanto del hueso trabecular como del hueso cortical (trabecular vBMD= C: 200.6±34.6, AR+No-Bio: 166.3±47.5, p<0.05; cortical vBMD= C: 844.0±50.6, AR+No-Bio: 787.6±67.5, p<0.05; espesor cortical= C: 1.95±0.15, AR+No-Bio: 1.82±0.22, p<0.05; cortical sBMD= C: 165.7±20.1, AR+No-Bio: 144.3±29.3, p<0.05; integral vBMD= C: 347.3±49.1, AR+No-Bio: 299.5±70.5 p<0.05). El grupo AR+Bio no mostró diferencia significativa respecto del Control en ninguna de las variables analizadas. **Conclusiones:** 1. La DMO areal por DXA y la DMO volumétrica (DXA + reconstrucción 3D) no mostraron cambios en los pacientes tratados con b-DMARDs respecto del grupo control; por lo tanto el uso de drogas biológicas sería beneficioso para el tejido óseo ya que el uso de DMARDs no biológicos mostró disminución de todos los parámetros analizados respecto de los individuos controles. 2. el análisis 3D ofrece la posibilidad de evaluar el estado del tejido cortical y trabecular por separado de la cadera, lo cual podría ser de utilidad en la valoración de cambios evolutivos específicos y cambios precoces en el hueso trabecular, sitio principalmente afectado por la AR.

293

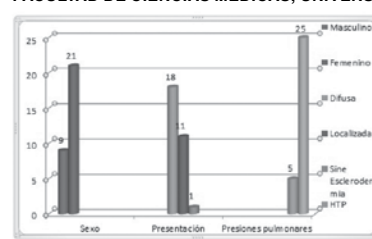
**0293 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ETC

Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo I AVILA, Gabriela I VÁZQUEZ BÁEZ, Marcos Aurelio I ACOSTA, María Isabel I GONZÁLEZ, Margarita I DUARTE, Margarita I ORTIZ GAONA, Nelson Rafael

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN



Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Esclerosis Sistémica y determinar la frecuencia de Hipertensión Pulmonar en este grupo de pacientes. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo de corte transversal realizado durante el período comprendido entre los meses de abril y agosto del 2018 en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se registraron variables clínicas y epidemiológicas como el sexo, la edad, tipo de ES (i.e. localizada, difusa y sine esclerodermia), la afectación orgánica (i.e. articular, cardiopulmonar, gastrointestinal, renal) y se realizó un ecodoppler carotídeo a todos los pacientes. Para determinar la presencia de HTAP se ha considerado valores de PAPs > 35mmHg medidas por ecocardiografía doppler transtorácica.

**Resultados:** Se incluyó en el estudio a un total de 30 pacientes con diagnóstico de ES, de los cuales 21 correspondieron al sexo femenino (70%), con una edad media al momento del estudio de 51,33 (80 a 20) años y la edad promedio de diagnóstico fue a los 47,12 (64 a 16) años. En cuanto al tipo de ES la difusa 60% (18/30) y 36,66% (11/30) localizada, 3,33% (1/30) Sine esclerodermia. El órgano mayormente afecto fue el cutáneo en un 96,66% (29/30), seguido por el articular 53,33% (16/30), cardiopulmonar 56,66% (17/30), y gastrointestinal 43,33%(13/30). No se constató alteración renal. En la eco doppler carotídeo se evidenció la presencia de placas ateromatosas significativas en 10% (3/30) pacientes. La presión pulmonar media determinada por ecocardiografía fue de 30,35 (60 a19) y la TAPSE media fue de 21,3 (15 a 27). Se constató hipertensión pulmonar en 16,66% (5/30).

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes con ES se objetivó un predominio del género femenino con una edad promedio de diagnóstico de 47 años. El tipo de ES más frecuente fue la difusa y el órgano afecto en la mayoría de los pacientes fue el cutáneo seguido en frecuencia del cardiopulmonar. Se evidenció presencia de ateromas con significado clínico en arterias carótidas en 3 pacientes. La frecuencia de HTP fue de 16,6%.

**Palabras Claves:** Hipertensión pulmonar, Esclerosis Sistémica

295

**0295 - FRECUENCIA DE REMISIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EFECTO DE LA ACTIVIDAD SOBRE EL DAÑO ACUMULADO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

HÜTTMANN, Francisco Javier I BARBAGLIA, Ana Lucía I GONZALEZ LUCERO, Luciana I MAZZA, Susana Marcela I SORIA CURI, Yessica Jacqueline I LEGUIZAMÓN, María Lilia I ESPASA, Vanesa I BERTOLACCINI, María Constanza I SUELDO, Héctor Raúl I MALDONADO, Pablo Ramiro I GALINDO, Liliana I SANTANA, Mirta I BELLOMIO, Verónica Inés

**HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA**

**Objetivos:** - Determinar la frecuencia de remisión en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). - Evaluar el efecto del nivel de actividad sobre el daño acumulado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal de 8 años de seguimiento. Se revisaron historias clínicas de pacientes con LES (criterios ACR 1982/97) considerándose visita basal a la primera visita del año 2010. Para las visitas subsiguientes, se recolectaron datos en forma anual hasta el año 2018. Se definió para cada visita el nivel de actividad de LES: 1- Remisión Sin Tratamiento (RST): SLEDAI= 0, sin prednisona o inmunosupresor (IS); 2- Remisión Con Tratamiento (RCT): SLEDAI = 0, prednisona hasta 5mg/ día o inmunosupresor en dosis de mantenimiento; 3- LDAS (Low Disease Activity Status): SLEDAI < 0 igual 4, prednisona hasta 7.5mg/ día y/o IS en dosis de mantenimiento; 4- Control No Óptimo de Actividad (CNOA): SLEDAI > 4, prednisona > 7.5 mg/ día y/o IS en dosis de inducción. Se permitió el uso de hidrociloroquina para todos los grupos. Se definió Remisión (R75) al porcentaje de pacientes que permaneció más del 75% del seguimiento en RST y/o RCT. Se estudiaron variables demográficas, de laboratorio, relacionadas al tratamiento y muerte. Daño acumulado fue evaluado con SLICC/SDI. Se excluyeron aquellos pacientes con menos de dos visitas anuales. **Resultados:** Se revisaron 285 historias clínicas y se incluyeron 100 pacientes con LES, 89% mujeres, con edad media al momento de la visita basal 38.5 ± 12 años y tiempo medio de evolución de la enfermedad 9.3 ± 7.3 años. Los puntajes promedio de SLEDAI y SLICC/SDI al inicio del seguimiento fueron 3.7 ± 4.6 y 0.8 ± 1.2, respectivamente. La media de puntaje de SLICC/SDI alcanzado en la última visita fue 2.2 ± 1.9 y la media de cambio de SLICC/SDI (deltaSLICC) con respecto al puntaje de visita basal fue 1.4 ± 1.6. La prevalencia de R75 fue 38% [IC95% = 26.6, 45.4]. El tiempo medio en el cual los pacientes permanecieron en cada nivel de actividad fue: 1.8 ± 2.5 años para RST, 1.5 ± 1.9 años RCT, 1.6 ± 1.8 años LDAS y 1.7 ± 2.01 años para CNOA. En el análisis univariado, los pacientes que estuvieron en RST en la visita basal tuvieron menor deltaSLICC (p=0.011) y aquellos con CNOA tuvieron mayor deltaSLICC (p=0.0001). El deltaSLICC fue significativamente menor en los pacientes que tuvieron R75 (p= 0.01) y LDAS (p= 0.01) comparados con aquellos con CNOA. En el Modelo de Regresión Logística, la chance de cambio del puntaje de SLICC/SDI fue 2.9 veces mayor para la categoría CNOA que para RST. **Conclusiones:** - La frecuencia de remisión en esta cohorte de pacientes con LES fue 38%. - Mayor daño acumulado se asoció a peor control de actividad de la actividad.

304

**0304 - TIEMPO DE CONSULTA EN ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Oral

Unidad Temática: OTROS

MACHADO ESCOBAR, Maximiliano Augusto(1) | YACUZZI, María Silvia(1) | ESPÍNDOLA ECHAZU, Mariana Amalia(1) | BARBAGLIA, Ana Lucía(2)

**HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (1); HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (2)**

**Objetivos:** Evaluar el tiempo de atención médica ambulatoria en consultorios externos de reumatología de un hospital público de la ciudad de Tucumán

**Materiales y Métodos:** Incluyeron pacientes consecutivos atendidos en los consultorios externos del hospital Eva Perón de la ciudad de Banda del Río Salí, Tucumán, Argentina, durante el mes de mayo de 2018. Se excluyeron pacientes que consultaron espontáneamente, las urgencias y las consultas donde hubo factores externos que interrumpieran la atención médica. Se determinó el tiempo de la consulta médica mediante los registros de historias clínicas informatizadas. Además se evaluó tipo de patología (autoinmune o no autoinmune), tiempo de evolución de la enfermedad (aguda, sub aguda o crónica), si consultaba por primera vez o ya había consultado previamente con cualquier profesional médico, se contabilizó la cantidad de métodos complementarios con los que llegaba a esa consulta y las comorbilidades. Además se evaluó un pequeño grupo de pacientes embarazadas con enfermedades autoinmunes y se determinaron las mismas variables. Se aplicó test de normalidad Shapiro-Wilk y de Levene, se determinaron medias y desvíos estándar (X±SD), test t y se evaluaron correlaciones para determinar comportamiento de las variables mediante programa SPSS 19.0 para Windows, considerando significativo un p<0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes, el 84% de sexo femenino, edad promedio de 50 ± 14.7 años; 40.7% con primario completo y 2.7% analfabetos. El tiempo medio de consulta en pacientes con enfermedad autoinmune fue de 34.1 ± 11.72 minutos, enfermedades no autoinmune 25.47 ± 8.67 minutos y en pacientes embarazadas con enfermedades autoinmune 42.25 ± 11 minutos. Noventa y cinco de ciento cincuenta (63.3%) pacientes presentaron cobertura social pública. Se atendió pacientes con enfermedades crónicas (94%) y autoinmune (52.7%) en mayor proporción. Cincuenta y ocho por ciento (88/150) de los consultantes llevaron entre 1 y 3 métodos complementarios y el 5.3% llevó más de 6 estudios complementarios. A pesar de ello, al 22% de los pacientes se le solicitaron 3 métodos complementarios más. Hipertensión arterial, diabetes tipo II, alteración tiroidea y dislipemia fueron las comorbilidades más frecuentes con el 30.7%, 16.7%, 11.3% y 7.3% respectivamente

**Conclusiones:** La reumatología es una especialidad clínica compleja donde se atienden enfermedades que comprometen múltiples órganos y sistemas, por lo tanto, para la adecuada atención integral del paciente, el tiempo requerido de atención para estas patologías es mayor que la media reportada en estudios para otras especialidades.



## 326

**0326 - ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MALESTARES MUSCULO ESQUELÉTICAS Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN DE MISIÓN CHAQUEÑA EL ALGARROBAL, SALTA ARGENTINA**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: OTROS

JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | QUINTANA, Rosana(2) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1) | ACIAR, Mariana(1) | CUCCHIARO, Natalia(1) | ESTRELLA, Natalia(1) | SANCHEZ, Adolfo(1) | GARCIA, Vanina(3) | PICO, Eugenia(1) | RETAMOZO, Cinthya(1) | RUIZ, Mario(4) | SILVESTRE, Adriana(5) | FRANCO, Rodolfo(1) | VALDEZ, Sergio(6) | JORGE, Silvia(7) | PELAES-BALLESTAS, Ingris(8) | PONS- ESTEL, Bernardo(2)

**HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (3); HOSPITAL ARTURO ONATIVIA (4); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (5); HOSPITAL PAPA FRANCISCO (6); HOSPITAL SAN BERNARDO (7); UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (8)**

**Objetivos:** Las enfermedades reumáticas constituyen una causa importante de morbi-mortalidad en la población. Se calcula que 10% de la población general padece alguna enfermedad reumática. La liga Mundial contra el Reumatismo (ILAR) Junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981 dieron inicio a un programa para el control de la enfermedades reumáticas en el ámbito comunitario y se denominó COPCORD (Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Disease). Este cuestionario está diseñado para proporcionar información acerca de antecedentes historia de trabajo, grado de dolor, capacidad funcional y su tratamiento En 2009 se formó el Grupo Latino Americano de estudio de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO). Estos estudios fueron previamente realizados en comunidades de México, Venezuela y Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal utilizando la metodología COPCORD a mayores de 18 años utilizando un cuestionario en español con adaptación transcultural a la población wichi los pacientes que aceptaban participar firmaron un consentimiento informado Se realizaron encuestas mediante voluntarios y médicos entrenados a las familias en sus domicilios. Los casos positivos fueron evaluados por un especialista en reumatología el cual le solicitaba, según su criterio, exámenes de laboratorio de rutina y anticuerpos específicos (FR, CCP y FAN), así como radiografías de manos, pies y/o panorámica de pelvis. Estadística - Se realizó estadística descriptiva, las variables categóricas se compararon mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y las continuas mediante test de T o Mann Whitney. Se considero una  $p < 0.05$  como significativa. **Resultados:** De un total de 1550 habitantes se encuestaron un total de 660 personas correspondiente al 85,7% de los mayores de 18 años, de las cuales 318 (48,2%) tuvieron una encuesta positiva (15 perdidas). Nacidos en La Misión 548 (83%), sexo femenino 385 (58,3%), edad mediana de 35 años (RIC: 25-47), y más del 93% tenían madre y/o padre wichis. Las condiciones socio-económicas fueron deficientes casas precarias 322 (48,8%) y carencia de agua potable), la mediana de nivel de educación fue de 7 años (RIC: 4-9. Reportaban trabajo activo 508 (77%), predominando amas de casa 274 (41,5%), artesanías 102 (15,5%) y carpintería 38 (5,8%); La mayoría no tenían cobertura de salud 556 (84,2%). Se detectaron 420 (63,6%) personas con dolor en la última semana, siendo las localizaciones más frecuentes: lumbar 81 (12,2%), rodilla 56 (8,4%), mano 47 (7,1%), y hombro 35 (5,3%); siendo atribuido a traumatismos en 47 (7,1%). Por la dolencia 164/304 (53,9%) no consultaron y 121/304 (39,8%) consultaron en el centro de salud. Al finalizar la encuesta, los diagnósticos presuntivos consignados por el encuestador más frecuentes fueron: lumbalgia mecánica 123 (18,6%), artralgias 42 (6,4%), reumatismos de partes blandas 35 (5,3%), gonalgia 22 (3,3%), artrosis 22 (3,3%) y artritis reumatoidea 16 (2,4%). Los diagnósticos realizados por el especialista fueron: reumatismos de partes blandas en 28 (4,2%) (tendinitis del manguito rotador 12, epicondilitis 2, De Quervain 2, síndrome del túnel carpiano 2, bursitis trocántérica 1, bursitis anserina 2, talalgia 6, otro 1 Se detectó un paciente con dolor lumbar inflamatorio (DLI) mediante el cuestionario, aunque 18 (2,7%) cumplieron al menos 3 criterios de DLI. En 25 pacientes (3,7%) se detectó artritis.

**Conclusiones:** La prevalencia de dolor musculo-esquelético en esta población fue 63,6%. La prevalencia de artralgias de cualquier causa fue 16%, reumatismos de partes blandas fue 5,3%, de dolor lumbar inflamatorio 2,7% y de artritis 3,7%.

**Palabras Claves:** Prevalencia, malestares musculo esquelético

## 331

**0331 - ESTADO DE SALUD MEDIDO POR ASAS HEALTH INDEX EN PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS: ESTATUS DE PACIENTES ARGENTINOS Y FACTORES ASOCIADOS A POBRE ESTADO DE SALUD**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS

MARTIRE, María Victoria(1) | GIRARD BOSCH, Paula(2) | DUARTE, Vanesa(3) | SCARAFIA, Santiago(4) | BENEGAS, Mariana(5) | COSENTINO, Vanesa(6) | MARIN, Josefina(7) | BANDE, Juan Manuel(8) | GAMBA, María Julieta(9) | GONZALEZ, Paula(10) | | AGUILA, Rodrigo(1) | | GARCÍA, Mercedes(1)

**HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); CLÍNICA MONTE GRANDE (3); IARI (4); SANATORIO MENDEZ (5); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (6); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (7); HOSPITAL TORNÚ (8); HOSPITAL POSADAS (9); HOSPITAL POSADAS (10); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (11); CMG ZARATE (12); HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD (13); SANATORIO FINOCHIETTO (14); SANATORIO ADVENTISTA (15)**

**Objetivos:** El cuestionario "Assessment of Spondyloarthritis international Society Health Index" (ASAS HI) fue desarrollado para medir funcionalidad y salud en pacientes con Espondiloartritis (SPA). El mismo ha sido validado en Argentina y recientemente se han propuesto puntos de corte para diferentes estatus de salud. El objetivo de este estudio es describir el estado de salud medido por ASAS HI en pacientes con SPA y evaluar los factores asociados a pobre estado de salud.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, multicéntrico. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con diagnóstico de SPA según criterios ASAS de 13 centros argentinos. Se calculó la versión argentina del ASAS HI. Se evaluó el porcentaje de pacientes que se encuentra en buen estado de salud (< o igual a 5 puntos), moderado estado de salud (entre 5 y 12 puntos) y mal estado de salud (> o igual a 12 puntos). Además se consignaron las siguientes variables: edad actual y al diagnóstico, sexo, tipo de SPA (axial/periférica; radiológica/no radiológica), tiempo de demora al diagnóstico, zona de residencia, años de escolaridad, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, abandono de trabajo por enfermedad de base, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, entesitis, psoriasis, dactilitis, criterios CASPAR para artritis psoriásica, NAD/68, NAI/66, EVA actividad del paciente y médico, HAQ, BASDAI, BASFI, DAS28, ASDAS, SASDAS, ASqol, LEI score, ERS mm 1er hora, PCR mg/l, utilización de cDMARD, bDMARD, combinación cDMARD + bDMARD y AINES. Análisis estadístico: para la estadística descriptiva, se utilizó número y porcentaje (%), media y desviación estándar (DS) y mediana y rango intercuartil (RIC). Se realizó un análisis bivariado y regresión logística para evaluar los factores asociados al pobre estado de salud (ASAS HI > o igual a 12). **Resultados:** Se incluyeron 164 pacientes con una mediana de edad de 44.5 (RIC 30-57) años. La edad al diagnóstico fue de 44.5 (RIC 29-52), 93 (56,7%) pacientes son de sexo masculino. Setenta y tres (44,5%) pacientes tenían diagnóstico de SPA axial [Axial radiológica: 54/73 (74%) y Axial no radiológica: 19/73 (26%)] y 91 (55,5%) SPA periférica. Setenta y seis pacientes (46,3%) presentaron buen estado de salud, 69 (42,1%) moderado estado de salud y 19 (11,6%) mal estado de salud. Los pacientes con ASAS health index mayor o igual a 12 presentaron mayor tiempo de evolución de la enfermedad (meses) [132 (RIC 72-192) vs 60 (RIC 24-144),  $p < 0,001$ ]; mayor desempleo por enfermedad de base [16 (84,2%) vs 70 (48,3%); mayores valores de ASDAS [4 (RIC 6-8) vs 3 (RIC 1-4)],  $p < 0,001$ ]; ASqol [15 (RIC 12-16) vs 4 (RIC 2-9),  $p < 0,001$ ]; BASFI [8 (RIC 5,5-9) vs 3,7 (RIC 1-5,3)],  $p < 0,001$ ]; DAS28 [4 (RIC 3-5) vs 3 (RIC 2-4)],  $p < 0,001$ ]; mayor NAD [4 (RIC 2-18) vs 0,  $p < 0,01$ ]; mayor EVA global del paciente [80 (RIC 50-90) vs 10 (RIC 3-30),  $p < 0,03$ ] y del médico [30 (RIC 10-70) vs 10 (RIC 3-30)],  $p < 0,035$ ] y HAQ [1,88 (RIC 1-2) vs 1 (RIC 0-1,13)],  $p < 0,001$ ]. Además los pacientes con SPA axial presentaron menor escolaridad medida en años [9 (RIC 7-12) vs 12 (RIC 7,5-15)]. En análisis multivariado el BASFI fue la variable que se asoció de manera independiente a mal estado de salud. **Conclusiones:** En esta población de pacientes con SPA, un gran porcentaje de pacientes presentó buen y moderado estado de salud. La peor capacidad funcional se asoció de manera independiente a pobre estado de salud medido por ASAS HI.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis, PRO, ASAS health index

**Pósters**

---

# **51° Congreso Argentino de Reumatología**

---

---

Hotel Intercontinental - Mendoza  
14 al 17 de noviembre de 2018







31

0031 - XANTOMATOSIS AQUILEANA BILATERAL

Modalidad: Poster  
 Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS  
 Unidad Temática 2: OTROS  
 SEVILLA, Daniel Leonardo I JU, Yung Chi I VISENTINI, Susana Mirta  
**HOSPITAL C. DURAND**  
**Objetivos:** Las hiperlipidemias primarias son debidas al metabolismo anormal de lipoproteínas. En algunos casos éstas lipoproteínas pueden acumularse en articulaciones o tejidos blandos periarticulares provocando una reacción inflamatoria local.  
**Materiales y Métodos:** Según la lipoproteína alterada las hiperlipidemias se clasifican en cinco subtipos yendo desde una oligoartritis hasta una infiltración grasa de las glándulas salivales y lagrimales dando un síndrome de ojo seco.  
**Resultados:** Presentamos el caso de una paciente que consulta por dolor leve de ambos tendones de Aquiles sin impotencia funcional, sin rubor ni dolor a la palpación. En el examen físico se encontró también acúmulos grasos sobre articulaciones metacarpofalangicas de ambas manos con motilidad articular conservada, cierre de puño completo, que se desplazaban por debajo de la piel con el movimiento, sin dolor, y xantomas en ambos párpados inferiores. Por examen físico, interrogatorio y Rx se descartó espondiloartropatía seronegativa como diagnóstico diferencial de compromiso aquileano. En el interrogatorio la paciente refiere que su hermano y su hijo adolescente presentan cuadro similar. Dentro de la clasificación mencionada anteriormente este caso entraría dentro del los tipos: IIA: defecto en el gen receptor celular para LDL en el tejido conectivo y en las células del sistema monocito-macrofagico. III: el defecto molecular es la presencia de una forma anómala de Apo E con acumulación de quilomicrones y VLDL en tejidos blandos y macrófagos. Por estudios genéticos se diagnosticó alteración del gen: CYP27A1 en el brazo largo del cromosoma 2 con déficit de producción de la enzima esteroil 27 hidrolasa cuya ausencia produce deficiencia de síntesis de ácido quenodesoxicólico: uno de los dos ácidos biliares que produce el hígado humano y que facilita la disolución y metabolismo del colesterol sérico. Ante la ausencia de dicho componente se producen depósitos grasos en sitios indeseados. El tratamiento consiste en la restitución del ácido quenodesoxicólico (presentación en caps. de 150 mg. 2/d) asociado a estatinas.  
**Conclusiones:** Consideramos importante tener en cuenta este cuadro como diagnóstico diferencial ya que, aún siendo infrecuente, descartaría otros diagnósticos y ayudaría al pronóstico y calidad de vida del paciente.  
**Palabras Claves:** Xantomatosis aquileana

38

0038 - REUMA SCORE: RESULTADOS DE UN EJERCICIO DE EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE CONFIABILIDAD INTER E INTRA-OBSERVADOR

Modalidad: Poster  
 Unidad Temática: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
 Unidad Temática 2: AR  
 CAZENAVE, Tomás(1) I MARTIRE, Victoria(1) I ZAMORA, Natalia(1) I BERTOLI, Ana(2) I SPINDLER, Walter(3) I ROSA, Javier(4) I ESTRELLA, Natalia Anahi(5) I AUDISIO, Marcelo(6) I KOHAN, Paula(7) I PY, Guillermo(8) I BENEGAS, Mariana(9) I AGUILAR, Gabriel(10) I I CITERA, Gustavo(1) I ROSEMFET, Marcos(1)  
**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (2); CENTRO MEDICO PRIVADO (3); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (4); CENTRO INTEGRAL DE ALTA COMPLEJIDAD (5); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (6); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS E. TORNÚ (7); HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (8); HOSPITAL JULIO MENDEZ (9); CENTRO ROSSI (10); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (11); OMI (12)**  
**Objetivos:** Introducción: El Reuma Score es un índice Ultrasonográfico (US) reducido a 6 articulaciones que ha demostrado validez para la medición de la actividad inflamatoria de la Artritis Reumatoidea (AR). **Objetivos:** Analizar el grado de confiabilidad Inter e Intra-observador del Reuma Score a través de un ejercicio con evaluación de pacientes con AR.  
**Materiales y Métodos:** Se llevo a cabo un ejercicio de evaluación US en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica con la participación de 11 ultrasonografistas experimentados. Se utilizaron dos equipos similares (Esaote My lab 70, Class C). Cuatro pacientes voluntarios con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) y enfermedad activa fueron examinados por todos los evaluadores luego de firmar consentimiento informado. El protocolo de evaluación incluyó la graduación semicuantitativa (0-3) de la sinovitis en Modo B y por Power Doppler (PD) de muñecas y segunda MCF (bilateral). Un paciente fue evaluado en 2 oportunidades para analizar la confiabilidad Intra-observador. Análisis estadístico: Se analizó el acuerdo en la detección de sinovitis a través de coeficiente kappa considerando niveles de acuerdo según Landis y Koch (<0.2: pobre, 0.21-0.4: regular, 0.41-0.6: moderado, 0.61-0.8: bueno, y 0.81-1: excelente). Se estimó la confiabilidad intra e inter-observador del Reuma Score a través del Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI).

Score	Inter-observador (CCI)	Intra-observador (CCI)
•Total	0,99	0,83
•Modo B	0,97	0,67
•Power Doppler	0,98	0,87

**Resultados:** El grado de acuerdo para presencia/ausencia de sinovitis en modo B y señal PD fue bueno (k:0.67 y 0.73, respectivamente). Al considerar señal de PD mas altos (0/1 vs 2/3), el grado de acuerdo fue similar (k:0.73). El nivel de acuerdo general para el cálculo del Score fue bueno (tabla1).  
**Conclusiones:** Se observó un buen desempeño del Reuma Score en la medición de la sinovitis, demostrando confiabilidad Inter e Intra-observador.  
**Palabras Claves:** Ultrasonografía, artritis reumatoidea, actividad de la enfermedad

34

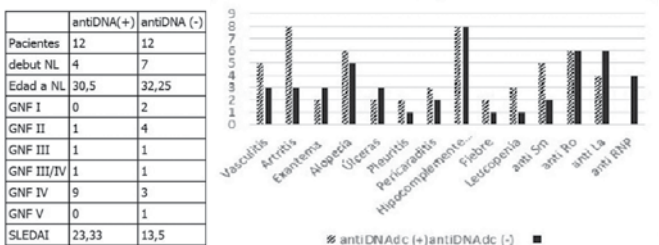
0034 - CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS DE LA MEMBRANA SINOVIAL EN LA ARTRITIS GOTOSA, EXPLORACIÓN ARTROSCÓPICA EN MANOS DEL REUMATÓLOGO

Modalidad: Poster  
 Unidad Temática: OTROS  
 Unidad Temática 2: OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS  
 PEREZ ARANA, Enrique I PAEZ MENA, Oneida I ALCARAZ, Fernando I RUBIO, Maria Magdalena  
**CLÍNICA DEL ACONCAGUA VILLA MERCEDES**  
**Objetivos:** Lograr definir los cambios histológicos de la membrana sinovial en pacientes con posible diagnóstico de artritis gotosa.  
**Materiales y Métodos:** El material del presente estudio fue obtenido de los archivos del departamento de anatomía patológica y de la consulta de reumatología de Clínica del Aconcagua, y Hospital Regional Juan Domingo Perón. Se estudiaron 17 casos con el diagnóstico de Gota en un periodo de 2 años, en la primera etapa se revisaron todas las historias clínicas y se extrajeron datos como edad, sexo, profesion.se les realizo artroscopia de la membrana sinovial, siguiendo protocolo del profesor Watanabe y las muestras tomada al azar en diferentes zonas, con el posterior procesamiento y fijación en formol, técnicas histológicas de hematoxilina-eosina, microscopio Olympus con fuente de luz propia.  
**Resultados:** El grupo más representado fue el que se encontraba entre los 40-49 años con un total de 9 pacientes, que representan el 53%, le siguieron en orden descendente de frecuencia los que estaban entre 50-59 años y 60-69 años, ocupando el menor porcentaje los pacientes entre 20-29 años, se obtuvo del material, evaluaciones siguiendo el número de células inflamatorias, hipertrofia de la membrana sinovial, hiperplasia, presencia de vasos sanguíneos en forma y tamaños, asi como la capa superficial de sinoviocitos del estroma o tejido subsinovial.  
**Conclusiones:** El mayor número de pacientes con diagnostico de Gota fueron los comprendidos entre los 40-49 años sexo masculino, en todas las biopsias se observo proliferación de fibroblastos y fibras de colágenos con dilatación de los vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio crónico  
**Palabras Claves:** Gota, Artroscopia, Anatomía

44

0044 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANTIDNA EN PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 Unidad Temática 2: OTROS  
 QUISPE VILLANUEVA, Ma Laura I LAZZARINO, María Rosa I LOJO, María Nieves I WERNICKE, Veronica Cecilia I OTERO, María José I PERAK, Mariilina I CORTEZ CHAVARRIA, Judith Sandra I URRUTIA, Julio Cesar  
**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI**  
**Objetivos:** Evaluar las características de los pacientes con NL en su presentación y su relación con el antiDNA. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión de 80 historias clínicas (HC) de pacientes con diagnóstico de LES asistidos en el servicio de Reumatología de HIGA R. Rossi de La Plata, seleccionando aquellos con NL probada por biopsia. Se registró la edad al momento de presentación de NL, si coincidió con el diagnóstico de LES, tipo histológico, FAN, antiDNA, antiRo, antiLA, antiRNP, antiSm y actividad de la enfermedad mediante el score SLEDAI. Se evaluó la prevalencia de antiDNA en esta cohorte y las características entre los grupos: antiDNA positivos/negativos. Aquellas historias que omitían algunos de los datos requeridos fueron excluidas del análisis. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics 20. Se analizó la asociación de variables mediante la prueba de Chi2 y en caso de p significativa se midió la fuerza de asociación con OR con intervalo de confianza de 95%. Para analizar la variable SLEDAI se utilizó test de Student



considerando significativo p valor < 0,05. **Resultados:** De 80 HC revisadas se hallaron 34 pacientes con nefropatía probada por biopsia, de las cuales se excluyeron 10. De las 24 historias consideradas registramos 23 mujeres y un varón. La edad promedio en la presentación de NL fue de 31 años. Se manifestó como presentación inicial en el 45,8% (11p) y en 54,2% (13 p) luego de un tiempo promedio de evolución de lupus de 1,41 años. El tipo histológico más frecuente fue la clase IV (50% =12p). El antiDNA se halló positivo en el 50% (12/24).Tabla 1 Se evaluaron dos grupos de acuerdo con la presencia de antiDNA y se vio que los pacientes con antiDNA (+) tenían 5 veces más chances de desarrollar artritis que los pacientes con antiDNA (-) OR 6 (1,01- 35,37) y 8 veces más chances de presentar GNFV OR 9 (1,4-57). Los pacientes con antiDNA (+) tenían mayor actividad por SLEDAI (p =0,002). Grafico 1 **Conclusiones:** En este grupo de paciente la edad promedio de presentación de NL fue de 31 años, la clase histológica más frecuente fue la tipo IV (50%). La prevalencia del antiDNA fue del 50% y se relacionó principalmente con la presencia de artritis, GNF IV y mayor SLEDAI.  
**Palabras Claves:** Glomerulonefritis lupica, ANTIDNA.

45

**0045 - EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: OTROS

PERAK, Marilina I LAZZARINO, María Rosa I LOJO, María Nieves I WERNICKE, Veronica Cecilia I QUISEP VILLANUEVA, Ma Laura I OTERO, María José I CORTEZ CHAVARRIA, Judith Sandra I URRUTIA, Julio Cesar

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI****Objetivos:** Evaluar la adherencia de los pacientes con AR al tratamiento farmacológico. Comparar la población adherente y no adherente. Determinar factores asociados a la adherencia.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal de 79 pacientes (p) con diagnóstico de AR según criterio ACR/EULAR 2010 con un mínimo de 6 meses de seguimiento por el Servicio de Reumatología de HIGA Rossi de La Plata, desde marzo hasta junio de 2018. Criterios de exclusión: analfabetismo, deterioro cognitivo u otra condición que limite la comprensión de la encuesta. La adherencia se evaluó con el cuestionario "Compliance Questionnaire on Rheumatology" (CQR) considerando adherencia a un porcentaje de respuestas positivas del 80%. Se analizó: edad, sexo, nivel de educación, si percibe ingresos; tiempo de evolución y actividad de la enfermedad (DAS28), capacidad funcional (HAQ); comorbilidades y número total de fármacos. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS statistics 17.0 y graphPad prism 5.0 calculando OR con intervalo de confianza (95%) para variables dicotomizadas y test de Student para variables continuas, siendo estadísticamente significativo  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Los datos clínicos y demográficos de la población se muestran en la tabla 1.

Variable	Población gral	Adherente	No adherente	P valor	OR
N° pacientes (%)	79	61 (77.2%)	18 (22.8%)		
Sexo (F/M)	49(60.7%)10(12.7%)	53/8	16/2		0.828 (0.159-4.300)
Edad (años)	54(23-79)	56	48	0.027	1.911 (0.649-5.629)
Tiempo evolución (años)	12.5	13 *	10.8 *		0.443
Cobertura Social	47(59.5%)	38 (80%)	9 (20%)		1.452(0.573-4.705)
Vive solo	17(20%)	14 (83%)	3 (17 %)		0.723 (0.181-2.884)
Ingresos	59(74%)	41 (60%)	18 (26%)		
Escolaridad 1° incompleto	11(13.9%)	11(100%)	0 (0)		
Escolaridad 1° completo	68(86%)	50 (74%)	18 (26%)		
N° fármacos AR(media)	5(1-9)	4.8	4.5		0.400
Comorbilidades < 3	72(91%)	55 (76%)	17 (24 %)		1.85 (0.200-16.501)
N° fármacos total	6(1-13)	6.3	5.5	0.177	1.52 (0.500-4.548)
DAS 28	3.14(+/-1.11)	3.25	2.79	0.129	
DAS 28 <= 3.2	42(53%)	32 (76%)	10 (24%)		1.133 (0.394-3.299)
DAS 28 > 3.2	37(46.8%)	29 (78%)	8 (22%)		
HAQ	0.6(0-2.75)	0.79	0.33	0.015	

**Conclusiones:** La adherencia en nuestra población fue del 77%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las variables edad y HAQ entre los grupos adherente y no adherente. La adherencia fue más alta a mayor edad y menor capacidad funcional. No se observó asociación con otros factores estudiados.

**Palabras Claves:** Adherencia, artritis reumatoide, tratamiento

46

**0046 - PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA RELACIONADA CON IGG4: COMUNICACIÓN DE OTROS 11 CASOS**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

ROVERANO, Susana Graciela(1) I GALLO, Jesica(2) I ORTIZ, Alberto(1) I SCOLNIK, Marina(3) I REGINATO, Anthony(4) I SEGURA, Valeria(5) I CUÉLLAR, María Carolina(6) I NEIRA, Oscar(6) I FUENTES, Alejandro(7) I CHAHUÁN, José Miguel(7) I LLANOS, Carolina(7) I LABARCA, Cristián(8) I GUTIÉRREZ, Miguel(9) I HERRERA, Alejandra(7) I MEZZANO, Verónica(10) I MARTÍNEZ, María Eugenia(7) I MIRANDA, Héctor(7) I ZOROQUIN, Juan Pablo(7) I GEJMAN, Roger(7) I PAIRA, Sergio(1)

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (2); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (3); BROWN UNIVERSITY (4); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (5); HOSPITAL DEL SALVADOR, UNIVERSIDAD DE CHILE (6); PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (7); CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO (8); HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF (9); CLÍNICA LOS CONDES (10)**

**Objetivos:** Describir otros 11 casos, dado que hasta la fecha han sido descriptos menos de 40 casos de paquimeningitis hipertrófica (con o sin hipofisitis asociada) relacionadas con el depósito de IgG4.

**Materiales y Métodos:** Descripción de pacientes consecutivos, que concurren a los servicios con síntomas y/o signos compatibles con paquimeningitis.

**Resultados:** Se presentan 11 pacientes, 6 varones y 5 mujeres, entre 39 y 72 años, que habían consultado por diversos síntomas: dolor dorsal, cefalea, hipocausia, pancreatitis, compromiso de pares craneales, hipocausia sensorineural. Algunos presentaron alteración del VSG. En la RMN todos presentaron paquimeningitis, con engrosamiento de meninges. Los tejidos biopsiados tenían infiltrado linfoplasmocitario IgG4 (+). todos los pacientes fueron tratados con prednisona, algunos de ellos recibieron además ciclofosfamida, rituximab o azatioprina, con buena respuesta.

**Conclusiones:** La IgG4-RD y la paquimeningitis hipertrófica idiopática comparten algunos síntomas: cefalea, parálisis de nervios craneales y radiculomielopatía \* Ambas patologías se presentan en hombres de mediana edad \* Casos clasificados como "paquimeningitis idiopática" fueron posteriormente atribuidos a otras patologías: tuberculosis, sarcoidosis, granulomatosis con poliangeítis y linfoma. Recientemente se han descripto casos de paquimeningitis (con o sin hipofisitis) asociados a IgG4.

\* Similar a otros casos comunicados, la mayoría de estos pacientes tuvieron niveles séricos de IgG4 normales debido a que eran casos tempranos o focales. \* Debe examinarse el LCR para descartar otras causas de paquimeningitis. \* La biopsia de meninges es la regla de oro para definir a esta enfermedad, demostrando los depósitos de IgG4, la presencia de fibrosis (estoriforme o no) y de infiltrado linfoplasmocitario. \* Ni la presentación clínica ni los datos de laboratorio son patognomónicos en la paquimeningitis relacionada con IgG4; se debe sospecharla y correlacionarla con los datos histopatológicos.

**Palabras Claves:** Paquimeningitis- enfermedad relacionada con IgG4

47

**0047 - ARTRITIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: CONSULTA AL REUMATÓLOGO DE ADULTOS**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

ROVERANO, Susana Graciela I ORTIZ, Alberto I PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Objetivos:** tener en cuenta una entidad vista infrecuentemente por el reumatólogo de adultos

**Materiales y Métodos:** descripción de un caso de artritis múltiple congénita.

**Resultados:** Paciente de 40 años, que concurre a la consulta por flexión de codos. Antecedentes personales: tabaquismo 40 cigarrillos/día desde los 15 años, alopecia areata a los 20 años, carcinoma uterino a los 39 años secundario a HPV detectado 23 años antes. Un embarazo y un parto normal. Antecedentes familiares: 2 hermanos fallecidos a los 6 meses de edad (desconoce causa) y otro fallecido intra-útero. Tres hermanos vivos: una hermana con trastornos renales y dos normales. Examen físico: escoliosis levoconvexa, contracturas en flexión ambos codos, muñecas fijas con desviación radial, valgo de rodillas con pies planos valgos y hallux valgus bilateral. No presenta alteración auditiva, ocular, en implante del cabello ni en la estructura del pabellón auricular, paladar hendido, sindactilia ni campodactilia. Estatura e inteligencia normales.

**Conclusiones:** Trastorno heterogéneo caracterizado por contracturas congénitas no progresivas de dos o más articulaciones. \* Su incidencia es de 1/3000 nacidos vivos y han sido descriptas más de 400 condiciones específicas. \* La amnioplasia congénita es el tipo más frecuente de artritis, (25-40% de los casos). Se caracteriza por la presencia de contracturas congénitas no progresivas de dos o más articulaciones, causada por anomalías neurológicas, musculares, del tejido conectivo o gestacionales.

**Palabras Claves:** Contracturas, alteración del desarrollo

48

**0048 - POLICONDRIITIS RECIDIVANTES COMO MANIFESTACIÓN DE ER-IGG4. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: OTROS

GALLO, Jéssica(1) I ENARES, Eduardo(2)

**HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (1); HOSPITAL JM CULLEN (2)**

**Objetivos:** INTRODUCCION.La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una condición fibroinflamatoria que presenta distintas manifestaciones clínicas que compromete variados órganos, tales como el páncreas, glándula salival y lagrimal, piel, tracto biliar, peritoneo, pulmón, riñón y aorta etc. La anatomía patología de la ER-IgG4 se caracteriza por tres hallazgos microscópicos: infiltrado linfoplasmocitario difuso con células plasmáticas IgG4 positivas, flebitis obliterante, fibrosis.La policondritis recidivantes (PR) es una rara enfermedad caracterizada por una inflamación recurrente del cartilago. Nokayama Y. et al describe 5 casos de PR asociada a ER-IgG4. Nosotros presentamos un caso que cumple criterios diagnósticos para ER-IgG4 y Policondritis Recidivante.

**Resultados:** CASO CLÍNICO.Mujer de 37 años de edad, que presenta desde hace un año aumento de pabellones auriculares bilateral, con cambio en la coloración eritematosa, y doloroso siendo derivado con diagnóstico presuntivo de Policondritis. Al examen físico se constata el aumento franco de orejas con induraciones en el cartilago auricular, acufenos bilaterales y artritis de pequeñas articulaciones, se solicitan serologías virales y bacterianas resultando negativas, FR, Anti ccp, ANCA C Y P, Fan (hep2), Dna (criptidia), ENA anti Ro, La, Sm, Rnp negativos, C3 y C4 normales, PCR 12, VSG 34, gamapatia policlonal, con aumento de IgM, IgG, IgE y subclases de Ig1, IgG3, IgG4. Audiometría con hipocausia sensorio neural leve, examen oftalmológico normal. Se realizan 2 biopsias de la oreja (piel y pabellón auricular), en la primera realizada la piel presento infiltrado inflamatorio en piel con fibrosis y cartilago no comprometido, al cabo de 5 meses se repite nuevamente la biopsia presentando infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en piel y cartilago y marcada presentación de fibrosis. Se realiza la inmunohistoquímica presentado un 30% de células IgG4 y rango IgG/IgG4 > 40%. Por lo cual se comienza con tratamiento con pulsos de corticoides 1gr/día y luego continuar con 1mg/kg/día dosis descendientes, metotrexato 15mg semanal y ácido fólico.

**Conclusiones:** DISCUSIÓN.La policondritis recidivantes es una enfermedad idiopática caracterizada por periodos de remisión de inflamación de cartilago. El diagnóstico es basado en la presencia de condritis auricular bilateral, poliartitis seronegativa no erosiva, inflamación ocular, daño audiolvestibular, y confirmación histológica con los criterios McAdam et. Al. En la policondritis auricular, la infiltración de neutrófilos es observado en las etapas tempranas. Subsecuentemente en las fases medias y tardías se puede encontrar infiltrados de células plasmáticas y linfocitarias. Aun no está bien claro si la enfermedad por IgG4 está directamente relacionada con la destrucción del cartilago. Muchas patologías ER-IgG4, tales como Enfermedad de Mikulicz, pancreatitis autoinmune, presentan compromiso de glándulas exocrinas por lo cual se podría considerar también como otro posible mecanismo patogénico en el caso nuestro el compromiso de las glándulas sebáceas auricular como responsable del mismo. La Policondritis recidivante al igual que la enfermedad por IgG4 no solo presentan características en comunes, tales como el mecanismo autoinmune sino que también a la respuesta favorable a los corticoides.

**Palabras Claves:** ER-IgG4, Policondritis recidivantes

49

0049 - CALCINOSIS EN REGIÓN PELVIANA EN PACIENTE CON ESCLERODERMIA

Modalidad: Poster  
 Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS  
 Unidad Temática 2: OTROS  
 SEVILLA, Daniel Leonardo | JU, Yung Chi | VISENTINI, Susana Mirta  
**HOSPITAL C. DURAND**

**Objetivos:** La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo caracterizada por fibrosis en piel, paredes vasculares, y algunos órganos como tubo digestivo, pulmón, corazón, riñón.

**Materiales y Métodos:** Dentro de la clasificación de la ES la forma cutánea limitada presenta endurecimiento de piel en zonas acras, codos, rodillas y cara con posibles depósitos de hidroxipatita en dichos lugares dando fenómenos de calcinosis.

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de ES tipo cutánea limitada con focos múltiples de calcinosis en región glútea bilateral (la ubicación proximal de miembros está descrita en la subclase cutánea difusa), los cuales, además de episodios de dolor, produjeron colecciones purulentas que requirieron drenaje del contenido y antibioticoterapia. En las imágenes radiológicas se observaron acúmulos de imágenes redondeadas de intensidad cálcica que podrían corresponder a depósitos de cristales de hidroxipatita. La paciente no tiene antecedentes ni clínica de gota y su uricemia siempre fue normal. A su tratamiento de base se le agregó colchicina con buena respuesta.

**Conclusiones:** Consideramos importante el hallazgo dada la poca frecuencia de calcinosis en dicha región y en la subclase de ES referida.

**Palabras Claves:** Calcinosis, Esclerodermia

50

0050 - EFECTO DEL TABAQUISMO SOBRE EL FILTRADO RENAL, PROTEINURIA Y DESENLACE FINAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y NEFROPATÍA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTI-FOSFOLÍPIDOS  
 COSATTI, Micaela Ana(1) | MERCEDES ARGENTINA, García(2) | MUÑOZ, Sebastián(3) | BELLOMIO, Verónica(4) | SAURIT, Verónica(5) | PEREIRA, Dora(6) | PENDÓN, Gisela(6) | ALVAREZ, Analía(7) | COLLADO, Victoria(8) | SORIANO, Enrique(9) | EIMON, Alicia(10) | NAGUA, Viviana(2) | HU, María(7) | SANCHEZ ANDIA, Carolina(7) | PISONI, Cecilia Nora(1)  
**CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (2); HOSPITAL FERNANDEZ (3); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (4); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (5); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA (6); HOSPITAL PENNA (7); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI (8); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (9); CEMIC (10); CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE (11); HOSPITAL PROVINCIAL (12); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (13); HOSPITAL A.C. PADILLA (14)**

**Objetivos:** Evaluar el efecto del tabaquismo sobre la evolución de los pacientes con lupus eritematoso sistémico y nefropatía. **Materiales y Métodos:** Se recolectaron datos de 165 pacientes con nefropatía lúpica confirmada por biopsia renal que fueron incluidos en el 2011 en un estudio de prevalencia de nefritis lúpica del grupo de estudio de lupus de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESAR LES). Se obtuvieron datos evolutivos de la nefropatía en el año 2018, se obtuvieron datos retrospectivos sobre el hábito tabáquico y se calculó el filtrado inicial y el final utilizando la fórmula CKD-EPI 2009. Se consideró tabaquistas a aquellos pacientes que fumaban

	Nº	%	Mediana (IC 95%)	Mediana (IC 95%)	p
Edad 2018 años mediana (IC 25-75)	42	(25.4%)	42 (36-42)	42 (36-42)	0.487
Cuestion LES 2018 años mediana (IC 25-75)	16	(10.2%)	16 (10-21)	16 (10-21)	0.897
Edad al diagnóstico años mediana (IC 25-75)	27	(30.3%)	27 (20-34)	27 (20-34)	0.001
Raza n (%)					
Caucásica	75	(47)			
Mestiza	73	(45)			
América	12	(7)			
>= 12 años educación n (%)	91	(55%)			
Criterio ACR acumulados mediana (IC 25-75)	7	(5%)	7 (5-8)	7 (5-8)	0.888
Clase histológica n (%)					
I	19	(18)			
II	22	(23)			
IV	71	(67)			
V	20	(22)			
VI	3	(4)			
SLICC-SDI 2018 mediana (IC 25-75)	1	(2)	1 (0-2)	1 (0-2)	0.001
Uso de HECA n (%)	85	(50)			
Hiperlipemias n (%)	36	(32)			
Fumadores n (%)	25	(14)			
Hemodialisis n (%)	6	(5)			

en el año 2011 y no tabaquistas a aquellos que no fumaban en el 2011 (ex TBC y no fumadores). Para evaluar el efecto del hábito tabáquico se analizó la variación del FG entre 2011 y 2018, los valores de proteinuria en el año 2018 y la presencia de outcome desfavorable al 2018 (muerte, hemodiálisis o trasplante renal). Para las variables continuas se estimaron medias y desvíos estándar (DS) o medianas e intervalo intercuartil (IRC) según la distribución de la variable y para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y su porcentaje. Para analizar diferencias entre los grupos se realizó Chi cuadrado para variables categóricas y t test o Mann Whitney para variables continuas según su distribución. **Resultados:** En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. En la Tabla 2 se describe el análisis univariado entre tabaquistas y no tabaquistas. **Conclusiones:** En esta muestra de pacientes con nefropatía lúpica, fumaban más los hombres que las mujeres. El tabaquismo no se asoció a variación en el filtrado renal medido por CKD-EPI, a un aumento de la proteinuria o a la presencia de outcome desfavorable probablemente por la baja prevalencia del tabaquismo. **Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, Nefritis, Tabaquismo.

51

0051 - EL ÍNDICE DE COMORBILIDADES CHARLSON AJUSTADO A EDAD SE ASOCIA A MAYOR DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTI-FOSFOLÍPIDOS  
 COSATTI, Micaela Ana(1) | MUÑOZ, Sebastián(2) | ALBA, Paula(3) | HELLING, Claudia(4) | ROVERANO, Susana(5) | MALM GREEN, Samanta(6) | SARANO, Judith(7) | DANIELSEN, Constanza(8) | DANITH, Medina(9) | ALVAREZ, Analía(9) | EIMON, Alicia(1) | PENDÓN, Gisela(10) | CATOGGIO, Cecilia(1) | PISONI, Cecilia(1)  
**CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL FERNANDEZ (2); HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (3); OMI (4); HOSPITAL JM CULLEN (5); HOSPITAL RIVADAVIA (6); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI,UBA (7); HOSPITAL REGIONAL RAMON CARRILLO (8); HOSPITAL PENNA (9); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA (10); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (11); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (12); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI (13)**

**Objetivos:** Objetivo: Evaluar la frecuencia de comorbilidades medidas por el índice Charlson ajustado a edad (CCI) y ver su relación con las características de la enfermedad y mortalidad a 3 años en una cohorte multicéntrica de pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) de Argentina. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 243 pacientes con LES que cumplían criterios ACR 1997, > de 18 años en este estudio prospectivo y multicéntrico. Se reevaluaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad, criterios ACR acumulados, tratamientos, SLICC-SDI score y el CCI de base. Se consideró la presencia de comorbilidades si el CCI fue >=2, para incluir pacientes con otra comorbilidad extra al tejido conectivo. Se reportaron las muertes y sus causas. Se realizó estadística descriptiva, análisis univariado y un modelo de regresión lineal multivariado.



**Resultados:** Se incluyeron 243 pacientes, 90% mujeres, media (rango) 39 años (19-77). La duración mediana (IRC 25-75) de la enfermedad fue 7 años (4-13). La mediana del puntaje de Charlson fue 1 (IRC 1-2). El 67% tuvo CCI=1 (solo enfermedad del tejido conectivo) y 33% un puntaje >=2. Las comorbilidades más frecuentes fueron: cardiovascular 36 pacientes (14.8%), renal 14 (6.4%), malignidad 11 (4.4%), hepatoabiliar 10 (4.1%) gastrointestinal 9 (3.7%), endocrino 8 (3.6%), y respiratorio 4 (1.6%). Tabla 1: Análisis Univariado: pacientes con CCI >=2 comparados con pacientes sin comorbilidades (CCI=1) Se registraron 7 muertes durante el periodo de observación de 3 años: 6 relacionadas a infecciones y una a un evento cerebrovascular hemorrágico. La mediana del puntaje CCI a 3 años en sobrevivientes fue 2 (2-3) versus 2 (2-4) en los que murieron (p 0.612). En el modelo multivariado de regresión logística, CCI >=2 se asoció al SLICC-SDI OR 4.7 (95% CI, 1.96-11.25; p 0.001), edad al diagnóstico OR 1.15 (95% CI, 1.09-1.20; p<0.0001), duración del LES OR 1.12 (95% CI, 1.06-1.19; p<0.0001), mediana de criterios ACR OR 1.39 (95% CI, 1.04-1.85; p 0.024) y obesidad OR 3.79 (95% CI, 1.05-13.70; p 0.042). **Conclusiones:** El 33% de los pacientes con LES tiene comorbilidades. Estas se asociaron a mayor daño acumulado, ser mayor al diagnóstico, años de la enfermedad, criterios ACR acumulados y obesidad. **Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, Comorbilidades, Age adjusted Charlson, Comorbidity, Index

57

0057 - GLOMERULONEFRITIS PAUCIIMUNE EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: AR  
 VISENTINI, Susana Mirta | SEVILLA, Daniel Leonardo | PACHECO, Gonzalo Javier | JU, Yung Chi  
**HOSPITAL C. DURAND**

**Objetivos:** El compromiso renal en Artritis Reumatoidea es poco frecuente puede deberse a causas primarias relacionadas a la enfermedad de base o secundaria a drogas. El cuadro es generalmente asintomático. Durante el transcurso del compromiso renal pueden presentar proteinuria, hematuria o ambos, con deterioro progresivo de la función renal. Presentar el caso de una paciente sexo femenino con Artritis Reumatoidea de larga evolución y compromiso renal por glomerulonefritis extracapilar focal pauciimmune ANCA P +.

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo femenino 54 años de edad que presenta Artritis Reumatoidea, poliarticular, seropositiva de 18 años de evolución con nódulos reumatoideos en superficie de extensión. Se le efectuaron estudios de laboratorio general e inmunológico cuyos resultados fueron FR: 484, Anti CCP: > 150, FAN: 1/ 160 moteado fino, Anti SSA / RO y Anti SSB / La negativos. Durante su seguimiento presenta anomalías en orina: hematías 10 por campo, proteínas +++, cilindros hialinos aislados, sin alteraciones en los valores de urea y creatinina. Se solicita evaluación por nefrología quien finalmente decide efectuar ecografía renal, que informa tamaño disminuido de ambos riñones y biopsia renal cuyo resultado es Glomerulonefritis extracapilar focal pauciimmune. Se solicitan ANCA C - ANCA P dando resultado positivo ANCA P 1/360, C3, C4, CH50 dentro de la normalidad. La paciente recibe tratamiento con metilprednisolona pulsos, seguidos de pulsos de ciclofosfamida y posteriormente mantenimiento con azatioprina, micofenolato, con buena evolución.

**Resultados:** Del estudio de esta paciente se constata por biopsia y datos de laboratorio que presenta Glomerulonefritis extracapilar focal pauciimmune, vinculado a Artritis Reumatoidea.

**Conclusiones:** El compromiso renal de causa primaria en AR no es frecuente, se destaca la importancia de efectuar biopsia renal y solicitar ANCA, ya que su positividad predice mayor morbimortalidad y daño cardiovascular.

**Palabras Claves:** GLOMERULONEFRITIS PAUCIIMUNE, ARTRITIS REUMATOIDEA

58

**0058 - PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE POMPE Y ENFERMEDAD DE GAUCHER EN PACIENTES CON CRITERIO DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA. ESTUDIO PRELIMINAR**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: REUMATISMO PARTES BLANDAS/FIBROMIALGIA  
 PEREIRA, Dora(1) | GIORDANO, Federico(1) | SCUBLINSKY, Dario(2) | COSTI, Ana Carolina(3) | RIVERO, Mariano A.(4) | TROBO, Rosana Inés(5) | GOBBI, Carla(6) | DIAZ, Monica(7) | CUSA, María Alejandra(8) | PETKOVIC, Ingrid(9) | TRAVAGLIA, Magali(10) | I PENDON, Gisela Paola(1)

HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ LA PLATA (1); CLÍNICA SUIZO ARGENTINA (2); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (3); CONSULTORIO PRIVADO ALBERTI (4); HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER (5); HOSPITAL CORDOBA CÁTEDRA MEDICINA I UNC, ARGENTINA (6); CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE (7); IARI (8); CONSULTORIO PRIVADO MENDOZA (9); HOSPITAL R ROSSI, LA PLATA (10); HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA (11); HOSPITAL JULIO MENDEZ (12); SANATORIO GUEMES (13); HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA (14); HIGA DR OSCAR ALENDE, MAR DEL PLATA (15); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (16); HIGA EVA PERÓN SAN MARTÍN (17); HOSPITAL PENNA (18); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (19); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (20); CONSULTORIO PRIVADO (21); CONSULTORIO PRIVADO, FORMOSA (22); HOSPITAL SAN JOSÉ, CAMPANA (23); CLÍNICA DE IMÁGENES DE NEUQUÉN, (24); HOSPITAL DE AGÜDOS RAMÓN DE MADARIAGA, (25); INSTITUTO MEDICO PLATENSE (26); CLÍNICA MODELO TANDIL (27); OSEF UNC UYU (28); HOSPITAL TORNU (29); CONSULTORIO PRIVADO SAN LUIS (30); CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGÍA (31); HOSPITAL DEL MILAGRO (32); CONSULTORIO PRIVADO (33); CONSULTORIO PRIVADO (34); HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED, EL CRUCE (35); HOSPITAL DE AGÜDOS RAMÓN DE MADARIAGA, (36)

**Objetivos:** 1-Describir la prevalencia de EP y EG en pacientes con diagnóstico de FM. 2- Describir aspectos epidemiológicos de la enfermedad en los pacientes incluidos **Materiales y Métodos:** Estudio de investigación, de corte transversal diseñado para evaluar la prevalencia de EP y de EG en pacientes con diagnóstico de FM. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de FM, criterios 2010 provenientes de numerosos centros de Argentina. La recolección de datos se obtuvo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico establecido de FM a través de un formulario preespecificado y diseñado con el fin de obtener los datos. Se realizó la medición de la actividad de las enzimas alfa-glucosidasa ácida (Enf. De Pompe) y/o b-glucosidasa ácida (Enf. De Gaucher), según correspondiera, en gota de sangre fresca (DBS, driedblood spot). Las muestras se enviaron a Laboratorio de Neuroquímica. Dentro de las variables, se definió 1- Presencia de EG 2- Presencia de EP. 3- Sexo 4- Edad al momento del ingreso al estudio. 4- Fecha de nacimiento. 5- Plaquetopenia. 6- Anemia 7- Esplenomegalia 8- Hepatomegalia 9- Crisis óseas 10- Infiltración ósea 11- Deformidad Erlenmeyer. El análisis se realizó utilizando STATA versión 10.1 (Stata Corporation, TX, EE. UU.) Todos los registros médicos obtenidos se analizaron para calcular las tasas de prevalencia de EP y EG con IC del 95% en la muestra evaluada. Las características basales de los pacientes evaluados se informaron como porcentajes para los datos categóricos y la media con su desviación estándar (DE) para los datos continuos

**Resultados:** Se incluyeron un total de 477 pacientes, provenientes de 36 centros de reumatología. Un total de 33 (6.9%) pacientes fueron de sexo masculino mientras que 444 (93.1%) fueron mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 51 ±12 años (rango 12-92 años). Se evaluó la frecuencia de la EP y EG en la muestra evaluada. No se encontró ningún caso de EG en la muestra y solo un caso de EP fue identificado (prevalencia de 0.21% IC 95% 0.08-0.54). Otras características clínicas de la muestra evaluada fueron Plaquetopenia n:7 DS:1.57 Anemia n:48 DS:10.9, Esplenomegalia n: 0, Hepatomegalia n: 2 DS:0.5 Infiltración ósea n: 0. Erlenmeyer n:0 **Conclusiones:** Conclusión Del análisis de 477 pacientes con FM, se identificó un caso de EP (0.21%) y ningún caso de EG. **Palabras Claves:** Fibromialgia, Enfermedad de Pompe; Enfermedad de Gaucher

59

**0059 - MEJORES RESULTADOS DE EMBARAZOS EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO QUE TOMAN HIDROXICLOROQUINA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

Unidad Temática 2: OTROS

CUCCHIARO, Natalia Lili(1) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(1) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1) | JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | LENCINA, Veronica(1) | PICCO, Eugenia(1) | ROJAS TESSEL, Romina(1) | MONTIEL NARDINI, Olivia(2)

HOSPITAL DEL MILAGRO (1); HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (2)

**Objetivos:** Evaluar retrospectivamente la influencia del uso de hidroxicloroquina (HCQ) y aspirina (AAS) respecto al resultado del embarazo en una muestra de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó mujeres embarazadas con LES, que finalizaron su embarazo en el Hospital Público Materno Infantil de Salta, durante el período comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2016. Los datos se extrajeron del registro informático e historias clínicas, consignando aspectos sociodemográficos, características de LES, anticuerpos del síndrome antifosfolípido (SAF), anti-Ro / La, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y resultados fetales. Estadísticas: 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:** Se incluyeron 29 pacientes con LES (2 con SAF concomitante) que cursaron 39 embarazos. Al analizar los embarazos, la mediana de edad en el momento del parto fue de 25 años (RIC 24-29), y el tiempo de evolución de la enfermedad fue 4 años (RIC 1.5-6.5). Veintitrés (59) pacientes usaban HCQ en el momento del embarazo, y 11 (28.2) AAS. La mediana de peso fetal al nacimiento fue de 2430 mg (IQR 2170-2910), 9 (23.1) embarazos finalizaron en aborto o feto muerto, 16 (53.3) finalizaron a término y 14 (46.7) fueron prematuros, según los datos disponibles (n = 30). Al comparar los embarazos bajo tratamiento HCQ o no, el primer grupo tuvo significativamente menos abortos o fetos muertos (1/23 [4.3] vs 8/14 [57.1], p = 0.001). No se encontraron diferencias con respecto a la edad en el momento del embarazo (25 vs 27, p = 0.5), años de evolución de la enfermedad (4.1 vs 4.5, p = 0.2), partos prematuros (10/22 [45.5] vs 3/6 [50], p = 1) ni peso al nacer (2461 mg frente a 2269 mg, p = 0.4). Se registraron 2 muertes maternas, ninguna tomaba HCQ. No hubo abortos o fetos muertos en los embarazos que tomaron AAS comparado con las que no la toman (0/11 [0] vs 9/28 [32], p = 0.04). En la logística modelo de regresión, el uso de HCQ se asoció de forma independiente con menos aborto o feto muerte (p = 0.007). No se encontraron diferencias entre aquellos con anticuerpos para SAF positivo o negativo o Ro / La con respecto a los resultados del embarazo.

**Conclusiones:** En esta muestra de pacientes embarazadas con LES, el uso de HCQ y el uso de aspirina fueron asociados con significativamente menos abortos o fetos muertos. Todos los recién nacidos tenían pesos menos de 2,5 kgs.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, hidroxicloroquina, embarazo

60

**0060 - NECROSIS EXTENSA DE LENGUA: FORMA DE PRESENTACIÓN DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR

LEGGUZZAMON, María Lilia | HÜTTMAN, Francisco Javier | SORIA CURI, Yessika Jackeline | MAZZA, Susana Marcela | ESPASA, Gabriela Vanesa | BELLOMIO, Verónica Inés

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

**Resultados:** Caso clínico. Paciente masculino de 42 años, sin antecedentes patológicos, que consultó por lesión ulcerada de 3 cm de diámetro en borde lateral de lengua, dolorosa; aftas en labios y punta de la lengua; lesiones isquémicas en 2°, 3° y 4° dedo de ambas manos; lesiones ampollares con contenido serohemático dolorosas en manos; múltiples lesiones redondeadas eritematosas maculopapulares en glúteos y lesiones pustulosas en codos. Además presentó odinofagia, otalgia izquierda y adenopatías cervicales. Se plantearon diversos diagnósticos diferenciales: Infección, Neoplasia, Vasculitis asociada a tóxicos, Enfermedad de Behcet, Vasculitis sistémica. Presentó reactantes de fase aguda elevados, ANA, VDRL, HIV, Hepatitis B y C, Paull Bunnell y toxicológicos todos negativos; hemocultivos bacteriológicos y micológicos negativos. Proteinuria negativa, ecocardiograma normal, TAC de tórax normal. Examen oftalmológico con escleritis bilateral. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica y necrosis fibrinoide a predominio de vasos pequeños. Biopsia de lengua: exudado inflamatorio a predominio PMN con fibras musculares lisas en necrobiosis. Presentó progresión de las úlceras de lengua y de las lesiones purpúricas y ampollares de miembros. Se recibió resultados de ANCA C 1/1280, PR3 Positivo; con BVAS 10. Se administraron 3 pulsos de metilprednisolona EV con excelente respuesta y se indicó 1 g de ciclofosfamida EV mensual (BVAS 0). Luego de la segunda dosis presentó recaída cutánea y mucosa extensa, deterioro de función renal, hematuria y úlcera perianal infectada (BVAS 21). Se consideró refractario a ciclofosfamida e inició rituximab 2 gr EV; continuando con descenso de esteroides. Luego de 2 meses, a pesar de control de signos y síntomas de vasculitis, fallece por neumonía necrotizante.

**Conclusiones:** Las vasculitis sistémicas asociadas a ANCA se caracterizan por la inflamación y necrosis de la pared vascular de pequeños vasos. Tanto la necrosis de la lengua como las ulceraciones perianales son poco frecuentes (2%), y raramente manifestaciones iniciales de la enfermedad. Se presenta un caso de vasculitis asociada a ANCA que inicia con necrosis extensa de lengua y lesiones atípicas en piel.

**Palabras Claves:** Vasculitis sistémicas, ANCA

63

**0063 – MIOPATÍA INFLAMATORIA ASOCIADA A ENFERMEDAD CELÍACA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

BURKET, Andres(1) | CASAS, Eduardo Martín(2) | FUERTE, Julio Hernan(3) | GALLO, Jhonny Eduardo(4) | GAMBRA, Ivan Eduardo(5) | HAMDANI ALHALABI, Samer(6) | PACHECO, Gonzalo(7) | TINOCO, Mariana(8)

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN (1); CONSULTORIO (2); CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS (3); HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ (4); HOSPITAL SAN JOSÉ CAPILLA DEL SEÑOR (5); DAS (6); UNIVERSIDAD MAIMONIDES (7); HOSPITAL ESPERANZA (8)

**Objetivos:** Destacar la pesquisa de patologías asociadas a miopatías inflamatorias para una optimización temprana del esquema terapéutico.

**Materiales y Métodos:** Paciente sexo femenino, 52 años, sin antecedentes patológicos, madre fallecida de CA colon a los 52 años, padre hipertenso. Consulta por pérdida de fuerza muscular en cintura pelviana bilateral y simétrica de 8 meses de evolución, en forma progresiva. Examen físico: disminución de fuerza muscular, Kendall en 3/5. Refiere intolerancia a las harinas y dispepsia. Ante esta sintomatología se descartara síndrome paraneoplásico, patologías autoinmunes, así como también enfermedades de origen infeccioso, metabólico y neurológico. Solicitando diversos tipos de estudios tales como: Hemograma; CPK; Alfafetoproteína; Antígeno carcinoembrionario; Anti Gliadina; Anti transglutaminasa; Anti JO1; FAN; Anti MI2; Anti Pm ScI; Anti Srp; Anti 155/140; TSH T3 T4; Ca 125; TAC Torácica y Abdominal; Examen Ginecológico y Neurológico; COPROCULTIVO; BIOPSIA DUODENAL; PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO; EMG; RMN; ECOGRAFIA; BIOPSIA MUSCULAR. Una vez obtenido los resultados se continuo con el siguiente esquema terapéutico: Prednisona 1mg/kg.día y dieta libre de gluten.

**Resultados:** En lo que respecta a esta paciente, se encontro que los siguientes estudios fueron positivos; CPK; 1984; Anti Gliadina: positivo; Anti transglutaminasa: positivo; BIOPSIA DUODENAL: MARSH II; PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO: Hipergamaglobulinemia policlonal; EMG MIEMBROS INFERIORES: Potenciales de acción polifásicas menor número de unidades motoras; BIOPSIA MUSCULAR: Mionecrosis, regeneración polifásica y multifocal; infiltrado inflamatorio con predominio Linfocitos CD8+ y Macrófagos. Estos resultados dejan en evidencia un paciente con Miopatía y Celiaquia asociadas

**Conclusiones:** Con el caso presentado, deseamos destacar al reumatólogo como un actor importante para realizar el manejo integral de miopatías inflamatorias, pesquisando otras enfermedades asociadas, así como también síndromes paraneoplásicos. Queremos así fomentar un entrenamiento acabado de reumatólogos, para un manejo multidisciplinario rápido y precoz, con diagnóstico y tratamiento oportunos.

**Palabras Claves:** Miopatía, Celiaquia

## 64

## 0064 - OSTEOARTRITIS EROSIVA DE MANOS DIAGNÓSTICO TEMPRANO POR ULTRASONOGRAFÍA

**Introducción:** La osteoartritis erosiva o inflamatoria de manos es una variante infrecuente de osteoartritis, teniendo una prevalencia del 2.8% en la población general, teniendo sus propias características clínicas y radiográficas. Caracterizada clínicamente como una poliartritis intermitente que afecta principalmente interfalángicas distales y proximales con una destrucción articular progresiva y al examen físico presenta nódulos de Heberden y Bouchard acompañadas de subluxaciones, contracturas en flexión. Clásicamente presenta erosiones centrales con forma de ala de gaviota y erosiones de diente de sierra siendo estos hallazgos tardíos en radiografía, en el cual los pacientes ya presentan discapacidad funcional en manos, junto con proliferación ósea. Tradicionalmente la osteoartritis ha sido estudiada y clasificada según criterios radiográficos, siendo esta un herramienta útil pero de uso tardío, ya cuando el paciente presentaba lesiones irreversibles. Se han intentado usar otros métodos de diagnósticos por imágenes como la resonancia magnética nuclear pero por su alto costo y escasa reproducibilidad se ve limitada siendo la ultrasonografía un método que proporciona una buena calidad de imágenes y con una resolución menor a 2 mm para detallar las estructuras anatómicas con un costo asequible.

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS - **Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

SANABRIA VILLARPANDO, Marcelo I JU, Yung Chi I SEVILLA, Daniel Leonardo I PACHECO, Gonzalo I RODRIGUEZ RAMIREZ, Armin Albert I GONZALEZ, Ingrid I ALCIVAR, James I PEÑALOZA FLORES, Micaela Bercy I ORTIZ MATEUS, Luis Carlos I VISENTINI, Susana Mirta

## HOSPITAL C. DURAND

**Objetivos:** Identificación diagnóstica temprana según criterios ACR 1990, buscando erosiones precozmente mediante ultrasonografía con el fin de instaurar terapéutica oportuna. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte transversal, se tomó un grupo de 34 pacientes con osteoartritis nodal, 32 de sexo femenino y 2 de sexo masculino, cuyas edades oscilaban entre 29 y 78 años. El tiempo de evolución entre 4 años y 20 años. A los pacientes se les efectuó laboratorio general, reactivantes de fase aguda, factor reumatoide y ácido úrico. Se solicitó radiografías de ambas manos y pies frente y perfil. Ecógrafo Siemens Acuson P300 de sonda lineal LA435 Banda de frecuencia 15 Mhz y doppler power, realizando ecografías longitudinales y transversales en IFD e IFP de ambas manos. **Resultados:** De los 34 pacientes el 100% presento erosiones en ecografía y mediante radiografía solo el 53% se evidencio las lesiones para introducir las dentro de los criterios ACR. Siendo un 47% de pacientes con erosiones solo evidenciadas por ultrasonografía. En las radiografías de ambos pies en el 100% de los pacientes no se encontraron erosiones óseas. Del 100% de pacientes ninguno presento al momento del estudio doppler power positivo. Presentaron el 100% factor reumatoide negativo y reactivantes de fase aguda dentro de valores normales.

**Conclusiones:** El 100% de pacientes presento criterios ACR para osteoartritis erosiva, ingresando 13 (47%) pacientes con diagnóstico temprano por ultrasonografía y otros 21 (53%) con diagnóstico tardío por radiografía. Utilizando la ultrasonografía se podrá incluir de manera objetiva un mayor número de pacientes y así realizar tratamiento temprano.

**Palabras Claves:** Osteoartritis erosiva, Ultrasonografía

## 69

## 0069 - SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS VASCULAR (EDSV) O TIPO IV

**Introducción:** El síndrome de Ehlers-Danlos vascular (EDSV) o tipo IV, es un síndrome genético autosómico dominante que tiene una prevalencia de 1-2/100000 habitantes, la mitad de los pacientes son portadores de la mutación del gen COL3A1 que codifica las cadenas PRO ALFA 1 del colágeno tipo 3 y se halla ubicado en el cromosoma 2, el resto desarrolla la enfermedad debido a una mutación de novo que lleva alteraciones en los tejidos conectivos blandos: piel, articulaciones, órganos huecos y vasos sanguíneos, frecuentemente presentan complicaciones a una edad temprana por ruptura de aneurisma o de estructuras anatómicas como colon, útero y pulmón potencialmente fatales.

**Modalidad:** Poster

**Unidad Temática:** CASOS CLÍNICOS

**Unidad Temática 2: REUMATISMO PARTES BLANDAS/FIBROMIALGIA**

ORTIZ MATEUS, Luis Carlos I RODRIGUEZ RAMIREZ, Armin Albert I JU, Yung Chi I PACHECO, Gonzalo I SEVILLA, Daniel Leonardo I VISENTINI, Susana Mirta

## HOSPITAL C. DURAND

**Objetivos:** Presentar una enfermedad rara

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo

**Resultados:** paciente femenino de 38 años de edad que consulta a guardia por presentar un hematoma en fosa iliaca derecha, es evaluada por cirugía vascular que solicita una ecografía de piel y partes blandas, que describe una dilatación de arteria femoral, otros datos del cuadro clínico piel delgada, pie bot bilateral, dolor a movilización de hombro y rodilla, luxación frecuente del hombro derecho, hiperlaxitud de los dedos de las manos y hematomas espontáneos en todo el cuerpo desde la infancia, por la que es derivada al servicio de reumatología donde se solicita angiografía magnética nuclear con gadolinio de miembros inferiores informando: aneurisma en la arteria femoral común derecha de 0.9 cm. se amplía el estudio a miembros superiores y cerebro informando 1: dilatación aneurismática en la arteria cubital derecha de 0.5 x 0.3 cm longitudinal/transverso 2: Dilatación aneurismática en la arteria cubital izquierda de 4 cms en x 0.8 cm longitudinal/transverso. 3: Dilatación aneurismática de arteria carótida interna izquierda con un diámetro de 0.3 cm. De acuerdo a los criterios clínicos de Síndrome de Ehlers-Danlos vascular (EDSV) o tipo IV presentado por la paciente: Signos mayores: piel delgada y transparente, los aneurismas y hematomas, Signos menores: Hipermovilidad de pequeñas articulaciones y el pie bot. El diagnóstico se confirmó mediante estudio genético que concluye una mutación del gen COL3A1. Cuando se presenta un paciente con este cuadro clínico debe establecerse el diagnóstico diferencial con los siguientes síndromes: Marfan, Leoy-Dietz, Sticler y Osteogénesis imperfecta.

**Conclusiones:** 1. El EDSV o tipo IV es una enfermedad rara. 2. Con frecuencia se hacen diagnósticos erróneos tales como: hipocóndria, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia. 3. El tratamiento médico es sintomático. 4. Es fundamental la prevención de hemorragias y ruptura de órganos huecos. 5. Es una enfermedad de mal pronóstico con una sobrevida estimada alrededor de los 40 años.

**Palabras Claves:** Mutación, colágeno y aneurismas.

## 70

## 0070 - SARCOPENIA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** ETC

REMOLINA RINCÓN, Iván Darío(1) I MENNA, Danny(1) I ALAK, Maria Del Carmen(1) I ALSINA, Graciela(2) I QUEVEDO MAYORGA, Pedro(1) I RIVERO, Mariano A.(1) I BARREIRA, Juan Carlos(1)

## HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (1); CONSULTORIO PRIVADO (2)

**Objetivos:** Describir frecuencia de sarcopenia en pacientes con Esclerosis Sistémica. La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por incremento en la síntesis y depósito de matriz extracelular en piel y órganos internos con compromiso macro y microvascular. Según la extensión del compromiso cutáneo se clasifica en ES cutánea limitada o difusa y ES sin compromiso de piel. Afecta principalmente a mujeres entre la 3ª y 4ª década de la vida con relación que varía de 6:1 a 14:1. Las manifestaciones de la ES pueden alterar múltiples funciones del tracto gastrointestinal (TGI) con sobrecrecimiento bacteriano, disfgia así como malnutrición y cambios de la composición corporal pudiendo ser causa de pérdida progresiva de la masa, función y fuerza del músculo esquelético conocida como Sarcopenia. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013 evaluados en el servicio de reumatología del Hospital Británico. Se excluyeron aquellos con otra enfermedad del tejido conectivo, enfermedad crónica concomitante, neoplasia, uso de bastón o dispositivo para caminar, embrazo y uso de prednisona >10 mg/día o equivalente durante los últimos 6 meses. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. Se evaluó masa muscular esquelética mediante absorciometría dual de rayos X (ADX), fuerza de prensión con dinamómetro marca Jamar siguiendo las normas de Mathiowetz y rendimiento mediante velocidad de marcha en 4 metros. Se incluyeron variables clínicas y de laboratorio, medición de actividad física por medio de cuestionario internacional, malnutrition screening tool (MST), scores de actividad y severidad. Se definió sarcopenia con valores de índice de masa muscular esquelética-IMME (suma de masa muscular libre de grasa en brazos y piernas) <5.5 kg/m<sup>2</sup> en mujeres y <7.26 kg/m<sup>2</sup> en varones, fuerza de prensión con valor de corte para varones <30 kg y mujeres <20 kg y la velocidad de marcha <0.8 m/s en ambos géneros. **Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes de los cuales 13 (76.4%) correspondían a ES limitada, 14 (82.3%) fueron mujeres, edad media de 52.5 (±15.8) años, media de tiempo de evolución de la enfermedad de 108.11 (±96.32) meses, la etnia mestiza fue más frecuente (41%). Exposición tabáquica en 14 (82.3%) pacientes. La media de peso fue 67.6 (±13.8) kg, la de talla fue 160.6 (±8.3) cm e IMC fue 26.1 (±4.5) kg/m<sup>2</sup>. Se hallaron valores medios de IMME de 6.73 (±1.24) kg/m<sup>2</sup> y velocidad de marcha de 0.65 (±0.15) m/s. La mediana del índice de actividad EUSTAR fue 0.4 (rango: 0-2), score de severidad Medsger fue 2.2 (rango: 1-5), HAQ 0.4 (rango: 0-1.375), EVA de 17.3 (rango: 0-50) mm y score de Rodnan 4.6 (rango: 2-23). Del total, 10 pacientes realizaron fuerza de prensión con una media de 21.7 (±7.4) kg en mano dominante y 20.3 (±9.6) kg en mano no dominante, media de actividad física de 2496 (±2154) METS y riesgo de malnutrición con una mediana de 0.58 (rango: 0-4). Se encontró sarcopenia en 6 (35.2%) pacientes. Al comparar grupos, sarcopenia se presentó en 4/13 (30.7%) pacientes con ES limitada Vs 2/4 (50%) ES difusa p=0.482, género femenino: 4/6 (66.6%) Vs 10/11 (90.9%) pacientes p=0.21, la edad fue menor en pacientes con sarcopenia: 41.6 (±16.8) Vs 58.4 (±12.3) años p=0.04, exposición tabáquica en sarcopenia fue 3/6 (50%) Vs 11/11 (100%) pacientes p=0.01, el peso en sarcopénicos fue 55 (±3.3) Vs 74.5 (±12.4) kg p<0.01, talla 161.8 (±7.4) Vs 160 (±9.03) cm p=0.42, IMC 21.09 (±1.68) Vs 28.96 (±2.83) kg/m<sup>2</sup> p<0.01, masa magra apendicular: 15.5 (±3.5) Vs 18.8 (±5.2) kg p=0.13, velocidad de marcha: 0.62 (±0.14) Vs 0.65 (±0.16) m/s p=0.72, actividad física: 1114.8 (±876.6) Vs 3250 (±2295.4) METS p=0.01, riesgo de malnutrición en 3/6 (50%) vs ningún paciente p=0.03. No se presentaron diferencias significativas en scores de Rodnan, Medsger, actividad, HAQ y EVA. **Conclusiones:** La frecuencia de sarcopenia fue 35% no pudiendo ser comparado en nuestro medio al no existir datos similares en ES así como en población general donde ha sido evaluada sólo en adultos mayores. Se presentó con mayor frecuencia en ES difusa; con significancia estadística en peso, IMC, actividad física y riesgo de malnutrición sugiriendo el importante rol del desacomodamiento físico y estado nutricional. **Palabras Claves:** Esclerosis Sistémica, Sarcopenia, Malnutrición, Debilidad muscular, Composición Corporal

## 71

## 0071 - EXPRESIÓN DE GENES VINCULADOS A LA BIOSÍNTESIS DEL INTERFERÓN-ALFA; EN CELULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4

**Modalidad:** Poster

**Unidad Temática:** OTROS

ATTALLAH, Carolina(1) I COSTA, Lucas(2) I CARRERA, Elena(2) I OGGERO, Marcos(1) I PAIRA, Sergio(3)

## CONICET (1); UNIDAD DE BIOMETRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNL (2); HOSPITAL JM CULLEN (3)

**Objetivos:** Evaluar rol del IFN-alfa; en pacientes argentinos con ER-IgG4

**Materiales y Métodos:** Evaluamos la expresión génica de TLR7, TLR9, IRF5, IRF7, IFN  $\alpha$ , Foxp3 y Fas en 16 pacientes argentinos diagnosticados de ER IgG4 (Comprehensive diagnostic criteria for IgG4-RD, 2011), cuyas edades se encuentran entre 19 a 80 años (mediana: 59 años), y 14 controles sanos con edades entre 24 y 75 años (mediana: 36 años). Según criterios de inclusión, los pacientes fueron clasificados como: definidos (13), probables (2) y posible (1). Al momento de la toma de muestra, los perfiles de tratamiento fueron los siguientes: sin tratamiento (3), glucocorticoides (4), metotrexate y glucocorticoides (7), glucocorticoides y azatioprina (2). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes. Los niveles de expresión génica fueron analizados mediante qPCR a partir del ARN extraído de células mononucleares de sangre periférica. Los valores de expresión fueron normalizados empleando el gen  $\beta$ -actina como housekeeping. La expresión relativa fue calculada usando el método comparativo del 2<sup>ct</sup>. El método estadístico empleado fue la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Se evaluó la correlación lineal entre la expresión de los genes evaluados mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados se consideraron significativos cuando  $-0.6 < r^2 < 0.6$  y  $p = 0.01$ .

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre pacientes y controles en los niveles de expresión de ninguno de los transcritos evaluados. Tampoco se encontraron diferencias en la expresión de estos genes respecto del criterio de clasificación de los pacientes o el perfil de tratamiento de los mismos. A pesar de ello, se identificó una correlación positiva ( $r^2=0.647$ ) en la expresión de IFN-alfa; y TLR7 exclusivamente en pacientes.

**Conclusiones:** Si bien estos resultados son preliminares, resulta interesante continuar este estudio ya que otros autores reportaron el rol central de la inmunidad innata en el desarrollo de la ER-IgG4. Además, en el último tiempo se ha estudiado intensamente el papel del IFN-alfa; como mediador central en la patogénesis del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Si bien las manifestaciones clínico-patológicas tanto del LES como de ER-IgG4 son completamente diferentes, aún resta dilucidar las diferencias entre ambas a nivel celular y molecular, ya que como en el caso de esta citoquina, comparten factores que intervienen en el desarrollo de la inmunopatogénesis de las mismas.

**Palabras Claves:** Expresión génica; ER-IgG4; IFN-alfa; inmunidad innata



## 85

**0085 - NECROSIS TUBULAR AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR

BARRIOS, Celina Vanesa | BRAILLARD POCCARD, Andrea Susana | PORTILLA, Yesid Giovanni | GOMEZ, R A | DUBINSKY, Diana

**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Objetivos:** Es frecuente el debut de las vasculitis ANCA asociada (VAA) como insuficiencia renal aguda rápidamente progresiva. El sedimento urinario es una herramienta de utilidad para su sospecha clínica, por la presencia de proteinuria y hematuria dismórfica. Este también permite considerar otros tipos de compromiso renal (necrosis tubular aguda, nefritis intersticial). En algunos casos, la coexistencia de más de un mecanismo de lesión renal puede alterar los hallazgos del sedimento urinario e incluso enmascarar datos altamente sugestivos de compromiso glomerular. Se presenta un caso clínico que ejemplifica esta situación.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 52 años, antecedente de asma en la infancia. Consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por dolor lumbar de tipo cólico y fiebre, recibió varios esquemas antibióticos, desarrolla edemas en miembros inferiores y oliguria por lo que consulta. Al examen: sibilancias a predominio de hemicampo izquierdo, tiraje intercostal. Laboratorio: Hematocrito: 21; Hemoglobina: 6,5; VCM: 67; Glóbulos blancos: 17330 (PMN 84%) plaquetas: 486000; LDH: 539; Urea: 184; Cr 7,6 mg/dl. VSG 121. Proteinuria: 0,37g/24hs; Sedimento urinario por nefrología: proteínas (+), hematies 30-40 isomórficos campo cubierto, cilindros granulados oscuros. Ecografía renal: riñones de tamaño conservados, sin otros hallazgos. Tomografía de tórax: Nódulos de distribución apical y otros de distribución periférica basal que podrían corresponder a proceso infeccioso o inflamatorio. Lavado broncoalveolar: células pavimentosas con cambios celulares reactivos, numerosos macrófagos, aislados linfocitos, y regulares hematies, 70% de macrófagos cargados de hemosiderina. Serología: FAN (hep-2): 1/80 Moteado; factor reumatoides: 120; ANCA P 1/320; Anti MPO 92; Anti DNA: negativo; panel viral: negativo. Evolución con deterioro hemodinámico con requerimiento de hemodiálisis de urgencia, y de intubación orotraqueal. Se interpreta compromiso pulmonar por VAA asociada, probable GPA. Inicia pulsos de metilprednisolona EV, 3 sesiones de plasmáferesis, seguido de ciclofosfamida 1gr. Debido a los hallazgos en el sedimento urinario y el antecedente de múltiples antibióticos la insuficiencia renal se interpretó, inicialmente, como nefrototoxicidad (necrosis tubular aguda). Por duda diagnóstica se realizó biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa (paucimmune - ANCA relacionada)

**Conclusiones:** Se presenta este caso clínico porque representó un desafío diagnóstico debido a la presentación del compromiso renal con parámetro de necrosis tubular renal: hematuria isomórfica, proteinuria en rango no nefrótico y cilindros granulados oscuros. Creemos que podría corresponder a que el daño tubular en una paciente oligúrica ocultó los hallazgos típicos de glomerulonefritis. No encontramos en la literatura casos reportados con esta presentación.

**Palabras Claves:** Vasculitis ANCA asociada, insuficiencia renal aguda (IRA).

## 87

**0087 - LUPUS NEONATAL: UNA SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Modalidad: Poster  
Unidad Temática: PEDIATRÍA

Unidad Temática 2: ETC

MEIORIN, Silvia | TORREGIANI, Victoria | BARZOLA, María Laura | GRIPPO, María | ESPADA, Graciela

**HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ**

**Objetivos:** El lupus neonatal (LN) es una enfermedad poco frecuente con una incidencia estimada de 1:20.000 embarazos, causada por el pasaje transplacentario de autoanticuerpos anti-Ro y/o anti-La en la circulación fetal. La madre puede ser completamente asintomática o tener una enfermedad reumática inflamatoria conocida (Síndrome Sjögren ó Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Las manifestaciones clínicas son diversas, siendo las más comunes las cutáneas y cardíacas. Objetivo: Presentar una serie de pacientes diagnosticados con LN entre 1999 y 2018 en un hospital terciario.

**Materiales y Métodos:** Revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LN (Feto ó Recién nacido con 1 ó más de las siguientes manifestaciones: Bloqueo AV, compromiso cutáneo característico, hepático ó hematológico en ausencia de otras explicaciones, y madre con presencia de anticuerpos anti-RO/anti-La). Se analizaron variables demográficas, datos perinatólogicos, manifestaciones clínicas, estudios cardiológicos (ECG y ecocardiograma), terapéuticas, y datos maternos (Dx de Enf. del Tejido Conectivo y tratamiento durante el embarazo). Se evaluaron datos serológicos en el niño y la madre detección de autoanticuerpos anti-Ro y anti-La (Elisa). Análisis estadístico descriptivo (SPSS 20.0).

**Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes, 7 varones (63,6%), relación V:M= 2,7:1, con tiempo mediano a 1ª consulta 1,31 meses (RIC 0,09-2,16) y tiempo mediano seguimiento 3,14 meses (RIC 0,32-5,09). Cinco recién nacidos fueron pretérmino (Peso mediano 2748 gramos). Enfermedades inflamatorias maternas: 3 Síndrome Sjögren y 2 hepatitis autoinmune, 2 presentaban síntomas inespecíficos (rash y artralgias), mientras que 3 eran asintomáticas. En 4 pacientes (36,4%) el diagnóstico de LN fue prenatal. Compromiso cardiológico (Bloqueo cardíaco congénito-BCC) se observó en 7 neonatos (63,3%), en 6 fue colocado marcapaso (rango de tiempo desde el diagnóstico 0,0-5,14 meses). Sólo 1 de ellos desarrolló insuficiencia cardíaca, y falleció a los 25 días de vida debido a fallo multiorgánico. Rash maculopapular fotosensible se observó en 4 pacientes, en uno de ellos sin manifestaciones extracutáneas y de aparición luego del mes de vida. Compromiso de SNC (convulsiones recalcitrantes) presentaron 2 neonatos. Perfil inmunológico: 10 neonatos fueron anti-Ro +, y 7 anti-La+. Terapia postnatal: corticoides sistémicos (Dexametasona) 1 paciente por severo compromiso sistémico con descompensación hemodinámica, y Gamma-globulina a 2 neonatos con síndrome convulsivo. Solo 2 madres recibieron tratamiento prenatal con corticoides.

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes con LN: 2/3 de los niños presentaron BCC, con requerimiento de marcapaso en 85,7%. En sólo 4 casos la detección fue prenatal, recibiendo tratamiento corticoideo materno en el 50%. El reconocimiento precoz de esta enfermedad durante la gestación es relevante especialmente si presenta compromiso cardíaco, ya que un tratamiento adecuado podría revertir un bloqueo de bajo grado.

**Palabras Claves:** Lupus Neonatal, Bloqueo AV congénito, anticuerpos anti-Ro/anti-La

## 88

**0088 - ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES: FORMA DE PRESENTACIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: PEDIATRÍA - Unidad Temática 2: ETC  
TORREGIANI, Victoria | BARZOLA, María Laura | MEIORIN, Silvia | ESPADA, Graciela

**HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ**

**Objetivos:** El término espondiloartropatías (Spa) abarca un grupo de enfermedades reumáticas constituido por 5 entidades: Espondilitis Anquilosante (EA), Artritis reactiva (Ar), Artritis Psoriática (APso), Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y espondiloartropatías indiferenciadas. Se caracterizan por la presencia de sinovitis periférica, entesitis, compromiso axial, asociación con HLA-B27 y agregación familiar. En pediatría no hay consenso definitivo respecto de su nomenclatura y clasificación. A pesar de los intentos en lograr dichos objetivos, realizados por ILAR y el grupo Europeo, un importante número de niños clasifican aún como "indiferenciados". La clasificación del ESSG (European Spondylarthropathy Study Group), validada en pediatría (Prieur '93) intenta abarcar el espectro completo de niños y adolescentes con Espondiloartropatía Juvenil (JSpa). Objetivos: 1) Describir las formas de presentación clínica, curso y evolución de una cohorte de ptes con JSpa. 2) Analizar factores asociados a desarrollo de compromiso axial.

**Materiales y Métodos:** Evaluación retrospectiva de historias clínicas de ptes con JSpa, seguimiento ≥ 1 año, que cumplieran criterios de ESSG (Período 1998-2018). Se evaluaron variables demográficas, clínicas (manifestaciones musculoesqueléticas y extraarticulares), de laboratorio, imágenes (Rx y RMN de articulaciones comprometidas) y terapéuticas. Se registraron antecedentes filares de espondiloartropatía. Evaluación clínica: actividad de enfermedad por JSpADA (Weiss 14) y funcional por CHAQ (Singh '94). Análisis estadístico descriptivo, Chi2, T-test, regresión logística, SPSS 20.0. **Resultados:** Se incluyeron 62 ptes, 46 varones (74%), edad mediana al Dx 12 años (RIC 9,1-13,5) y tiempo X de seguimiento 5,7 años (DS ±4,5). Síntomas articulares previo al Dx, mediana 3,5 meses (RIC 2,0-12,0). Los ptes clasificaron como: 21 APso, 9 ArE, 6 EA, 3 EII y 23 indiferenciadas. El 66% tenía un familiar 1º grado con Spa (n=41). Artritis periférica fue la forma de presentación más común en 98% (n=61), asimétrica en 69% (n=43) y oligoarticular en el 38% (n=24), articulaciones prevalentes: 74% rodillas (n=45), 65,5% tobillos (n=40) y 38% tarsos (n=23); afección de pequeñas articulaciones de manos fue prevalente en APso (60%). Dactilitis se observó en 18 ptes (29%). Treinta y tres ptes presentaron entesitis (53%), mediana de aparición 0,6 años (RIC 0-1,3), localización: Aquiles, rodilla y fascia plantar (n=25, 15 y 14 respectivamente). Compromiso axial (clínico y/o radiológico) se observó en 22 pacientes (35,5%): 11 indiferenciadas, 7 EA, 3 APso, 1 ArE. Tiempo X aparición 2 años (DE ±2,54). En 11/19 RMN realizadas se objetivó sacroileitis. Manifestaciones extraarticulares se observaron en 28 ptes (45%): Psoriasis (n=15), en el 67% precedió a las manif. articulares, compromiso genital (6), EII (3) y uveítis aguda (2). HLA-B27 se determinó en 13 ptes, siendo positivo en 54% de ellos. Datos clínicos al Dx: JSpADA X 2,8 (DE±1,3) y CHAQ X 1,07 (DE ±0,62). Cuarenta ptes (64,5%) recibieron terapia con DMARDs y 39% agentes biológicos (n=24). A la última consulta 40 niños (64,5%) se encontraban clínicamente inactivos, JSpADA X 0,8 (DE ±1,23) y CHAQ X 0,16 (DE ±0,3). El 45% de la cohorte (n=28) presentó curso recurrente, mientras que el curso fue predominantemente monofásico en las ArE (55,5%). Sólo la artritis de cadera se asoció significativamente al compromiso axial (p.001) y fue predictor de riesgo para el mismo (B 3,3, p. 0,01, ExpB 26,1). **Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes con JSpa observamos que la forma de presentación prevalente fue oligoartritis asimétrica a predominio de miembros inferiores (rodilla, tobillo y tarso). Se observó entesitis y compromiso axial en 33 (53%) y 22 ptes (35,5%), respectivamente. La manifestación extraarticular más frecuente fue Psoriasis. El curso de la enfermedad fue en su mayoría recurrente y a la última consulta 2/3 de la cohorte se encontraba clínicamente inactiva. La artritis de cadera se asoció al compromiso axial y fue predictor de dicha afectación. **Palabras Claves:** espondiloartropatía juvenil, espondilitis anquilosante juvenil, criterios de clasificación

## 90

**0090 - HISTOPLASMOSIS LARÍNGEA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Modalidad: Poster Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS Unidad Temática 2: CASOS CLÍNICOS

ALASCIO, Lucía | CAICEDO CORREA, Oscar Andrés | BANDE, Juan Manuel | PÉREZ, Silvana Karina | MEDINA, María Alejandra | PAPASIDERO, Silvia Beatriz | PANCALDO, María Florencia | ROCA, Natalia | CARACCILOLO, José Angel

**HOSPITAL TORNÚ**

**Objetivos:** La Histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. Su distribución es cosmopolita, y es endémica en algunas provincias del noreste argentino, siendo su reservorio el excremento de murciélago y de algunas aves. Se han descrito desde formas paucisintomáticas hasta formas potencialmente mortales. En los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se han reportado casos que pueden simular brotes de actividad así como también manifestaciones articulares o cutáneo-mucosas aisladas. Se presenta el caso de una paciente con LES e histoplasmosis sintomática con afectación laríngea. **Resultados:** Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 37 años de edad, de nacionalidad paraguaya, con diagnóstico de LES de 5 años de evolución. A lo largo de su enfermedad presentó compromiso de serosas, cutáneo, hematológico e inmunológico, por lo que se encontraba bajo tratamiento con Glucocorticoides e Hidroxicloroquina. Se internó en el servicio de clínica médica de nuestro hospital, por presentar fiebre, tos y disnea clase funcional IV de una semana de evolución. Al interrogatorio, además, refería disfonía de 3 meses de evolución. El laboratorio evidenció anemia, leucopenia con linfopenia y elevación de reactivos de fase aguda. La radiografía de tórax reveló una imagen compatible con condensación en la base del pulmón derecho. Se realizó tomografía tórax-abdominal donde se constató una imagen pulmonar de condensación paracardiaca derecha y esplenomegalia, motivo por el cual se inició tratamiento antibiótico con diagnóstico de neumonía. Se llevó a cabo una fibrobroncoscopia, la cual evidenció larvas de Strongiloides stercoralis y una formación laríngea de aspecto granulomatoso. En el estudio anatomo-patológico de dicha lesión se observaron elementos levaduriformes de localización tanto intra como extracelular, sugestivos de *Histoplasma capsulatum*. El estudio de reacción en cadena de polimerasa realizado en el material obtenido del lavado bronquio-alveolar fue positivo para este agente micótico, por lo que se indicó tratamiento con Itraconazol con buena respuesta.

**Conclusiones:** Las infecciones oportunistas son una complicación importante en el LES, y pueden ser de difícil diagnóstico. La histoplasmosis laríngea primaria (aislada), es una forma clínica rara y representa un signo de diseminación de la infección por vía hematogénica desde un foco primario generalmente pulmonar. Si bien en quienes padecen LES hay varios reportes de infecciones producidas por *Histoplasma*, son muy pocos los que presentaron dicha localización. Por lo tanto, teniendo en cuenta la existencia de estas formas de presentación atípicas o poco frecuentes, el diagnóstico de histoplasmosis debe sospecharse particularmente en aquellos pacientes con LES que residen y/o viajen hacia áreas endémicas, y más aún si se encuentran bajo tratamiento inmunosupresor y/o corticoterapia.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, LES, Histoplasmosis



91

**0091 - MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS - Unidad Temática 2: CASOS CLÍNICOS

FARFAN ROJAS, Patricia I BANDE, Juan Manuel I PÉREZ, Silvana Karina I MEDINA, María Alejandra I PAPASIDERO, Silvia Beatriz I ALCIVAR, Jose Simon I GROISMAN, Iliana I ROCA, Natalia I CARACCIOLLO, José Angel

**HOSPITAL HORRÚ**

**Objetivos:** La piel representa el segundo órgano más frecuentemente afectado en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) después del compromiso articular. Aproximadamente, el 75% de los pacientes presentan manifestaciones cutáneas en algún momento de su evolución. Describimos un paciente con LES y múltiples lesiones cutáneas que motivó una revisión de la literatura sobre este tema. **Materiales y Métodos:** Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 51 años de edad, obeso, con antecedentes de asma, que consultó por presentar debilidad muscular asociada a migrañas y lesiones cutáneas de 2 semanas de evolución. Al examen físico se constató la presencia de máculas eritemato-descamativas en codos, cuero cabelludo y región retroauricular bilateral; lesiones mucosas dolorosas eritemato-violáceas y costrosas en labios superior e inferior y debilidad muscular proximal (Kendall 4/5). En el laboratorio se evidenció anemia, trombocitopenia, leucopenia, hiperCKemia, proteinuria >1gr/24hs, VSG acelerada, hipocolesterolemia, FAN > 1/1280 patrón nuclear homogéneo, Anti ADN >1/320 e inhibidor lúpico positivo. Los estudios de imágenes constataron derrame pleural y pericardíaco leves. La biopsia cutánea informó dermatitis de interfaz y la biopsia renal: Nefritis Lúpica grado IV-V. Con diagnóstico de LES, se inició tratamiento con glucocorticoides a altas dosis y Ciclofosfámid, con buena respuesta. **Resultados:** Discusión: Según la clasificación de Gilliam y Sontheimer, las manifestaciones cutáneas del Lupus Eritematoso (LE) se dividen en: 1) Lesiones específicas: el LE Cutáneo (LEC) se caracteriza por la presencia de una dermatitis de interfaz y se distinguen 3 subgrupos: - LEC Crónico (90% de los casos): afección exclusiva de la piel sin afección sistémica. El discoide: variante más común. Incluye 2 formas: localizada (cabeza y cuello) y generalizada (más frecuente en hombres). Produce una placa eritematosa con hiperqueratosis folicular que progresa a atrofia con cambios pigmentarios y cicatrices. LE hipertrofico: se presenta como una escama gruesa y adherida que es reemplazada por hiperqueratosis masiva adquiriendo un aspecto similar al de una verruga o a un carcinoma epidermoide. LE profundo o pancititis lúpica: es poco frecuente, produce inflamación del pániculo adiposo que al resolver desarrolla profundas depresiones en la piel. LE tumidus (LE cutáneo intermitente): es poco frecuente y se caracteriza por placas eritematosas de aspecto edematoso que curan sin dejar cicatriz. LE pernio o sabañón: se desarrolla casi exclusivamente en las mujeres durante el invierno; con dolor, eritema o placas purpúras en los dedos, talones, plantas de los pies, nariz y oídos. Le mucoso: afecta mucosa oral, genital y la semimucosa labial (signo de Grinspan); suele ser difícil diferenciarlo del líquen plano y la leucoplasia. - LEC Subagudo: lesiones recurrentes maculo-papulosas y eritematosas en zonas fotoexpuestas que no dejan cicatriz. Existen 2 tipos morfológicos: anular y papuloescamoso o psoriasisiforme. El 70% de los pacientes presentan anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos. Otras formas incluyen el eritema vesiculopampolario, la eritrodermia exfoliativa, el Lupus gyratum repens y el LE tipo necrosis epidérmica. - LEC Agudo: es el clásico rash malar o eritema en alas de mariposa, generalmente se asocia al compromiso sistémico de la enfermedad. Se caracteriza por pequeñas máculas, pápulas y placas eritematosas discretas en áreas centrales de la cara respetando pliegues nasolabiales y regiones periorbitarias. Puede afectar otras zonas fotoexpuestas y cura sin dejar secuelas. 2) Lesiones inespecíficas: no presentan un patrón histopatológico distintivo y no son exclusivas del LE. Incluyen: fotosensibilidad, alopecia difusa, alteraciones ungueales, hemorragias en astilla, livedo reticular y racemoso, fenómeno de Raynaud, telangiectasias periangueales, gangrena púrpura y vasculitis. **Conclusiones:** Conocer el amplio espectro de manifestaciones cutáneas del LES permite su pronto reconocimiento para arribar a un diagnóstico certero e instaurar un tratamiento adecuado y oportuno.

**Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, LES, Piel, Lupus eritematoso cutáneo

94

**0094 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES LATINOAMERICANOS CON ESPONDILARTRITIS**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: ESPONDILARTRITIS

CITERA, Gustavo(1) I BURGOS VARGAS, Rubén(2) I BAUTISTA MOLANO, Wilson(3) I PELAEZ BALLESTAS, Ingris(2) I AZEVEDO, Valderioli(4) I PERICH, Risto(5) I MENDEZ RODRIGUEZ, José(6) I CUTRI, Mariel Susana(7) I BORLENGHI, Cecilia(7)

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" (2); UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA Y HOSPITAL MILITAR (3); UNIVERSIDAD FEDERAL DO PARANÁ (4); HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENERA IRIGOYEN (5); HOSPITAL LA CATÓLICA (6); PFIZER (7)**

**Objetivos:** Las espondiloartritis (EsPA) constituyen un grupo de enfermedades inflamatorias de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral. Manifestaciones adicionales incluyen la inflamación de las entesis, uveítis y artritis periférica. La prevalencia de la EsPA en todo el mundo varía considerablemente y está muy asociada con la presencia del gen HLA-B27. Poco se sabe sobre la prevalencia general de la EsPA en Latinoamérica (LA) y son pocos los estudios que han evaluado las características de los pacientes latinoamericanos con EsPA. El objetivo de esta revisión no-sistemática fue describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con EsPA en América Latina.

**Materiales y Métodos:** Búsqueda de resúmenes de PubMed y ACR/EULAR hasta diciembre de 2017 usando términos predefinidos combinados con publicaciones nacionales/regionales recomendadas por autor y revisión manual de los datos pertinentes.

**Resultados:** Se seleccionaron un total de 14 estudios para su revisión completa y recolección de datos. Siete (50%) publicaciones se basaban en datos del Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA). La mayoría de los pacientes fueron hombres (50%-76%); el subtipo de EsPA más común fue espondilitis anquilosante (EA) (21%-100%). El grupo étnico más frecuentemente reportado fue el caucásico. Hasta 73% de los pacientes con EsPA presentaban serología positiva para HLA-B27. La puntuación del índice de actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante de Bath fue de 3,8 a 5,4, y la puntuación del índice funcional de la espondilitis anquilosante de Bath fue de 2,6 a 4,9. Los datos de prevalencia fueron escasos: un solo estudio de México informaba prevalencia de EsPA (0,6%) y de EA (0,1%). Las comorbilidades más frecuentemente reportadas fueron la hipertensión arterial (25%), la hipercolesterolemia (22%), la osteoporosis (9%) y la úlcera gastrointestinal (8%). En el grupo afrobrasileño con EsPA se reporta un impacto negativo mayor en la gravedad y calidad de vida comparados con los pacientes caucásicos. Entre los pacientes latinoamericanos con EA, la prevalencia de artritis periférica y entesitis era más elevada que entre sus pares europeos. Excepto por el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral (Anti-TNFs), los pacientes LA con EA informaron mayor uso de fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE), corticosteroides (CS) y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) que los pacientes europeos.

**Conclusiones:** Las características de la EsPA en pacientes LA son heterogéneas, y su subtipo más común es la EA. La enfermedad afecta más probablemente a varones caucásicos; sin embargo, los pacientes afrobrasileños informaron peor impacto de la enfermedad y de la calidad de vida que sus pares caucásicos. Las comorbilidades más comunes incluyen hipertensión arterial, hipercolesterolemia, osteoporosis y úlcera gastrointestinal. Los pacientes LA con EA informaron mayor uso de AINE, CS y FARME que los pacientes europeos con EA. Se requieren estudios regionales sobre la prevalencia e incidencia de EsPA en LA con metodologías estandarizadas.

**Palabras Claves:** espondiloartritis, características demográficas y clínicas, Latinoamérica

95

**0095 - ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: GRUPO DE ESTUDIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

ORTIZ, Alberto(1) I SCOLNIK, M(2) I GANDINO, I(3) I CAEIRO, F(4) I BAENAS, D(4) I ASTE, N(5) I CATOGGIO, C(6) I PISONI, C(6) I DUARTE NOE, D(7) I BARTEL, G(7) I GALLO, J(8) I JUAREZ, V(9) I CRESPO, M(9) I COLLADO, V(10) I GÓMEZ, G(10) I PAIRA, S(1)

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL PRIVADO CORDOBA (4); RESISTENCIA (5); CEMIC (6); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (7); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (8); HOSPITAL SR DEL MILAGRO (9); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (10); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (11)**

**Objetivos:** Describir manifestaciones clínicas, serológicas 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 ocho 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:** Cincuenta y ocho pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de inicio fue de 53 (15) años. Treinta y dos pacientes eran varones y 26 mujeres. Las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron oftálmicas, órbita y glándulas lagrimales 41/58 (71%), hepato-bilio-pancreáticos 25/58 (43%), sialoadenitis 23/58 (40%), linfadenopatía 20/58 (34%), afectación pulmonar 15/58 (26%), pérdida auditiva sensorioneural 8/58 (14%), SNC 8/58 (14%), fibrosis retroperitoneal 5/58(9%), mesenteritis esclerosante 4/58 (7%); tiroiditis de Hashimoto, pseudotumor renal inflamatorio, vasculitis y prostatitis 2 (4%) respectivamente; artritis, fibrosis angiocéntrica eosinofílica y polineuropatía 1/58(2%). Se describen a continuación el porcentaje de pacientes que presento elevación de los siguientes parámetros al inicio de la enfermedad: IgE: 22/33 (67%), IgA: 4/35 (11%), IgM: 4/33(12%), IgG: 25/40 (63%), IgG1: 16/35 (46%), IgG2: 12/35 (35%), IgG3: 10/35 (35%), IgG4: 24/47 (51%), FR<sub>2</sub>/735(20%), FAN en hep 2 13/41 (32%),anti AdNn (Crittidia lucillae) 2/30 7%, C3 bajo 4/37 (11%), C4 bajo: 12/37 (32%), anti-Ro: 2/38 (5%), anti-La: 0. Cincuenta y cinco pacientes tenían biopsias de al menos un órgano. Los 3 restantes no tenían biopsia por reunir criterios de pancreatitis autoinmune, los cuales no requieren biopsia. No se encontró correlación lineal entre IgG4 sérica con el resto de los subtipos séricos de IgG. Los coeficientes de Pearson fueron: para IgG4 vs IgG1 r=-0.12, p=0.46; para IgG4 vs IgG2 r=0.24, p=0.12 y para IgG4 vs IgG3 r=0.15, p=0.35. Encontramos relación entre la positividad sérica de IgG4 y compromiso de cabeza y cuello (p=0.02) y solo una tendencia con pacientes con fibrosis estoriforme en la histología (p=0.07), compromiso de ojo y órbita (p=0.06) y compromiso de retroperitoneo y aorta (p=0.06). Al buscar relación de las siguientes variables con el compromiso de un solo órgano (17 pacientes de 58) o compromiso sistémico (41 pacientes de 58) encontramos significancia estadística del compromiso sistémico con: alergia (p<0.03), pulmón (0.02) Tratamiento con: glucocorticoides 45/58 (77%), metotrexato, 16/58 (28%), rituximab 8/58 (14%) y azatioprina 3/58 (5%). **Conclusiones:** Se describe la primera cohorte argentina de pacientes con IgG4-RD. Los hallazgos clínicos en nuestros pacientes son similares a series previamente publicadas. El aumento sérico de IgG4 se encontró en la mitad de los pacientes, los que presentaron mayor compromiso en cabeza y cuello, los pacientes con compromiso sistémico tuvieron mayor compromiso pulmonar y alergia. El tratamiento predominante fueron los glucocorticoides y el metotrexato. **Palabras Claves:** enfermedad relacionada IgG4 pancreatitis autoinmune Mikulicz

99

**0099 - MENINGOENCEFALITIS EN UN PACIENTE CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

Baied C (1) (\*), Bovea G (1), Aguilera L (1), Gutfraind E (1), Aulfiero J (1) (1), Hospital Naval Cirujano Mayor Dr Pedro Mallo, Buenos Aires, Argentina (\*) Presentador

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR BAIED, Carmen I BOVEA CASTELLBLANCO, Gladys Helena I AGUILERA, Lady Nora I GUTFRAIND, Ernesto

**HOSPITAL NAVAL CIRUJANO MAYOR DOCTOR PEDRO MALLO**

**Objetivos:** Introducción: La Policondritis Recidivante (PR) es una rara enfermedad autoinmune multisistémica, caracterizada por inflamación de estructuras cartilaginosas. Raramente compromete el sistema nervioso central (SNC), con signos clínicos variados (encefalitis, accidentes vasculares cerebrales, meningitis). **Materiales y Métodos:** Se revisó la historia clínica de un paciente que ingresó al hospital con compromiso neurológico y de otros órganos. **Resultados:** Se recabaron los siguientes datos: Paciente varón de 45 años que fue derivado de otra institución por un cuadro de meningoencefalitis de etiología incierta con cultivos de líquido cefalorraquídeo y hemocultivos (-), con nula respuesta a tratamientos antibióticos y a Aciclovir. El paciente había comenzado el 6/4/18 con cefalea y fiebre de 39 grados. Se internó con diagnóstico presuntivo de meningitis. Se realizó punción lumbar que demostró líquido cefalorraquídeo cristal de roca, con pleocitosis, (400 leucocitos, mononucleares 13%, linfocitos 85%). Fue tratado en forma empírica con Ceftriaxona 2 gr/día y Vancomicina 4gr/ día endovenoso (EV) previa toma de cultivos. Se agregó Aciclovir EV sin respuesta favorable. TAC de cerebro normal. El 13/04 evolucionó con deterioro de sensorio, confuso, hipersomne, con escasa respuesta a estímulos. Es ingresado a nuestro hospital para reevaluación. Laboratorio: Globulos Blancos 12.770, plaquetas 351.000, Hematocrito 34, ESD 87, Glucemia 116, Urea 26, Creatinina 1,2; Na 137, K3,4; hepatograma y sedimento urinario normales, Anti-Ag sup Hepatitis B (-), Ac totales Anticore Hep B (-), Ac anti hepatitis C (-), FAN (-), Anti DNA (-), AC Anticardiolipinas Ig G e Ig M (-), ANCA C y ANCA P (-), VDRL (-), PCR 10,4; CS 109; C4 24,6, anti HIV1-2 (-), HTLV1 y 2 (-). Resonancia magnética de cerebro (19/04/18): Múltiples imágenes hiperintensas en T2 a nivel de ambos uncus temporales e lóbulos parietales, compromiso corticostriatal griforme, núcleos basales derechos, cápsula interna ipsilateral y compromiso paraventricular derecho. Fue evaluado en forma conjunta por los servicios de Clínica Médica, Neurología, Infectología y Reumatología. El paciente, al momento del examen se encontraba encefalopático, con escasa respuesta a estímulos, hipersomne, no presentaba lesiones en piel, no tumefacción articular, no condritis nasal, ni auricular, tenia irritación ocular bilateral. Ante la presunción diagnóstica de hallarnos ante un paciente con afección autoinmune, se jerarizó en el relato de su familiar el antecedente del compromiso de otros órganos, a saber: compromiso ocular el 18/03/16, interpretado como episodios de conjuntivitis que mejoraban con corticoides tópicos, condritis auricular bilateral el 31/03/16, seguida de acúfenos, hipocausia, inestabilidad en la marcha y mareos, interpretado como síndrome vestibular. Mejoraba esporádicamente del vértigo y de la condritis auricular cuando recibía una inyección de corticoide intramuscular. El dato en la anamnesis de condritis auricular fue un elemento clave para orientarnos al diagnóstico de PR, dado que al momento de la evaluación el paciente no presentaba condritis de los pabellones auriculares. Se realizó tratamiento con corticoides: 3 pulsos EV de 1 gramo de metilprednisolona, seguidos de prednisona 1 mg/kg/día vía oral. Evolucionó con respuesta favorable al día siguiente con restitución ad integrum a su estado neurológico habitual. Se asoció un pulso de ciclofosfamida de 1 gr. En el seguimiento no presentó nuevos episodios de cefalea, ni deterioro de sensorio ni vértigo y mejoró francamente de la hipocausia. **Conclusiones:** La PR es una rara enfermedad autoinmune caracterizada por una reacción inflamatoria y destrucción de estructuras cartilaginosas. La afección neurológica es muy rara. Los síntomas neurológicos son excepcionales (3%). Motiva la presentación de este caso la rareza de esta enfermedad, asociado al hecho de que el compromiso del SNC es excepcional, lo que lleva a una demora en el diagnóstico. Es importante resaltar una adecuada anamnesis en un paciente con estas características, puesto que el diagnóstico temprano es un desafío, representa una dificultad para los internistas en general. **Palabras Claves:** Meningoencefalitis, Policondritis recidivante

## 100

## 0100 - USO DE MEDICAMENTOS FUERA DE PROSPECTO EN REUMATOLOGÍA

Modalidad: Poster

Unidad Temática: OTROS

Unidad Temática 2: AR

VILLALOBOS, Fernando Manuel I MATELLÁN, Carla Eugenia I SEQUEIRA, Gabriel I KERZBERG, Eduardo

## SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA

**Objetivos:** Describir los medicamentos de uso habitual en Reumatología con indicación fuera de prospecto (FP) en Argentina.

Tabla 1. Lista de alelos asociados estratificados por enfermedad		
alelos (Lupus Eritematoso Sistémico Cohorte)	P-valor	OR
HLADQA1*02:01	0,0253	14
alelos (Artritis Reumatoide Cohorte)	P-valor	OR
HLADRB1*08:02	0,0367	0,11
HLADPB1*02:01	0,0003	54,62
HLADPB1*03:01	0,001	7,92
HLADQA1*04:01	0,0001	29,69
HLADQA1*02:01	0,0467	0,24
HLADQA1*04:01	0,002	0,07
HLADPA1*02:01	0,0022	0,029
ALELOS ( Esclerodermia Cohorte)	P-valor	OR
HLADPB1*02:01	0,0003	82,33
HLADPB1*03:01	0,0094	8,44
HLADPB1*04:01	0,0001	47,5
HLADQA1*04:01	0,0013	0,06

**Materiales y Métodos:** Se confeccionó una lista de medicamentos con indicación para cada patología reumática del adulto. Para ello se analizaron las siguientes fuentes: todas las guías de tratamiento/consensos elaborados por entidades científicas Argentinas o Panamericanas para enfermedades reumáticas. Además se revisaron las guías de tratamiento/consensos publicados por ACR, EULAR o GRAPPA. Por último se revisó el libro de texto Textbook of Rheumatology (Kelley-Firestein 10ma edición, 2017). Se consideró un medicamento con

indicación si figuraba en a) al menos en una guía o consenso Argentino o Panamericano o b) dos guías internacionales o c) una guía internacional y el libro de texto. Solo se incluyeron los tratamientos sistémicos (se excluyeron tópicos, intraarticulares, gotas oftálmicas, etc) para las manifestaciones primarias de las enfermedades (se excluyeron tratamientos sintomáticos). Los DAINes fueron incluidos solamente en Gota, Osteoartritis y Espondilitis Anquilosante.

**Resultados:** Se incluyeron 12 condiciones clínicas (se excluyeron miopatías inflamatorias, Arteritis de Celulas Gigantes y Condrococalcinosis por ausencia de guías que pudieran servir como fuente). La mayoría de los medicamentos con indicación se encontraban a la venta en la República Argentina. La presencia de medicamentos con uso FP fue relativamente frecuente llegando, en algunas patologías, a ser mayor al 80%.

**Conclusiones:** Excepto para la Osteoporosis y la Artritis Reumatoidea, el uso de medicamentos fuera de prospecto es relativamente frecuente para la mayoría de las patologías reumáticas estudiadas. Por ello se sugiere, antes de indicar un tratamiento, revisar si ese medicamento indicado se encuentra aprobado o no para dicha patología y aclarar al paciente cuando se utiliza un medicamento a la venta para una indicación fuera de prospecto.

**Palabras Claves:** Tratamiento; Argentina; Reumatología

## 102

## 0102 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN ESCLERODERMIA

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: ETC

NITSCHKE, Alejandro(1) I REAL, Juan(2) I REQUEJO, Alejandro(2) I MILOVIC, Vera(2)

## SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL ALEMÁN (1); SERVICIO DE TRANSPLANTE HOSPITAL ALEMÁN, BUENOS AIRES, ARGENTINA (2)

**Objetivos:** Presentar un paciente con esclerodermia sometido a transplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas. La esclerodermia (ESD) es un desorden autoinmune, inflamatorio, crónico y progresivo, caracterizado por compromiso cutáneo y multiorgánico. Diversos fármacos incluyendo MTX, azatioprina, ciclofosfamida (CF), rituximab y otros son opciones terapéuticas para esta patología. Sin embargo, estos tratamientos logran solo modestos beneficios pero no revertieren el curso natural de la ESD. Recientemente, EULAR considera al transplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) para ESD rápidamente progresiva y riesgo de falla orgánica. Tres estudios randomizados de TACPH versus CF demostraron mejoría clínica, mayor supervivencia libre de eventos y bajo rango de progresión de enfermedad en el grupo de TACPH. Además se reportó "curación histológica" de la piel a 54 meses de seguimiento. La Sociedad Americana de Transplante en un panel de expertos concluyó que el TACPH para ESD debería ser tenido en cuenta.

**Resultados:** CASO CLÍNICO: Varón, 62 años de edad, con ESD difusa de 18 años de evolución. En 2004: Raynaud trifásico en manos, esclerodactilia, disfgia, microstoma, poliartritis y telangiectasias en facie. FAN 1/320 nuclear, anti-Scl 70 negativo, anti-centrómero negativo. Biopsia de piel: ESD. Recibió tratamiento con MTX 15 mg/semana, ácido fólico, aspirina, nifedipina, omeprazol y enalapril con buena respuesta. En 2007 agrega calcinosis en codos y manos. Sin compromiso intersticial ni vascular pulmonar. En 2017 presenta rápida progresión y extensión de la afectación cutánea con frotos en carpos con un score de Rodnan modificado (SRM) de 38 puntos con contracturas en flexión de codos y manos y empeoramiento de los síntomas digestivos con pérdida ponderal y del apetito, menor apertura bucal y mayor número de telangiectasias. Se decide, debido a la rápida progresión cutánea y con potencial de falla orgánica, consultar con unidad de transplante para evaluar factibilidad de TACPH. Status pretransplante (febrero 2018): espirometría: FEV1 73%, DLCO normal, ecocardiograma Doppler color normal. RMN cardiaca: diámetros y función sistólica biventricular conservados, ligera hipertrofia septal y ausencia de fibrosis miocárdica. TAC de tórax: normal. Se comienza la preparación del paciente para el procedimiento del TACPH: 1- Se movilizan las CPH hacia la sangre periférica mediante la administración de filgrastim SC durante 5 días. 2- Se recolectan CPH de sangre periférica mediante leucocitaféresis de sangre venosa. 3- Se evalúa la calidad de la celularidad de la sangre periférica extraída mediante la determinación de CD34. Se recuperan 11x10<sup>6</sup>/kg CPH (mínimo útil de 2x10<sup>6</sup>/kg) y se criopreservan. 4- Se procede a internar al paciente para realizar el régimen condicionante (inmunosupresivo) con la administración de melpholobina: 6.5 mg/kg durante 5 días + ciclofosfamida 200 mg/kg en 4 días. A la tercera dosis de CF se constata una elevación de proBNP a 1361 pg/mL con troponina-T normal sin signos de fallo cardiaco por lo que finalmente completa la dosis total de ciclofosfamida. Recibe profilaxis con flucanazol, ciprofloxacina y aciclovir. 5- A las 48 hs. de finalizar el régimen condicionante, las CPH son descriptores y lavadas para eliminar el dimetilsulfóxido a fin de disminuir los riesgos de cardiotoxicidad y administradas por vía central 6-. Se agrega filgrastim 5ug/kg el primer y segundo día. Al 3<sup>er</sup> día ya se observan los efectos de la inmunoblación: GB: 100/mm<sup>3</sup>, Hcto: 30%, plaquetas: 25000/mm<sup>3</sup>. Al 7<sup>er</sup> día empieza a recuperarse las tres series. Se da alta al día 12 con aciclovir y TMS. Es seguido en conjunto con Unidad de Transplante. Al 6to mes se encuentra realizando actividad física, ha aumentado de peso y se constata una notable mejoría cutánea con SRM total de 9 puntos, sin Raynaud en manos. El propio paciente refiere franca mejoría cutánea.

**Conclusiones:** 1- En el presente caso la decisión de evaluar al paciente para un TACPH fue tomada considerando que escalar a otro inmunosupresor probablemente no hubiese evitado la progresión cutánea y el riesgo potencial de falla orgánica como una probable fibrosis miocárdica. 2- La potencial ventaja del TACPH es la de brindar al paciente un reseteo de su sistema inmune. 3- Es muy importante conversar con el paciente y su familia los riesgos de TACPH ya que la mortalidad puede alcanzar el 10% dentro del primer año, en especial por interacciones infecciosas. 4- En nuestro conocimiento este es el primer caso de TACPH en ESD realizado en la Argentina y con excelente evolución.

**Palabras Claves:** Esclerodermia, Transplante autólogo de células madres o Transplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas

## 101

## 0101 - INCREMENTO DE LINFOCITOS T FOLICULARES REGULATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVOS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: AR

FERRERO, Paola Virginia(1) I ACOSTA, Cristina(1) I ONOFFRIO, Luisina(1) I ZACCA, Estefanía Raquel(1) I ONETTI, Laura Beatriz(1) I CADILE, Isaac Ignacio(1) I MUSSANO, Eduardo Daniel(1) I WERNER, Marina Laura(1) I COSTANTINO, Alicia Beatriz(1) I MONTES, Carolina(2) I RETA ARBÓ, Lucas(1) I ACOSTA-RODRIGUEZ, Eva Virginia(2) I GRUPPI, Adriana(2) HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC - CIBICI (2)

**Objetivos:** La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de base autoinmune y de etiología desconocida. Se caracteriza por la producción de factor reumatoideo (FR) y anticuerpos (Acs) anti-péptidos citrilinados cíclicos (anti-CCPs). El centro germinal (CG) es una estructura transitoria presente en órganos linfáticos secundarios que es crucial para la generación de Acs de alta afinidad. Reacciones de CG exacerbadas se asocian a autoinmunidad. Los linfocitos T foliculares colaboradores (LTfh) son esenciales para el desarrollo y función del CG, mientras que los LT foliculares regulatorios (LTfr) controlan la magnitud de la respuesta del CG y limitan la expansión de clones de LB. El objetivo de este trabajo es estudiar la frecuencia de LTfr en sangre periférica (SP) y líquido sinovial (LS) de pacientes (pts) con AR, y su correlación con los niveles de FR y anti-CCPs. La actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (Tx).

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron 38 individuos controles sanos (CS) y 88 pacientes (pts) con AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, 41 sin Tx y 47 tratados con DMARDs y/o biológicos. Veinte pts fueron evaluados al inicio y a los 3 meses de comenzar un nuevo Tx. Se estudió LS de 11 pts con artritis activa. Criterios de exclusión: infecciones en curso, otras enfermedades autoinmunes, vacunación en los 2 meses previos a la extracción de sangre, embarazo. En el momento de la recolección de las muestras se evaluó el DAS28 como medida de actividad de la enfermedad. La respuesta al Tx se definió según criterios EULAR, clasificándose como respondedores a aquellos pacientes con buena a moderada respuesta. Se realizaron estudios fenotípicos mediante citometría de flujo. Los LTfr fueron definidos como CD3+CD4+CD45RA-CXCR5+CD25+CD127-. El análisis estadístico se realizó con MedCalc 10.2.0.0. Significancia estadística p<0.05.

**Resultados:** Los pts con AR presentaron mayor frecuencia de LTfr que los CS (p=0,0004), tanto en los pts sin Tx (p<0,05) como en aquellos pts tratados (p<0,01) e independientemente del Tx: DMARDs (p=0,026), anti-TNF (p=0,012) y tofacitinib (p=0,020). Los pts que cursan con 1 o los 2 tipos de autoAcs (FR y/o anti-CCPs) tuvieron mayor frecuencia de LTfr (p<0,001) mientras que los pts seronegativos tuvieron una frecuencia similar de LTfr que los CS (p>0,05). El porcentaje de LTfr, que son LTI CD25-CD127+, también estuvo aumentado en los pts seropositivos (p=0,0235) pero no en los seronegativos (p>0,05). Hubo una correlación positiva entre el aumento de LTfr y el aumento de LTfr en los pts seropositivos (r=0,26, p= 0,033). No hubo correlación entre la frecuencia de LTfr y CCP (r=-0,12 p=0,38), LTfr y FR (r=-0,12 p= 0,35) ni LTfr y DAS28 (r=-0,049 p=0,65). La actividad de la enfermedad tampoco correlacionó con LTfr en los pts seropositivos (r=-0,072 p=0,56) ni en los pts sin Tx (r=0,084 p=0,60). Luego de 3 meses de iniciar un nuevo Tx, los LTfr aumentaron (p=0,03), principalmente en los pts respondedores (p=0,039) vs no-respondedores (p=0,56). Si bien hubo una mayor frecuencia de LTfr en LS (1,28%) que en SP (0,85%), la diferencia no fue significativa (p=0,3182) aunque la relación de LTfr/LTfr fue mayor en LS que en SP (p=0,029).

**Conclusiones:** El aumento de LTfr refleja la actividad humoral en curso puesto que aumentan en los pts con AR seropositivos y se correlacionan positivamente con los LTfr. Hipotetizamos que estas células tendrían un rol beneficioso en aquellos pacientes que responden al Tx. En LS los LTfr aumentan positivamente con el objetivo de mitigar la fuerte respuesta inflamatoria que se produce en la articulación.

**Palabras Claves:** artritis reumatoidea; linfocitos T foliculares regulatorios; autoinmunidad.

## 103

## 0103 - MEPOLIZUMAB COMO TRATAMIENTO PARA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS- Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR

MOLINA, María Josefina(1) I BARTH, Angeles(2)

## REUMATOLOGÍA. SANATORIO FINOCHIETTO(1); NEUMONOLOGÍA. SANATORIO FINOCHIETTO. BUENOS AIRES, ARGENTINA (2)

**Objetivos:** Comunicar la evolución de un paciente con granulomatosis eosinofílica con poliangeitis refractaria tratado con mepolizumab. La granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPA) se caracteriza por inflamación granulomatosa necrotizante rica en eosinófilos con compromiso del tracto respiratorio y vasculitis necrotizante de pequeños a medianos vasos asociada con asma, eosinofilia, poliposis nasal, sinusitis, infiltrados pulmonares, neuropatía y presencia de ANCA, en especial cuando desarrolló glomerulonefritis. La presencia de eosinófilos en sangre periférica y en tejidos es una manifestación distintiva de la enfermedad. Inicialmente el tratamiento consiste en el uso de glucocorticoides (GC) en dosis de 1mg/kg/día. En algunos pacientes es necesario el uso de drogas inmunosupresoras como ciclofosfamida, azatioprina o metotrexato para lograr el descenso de GC sin ocasionar recaídas de la enfermedad. Pero existe un número de pacientes que presentan frecuentes recaídas o que no alcanzan una respuesta clínica satisfactoria con estos tratamientos. La interleukina 5 (IL-5) regula la proliferación, maduración y diferenciación de los eosinófilos y se encuentra elevada en GEPA. Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-IL-5, que bloquea su interacción con el receptor en la superficie de los eosinófilos. En diciembre de 2017, FDA aprobó mepolizumab como primer tratamiento específico para la GEPA. Debido a su mecanismo de acción reduce el recuento absoluto de eosinófilos en sangre periférica con la consiguiente mejoría clínica, remisión por tiempo más prolongado y reducción del uso de GC. **Resultados:** CASO CLÍNICO: Varón de 48 años de edad, con diagnóstico de asma de difícil control de 5 años de evolución. Recibe tratamiento con broncodilatadores y GC orales en dosis altas en varias ocasiones pero con recaídas frecuentes. En 2013 se realiza cirugía de pólipos nasales. En noviembre de 2016, se interna por púrpura palpable en miembros inferiores, VSG: 76 mm<sup>1</sup>/h, PCR 5.3 mg/dL, microhematuria, función renal normal, eosinofilia: 10%. TC de tórax facial: ocupación de celdas emtomiales, esfenoidales, senos maxilares y frontales. TC de tórax: bronquiectasias y bronquioloectasias por tracción, alteraciones en árbol en brote. Biopsia de piel de miembro inferior izquierdo: vasculitis leucocitoclastica. ANCA-P y anti-MPO positivos. Recibe tratamiento con meprednisona 40 mg/día, broncodilatadores y montelukast con buena respuesta clínica, VSG: 12 mm<sup>1</sup>/h y PCR negativa. Alta con descenso progresivo de GC. En febrero 2017, se interna por crisis asmática con disnea casi funcional II-III, sibilancias inspiratorias y espiratorias disminuidas en ambos campos pulmonares, saturación O<sub>2</sub>: 90%, en tratamiento con meprednisona 8 mg/día y broncodilatadores. Eosinofilia: 12%, microhematuria, cilindros hialinos y granulosa aislados, proteinuria de 24 hs: 300 mg/día. FEV1 post broncodilatadores: 51% con obstrucción moderada a severa. TC de tórax: bronquiectasias en aumento con mayor cantidad de tapones mucosos. Recibe broncodilatadores y meprednisona 40 mg/día con buena respuesta clínica. En agosto 2017, es derivado a reumatología para descartar vasculitis sistémica: GEPA. Al interrogatorio dirigido se rescatan los siguientes datos: asma, sinusitis crónica, poliposis nasal, rinitis alérgica, eosinofilia persistente mayor a 10%, vasculitis leucocitoclastica en miembros inferiores, ANCA-P y anti-MPO positivos, reacciones de broncoespasmo severo al descender meprednisona a 10 mg/día. Se reevalúa y revisa la biopsia de pólipo nasal izquierdo de 2013, constándose: marcado edema e infiltración inflamatoria crónica en corion con numerosos eosinófilos en forma mameelonada y polipoide, gruesas masas de mucus que engloban masas de eosinófilos en el infiltrado inflamatorio. Se confirma diagnóstico de GEPA. Se indica azatioprina 100 mg/día y meprednisona 8 mg/día. En diciembre 2017, por empeoramiento de la disnea con mayor broncoespasmo y eosinofilia del 11%. Se decide aumentar azatioprina a 150 mg/día y meprednisona 10 mg/día, sin respuesta favorable, por lo cual, en mayo de 2018 se inicia tratamiento con mepolizumab para GEPA en dosis de 300 mg/ mes SC y meprednisona 8 mg/día. Excelente respuesta clínica y descenso de eosinófilos en sangre periférica al 1%. En septiembre de 2018 el paciente continúa con mepolizumab 300 mg/ mes y meprednisona 2 mg/día totalmente asintomático. **Conclusiones:** Mepolizumab es el primer tratamiento específico aprobado por FDA para GEPA. Actualmente en Argentina mepolizumab solo está aprobado para asma severa de difícil control. En nuestro paciente con GEPA refractaria a GC y azatioprina, destacamos la buena evolución clínica, normalización de eosinófilos en sangre periférica y reducción de GC al recibir mepolizumab SC.

**Palabras Claves:** Granulomatosis Eosinofílica con poliangeitis, Mepolizumab

104

**0104 - HLA CLASE II EN PACIENTES PARAGUAYOS**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS - Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

ACOSTA COLMAN, María Isabel(1) | CABRERA VILLALBA, Sonia(1) | AVILA PEDRETTI, Gabriela(1) | ACOSTA HETTER, María Eugenia(2) | VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | AYALA LUGO, Ana(2) | JOLIE, Valerie(1) | ROMÁN, Lourdes(1) | ORTIZ, Nelson(1) | MARTINEZ, Víctor(1) | MELO MARTINS, Marcia(1) | GONZÁLEZ DE URIZAR, Margarita(1) | DUARTE, Margarita(1) | TORIO, Hugo(3) | MARTINEZ DE FILÁRTIGA, María Teresa(3)

**HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (1); INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, ASUNCIÓN, PARAGUAY (2); LABORATORIO CURIE, ASUNCIÓN, PARAGUAY (3)**

Tabla 1. Lista de alelos asociados estratificados por enfermedad		P-valor	
alelos (Lupus Eritematoso Sistémico Cohorte)			OR
HLADQA1*02:01		0,0253	14
alelos( Artritis Reumatoide Cohorte)		P-valor	
HLADRB1*08:02		0,0367	0,11
HLADPB1*02:01		0,0003	54,62
HLADPB1*03:01		0,001	7,92
HLADQA1*04:01		0,0001	29,69
HLADQA1*02:01		0,0467	0,24
HLADQA1*04:01		0,002	0,07
HLADPA1*02:01		0,0022	0,029
ALELOS ( Esclerodermia Cohorte)		P-valor	
HLADPB1*02:01		0,0003	82,33
HLADPB1*03:01		0,0094	8,44
HLADPB1*04:01		0,0001	47,5
HLADQA1*04:01		0,0013	0,06

**Objetivos:** Identificar los alelos de riesgo del gen HLA en pacientes con IMIDs de origen paraguayo **Materiales y Métodos:** Los pacientes con IMID paraguayo fueron reclutados del Dpto de Reumatología del Hospital de Clínicas, Paraguay. Además se genotiparon 50 muestras de controles hipernormales también de origen paraguayo. El genotipo para HLA se realizó con Luminex Tecnología de PCR. El análisis de asociación con el riesgo de IMID se realizó usando la prueba alélica chi-cuadrado. **Resultados:** Se incluyó un total de 249 pacientes con IMID (95 lupus, 104 artritis reumatoide y 50 pacientes con esclerodermia). De estos 84,4% eran mujeres con una edad promedio de 43,4 (± 14). En el análisis de asociación de riesgo, de los pacientes con IMIDs vs controles se corroboró la asociación con el HLADRB1 \* 03: 01 (p = 2e-06, OR: 14,97). Se identificó una asociación significativa entre el alelo HLADRB1 \*08:02 (p = 0.0271, OR: 0.13) y HLADRB1 \* 08:07 (p = 0.0133, OR: 0.08). En el gen HLADQA1, se encontró la asociación con el HLADQA1 \* 04: 01 (p = 1,4e-05, OR: 0,06). En el gen HLADPB1 se identificó 3 alelos asociados, el HLADPB1 \* 02: 01 (p = 4.2e-05, OR: 82,91), HLADPB1 \* 03: 01 (p = 2e-06, OR: 14,97), HLADPB1 \* 04: 01 (p = 1,5e-05 OR: 34,55). En la siguiente tabla se observa diferentes asociaciones identificadas según la enfermedad IMIDs estudiada. **Conclusiones:** En el análisis de asociación genética, se han replicado asociaciones ya conocidas y nuevas nunca antes identificadas en los pacientes con IMIDs de origen paraguayo. Este es el primer estudio de asociación genética en pacientes con IMID realizado en nuestro país. **Palabras Claves:** HLA, asociación genética, lupus, artritis reumatoide, esclerodermia

106

**0106 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON MIELITIS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. PRIMER ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PARAGUAY**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

Unidad Temática 2: OTROS

VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio(1) | ELIZAURO, Gabriel(2) | SOBARZO, Patricia(3) | YINDE ENCINA, Yanira Rossana(1) | MELO, Marcia(1) | OJEDA, Aldo(1) | MONTIEL, Dora(3) | MAZZOLENI, Julio(2) | DUARTE, Margarita(1)

**DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (1); INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (2); HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUA (3)**

**Objetivos:** Describir las manifestaciones clínicas, imagenológicas y laboratoriales de pacientes con mielitis asociada a lupus eritematoso sistémico de tres centros hospitalarios de Paraguay: Hospital de Clínicas; Instituto de Previsión Social; Hospital Nacional de Itaugua

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, donde fueron recopilados datos de fichas clínicas de pacientes con mielitis asociada a LES de los tres centros mencionados

**Resultados:** Fueron recogidos datos de 9 pacientes, de los cuales 7 fueron de sexo femenino (77,7%). La mielitis se presentó como debut del lupus en el 55,5% (5). Entre las manifestaciones generales fueron destacadas la cefalea y la fiebre, ambas con 44,4%. En el 67% de los casos de mielitis el SLEDAI fue moderado. Entre las manifestaciones neurológicas hemos hallado un 66,6% de paraparesia, simétrica en todos los casos; hiporreflexia patelar en un 77,7%; hipoestesia en el 44,4%. Se objetivó entre otras manifestaciones del lupus, un predominio del compromiso renal con un 33,3% (4). En la RMN medular se demostró que el 66,6% de los casos comprometían más de 3 segmentos, predominando la médula torácica. El líquido cefalorraquídeo reveló predominio de mononucleares en el 57,1%. Se apreció que el 12,5% de los pacientes duplicaron el valor normal de la medición del anticoagulante lúpico; se constató hipocomplementemia (C3 y C4) y positividad para anti-DNA en el 100% de los casos. Todos los pacientes recibieron hidroxycloquina 400mg/d, pulsos de 3gr de metilprednisolona fraccionados en 3 días en la primera semana de internación y 1gr de ciclofosfamida en esquema mensual durante 6 meses, observándose mejoría clínica, excepto en un caso que obitó. En 5 casos el mantenimiento fue realizado con azatioprina 200 mg/d y en el resto con 2gr/d de micofenolato de mofetilo.

**Conclusiones:** La mielitis lúpica es una condición infrecuente, que debe ser considerada como una urgencia médica a fin de evitar secuelas neurológicas permanentes o un desenlace fatal.

**Palabras Claves:** mielitis, lupus eritematoso sistémico.

117

**0117 - SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: OTROS

SALINAS MEJÍA, Laura | SEGURA ESCOBAR, Carolina | BARTEL, Guillermo Gerardo | DEMARCHEL, Julia | GÓMEZ, Andrea Susana | ZAFFARANA, Cecilia Andrea | EARSMAN, Geoffredo

**HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES**

**Objetivos:** Describir la asociación de Síndrome de Sjögren primario (SSp) con síndrome de pulmón encogido (SPE).

**Materiales y Métodos:** El síndrome de pulmón encogido es una manifestación infrecuente que ha sido descrita en varias enfermedades autoinmunes, entre ellas el lupus eritematoso sistémico (LES), con una prevalencia estimada de 0.5-1%. Existen escasos reportes de su asociación al Síndrome de Sjögren primario. Se caracteriza por disnea, dolor pleurítico y elevación diafragmática. El diagnóstico se basa en estudios radiológicos, radioscópicos y pruebas funcionales respiratorias. **Resultados:** Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, obesidad e insuficiencia venosa. Con diagnóstico de SSp en contexto de síntomas SICCA. Factor Reumatoide 42 UI/ml, Anticuerpos antinucleares 1/160 patrón moteado, anti-Ro/SSA y anti-La/SSB positivos y Biopsia de Glándula Salival Menorgrado IV en la escala de Chisholm-Mason. Por compromiso articular no erosivo inicia tratamiento con Hidroxicloroquina 400mg/día, agregando Metotrexato 15mg/semanal, que se suspende luego de dos años por buena respuesta articular. El paciente evoluciona con disnea evidenciándose sutil compromiso pulmonar intersticial por TACAR de tórax, con examen funcional respiratorio (EFR) con patrón restrictivo moderado FEV1/FVC 74%, FEV1 67%, FVC 66%, DLCO: 83% DLCO/VA 97%, que no requirió tratamiento inmunosupresor. Luego agrega neuropatía periférica asociada a una sostenida actividad sistémica a expensas de componente biológico y constitucional. Por progresión de disnea se repite TACAR de tórax evidenciándose derrame pleural derecho con colapso compresivo del parénquima pulmonar circundante y bandas de atelectasia subsegmentaria (ESSDAI-33). En el EFR franco deterioro con respecto al anterior con una FEV1/FVC 69%, FEV1 32%, FVC 36% DLCO 70%, sin caída significativa de FVC de la posición sentada a decubiito sugiriendo compromiso de movilidad diafragmática. Test de caminata de 96% con caída a 88% a los 340 metros y entelograma V/Q negativo para tromboembolismo pulmonar. Toracoscopia que informa exudado no complicado con cultivo negativo y fibrobroncoscopia mostró colapso dinámico excesivo de la vía aérea. Se interpreta cuadro como disnea por pulmón encogido secundario a enfermedad de base e inicia esteroides a 1mg/kg más Azatioprina en dosis creciente hasta 150 mg/día con respuesta completa del cuadro. Se suspende Azatioprina por intercurriencia infecciosa (endocarditis bacteriana) y leucopenia. Evolución con síntomas constitucionales (fiebre, astenia, pérdida de peso) poliartritis, actividad biológica (anemia, hipocomplementemia, hipergamma globulinemia policlonal y crioglobulinemia) y adenopatías que se biopsian descartando Linfoma (ESSDAI 38). Se decide iniciar Rituximab (1gr día 0 y 14) con buena respuesta, requiriendo infusiones cada 6 meses por recurrencia de actividad. Evolución favorablemente. Último examen funcional respiratorio con FVC de 58% y DLCO de 68% (ESSDAI 6). **Conclusiones:** El SPE descrito por primera vez en 1965, se caracteriza por presentar elevación del diafragma que puede ser uni o bilateral, con alteraciones de tipo restrictivo en EFR con disminución de la FVC en posición supina y un descenso de volumen en reposo en ausencia de afección parenquimatosa. Entre las enfermedades autoinmunes el SPE es una manifestación infrecuente. Existen tres casos reportados en SSp en la literatura, dos de ellos comparten características serológicas con nuestro caso como seropositividad para Anti-Ro y La, lateralidad derecha y presencia de derrame pleural. En otro caso no se asoció a seropositividad de estos anticuerpos pero sí presentaba BGSM compatible con el diagnóstico. Los tres casos reportados comparten con el nuestro la gran actividad extraglandular registrada, así como la presencia de factores de mal pronóstico.

119

**0119 - MUCORMICOSIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín

**HOSPITAL RIVADAVIA**

**Objetivos:** Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 53 años con antecedentes de tabaquismo, síndrome metabólico (HTA y glucemia alterada en ayunas). Comienza seguimiento en nuestro servicio a mediados de 2016 por poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones asociado a rigidez matinal de más de 2 horas de duración. Laboratorio: FAN + homocitemia en título mayor a 1/1280, Factor Reumatoide y AntiCCP negativos, AntiDNA negativo, C3 y C4 disminuidos. Se realiza el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Se inició tratamiento con prednisona 10 mg, omeprazol 20 mg, citrato de calcio 1 comprimido día e hidroxycloquina 200 mg cada 12 horas. **Materiales y Métodos:** En Octubre 2017 consulta al servicio refiriendo astenia, fiebre, artralgias generalizadas asociado a dolor abdominal de 7 días de evolución. Al examen físico se constata al paciente adelgazado, úlcera necrótica profunda de 3 x 3 cm en paladar duro y poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones. Se constata en laboratorio: HTO 25, HB 7.5, GB 3000 con 50% de Neutrófilos y 20% de linfocitos, plaquetas 55.000, AntiDNA +, C3 y C4 disminuidos, VSG 101, PCR+++ . Sedimento urinario con campo cubierto de pirocitos, GR +++, GB +++, bacterias +++. Se interpreta el cuadro como reactivación de enfermedad de base asociada a Sepsis a Foco Urinario. Se realiza tratamiento con Piperacilina Tazobactam por 5 días por cuadro de neutropenia febril, la cual luego se rota por rescate de Enterococo faecium en urocultivo a Ceftazidime por 7 días con mejoría del cuadro febril. Por actividad de enfermedad de base se inician pulsos de metilprednisolona 1000 mg EV por 3 días consecutivos y luego se continúa con prednisona 60 mg/día vía oral (1 mg/kg/d). Por falta de respuesta al corticoide y persistencia de las citopenias se decide gammaglobulina EV (2g /kg divididos en 5 días). Se realiza TAC de maxilar facial, senos paranasales y paladar con contraste en la cual se evidencia ocupación de senos maxilares sin lesión ósea destructiva. El servicio de ORL realiza biopsia de lesión en paladar, siendo enviado material para cultivo de gérmenes comunes y hongos y anatomía patológica. Se recibe resultado de cultivo y anatomía patológica de lesión en paladar duro: se observa necrosis e infiltrado polimorfonuclear asociado a hifas micóticas ramificadas siendo confirmado por cultivo micológico la presencia de Rhizopus spp. Evaluación por servicio de Infectología: se realiza diagnóstico de Mucormicosis Rhinocerebral. Se indica tratamiento con Anfotericina EV por 14 días con buena tolerancia. Se externa al paciente con diagnóstico final de reactivación de Lupus Eritematoso Sistémico asociado a Mucormicosis rinocerebral y sepsis a foco urinario por Enterococo faecium. **Resultados:** La mucormicosis es una infección oportunista poco frecuente y potencialmente letal provocada por hongos pertenecientes al orden Mucorales (familia Mucoraceae, Mucor, Rhizopus, etc). Distribución Mundial: Tierra, vegetales en descomposición, etc. Por su baja virulencia raramente generan enfermedad en individuos inmunocompetentes. Típicamente afecta a diabéticos mal controlados con cetoacidosis, pacientes con neoplasias oncohematológicas, neutropénicos y receptores de trasplante de órganos. Se han descrito las formas: rino-órbito-cerebral (la más frecuente), cutánea, pulmonar, diseminada y gastrointestinal. Hasta la fecha se han publicado escasos reportes de casos de Mucormicosis en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Una revisión del 2014 de Royer describió 24 casos de Mucormicosis en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes de los cuales 83% presentaban diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Todos se encontraban bajo tratamiento inmunosupresor. La forma más frecuente fue la rino-órbito-cerebral y la mortalidad fue de 58%. En 2003 Mok publicó una descripción de los casos publicados hasta dicha fecha. En total se revisaron 8 casos de mucormicosis en pacientes con diagnóstico de LES. 7 de los casos presentaban enfermedad de base activa con altas dosis de inmunosupresores. La forma de presentación más frecuente fue la diseminada. En 4 pacientes la micosis simuló un flare de la enfermedad de base. La mortalidad fue de un 88%. **Conclusiones:** La mucormicosis es una infección oportunista con una elevada tasa de mortalidad. Cuando se asocia a LES en general se presenta en pacientes con alta actividad y en tratamiento con drogas inmunosupresoras. Puede simular un flare del Lupus por lo cual es indispensable considerarla dentro de las enfermedades infectocontagiosas a descartar antes de realizar tratamiento inmunosupresor. **Palabras Claves:** lupus eritematoso sistémico les inmunosupresión micosis sistémica mucormicosis



133

**0133 - ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN ASOCIADO A ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4***Modalidad: Poster- Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS**Unidad Temática 2: OTROS*

CRABBÉ, Emilio Juan | CALVO, Romina | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Resultados:** La enfermedad de Rosai Dorfman (ERD) es una rara entidad que se caracteriza por fiebre, adenopatías, neutrofilia, eritrosedimentación elevada y hipergammaglobulinemia policlonal. Los hallazgos anatomopatológicos típicos son: infiltración por histiocitos y otras células inflamatorias, especialmente linfocitos y células plasmáticas junto a la emperipolesis (presencia de linfocitos intactos fagocitados en el citoplasma de los histiocitos). Inmunoquimicamente muestra histiocitos con positividad con S100 y CD68; característicamente, los histiocitos son negativos para CD1a. La enfermedad extranodal ha sido comunicada en el 33 al 44% de los los cosos, localizando con más frecuencia en la cabeza y el cuello, mientras la afectación renal ha sido descrita en el 4% de los casos. Esta última se asoció a peor pronóstico y una mortalidad del 40%, lo cual motiva la presentación de este caso. Paciente con ERD asociado a LES y a Enfermedad relacionada por IgG4, paciente de 52 años con diabetes tipo 2 que presenta adenopatías indoloras, bilaterales en cuello, nuca, axilar y supraclaviculares. Aumento de tamaño de glándulas salivales mayores. Laboratorio: eritrosedimentación elevada, anemia no hemolítica y linfopenia, hipergammaglobulinemia policlonal, aumento de urea y creatinina. Fan (hep2) 1/5120 patrón homogéneo, Ant-SM positivo. Durante su evolución presenta compromiso renal (biopsia renal infiltración linfocitaria, 20% de atrofia tubular, Inmunomarcación: IgG4 15 HPF Rango IgG/IgG4: 25%) Biopsia ganglio cervical: Folicúlos linfocitos con centros germinales. Área interfollicular expandida a expensas de numerosos plasmocitos, focos de emperipolesis. Inmunomarcación: CD68 positivo S100 Positivo CD1a negativo IgG4 100 HPF Rango IgG/IgG4: 45% Médula Ósea: Hiperplasia celular con relación mielolipomatosa 80/20, aumento de plasmocitos 20%, focos de emperipolesis. Biopsia de glándula salival menor: Infiltración linfoplasmocitaria, Fibrosis leve e intersticial (no estoriforme) Sin flebitis obliterante ni eosinófilos. Acúmulos linfocitarios periductales Inmunomarcación: IgG4: 12 HPF, IgG/IgG4 25%.

**Conclusiones:** Este paciente con enfermedad de Rosai Dorfman con enfermedad de IgG4 asociada, también cumple criterios de clasificación para LES (slicc2012). Compromiso clínico articular, seroso, renal (proteinuria >0.5 sin histología compatible), hematológico (linfopenia, leucopenia, trombocitopenia) y de laboratorio (Fan, Ant-SM, Complemento bajo, Anticardiolipina IgM en 2 ocasiones separadas por 12 semanas) y enfermedad relacionada a IgG4

**Palabras Claves:** Rosai Dorfman, Lupus eritematoso sistémico, Enfermedad relacionada a IgG4,

134

**0134 - VALIDACIÓN DEL SCORE GAPSS AJUSTADO EN PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO EN ARGENTINA***Modalidad: Poster**Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS*GARCÍA, Lucía(1) | VELLOSO, María Sofía(1) | MARTIRE, Victoria(1) | SAVY, Florencia(1) | ARISPE DAVID, Fernando Victor(1) | GARCÍA, Nadia(1) | TESTI, Adriana(1) | PENA, Claudia(1) | ISNARDI, Carolina(2) | CAPELUSNIK, Dafne(2) | MAZZA, Susana(3) | SORIA CURI, Yessika(3) | COLLADO, Victoria(4) | RODRIGUEZ, Florencia(5) | GARCÍA, Mercedes(1) | **HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL A.C. PADILLA (3); CONSULTORIO PRIVADO (4); HOSPITAL RIVADAVIA (5)**

**Objetivos:** Evaluar la validez de aGAPSS como predictor de trombosis y/o morbilidad obstétrica en una cohorte externa multicéntrica de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en la población argentina. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con LES con y sin eventos tromboticos y/o morbilidad obstétrica, de forma consecutiva en cinco centros de Reumatología de la Argentina. Se recolectaron factores de riesgo cardiovascular convencionales: tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad; situaciones predisponentes de trombosis: inmovilización, cirugía, embarazo y uso de anticonceptivos orales/ terapia de reemplazo hormonal. Estudios serológicos: anticuerpos antifosfolípidos, antinucleares, anti-DNAc, anti- Ro, La, RNP y Sm; tratamiento utilizado: Hidroxicloroquina, aspirina y anticoagulación. aGAPSS fue calculado en todos los pacientes asignándole a cada factor de riesgo un puntaje: 3 puntos para dislipemia, 1 para HTA, 5 para ACL (IgG/M), 4 para beta2GPI (IgG/M) y 4 puntos para LL (rango 0-17 puntos). Los datos cualitativos se presentaron como frecuencias y porcentajes, se compararon mediante el test de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. Para las comparaciones múltiples se utilizó la corrección de Bonferroni. Los datos cuantitativos se presentaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico. La comparación de medias entre dos grupos se realizó mediante el test t de Student y se utilizó ANOVA para la comparación de medias entre más de dos grupos; alternativamente se utilizaron las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney o Kruskal Wallis respectivamente. Los resultados de las estimaciones se presentaron con un intervalo de confianza de 95% y se consideró estadísticamente significativo un p-valor inferior a 0,05. La capacidad discriminativa del score se evaluó mediante el área bajo la curva de una curva ROC, para diferentes puntos de corte. Se realizó una regresión logística multivariada para evaluar el impacto de los diversos factores de riesgo sobre la ocurrencia de trombosis. **Resultados:** Se recolectaron 216 pacientes con LES: 89,8% mujeres. Edad promedio al diagnóstico: 31 años DS  $\pm$ 10.5. Noventa pacientes (41.6%) presentaron eventos tromboticos y/o obstétricos. De los 216 pacientes, 43 (19,9%) presentaron al menos un episodio de trombosis. En total hubo 53 eventos tromboticos, 28 arteriales y 25 venosas. De las 194 mujeres, 60 (30,9%) presentaron por lo menos un resultado obstétrico desfavorable: 81 eventos obstétricos (34 abortos, 28 pérdidas fetales y 19 partos prematuros). Los pacientes que presentaron eventos tromboticos u obstétricos mostraron una mediana de aGAPSS mayor que el grupo sin eventos [4 (RIC 1-9) versus 1 (RIC 0-5); p 0.001]. El Área Bajo la Curva (ABC) demostró que un valor de aGAPSS mayor o igual a 8 tuvo el mejor desempeño (0.63 p 0.03 IC95% 0.55- 0.70). El análisis multivariado mostró que un valor de aGAPSS mayor o igual a 8 estuvo asociado con mayor riesgo de desarrollar un evento trombotico [OR: 2.1 (IC95% 1.03-4.12) p 0.04].

**Conclusiones:** Este score representa una herramienta simple y válida para estratificar el riesgo de trombosis en pacientes con LES en la práctica clínica diaria. Su utilización podría modificar las decisiones terapéuticas para mejorar la morbi-mortalidad de nuestros pacientes. **Palabras Claves:** LES, Trombosis, Morbilidad Obstétrica, aGAPSS

135

**0135 - EDEMA PERIORBITAL. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO***Modalidad: Poster**Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*

CRABBÉ, Emilio Juan | CALVO, Romina | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN****Objetivos:** Descripción de un caso

**Resultados:** El edema periorbital es un desafío diagnóstico importante que merece un profundo estudio. El diagnóstico diferencial es amplio y sus causas van desde simples molestias, hasta patologías riesgosas para la vida. Comunicamos 11 pacientes con edema u/o tumores orbitarios. De 11 pacientes 8 fueron mujeres, 3 hombres, con una edad media de 42,6 (17-67), 3 de 11 quedaron sin diagnóstico. Los restantes diagnósticos fueron Enf. E Chester, Xantogranuloma del adulto asociado a asma, Histiocitosis no langerhans, Sialoadenitis por IgG4, Amiloidosis asociado a Mieloma múltiple, Orbitopatía tiroidea, metástasis cancer de mama, Xantelasma primario, un paciente por caso. En ausencia de un foco obvio para explicar la inflamación del párpado, estudios de imágenes y biopsia serían necesarios. La perseverancia por parte del médico y del paciente permitirá un diagnóstico y tratamiento preciso. **Palabras Claves:** edema periorbital

136

**0136 - MANIFESTACIONES REUMÁTICAS/DÉRMICAS DE MIELOMA MÚLTIPLE***Modalidad: Poster**Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*

CRABBÉ, Emilio Juan | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Resultados:** Las manifestaciones reumáticas/dérmicas de las enfermedades proliferativas de células plasmáticas son variadas y pueden ir de lesiones localizadas hasta enfermedades sistémicas progresivas. Estas manifestaciones pueden ser identificadas antes del diagnóstico de mieloma o durante su evolución. Las mismas pueden ser: plasmocitomas, amiloidosis AL, crioglobulinemia, síndrome de Schnitzler, escleromixedema, xantogranuloma necrobiótico, POEMS, infecciones y reacciones a drogas. Comunicamos tres pacientes con síndrome de Schnitzler, xantogranuloma, dolor lumbar inflamatorio con colapso vertebral. CASO 1 Mujer de 38 años de edad presenta lesiones maculo papulares eritematosas, no dolorosas ni pruriginosas a nivel de tronco y miembros superiores, acompañado en el laboratorio de un aumento de IgG monoclonal persistente. En al evolución presenta dolor abdominal, diarrea, hepatoesplenomegalia, dolor óseo, parestesias, livedo reticularis e hipoacusia neurosensorial rápidamente progresiva. Los exámenes de laboratorio mostraron una anemia arregenerativa, VSG de 100mm/h y una banda monoclonal gamma IgG 3.580mg/dl (vn: 600-1.650), proteinuria de Bence-Jones (-), ANA-HEP2 (-), complemento normal y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) patrón citoplasmático (cANCA) y perinuclear (pANCA) negativos. La biopsia de piel se observa vasculitis leucocitaria necrosante. Médula ósea normal. Se diagnostica síndrome de Schnitzler (criterios de Lipsker) urticaria crónica, gammapatía monoclonal IgG y VSG aumentada. CASO 2 Paciente varón de 51 años, que consulta por edema de ambos párpados, superiores e inferiores, coloración amarillenta, violácea, de 3 años de evolución (xantogranuloma), acompañado lesiones maculares amarronadas en tronco y dorso. Antecedentes de 13 años atrás mieloma múltiple IgG. Laboratorio: VSG y PCR Normal IgG4 sérica normal Biopsia de párpado superior, tinciones para amiloidosis positivas CASO 3 Mujer de 35 años de edad presenta dolor lumbar intenso de 3 meses de evolución, En las radiografías se constata aplastamiento vertebrales múltiples a nivel a nivel de columna dorsolumbar. En el laboratorio presenta VSG de 87mm/h y PCR normal, proteínas totales séricas de 11.2 g/dl con hipergammaglobulinemia monoclonal de 6.19 gr/dl. IgG 7.020mg/dl (vn: 600-1.650), proteinuria de Bence-Jones (-) Proteinuria 24 hs de 885 mg/24hs Vitamina D, calcio, calciuria normales. Médula Ósea: compatible con mieloma, infiltración del 100%.

**Conclusiones:** Estas manifestaciones descritas pueden presentarse, antes o durante el diagnóstico de mieloma múltiple.

**Palabras Claves:** Aplastamiento vertebral, Síndrome Schnitzler, Xantogranuloma, Mieloma múltiple

## 139

## 0139 - TOLERANCIA, SOBREVIDA Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Poster

Unidad Temática: AR

SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel | CAPELUSNIK, Dafne | SCHNEEBERGER, Emilce Edith | CITERA, Gustavo

## INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

**Objetivos:** Metotrexato (MTX) es la medicación más frecuentemente utilizada en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), tanto en primera línea como asociado a agentes de segunda línea. Sin embargo, varios autores han cuestionado su éxito debido a la frecuente presencia de eventos adversos y a la falta de adherencia al tratamiento. **Objetivos:** Evaluar la sobrevida al tratamiento con MTX, la frecuencia de eventos adversos, causas de suspensión y adherencia al mismo en pacientes con AR. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes > 18 años de edad con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010), en forma consecutiva de la consulta ambulatoria que hubiesen iniciado tratamiento con MTX en algún momento de la evolución de su enfermedad. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos por revisión de la historia clínica y entrevista personal del paciente. Se determinó la fecha de inicio y eventual suspensión de MTX, forma de administración y tratamientos concomitantes, consumo de café y tabaco. Se analizó la presencia de eventos adversos (EA), sus características y la conducta tomada en relación al MTX. La adherencia al tratamiento se evaluó utilizando el cuestionario Compliance Questionnaire Rheumatology en su versión resumida de 5 ítems (CQR5). Análisis Estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2 o test exacto de Fisher; test T de Student o test de Mann Whitney y ANOVA. Sobrevida del tratamiento por Kaplan-Meier y comparaciones por log Rank. Regresión logística múltiple, regresión de Cox. Una p<0.05 se consideró significativa. **Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes, 101 mujeres (85.6%), con una edad mediana (m) 56 años (RIC 49-64) y un tiempo m de evolución de 10 años (RIC 6-18). Sesenta y ocho pacientes (64.8%) presentaban enfermedad erosiva. Ciento ocho pacientes (95.6%) presentaron positividad para factor reumatoideo y 48 de 52 pacientes (92.3%) para antiCCP. Ochenta y cinco pacientes (72%) recibieron MTX por vía oral (VO). La dosis m previa a la suspensión fue de 15mg/semana (RIC 15-23.75), 68 pacientes (67%) recibieron MTX en monoterapia y 116 pacientes (98%) recibieron concomitantemente ácido fólico. El 43.2% de los pacientes presentaron EA asociados al MTX, de los cuales solo 20 (16.9%) tuvieron que discontinuar el MTX por esta razón, los restantes 28 pacientes continuaron el tratamiento. La intolerancia digestiva (náuseas y dolor abdominal) fue el EA más frecuente (27.1%), seguido por alteraciones del laboratorio (12.7%), dentro de los cuales la elevación de las transaminasas hepáticas fue superior al 90%. El nivel de adherencia al tratamiento fue muy bueno, observándose que el 86.6% de los pacientes presentaron una adherencia >80%. La supervivencia mediana acumulada del tratamiento con MTX fue de 348 meses (IC95% 235-460.9). En los análisis uni y multivariados no se encontró asociación de la sobrevida del MTX con variables sociodemográficas, características de la enfermedad, comorbilidades, tratamiento concomitante, vía de administración, consumo de café y nivel de adherencia. **Conclusiones:** En nuestra cohorte la adherencia y la sobrevida del tratamiento con MTX fueron muy buenas. La sobrevida acumulada fue de casi 30 años. Si bien se registraron EA en más de un tercio de los pacientes, su presencia no determinó la suspensión del tratamiento en la mayoría de los casos. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Metotrexato, Tolerancia, Adherencia, Sobrevida

## 142

## 0142 - PREVALENCIA Y COMPARACIÓN DE MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN DOS DÉCADAS

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune de causa desconocida, cuya expresión clínica más importante se da a nivel de las articulaciones, que típicamente afecta pequeñas articulaciones de manos y pies, produce destrucción progresiva, diferentes grados de deformidad, incapacidad funcional, su espectro clínico puede incluir compromiso extraarticular, como la presencia de nódulos reumatoideos, compromiso pulmonar, vasculitis, etc, que influyen en el pronóstico de sobrevida. Las manifestaciones extraarticulares se asocian más a sexo masculino, tabaquismo, enfermedad articular más severa, altos niveles de marcadores inflamatorios y seropositividad.

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR - Unidad Temática 2: OTROS

GONZALEZ, Ingrid | PEÑALOZA FLORES, Micaela Bercy | RODRIGUEZ RAMIREZ, Armin Albert | SANABRIA VILLARPANDO, Marcelo | ORTIZ MATEUS, Luis Carlos | ALCIVAR ESPINALES, James Ramón | PACHECO, Gonzalo | SEVILLA, Daniel | Leonardo | JU, Yung Chi | VISENTINI, Susana Mirta

## HOSPITAL C. DURAND

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia y comparar las manifestaciones extraarticulares en dos décadas de pacientes con artritis reumatoidea. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y comparativo tomando un grupo de 174 pacientes con artritis reumatoidea 143 de sexo femenino, 31 de sexo masculino, cuyas edades oscilaron entre los 26 a 87 años de edad (m: 52.9), el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 6 meses a 30 años (m: 10.8). Se comparó frecuencia de manifestaciones extraarticulares en dos décadas: 2008 y 2018. A los pacientes se les efectuaron estudios de laboratorio general e inmunológico, PCR, VSG, FR, anti CCP, ANA, anti/ SSA-RO, anti/ SSB-LA. Se solicitaron radiografías manos, pies, columna cervical, columna lumbosacra, pelvis, rodillas, tórax frente y perfil. Se efectuaron exámenes oftálmicos (fondo de ojo, campo visual, test de colores), espirometría, ecocardiograma, densitometría ósea en los casos de pacientes con tratamiento corticoide, artritis reumatoidea de larga evolución o perimenopáusicas, ecografía de manos (Power Doppler), tomografía de tórax, PPD y serologías en todos los pacientes. En algunos casos se solicitaron: Electromiograma, orina en fresco, biopsia hepática, ecografía abdominal. **Resultados:** Hasta el momento se analizaron 174 pacientes, de los cuales 88 presentaron manifestaciones extraarticulares, siendo 74 femeninas y 14 masculinos con una edad media 52.9 años y tiempo de evolución de 6 meses a 30 años. Anemia normocítica normocrómica: 36 pacientes; Síndrome sicca: 28 pacientes; Compromiso de SNP (neuropatía por atrapamiento): Túnel carpiano 14 pacientes; Osteopenia: 12 pacientes; Osteoporosis: 3 pacientes; Escleritis 4 pacientes; Epiescleritis 12 pacientes; Nódulos reumatoideos: 6 pacientes; Compromiso pulmonar: 4 pacientes. (1-HTP, 1-UJP); Compromiso cardíaco: 3 pacientes; Compromiso renal: 1 paciente; Nódulos reumatoideos pulmonares: 4 pacientes; Síndrome de Sjogren: 4 pacientes; Síndrome de Caplan: 1 paciente; Raynaud: 2 pacientes. **Conclusiones:** El estudio nos demuestra que las manifestaciones extraarticulares continúan siendo de alta prevalencia en las dos décadas estudiadas, en cuanto a la severidad se vio disminución en el 2018 con respecto al 2008. La anemia normocítica normocrómica fue la manifestación más frecuente, sola o asociada. La proporción de alguna manifestación extraarticular se mantuvo similar en ambos periodos de tiempo. Considerando diferencias respecto a los tratamientos efectuados y las complicaciones que algunos presentaron, como por ejemplo el compromiso renal asociado a sales de oro, la osteopenia/osteoporosis en relación al uso de corticoides.

## 143

## 0143 - UTILIDAD DE LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS EN LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Poster

Unidad Temática: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

BENEDETTI, Diego(1) | MILLER, Evelyn(1) | ROTELLA, María Soledad(1) | LEDDA, Anabel(1) | SALVATORE, Adrián(2) | RIVERO, María Gloria(1)

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (1); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (2)

**Objetivos:** Valorar la utilidad de índices hematológicos para predecir actividad del lupus eritematoso sistémico (LES).

**Materiales y Métodos:** Tipo de estudio: retrospectivo, observacional, comparativo. Se evaluaron volumen plaquetario medio (VPM), recuento de linfocitos (L) y relación neutrófilos/linfocitos (N/L) como predictores de actividad en 63 pacientes con LES que cumplían criterios clasificatorios SLICC. Los índices hematológicos se determinaron utilizando el analizador Advia 120 (Siemens). Se valoró actividad según SELENA SLEDAI (inactivo <3, activo leve-moderado 3-12 y severo =13). Se compararon dichos índices con proteinuria de 24hs, VSG, Complemento hemolítico total (CH50) y anti DNA. **Resultados:** Se evaluaron 63 pacientes con LES: inactivos 33 (52,38%), activos 30 (47,62%): actividad leve-moderada 19 (30,16%) y severa 11 (17,46%). Las variables analizadas no mostraron diferencias significativas entre pacientes activos e inactivos. Resultó significativo para discriminar aquellos con actividad severa de los inactivos: recuento de linfocitos 1012,36/mm3 (±526,24) vs 1834,24/mm3 (±621,18), p 0,0003; relación N/L 5,4 (3,42- 15,97) vs 2,68 (1,64-3,11), p 0,000001; CH50 40,81 UCH50/ml (±28,83) vs 83,90 UCH50/ml (±25,05), p 0,00003; y Anti DNA positivo 6 (54,55%) vs 2 (6,06%), p 0,001. El VPM no mostró diferencias significativas: 8,72 fL (±0,78) vs 8,72 (± 0,83), p 0,98. El AUC de los predictores de actividad severa que resultaron significativas fue: Relación N/L 0,94 (0,83-0,99), CH50 0,86 (0,72-0,95), Linfocitos 0,85 (0,71-0,94), AntiDNA 0,74 (0,58-0,86). La comparación de las AUC no mostró diferencias significativas entre ellas, excepto entre N/L y antiDNA, con una diferencia entre áreas de 0,2 a favor de N/L (p 0,02). El AUC para VPM no resultó significativa 0,52 (0,36-0,67) p 0,98. La relación N/L mayor o igual a 3,3 para predecir actividad severa tuvo una Sensibilidad de 90,91% (58,7-99,8%) y una Especificidad de 93,75% (79,2-99,2%), LHR+ 14,55, LHR-0,097. Un recuento de Linfocitos menor o igual a 1430/mm3 tuvo una Sensibilidad de 90,91% (58,7-99,8%) y una Especificidad de 69,7% (51,3-84,4%), LHR + 3, LHR-0,13. En relación a los pacientes con compromiso renal, la proteinuria mayor o igual a 1g/24hs se asoció a un VPM significativamente menor: 8,38 fL(±0,65) vs 8,88 fL (±0,8) p 0,04 y a una relación N/L de 3,08 (2,93-5,6) vs 2,5 (1,6-3,13), p 0,04. **Conclusiones:** La relación N/L mayor o igual a 3,3 y el recuento de linfocitos menor o igual a 1430/mm3 fueron predictores de actividad severa del LES. El VPM no fue predictivo de ningún grado de actividad del LES, pero fue significativamente menor en pacientes con proteinuria mayor o igual a 1g/24hs. Destacamos que estos índices están ampliamente disponibles por lo que podrían ser útiles en la valoración de la actividad del LES en la práctica clínica. **Palabras Claves:** LES, actividad, índices hematológicos.

## 144

## 0144 - VASCULITIS ASOCIADA A ANCA, DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: VASCULITIS/PMR

SANCHEZ, Adriana Silvia | PEZUTTI, Valeria | VERGARA, Facundo | ROTELLA, María Soledad | RIVERO, María Gloria

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en una población de pacientes con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA en un Hospital Público de Tercer Nivel de la provincia de Mendoza.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA diagnosticados en el servicio de Inmunología durante el periodo comprendido entre Junio de 2015 y Junio de 2018. Se recolectaron los datos de las historias clínicas disponibles.

**Resultados:** Se hallaron 22 pacientes, 64% mujeres, con una edad media de 46 años. El 50% fueron Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), 36% Poliangeítis microscópica (PAM). Los casos restantes fueron vasculitis limitada al riñón y Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEP). Las principales manifestaciones clínicas fueron el compromiso pulmonar, renal y de vías aéreas superiores (ver tabla1). El tratamiento de inducción más frecuente fue la combinación de glucocorticoides con ciclofosfamida endovenosa (73% de los pacientes). En 7 pacientes se realizó plasmáferesis asociada al tratamiento inmunosupresor de base, siendo su principal indicación síndrome pulmón-riñón en cuatro pacientes.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos son comparables a lo reportado en la literatura en otras cohortes.

**Palabras Claves:** Vasculitis asociada a ANCA

Tabla 1 Características generales de los pacientes.

Variable	Pacientes (n=22)
Edad, media(CE)	46(7,6)
Mujeres, n(%)	14(64)
Comorb. diagnosticadas, media(CE)	3(14)
Tipo de Vasculitis	
GPA, n(%)	11(50)
PAM, n(%)	8(36)
GEP, n(%)	3(14)
VLS, n(%)	0(0)
Tiempo de seguimiento(meses), media(CE)	37 (60,3)
ANCA positivos, n(%)	18 (82)
PR3 positivo, n(%)	15 (68)
MPO positivo, n(%)	9 (41)
Manifestaciones clínicas al diagnóstico	
Renal, n(%)	12(55)
Pulmonar, n(%)	13(59)
GR, n(%)	8(36)
Oftálmico, n(%)	8(34)
Cutáneo, n(%)	8(36)
Neurrológico, n(%)	3(14)
Articular, n(%)	13(59)
Hallazgos de laboratorio	
Anemia	18(82)
VSG elevada	19(86)

CE: desvío estándar; n: número; GPA: Granulomatosis con poliangeítis; PAM: Poliangeítis microscópica; GEP: Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis; VLS: Vasculitis limitada al sistema; GR: glomerulonefritis; ANCA: anticuerpos antineutrófilos citopáticos; PR3: periferinasa 3; MPO: mieloperoxidasa; VSG: velocidad de sedimentación globular.

146

**0146 - VARIACIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y LOS ANTICUERPOS EXTRAÍBLES DEL NÚCLEO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A LO LARGO DEL TIEMPO**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 DE LA TORRE, María Laura | COSATTI, Micaela A. | CARRIZO, Carolina | DI CASTELNUOVO, Valentina | PISONI, Cecilia N.  
**CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO"**  
**Objetivos:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria autoinmune caracterizada por la presencia de una gran variedad de autoanticuerpos, que conforman parte de los criterios clasificatorios de la enfermedad. Se sabe que tanto el autoanticuerpo anti-dsDNA como el complemento fluctúan con la actividad de la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, hay menos información sobre el comportamiento de la positividad de los anticuerpos antinucleares (ANA) y los anticuerpos extraíbles del núcleo (ENAS). Algunos estudios sugieren que aproximadamente un 20% de los pacientes con LES podrían negativizar los ANA, mientras que otros encuentran una mayor estabilidad en el tiempo. Los mismos hallazgos divergentes existen en cuanto a los ENAS. Nuestro objetivo fue analizar la variación de los ANA lo largo del tiempo en los pacientes con LES atendidos en nuestra institución y correlacionar su variación con características clínicas y terapéuticas. **Materiales y Métodos:** Se seleccionaron retrospectivamente aquellos pacientes con criterios clasificatorios ACR 1997 para LES en los que se haya realizado más de una determinación de ANA en el laboratorio de nuestra institución, con un tiempo mínimo de 6 meses entre cada una de ellas. Se tomaron como máximo 4 determinaciones y como mínimo 2. De esta población, a su vez, se recolectó información sobre los ENAS realizados en la misma fecha o con diferencia de 3 meses con respecto a la determinación de ANA. Para la determinación de ANA se utilizó en todos los casos el método de inmunofluorescencia indirecta utilizando células hep-2. Se tomó como positivo los ANA con patrón nuclear y título mayor o igual a 1/80. Para determinar los ENAS se utilizó el método de difusión doble de Ouchterlony. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: aquellos que negativizaron los ANA y aquellos que los mantuvieron positivos en toda la observación. Para las variables continuas se estimaron medias y desvíos standard o medianas e intervalo intercuartil según la distribución de la variable y para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y su porcentaje. Para analizar diferencias entre los grupos se realizó Chi cuadrado para variables categóricas y t test o Mann Whitney para variables continuas según su distribución. **Resultados:** Se incluyeron 89 pacientes, 89% mujeres, con una edad media de 47 años (DS 12,9). Setenta por ciento de etnia caucásica. Presentaban una media de 15 años (DS 10,9) de evolución de la enfermedad y un seguimiento medio en nuestra institución de 82 meses (DS 71,7). Del total de la población, 91% (n=81) mantuvieron la positividad de los ANA, mientras que el 9% (n=8) los negativizaron en la última determinación realizada. Al comparar estos dos grupos de pacientes, no se encontraron diferencias en cuanto a las características sociodemográficas y el tiempo de evolución de la enfermedad. Sin embargo, el grupo que negativizó los ANA presentó un número menor de criterios ACR (mediana 3,5, RIC 3-5 vs 5, RIC 4-6, p 0,007). Al analizar cada criterio en particular, este grupo presentó menos frecuentemente fotosensibilidad y artritis. No se encontraron diferencias en cuanto a la actividad de la enfermedad en la última consulta, el daño acumulado por SLICC SDI y el número de inmunosupresores utilizados entre ambos grupos. En la misma cohorte se obtuvo información de 65 pacientes en cuanto a los ENAS. De ellos, 41 pacientes (63,1%) no presentaron ningún autoanticuerpo a lo largo del tiempo, 18 pacientes presentaron anti Ro (27,7%), 7 pacientes anti RNP (10,7%), 3 pacientes anti Sm (4,6%) y 2 pacientes anti La (3,1%). A lo largo de la observación, 56 pacientes (86,2%) mantuvieron estables su patrón de anticuerpos y 9 (13,9%) presentaron cambios. Ningún paciente negativizó sus ENAS. De aquellos que presentaron cambios en los ENAS, 5 se positivatizaron y 4 sumaron otro autoanticuerpo (2 anti Sm y 2 anti RNP). El patrón de ANA en dichos casos se mantuvo estable en 6 y varió en los 3 restantes. **Conclusiones:** Nuestro estudio evidencia una gran estabilidad de los ANA con solo un 9% de negativización a lo largo del tiempo. Dicho grupo de pacientes presentó menor cantidad de criterios clasificatorios ACR, con una menor prevalencia de artritis y fotosensibilidad, sin diferencias en actividad de la enfermedad ni tratamientos administrados. Con respecto a los ENAS, ningún paciente los negativizó y el 13,9% presentó algún cambio en su patrón de anticuerpos. **Palabras Claves:** Anticuerpos antinucleares, lupus eritematoso sistémico

147

**0147 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** AR  
 BARBICH, Tatiana | CERDA, Osvaldo Luis | SCHNEEBERGER, Emilce Edith | CITERA, Gustavo  
**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**  
**Objetivos:** La adherencia al tratamiento farmacológico consiste en el cumplimiento y la persistencia (regularidad y continuidad) de la toma de medicación prescrita. La valoración de la misma puede realizarse a través de la auto-referencia de los pacientes mediante cuestionarios. **Objetivo:** Evaluar la adherencia al tratamiento con Tofacitinib en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) mediante ambas versiones del auto cuestionario Compliance Questionnaire Rheumatology CQR19 y CQR5, determinar las variables asociadas a la adherencia a Tofacitinib y comparar el rendimiento de ambos cuestionarios. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes > 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010 en tratamiento con Tofacitinib. Se consignaron datos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, ocupación) y características clínicas de la enfermedad como tiempo de evolución, evaluación del dolor y actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de Escala Visual Numérica (EVN), recuento articular dolorosas (28) e inflamadas (28), actividad de la enfermedad por DAS28, presencia y duración de la rigidez matutina. Se registraron los valores de laboratorio: ERS (mm/h), PCR (mg/L), FR y anti CCP. Respecto al tratamiento con Tofacitinib se consignó: dosis (5 mg dos veces al día u 11mg por día), tratamientos previos (uso de DMAR-b y DMAR-c) y tratamientos concomitantes. Se determinaron las causas de suspensión de Tofacitinib, la presencia de eventos adversos (EA) y su falta de provisión. Todos los pacientes completaron auto cuestionarios CQR19 y CQR5 para evaluar adherencia. CQR19 incluye 19 ítems evaluados por escala de Likert de 4 puntos con un valor final de 0 (sin adherencia) a 100 (cumplimiento perfecto). CQR5 es una versión simplificada, que incluye 5 ítems, correspondientes a las preguntas: N°2, N°3, N°5, N°6 y N°17 del CQR19, que permite mediante un cálculo matemático clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. T-test o Mann Whitney para las variables continuas, test de Chi2 o test exacto de Fisher para las categóricas. Índice de concordancia Kappa. Regresión logística múltiple con el fin de determinar variables asociadas a la adherencia. Se consideró significativa una p < 0,05. **Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes, 82,7% mujeres, con una edad mediana (m) de 57,7 años (RIC 51,3-66,8), tiempo de evolución de la enfermedad m 16 años (RIC 11-21). El 63,5% presentaban comorbilidades, siendo la más frecuente hipertensión arterial 39% y 27% eran tabaquistas. La m de DAS28 fue 2,25 (RIC 1,39-3,25). El 65,4% habían recibido DMAR-b previo al inicio de Tofacitinib. El 86,5% de los pacientes tratados con Tofacitinib utilizaban la dosis de 5 mg, 2 veces al día y el 13,4% la formulación XR de 11 mg/día. El 48% de los pacientes recibía Tofacitinib en monoterapia. De los pacientes en tratamiento combinado el 63% recibía Metotrexato, 33,3% Leflunomida y el 3,7% Sulfasalazina. El tiempo m de tratamiento con Tofacitinib fue de 13 meses (RIC 7-28). 21 pacientes (40,4%) suspendieron transitoriamente el tratamiento, en casi la mitad de los casos se debió a infecciones: 4 casos de Herpes Zoster, 4 infecciones del tracto urinario bajo y 2 neumonías adquiridas de la comunidad y en el resto de los casos por cirugías programadas y/o falta de provisión. Todos los eventos resolvieron sin complicaciones. Un solo paciente suspendió definitivamente el tratamiento por falta de provisión. La m de CQR19 fue de 89,5 (RIC 84,2-94,3). Cuarenta y cuatro pacientes (84,6%) presentaron una adherencia > 80%. Las variables significativamente asociadas a adherencia > 80%, fueron la presencia de comorbilidades [70,5% vs 29,5% (p=0,014)] y mayor edad (60±9 años vs 45±6 años, p=0,033). Utilizando el CQR5, un porcentaje similar de pacientes (82,7%) fueron adherentes, sin embargo, la concordancia con CQR19 fue baja (k: 0,227). En el análisis multivariado, solo mayor edad se mantuvo independientemente asociada a mayor adherencia al tratamiento [OR: 1,09 (IC95% 1,06-1,18), p=0,037]. **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento con Tofacitinib en ambas formulaciones fue muy buena y se asoció principalmente a mayor edad y secundariamente a la presencia de comorbilidades. La concordancia entre los cuestionarios CQR19 y CQR5 fue baja. **Palabras Claves:** Artritis Rematoidea, Tofacitinib, Adherencia, CQR

148

**0148 - VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO BILD (BRIEF INDEX OF LUPUS DAMAGE)**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 DE LA TORRE, María Laura | PISONI, Cecilia N.  
**CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO"**  
**Objetivos:** Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) frecuentemente presentan daño orgánico irreversible como consecuencia de la actividad de la enfermedad, inflamación crónica, comorbilidades y/o efectos adversos de los tratamientos. Por lo tanto, cuantificar el daño orgánico presenta relevancia a la hora evaluar a estos pacientes. La evaluación del daño por LES se basó tradicionalmente en el Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index (SLICC-SDI). Este índice se basa en un cuestionario de 41 ítems que requiere de un médico entrenado para su realización. Se han validado 2 instrumentos autoadministrados basados en el SLICC-SDI: el Lupus Damage Index Questionnaire (LDIQ) y el Brief Index of Lupus Damage (BILD). El LDIQ consiste en 56 preguntas administradas de forma escrita. Ha demostrado una correlación moderadamente alta con el SLICC-SDI. Basado en él, se ha desarrollado el BILD que consta de 28 ítems que representan 26 ítems del SLICC-SDI y ha demostrado incluso una mayor correlación con el SDI que el LDIQ. Nuestro objetivo es validar el cuestionario BILD en español y evaluar su uso en nuestros pacientes con LES en un hospital universitario de Buenos Aires, Argentina. **Materiales y Métodos:** El cuestionario validado en inglés fue traducido al español en forma independiente por dos médicos bilingües para luego desarrollar una versión única por consenso. Un reumatólogo bilingüe que desconocía la versión original realizó una re-traducción al inglés. Finalmente de la comparación de la versión en inglés original y la versión re-traducida se realizaron las modificaciones necesarias hasta obtener la versión final. El cuestionario consta de 28 ítems y su puntuación va de 0 a 30. El cuestionario BILD traducido se entregó a pacientes consecutivos, mayores de 18 años con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1997/ACR-SLICC 2012) que consultaron en el servicio de Reumatología de nuestro hospital universitario. Se completó de cada paciente el cuestionario SLICC-SDI y la ficha con datos sociodemográficos y diagnósticos, tratamientos, score SLEDAI, cuestionario LupusQol y escalas análogas visuales de actividad del paciente. En el análisis se evaluaron la fiabilidad y la validez. Para evaluar la fiabilidad se estimaron: - La estabilidad mediante la técnica test-retest. Se entregó el cuestionario a 13 pacientes y luego de aproximadamente 15 días se lo readministró, calculándose el coeficiente de correlación de Spearman. - La consistencia interna se evaluó mediante el alfa de Cronbach. Se estimó la validez de criterio tomando como patrón de referencia el score SLICC-SDI. Se realizó la correlación entre el score total del SLICC-SDI y el BILD y la correlación dominio por dominio entre los mismos a través del coeficiente de Spearman. Se evaluó la factibilidad con el porcentaje de respuestas no contestadas y el tiempo requerido para completar el cuestionario. **Resultados:** Un total de 63 pacientes participaron del estudio. La mayoría eran mujeres (87,3%), con una edad media de 43,4 años (DS 12,9). 87,3% de etnia caucásica. Presentaban una media de duración de la enfermedad de 13,3 años (DS 9,6), 94,1% de la población presentaba >= 12 años de educación. El score medio del SLICC SDI en la población fue de 1,28 (DS 1,58) y el score medio del cuestionario BILD fue de 1,79 (DS 2). El coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la estabilidad mediante test re test fue de 0,91 (p < 0,001) demostrando un fuerte grado de correlación. El alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna fue de 0,66 en nuestra población. La correlación con el SLICC SDI y cada uno de sus dominios se muestra en la tabla 1. No se obtuvieron respuestas incompletas y el tiempo medio para contestar el cuestionario fue de 3 minutos 59 segundos (DS 1,66). **Conclusiones:** Se ha demostrado que el cuestionario autoreportado BILD traducido al español presenta una fuerte correlación con el SLICC SDI. Al analizar dominio por dominio, encontramos que los dominios con ninguna o baja correlación fueron el dominio de sistema vascular periférico, musculoesquelético, gastrointestinal y cutáneo. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, daño, score, BILD

149

**0149 - FRECUENCIA DE ANTICUERPOS ANTI CITOPLASMA DE NEURÓFIOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y DAÑO ACUMULADO**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS - **Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
 SEGURA ESCOBAR, Carolina(1) | QUEVEDO MAYORGA, Pedro(1) | DEMARCHI, Julia(1) | ZAFFARANA, Cecilia Andrea(1) | GOMEZ, Andrea Susana(1) | BARTELE, Guillermo Gerardo(1) | CAICEDO CORREA, Oscar Andrés(2) | PAPA SIDERO, Silvia Beatriz(2) | EARSMAN, Geoffrey(1)  
**HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (2)**  
**Objetivos:** Determinar la frecuencia de ANCA en pacientes con LES e investigar si existen diferencias en la actividad de la enfermedad y el daño acumulado entre los pacientes con diagnóstico de LES ANCA positivos vs ANCA negativos. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC/ACR 2012, edad >18 años, atendidos en dos servicios de reumatología. Se reclutaron pacientes en el período de febrero a agosto de 2018. Se dosó la presencia de ANCA por IPI, y mediante ELISA se investigó presencia de PR3 y MPO. Se recavaron datos sociodemográficos, de laboratorio, y de las características de la enfermedad de las historias clínicas de los pacientes. Se realizaron en el momento de la inclusión los scores Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SELENA-SLEDAI) y Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index (SLICC). Análisis estadístico. Estadística descriptiva. Prueba T student, Mann Whitney, chi2 y test exacto de Fischer. Se consideró significativo valor de p<0.05. **Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes en total. 30 (83,3%) mujeres, 6 (16,6%) varones. La mediana de edad al momento del diagnóstico era de 39 años (RIC: 29,2-49), la mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 meses (RIC: 48-126). 29 (80,6%) eran de origen caucásico, 2 (5,6%) amerindio, 3 (8,3%) mestizo. Tenían diagnóstico de SAF asociado a pacientes (11,1%), 9 (25%) tuvieron compromiso renal. Fueron ANCA (+) 4 (11,1%), de los cuales solo a 3 se les realizó ELISA, con resultado positivo solo para MPO, ninguno para PR3. Al comparar aquellos pacientes ANCA (+) vs los ANCA (-), la media de edad fue de 46,25 años (DE:5,61) vs. 40,46 años (DE:14,46), respectivamente, p=NS. La media del tiempo de evolución fue significativamente mayor en los pacientes ANCA (+) que en los ANCA (-): 147 meses (DE:55,74) vs. 84 meses (DE:70,81), p=0,03. La media del score SELENA-SLEDAI fue 6 (DE: 6,92) en los ANCA (+) vs. 4,09 (DE:5,77) en los ANCA(-), p=NS. La media de SLICC fue 1,5 (DE:2,38) en ANCA (+) vs. 0,25 (DE:0,76) en los pacientes ANCA (-), p=NS. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sexo, etnia, comorbilidades, compromiso renal o SAF. En relación a los parámetros de laboratorio en el grupo ANCA (+) se encontraron valores elevados de PCR en 3 pacientes (75% vs 8 (25%) en el grupo ANCA (-), p=0,028. No hallamos diferencias significativas en otras alteraciones de laboratorio incluyendo hemograma, complemento, proteinuria, función renal, o presencia de Anticuerpos AntiDNA, Ro, La, RNP, Sm, o Anticuerpos antifosfolípidos. **Conclusiones:** El 11,1% de la población estudiada fue positiva para ANCA, siendo todos los casos positivos para MPO. En el análisis univariado las únicas variables asociadas a positividad de ANCA fueron: el mayor tiempo de evolución de LES y la mayor frecuencia de PCR elevada. Si bien los puntajes de SLEDAI y SLICC en pacientes ANCA (+) fueron mayores, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. **Palabras Claves:** Anticuerpos anti citoplasmáticos de neutrófilos (ANCA), Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SELENA-SLEDAI), Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index (SLICC), desviación estándar (DE), rango intercuartil (RIC).

## 150

**0150 – POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE CRÓNICA INFLAMATORIA (CIDP) COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

ALONSO, Carla Gimena | QUAGLIA, María Isabel | SAVIO, Verónica | ALBIERO, Juan Alejandro | GOBBI, Carla | ALBA, Paula

**HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**Resultados:** INTRODUCCION: CIDP es un desorden autoinmune adquirido contra mielina originando una polineuropatía simétrica, con debilidad muscular con o sin alteración sensitiva en las extremidades, curso crónico progresivo con remisiones y recaídas. Manifestación poco común en LES. CASO CLINICO: Mujer 35 años. APP: decorticación pleural por empiema en 11/16. En 3/2017 consultó por diarrea, vómitos, parestias en manos y pies de 1 semana de evolución con disminución de fuerza, fatiga y temblor de manos y lengua. Fotosensibilidad y Raynaud desde 10/2016. EF: fuerza distal disminuida en 4 miembros, marcha inestable, temblor fino en manos. Lesiones eritematosas descamativas en glúteos, brazos, dorso y alas de mariposa. Proteinuria 1.46 gr/24 hs. Serología viral-. ANA + 1/5120 MOTEADO, FR 11, C3 108, C4 20, ANCA C Y P -, ACLAS IGG IGM -, ANTI B2GP1 -. EMG: polineuropatía sensitivo motora de los 4 miembros con signos de compromiso axonomielineo. En TAC múltiples adenopatías (algunas adenomegálicas) axilares. Se diagnostica LES. Alta con MMF y prednisona 60mg. Biopsia renal: clase 2 ISN/NPS. Nefrología rota a Azatioprina. 4 meses después es derivada de hospital del interior donde cursaba internación por ITU + paraparesia. Refiere que desde 10/17 comienza nuevamente con debilidad de MMII progresiva hasta abasia. Nunca fiebre ni incontinencia esfinteriana. Examen físico: lúccida, cuadríparesia flácida: 2/5 proximal y 3/5 distal MMII, 4/5 proximal, 3/5 distal MMSS, sensibilidad conservada, arreflexia global. Esfínteres continentes. RNM sin signos de mielitis. TSH: 2.36, T4L 1.26. PL: turbio, coagulación negativa, proteínas 2.68 mg/dl, glucorraqüia 50 mg/dl (glucemia 91), células 2, frecuentes hematies conservados. EMG: marcada reducción en el reclutamiento de potenciales de unidad motora. Prolongación de latencias distales con enlentecimiento de velocidad de conducción en los 4 miembros. Nervios periféricos de MMII inestimulables. Compatibles con marcado compromiso desmielinizante con criterios para diagnóstico de CIDP (polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica). Se indica inmunoglobulinas 30 gr/ día por 5 días + meprednisona 20 mg. Excelente respuesta clínica. Se reinstaura azatioprina. Alta. 1 mes después: 2.7 gr proteinuria 24 hs + VSG >120, cuadríparesia distal y proximal en 4 miembros 4/5: MMF 2gr/día. Se solicita nuevo ciclo de inmunoglobulinas.

**Conclusiones:** CONCLUSION: El diagnóstico de CIDP asociado a LES requiere alto índice de sospecha. El diagnóstico precoz, compromiso de 4 miembros, arreflexia, disminución de velocidad de conducción nerviosa periférica, compromiso lúpico de órgano interno y múltiples autoanticuerpos predicen buena respuesta a IGIV.

**Palabras Claves:** polineuropatía; lupus eritematoso sistémico

## 152

**0152 - COMPARACIÓN ECOGRÁFICA ENTRE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y LAS ARTICULACIONES DE MANOS EN ARTRITIS REUMATOIDE**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: AR

Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

RHYS, Karen | GOBBI, Carla | BUSAMIA, Beatriz | ALONSO, Carla | QUAGLIA, María Isabel | SAVIO, Verónica | ALBIERO, Alejandro | ALBIERO, Eduardo | ALBA, Paula | YORIO, Marcelo

**HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**Objetivos:** Comparar el compromiso ecográfico de la ATM con respecto a las articulaciones de manos en pacientes con artritis reumatoidea.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de carácter observacional, descriptivo, de corte transversal. Incluyó 50 pacientes consecutivos. Los criterios de inclusión fueron mayores de 18 años, que firmaron consentimiento informado, con diagnóstico de A.R. por criterios de clasificación ACR / EULAR 2010 y se excluyeron pacientes con otra enfermedad inmunológica, el estudio se realizó en dos centros de referencia de Córdoba. El trabajo fue aprobado por los C.I.E.I.S. respectivos. Se evaluó el sistema estomatognático en estática y dinámica, se realizaron Ecografías Power Doppler de ATM y manos. Se efectuaron análisis estadísticos con el Programa EPI Info 7.2. Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencia y porcentaje y comparadas utilizando el test de Chi cuadrado. P menor de 0.5 fue considerada significativa.

**Resultados:** Ningún paciente presentó dolor espontáneo en ATM, aunque todos en manos. De 50 pacientes, 28 presentaron alterada la apertura bucal (56%) y 32 tenían alterada la dinámica de la ATM (64%). 12 pacientes (24%), presentaron degeneración ósea en A.T.M. y 27 (54%) en manos  $p < 0,004$ . 30 (60%) acusaron erosiones en ATM y 47 (94%) en manos  $p < 0,0001$ . En 46 (92%) se halló derrame en A.T.M. y en 50 (100%) en manos  $p < 0,000$ . 4 (8%) tenían capsulitis en A.T.M. y 12 (24%) en manos  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Aunque las articulaciones de las manos son más afectadas, la ATM también lo es en muchos pacientes y deberían ser tratados. Sería importante incluir esta articulación en la valoración ecográfica y el trabajo interdisciplinario con el odontólogo.

**Palabras Claves:** Articulación Temporomandibular, Artritis reumatoide, Ecografía

## 153

**0153 - PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 Y BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR COMPATIBLE CON SÍNDROME DE SJOGREN**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: OTROS

SERRAVALLE, Priscila | CRABBÉ, Emilio Juan | CALVO, Romina | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Objetivos:** Lui y col. y Clio y col describen un subgrupo diferente de pacientes con síndrome de Sjogren primario e infiltración de células plasmáticas positivas para IgG4 en las glándulas salivales labiales (LSG) y niveles séricos de IgG4 elevados respectivamente.

**Materiales y Métodos:** Revisión de cuatro pacientes con diagnóstico de enfermedad relacionada a IgG4 (comprehensive criteria 2012) con Chilson y Meison mayor de un foco.

**Resultados:** Tres de cuatro eran mujeres, con una media de edad de 56 años (36-75), las manifestaciones clínicas glandulares: 2/4 xerostomía, 1/4 xeroftalmia, 4/4 de aumento de glándulas salivales mayores, 1/4 pancreatitis autoinmune. Manifestaciones clínicas extraglandulares: 1/4 Adenopatías, 1/4 neumonitis intersticial, 1/4 colecistitis esclerosante, artritis, 1/4 hipoacusia sensorioneural.

**Conclusiones:** El subgrupo descrito en los pacientes con síndrome de sjogren primario e IgG4 sérica aumentada o biopsia de glándula salival menor, fue visto también en ER-IgG4.

**Palabras Claves:** Glándulas salivales labiales, Sjogren primario, Enfermedad relacionada a IgG4.

## 154

**0154 - MANIFESTACIONES REUMÁTICAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

GARCIA ORO, Agustina | VASSAROTTO, Natalia | RETA ARBÓ, Lucas | WERNER, Marina Laura | ONETTI, Laura Beatriz | CADILE, Isaac | MUSSANO, Eduardo Daniel

**HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS**

**Objetivos:** Primario: Identificar las manifestaciones reumatológicas en la población HIV/SIDA Secundarios: Clasificar a los adultos con HIV/SIDA que presenten manifestaciones reumáticas de acuerdo a sexo y analizar si hay diferencia en la presencia de manifestaciones reumáticas entre ambos sexos. Correlacionar los niveles de CD4 y la presencia de manifestaciones reumáticas Analizar presencia de manifestaciones reumáticas según cantidad de antiretrovirales utilizados durante el tratamiento **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de corte transversal en un servicio de Infectología de un hospital Universitario Población/muestra: 249 individuos consecutivos con diagnóstico de HIV/SIDA, adultos desde los 18 años de edad (entre marzo y agosto 2014). Se excluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedades reumáticas previas al diagnóstico de HIV/SIDA, y aquellos que solo tuvieron registrados en la historia clínica recuento de CD4 y carga viral sin seguimiento por partes de los profesionales de dicho servicio. Variables analizadas: edad, sexo, manifestación reumática, dosaje de CD4, número de medicamentos y manifestaciones clínicas.

**Resultados:** Se pudo observar que la frecuencia de manifestaciones reumáticas fue del 19.7% sobre la muestra total. Las manifestaciones reumáticas según sexo fueron significativas ( $p < 0,0001$ ). Las más frecuentes fueron hiperuricemia con o sin gota, artritis séptica, y elevación de CPK con o sin miopatías, predominando en el sexo masculino con edad promedio de 46,6 años para ambos sexos. El valor promedio de CD4 para los pacientes de sexo masculino fue igual a 486,5 Cel/ml, mayor al grupo de las mujeres, que tuvo un valor de 388,8 Cel/ml, La diferencia entre estos parámetros resultó estadísticamente significativa ya que al aplicar el test el p-valor fue igual a 0,0079 < 0,05. Para el análisis de la variable CD4 según sexo y manifestaciones reumáticas no hubo diferencias. El número de medicamentos en pacientes con manifestaciones reumáticas y CD4 elevados fue significativo ( $p < 0,0001$ ). Los pacientes con manifestaciones reumáticas tienen un promedio de 2,86 medicamentos (D.E=0,16) y los que no tienen manifestaciones reumáticas la media fue de 2,59 (D.E=0,08). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,1340$ ). **Conclusiones:** Las manifestaciones reumáticas en pacientes HIV/SIDA más frecuentes fueron hiperuricemia con o sin gota, artritis séptica, y elevación de CPK con o sin miopatías, predominando en varones con edad promedio de 46 años, con conteo de CD4 significativamente mayor que en mujeres. El número de medicamentos antirretrovirales no influiría en la aparición de manifestaciones reumáticas **Palabras Claves:** HIV/SIDA, manifestaciones reumáticas, CD4, antirretrovirales



## 156

**0156 - PRIMERA EXPERIENCIA CONJUNTA DERMATOLÓGICA-REUMATOLOGÍA EN UNA CAMPAÑA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ARTRITIS PSORIÁSICA**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS*  
 SAVIO, Verónica | ALONSO, Carla | Gimena | QUAGLIA, María Isabel | ALBIERO, Juan Alejandro | MALDINI, Carla | PEREYRA, Susana | GALLERANO, Verónica | ALBIERO, Eduardo | GOBBI, Carla | ALBA, Paula

**HOSPITAL CÓRDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**Objetivos:** INTRODUCCION La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria que afecta el 6-39% de los pacientes con Psoriasis (Ps). Aproximadamente la mitad de los pacientes con APs presentan erosiones dentro de los 2 años de su presentación y un retraso en el diagnóstico y tratamiento conduce a daño articular. La APs puede pasar inadvertida en dermatología y medicina general, particularmente en estadios tempranos. Las clínicas combinadas entre dermatólogos y Reumatólogos han surgido como una estrategia para racionalizar e integrar el cuidado de pacientes con Ps y APs. **Objetivo:** Describir la experiencia de una campaña de detección precoz de APs destinada a la comunidad llevada a cabo conjuntamente por los Servicios de Dermatología y Reumatología del Hospital Córdoba **Materiales y Métodos:** En marzo de 2018 se planificó una campaña de detección precoz de APs de manera conjunta por los servicios de Dermatología y Reumatología del Hospital Córdoba. Durante julio y agosto de 2018 se realizó difusión publicitaria en medios gráficos y audiovisuales. Se otorgaron turnos telefónicos y por WhatsApp. Los que no se pudieron otorgar por sobrepasar la capacidad logística se distribuyeron semanalmente hasta noviembre del corriente año. En agosto/2018 se llevaron a cabo jornadas de formación sobre Ps y APs dirigida a médicos y población general y posteriormente por tres días consecutivos se desarrolló la etapa de detección clínica. Todos los pacientes fueron evaluados clínicamente por Dermatología y se utilizó el cuestionario PASE como instrumento para tamizaje de APs. Los pacientes con PASE positivo fueron valorados por un reumatólogo. Aquellos pacientes sin lesiones cutáneas y sin diagnóstico de Ps pero con antecedente familiar y con PASE positivo fueron evaluados solo por el reumatólogo. El reumatólogo valoró compromiso axial y periférico. Se consignaron datos demográficos. En Ps: fecha de comienzo de síntomas y de diagnóstico, tipo de Ps, PASI, BSA, y tratamiento recibido. En APs: diagnóstico previo, fecha de comienzo de síntomas articulares, tipo de compromiso (mono/oligoarticular, poliarticular, axial), dactilitis, entesitis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, N° de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), Evaluación Visual Análoga (EVA) del paciente y del médico, comorbilidades (dislipemia, HTA, obesidad, DBT, Celiacía, otras), tabaquismo, peso, talla, perímetro de cintura, Tensión Arterial (TA). En caso de sospecha diagnóstica de APs se ofreció seguimiento por consultorio de Psoriasis y Espondiloartritis según la práctica clínica habitual. **Resultados:** Se registraron 180 llamadas telefónicas y 175 solicitudes de turnos a través de WhatsApp. Se otorgaron 91 turnos para los 3 días de campaña. Se valoraron 71 pacientes (p). 48 mujeres y 23 hombres con una Mediana de edad de 42.0 (15.2- 75.7). De los 50 p con diagnóstico de Ps, 3 de ellos con diagnóstico previo de APs. 37 p tenían PASE positivo de los cuales 18 se sospechó diagnóstico de APs y 3p con APs sin Ps. Se obtuvieron datos de tipo de Ps en 42 p, de ellos 31 tenían en placas, 9 en gotas, 5 ungueales, 2 invertidas, 1 palmoplantar. 2 p no tenían lesiones al momento del examen. 46 p recibían tratamiento para Ps (42 tópico, 13 DMARD, 3 fototerapia, ninguno biológico). De los p con compromiso periférico el 51.43% tenía afectación mono/oligoarticular, 48.57% poliarticular, 4 pacientes tenían clínica axial, 7 dactilitis, 10 entesitis, ninguno uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal conocida ni celiacía. 32.35% era tabaquista. **Conclusiones:** Las campañas de detección precoz generan accesibilidad a la evaluación médica y mayor probabilidad de diagnóstico de la patología pesquisada. El trabajo conjunto Dermatología-Reumatología es imprescindible para la detección precoz de APs en la comunidad. En esta campaña detectamos probable APs en un tercio de los pacientes con Ps. Es importante no solamente realizar la detección precoz si no también poder ofrecer a los pacientes un mayor acceso en una clínica especializada para tal fin. **Palabras Claves:** Artritis psoriásica; detección precoz

## 158

**0158 - SÍNDROME DE FELTY: EL GRAN IMITADOR**

*Modalidad: Poster*

*Unidad Temática: AR*

*Unidad Temática 2: CASOS CLÍNICOS*

SERRAVALLE, Priscila | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana | PAIRA, Sergio

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN**

**Objetivos:** Presentamos 4 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (criterios ACR 1987) y complicaciones que simulaban síndrome de Felty.

**Resultados:** Las complicaciones extraarticulares más severas en un paciente con Artritis reumatoide seropositiva nodular y de larga evolución son: vasculitis reumatoidea, síndrome de Felty (3%) y amiloidosis. El síndrome de Felty se caracteriza por la triada de: artritis reumatoidea, neutropenia persistente sin otra causa que lo justifique y esplenomegalia; por lo que su diagnóstico diferencial es amplio.

**Conclusiones:** Existen otras patologías que pueden simular un síndrome de Felty, por lo que siempre hay que descartarlas, particularmente infecciones.

**Palabras Claves:** Felty, Complicaciones AR

## 160

**0160 - LEISHMANIA COMO SIMULADORA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*

PICCO, Eugenia | ROJAS TESSEL, Romina | CUCCHIARO, Natalia Lili | ACIAR, Mariana Mabel | BUSCHIAZZO, Emilio | BELBRUNO, Leila | LENCINA, María Verónica | JUAREZ, Vicente | CRESPO ESPINDOLA, María Elena

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

**Materiales y Métodos:** La Leishmaniasis es una enfermedad infecciosa crónica causada por un parásito protozoario del género Leishmania. Esta parasitosis es transmitida por un fletómodo del género Lutzomyia. Según la virulencia del parásito y el estado de inmunidad del huésped la infección puede ser asintomática o manifestarse como Leishmaniasis cutánea localizada, variedad borderline, Leishmaniasis cutánea difusa anérgica, Leishmaniasis cutáneo-visceral o visceral. Esta parasitosis puede simular enfermedades autoinmunes, lo que dificulta el diagnóstico. La provincia de Salta, principalmente la región Norte (Orán) se considera zona endémica.

**Resultados:** CASO CLÍNICO: Varón de 46 años trabajador rural procedente de Aguas Blancas, Orán. Es derivado con diagnóstico presuntivo de Lupus. Al ingreso refería fiebre con pérdida de peso de dos meses de evolución. Al examen físico presentaba úlceras dolorosas en mucosa nasal y orofaríngea, rash maculopapular confluyente en tórax, maculas eritematosas en palmas y plantas, y artritis de tobillos. El laboratorio del hospital de Orán presentaba un FAN 1/2560 patrón citoplasmático, granular y Factor Reumatoide positivo 40 UI. A su ingreso se realiza un nuevo laboratorio donde presentaba Hemograma, urea, creatinina y hepatograma normal, VSG 67 mm/h, PCR elevada y proteinuria 1,7gr/24 horas, FAN 1/80, Ro positivo, C4 disminuido y C3 normal, el resto de los anticuerpos Anti Sm, anti DNAdc, anti La, anti RNP, ANCA por IFI, PR3 y MPO fueron todos negativos. Los resultados de hemocultivos para gérmenes comunes y micosis profunda fueron negativos. Serologías para hongos Histoplasmosis, Paracoccidioides, Coccidioides, Aspergillus y serologías virales para VIH, Virus hepatitis B y C, CMV y EB también fueron negativos. Reacción de Huddleson, raspado para Hansen negativo. Se realizó biopsia renal compatible con nefropatía mesangial IgM. Biopsia de piel del tórax con infiltración linfomohistiocitaria, células gigantes y angiogénesis, sin signos de malignidad. Compromiso de senos paranasales por tomografía computada (TC), adenopatías calcificadas en espacio mediastinal infracarinal y en hilio pulmonar izquierdo. Se realiza Interconsulta con Odontología quien sugiere descartar Leishmaniasis. Se inició tratamiento con meprednisona 20mg e hidrocortisona con sospecha de LES vs Vasculitis granulomatosa. Las lesiones de boca resuelven rápidamente tras el inicio de corticoides por lo que no se pudo tomar muestras. El paciente mejoró y se dio de alta con ese tratamiento. Durante los siguientes controles continuó con buena evolución, recuperó peso y no tenía registros febriles ni proteinuria. Con el descenso de corticoides se reactivaban los síntomas por lo que se asoció Metotrexato 20 mg semanales. Luego de 6 meses se observan nuevas lesiones en piel, pápulas rosadas de 0.5 cm en abdomen, región posterior del tórax y codos, nódulos subcutáneos en miembros superiores e inferiores, compatibles con eritema nodoso y úlcera de fondo sanioso distal del tercer dedo de pie izquierdo con pérdida ungueal que el paciente la atribuye a un traumatismo. Vuelve a presentar registros febriles por lo que se reinita. Se repiten estudios complementarios, presentando pancitopenia, VSG 100 mm, hipergammaglobulinemia policlonal, ANCA C Positivo 1/40 por IFI. Ecografía con esplenomegalia leve de 14 cm. Se realiza raspado de pápulas de abdomen donde se observan amastigotes abundantes se realiza PCR y cultivo que confirman diagnóstico de Leishmaniasis por lo que comienza una reducción de dosis de corticoides, suspensión de hidrocortisona y metotrexato. Realizó tratamiento completo con Antimonio de Meglumina, dos ciclos de 21 días, sin resolución de las lesiones cutáneo-mucosas. Por tal motivo inicia Anfotericina B parenteral durante 21 días con mejoría de las lesiones de piel, quedando solamente macúlas hiperpigmentadas residuales, negativización de anticuerpos y disminución de los reactantes de fase aguda. En la actualidad está sin tratamiento con DMAR ni corticoides.

**Conclusiones:** DISCUSION: 1- Considerar la Leishmaniasis como diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones crónicas en piel o mucosas, eritema nodoso, fiebre, artralgias, hepatoesplenomegalia, citopenias y glomerulonefritis. 2- Tener en cuenta que las enfermedades infecciosas crónicas pueden desencadenar autoinmunidad. 3- La leishmaniasis puede simular flares de enfermedades autoinmunes como el lupus.

**Palabras Claves:** Leishmaniasis

## 161

**0161 - EL ÍNDICE PROTEINURIA CREATININURIA TIENE CONCORDANCIA CON LA PROTEINURIA DE 24 HORAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

*Modalidad: Poster*

*Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS*

*Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS*

PICCO, Eugenia | JUAREZ, Vicente | BUSCHIAZZO, Emilio | CUCCHIARO, Natalia Lili | RUA, Gustavo | TALOCCHINO, Patricia | ROJAS TESSEL, Romina | ACIAR, Mariana Mabel | LENCINA, María Verónica | CRESPO ESPINDOLA, María Elena

**HOSPITAL SR DEL MILAGRO**

**Objetivos:** La proteinuria de 24 horas ha sido el gold estándar para el screening y seguimiento de la enfermedad glomerular. El uso del índice proteinuria/creatininuria (P/C) en una muestra parcial de orina se propuso como alternativa para la proteinuria de 24 horas debido a su simple recolección. Este método ha sido validado en pacientes con nefropatía diabética y no diabética, con menos datos en Lupus eritematoso sistémico. El objetivo de este estudio es medir la correlación y concordancia entre estos dos métodos en pacientes con LES.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron muestras pareadas de proteinuria de 24 horas e índice proteinuria creatininuria de la primera orina de la mañana en pacientes con diagnóstico de LES con o sin nefropatía lúpica entre Junio de 2015 y Mayo de 2018 en el Hospital Señor del Milagro. Se considera que el índice P/C es 1000 veces mayor que la proteinuria de 24 horas medida en gr/24 horas. Se calculó el Índice de Walser (IW) para estimar la calidad de la recolección de la orina de 24 horas, considerándose aceptable un valor entre 0.75 y 1.25. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje, las cuantitativas en mediana y Rango Intercuartil o media y desviación estándar según su distribución, se realizó Test de Spearman para evaluar correlación entre proteinuria de 24 horas e Índice P/C. Para analizar concordancia entre índice P/C y proteinuria de 24 horas se dividió Índice P/C en 1000. El coeficiente de concordancia interclase se calculó con alfa de cronbach. Las curvas ROC y el área bajo la curva se calculó para valores de proteinuria de 24 horas iguales o mayores a 0.3, 0.5, 1 y 3.5 gr en 24 horas para calcular los cortes para Índice P/C. Una p < a 0,05 se consideró significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 187 muestras pareadas de 68 pacientes, 60 (88,2%) mujeres con una mediana de 33 años (RIC 27-48). La correlación de Spearman entre los dos métodos fue de 0.84. El intervalo de coeficiente de concordancia fue >0.9 para todas las muestras y de 0.92 cuando el IW fue aceptable (n=88) y solo disminuyó a 0.88 en las muestras con IW no aceptable (n=99). Considerando las muestras con IW aceptable, las curvas ROC mostraron que cortes de 343 mg/g, 407 mg/g, 948 mg/g y 3013 mg/g tenían buena sensibilidad y especificidad para predecir proteinurias de 24 horas de 0.3, 0.5, 1 y 3.5.

**Conclusiones:** En esta muestra de pacientes con LES, la proteinuria de 24 horas tuvo buena concordancia y correlación con el índice P/C considerando IW aceptable. El uso de índice P/C puede reemplazar la evaluación de la enfermedad glomerular en pacientes con LES.

**Palabras Claves:** Lupus, proteinuria

162

0162 - FENÓMENO DE LUCIO: REPORTE DE CUATRO CASOS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

BENAVENTE, Emilio Pablo(1) | SERRAVALLE, Priscila(2) | PAIRA, Sergio(2) | ROVERANO, Susana(2) | ORTIZ, Alberto(2)

HOSPITAL DISTRITAL EVA PERÓN (1); HOSPITAL JM CULLEN (2)

**Objetivos:** Dentro de la enfermedad de Hansen, la variante difusa no nodular se denomina "Fenómeno de Lucio" o "Lepra bonita". Esta enfermedad puede imitar a varias enfermedades del tejido conectivo como glomerulonefritis, miositis, uveítis, poliartritis, crioglobulinemias, vasculitis. Hallazgos tales como rash malar, tumefacción de manos, fenómeno de Raynaud, y lesiones simil Gottron pueden inducir a un diagnóstico erróneo de una colagenopatía. Se describen 4 casos de pacientes con fenómeno de Lucio

**Materiales y Métodos:** Revisión de historias clínicas de pacientes. Serie de casos.

**Resultados:**



**Conclusiones:** Debido a su rareza y su similitud con algunas manifestaciones de las enfermedades del tejido conectivo, el Fenómeno de Lucio debe estar presente entre los diagnósticos diferenciales cuando existen vasculitis necrotizantes especialmente en zonas endémicas, ya que un diagnóstico erróneo o un retraso en el tratamiento adecuado, puede causar serias complicaciones clínicas o incluso un tener un desenlace fatal.

**Palabras Claves:** Vasculitis, lepra, fenómeno de Lucio.

163

0163 - USO DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SOBREVIDA DE LA DROGA, CAUSAS DE DISCONTINUACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

Modalidad: Poster- Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

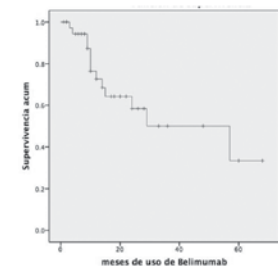
GARCIA, Lucila | MARTIRE, Victoria | TESTI, Adriana | SANSINANE, Pierina | GARCIA, Mercedes

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Evaluar la sobrevida acumulada de Belimumab, las causas de suspensión y los factores asociados a la misma en pacientes con LES.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado en un centro de referencia de

Causa de discontinuación	Desaparición de pacientes	Total de Pacientes	Seguimiento Tratamiento	Terminados	Desarrollo Neurológico	Sin asociación a re-efectos	Reversión de la enfermedad	Total
sin asociación (%)	1 (38.4)	2 (20)	1 (7.6)	1 (7.6)	1 (7.6)	1 (7.6)	1 (7.6)	12 (90.4)



Reumatología de la provincia de Buenos Aires. La información se obtuvo de las historias clínicas y del registro de las infusiones de Hospital de Día. Ingresaron al estudio pacientes con LES según criterios ACR 82/ SLICC 2012, mayores de 18 años que hayan recibido al menos una infusión de Belimumab en el periodo comprendido entre enero de 2013 a agosto de 2018. Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas como medias o medianas con sus correspondientes medidas de dispersión. Las variables categóricas serán comparadas por el test de X2 y las continuas por Test de Student o Mann Whitney de acuerdo a su distribución. Las variables asociadas a la sobrevida de los biológicos serán analizadas en un modelo de regresión de Cox utilizando la sobrevida como variable de tiempo, la permanencia de la droga como variable dependiente y diferentes factores demográficos, clínicos o terapéuticos como variables independientes. Un valor de p<0.05 se considerará significativo. Las sobrevida acumulada de la droga se evaluó por curvas de Kaplan Meier. **Resultados:** Se recolectaron 37 pacientes con diagnóstico de LES: todos de sexo femenino, media de edad de 42 años (DS±9.5), promedio de evolución de la enfermedad de 18 años y de seguimiento de 105 meses. Al momento de iniciar el tratamiento con Belimumab, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron musculoesqueléticas (40.5%), cutaneomucosas (37.8%), hematológicas (5.4%), pleuropulmonares (2.7%), renales (2.7%) y otras (10.8%); SELENA-SLEDAI 8.5 puntos, SLICC 4.42 puntos y 19 pacientes presentaron hipocomplementemia (C3 y/o C4 bajos) (51.3%). La dosis promedio de glucocorticoides fue de 6.9 mg/día, el 94.5% de las pacientes se encontraba en tratamiento con Hidroxicloroquina y un 59.4% (22/37) se encontraba en tratamiento con un inmunosupresor siendo el más utilizado el Metotrexato (11/22) en un 50% de los casos, seguido por la Azatioprina en 7 pacientes (31.8%) y Mofetil Micofenolato en 4 (18.2%). Trece pacientes (35.1%) discontinuaron el tratamiento de belimumab (tabla 1). No se encontró ningún factor demográfico, clínico o de laboratorio asociado a la suspensión del tratamiento con Belimumab. Veinticuatro pacientes continuaron en tratamiento hasta la actualidad, con una edad media a la primera infusión de 40 años y con una mediana de tiempo de uso de 12 meses (RIC 8-25). La mediana de sobrevida acumulada fue de 57 meses (IC 95% 16.5-97.4). Por análisis multivariado de regresión de Cox, no se encontró asociación entre discontinuación y otras variables. La sobrevida de la droga fue de 81% a los 6 meses, 51% a los 12 meses, 35% a los 18 meses y 24% a los 24 meses. **Conclusiones:** En el análisis de tratamiento con Belimumab en pacientes con LES en un periodo de 68 meses, se observó una sobrevida acumulada de la droga de 57 meses. La principal causa de discontinuación del tratamiento fue la decisión del paciente seguido por falta de acceso a la droga. No se encontraron factores epidemiológicos, clínicos ni laboratorio asociados a la suspensión. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, Belimumab

164

0164 - UTILIDAD DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ABSORCIOMETRÍA CON RAYOS X (DEXA) PARA DEFINIR OBESIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Modalidad: Poster- Unidad Temática: AR

AYLLON, Erick | PORTA, Sabrina | FLORES, Daniela | ARIAS, Maira | PEREZ, Barbara | TRAMPUZ, Alejandra | TAPIA, Maria | CAVALLLO, Andrea | ALVAREZ, Damaris | KERZBERG, Eduardo

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA . HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA

**Objetivos:** 1. Evaluar obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) y DEXA. 2. Evaluar la asociación entre masa grasa, actividad de la enfermedad y discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR.

Edad en años media (DE)	58,4 (11)	DAS28-VES mediana (RI)	3,10 (1,29)
Sexo femenino: n (%)	54 (90)	Uso de DMARS n (%)	59 (98,3)
Años desde el Diag. de AR mediana (RI)	10 (11,5)	Uso de corticoides n (%)	25 (42)
Factor Reumatológico n (%)	56 (93,3)	Uso de biológicos n (%)	4 (6,67)
Erosiones n (%)	39 (65)	Hipertensión arterial n (%)	19 (31,67)
Nódulos reumatoides n (%)	10 (16,67)	Dialipidemia n (%)	0 (13,3)
HAQ mediana (RI)	0,875 (1,25)	DMT n (%)	4 (6,67)
DMC mediana (RI)	27,32 (6,89)	Hipotiroidismo n (%)	0 (13,3)
Tabaquistas n (%)	11 (18,33)	% Grasa corporal total mediana (RI)	43,8 (10,55)

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 60 pacientes los cuales cumplían criterios de clasificación ACR/ EULAR 2010 para AR. El periodo de evaluación fue desde diciembre del 2017 hasta agosto del 2018. Se estudio en todos los pacientes la composición

corporal mediante DEXA. Se definió obesidad como la presencia de grasa corporal total mayor al 35%. El IMC se calculó con el peso dividido la estatura en metros al cuadrado, utilizando los valores de corte para obesidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAS28-VES, y la discapacidad mediante Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas, demográficas y de laboratorio. Se utilizó la prueba Mann Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de las variables. Se considero significativa una P= 0,05. **Resultados:** Se encontró una fuerte asociación entre IMC y % de grasa corporal total (coeficiente de Spearman 0,75 p<.0001). La detección de obesidad por DEXA fue más alta que al utilizar el IMC (83.3% vs 33.3% respectivamente). El aumento de la grasa corporal total se relacionó con mayor discapacidad medida por HAQ (coeficiente de Spearman 0.42; p=0.002) no encontrándose relación con actividad de la enfermedad medida por DAS28-VES (coeficiente de Spearman 0.26; p = 0.06). La asociación entre la masa grasa y las variables clínicas y demográficas estudiadas no fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Pacientes con AR presentan un elevado porcentaje de grasa corporal total. El IMC utilizado en la práctica diaria, lleva a un subdiagnóstico de obesidad en estos pacientes, lo cual contribuye no solo al pobre control de factores de riesgo cardiovascular, sino también al aumento de la discapacidad funcional. **Palabras Claves:** Artritis reumatoidea. Obesidad.

165

0165 - REUMACHECK-SPA® RESULTADOS A UN AÑO DE UN PLAN INTEGRAL PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN ESPONDILIOARTRITIS

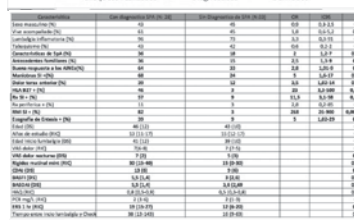
Modalidad: Poster- Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS

SANCHEZ PRADO, Einer Dalinda | RUTA, Alvaro | TORRES CHICHANDE, Jessica | RUTA, Santiago | MAGRI, Sebastian | SALVATORI, Facundo | GARCIA SALINAS, Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de diagnóstico de pacientes que ingresaron en un plan de evaluación rápida para SpA (reumacheck-SpA) y evaluar sus características clínicas; valorar el impacto de un plan de concientización y derivación. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, se incluyeron pacientes mayores a 18 años de edad que ingresaron a un sistema de diagnóstico rápido de SpA (Reumacheck-SpA) de acuerdo a los siguientes criterios:

artritis periférica más alguna característica de SpA (ASAS 2006) o Lumbalgia de más de 3 meses de evolución que haya comenzado antes de los 45 años. A los pacientes ingresados al circuito Reumacheck SpA se les realizó el mismo día: analítica sanguínea con reactivantes de fase aguda, HLA B27 (lumbalgia), Rx de articulaciones sacroiliacas, RM de sacroiliacas (con protocolo de SpA), ecografía articular y entesis (independientemente de los síntomas), se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Con respecto a los síntomas SpA se recabó: fecha y edad de inicio, características de la lumbalgia, antecedentes personales y familiares, si recibió AINES y la respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, rigidez matinal. Se realizó clínica de síntomas axiales y periféricos (BASDAI, BASFI, MASES, HAQ, CDAl), el evaluador de los síntomas de asociación al resultado de los estudios complementarios se fueron recabados por otro observador: laboratorios, Rx, RM y ecografía. Durante el mes de Mayo se diseño y realizó un plan de concientización a la comunidad, médicos y personal administrativo involucrado (campañas en medios, redes sociales y charlas a derivadores) y se eslimo la derivación y diagnóstico posterior al plan. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva y en la muestra de lumbalgia se aplicó Test de Chi2 y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución.



**Resultados:** 77 pacientes ingresaron al sistema de diagnóstico rápido desde Agosto de 2017 a Agosto de 2018, 61 con síntomas axiales y 16 con periféricos. 53% de sexo femenino, media de edad 45,5 años (11,3), media de tiempo de estudio 13 (3), 55% vivían acompañados, 74% eran trabajadores. Características de SpA 40% (77% psoriasis, 10% uveítis, 3% EII), antecedentes familiares de SpA 26% (70% psoriasis, 15% SpA, 10% EII). De los pacientes con síntomas periféricos el 100% cumplieron criterios para artritis psoriásica; y los pacientes con síntomas axiales el 46% (IC 95% 33-58) cumplieron criterios ASAS para SpA axial. El grupo de pacientes con síntomas axiales presentó una mediana de demora desde que inicio la lumbalgia al diagnóstico de 24 meses (RIC 11-73). Aquellos pacientes derivados por especialistas (ortopedia) presentaron una demora de derivación (mediana) de 0,9 meses (RIC: 0,7-2). La frecuencia de pacientes que concurren a la realización del chequeo, tanto espontáneo como derivados por especialistas afines, se incrementó luego de la estrategia de concientización (diferencias entre semestres 9 vs 20) figura 1. En la tabla 1 se observan las diferencias en las características generales, clínicas y de estudios complementarios entre pacientes con y sin diagnóstico de SpA axial. **Conclusiones:** De los 77 pacientes que ingresaron al sistema Reumacheck SpA según los criterios establecidos el 57% IC 95% fueron diagnosticados ya sea como SpA axial o periférico (APs), en los pacientes axiales las características distintivas se observaron tanto a nivel clínico como de estudios complementarios. Los pacientes derivados luego de la estrategia de concientización se incremento, con una demora de menos de 1 mes desde que el paciente era visto por un medico derivador a la realización del chequeo. **Palabras Claves:** Epondilioartritis, diagnóstico

166

**0166 - TOCILIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE ARTERITIS DE LAS CÉLULAS GIGANTES EN LA PRÁCTICA DIARIA: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR  
CASTILLO DIAZ, Harold I PUERTA FRANCHI, Ramiro Alberto I CHIMENTI, Cristian I BATTAGLIA, Daniela

**HOSPITAL MUNICIPAL DE VICENTE LOPEZ "PROF.DR. BERNARDO HOUSSAY"**

**Objetivos:** Arteritis de las células gigantes (ACG), es la forma más común de vasculitis del adulto mayor de 50 años, que afecta principalmente a las ramas extracraneales de la arteria carotídea, siendo la más común la arteria temporal. Más frecuente en mujeres que en hombres, con incidencia de 12/100.000 en el sur de Europa y Mediterráneo y 17/100.000 en el norte de Europa y Norteamérica. Histológicamente es una panarteritis segmentaria con formación de granulomas de las células gigantes en la lámina elástica interna. Clínicamente se manifiesta con cefalea uni o bitemporal, síntomas constitucionales, claudicación mandibular y pérdida de la visión unilateral o bilateral. El tratamiento convencional consiste en altas dosis de glucocorticoides (GC) a largo plazo, lo que lleva a efectos secundarios en el tiempo. Metotrexato (MTX) podría ayudar a reducir el riesgo de recaídas y ahorrador de glucocorticoides. Tocilizumab ha sido muy recientemente demostrado para mantener la remisión y conducir a una reducción significativa de la dosis acumulada de GC. **Objetivo:** comunicar nuestra experiencia en el uso de Tocilizumab (TCZ) como manejo terapéutico y ahorrador de GC en dos casos clínicos con arteritis de la temporal. **Materiales y Métodos:** caso 1: mujer de 74 años con antecedentes de HTA y dislipidemia, consulta por cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por pérdida aguda de la visión derecha. Es valorada por oftalmológica que evidencia neuritis óptica y exudado en fondo de ojo, resto de examen físico sin particularidades, eritrosedimentación (VSG) 100mm y PCR positiva. Iniciando meprednisona 60 mg / día. Cuatro semanas después se realiza ecodoppler de arteria temporal derecha, que informa: aumento del espesor parietal de la arteria y flujo de tipo bifásico. Paciente mejora su sintomatología parcialmente, normalizando reactivantes de fase aguda al mes de iniciado tratamiento con GC, con descenso de los mismos hasta 20 mg/día. Al año presenta recaída caracterizada por cefalea bitemporal y claudicación mandibular con VSG y PCR dentro de los parámetros normales, decidiendo aumentar meprednisona 40 mg/día e iniciar TCZ 162 mg subcutáneo semana. Evidenciando mejoría clínica y descenso progresivo de meprednisona (10 mg/día) en 6 meses, sin recaídas 12 meses después de iniciado TCZ. Caso 2: Mujer de 63 años, con antecedentes de hipotiroidismo, TVP anticoagulada actualmente. Acude por cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizada por cefalea bitemporal, con dolor a la palpación de las arterias temporales, VSG 110 mm y PCR positiva, iniciando 60 mg de meprednisona. Realiza ecodoppler de arterias temporales y biopsia que no evidencia signos de inflamación dos semanas posteriores al inicio del tratamiento. Mejora clínicamente, valores de VSG y PCR entre altos y bajos. 5 meses posteriores al tratamiento con descenso lento y progresivo, intercorre con miopatia relacionada al mismo, donde se inicia MTX 15 mg por semana como ahorrador de corticoides, presentando al mes efecto adverso, el cual se suspende. Se decide iniciar TCZ 162 mg subcutáneo/semana, evidenciando normalización de niveles de VSG y PCR, reducción de GC a 20 mg/día en 5 meses, sin presentar recaídas ni efectos adversos medicamentosos. **Resultados:** ACG es la vasculitis más frecuente en los mayores de 50 años, con secuelas potencialmente graves de los pacientes afectados, sin ninguna opción de tratamiento alternativo a los glucocorticoides hasta ahora. Los resultados de ensayos de tratamiento con DMARDs convencionales han sido poco concluyentes, la ventaja del efecto del tratamiento con MTX, apareció completamente solo después de las 24 a 36 semanas. Estudios clínicos evidenciaron niveles elevados de IL 6 en pacientes con ACG, que indican mayor y prolongado uso de GC y coincidir con más brotes de la enfermedad. TCZ anticuerpo monoclonal humanizado, se une al IL-6R, tanto al soluble como el unido a la membrana, inhibiendo su señalización. Nuestra experiencia evidenció que con el uso de TCZ, se ahorró hasta un 50% la dosis acumulada del GC en los dos casos, menos eventos adversos, mejoría significativa de la sintomatología y ninguna recaída durante los 12 primeros meses del inicio del TCZ en el caso uno.

**Conclusiones:** nuestra experiencia, el TCZ ha resultado efectivo como ahorrador de GC, sin recaídas en el tratamiento de la ACG.

**Palabras Claves:** ACG (arteritis de las células gigantes), GC (glucocorticoides), TCZ (tocilizumab)

167

**0167 - IMPACTO DE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIO-CULTURALES Y COMORBILIDADES EN MUJERES CON FIBROMIALGIA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: REUMATISMO PARTES BLANDAS/FIBROMIALGIA

NAJERA, Hugo I RODRIGUEZ MOJICA, Fernando Andres I MAMANI, Marta I

ROMANINI, Felix I SECCO, Anastasia

HOSPITAL RIVADAVIA

**Objetivos:** Describir el impacto en la severidad de los síntomas en un grupo de mujeres con FM y establecer su asociación con factores socio-culturales como son: nivel educativo, estado conyugal, ocupación, tratamiento farmacológico, antecedentes obstétricos y diversas comorbilidades.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico de cohorte transversal. Se incluyeron mujeres mayores a 18 años con diagnóstico de

FM según criterios ACR 1990 y 2010 y los revalidados 2014 del servicio de reumatología de un hospital público en Argentina, incluidos desde marzo del 2017 a junio del 2018. Se excluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas, neuropatía periférica de cualquier causa, enfermedad desmielinizante, enfermedades congénitas con manifestaciones muscular esqueléticas, hipotiroidismo no controlado, enfermedad neoplásica activa o metastásica, osteoartritis generalizadas, infecciones activas, embarazo actual o lactancia. Se midieron las siguientes variables: ocupación, tratamiento farmacológico, estado conyugal, nivel educativo, historia obstétrica. Se utilizó el cuestionario FIQ (Fibromialgia Impact Questionnaire) (puntuación de 0 – 100) mayor puntaje refleja mayor impacto en la severidad de los síntomas en FM y el índice de Charlson (puntaje de 0 – 10) mayor puntaje refleja mayor comorbilidad. **Resultados:** Las variables continuas se describieron como media y desvío standard o mediana y rango intercuartil (RIC) según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes. Para evaluar la relación entre el FIQ y las variables mencionadas se utilizó correlación de Spearman y regresión lineal. Se incluyeron 70 mujeres con FM con una media de edad de 51 años (+/-12), la media de FIQ fue de 60.47 (+/-14.20) y como variable categórica los resultados del FIQ fueron: 8.57, 38.57 y 52.86% para impacto leve, moderado y severo respectivamente. El 71.43% eran amas de casa, 64.29% cumplían tratamiento farmacológico de manera regular, 34.29% eran solteras y 30% casadas, respecto a nivel académico el 52.86% tenían secundaria incompleto o menos, 68.57% eran multiparas, 22.86% nuliparas y 8.57% un solo parto. La mediana del índice de Charlson fue de 2 (RIC: 1 – 3). Se observó una baja correlación entre el FIQ y el índice de Charlson (rho: 0.17, p: 0.17). No se encontró asociación entre el FIQ y el estado conyugal, ocupación, nivel educativo, tratamiento farmacológico y antecedentes obstétricos (tabla 1). **Conclusiones:** La mayoría de la población estudiada presentó un alto impacto en la severidad de los síntomas de FM, sin embargo no se encontró asociación entre los factores socio-culturales y comorbilidades estudiados y la severidad de la FM.

170

**0170 - PREVALENCIA DE LEUCOPENIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALPHA Y ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR

MACIAS OVIEDO, Leonela Lyseth(1) I LUNA, Gisele(1) I FORNARO, Marina(1) I SCHNEEBERGER, Emilee Edith(1) I PEREZ ALAMINO, Rodolfo(2) I BUSCHIAZZO, Emilio(3) I CITERA, Gustavo(1)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL NICOLÁS AVELLANEDA

(2); HOSPITAL SF DEL MILAGRO (3)

**Objetivos:** El uso de Inhibidores de Factor de Necrosis Tumoral Alpha (TNFi) ha mejorado el pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Estas medicaciones no están libres de eventos adversos, incluyendo reacción en el sitio de inyección, infecciones y síntomas constitucionales. Se han reportado alteraciones hematológicas como leucopenia, la cual puede llevar a la discontinuación de la droga. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de leucopenia en pacientes con AR en tratamiento con TNFi y analizar los posibles factores asociados a la misma. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes >18 años de edad con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 que hayan recibido tratamiento con TNFi. Se consignaron las características sociodemográficas, comorbilidades y el tratamiento de las mismas, características clínicas de la enfermedad, antecedente de leucopenia previo al uso de TNFi y sus causas. Se registraron los tratamientos previos al inicio del TNFi, fecha de inicio del TNFi, fecha de presentación de la leucopenia así como medidas de actividad, laboratorio, tratamiento concomitante y eventos adversos tanto al momento de la leucopenia como 3 meses previos. Por cada paciente con leucopenia, se seleccionaron al menos 5 pacientes controles que no tuvieron leucopenia, apareados por la duración del tratamiento con TNFi, para comparar diferentes variables demográficas, clínicas y terapéuticas asociadas al desarrollo de leucopenia. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Chi2 y test exacto de Fisher. T test y ANOVA. Modelo de regresión logística múltiple (variable dependiente: leucopenia). **Resultados:** Se incluyeron 169 pacientes con AR, 153 (90.5%) de sexo femenino, con una edad mediana de 59 años (RIC 50-66) y tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 13 años (RIC 8.5-19.7). 119 pacientes (70.4%) presentaron comorbilidades, siendo la hipertensión arterial (35.5%) y el hipotiroidismo (20%) las más frecuentes 24.3% de los pacientes eran tabaquistas. 97.6% fueron positivos para FR y 84.7% para anti-CCP. 22% (n=37) presentó manifestaciones extraarticulares (MEA), siendo la más prevalente síndrome de Sjögren secundario (18.3%). Un total de 11 pacientes (6.5%) tenían antecedentes de leucopenia previa al inicio del TNFi, asociado a tratamiento con DMARDs (45.5%) y a procesos infecciosos (36.4%). El tiempo mediano de tratamiento con TNFi fue de 9 años (RIC 5-15) y se utilizaron en orden decreciente de frecuencia: Etanercept (56%), Adalimumab (32%), Certolizumab (9.5%), Golimumab (1.8%) e Infliximab (0.6%). La prevalencia de leucopenia fue del 9.5% (n=16), de los cuales el 62% recibían Etanercept, 37% Adalimumab y el 87.5% recibían DMARDs concomitante. Todos los casos de leucopenia fueron leves, 7 tenían neutropenia (5 leve y 2 moderada) y 5 linfopenia (3 leves y 2 moderada). El tiempo mediano desde el inicio del TNFi hasta la aparición de leucopenia fue de 10 meses (RIC 8-16). Nueve pacientes (56.3%) presentaron infección al momento de la leucopenia y otros dos pacientes reacción alérgica. En el análisis univariado, los pacientes que presentaron leucopenia tenían mayor tiempo de evolución de la enfermedad medida en años [media 20.6±12.3 vs media 14.8±9, p=0.02], mayor frecuencia de antecedente de leucopenia previa al uso de TNFi, (casos: 43.8% vs controles: 2.6%, p=0.00005) y de antecedente de leucopenia asociada al uso de DMARDs (casos: 25% vs controles: 3.9%, p=0.008). En el análisis multivariado, solo la historia previa de leucopenia, se mantuvo significativamente asociada a leucopenia con el uso de anti-TNF (OR=20, IC95% 3.9-101.7, p=0.0001). **Conclusiones:** La prevalencia de leucopenia en pacientes tratados con TNFi fue menor del 10% y en todos los casos leve. La única variable asociada independientemente a la presencia de leucopenia fue el antecedente de haber padecido leucopenia previamente al uso de TNFi. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Leucopenia, Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa

169

**0169 - ARTRITIS REACTIVA SECUNDARIA A COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA: EL CLOSTRIDIUM DIFFICILE DETRÁS DE ESTA ENTIDAD**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2:

ESPOÑILOARTRITIS

SATTLER, María Emilia(1) I CONTE, María Soledad(1) I KISLUK, Boris(1) I DANIELE, Julietta(1) I

RAGGIO, Juan Carlos(1) I PERETTI, Hugo(2) I BERBOTTO, Guillermo Ariel(1)

HOSPITAL EVA PERÓN (1); SANATORIO BRITÁNICO (2)

**Objetivos:** La artritis reactiva es una enfermedad autoinmune dentro del grupo de las espondiloartritis seronegativas. Afecta a ambos sexos, habitualmente entre los 20 y 50 años. Se caracteriza por oligoartritis migratoria o aditiva, dolor lumbar inflamatorio, asociado o no a síntomas extraarticulares secundario a una infección previa, habitualmente del tracto genitourinario o gastrointestinal. Dentro de las etiologías de infecciones entéricas, la Yersinia enterocolitica, el Campylobacter jejuni y la Salmonella typhimurium son agentes bien documentados; el Clostridium difficile, sin embargo, es una causa poco descrita como origen de esta patología, con sólo 50 casos reportados a nivel mundial. **Resultados:** Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 59 años de edad que consulta en diciembre de 2017 a nuestro servicio por cuadro de oligoartritis migratoria con compromiso de hombro izquierdo, 3ª metacarpofalángica (MCF) de mano derecha y ambas rodillas con rigidez matinal de una hora de duración; sin otros síntomas acompañantes. Al interrogatorio refería haber presentado, 3 semanas previas, cuadro de diarrea mucosanguinolenta acompañado de náuseas y vómitos alimenticios. Se interpretó como enterocolitis invasiva, recibió tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacina 500 mg cada 12 h por 5 días con mejoría de cuadro. Como antecedentes personales se realizó dos cirugías proctológicas por hemorroides y fístula anal, en septiembre y noviembre de 2017, respectivamente. Complicó con absceso perianal que resolvió con drenaje quirúrgico y antibiótico (ciprofloxacina más metronidazol). Al examen físico presentaba sinovitis en ambas rodillas y 3ª MCF de mano derecha con dolor a la movilización de hombro izquierdo. Al laboratorio destacaba aumento de reactivantes de fase aguda y leucocitosis. Función renal y hepática conservada. Se interpretó el cuadro como probable artritis reactiva y se inició tratamiento con meprednisona 20 mg por día asociado a naproxeno 1 gr por día con mejoría progresiva del cuadro. 15 días posteriores recurre el cuadro articular con compromiso inflamatorio predominantemente de rodilla izquierda y ambos tobillos que impedían la deambulación asociado a diarrea mucosanguinolenta en número de 5 a 6 deposiciones diarias acompañado de dolor abdominal tipo cólico, por lo que se decide internación para estudio y tratamiento. Laboratorio: GB 13500/mm3, Hb 12.5 gr/dl, Hcto 36%, Plaquetas 232000/mm3, eritrosedimentación 42 mm/1ª hora, PCR 36 mg/dl, factor reumatoideo y anticuerpos contra péptidos citrilinados negativos, HLA B27 negativo. Recuento de polimorfonucleares en materia fecal: 25 leucos por campo. Radiografías de rodillas y tobillos: aumento de partes blandas sin alteraciones óseas. Se realiza videocolonoscopía que informa placas membranosa clara difusamente esparcidas en toda la extensión colónica hasta recto. Toxina en materia fecal para Clostridium difficile positiva. El paciente recibió tratamiento con vancomicina vía oral por 14 días asociado a tratamiento antiinflamatorio con mejoría progresiva tanto del cuadro gastrointestinal como articular, evidenciándose remisión completa libre de drogas al cabo de tres meses. **Conclusiones:** La artritis reactiva secundaria a colitis pseudomembranosa por Clostridium difficile es una entidad poco reconocida, habiéndose reportado un número menor de casos en todo el mundo. A pesar de la baja prevalencia de compromiso articular en la infección por Clostridium difficile, hay que destacar que en pacientes con artritis y diarrea asociada debe considerarse la posibilidad de esta etiología, especialmente en circunstancias de hospitalización o pacientes institucionalizados con antecedente de consumo previo de antibióticos; ya que identificada la causa se dispone de un tratamiento específico. **Palabras Claves:** Artritis reactiva-Clostridium difficile

## 172

**0172 - MANIFESTACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADAS A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: OTROS*  
VALZANTO, Fernanda | CASTORINO, Gerardo | NASI, Silvina | GARCÍA CICCARELLI, Agustín | GUZZERIO, María | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | GARIGNANI, Federica | BENAVENTE, Matias Manuel | CIVIT, Emma de Garignani

**HOSPITAL EL CARMEN**

**Objetivos:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por infiltración linfocitaria glandular exócrina, pudiendo afectarse órganos extraglandulares. Las manifestaciones neurológicas se estiman en 20%, siendo más infrecuentes en el sistema nervioso central, presentándose como lesiones cerebrales focales, multifocales y difusas, lesiones medulares, neuromielitis óptica, disfunciones cognitivas y psiquiátricas, entre otras. El objetivo de nuestro trabajo es reportar dos pacientes con manifestaciones neurológicas centrales asociadas al SS por su baja frecuencia de presentación a fin de optimizar la sospecha, el diagnóstico y el tratamiento oportunos. **Materiales y Métodos:** Descripción de dos casos clínicos y revisión de la literatura. **Resultados:** CASO 1. Mujer, 68 años, hipotiroidea, hipertensa, con fibrilación auricular crónica anticoagulada y SS diagnosticado un mes previo a la internación, tratada con hidroxiloroquina. Ingresó con parestesias, hiperalgnesia y dolor urente en miembros inferiores a predominio distal, de 30 días de evolución, acompañados de disminución de la agudeza visual del ojo derecho. Se constata visión bulto y disromatopsia; tono y fuerza muscular conservados, reflejos aquileanos abolidos, hipoestesia superficial con nivel sensitivo D5 simétrico, atromoalgnesia, hiperalgnesia y apaletesia distal. Laboratorio: Hemograma, función renal, ionograma y transaminasas normales. PCR 7,6 mg/l, VSG 21 mm, FAN 1/1280 moteado, anticuerpos anti Ro 1685 U/ml, anti La <3 U/ml, antifosfolípidos negativos. Fondo de ojo normal. Potenciales evocados visuales: asimetría en latencias, mayor dispersión en ojo derecho, diferencia interocular significativa 17,4 ms. RMI columna dorsal L5 T1: lesiones focales en D3 a D4 y D6 a D8, hiperintensas en T2 y FLAIR que compromete cordón medular dorsal sin realce con contraste endovenoso. RMI cerebral normal, nervio óptico sin alteraciones. Diagnóstico: neuromielitis óptica. Se descartan otras etiologías, resultando la inmunomediada como la más probable, primaria o asociada a SS. Los anticuerpos antiacuporina 4 resultaron negativos. Se realiza pulso de metilprednisolona. Se continúa con prednisona 1 mg/kg/d. Inducción a la remisión con ciclofosfamida. Mantenimiento con azatioprina. Se obtiene recuperación del balance muscular. Deambulación sin apoyo al mes. Mejoría subjetiva de síntomas sensitivos, mejoría parcial en potenciales evocados visuales con diferencia interocular de 9,6 ms. La paciente no ha presentado nuevos eventos neurológicos en el último año. CASO 2: Mujer, 32 años, epiléptica desde la infancia, hipotiroidea, celíaca con SS diagnosticado 5 meses previos a la internación, sin adherencia al tratamiento. Ingresó por estatus epiléptico. Laboratorio: sodio 119 mEq/l, CPK 114 U/ml, leucocitos 3550/μl, linfocitos 1070/μl. Calcio, fosfatemia y estado ácido base conservados, FR 235 U/ml, FAN 1/160 moteado, anticuerpos anti La 14 U/ml, anti Ro 122 U/ml, anti Sm, anti DNA, anti CCP y antifosfolípidos negativos, complemento normal. TC cerebral normal. Se corrige medio interno, se ajustan antimicrobianos. Se inicia hidroxiloroquina. Luego presenta estatus epiléptico parcial refractario que responde a midazolam. Punción lumbar: líquido cristal de roca, proteínas 0,15 g/l, glucosa 70 mg/dl, células 3/campo, cultivo negativo. PCR para herpes negativa. RMI cerebral: lesión corticostriatal temporal insular izquierda, con compromiso temporomesial e hipocampo contralateral, hiperintensa en T2 y FLAIR, e hipointensa en T1, sin realce con contraste. Se diagnostica encefalitis límbica primaria versus secundaria a SS. Anticuerpos anti antígenos neuronales de superficie IgG negativos. Por etiología secundaria a SS más probable, se inicia inducción a la remisión con ciclofosfamida, con adecuada respuesta clínica, sin criterios de actividad de enfermedad en la actualidad. **Conclusiones:** Se reportan estos casos clínicos por su baja frecuencia. Si bien la causa secundaria a SS es la más probable no puede descartarse totalmente la etiología primaria en ninguno de los casos. La importancia de su conocimiento es crucial para un abordaje terapéutico precoz y dirigido.

**Palabras Claves:** Sjögren, neuromielitis óptica, encefalitis límbica

## 173

**0173 - ANÁLISIS DE LOS RECURSOS PARA LA FORMACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE REUMATÓLOGOS EN LA ARGENTINA**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS - Unidad Temática 2: ETC*  
FARA, Nauan Luis(1) | ABBAS, Lela Estela(2) | ESTRELLA, Natalia(3) | ACEVEDO, María Magdalena(4) | MICELLI, Marina Laura(5) | SEQUEIRA, Gabriel(5) | KERZBERG, Eduardo(5)

**INSTITUTO MÉDICO DE LA COMUNIDAD, JUNÍN. (1); ASOCIACIÓN MUTUAL OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. (2); CENTRO INTEGRAL DE ALTA COMPLEJIDAD. (3); CONSULTORIO FLORIDA. SALADAS. (4); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA (5)**  
**Objetivos:** Analizar los recursos para la formación de reumatólogos en Argentina, los requisitos para la certificación y recertificación de la especialidad y determinar cuáles son las diferentes entidades fiscalizadoras de la especialidad en el país. **Materiales y Métodos:** Se relevaron todas las facultades de medicina existentes en el país y todos los posgrados universitarios en Reumatología. Se analizaron las vacantes para residencia y para cursos de formación de posgrado en Reumatología en instituciones públicas o privadas de todo el país. Se analizó cual es la autoridad de fiscalización en cada distrito y los requisitos necesarios para la obtención del título y recertificación. **Resultados:** Existen 35 Facultades Públicas y/o Privadas con Carreras de Medicina (en 14 distritos), pero solo 9 Facultades (en CABA, Córdoba, Tucumán, Salta y Santa Fe) ofrecen cursos de posgrados/fellows en Reumatología. El 58% de todas las vacantes de posgrados corresponden a la Universidad de Buenos Aires. Existen 7 distritos en los cuales hay residencias en Reumatología (CABA, Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Salta, Santa Fe y Tucumán) y el 70% de las vacantes se encuentran en CABA. Existen 6 formas de obtener el título de especialista en Reumatología. Al menos 5 años de recibido de médico con 1) Curso de Posgrado Universitario completo en Universidad pública o privada. Los requisitos de ingreso van desde 1 año de residencia en Clínica Médica a Título de Especialista en Clínica Médica con residencia completa. La duración de los posgrados puede ser de 2 o 3 años. Los títulos emitidos por Universidades acreditadas por CONEAU son homologados por todos los distritos 2) con residencia completa en Reumatología (en hospitales públicos, privados, universitarios, nacionales o militares de 3 o 4 años de duración, según los distritos). Algunos distritos imponen una evaluación curricular o examen de aptitudes. 3) Certificado otorgado por Entidades Científicas de la Especialidad que tiende a ser homologado por todos los distritos 4) Certificación de ejercicio Profesional en la Especialidad en los últimos 5 años y aprobar prueba de evaluación en Colegios/Consejos Médicos. El ejercicio profesional puede ser a través de una concurrencia programática o no, aunque algunos sistemas de concurrencia programática están asociados a los posgrados universitarios mencionados en el punto 1. Estos títulos son reconocidos entre 11 provincias que tienen convenio 5) Se puede homologar título de Reumatólogo obtenido en el extranjero en países con convenio. 6) Se reconoce como Especialistas a Profesores Universitarios en la materia. La autoridad de fiscalización es el Ministerio de Salud Nacional o Provincial (en 13 distritos) o los Colegios/Consejos Médicos y Entidades Mixtas en el resto. La recertificación del título de Especialista es obligatoria a los 5 años, en 12 distritos del país. Si bien los porcentajes para obtener la recertificación varían en los diferentes distritos el solo hecho de ejercer como reumatólogo durante 5 años justifica entre 25- 50% del puntaje requerido para recertificar. A partir de los 55 años, o más de 25 años de especialista en algunos distritos no requieren una nueva recertificación. **Conclusiones:** La mayor parte de las Facultades de Medicina no participan en el proceso de formación de Reumatólogos. Los recursos para la formación de Reumatólogos se encuentran centralizados en la Ciudad de Buenos Aires. Existe una variada oferta para la formación en la especialidad aunque luego no todos los títulos se homologan en forma automática. La recertificación cada 5 años no es obligatoria en todo el país.

## 174

**0174 - ENFERMEDAD DE WEBER CHRISTIAN. A PRÓPOSITO DE UN CASO**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*  
SAVIO, Verónica | ALONSO, Carla Gimena | QUAGLIA, María Isabel | ALBIERO, Juan Alejandro | MALDINI, Carla | GOBBI, Carla | ALBA, Paula

**HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**

**Objetivos:** INTRODUCCION La enfermedad de Weber-Christian (WCD) o paniculitis no suprativa nodular febril idiopática recidivante es un raro desorden inflamatorio del tejido celular subcutáneo (TCS). Se caracteriza por nódulos dolorosos inflamatorios subcutáneos recurrentes, fiebre y malestar general dado por inflamación sistémica. La etiología es desconocida y el pronóstico extremadamente variable. El compromiso cutáneo exclusivo tiene mejor pronóstico mientras que la afectación visceral puede conducir a la muerte. Si bien la paniculitis lobular puede verse en infecciones, deficiencia de alfa 1 anti tripsina, pancreatitis, Lupus Eritematoso Sistémico, malignidad y paniculitis histiocítica citofágica (CHP) estos cambios no son diagnósticos y es indispensable la correlación clínico-patológica. El diagnóstico se confirma por histología de TCS. No se dispone de un tratamiento específico **Resultados:** CASO CLINICO Mujer de 67 años, con APP: HTA, hipotiroidismo, ex tabaquista. No embarazos, histerectomía por miomas. Vacunación completa. Derivada de Infectología por aparente celulitis de miembro inferior (MMII) izquierdo de 1 año de evolución, siempre afebril. Realizó 5 meses de tratamiento antibiótico. Alopecia. Examen físico (EF): marcado eritema muy indurado en pierna que asciende a muslo. Laboratorio: Hb 13,7, Gb 5920, plaq 253000, VSG 28, PCR 0,21, creatinina 1,13, sedimento urinario normal, VHB y VHC negativos, ANA, DNA Y ANCA negativos, hipergammaglobulinemia policlonal. RNM: pancelulitis, compromiso del TCS. Biopsia: dermis con infiltrado inflamatorio mononuclear, perivascolar con ocasionales células gigantes multinucleadas. TCS con intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con células gigantes multinucleadas formando pequeños granulomas, reemplazando el tejido adiposo, vasos sanguíneos con signos de vasculitis. Comienza prednisona 10 mg/día por diagnóstico probable de vasculitis primaria. Al mes de tratamiento mejoría clínica. Se agrega Azatioprina 50 mg y descenso de esteroides. Presenta tumoración en mama: fibroadenoma benigno por biopsia. Un año después presenta artralgias y rigidez matutina. VSG 59. Había estado en tratamiento por bronquitis. Se aumenta Azatioprina a 100 mg. 7 meses más tarde, fiebre, escalofríos, infección de partes blandas en MMII derecho. Inicia ciprofloxacina + clindamicina vía oral. VSG 70, PCR 84. Registros hipertensivos: lecardipina y descenso hasta suspensión de esteroides. Al discontinuarlos, reaparecen lesiones dolorosas en MMII. ANA Y ANCA negativos, proteinograma normal. VSG 45. Paciente se niega a recibir esteroides. Se solicita nueva biopsia: paniculitis no suprativa nodular febril recidivante o enfermedad de Weber Christian. Se aumenta azatioprina a 150 mg. 6 meses después requirió internación por colangitis (ecografía abdominal: hígado, páncreas y bazo normal. Vesícula litiasica) y posteriormente se realizó colecistectomía. Luego presentó edemas de MMII, disnea, supuración de las lesiones en MMII y febrícula. Comienza furosemida. Ecocardiograma: FEY 64%, remodelamiento concéntrico del VI, IM e IT leves **Conclusiones:** En patologías con lesiones nodulares que comprometen TCS es fundamental realizar diagnóstico diferencial con esta enfermedad, dado que su compromiso sistémico puede ser fatal. Su carácter recidivante puede demorar el diagnóstico sin embargo, el compromiso dérmico permite un diagnóstico más temprano por la accesibilidad para la toma de material para histología. **Palabras Claves:** Enfermedad de Weber-Christian, paniculitis

## 175

**0175 - INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. A PRÓPOSITO DE UN CASO**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS*

QUAGLIA, María Isabel(1) | NUNARI, María Vicenta(2) | SARJANOVICH, Rodolfo Juan(3) | ALONSO, Carla Gimena(1) | MALDINI, Carla Soledad(1) | SAVIO, Verónica Gabriela(1) | ALBIERO, Juan Alejandro(1) | GOBBI, Carla Andrea(1) | ALBA, Paula(1)

**HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (1); UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, HOSPITAL CORDOBA (2); UNIDAD CORONARIA, HOSPITAL CORDOBA (3)**

**Objetivos:** El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una miocardiopatía congénita rara caracterizada por trabeculaciones miocárdicas prominentes, recesos profundos intertrabeculares y engrosamiento del miocardio con dos capas (compactada y no compactada). Clínicamente puede ser asintomática, presentarse con insuficiencia cardíaca (IC), arritmias, tromboembolismo hasta muerte súbita. El diagnóstico se realiza por ecocardiografía y se confirma con resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca. Se relaciona con enfermedades congénitas neuromusculares y metabólicas, pero no hay evidencia con enfermedades autoinmunes. **Resultados:** Mujer de 28 años con LES diagnosticado en 2014 con compromiso cutáneo, articular, renal (2015 NL Clase II, 2017 NL clase V con componente focal) en tratamiento con hidroxiloroquina 400mg/día, metprednisona 20mg/día, micofenolato mofetil (MMF) 1500mg/día, enalapril 5mg/día, furosemida 80mg/día, calcio 1comp/día, sulfato ferroso 1 comp/día; con múltiples internaciones por síndrome edematoso. En la última internación 1 mes previo, ingresa con sospecha de TEPA, Centellograma V/Q normal. Eco Doppler de MM II (-). Consulta por guardia por dolor torácico tipo puntada de 48hs de evolución que no cedia con opiáceos asociado a disnea CF III-IV y tos seca. EF: 170/100 37,8° 122lpm SO2 94%AA, mecánica respiratoria conservada, MV+, abolido en ambas bases; R1 R2 hiperfónicos, R3, edema godet + hasta 1/3 inferior de piernas, urgirugitación yugular no valorable, sinovitis de muñecas. Rx tórax: cardiomegalia grado II, redistribución de flujo, derrame pleural bilateral. ECG: sinusual. FC 120 lpm, trastornos en la repolarización en cara lateral, mala progresión de R en precordiales. Ecocardiograma: auricular izquierda dilatada, hipertrofia de ventrículo izquierdo (VI), hipocinesia anterior y global del VI, fracción de eyección 40%, aumento del trabeculado anterior y medioapical con contraste espontáneo, leve tending y tapering de válvula mitral, insuficiencia mitral leve-moderada excentrica, insuficiencia tricúspide leve, presión de la arteria pulmonar 48, disfunción diastólica del VI grado II, derrame pericárdico leve y pleural significativo. Laboratorio: GB 13670/mm3 (Ne 85%) Hb 10 gr/dl plaquetas 523000/mm3 PCR 8, 28 Urea 19 mg/dl Creatinina 0,35 mg/dl GPT 30 UI GPT 85 UI FAL 238 UI GGT 154 UI troponina T <14 pg/ml Dimero D 4725 nanog/ml NTproBNP 18649 pg, estado ácido base: 7.51/24, 5/32/76 ionograma normal. Ingresó a UCI con diagnóstico de IC descrita como patología 2° a probable TEPA, hipertensión pulmonar y síndrome febril en estudio. Se decide anticoagulación con enoxaparina 60 mg cada 12 hs, requiere infusión con NTG 15 ml/hora para manejo de TA y de furosemida 100 mg/día, piperacilina-tazobactam (Urocultivo E. Coli). Valorada por cardiología que indican espirolonactona 50 mg/día, bisoprolol 5mg, ivabradina 5 mg cada 12 hs. Proteínuria de 24hs: 4 gr/24hs, clearance de creatinina 138ml/min; ANA+;1+640 nuclear moteado, 1/640 citoplasmático, anti DNA-cd 140, C3 78, C4 13, AL, ACL Ig G, Ig M, AntiBGP (-). RNM cardíaca: deterioro severo de la contracción del VI, de sincronía interlateral media y apical, hipertrabeculado anterior, lateral e inferior medio apical con adelgazamiento parietal miocárdico, circulación entre los recesos. Relación miocardio no compactado/compactado >9 en dichos segmentos. Evolución clínicamente estable por lo que se decide el alta hospitalaria. **Conclusiones:** En pacientes con LES con IC es importante el diagnóstico diferencial de múltiples etiologías. El VINC debe ser considerado dentro de sus causas, para su tratamiento debido al elevado riesgo de muerte súbita, al que se suman las demás comorbilidades en pacientes con LES y compromiso renal. **Palabras Claves:** ventrículo izquierdo no compactado lupus eritematoso sistémico

176

**0176 - VASCULITIS CUTÁNEAS: ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/MP*  
 GARCÍA, Nadia Paula I PENA, Claudia I MIRAGLIA, Eugenia I DAURIA, Florencia I GÓMEZ, María Amalia I VELLOSO, María Sofía I SAVY, Florencia I ARIZPE, Fernando David I PÉRA, Mariana Alejandra I MARTÍRE, María Victoria I GARCÍA, Lucía I AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro I MARADEO, María Roxana I GARCÍA, Mercedes Argentina  
 HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA

Diagnóstico	Porcentaje
Vasculitis Asociada a ANCA	22.7 %
Vasculitis Asociada a IgA	13.6 %
Síndrome de Sjögren	13.6 %
Lupus Eritematoso Sistémico	9 %
Neoplasias	9 %
Infecciones	9 %
Vasculitis Crioglobulinémica	9 %
Artritis Reumatoidea	4.5 %
Enfermedad de Still	4.5 %
Enfermedad Inflamatoria Intestinal	4.5 %

**Objetivos:** Evaluar la etiología, forma clínica de presentación, características demográficas, histológicas, serológicas y tratamientos en pacientes adultos con Vasculitis Cutánea. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que incluyó pacientes mayores de 16 años con vasculitis cutánea asistidos desde 2010 en los Servicios de Reumatología y Dermatología en un centro de tercer nivel. Se definieron como formas clínicas no severas a la presencia de púrpura palpable, pápula, equimosis y urticaria, y como formas severas a la presencia de úlcera, ampolla, vesícula o necrosis.

**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes, 52 mujeres (69%) con una media de edad al diagnóstico de vasculitis cutánea de 41 años (DS 18.5, rango 16-75). Las causas más frecuentes fueron las Enfermedades Autoinmunes (49%): Vasculitis Asociada a Anticuerpos Anti Citoplasma de Neutrófilos (VAA) 32%, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 21.6%, Artritis

Reumatoidea (AR) 16%, Síndrome de Sjögren 8%, Enfermedad de Still 5.4%, Miopatías Inflamatorias 5.4%, Panarteritis Nodosa 2.7%, Enfermedad de Behcet 2.7% y Colangitis Biliar Primaria 2.7%. En el 29% de los casos no pudo identificarse una causa subyacente, clasificándose como idiopáticas. El 2.7% se asoció a neoplasias (1 carcinoma de cuello de útero y 1 tricoleucemia), un 2.7% a fármacos (1 por ciprofloxacina y 1 por anticoagulante) y un 13.3% a otras etiologías (6 vasculitis urticarinas, 3 vasculitis asociadas a IgA y 1 crioglobulinemia mixta). Un 76% se presentaron de forma clínica no severa, predominando la púrpura palpable en el 65% de los casos. Se realizó biopsia cutánea en el 86% de los pacientes: 76% vasculitis leucocitocásticas, 3.17% vasculitis linfocíticas, 3.17% vasculitis eosinofílicas y 1.59% vasculitis necrosantes. Sólo en el 14% de las biopsias se realizó inmunofluorescencia directa. Como manifestaciones extracutáneas asociadas predominó el compromiso articular (43.2%) y se encontró compromiso constitucional en el 24% y renal en un 22%. En las Vasculitis Asociadas a Enfermedades Autoinmunes el 33% presentaron compromiso renal, en tanto que éste no se observó en ninguno de los pacientes con Vasculitis Idiopáticas. También predominaron las manifestaciones articulares (58.3%) y constitucionales (36%) en los pacientes con Vasculitis Asociadas a Enfermedades Autoinmunes. En el 29.3% de los pacientes las vasculitis cutáneas fueron la manifestación inicial de enfermedades sistémicas, entre éstas podemos encontrar, como se muestra en la tabla 1 los siguientes diagnósticos: 22.7% VAA, 13.6% Vasculitis Asociada a IgA, 13.6% Síndrome de Sjögren, 9% LES, 9% Neoplasias, 9% Infecciones, 9% Vasculitis Crioglobulinémicas, 4.5% AR, 4.5% Enfermedad de Still, 4.5% Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Respecto al tratamiento, el 54% de los pacientes recibieron glucocorticoides sistémicos, en su mayoría por enfermedad autoinmune asociada (n = 22) y respecto de los inmunosupresores que recibieron por su enfermedad de base se registraron: Ciclofosfamida el 25%, Hidroxicloroquina el 22.8%, Azatioprina el 19.4%, Micofenolato Mofetil el 5.6%, Metotrexato el 2.8% y Rituximab el 2.8%. Presentaron recidiva de la vasculitis cutánea un 29% de los pacientes.

**Conclusiones:** Conclusiones: En nuestro centro la etiología más común de Vasculitis Cutánea fue la asociada a Enfermedades Autoinmunes, en las cuales predominó el compromiso extracutáneo. La vasculitis leucocitocástica fue el hallazgo más frecuente en las biopsias y clínicamente predominaron las manifestaciones cutáneas no severas.

**Palabras Claves:** Vasculitis cutánea

177

**0177 - PESQUISA DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. RESULTADOS PRELIMINARES**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: PEDIATRÍA*  
 VELASCO HERNANDEZ, Patricia Tatiana I HORTAS, María I LARROULET, Romina I MASTRI, Mariel Viviana I FABI, Mariana

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR  
 MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA

**Objetivos:** Pesquisar formas atenuadas o tempranas de MPS tipo I en pacientes con diagnóstico de AIJ. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal descriptivo prospectivo incluyendo pacientes con AIJ según criterios ILAR,  $\leq$  de 18 años de edad, que concurren a control en nuestro servicio, de febrero a agosto de 2018. Se excluyeron aquellos con subtipo sistémico y poliarticular seropositivos. A todos los pacientes que accedieron junto a sus padres a participar, se les realizó extracción de sangre para diagnóstico mediante gota seca en papel de filtro en laboratorio de Neuroquímica Dr. N.A. Chamoles, de actividad enzimática para descartar MPS tipo I. Se recolectaron datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes cribados, así como la existencia de signosintomatología extraarticular y patologías asociadas a MPS tipo I. **Resultados:** Se incluyeron hasta el momento un total de 35 pacientes, 21 mujeres (60%) y 14 varones (40%), con una edad media de 12.6 años (min. 3.5 años – max. 18 años). Todos los pacientes cumplían criterios ILAR para diagnóstico de AIJ, siendo 51.5% poliarticulares (18 pacientes), 37.1% oligoarticulares (13 pacientes) y 11.4% artritis relacionada a entesitis (4 pacientes). El tiempo medio de seguimiento al momento de obtener las muestras fue de 5.6 años (6 meses-12.8 años). Dentro de las patologías asociadas a MPS, 5 pacientes (1.75%) presentaron infecciones respiratorias recurrentes y 2 pacientes (0.70%) valvulopatía. Ninguno de los 35 pacientes enrolados presentó déficit en la actividad enzimática estudiada. La MPS I es una enfermedad poco frecuente, que puede presentarse en una forma leve o atenuada (Síndrome de Scheie), una moderada (Síndrome de Hurler-Scheie) o una severa (Síndrome de Hurler), no existiendo criterios clínicos o bioquímicos de corte claros para esta clasificación. En su forma atenuada o temprana, los pacientes pueden no presentar dismorfismos faciales ni retraso mental y simular enfermedades reumáticas por su compromiso musculoquelético. Este se caracteriza por rigidez y contractura articular, con compromiso de manos, pies y hombros, además de compromiso muscular que provoca menor tolerancia al ejercicio. En el trabajo publicado por Pastores y colaboradores sobre el registro mundial de MPS tipo I, el 81% de los pacientes con Síndrome de Scheie presentó rigidez articular al diagnóstico. El diagnóstico temprano de estos pacientes permite instaurar tratamiento específico antes de que el daño irreversible aparezca. Si bien no existe acuerdo sobre que pacientes deberían ser cribados para esta enfermedad, los pacientes con diagnóstico de AIJ constituyen una población sugestiva de ser evaluada. **Conclusiones:** El diagnóstico de MPS tipo I debería ser considerado entre las causas probables de compromiso musculoquelético en pediatría, ya que el tratamiento temprano puede prevenir el daño irreversible de esta enfermedad. A pesar de que aun no hemos detectado en nuestro estudio ningún paciente con déficit enzimático que sugiera MPS tipo I, esto podría deberse al limitado número de la muestra estudiada. Por esto creemos necesario continuar enrolando pacientes para obtener resultados más concluyentes. **Palabras Claves:** Mucopolisacaridosis tipo I, Artritis Idiopática Juvenil

178

**0178 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS ENDOVENOSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

*Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR*  
 LUNA, Gisele Alejandra I DAL PRA, Fernando I SCHNEEBERGER, Emilce Edith I MACIAS OVIEDO, Lyseth I CITERA, Gustavo

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Objetivos:** La adherencia al régimen terapéutico en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) varía entre 30 y 80%. En la mayoría de los casos, estos datos son auto-reportados por los pacientes. Clásicamente se menciona que la adherencia a la medicación endovenosa (ev) puede ser mejor que la vía oral o subcutánea, sin embargo hay pocos estudios que lo analizaron. **Objetivo:** Evaluar la adherencia a DMAR biológicos (-b) ev en pacientes con AR en la práctica clínica y determinar los factores que podrían asociarse a la misma. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes  $>$ 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, que hayan recibido al menos 3 infusiones de los DMAR-b ev abatacept (ABA) o tocilizumab (TCZ), durante el curso de su enfermedad. Mediante la revisión de las historias clínicas se recolectaron: datos sociodemográficos, características clínicas de la enfermedad, comorbilidades (índice de Charlson abreviado), actividad de la enfermedad al inicio del DMAR-b ev y a los 3 meses mediante DAS28 y capacidad funcional por HAQ-A. Se obtuvo información sobre tratamientos previos y concomitantes al DMAR-b, incluyendo esteroides y DMAR convencionales (-c), número de infusiones del DMAR-b recibido, fecha de inicio y discontinuación de mismo y causas de suspensión (eventos adversos -EA-, falta de provisión, ineficacia, motivos personales del paciente, cirugía programada, etc). Se calculó la adherencia como el número de infusiones recibidas durante el período de tratamiento, considerándose como óptimo, un intervalo entre las infusiones de 28 días. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, test Chi2 o test exacto de Fisher, test T de Student y Mann Whitney. Modelo de regresión logística múltiple para evaluar predictores de buena adherencia ( $\geq$ 80%). **Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes, de los cuales 94% eran mujeres, con una edad mediana de 55 años (RIC 43-65) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 13,75 años (RIC 6-18,2), 93,5% eran seropositivos para Factor Reumatoideo (FR), el 85% tenían enfermedad erosiva y 49% (25/51) tenían nódulos. El 82,1% (55 pacientes) contaba con cobertura médica y de ese porcentaje el 60% (33 pacientes) correspondía a obra social. La escolaridad mediana fue de 12 años (RIC 6,5-12). La distancia mediana al centro de infusión fue de 15 Km (RIC 6,5-27). Previo al inicio del DMAR-b ev, el 100% de los pacientes había recibido prednisona, 93,8% ITX y 60% otro DMAR-b (en el 97,2% de los casos un agente anti-TNFA). Cuarenta y dos pacientes (62,7%) recibieron ABA y 25 pacientes (47,3%) TCZ. Como tratamiento concomitante 72,4% recibieron DMAR-c (sin diferencias significativas entre ambas drogas), 52,7% prednisona y 64,3% AINES. Luego de 3 meses de tratamiento el DAS28 basal disminuyó de 5,46 (RIC 4,77- 5,99) a 3,87 (RIC 2,79- 4,68) (p < 0,001), y el HAQ-A basal de 2 (RIC 1,5-2) a 1 (RIC 1-2) (p < 0,001). Luego de un tiempo mediano de seguimiento de 2,42 años (RIC 1,2-4,7), 38 pacientes (56,5%) discontinuaron definitivamente el DMAR-b ev. Las causas más frecuentes de suspensión fueron ineficacia en un 62,9%, EA en un 20% y falta de provisión en un 14,3%. La mediana de supervivencia fue de 4 años, sin diferencias significativas entre ABA y TCZ. La mediana de infusiones por año fue de 10,17 (RIC 8,3-10,9), equivalente a una adherencia de 78,2%, considerando un óptimo de 13 infusiones/año. Excluyendo suspensión del DMAR-b por EA y/o cirugías, la mediana de infusiones por año fue de 10,82 (RIC 9,3-11,6), equivalente a una adherencia de 83,1%. La mediana de infusiones/año se correlacionó negativamente en forma regular con la distancia al centro de infusión (Rho: - 0,27, p = 0,003) y fue menor en pacientes sin cobertura (8,5 2,5 vs 10,7 1,5, p < 0,001). En el análisis multivariado, el tener cobertura de salud fue la única variable que se mantuvo asociada a una adherencia  $\geq$ 80% (OR: 6,27, IC95% 1,1- 37,9, p = 0,04). **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento con DMAR-b ev fue aceptable, sin embargo nuestros pacientes pierden, en promedio, 3 infusiones al año. El único predictor independientemente asociado a buena adherencia fue poseer cobertura de salud. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea. Adherencia. terapia endovenosa

179

**0179 - PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE 6 CASOS**

*Modalidad: Poster*

*Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*

SERRAVALLE, Priscila I PAIRA, Sergio I ORTIZ, Alberto I ROVERANO, Susana I CRABBE, Emilio  
 HOSPITAL JM CULLEN

**Objetivos:** La pseudo-obstrucción intestinal es un síndrome raro que se define como un trastorno de la peristalsis intestinal con la consiguiente ineficacia de la propulsión intestinal. Para su diagnóstico, es necesario la ausencia de una lesión mecánica identificable. Dentro de las enfermedades autoinmunes, se ha asociado principalmente a esclerosis sistémica, pero hay casos descriptos en dermatopolimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo y Lupus eritematoso sistémico. **Objetivo:** Comunicamos 6 casos de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (criterios ACR 1997) que presentaron pseudoobstrucción intestinal.

**Materiales y Métodos:** Serie de casos.

**Conclusiones:** La pseudoobstrucción intestinal (POI) secundaria a lupus, es una rara complicación. Existen en la literatura 173 casos reportados. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de eliminación de gases y materia fecal. El laboratorio es inespecífico. Todas las pacientes presentaban clínicamente actividad de la enfermedad (SLEDAI mayor a 5), por lo que ante una paciente con Lupus eritematoso sistémico y síntomas de obstrucción intestinal, esta entidad debe ser considerada. En cuanto al tratamiento, las pacientes han demostrado buena respuesta a corticoides.

## 180

**0180 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON TOFACITINIB**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: AR

BEJARANO, Vanesa Marisel(1) | TAMBORENEA, M. Natalia(1) | SILDARRIAGA RIVERA, Lina María(2) | PISONI, Cecilia(3) | GOÑI, Mario Alberto(4) | GARCÍA SALINAS, Rodrigo(5) | HELLING, Claudia(6) | SALAS, Pablo Adrian(7)

**HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, CLÍNICA LOS ROSALES, UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA (2); CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (3); I.L.A.R (4); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (5); OMI (6); CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA (7)**

**Objetivos:** Describir la evolución de la disnea, parámetros espirométricos, DLCO y Tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) en pacientes con diagnóstico AR con EPI asociada, que recibieron Tofacitinib por un período mínimo de 12 meses. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR que cumplían con criterios ACR/EULAR 2010, con enfermedad pulmonar intersticial previamente diagnosticada a partir de hallazgos clínicos, espirometría y TACAR. Tofacitinib se usó en dosis de 10 mg/día vía oral. Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. Se analizaron las siguientes variables: cambio a los 12 meses desde el nivel basal en el grado de disnea (de acuerdo con la escala modificada de disnea MMRC), capacidad vital forzada (CVF), DLCO y hallazgos en TACAR. Las variables continuas se informaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según correspondiera. Las variables categóricas se informaron como porcentajes. **Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes. El 60% (n: 9) eran de mujeres. La media de edad fue de 64.4 años ( $\pm 10.92$ ). La mediana de tiempo de evolución de AR fue de 9 años (RIC:4-40). Todos los pacientes eran doble seropositivos (FR y anti CCP). El 77.33% (n:11) tenía otras manifestaciones extra-articulares distintas a EPI. El 40% (n:6) eran tabaquistas, una paciente tenía EPOC asociado. El 13% (n:2) de los pacientes se encontraba recibiendo metotrexato al momento de la evaluación, el 60% (n:9) de los pacientes lo había recibido previamente. El 80% (n:12) había recibido previamente otro DMARD distinto a metotrexato. El 33% de los pacientes (n:5) había recibido tratamiento biológico previo. Los agentes utilizados fueron anti TNF, Tocilizumab y Abatacept. La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad pulmonar fue de 4 años (RIC: 1-24). La media de tiempo de tratamiento con tofacitinib fue de 1.93 años ( $\pm 0.96$ ). Todos los pacientes recibían tofacitinib en dosis de 10mg/día. El 47% de los pacientes (n:7) recibían tofacitinib en monoterapia y el 53% (n:8) lo recibían combinado con DMARDsc. Los DMARDsc empleados en combinación con tofacitinib fueron: leflunomida (n:2), sulfasalazina (n:3) e hidroxiquinona (n:3). El 27% (n:4) de los pacientes tenía disnea grado 3-4 a nivel basal. Se observó mejoría en la escala de disnea en 8 pacientes, mientras que en el resto la misma permaneció estable. La capacidad vital forzada (CVF) basal era  $<80\%$  en 5 pacientes y  $>80\%$  en 2 pacientes. A los 12 meses, 4 pacientes alcanzaron una CVF  $>80\%$ . La media de DLCO a nivel basal fue de 45.6 ( $\pm 18.84$ ), observándose una mejoría del 30% a los 12 meses en 4 pacientes. No se observó progresión de la enfermedad en la TACAR a los 12 meses en ninguno de los pacientes evaluados. **Conclusiones:** No existen estudios publicados en los que se haya analizado la evolución de la EPI en pacientes con AR tratados con Tofacitinib. El presente estudio preliminar, se realizó con pacientes de la práctica cotidiana, no pudiendo disponerse en todos los casos, de los exámenes funcionales respiratorios correspondientes. No obstante, a pesar de estas limitaciones, ninguno de los pacientes presentó peoría de la disnea, e incluso la misma mejoró en algunos individuos. Con respecto a los parámetros espirométricos y DLCO, no sólo permanecieron estables tras el tratamiento en la mayoría de los pacientes evaluados, sino que 4 pacientes presentaron mejoría en estos parámetros con respecto al nivel basal. Nuestros hallazgos sugieren que el uso de Tofacitinib sería seguro en esta población, siendo necesarios estudios de mayor tamaño muestral, con controles sistematizados de la función pulmonar e imágenes, para corroborar esta hipótesis. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Enfermedad pulmonar intersticial, Tofacitinib

## 181

**0181 - ESTRONGILOIDIASIS EN ARTRITIS REUMATOIDEA: REPORTE DE 2 CASOS**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: AR

MATELLAN, Carla Eugenia | ASTUDILLO, José | ALVAREZ, Damaris | KERZBERG, Eduardo

**HOSPITAL RAMOS MEJÍA****Objetivos:** Describir 2 casos de pacientes con Artritis reumatoidea y estrogiloidiasis.

**Materiales y Métodos:** CASO 1 Masculino de 64 años, oriundo de Paraguay, obeso, hipertenso y dislipémico. Diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) en el 2008, con factor reumatoideo (FR) positivo, de tipo erosivo, no nodular, en tratamiento con metotrexato (MTX) 10 mg semanal y prednisona (PDN) 10 mg día. Como hallazgo en su laboratorio presentaba eosinofilia leve desde el inicio de su enfermedad (842 K/uL), llegando a presentar valor máximo de 1524 K/uL; no presentó síntomas digestivos, respiratorios, alérgicos ni viajes en los últimos diez años, por lo que se realiza coproparasitológico seriado en dos oportunidades y dosaje de IgE, ambos resultados negativos. Se descarta también enfermedad oncohematológica asociada, interpretándose como hipereosinofilia asintomática relacionada a su enfermedad de base. Durante su evolución presenta alta actividad de la enfermedad por lo que recibe triple terapia de Dmards (MTX, hidroxiquinona, sulfasalazina), suspendiendo los corticoides en el 2012. En el 2014 por persistir activa inicia tratamiento con certolizumab pegol asociado a 10mg de MTX, con buena respuesta al mes. En Marzo del 2018 presentó dolor abdominal recurrente asociado a hipereosinofilia, repitiéndose coproparasitológico donde se evidencia larvas de *S. stercoralis*. Se suspende el tratamiento inmunosupresor e inicia ivermectina 6 mg c/12 hs por dos días, repitiéndose el tratamiento a las dos semanas. Reinició tratamiento inmunosupresor al negativizar el coproparasitológico y recuento de eosinófilos normal (200 K/uL). CASO 2 Masculino de 48 años de edad, de la provincia de Buenos Aires, argentino, con antecedentes de tabaquismo, hipotiroidismo y vitiligo. Diagnóstico reciente de AR, con FR positivo, de tipo no erosivo, no nodular, en tratamiento con MTX 10 mg semanal y MPD 8 mg día, con buen control de su enfermedad. Como hallazgo de laboratorio presentó eosinofilia (1210 K/uL) y aumento de reactivantes de fase aguda (VSG de 41 y PCR de 15,7). El paciente no presentó síntomas digestivos, respiratorios, alérgicos y no realizó viajes recientes. Se solicitó coproparasitológico evidenciándose larvas de *S. stercoralis*, por lo que recibe ivermectina 6mg/c 12 hs por 2 días, repitiendo tratamiento a las dos semanas. El paciente y su círculo familiar cumplen el tratamiento, con negativización del coproparasitológico. No se interrumpió el tratamiento inmunosupresor. **Resultados:** Consideramos de importancia la presentación de estos casos no solo por la infrecuencia de dicha patología, sino el difícil diagnóstico por la superposición de síntomas inespecíficos, que abarca desde la enfermedad asintomática hasta la hiperinfección y la enfermedad diseminada, pudiendo imitar otros cuadros e inclusive brote de enfermedad reumática. La presencia de hipereosinofilia dentro del contexto de un síndrome de hiperinfección es considerado un factor de buen pronóstico. El riesgo de infección aumenta en aquellos con tratamiento inmunosupresor (corticoides, MTX, anti-TNF) por lo que debe ser buscado sistemáticamente, sobre todo en regiones endémicas. El diagnóstico de la estrogiloidiasis se realiza habitualmente a partir de muestras fecales, en las cuales, mediante la microscopía de los concentrados se reconocen las larvas rabdoitoides del parásito. Para el tratamiento, las drogas efectivas son ivermectina, tiabendazol o albendazol, siendo la primera la droga de elección, ya que ha demostrado superioridad en la erradicación y mejor tolerancia. La estrogiloidiasis diseminada tiene una mortalidad que puede ser tan elevada como del 80%, aún recibiendo tratamiento oportuno con antihelmínticos asociado a tratamiento antibiótico de amplio espectro contra gérmenes gram-negativos. **Conclusiones:** No tiene un cuadro clínico patognomónico, por lo tanto se debe sospechar y enfatizar su búsqueda sobre todo en pacientes inmunosuprimidos especialmente aquellos bajo terapia biológica. El diagnóstico preciso y el inmediato tratamiento antiparasitario mejoran las posibilidades de éxito terapéutico y de supervivencia del paciente. El tratamiento inmunosupresor debe reiniciarse una vez confirmada la erradicación de las larvas por coproparasitológico, con el paciente asintomático y con recuento de eosinófilos normal. **Palabras Claves:** ARTRITIS REUMATOIDEA estrogiloidiasis Strongyloides

## 182

**0182 - ENTERITIS - MANIFESTACIÓN POCO COMÚN DE VASCULOPATÍA EN LES**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: OTROS

CAIZA ASITIMBAY, Monica Alexandra(1) | BAQUERO, E(1) | LEYTON, G(1) | PACHECO, G(2) | VISENTINI, S(1)

**HOSPITAL C. DURAND (1); UNIVERSIDAD MAIMONIDES (2)**

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, que consulta por cuadro clínico gastrointestinal. **INTRODUCCIÓN:** El Lupus Eritematoso Sistémico, es una enfermedad inflamatoria autoinmune multisistémica de carácter crónico, que produce una lesión tisular por depósito de inmunocomplejos. Las manifestaciones gastrointestinales son poco frecuentes representan el 40%. La enteritis lúpica corresponde a la inflamación de la pared intestinal, provocada por el depósito local de complejos inmunes, con activación del complemento, se caracteriza por presentar dolor abdominal (97%) como síntoma más común, ascitis (78%), clínica o radiológica), náuseas (49%), vómitos (42%), diarrea (32%) y fiebre (20%).

**Materiales y Métodos:** Paciente de sexo femenino, 20 años de edad, con LES, y antecedentes de Nefritis tipo II por biopsia renal, serositis recurrente desde hace 8 años, trombosis venosa yugular y subclavia izquierda. Consulta por cuadro clínico de dolor abdominal tipo cólico difuso, diarrea, vómito, deshidratación, distensión abdominal. Se confirma ascitis, hipoalbuminemia, hipocalcemia. Muestra para Clostridium difficile +. Iniciando tratamiento con metronidazol 500 mg EV c/12 horas y vancomicina 125mg VO, con mejoría parcial del cuadro clínico. Estudios complementarios: Laboratorio: FAN 1/1280, C3 58, C4 9.1, Anti-Cardiolipina IgG 6 UGPL, IgM UMP 42, Anti-B2 Glicoproteína IgM 8, IgG 1, Anti-SM (-), Anti-Nucleosoma 130 U, Anti C1q 39 UI, Inhibidor lúpico (-). Sedimento urinario: Función renal conservada, proteinuria y hematuria negativas (0-3 x campo eumórficos), cilindros negativos. Cultivo para BAAR y Citológico ADA negativo PCR TBC. TAC DE ABDOMEN Y PELVIS: Presencia de líquido libre multicompartmental, engrosamiento parietal circunferencial de asas intestinales delgadas proyectadas sobre la región centro abdominal (enteritis), vesícula biliar distendida sin presencia de litiasis. RECTOSIGMOIDESCOPIA Colitis crónica inespecífica. La paciente recibe tratamiento con deltsosina 50 mg c/día, hidroxiquinona 200 mg c/día, enalapril 5 mg c/día, acenocumarol 2 mg c/día.

**Resultados:** Se constata por exámenes complementarios que presenta Enteritis lúpica.

**Conclusiones:** La Enteritis lúpica es una manifestación gastrointestinal poco frecuente constituye el 0.2 a 2%, en el Lupus Eritematoso Sistémico, su diagnóstico se basa en los hallazgos de TAC (edema de la pared intestinal con signo diana, anomalías mesentéricas y ascitis, siendo raramente su confirmación por histopatología. Generalmente esta enteritis es sensible a esteroides, con muy buen pronóstico, reservándose un tratamiento inmunosupresor mas agresivo en casos recurrentes o graves, con afectación multiorgánica. En este caso, la paciente fue tratada con prednisona a dosis altas y azatioprina 75 mg día, luego de tratamiento antibiótico, con evolución favorable.

**Palabras Claves:** Enteritis, Lupus, vasculopatía

## 183

**0183 - CONSENSO ASAS EN NOMENCLATURA EN ESPAÑOL PARA LAS ESPONDILOARTRITIS**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

PEREZ ALAMINO, Rodolfo(1) | NAVARRO-COMPAN, Victoria(2) | MALDONADO FICCO, Hernan(3) | MALDONADO COCCO, Jose(4) | MOLTO, Anna(5) | BURGOS-VARGAS, Ruben(6) | DE-MIGUEL, Eugenio(7) | BAUTISTA-MOLANO, Wilson(7) | COLLANTES-ESTEVEZ, Eduardo(8) | OTON, Teresa(9) | LOZA, Estibaliz(10)

**HOSPITAL DE CLÍNICAS PTE. DR. NICOLÁS AVELLANEDA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ(2); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA (3); UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (4); PARIS DESCARTES UNIVERSITY, COCHIN HOSPITAL, PARIS (5); HOSPITAL GERMER DE MEEUW (6); UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA Y HOSPITAL MILITAR (7); HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA (8); INSTITUTO DE SALUD MUSCULOESQUELETICA (9); INSTITUTO DE SALUD MUSCULOESQUELETICA (10); HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALARCON (11); HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (12); HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (13); HOSPITAL UNIVERSITARIO PARC TAULI DE SABADELL (14); FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA (15); HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELVITTE (16); HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (17); UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES CRONICOGENERATIVAS (18); UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA (19); CLÍNICA COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA -SALUD REINUN (20); NIHR BIOMEDICAL RESEARCH CENTRE, UNIVERSITY OF LEEDS (21)**

**Objetivos:** Desarrollar un documento de consenso para estandarizar los términos, abreviaturas y acrónimos en español empleados en el campo de las espondiloartritis. **Materiales y Métodos:** Se creó un grupo de trabajo internacional, compuesto por: Todos los miembros ASAS nativos de habla española. Miembros del comité ejecutivo de GRESSE-IR, dos metodólogos, dos lingüistas de la Real Academia Nacional de Medicina Española (RANM), dos pacientes de OCEADE. Se realizó una revisión de la literatura de los últimos 15 años (publicaciones, el CIE y CIF, guías, consensos y recomendaciones) para identificar así los términos,

abreviaturas y acrónimos discrepantes. Se utilizó metodología Delphi de 3 rondas y reunión presencial: discusión, selección y consenso alcanzado para términos, abreviaturas y acrónimos a utilizar.

Durante los 3 días de reunión se siguieron las recomendaciones de la RANM basadas en el diccionario Panhispánico. **Resultados:** Se consensuaron 46 términos, abreviaturas y acrónimos. Se llegó al siguiente acuerdo: - Traducción al español para 6 términos y 6 abreviaturas empleados para nombrar o clasificar la enfermedad y para 6 términos y 4 abreviaturas relacionados con las EspA. La traducción se muestra en la Tabla 1. - No traducir 15 acrónimos por estar ya establecidos, pero al mencionarlos, se recomienda seguir la siguiente estructura: tipo de acrónimo en español y acrónimo y forma extensa en inglés (Tabla 2). - Con respecto a 7 términos o abreviaturas asociados a acrónimos, se acordó traducir solo la forma extensa y se consensuó una traducción (Tabla 2).

**Conclusiones:** Con esta estandarización del lenguaje de las EspA se pretende establecer un uso común de la nomenclatura en español para las EspA. **Palabras Claves:** Espondiloartritis; nomenclatura; abreviación; acrónimos

Acrónimo	Grado de acuerdo
Grupo ASAS (Assessment in SpondyloArthritis International Society)	100%
Índice de actividad ASAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)	100%
Índice de actividad BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)	100%
Calidad de vida ASAS (Assessment in SpondyloArthritis Quality of Life)	100%
Índice de calidad de vida PASAQ (Painful Ankylosing Spondylitis Quality of Life)	100%
Índice esográfico PASSEI (Painful Spondylographic Entesitis Index)	100%
Índice de entesitis PASSEI (Painful Ankylosing Spondylitis Entesitis)	100%
Índice funcional BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)	100%
Índice global BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis patient Global score)	94%
Índice metrogáfico BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Mirology Index)	94%
Índice de actividad PASI (Painful Ankylosing Spondylitis)	100%
Índice radiográfico BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index)	100%
Índice radiográfico mASASS (modified Bath Ankylosing Spondylitis Spine Score)	100%
Índice de puntuación PASI (Painful Ankylosing Spondylitis)	100%
Índice radiográfico PASIS (Painful Ankylosing Spondylitis Spine Score)	94%
Índice de salud ASAS (Assessment in SpondyloArthritis International Society-Health Index)	91%
Criterio de mejora ASAS 20 (ASAS 20 Improvement criteria)	91%
Criterio de mejora ASAS 40 (ASAS 40 Improvement criteria)	100%
Criterio de mejora ASAS 5/6 (ASAS 5/6 Improvement criteria)	100%
Gran mejora-ASAS (ASAS-IG (major improvement))	83%
Mejoría clínica-ASAS (ASAS-CI (clinical improvement))	72%
Remisión parcial-ASAS (ASAS-PR (partial remission))	70%

184

**0184 - DETECCIÓN DE EROSIONES POR ULTRASONOGRAFÍA (US) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y SU RELACION CON LOS ANTICUERPOS ANTICITRULINADOS (ANTI-CCP)**

**Modalidad:** Poster. **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLIPIDOS  
**Unidad Temática 2:** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
 AESCHLIMANN, Carolina | SOLDANO, Juan | CONTI, Silvana | BERSANO, Maria Noelia | HARTVIG, Claudia | ROBERTS, Karen | SACNUN, Mónica

**HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO**  
**Objetivos:** El compromiso articular es muy común en el LES. Puede presentarse como una artropatía deformante no erosiva (Jaccoud), artropatía no deformante, o artritis simétrica erosiva, similar a la de la Artritis Reumatoidea (AR), poco frecuente. Se ha sugerido que altos títulos de anti-CCP en pacientes con LES serían un marcador de artritis erosiva y deformante. Con el uso de la US se puede valorar la presencia de sinovitis subclínica y erosiones a un bajo costo, siendo útil para mejorar la estrategia terapéutica en los pacientes con LES. **Los objetivos son:** Determinar el porcentaje de pacientes con LES que presentaron erosiones por US y compararlos con los que no las presentaron. Evaluar si existe alguna relación con la presencia de anti-CCP y Factor Reumatoideo (FR). Analizar la frecuencia de artropatía de Jaccoud y las características sociodemográficas, clínicas y analíticas de los pacientes. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se realizaron ecografías de manos en cortes estandarizados longitudinales y transversales de carpos, segundas y quintas metacarpofalángicas bilaterales con equipo Esaote portátil My Lab 25 por un mismo operador a mayores de 16 años con LES según criterios ACR 1997. Se evaluó la presencia de erosiones, de acuerdo a criterios OMERACT. Se investigó, además, la presencia de FR y anti CCP por ELISA. Se evaluaron características sociodemográficas, duración de la enfermedad, criterios clínicos y de laboratorio ACR 1997 y actividad de la enfermedad (SLEDAI). Se realizó análisis exploratorio de las variables. Para las categorías se aplicó el test de Fisher y para comparar la distribución de las continuas entre los grupos de interés, test no paramétrico de Wilcoxon para muestras independientes. Nivel de significancia 0.05. Programa estadístico SAS. **Resultados:** Se analizaron 50 pacientes con LES. Un 24,0% (12 pacientes) tuvieron erosiones por US y un 15,9% del total presentó anti CCP positivo, con una mediana de 50 UI/ml, versus 80 UI/ml para el grupo sin erosiones. El 16,6% de los pacientes que tuvieron erosiones por US tenían FR positivo e igual porcentaje tenían anti-CCP positivo, versus el 13,3% y el 15,6%, respectivamente en pacientes sin erosiones (p=0,999). El 83,3% de los pacientes con erosiones fueron mujeres, con una edad mediana de 52 años, y en el grupo sin erosiones el porcentaje de mujeres fue superior (97,9%) con una edad mediana de 37 años. El 63,6% de los que presentaban erosiones eran mestizos, el 27,2% blancos y aproximadamente un 10,0% amerindios. Valores similares se observaron en aquellos que no presentaban erosiones. En ambos grupos analizados más del 90% de los pacientes pertenecían a un nivel socio económico bajo o medio bajo. El 16,0% del total presentaban artropatía de Jaccoud, de los cuales el 87,5% presentó erosiones. La duración mediana de la enfermedad fue mayor en pacientes con erosiones que en aquellos sin (8,5 y 4,5, respectivamente; p=0,281). El 100% de los que tuvieron erosión tenían antecedente de poliartritis, versus el 80,5% de los del otro grupo (p=0,681). La serositis pleural como antecedente se registró en el 16,6% de los pacientes con erosiones y en el 8,3%, pleural y pericárdica; en cambio, en aquellos pacientes sin erosiones, solo el 2,8% presentó serositis pleural y un 5,7%, pleural y pericárdica. Las úlceras orales se registraron en mayor proporción en los pacientes sin erosiones que en el otro grupo (60,0% versus 41,6%; p=0,326). El lupus discoide fue más frecuente en los pacientes con erosiones (p=0,587). La eritrosedimentación (VES) acelerada se observó con más frecuencia en los pacientes con erosiones (41,6% y 22,8%, respectivamente; p=0,269). El complemento sérico se encontró disminuido en el 50% de los pacientes con similares valores en cada grupo (p=0,999). Los valores medianos de SLEDAI en pacientes con y sin erosiones fueron los mismos, y lo mismo se observó al analizar estos valores respecto a la presencia y ausencia de Jaccoud. Los pacientes con anti-CCP positivo tuvieron un valor mediano de SLEDAI menor que aquellos con valores negativos (2 y 4, respectivamente; p=0,457). **Conclusiones:** Este es el primer reporte sobre manifestaciones ecográficas en pacientes con LES en nuestro servicio. Observamos una elevada frecuencia de erosiones, dos de estos pacientes presentaron anti-CCP y tuvieron una edad mediana mayor y una evolución más larga de la enfermedad que aquellos sin erosiones. Las úlceras orales fueron más frecuentes en el grupo sin erosiones y la VES elevada, en el otro. **Palabras Claves:** Ecografía. Lupus Eritematoso Sistémico. Anti-CCP

185

**0185 - COMPROMISO PLEUROPULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**Modalidad:** Poster. **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLIPIDOS  
 BASTITA, Mariela Cintia | OLIVER, Marina | VIVERO, Florencia | SOTO, Evelyn | BASSO, Victoria | BABINI, Silvia Mabel | GANDARA, Esteban

**HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD MAR DEL PLATA**  
**Objetivos:** Determinar la prevalencia del compromiso pleuropulmonar en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y describir sus características clínicas, inmunológicas y tratamiento recibido. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron sistemáticamente las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES atendidos en el Hospital Privado de Comunidad entre enero 2005 y agosto del 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo a los criterios de clasificación ACR 1997 y/o criterios SLICC 2012. El compromiso pleuropulmonar fue definido ante la presencia de uno o más de los siguientes: pleuritis, hemorragia pulmonar, neumonitis lúpica, pulmón engorgido, enfermedad intersticial pulmonar (EPI), hipertensión pulmonar (HTP) y nódulos pulmonares. De estos pacientes se describen características clínicas, laboratorio inmunológico, patrón tomográfico y tratamiento recibido. **Resultados:** De un total de 99 pacientes con LES, la prevalencia del compromiso pleuropulmonar es del 27,2% (n:27, IC 95%: 18.8-37.15), de los cuales el 92,59% son mujeres (n:25, IC 95%: 75.71-99.1), con una media (DS) de edad al diagnóstico de LES y del compromiso pleuropulmonar de 38.38 años (20.05) y 43.5 años (19.26) respectivamente. En relación a las características demográficas de éstos últimos, un 51,85% (n:14, IC 95%: 31.95-71.33) son mestizos y 18,5% (n:5, IC 95%: 6.3-38.0) caucásicos. Los pacientes con compromiso pleuropulmonar presentaron, en algún momento de la evolución de su enfermedad, al menos una de las siguientes: pleuritis 70,37% (n:19, IC 95%: 49.82-86.25), EPI 33,33% (n:9, IC 95%: 16.52-53.96), neumonitis 22,22% (n:6, IC 95%: 8.62-42.26), HTP 11,11% (n:3, IC 95%: 2.52-29.16) y nódulos pulmonares 3,7% (n:1, IC 95%: 0.09-18.77). Este último fue un paciente con LES en el que se asociaron nódulos pulmonares cavitados, vasculitis y positividad ANCA (alternando entre ANCA-c y ANCA-p) y en la biopsia pulmonar se evidenció vasculitis con infiltrado inflamatorio mixto, sin granulomas ni necrosis fibrinóide. Ningún paciente presentó hemorragia alveolar o pulmón engorgido. De los pacientes con EPI, el patrón tomográfico más frecuente fue el NSIP (neumonía intersticial no específica) en un 44,4% (n:4, IC 95%: 13.7-78.8), seguido del patrón UIP (neumonía intersticial usual) en un 22,22% (n:2, IC 95%: 2.81-60.01). En los pacientes con compromiso pleuropulmonar, la afección hematológica se presentó en un 70,37% (n:19, IC 95%: 49.82-86.25), mientras que en los pacientes que no lo tenían fue de un 48,24% (n:35, IC 95%: 36.65-60.69), y el compromiso musculoesquelético se halló en un 81,48% (n:22, IC 95%: 61.92-93.7) de los primeros, similar a aquellos pacientes sin compromiso pleuropulmonar, 87,15% (n:63, IC 95%: 77.59-94.12). El hábito tabáquico se registró en el 33,33% (n:9, IC 95%: 16.52-53). En el laboratorio inmunológico presentaron: FAN positivo el 88,89% (n:24, IC 95%: 79.84-97.65), anti DNA: 51,53% (IC 95%: 40.57-79.77), anti Sm: 16% (IC 95%: 4.53-36.08), hipocomplementemia 69,23% (IC 95%: 48.21-85.67) e hipergammaglobulinemia 53,33% (IC 95%: 26.59-78.73). En relación al tratamiento, todos los pacientes con pleuritis recibieron glucocorticoides (GC) con dosis que dependieron del compromiso sistémico; solo uno requirió antinflamatorios no esteroideos como único tratamiento. Los pacientes con UIP y NSIP recibieron GC, vía oral o en pulsos según tipo de afección, asociado a micofenolato mofetil o azatioprina. Únicamente el paciente con OP (neumonía o organización) requirió pulsos de GC, ciclofosfamida y rituximab. El 29,62% (n:8, IC 95%: 13.75-50.18) de los pacientes recibieron antibiocioterapia concomitante al tratamiento inmunosupresor. **Conclusiones:** Las manifestaciones pleuropulmonares son frecuentes en pacientes con LES, sobre todo la pleuritis. A diferencia de otras series, el compromiso pleuropulmonar se presentó en pacientes jóvenes. Al igual que lo descrito en la bibliografía, la afección pleuropulmonar se presenta más frecuentemente con compromiso articular y hematológico. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, compromiso pleuropulmonar, características clínicas, características inmunológicas, tratamiento.

188

**0188 - DISFAGIA: MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS**

**Modalidad:** Poster. **Unidad Temática:** OTROS  
 COSTI, Ana Carolina | MARTIRE, Victoria | PENA, Claudia | SANSINANE, Pierina | TESTI, Adriana | AGUILA, Rodrigo | PERA, Mariana | GARCIA, Lucila | SAVY, Florencia | VELLOSO, Sofía | GARCIA, Mercedes

**HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA**

Variable	Definición (n=10)	Definición (n=10)	n	%	IC 95%
Edad (años)	46 (11,3)	46 (11,3)	56	100	40,8-59,2
Sexo	5 (50,0)	5 (50,0)	10	100	50,0-50,0
DMII	4 (40,0)	4 (40,0)	10	100	40,0-60,0
Definición de disfagia	29 (102)	29 (102)	29	100	83,3-100,0
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave	5 (17,2)	5 (17,2)	29	100	5,3-28,5
Definición de disfagia leve/moderada	24 (82,8)	24 (82,8)	29	100	68,9-92,7
Definición de disfagia grave</					

## 190

**0190 - UVEÍTIS ASOCIADAS A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OTROS - **Unidad Temática 2:** CASOS CLÍNICOS  
MARTINEZ, María Florencia(1) | ARGENTO, María Cecilia(1) | RINGER, Ariana(1) | RUFFINO, Juan Pablo(1) | CUADRANTI, Nadia Aldana(1) | VANDALE, Juan Manuel(1) | ROLLA, Ignacio(1) | ACHILLI, Carla(1) | BAREIRO, Teresa(2) | SOSA, Luisina(2) | CORTESE, Noel(1) | PALATNIK, Mariano(1) | ROMBO, Graciela(1) | COLOMERO, Daniel(2) | ABDALA, Marcelo(1)

**SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (1); SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (2)**

**Objetivos:** La uveítis se define como la inflamación del tracto uveal y/o de sus estructuras adyacentes. La incidencia reportada varía entre 15 y 17 casos por cada 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0.1%. La forma anterior es la variedad de presentación más común y también la de menor severidad. En una proporción de pacientes la uveítis puede ser una manifestación de una enfermedad autoinmune sistémica. **OBJETIVO:** Describir las características clínicas de pacientes con uveítis asociados a enfermedad autoinmune sistémica atendidos en el Servicio de Reumatología de un Hospital de Tercer Nivel. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de uveítis atendidos en el Servicio de Reumatología, en seguimiento conjunto con el Servicio de Oftalmología, entre julio de 2017 y julio de 2018. El diagnóstico de uveítis se realizó mediante examen oftalmológico completo, incluyendo biomicroscopía del segmento anterior y posterior, examen de fondo de ojo y evaluación de la agudeza visual con cartilla de Snellen. Se realizaron análisis de laboratorio de rutina, serologías orientadas a enfermedades infecciosas y determinación de autoanticuerpos de acuerdo a la clínica acompañante. Además se evaluó la presencia o ausencia del antígeno HLA B27 por medio de citometría de flujo. **Resultados:** Se identificó un total de 10 pacientes con diagnóstico de uveítis, que fueron incluidos en el análisis. La edad promedio al diagnóstico fue de 38,8 ( $\pm 14,2$ ) años. La relación varón-mujer observada fue de 1:1. De acuerdo a la localización del compromiso, se observó una frecuencia de localización anterior del 20%, anterior-intermedia 20%, posterior 10% y panuveítis en el 50% de los pacientes. Se constató la presencia del antígeno HLA B27 en 3 pacientes (2 uveítis anterior y 1 uveítis anterior/intermedia). Se identificaron enfermedades autoinmunes sistémicas asociadas: Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) en 3 pacientes (panuveítis); Colangitis Biliar Primaria (CBP) en 3 pacientes; Tiroiditis de Hashimoto en 1 paciente; espondiloartritis en 1 paciente (HLA B27+). Un paciente presentó como etiología identificada una vasculitis retiniana oclusiva idiopática sin enfermedad sistémica. En relación al tratamiento, los glucocorticoides (GC) tópicos como monoterapia fueron indicados en el 20% de los pacientes; la inyección intravítrea de Triamcinolona en 20% y los GC administrados vía oral en 30%. Se utilizaron además inmunosupresores como monoterapia o en forma combinada con GC: Metotrexato en 50%; Azatioprina en 20%; Micofenolato mofetil en 10% de los pacientes. Se utilizaron drogas biológicas en 4 pacientes: 3 pacientes recibieron anti TNF- $\alpha$  (Adalimumab; Etanercept); 1 y 1 paciente con vasculitis retiniana recibió Rituximab. En forma complementaria, un paciente con uveítis posterior por VKH requirió cirugía (vitrectomía). Luego del tratamiento instaurado inicialmente se observó una tasa general de recurrencia de 70% en el primer año. Dentro de las enfermedades autoinmunes sistémicas asociadas a uveítis, se identificaron 3 pacientes con CBP, siendo esta asociación raramente reportada en la literatura. En este subgrupo de pacientes la edad promedio al diagnóstico fue de 51 ( $\pm 5$ ) años. Dos de los pacientes fueron de sexo femenino. En relación a la localización de la afectación, 2 presentaron panuveítis y 1 uveítis anterior/intermedia. Una paciente con CBP y panuveítis presentó en forma concurrente Tiroiditis de Hashimoto. Los 3 pacientes fueron tratados con GC en forma tópica. 1 recibió inyecciones intravítreas de Triamcinolona, además del tratamiento específico de la CBP. Dos de estos pacientes presentaron recurrencia de la uveítis luego del tratamiento inicial. **Conclusiones:** Observamos una proporción de pacientes con panuveítis y uveítis posterior mayor a la esperada de acuerdo a su frecuencia poblacional. Esto puede explicarse debido a un sesgo de derivación, ya que los pacientes con compromiso posterior frecuentemente requieren inmunosupresión sistémica, por lo que son derivados al Reumatólogo. En el caso de las uveítis anteriores, generalmente son derivados al Reumatólogo los pacientes con sospecha de enfermedad sistémica asociada (entre ellos, los HLA B27+), y los que son refractarios al tratamiento tópico. Resulta llamativa la asociación observada de CBP y uveítis (con compromiso intermedio y posterior), de la cual sólo se han reportado casos aislados en la literatura. **Palabras Claves:** Uveítis, autoinmunidad, CBP

## 191

**0191 - PATRONES DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS: IMPLICANCIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**

**Modalidad:** Poster

**Unidad Temática:** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

**Unidad Temática 2:** ETC

AMITRANO, Cristina | VARELA, Brenda | ASNAL, Cecilia | CROW, Catherine | PUCCI, Paula | NITSCHKE, Alejandro

**HOSPITAL ALEMÁN**

**Objetivos:** Describir las características clínicas, patrones tomográficos y terapéutica de una población con EPI.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva la historia clínica de 16 pacientes con diagnóstico de EPI en seguimiento en la institución. Se incluyeron todos los pacientes que tuvieron historia clínica completa, con TCAR de tórax realizada en el servicio de imágenes del hospital. Se evaluaron los hallazgos clínicos, patrones tomográficos y tratamiento instaurados.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes, 12 mujeres (66.67%) y 6 varones (33.33%) con una edad promedio de 64.22 años (37-90 años). Del total de pacientes, 6 (33.33%) tenían FPI y 12 (66.67%) patología pulmonar asociada a ETC (10 esclerodermia, 2 síndrome de Sjogren). Siete pacientes tenían historia de tabaquismo (6 (100%) vs 1 (8.33%) p 0.001). Disnea como sintoma de presentación se observó en 10 pacientes (6 (100%) y 4 (33.33%) p 0.02). Se observó anti Scl 70 positivo en 3 pacientes; todos en el grupo asociado a ETC. Nueve pacientes presentaban en TCAR de tórax patrón de NSIP (la totalidad asociada a ETC) y 7 pacientes patrón de UIP (6 (100%) vs 1 (14.28%) p 0.46). En el grupo con FPI, 3 (50%) recibieron antifibróticos; en el grupo con ETC 7 (58.33%) pacientes recibieron tratamiento con inmunosupresores.

**Conclusiones:** Si bien típicamente en las ETC, por ejemplo la esclerodermia (ESD); presentan patrón tomográfico de NSIP, en pacientes con enfermedad de larga data puede predominar la panalización etapa en la cual los inmunosupresores podrían ser deletéreos ya que favorecerían infecciones pulmonares recurrentes. Según prospecto no está aun aprobado el uso de antifibróticos en esta población de pacientes con ESD y patrón de UIP. Los reumatólogos debemos saber reconocer claramente ambos patrones tomográficos de NSIP y de UIP dado las diferentes implicancias terapéuticas.

**Palabras Claves:** Enfermedad intersticial pulmonar, tomografía

## 192

**0192 - CAVIDADES PULMONARES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**Modalidad:** Poster

**Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

**Unidad Temática 2:** OTROS

CÁLVO, Romina Andrea(1) | GALLO, Jéssica(2) | ROVERANO, Susana(1) | ORTIZ, Alberto(1) | PAIRA, Sergio(1)

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (2)**

**Objetivos:** Describimos cuatro casos de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, que cumplían criterios ACR 1997, que presentaron cavidades pulmonares durante la evolución de su enfermedad.

**Resultados:** Nuestros casos se presentaron en mujeres con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico; tres de ellas se encontraban con altas dosis de esteroides y una además, iniciando tratamiento con Ciclofosfamida por presentar actividad de su enfermedad; sólo en uno de los casos, la paciente debuta su enfermedad con la presencia de cavidades pulmonares

**Conclusiones:** Existen 16 casos de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y cavidades pulmonares. Las causas fueron: Infecciosas: 7 casos (3 CMV, 2 Stafilococos, 2 por Aspergillus) Vasculares: 2 casos No se pudo determinar la etiología: 7 casos En todos los casos predominaron los síntomas respiratorios, tos con expectoración y disnea, y los síntomas constitucionales.

**Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico, Cavidades pulmonares

## 193

**0193 - MOTIVOS DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

PERROTTA, Natalia Andrea | LOPEZ MEILLER, María Jose | MALAH, Verónica | DUBINSKY, Diana

**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Objetivos:** Causas de hospitalización de los pacientes con LES en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de pacientes internados con LES (enero 2014- diciembre 2017): mayores de 16 años con criterios de LES (SLICC 2012) durante o previo a la internación (datos demográficos, motivos internación y tratamientos, SLEDAI 2K y condiciones comórbidas (índice de Charlson: mortalidad al año, score 0, 12%; 1-2, 26%; 3-4, 52% y 5, 85%). Análisis estadístico Epi Info v. 7.2: porcentaje, media (DS) y mediana (RIQ). Test de Student para comparar medias en variables continuas, test de Fisher a dos colas para variables dicotómicas. Estadísticamente significativo p<0.05. **Resultados:** 121 internaciones de 72 pacientes con LES que se internaron al menos una vez, 9/72 (7.44%) por compromiso orgánico que llevó al diagnóstico de LES durante la internación. 25/72 (34.7%) tuvieron más de una internación y 32/121 ingresos tuvieron más de una causa, conformando un total de 164 motivos. Sesenta fueron mujeres (83.3%) relación M/V 5. Mediana de edad al diagnóstico: 26 años (RIQ 19-38), media al momento de la internación: 40 años (DS 16.43). Duración de la enfermedad entre diagnóstico de LES y admisión mediana de 5 años (RIQ 1-11; rango 0-35 años). Media del índice de Charlson 1.42 (DS 0.84), rango 1-4. Comorbilidades más frecuentes: HTA 42 (34.7%), TVP 21 (17.3), hipotiroidismo 19 (15.7%) y dislipemia 16 (13.2%) pacientes. 10/121 (8.6%) eran tabaquistas, 35/121 (26%) ex tabaquistas, 47/121 (38.8%) estaban vacunados contra neumococo y 38/121 (31.4%) contra influenza.

En los que desarrollaron neumonía no se encontraron diferencias entre los vacunados y no vacunados para neumococo e influenza (p<0.52 y p<1 respectivamente). Al momento de la internación mediana de SLEDAI fue de 5 (Rango 0-27). Media internaciones por recaída 3.5 (SD 1.9) años versus 44,12 (SD 17.9) en el resto (p<0.0017) y tiempo de evolución de enfermedad mediana de 3.5 (RIQ 1-7) versus 7 (RIQ 1-14; p<0.0017) respectivamente. SLEDAI en recaída mediana 10.4 (RIQ 4-16) mientras que en otras causas 0 (RIQ 0-5) (p<0.01). En las internaciones por recaída, el tiempo de internación fue 16.52 días (SD 15) vs 11.75 (SD 8.9) días; p<0.03 en otras causas. Requieren unidad cerrada 17/121 internaciones (14.05%), mediana del tiempo de internación 24 días (RIQ 14-30) comparados con 10 días (RIQ 5-15.5) en sala común; p<0.008.

Tres pacientes (2.48%) fallecieron: sepsis sin foco, complicación obstétrica y shock cardiogénico. **Conclusiones:** La principal causa de internación fue recaída de la enfermedad (52.4%) coincidiendo con la literatura. Z Bahlour et al. reportaron 43% y norteamericanos 17.5-35%. En todos los casos, pacientes más jóvenes con menor tiempo de evolución, internaciones por infecciones de nuestra serie, fue similar a trabajos de Túniz y Asia.

Esta diferencia para ambas causas de internación por el uso de distintas estrategias de prevención, menor nivel socioeconómico, menor acceso a sistemas de salud, diferentes criterios de internación y factores étnicos. Los pacientes con LES tienen riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular. Esta ha sido una causa poco frecuente de internación. Posiblemente por el tiempo de evolución de la enfermedad, al inicio hay mayor actividad e inmunosupresión, poca dislipemia y menor tiempo acumulado de uso de corticoides. **Palabras Claves:** Síndrome antifosfolípido-trombosis

CAUSAS HOSPITALIZACIÓN	n (%)
FLARE	96 (52.4)
Renal	30 (34.9)
Serositis	10 (11.6)
Pulmonar	9 (10.5)
Articular	8 (9.3)
Mucocutáneo	7 (8.1)
Hematológico	7 (8.1)
Gastro	6 (7)
Neurológico	5 (5.8)
Cardíaco	4 (4.7)
INFECCIONES	44 (26.8)
ITU	12 (27.3)
Neumonía	11 (25)
Piel y PB	6 (13.6)
Ginecológico	3 (6.8)
Sin foco	3 (6.8)
Bacteriemia	3 (6.8)
Prótesis	2 (4.6)
HZ	1 (2.3)
Artritis séptica	1 (2.3)
CV	6 (5)
OTRAS	28 (17)
Obstetricia	5 (17.9)
Infusión de drogas	4 (14.3)
TVP/TEP	4 (14.3)
Estudios	2 (7.1)
Psiquiátricas	2 (7.1)
Fractura vertebral	1 (3.6)
SAF catatrófico	1 (3.6)
Gistitis lúpica	1 (3.6)
Lumbalgia	1 (3.6)
FOD	1 (3.6)
Edema MMII	1 (3.6)
Debilidad muscular	1 (3.6)
Crisis miasténica	1 (3.6)
SAE	1 (3.6)
CA pulmón	1 (3.6)
Epistaxis	1 (3.6)



## 195

**0195 - SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SECUNDARIO Y MASA EN AURÍCULA DERECHA ASINTOMÁTICA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

BATTAGLIA, Ana Cecilia | BETANCOURT LÓPEZ, Jaime Andres | DUBINSKY, Diana | GÓMEZ, R A | PERROTTA, Natalia Andrea

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ SAN MARTÍN"

**Objetivos:** El cuadro clínico y el riesgo trombótico en el síndrome antifosfolípido (APS) se relacionan con el perfil de aFL, título y persistencia, la coexistencia de otros factores de riesgo trombóticos y la presencia de enfermedad autoinmune subyacente. En diferentes publicaciones, los pacientes con APS (primario y secundario), presentan complicaciones cardíacas en aproximadamente 27%. Dentro de estas, se encuentran la endocarditis de Libman Sacks, enfriamientos valvulares, trombos, hipertensión pulmonar, disfunción ventricular y cardiopatía isquémica. Las alteraciones valvulares (a predominio de mitral, seguida por aórtica) llevan a la insuficiencia más frecuentemente que a la estenosis y son las manifestaciones cardiológicas más comunes en pacientes con APS primario o secundario. La trombosis intracardíaca (única o múltiple), es una rara manifestación cardíaca de APS que puede causar émbolos pulmonares y sistémicos. Los aFL producen trombos en la microvasculatura que generan daño endotelial que lleva a un efecto procoagulante y a la formación de trombos intracavitarios. Se debe realizar diagnóstico diferencial de estos con vegetaciones, tumores malignos y mixomas intracardíacos. Está reportado que en pacientes con estos últimos, pueden positivizarse los aFL, por elevación de IL6 y que desaparecen luego del tratamiento quirúrgico. Se observó que en la resonancia cardíaca el mixoma es hiperintenso en T2 mientras que el trombo en esta secuencia es hipointenso (excepto si está vascularizado) y no realiza con contraste endovenoso. **Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 31 años de edad, tabaquista, con diagnóstico de LES en 2001, con anticuerpos antifosfolípidos (inhibidor Lúpico: 2 determinaciones y anticardiolipina IgM débil en el año 2006), quien se encontraba en tratamiento con Hidroxicloroquina 200 mg/día y Meprednisona 10 mg/día al momento de la consulta, sin antecedentes obstétricos patológicos, asintomática y sin hallazgos en el examen físico. En ecocardiograma transtorácico de rutina, se evidenció a nivel de aurícula derecha; masa heterogénea de bordes irregulares con porciones móviles que protruyen levemente a través de válvula tricúspide de 29 x 18 mm, insuficiencia mitral y tricúspide leve, presión sistólica de arteria pulmonar < 23 mmHg, TAPSE 15. Se interpretó como trombosis intracavitaria versus mixoma auricular y se decidió su internación. En laboratorio, como único hallazgo relevante se observó hipocolesterolemia (C3 y C4) y antiDNAdc positivo (histórico). Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol. El ecocardiograma transesofágico informó foramen oval permeable, masa heterogénea móvil con bordes irregulares adheridos a orejuela de aurícula derecha de 29 x 22 mm. La RM cardíaca informó FEV: 55%, ausencia de hipertrofia cardíaca, válvulas auriculoventriculares conservadas. Dentro de aurícula derecha, adherido al borde basal lateral derecho, masa ocupante de espacio de bordes netos de aspecto redondeada de 13 x 13,5 mm, (isointensa en T1 y T2, hipointensa en imágenes de sangre blanca y no refuerza con contraste endovenoso). La paciente continuó anticoagulada pero por el importante tamaño de dicha masa, fue sometida a cirugía cardiovascular. Se realizó exéresis de la misma y la anatomía patológica informó en aurícula derecha; fragmentos de tejido subendocárdico con fibrosis hialina, áreas de calcificación y moderado infiltrado inflamatorio linfocitario compatible con trombosis confirmándose así el diagnóstico presuntivo de ésta. **Conclusiones:** La importancia del caso radica en que la trombosis intracavitaria fue un hallazgo en una paciente asintomática y sin alteraciones al examen físico. La solicitud de estudios de rutina, permitió adoptar conductas terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas para evitar complicaciones embólicas. La trombosis intracardíaca está reportada asociada a SAF, pero siempre hay que hacer diagnóstico diferencial con otras masas. Remarcamos la importancia de realizar ecocardiograma transtorácico en forma sistemática en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos, incluso asintomáticos, para detectar alteraciones en forma precoz e instaurar el tratamiento tempranamente con el fin de disminuir la morbimortalidad.

## 196

**0196 - FACTOR REUMATOIDE EN PACIENTES CON LES**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

GARATÉ, Gabriela | YUCRA BOBARINI, Demelza Viviana | BALCAZAR, Ruth I GÓMEZ, María Gimena | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana

SANATORIO GÜEMES

**Objetivos:** En LES el factor reumatoide (FR) se encuentra en alrededor del 25%. La influencia de este Ac es debatida, algunos autores lo relacionan con mayor compromiso cutáneo, síndrome Sicca, anti Ro (+) y se postula un rol protector en glomerulonefritis (GMN). Esto es sugerido por el hallazgo de nefritis menús severa en LES que tienen FR (+) y la baja incidencia de nefritis en AR. Algunos mecanismos patogénicos propuestos son: evitar que el complemento se una a inmunocomplejos (IC) y se deposite en el glomerulo y promover una eliminación más eficiente de IC por el sistema retículo endotelial. Existe poca evidencia en cuanto a las asociaciones clínicas y serológicas del FR en LES y su influencia en nefritis lúpica es controvertida. **OBJETIVOS -** Determinar el perfil clínico e inmunológico de pacientes con y sin FR. - Determinar la asociación de FR con GMN. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en consultorio de Reumatología, desde enero 2015-agosto 2018. Criterios de inclusión: > 18 años de edad, con diagnóstico de LES (SLICC 2012). Se recolectaron de HCl: datos demográficos, clínicos (artralgias, artritis, alopecia, lesiones mucocutáneas específicas, serositis, xerostomía, xeroftalmia, fotosensibilidad, compromiso hematológico, renal y SNC). Inmunoserología FR IgM por inmunoturbidimetría (+) > 30 UI/ml.

TABLA 1 (\*) Valor significativo.

	FR (+) = 22 (%)	FR (-) = 88 (%)	Valor p
Femenino	16 (73)	17 (90)*	0,02
Tabaco	4 (18)	6 (7)	0,07
Discoide	0 (0)	9 (50)*	0,049
Artralgias	17 (77)	81 (86)	0,07
Artritis	13 (59)	36 (43)	0,09
GMN	6 (27)	28 (33)	0,31
Ro	10 (50)*	35 (41)	0,0003
La	11 (50)*	16 (18)	0,002
Hipocolesterolemia	17 (77)	66 (77)	0,47
SICC*	7 (32)	17 (20)	0,12
aFL	0	11 (71) 15*	0,04
AR	6 (27)*	4 (4)	0,002

TABLA 2

	FR positivo			FR negativo		
	Ro (+) = 16 (%)	Ro (-) = 4 (%)	p	Ro (+) = 35 (%)	Ro (-) = 53 (%)	p
La	10 (56,2)	1 (25)	0,17	13 (37)	2 (4)	0,30066
GMN	4 (25)	2 (50)	0,18	15 (43)	12 (23)	0,39
AR	6 (38)	0 (0)	0,12	2 (6)	2 (4)	0,36

aFL presencia de al menos uno de: Inhibidor Lúpico (IL), beta2 glicoproteína 1 (B2GP1) IgG IgM, Anti cardiolipina (aCL) IgG, IgM, Anti Ro, Anti La, Anti Sm, Anti RNP (ELISA), ANA (Hep 2), Anti DNA (Crithidia lucilliae), C3 y C4. Análisis Estadístico: Se utilizó el programa Epiinfo versión 7.2.0.1. Se presentaron medias  $\pm$  DS para variables continuas y porcentajes para variables categóricas, prueba de t-test y Mann Whitney para comparar las variables dependientes, prueba de student y Chi2 para variables cualitativas. Valor significativo p < 0,05 **Resultados:** Se revisaron 147 HCl, 107 con FR solicitado. Femenino 93/107 (86,9%), edad media 41,6 años (DS $\pm$ 13,8). Duración de enfermedad 98 meses (DS $\pm$ 80,6). Expuestos al tabaco 10/107 (9,35%), FR (+) 22/107 (20,5%), título de FR 228,8 UI/ml (DS $\pm$ 616,5 UI/ml). Características clínicas y serológicas según FR (tabla 1) No se encontró asociación con: rash, úlceras, serositis, compromiso hematológico, neurológico, renal, SICCA, SAF, Sjogren, ni con Ac Sm, RNP, DNA. La media de FR en pacientes con GMN fue de 142 UI/ml (DS $\pm$ 112), sin GMN 258 UI/ml (DS $\pm$ 713) con p=0,46. Título de FR en pacientes con anti Ro (+) 248 UI/ml (DS $\pm$ 649), Ro (-) 52,5 UI/ml (DS $\pm$ 30) p=0,37. Características FR y Ro (tabla 2). **Conclusiones:** En nuestro estudio se encontró similar frecuencia de FR que la bibliografía. El FR (+) se asoció con la presencia de Ac Ro, La y superposición con AR El subgrupo de pacientes con FR (-) mostró asociación con sexo femenino, lesiones discoideas y presencia de algún Ac aFL. No encontramos un rol protector del FR para GMN pero títulos de FR más altos se presentaron en pacientes sin compromiso renal. En los pacientes con GMN encontramos asociación significativa con Ac Ro (+) en ausencia de FR. En nuestra cohorte, los pacientes con el cluster "FR y Ro positivo" tuvieron menor GMN que los pacientes con el cluster "FR negativo y Ro positivo" sugiriendo un rol protector del FR para la expresión de GMN en los pacientes con Ac Ro (+). El rol del FR en LES varía en las distintas series, pudiendo deberse a los diferentes métodos de detección e isotipos (Ig A, Ig G o Ig M) del FR y a la coexistencia con otros anticuerpos. Estudios de asociación de Acs (clusters) que incluyan FR (método fácil y económico), podrían ser de utilidad como predictores de daño orgánico en LES. **Palabras Claves:** LES, Factor Reumatoide, Glomerulonefritis, Ac Ro, clusters

## 197

**0197 - SÍNDROME DE CAMURATI-ENGELMANN. COMUNICACIÓN DE UN CASO**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: OTROS

CALVO, Romina Andrea | CRABBE, Emilio | ROVERANO, Susana | ORTIZ, Alberto | PAIRA, Sergio

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

**Objetivos:** Describir un caso de hiperostosis diafisaria progresiva

**Materiales y Métodos:** Caso: Hombre de 50 años de edad Consulta por artralgias de 10 años de evolución en tobillos, rodillas y manos y cefalea, de características opresivas. Examen Físico: aumento de diámetro de ambos miembros inferiores, marcha de pato Laboratorio: aumento de fosfatasa alcalina Radiografías: hiperostosis de las diáfisis de los huesos largos, tanto en la superficie perióstica como endóstica, con ensanchamiento gradual y superficies irregulares. Estrechamiento del canal medular. Biopsia ósea: Trabéculas de hueso cortical y laminar con reabsorción ósea marcada, indicadora de actividad osteoclástica marcada. Médula ósea con moderada fibrosis. Infiltrado inflamatorio de células plasmáticas

**Resultados:** Es una patología genética rara, autosómica dominante. También llamada DISPLASIA DIAFISIARIA PROGRESIVA. Se caracteriza por la presencia de hiperostosis de las diáfisis de los huesos largos que aparece de forma gradual y puede incluir las metáfisis, aunque característicamente nunca afecta a las epífisis. Puede comprometer huesos de cráneo. Se han descrito 200 casos en la literatura.

**Conclusiones:** Es importante conocer las manifestaciones y lesiones radiológicas características de esta enfermedad para poder llegar al diagnóstico y realizar un tratamiento de forma temprana, y así, retrasar las complicaciones

**Palabras Claves:** Síndrome de Camurati - Engelmann Hiperostosis diafisaria progresiva

## 199

**0199 - HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: ETC

BATAGLIA, Cecilia | BRAILLARD, Andrea | CARDENAS SUAREZ, Gerardo Andres | DUBINSKY, Diana | GÓMEZ, Ramiro

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

**Objetivos:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación frecuente de varias enfermedades como esclerosis sistémica (ES), lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) pero no es habitual en el síndrome de Sjogren (SSJ).

**Resultados:** Mujer de 29 años, G3P2C1A0 sin otros antecedentes. Preeclampsia durante último embarazo (2017). Evoluciona desde entonces con fenómeno de Raynaud (FRy), disnea progresiva, rash malar, poliartralgias, adenopatías y pérdida de 30 kg. Tras un año de síntomas fue derivada a nuestro centro. Examen físico: hipertrofia parotídea bilateral dolorosa duro pítrea, adenomegalias indolores laterocervicales bilaterales y supraclavicular izquierda, desdoblamiento fijo del segundo ruido cardíaco, hepatomegalia dolorosa y oxemia 87% (0,21). Estudios complementarios: Hto 40%; Hb 12g/dl; GB 4190 (PMN 67%); PLT 277000/mm<sup>3</sup>; VSG 16mm; ET 5 mg/dl; GOT 50 u/l; GP 70 u/l; FAL 104 u/l; Urea 17mg/dl; Creat 0,50mg/dl; CPK 1050U/L; Cs: 83mg/dl; C4: 3mg/dl; FR 14 u/L; AntiCCP (-); FAN (hep-2): 1/1280 moteado grueso; Anti Ro: 120; Anti La (-); Anti DNA (-); Anti RNP 145 (+); Anti Sm (-); Anti Scl70 (-); LIA miositis (Orgentec) (-); Crioglobulinas (-); Sedimento por nefrología: inactivo. Schimmer: 3mm bilateral. Videocapilaroscopia: patrón SD tardío. Ecocardiograma (inicio): FEV 61%, aurículas y VI tamaño y espesor conservados, VD hipertrofia de pared libre con leve deterioro de función sistólica (TAPSE= 19 mm), IT moderada, APAB 37 mmHg. Ante la sospecha de TEP, inicia anticoagulación. Se realiza TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis; parótidas aumentadas, múltiples adenomegalias en ambas cadenas yugulo-carotídea. Sin signos de TEP. Biopsia de glándula parotídea: No se observan LB ni LT patológicos. Espirometría: FVC 3,07 (68%); VE1: 2,64 (73%); Índice: 107%; DLCO: (89%). La paciente evoluciona en los siguientes 10 días con disnea progresiva hasta CF IV y requerimiento permanente de oxígeno. Ecocardiograma (control): VI conservado con mitralid septal anómala, hipofiesia global, Fov 49%, cavidades derechas marcadamente dilatadas, ventrículo derecho hipertrofiado, TAPSE 13mm, pericardio libre, IM e IT moderadas con PSAP 43 mmHg. Se interpreta hipertensión pulmonar (HTP). Se mantiene anticoagulación e inicia Sildenafil. Se solicita cateterismo pulmonar (HTP) mantiene anticoagulación e inicia Sildenafil. Se solicita cateterismo pulmonar derecho: sin signos de TEP, hipertensión pulmonar precapilar moderada (PMAP 30), dilatación del VD y movimiento septal paradójico con volumen minuto conservado. CCG: con arritmias sin lesiones. Se interpreta disfunción ventricular asociada a enfermedad de tejido conectivo y los tratamientos establecidos. Se considera hipertensión progresiva a enfermedad de tejido conectivo y, ante el deterioro de la clase funcional, se decide suspender anticoagulación y vasodilatadores e iniciar tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. La paciente evoluciona con rápida mejoría sintomática y sin requerimiento de oxígeno en reposo.

**Conclusiones:** La HTP (artritis y SSJ) es un hallazgo raro aunque algunos autores plantean que su prevalencia podría estar subestimada. Es bien conocida la asociación de RNP con HTP en contexto de enfermedades del tejido conectivo. En estudios de pacientes con HTP primaria, se ha encontrado asociación con la presencia de anti-Ro. Se plantea como mecanismo fisiopatológico, el depósito de proteínas del complemento y de inmunoglobulinas en la pared de la arteria pulmonar. Se ha descrito en pequeñas series de casos relación entre HTP FAN, anti-Ro, anti-UTRNP, factor reumatoide, FRy, hipergamaglobulinemia en pacientes con SSJ. En pacientes con HAP-Sjogren, el uso de inmunosupresores mejora la sobrevida. Así mismo, se ha encontrado menor mortalidad en pacientes con HAP y anti-UTRNP. Si bien nuestra paciente fue agregando elementos sugestivos de síndrome de superposición, no cumplía criterios clasificatorios para otra ETC. Presenta varios de los factores de riesgo propuestos para desarrollo de HTP en esta enfermedad (anti-UTRNP, anti-Ro, FR, hipergamaglobulinemia, FRy). Aunque el SS no es causa frecuente de HTP es fundamental tenerlo en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, debido a que estos pacientes se benefician con inmunosupresión.

**Palabras Claves:** Hipertensión arterial pulmonar; Síndrome de Sjögren

## 201

**0201 - BAÑOS CON PARAFINA EN OSTEOARTRITIS MODERADA A SEVERA DE MANOS**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS  
**RODRIGUEZ MOJICA,** Fernando Andrés(1) | **FERNANDEZ,** Monica(1) | **NAJERA,** Hugo(2) | **RICUCCI,** Fabiana(2) | **CHUQUIMIA,** Rene(2) | **MAMANI,** Marta(2) | **ROMANINI,** Felix(2) | **SECCO,** Anastasia(2) | **TAMBORENEA,** Natalia(1)  
**HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL RIVADAVIA (2)**

**Objetivos:** Evaluar la respuesta sobre el dolor, rigidez matinal, actividades de la vida diaria, funcionalidad de la mano y número de articulaciones dolorosas en pacientes con osteoartritis (OA) moderada a severa de manos posterior a 15 sesiones de baños de parafina (BP). **Materiales y Métodos:** Estudio abierto, prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de OA de manos según Criterios del American College of Rheumatology (1990), moderada a severa según la escala radiológica de Kellgren y Lawrence. Se reclutaron en un centro público de Reumatología en Argentina desde junio del 2017 a marzo del 2018. Los pacientes con fibromialgia, enfermedades reumáticas autoinmunes, enfermedades crísticas y endocrino metabólicas con compromiso articular, fueron excluidos. Se excluyeron pacientes en tratamiento con antiinflamatorios no esteroides. Se permitían dosis estables de paracetamol 2 gr/día por lo menos 1 semana previa y durante todo el estudio junto con la utilización de fármacos de acción lenta para OA (SYSADOA). Los BP se realizaron 3 veces por semana por 5 semanas (total 15 sesiones). Los pacientes sumergieron las manos en un preparado de parafina con vaselina líquida a una temperatura de 54°C, dicho procedimiento se repetía 10 veces consecutivas hasta formar un guante de parafina luego se cubría las manos con polietileno y se envolvía con una toalla durante 20 minutos y posterior remoción de la parafina. Se utilizó el cuestionario Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index (AUSCAN) para medir funcionalidad de la mano, índice de katz para evaluar actividades de la vida diaria. Se utilizó escala visual análoga (EVA) de intensidad del dolor, duración e intensidad de la rigidez matinal. Todas las mediciones se realizaron en visita basal y al terminar las 15 sesiones de BP. Las variables continuas se describieron como media y DS o mediana y rango intercuartil (ric), según distribución; las categóricas se informaron en porcentajes. Para evaluar diferencias entre visita basal y post tratamiento se utilizaron test para datos pareados, para variables continuas: test para datos pareados y Wilcoxon Signed-Rank test, según la distribución de la diferencia; para variables categóricas McNemars test. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes. Se analizaron los 59 pacientes que concurren al finalizar las 15 sesiones de BP. La media de edad fue de 59 años (+/- 9), 86.44% de sexo femenino, con una mediana de duración de los síntomas de 12 meses (ric: 12-36), 91.53% realizaban actividades manuales. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la visita post tratamiento (post tto) respecto al basal en: índice de Auscan (media basal: 19.61; post tto: 9.75; diferencia de medias: 9.86; p<0,01), EVA dolor (media basal: 5.49; post tto: 3.32; diferencia de medias: 2.17; p<0,01), duración de la rigidez matinal (mediana basal: 15, post tto: 0, p<0,01), intensidad de la rigidez matinal (media basal: 4.22; post tto: 1.88; diferencia de medias: 2.34; p<0,01), número total de articulaciones dolorosas (media basal: 10.90; post tto: 6.12; diferencia de medias: 4.78; p<0,01). 84.75% de los pacientes presentaban índice de Katz=0 en visita basal y 98.31% post tto, sin diferencias estadísticamente significativas, 89.83% pacientes recibían paracetamol en visita basal, mientras que 69.49% lo hacían post tto (p<0,01). **Conclusiones:** Se observó mejoría estadísticamente significativa del dolor, rigidez matinal, funcionalidad de la mano y número de articulaciones dolorosas en los pacientes evaluados. Estos hallazgos sugieren potenciales beneficios de los BP en la OA de manos moderada a severa, los cuales deberían corroborarse con ensayos clínicos aleatorizados. **Palabras Claves:** Osteoartritis de manos. Baños de Parafina

## 202

**0202 - DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A VASCULITIS DEL COLON. REPORTE DE UN CASO**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** CASOS CLINICOS  
**GARBARINO,** María Cecilia | **CINTIA,** Meyer | **ARCONDO,** Florencia | **FORNASARI,** Leticia | **SABRINA,** Meiks | **HERNANDEZ,** María Ines | **DE LA VEGA,** María Celina | **ZYLBERMAN,** Marcelo

**HOSPITAL COSME ARGERICH**

**Objetivos:** La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática que se caracteriza por debilidad muscular proximal asociada a compromiso cutáneo, siendo el rash en helioproto y las pápulas de Gottron las lesiones características. El compromiso gastrointestinal es poco frecuente. El objetivo del trabajo es presentar el caso de un paciente con DM refractaria al tratamiento inicial que presenta como complicación perforación intestinal secundaria a vasculitis colónica.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 54 años con antecedentes de diabetes no insulinizada y psoriasis en tratamiento con metotrexate 15 mg/semana; consulta por disfgia, debilidad muscular proximal, y lesiones eritematosas en cara, dorso

y miembros superiores. Examen físico: debilidad de cinturas 2/5, pápulas de Gottron y rash en helioproto. Laboratorio: CK 704 UI/L. Electromiograma: patrón miopático. Anticuerpos miospecíficos: negativos. Biopsia cutánea: dermatitis de interfase vacuolar. Videodeglución: deterioro moderado, aspiración con líquidos. Se interpreta como dermatomiositis, se inicia meprednisona 60 mg/día y se aumenta metotrexate a 25 mg/sem. Evolución con mejoría sintomática por lo que es dado de alta. Luego de 4 semanas de tratamiento se constata progresión de debilidad muscular proximal, disfgia y falta de mejoría de lesiones cutáneas. Se reinterna y se realiza screening de cáncer: PSA normal. VCC: compromiso segmentario con mucosa congestiva y úlceras con fibrina a 90 cm del margen anal. Compatible con colopatía isquémica. Inicia inmunoglobulina 2 gr/kg/día por enfermedad refractaria. A las 72 hs intercorre con neumoperitoneo por lo que se realiza laparotomía exploradora, con hallazgo de peritonitis purulenta, perforación de colon sigmoide y colitis isquémica de colon izquierdo. Se realiza colectomía izquierda, con AP: vasculitis de vasos de pequeño calibre con trombosis vascular asociada y angiodisplasia. Ac anticardiolipinas, anticoagulante lúpico y B2 microglobulina negativos. ANCA pendientes. Evolución con sepsis severa, colección intraabdominal sin respuesta al drenaje percutáneo y registros febriles diarios a pesar de la antibioterapia de amplio espectro, por lo que no se logra progresar la inmunosupresión. Intercorre nuevamente con neumoperitoneo por lo que es reintervenido quirúrgicamente constatándose colitis isquémica. AP: vasculitis de vasos de pequeño calibre y trombosis vascular asociada. Luego de 7 días en ARM con requerimiento de inotrópicos, se constata óbito. **Resultados:** La afectación gastrointestinal en la DM es poco frecuente, siendo la manifestación más común la disfgia (10-70%). En pacientes mayores a 50 años, debe descartarse el adenocarcinoma de colon dada la coexistencia de DM y cáncer. La vasculopatía gastrointestinal es una entidad asociada a la dermatomiositis juvenil, que se ha reportado en 1-6% de los pacientes adultos. Se presenta con compromiso difuso de la mucosa, úlceras isquémicas y perforación, con hallazgo en la anatomía patológica de inflamación de los vasos gastrointestinales, isquemia crónica y trombosis arterial. **Conclusiones:** La vasculopatía intestinal es una manifestación muy infrecuente y de elevada morbimortalidad, siendo su evolución, según algunos autores, independiente del tratamiento instituido. **Palabras Claves:** Dermatomiositis. Vasculitis. Perforación colónica



## 203

**0203 - ECOGRAFÍA Y SCORE DE RODNAN EN ESCLERODERMIA**

**Modalidad:** Poster

**Unidad Temática:** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

**Unidad Temática 2:** ETC

**PUCCI,** Paula | **AZULAY,** Guillermo | **AMITRANO,** Cristina | **ASNAL,** Cecilia |

**CROW,** Catherine | **NITSCHKE,** Alejandro

**HOSPITAL ALEMÁN**

**Objetivos:** Evaluar la correlación entre los hallazgos ecográficos cutáneos y el SMR.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron pacientes con diagnóstico de ESD criterios ACR/ EULAR 2013, tanto variantes difusas como limitadas. Se evaluaron: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, variantes de ESD (difusa/ limitada), y SMR. A cada paciente se le realizó una ecografía con transductor de alta frecuencia (18 MHz) en 2 zonas anatómicas seleccionadas por el médico que realizó el SRM, definiendo a los fines de la selección la zona de mayor y menor SMR dentro de las 17 áreas anatómicas en cada paciente. En cada región se evaluó: ecogenicidad (iso, hipo e hiperecogénicas) y el grosor de la piel (normal, adelgazado o aumentado). **Resultados:** Se incluyeron 7 pacientes con diagnóstico de ESD, 4 mujeres (57.1%) y 3 varones (42.9%); 3 (42.9%) de ellos con variante difusa, y 4 (57.1%) limitada. La edad media de los pacientes fue de 43 años (21 – 64 años); edad promedio al inicio de la enfermedad 39 años (21 – 62 años) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad 24 meses (1 – 132 meses). El SRM total fue entre 2 y 35. Al comparar puntaje de SRM y espesor de la piel de las dos zonas seleccionadas por ecografía no se encontraron diferencias significativas (p 0.603 y p 0.603 respectivamente). De los 5 (71.43%) pacientes con inicio reciente de la enfermedad (menor o igual a 2 años), 4 (80%) presentaron aumento de espesor cutáneo medido por ecografía; 2 (28.57%) paciente restantes con tiempo de evolución de enfermedad mayor a 2 años tenían espesor ecográfico normal. La ecogenicidad fue normal (isoeocogénica) en zonas con poca afectación cutánea (score con puntaje de 0 y 1) en el 88% de los casos. En zonas con puntaje de 2 y 3 por SRM se pudo observar hiperecogenicidad en el 50% de los casos e isoeocogenicidad en el 50% restante. Es de destacar que las zonas de piel con mayor puntaje de SMR presentaron pérdida de la definición de las diferentes capas cutáneas en la ecografía. **Conclusiones:** En esta pequeña serie de casos no encontramos diferencias significativas entre las técnicas de palpación y ecográfica para diagnosticar compromiso cutáneo. El SMR sigue siendo según este trabajo una técnica eficiente para evaluar compromiso cutáneo en ESD. **Palabras Claves:** Esclerodermia, ecografía

## 205

**0205 - TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELÉTICA. REPORTE DE CASOS**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** CASOS CLINICOS - **Unidad Temática 2:** OTROS  
**BALCAZAR,** Ruth | **YUCRA BOBARIN,** Demelza Viviana | **BRIGANTE,** Jorge Alejandro | **GÓMEZ,** María Gimena | **HAMAUI,** A. | **DUBINSKY,** Diana

**SANATORIO GÜEMES**

**Objetivos:** Describir 3 casos de Tuberculosis musculoesquelética. **INTRODUCCION** La Tuberculosis musculoesquelética (TBC ME) resulta de la diseminación hematogénea secundaria a una lesión pulmonar primaria o inoculación directa de Mycobacterium tuberculosis, involucra la membrana sinovial produciendo su congestión, engrosamiento, erosiones y anquilosis. Se presenta en 1-3% de pacientes con TBC pulmonar y 10-15% con TBC extrapulmonar (TBC EP). **Materiales y Métodos:** Caso 1 Mujer de 60 años. Raynaud bifásico de 1 año. Presenta oligoartritis y fiebre de 6 meses de evolución, compromiso de muñeca izquierda (limitación en flexo extensión y subluxación cubital), codo y rodilla izquierda. Laboratorio: Hto: 34.6%, Hb: 10.5 g/dl, GB: 12900, N: 66%, PCR: 35 mg/L, VSG: 25 mm/h, PPD: 0 mm, FR: (-), FAN 1/80 moteado, anti CCP (-), Scl70 (-), Centrómero (-) Gglob: 1.51 g/dl. Líquido sinovial de rodilla: inflamatorio. Cultivos (-). Rx de rodilla: osteopenia, pinzamiento tricompartmental izquierdo. Rx manos: osteopenia, erosiones, pinzamiento y destrucción intracarpiana izquierda. Centellograma óseo con infección: vascularización aumentada en rodilla, muñeca, leve en codo izquierdo y cadera homolateral. Biopsia de radio y semilunar: inflamación granulomatosa necrotizante caseificante y células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Ziehl Neelsen (ZN) (-). Inicia tratamiento con 4 drogas. Pérdida de seguimiento. Caso 2 Masculino de 63 años. AR seropositiva, erosiva, de 16 años de evolución en tratamiento con MTX 7.5 mg/semanal, ácido fólico 5 mg/semanal, MPD 4 mg/día. Parasitosis diseminada 6 años antes intra Adalimumab. Presenta fiebre y síndrome constitucional de 1 mes, con edema en antebrazo y celulitis en dorso de mano derecha, no sinovitis. Laboratorio: Hto: 38%, Gb 4.900 cel./mm3, VSG 53 mm/h y PCR 116 mg/L Gglob: 1.29 g/dl, PPD: 0 mm. RM de mano y antebrazo: edema en músculo y tendones flexores profundos, superficiales de los dedos y flexor largo del pulgar, tejido celular subcutáneo en región palmar y túnel carpiano. Edema a nivel de músculo braquiales. Inicia antibiótico, evolucionando con progresión de flogosis local, se realizó limpieza quirúrgica sin rescate en cultivos y biopsia de músculo que reporta inflamación granulomatosa necrotizante con células gigantes tipo langhans con ZN y PAS (-), tipo tuberculoides. Inicia 4 drogas. Mejoría del cuadro en seguimiento. Caso 3 Masculino de 29 años, oriundo de Perú, con oligoartritis de 6 meses, síndrome constitucional, fiebre, talalgia izquierda y tos no productiva. EF: artritis en codo izquierdo con limitación, carpo derecho, tobillo, entesitis aquiliana y fascitis plantar izquierda. Dolor a la compresión cervical con rotación de 50°. Schober 3cm. Laboratorio: Hto 37.8%, Hb 11.5 g/dl, GB 7500 cel./mm3, N: 77%, Plaq: 423000, VSG: 58 mm/h, PCR: 89.45 mg/L, FR (-), FAN (-), anti CCP (-), PPD: 9mm. BAAR en esputo (+), HIV, hepatitis B y C (-). RM de tobillo izquierdo: lesión osteolítica en calcáneo que se extiende a tendón de Aquiles, tejido graso preaquiliano y músculo cuadrado plantar. Base del 4to metatarsiano con incremento de líquido. RM de columna: alteración en señal de médula ósea de apófisis odontoides, C7, D1, L1, pedículos, apófisis espinosas, espacios neuroforaminales y partes blandas parvertebrales, realizando tras gadolinio. TC Tórax: nudillos múltiples bilaterales, patrón de árbol en brote, en lóbulos medios y superiores, cavidades de paredes gruesas. Biopsia de calcáneo: material amorfo acelular, técnicas de PAS y ZN (-). FBC y BAL: BAAR (+), BTB: tejido con inflamación crónica granulomatosa necrotizante. ZN y PAS (-). Inicia antimicrobicos, continúa seguimiento. **Resultados:** Se presentan tres casos de TBC ME con: espondilodiscitis (mal de Pott), artritis periférica, compromiso de tejidos blandos (tenosinovitis, fascitis, abscesos musculares) y osteomielitis. La prueba de ZN si bien es la tinción más utilizada para el diagnóstico de TBC, tiene una sensibilidad limitada, en comparación a otras técnicas como la gota gruesa por fluorescencia (66.36% vs 86.54%) ya que requiere la presencia de más de 103 bacilos por ml de esputo para una baciloscopia positiva por esta técnica. Además dado que la TBC ósea es una lesión paucibacilar, a menudo es difícil aislar el germen en las muestras. **Conclusiones:** La sintomatología inespecífica e inicio insidioso puede conducir a una demora en el diagnóstico. Se resalta la importancia de sospechar TBC frente al compromiso ME atípico, en presencia de fiebre, síndrome constitucional con o sin compromiso pulmonar. **Palabras Claves:** Tuberculosis, mal de Pott, artritis

206

**0206 - INDICACIÓN DE DENOSUMAB CADA 6 MESES SEGÚN NIVEL DE TEOLOPÉPTIDO CARBOXITERMINAL DEL COLÁGENO I EN MUJERES POST MENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS DE UN CENTRO DE MADRID**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS  
**MACHADO ESCOBAR,** Maximiliano Augusto(1) | **SEIJO,** Mariana(2) | **GALINDO,** Susana(3) | **MARTÍNEZ LÓPEZ,** Juan Antonio(4)  
**HOSPITAL EVA PERÓN (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A. (2); CÁTEDRA DE BIOESTADÍSTICA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (3); HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION JIMÉNEZ DÍAZ (4)**  
**Objetivos:** Evaluar en pacientes con diagnóstico de osteoporosis la respuesta de marcadores de remodelamiento óseo y la incidencia de fracturas durante el tratamiento con denosumab (DNB). **Materiales y Métodos:** Se incluyó 75 mujeres post menopáusicas controladas durante marzo a mayo de 2017 en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, España, con una edad promedio 75.8±9.38 años, diagnóstico de osteoporosis (valor de T-score <-2,5) con indicación de tratamiento con DNB subcutáneo (60 mg) mientras recibían además calcio y vitamina D. Se determinó en las pacientes: historia de tratamientos previos, fracturas previas al uso de DNB y/o fracturas durante el tratamiento, cantidad de dosis y tiempo de tratamiento con DNB. Además parámetros de laboratorio entre los que destaca telopéptido carboxiterminal del colágeno I (CTX) como marcador de resorción. En ciertos pacientes, algunas dosis se administraron con valores de CTX inferiores a 150 pg/ml. Por esto se generó la variable PROTOC que indica si el DNB se aplicó cada 6 meses (PROTOC 0) o si se aplicó según el nivel de CTX (PROTOC 1) durante los dos años. Se aplicó test de normalidad Shapiro-Wilk y de Levene, se determinaron medias y desvíos estándar (X±DS), test t y se evaluaron correlaciones para determinar comportamiento de las variables mediante programa SPSS 19.0 para Windows, considerando significativo un p<0,05. **Resultados:** Todas las pacientes recibieron tratamientos previos al inicio del DNB, siendo los bifosfonatos los de mayor indicación (51%). El tiempo de uso de DNB fue de 32.1 ±15.7 meses (6-65 meses); número de dosis recibidas de DNB: 4.5 ± 2.0 (2-10 dosis). Del total de mujeres, 46/75 (56%) tuvo historia previa de fracturas. En relación a la incidencia de fractura durante tratamiento con DNB, 21.3% de las pacientes presentó fractura posterior al tratamiento, siendo la ubicación vertebral la de mayor frecuencia (10.7%). El mayor número de fracturas post tratamiento se produjo en la tercera y cuarta dosis. Los valores de CTX fueron al inicio 345.7 pg/ml ± 210.3, CTX 6 meses de 139.5 pg/ml ± 151.4, CTX 12 meses 116.6 pg/ml ± 120.5, CTX 18 meses 223.8 pg/ml ± 207.8 y CTX 24 meses 233.8 pg/ml ± 195.7. No hubo evidencia suficiente para afirmar que la media del número de dosis difiera significativamente entre los pacientes con PROTOC 0 y 1 (p=0.39) ni que las fracturas post tratamiento se asocie significativamente a PROTOC 0 o 1 (p=0.68). Se encontró correlación significativa entre fracturas post DNB con el tiempo de uso del DNB (r=0.3; p<0.01), el número de dosis de DNB (r=0.3; p<0.01) y el lugar de la fractura (r=0.5; p<0.01). **Conclusiones:** Resulta de importancia el análisis del tiempo de tratamiento, cantidad de dosis recibida, incidencia de fracturas y el comportamiento de los marcadores óseos bajo tratamiento con DNB en poblaciones multitudinarias a fin de contar con guías para el tratamiento, seguimiento y monitoreo de los pacientes con diagnóstico de osteoporosis. **Palabras Claves:** Osteoporosis, denosumab, telopéptido carboxiterminal del colágeno I

208

**0208 - VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL SYSTEMIC SCLEROSIS QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE EN UNA COHORTE ARGENTINA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OTROS  
**CACEDO CORREA,** Oscar Andrés(1) | **BANDE,** Juan Manuel(1) | **PÉREZ,** Silvana Karina(1) | **KLAUN,** Diana Silvia(1) | **MEDINA,** María Alejandra(1) | **PAPASIDERO,** Silvia Beatriz(1) | **CARACCIOLLO,** José Angel(1) | **MATELLAN,** Carla Eugenia(2) | **ORMAZA SABANDO,** Miguel(2) | **ASTUDILLO ANDRADE,** José Javier(2) | **ARIAS SAAVEDRA,** Maira(2) | **MONTOYA,** Sandra Fabiana(2) | **KERZBERG,** Eduardo Mario(2) | **PICCO,** Eugenia(3) | **JUAREZ,** Vicente(3) | **ARIZPE,** Fernando(4) | **GARCÍA,** Mercedes Argentina(4)  
**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (1); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA RAMOS MEJIA (2); HOSPITAL SR DEL MILAGRO (3); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN" (4)**  
**Objetivos:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad crónica, multisistémica caracterizada por fibrosis cutánea y visceral, alteraciones microvasculares y disfunción inmune. Esta condición altera el funcionamiento social, emocional y físico de los pacientes que la padecen, lo que resulta en una menor calidad de vida. El Systemic Sclerosis Quality of Life Questionnaire (SScQoL) es un cuestionario autorreportado para evaluar en forma específica la calidad de vida en pacientes con ES; consta de 29 preguntas y evalúa 5 aspectos: dolor, sueño, emociones, funcionalidad y relaciones sociales. Para cada pregunta, las respuestas posibles son "verdadero" o "falso" que se puntúan como 1 o 0, respectivamente. A mayor puntuación, menor calidad de vida. Nuestro objetivo fue validar el cuestionario SScQoL en una cohorte de pacientes argentinos con ES. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años con diagnóstico de ES (ACR 1980 - ACR/ EULAR 2013) de 4 centros de Argentina entre Julio y Agosto de 2018. Se consignaron datos socio-demográficos, comorbilidades, características de la enfermedad (subtipo de esclerodermia, duración en meses, presencia de anticuerpos y compromiso orgánico) y tratamiento al momento de la evaluación. La actividad de la enfermedad se estableció a través de los índices de EUSTAR y Medsger; la capacidad funcional fue evaluada por el Scleroderma Health Assessment Questionnaire (SHAQ) y ansiedad y depresión por medio del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se administró el cuestionario SScQoL y se determinó la reproducibilidad del mismo en un grupo de pacientes 7 a 14 días después de la evaluación inicial. Se utilizó como comparador gold standard el cuestionario Euro Quality of Life-5D (EQ-5D). Análisis estadístico: Se describieron las características poblacionales y de la enfermedad. Se determinó consistencia interna con alfa de Cronbach y se exploró la presencia de preguntas redundantes. La reproducibilidad del cuestionario fue de 0.86. El SScQoL presentó una buena correlación con EQ-5D (r= -0.58) y ésta fue estadísticamente significativa. Asimismo se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre el cuestionario total y su dominio funcional con el SHAQ (r = 0.63). La presencia de ansiedad o depresión se asoció con puntajes más altos en el SScQoL total, así como también con su dominio emocional y esta asociación fue estadísticamente significativa. No se observó asociación estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos según edad, sexo, presencia de comorbilidades, duración, actividad ni severidad de la esclerodermia. **Conclusiones:** El cuestionario SScQoL es una herramienta válida, confiable, reproducible y sencilla para evaluar la calidad de vida en pacientes con esclerodermia.

207

**0207 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS A EDAD MENOR O IGUAL A 35 AÑOS VERSUS MAYORES DE 35 AÑOS**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** OTROS  
**SASAKI,** Patricia(1) | **SECCO,** Anastasia(1) | **CATALÁN P.,** Antonio(1) | **CACERES,** Agustina(1) | **AMITRANO,** Cristina(2) | **ASNAL,** Cecilia(2) | **NITTSCHKE,** Alejandra(2) | **SEGURA ESCOBAR,** Carolina(3) | **DEMARCHI,** Julia(3) | **DUARTES NOE,** Damián(3) | **RISCANEVO,** Nadia(4) | **FLORES,** Janet(4) | **CAEIRO,** Francisco(4) | **SANTIAGO,** María Lidia(5) | **RAITI,** Laura(6) | **CRUZAT,** Vanesa Cecilia(6) | **ALBA,** Paula Beatriz(7) | **GOBBI,** Carla(7) | **PAPASIDERO,** Silvia Beatriz(8) | **JUAREZ,** Vicente(9) | **SALVATIERRA,** Gabriela Mariel Del Valle(10) | **HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL ALEMÁN (2); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL PRIVADO CORDOBA (4); OMI (6); CLÍNICA BESSONE (6); HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (7); HOSPITAL TORNU (8); HOSPITAL DEL MILAGRO (9); IPR (10); CONSULTORIO PRIVADO (11)**  
**Objetivos:** Si bien existe escasa información, el debut del Síndrome de Sjögren primario (SSp) en pacientes adultos con edad menor o igual a 35 años, se expresaría con manifestaciones sicca menos pronunciadas y con un alto grado de compromiso sistémico. Por este motivo, decidimos comparar el comportamiento de la enfermedad en población Argentina con diagnóstico de SSp a edad menor o igual a 35 años versus mayores de 35 años. **Objetivo:** Describir y comparar las manifestaciones sistémicas, valoradas a través de los dominios del ESSDAI y las manifestaciones glandulares, en pacientes adultos diagnosticados con SSp a edad menor o igual a 35 años versus mayores de 35 años. **Materiales y Métodos:** Estudio analítico observacional de corte transversal. Se analizaron los datos de los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de SSp (criterios americano-europeos 2002) incluidos en la base GESSAR (Grupo de Estudio de Síndrome de Sjögren de la Sociedad Argentina de Reumatología), con al menos un control en los últimos 12 meses. Se consideraron la presencia de manifestaciones sistémicas valoradas a partir de los dominios del ESSDAI y las manifestaciones glandulares, y como posibles confundidores: sexo, tratamientos y tiempo de seguimiento en años de cada grupo. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil (RIQ), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó, para las variables continuas test de Student o Mann Whitney, según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se consideró significativa una p < 0,05. **Resultados:** Se incluyeron 665 pacientes. Cien de ellos con edad al diagnóstico < o igual a 35 años y con una media de edad al diagnóstico 29 ± 4 años, 92% de ellos mujeres. El promedio de edad al diagnóstico del grupo > 35 años, fue de 54 años. Dentro de las manifestaciones glandulares se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre < o igual a 35 años vs > 35 años, en xeroftalmía (90,72% vs 95,64%, p: 0,04) y xerodermia (42,35% vs 57,36%, p: 0,03). No se encontraron diferencias significativas en xerostomía (87,37% vs 90,33%, p: 0,38), ni xerovagina (30,86% vs 39,18%, p: 0,15). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre < o igual a 35 años vs > 35 años en los siguientes dominios del ESSDAI: sistema nervioso periférico (SNP) (4,05 vs 11,32, p: 0,03), pulmonar (6% vs 15,40%, p: 0,01) y renal (6% vs 1,59%, p: 0,02). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre < o igual a 35 años vs > 35 en el dominio glandular (31,63% vs 27,39%, p: 0,39), articular (66% vs 68,32, p: 0,65), cutáneo (11% vs 9,38%, p: 0,61), sistema nervioso central (1% vs 2,65%, p: 0,32), hematológico (23% vs 21,42%, p: 0,72), marcadores biológicos (54,05% vs 56,26%, p: 0,72). En un subanálisis de dominios del ESSDAI se encontraron diferencias significativas en artritis (37,37% vs 27,16%, p: 0,04) y xerotraquea (4,04% vs 11,45%, p: 0,03). No se encontraron diferencias significativas entre < o igual a 35 años vs > 35 años en: sexo femenino (92,11% vs 95,69%, p: 0,18), tiempo de seguimiento (4 años, RIQ: 1-8 vs 3, RIQ: 1-6; p: 0,15), tratamiento sintomático (90,22% vs 92,01%, p: 0,57), tratamiento con pilocarpina (27,14% vs 29,87%, p: 0,65), tratamiento con hidroxiquinolona (85,92% vs 78,29%, p: 0,15), tratamiento con corticoides (32,88% vs 34,26%, p: 0,82) ni tratamiento con inmunosupresores (15% vs 17,20%, p: 0,59). **Conclusiones:** En el grupo de edad < o igual a 35 años respecto a los > a 35 años se observó una frecuencia significativamente menor de xeroftalmía y xerodermia. En cuanto a la actividad sistémica, menor compromiso del SNP y pulmonar y mayor en el dominio renal, con diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados sugieren un menor compromiso glandular en los pacientes diagnosticados a menor edad, sin un patrón diferencial característico en cuanto al compromiso sistémico. **Palabras Claves:** Sjögren menores 35 años

211

**0211 - MANIFESTACIONES CLÍNICAS, DAÑO ACUMULADO Y SOBREVIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERMITEMATOSO SISTÉMICO FAMILIAR. DATOS DE LA COHORTE DE GLADEL (GRUPO LATINO AMERICANO DE ESTUDIO DE LUPUS)**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
**QUINTANA,** Rosana M.(1) | **PONS-ESTEL,** Guillermo(1) | **ROBERTS,** Karen(2) | **SACNÚN,** Mónica(2) | **SERRANO,** Rosa(1) | **NIETO,** Romina(2) | **CONTI,** Silvana(2) | **GERVASONI,** Viviana(2) | **CATOGGIO,** Luis J(3) | **SORIANO,** Enrique(3) | **SCOLNICK,** Marina(3) | **GARCÍA,** Mercedes(4) | **ALVARELLOS,** Alejandro(5) | **SAURIT,** Verónica(5) | **BERBOTTO,** Guillermo(6) | **SATO,** Emilia(7) | **LAVRAS GOSTALLAT,** Lilian T(8) | **FERRERIRA BORBA NETO,** Eduardo(9) | **BONFA,** Eloisa(9) | **XAVIER,** Ricardo(10) | **PONS-ESTEL,** B(1)  
**CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES DE ROSARIO (2); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (3); HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA (4); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (5); HOSPITAL EVA PERÓN (6); UNIVERSIDADE FEDERAL DA SAO PAULO (UNIFESP), SAO PAULO, BRASIL (7); UNIVERSIDADE ESTADUAL DA CAMPINAS (8); UNIVERSIDADE DA SAO PAULO, SAO PAULO (9); HOSPITAL DA CLINICAS DA PORTO ALEGRE (10); 1º FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS (11); CENTRO INTEGRAL DE REUMATOLOGIA, REUMALAB, MEDELLÍN (12); HOSPITAL SANTA ROSA BOGOTÁ, UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ (13); CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS (CIMEQ), LA HABANA (14); FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN, SANTIAGO (15); HOSPITAL DEL SALVADOR, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE (16); CENTRO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE MORELIA SC (17); HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL, CIUDAD DE MÉXICO (18); GLADEL (GRUPO LATINO AMERICANO DE ESTUDIO DE LUPUS) (19)**  
**Objetivos:** Introducción: Previamente la cohorte de GLADEL (Grupo Latino Americano De Estudio de Lupus) reportó que el 14% de sus pacientes tenían el antecedente de familiares con alguna enfermedad autoinmune. El lupus eritematoso sistémico (LES) familiar ocurre entre el 10-12%, pudiendo presentarse con ciertas características clínicas distintivas. **Objetivos:** Comparar las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, el daño acumulado y la supervivencia de los pacientes con antecedentes de LES familiar versus aquellos con diagnóstico de lupus esporádico. **Materiales y Métodos:** LES familiar fue definido como aquellos pacientes con antecedentes de familiar de primer grado con LES (padres, hermanos e hijos), estos familiares fueron entrevistados personalmente o vía telefónica y examinados si fuera necesario. Los pacientes con familiares con LES de segundo y tercer grado fueron excluidos de este análisis. Los demás pacientes fueron considerados como LES esporádico. Las variables analizadas y comparadas entre ambos grupos fueron: sociodemográficas, clínicas, inmunológicas, tratamientos, actividad de la enfermedad a través del índice SLEDAI, daño acumulado a través del índice SDI y mortalidad. Se utilizó el test de Wilcoxon y Chi-cuadrado para las comparaciones entre las variables continuas y categóricas, respectivamente. Se estimó el Odds ratios (OR) y el intervalo de confianza del 95% (IC). El tiempo al evento daño y mortalidad fueron estimados con la regresión multivariante de Cox (Hazard ratios (HR) y IC 95%), se incluyeron en el análisis aquellas variables previamente asociadas a daño y mortalidad. La significancia estadística utilizada fue p menor o igual a 0.05. El análisis estadístico fue realizado con el software, versión 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). **Resultados:** Un total de 1176 pacientes fueron incluidos en el análisis; 66 (5,6%) fueron categorizados como LES familiar y 1110 como LES esporádico. La mayoría de los pacientes fueron mujeres en ambos grupos, con edad media y distribución étnica comparable. Ninguna de las variables sociodemográficas estuvo asociada al LES familiar. Dentro de las variables clínicas, la presencia de lupus discoide [22,7% versus 12,9%; p = 0,024; OR 1,97 (1,08 - 3,60)] y el compromiso neurológico [45,4% versus 35,5%; p = 0,047; OR 1,65 (1,00 - 2,73)] se encontraron asociados con el LES familiar. En forma contraria, la pericarditis presentó una asociación negativa con el LES familiar [7,6% versus 19,1%; p = 0,01; OR 0,35 (0,14 - 0,87)]. El SLEDAI y SDI fueron similares en ambos grupos. En el análisis de Cox, el LES familiar no presentó asociación significativa con daño acumulado (HR=1,00; 0,53 - 1,89; p = 0,99) o mayor mortalidad (HR 1,01; 0,24 - 4,31; p = 0,99). **Conclusiones:** El LES familiar estuvo asociado a la presencia de compromiso neurológico y lupus discoide y con la ausencia de pericarditis. No hubo diferencias en el daño acumulado ni en la mortalidad al compararlo con el LES esporádico.

## 212

## 0212 - ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE SOLICITAN BIOPSIAS MUSCULARES EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN ARGENTINA?

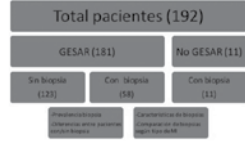
Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC

Unidad Temática 2: OTROS

D. CASTELNUOVO, Valentina(1) | VIRASORO, Belen Maria(1) | GOMEZ, Ramiro(2) | BRALLARD POCCARD, Andrea(2) | CAPELUSNIK, Dafne(3) | SCHNEEBERGER, Emlice Edith(3) | PAPASIDERO, Silvia(4) | BANDE, Juan Manuel(4) | VIOLA, Malena(5) | DE LA VEGA, María Celina(5) | COSTI, Carolina(6) | GARCIA, Mercedes(6) | ASNAL, Cecilia(7) | CAPUCCIO, Ana(8) | YUCRA, Demeiza(9) | VERGEL ORDUZ, Linda(9) | TAMBOREÑA, Natalia(10) | DALPIAZ, Marina(10) | PISONI, Cecilia(1)

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "ROBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN (2); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (3); HOSPITAL TORNU (4); HOSPITAL ARGERICH (5); HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN LA PLATA (6); INSTITUTO CENTENARIO (7); HOSPITAL FRANCÉS (8); HOSPITAL GÜEMES (9); HOSPITAL RIVADAVIA (10); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (11); HOSPITAL GONET (12)

**Objetivos:** Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por inflamación de las fibras musculares. Existen discrepancias entre los hallazgos histopatológicos musculares con los parámetros clínicos y de laboratorio en el contexto de las miopatías inflamatorias. Lamentablemente en Argentina, hay pocos patólogos especializados en enfermedad muscular y por este motivo, la realización de biopsia muscular es limitada. Los objetivos de este estudio son estimar la frecuencia de realización de biopsia muscular en pacientes con MI, identificar las variables asociadas a su realización y evaluar la asociación de los hallazgos de la biopsia muscular con las características de pacientes con MI. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes > 18 años de edad con diagnóstico de miopatía inflamatoria según criterios de Bohan y Peter, provenientes de 7/16 centros participantes del grupo de estudio de la SAR (GESAR) de miopatías y de 4 centros no pertenecientes a GESAR (quienes solo aportaron pacientes con biopsia muscular). Se consignaron características demográficas, clínicas, estudios complementarios y tratamiento a través de la revisión de las historias clínicas. La información de la biopsia muscular se obtuvo del reporte de anatomía patológica de cada centro. No hubo estandarización en el informe de la biopsia. Para el análisis estadístico, la evaluación de la frecuencia de biopsias musculares realizadas y la identificación de variables asociadas a su realización se utilizaron sólo los datos de la base de datos del GESAR. Y para evaluar la asociación de los hallazgos de la biopsia muscular con las características de pacientes con MI se incluyó toda la muestra. Se compararon las características de las biopsias en pacientes con DM vs PM y en pacientes con CPK normal vs CPK elevada (definida como mayor a 2 veces el valor normal). Para las variables continuas se estimaron medias y desvíos estándar o medianas e intervalo intercuartil según la distribución de la variable y para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y su porcentaje. Para analizar diferencias entre los grupos se realizó Chi cuadrado para variables categóricas y t test o Mann Whitney para variables continuas según su distribución. Se realizó análisis de regresión logística para el análisis de variables asociadas a la solicitud de la biopsia. **Resultados:** Un total 192 pacientes fueron incluidos con media de la edad 52.4 (DS18), media de evolución de la enfermedad de 5.4 años (DS 6), 73% mujeres. La frecuencia de realización de biopsia muscular fue 32%. Aquellos pacientes a los que no se les realizó biopsia tenían más frecuentemente positividad de anticuerpos específicos de MI (85% vs 59%, p=0.03), presencia de artritis (44%vs 28%, p=0.05), menor frecuencia de elevación de CPK (89% vs 89%, p=0.007) y mayor frecuencia de compromiso pulmonar (40% vs 21%, p=0.03), rash heliotropo (45% vs 28%, p=0.05), pápulas de Gottron (44% vs 23%, p=0.01) y fenómeno de Raynaud (41% vs 23%, p=0.02). En el análisis de regresión logística se asociaron en forma independiente con la NO realización de biopsia la presencia de anticuerpos positivos OR 0.2144 IC 95%: 0.0463 a 0.9924 y rash heliotropo 0.1069 IC 95%: 0.0153 a 0.7471. En 49 pacientes disponíamos de biopsia muscular. Las características en la anatomía patológica de las biopsias fueron atrofia perifascicular 43%, fibrosis perimisial 20%, infiltrado endomisial 28%, infiltrado perifascicular 25%, perimisial 43% y perivascular 42%, necrosis 55% y regeneración 61%. No hubo diferencias en las características histopatológicas cuando se compararon pacientes con dermatomiositis (40%) y polimiositis (60%). Tampoco observamos diferencias en las características histopatológicas de pacientes con y sin elevación de la CPK. **Conclusiones:** La biopsia muscular se realizó en sólo un tercio de los pacientes con MI. Los pacientes con anticuerpos específicos de miositis y rash heliotropo se biopsiaron con menor frecuencia. No encontramos asociación alguna entre los hallazgos histopatológicos y el tipo de MI. **Palabras Claves:** Miopatía inflamatoria, biopsia muscular.



## 213

## 0213 - PET/TC EN VASCULITIS DE GRANDES VASOS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

RIERA, Julia | MUSURUANA, Jorge Luis | CAVALLASCA, Javier Alberto | FACCIÓ, Fernando

HOSPITAL J. B. ITURRASPE

**Objetivos:** La ausencia de síntomas craneales en los pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) puede ocasionar retraso en la detección del compromiso aórtico y / o sus ramas principales. Dicha demora puede ocasionar graves complicaciones y eventos potencialmente mortales, como accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, ruptura de un aneurisma aórtico, disección de aorta, entre otras. En los últimos años, ha cobrado relevancia como metodología diagnóstica el PET 18F-FDG, el cual tiene la capacidad de revelar el metabolismo aumentado y las alteraciones funcionales que preceden a las alteraciones morfológicas vasculares.

**Materiales y Métodos:** Una paciente de 74 años, comenzó en Julio del 2017 con fatiga, disminución de peso de 15 kg, anorexia, sudoración nocturna profusa y dolor con leve impotencia funcional de cintura escapular. Sin cefaleas, claudicación masticatoria ni trastornos visuales. Examen físico: palidez cutáneo mucosa. TA: 140/70 en ambos brazos. Peso: 54.2 Kg. Laboratorio: Mayo 2017: VSG: 7 mm/h; Septiembre: VSG: 142 mm/h PCR: 15.80 mg/dl (vr: hasta 1 mg/dl) Hb: 9.9 gr/dl; Hcto: 32.5%; CPK: 55 U/l, LDH: 319 U/l. Con diagnóstico presuntivo de síndrome de impregnación secundario a probable proceso neoplásico vs enfermedad autoinmune sistémica en Diciembre 2017 se le realizó PET/CT. Hipermetabolismo difuso de las paredes de los grandes vasos, la aorta en todo su recorrido, arterias axilares, carótidas primitivas bilaterales, vasos supraaórticos, ilíacas comunes y algunos sectores de las ilíacas externas, sugiriendo vasculitis (Arteritis de Takayasu vs Arteritis de Células Gigantes). Comenzó en Enero de 2018 con Prednisona 50 mg/día (1mg/kg/día) durante un mes con descenso progresivo; agregándose luego Metotrexato 10mg/s. Muy buena evolución clínica y normalización progresiva de los reactantes de fase aguda. Luego de seis meses de tratamiento se solicitó PET/CT (Junio 2018): Disminución significativa del hipermetabolismo vascular en aorta y vasos supra aórticos, sin actividad metabólica a nivel de las arterias subclavias. Sin otras lesiones con hiperactividad metabólica extravascular.

**Conclusiones:** Ante la imposibilidad de obtener muestras vasculares para documentar hallazgos histopatológicos, en sospecha de vasculitis de grandes vasos, las imágenes del PET/TC resultan ser equivalentes para diagnóstico y útiles para su seguimiento.

**Palabras Claves:** PET/TC. Vasculitis

## 214

## 0214 - VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEPATITIS B

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

RIERA, Julia | MUSURUANA, Jorge Luis | CAVALLASCA, Javier Alberto | MAROZZI, Fernando

HOSPITAL J. B. ITURRASPE

**Objetivos:** Se sabe que tanto la infección aguda como crónica de la Hepatitis B produce manifestaciones extrahepáticas en aproximadamente un 15 a 20% de los pacientes. Las más comunes incluyen poliarteritis nodosa, reacción similar a la enfermedad del suero, crioglobulinemia mixta esencial, nefropatía, artritis, afectación neurológica y manifestaciones dermatológicas. La vasculitis leucocitoclastica por VHB es muy infrecuente, existiendo solo reportes de casos. Se presenta una paciente con infección por VHB con vasculitis leucocitoclastica como forma de presentación.

**Materiales y Métodos:** Una mujer de 47 años consulto en Junio del 2017 por artralgias en rodillas y tobillos, mialgias en gemelos y lesiones cutáneas purpúricas palpables con leve prurito en ambos miembros inferiores de un mes de evolución. Con diagnóstico presuntivo de vasculitis cutánea inicia tratamiento con 15 mg/día de prednisona. Laboratorio (Junio/2017): GB: 10400, HG: 13.6 Gr/dl, Hcto: 39.8%. Plaquetas: 316000. VSG: 9 mm/h, PCR: 3.9 mg/l (vr: <0.50), CPK: 59 U/l, LDH: 431 U/l, FR: 56 U/ml (vr: <14), HCV: no reactivo, HIV (ELISA): no reactivo, Ag Australiano: Positivo. Orina D: 1020. Sed.: escasos hematíes. GOT: 55.9 U/l. GPT: 122.7 U/l. FAL: 157.4 U/l. Resultado de biopsia cutánea: hallazgos compatibles con "vasculitis leucocitoclastica". Laboratorio (Sept/2017): VSG: 12 mm/h, PCR: 5 mg/l, PT: 7.30 gr/dl, VDRL: no reactivo, FR: 38 U/ml, C3: 91 mg/dl (103-145), C4: 17 mg/dl (20-50), FAN (IFI x HEP2): (-), ACA (IgG e IgM): (-), Anti B2 GP1: (-), ENA: (-), ANCA (IFI): (-), Anti PR3: (-), Anti MPO: (-), Crioglobulinas (-), Hepatitis A Ac IgM: No reactivo. Hepatitis B: HBeAg: No reactivo. HBeAc (Anti-e): Reactivo. Buena evolución de sus lesiones cutáneas, persistiendo máculas pigmentadas como secuela. Tratamiento: 5mg/día de prednisona. Ecografía abdominal (Agosto/2017): normal. Laboratorio (Sept/2017): (Carga Viral HBV-DNA cuantitativo): Resultado: Detectable. Valor hallado en U/ml: 7120.000 U/ml. Inició tratamiento antiviral para Hepatitis B con Tenofovir 300 mg/día. FibroScan (Nov/2017): F2 compatible con fibrosis hepática (F0 sin fibrosis a F4 cirrosis). Correlaciona con hepatitis crónica.

**Conclusiones:** Considerar a la hepatitis por virus B dentro de las etiologías asociadas a la vasculitis leucocitoclastica.

**Palabras Claves:** Hepatitis B. Leucocitoclastica

## 215

## 0215 - PROLIFERACIÓN DE FIBROBLASTOS SINOVIALES ESTIMULADOS CON LÍQUIDOS SINOVIALES DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ROL DE LAS CITOQUINAS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

DI GENARO, María Silvia(1) | ELIÇABE, Ricardo Javier(1) | BLAS, Rodrigo(2) | MUNARRIZ, Alicia(3) | PARDO HIDALGO, Rodolfo Ariel(4) | TAMASHIRO, Héctor(5)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS-CONICET (1); CENTRO MÉDICO MEDICI (2); CENTRO MÉDICO CENYR (3); CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA CER (4); CENTRO MÉDICO BOLÍVAR (5)

**Objetivos:** La espondiloartritis (SpA) es una condición inflamatoria caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas, en la que pueden estar afectadas articulaciones axiales y periféricas. Su origen es autoinflamatorio y se caracteriza por excesiva formación de cartilago y hueso que lleva a anquilosis. En artropatías inflamatorias crónicas los fibroblastos sinoviales (FS) presentan un fenotipo agresivo con alta capacidad proliferativa. El líquido sinovial (LS) es complejo y constituye el microambiente en el que los FS experimentan los cambios fenotípicos propios de cada artropatía. Los componentes del LS que activan la capacidad proliferativa de FS en SpA no han sido completamente dilucidados. El factor de crecimiento transformante (TGF)-b participa en la diferenciación de fibroblastos involucrados en la cicatrización de heridas. Se ha demostrado que interleucina (IL)-9 juega un rol relevante en la patogénesis de la artritis psoriásica, y que IL-1b activa la respuesta inflamatoria de FS. La IL-6 ha emergido como un importante blanco terapéutico en enfermedades reumáticas, sin embargo los mecanismos mediados por IL-6 que participan en las artropatías crónicas no han sido totalmente esclarecidos. El propósito del presente trabajo fue investigar componentes del LS que incrementan la proliferación de FS en SpA. Con este objetivo, estudiamos la capacidad proliferativa de FS estimulados con LS de pacientes con SpA, osteoartritis (OA) o artritis reumatoidea (AR). Además, analizamos citoquinas de los LS de SpA asociadas a este cambio fenotípico de los FS. **Materiales y Métodos:** FS de la línea SW 982 fueron estimulados con un pool de 9-10 LS de pacientes con OA, AR o SpA en medio de cultivo DMEM sin suero fetal bovino (SFB). Células no estimuladas fueron empleadas como controles. Luego de 36 hs, 72 hs o 9 días, la proliferación de FS fue evaluada por el método colorimétrico de MTT o por citometría de flujo previa marcación de las células con el éster de succinimidil-carboxifluoresceína (CFSE). Los niveles de TGF-b, IL-9, IL-1b e IL-6 fueron cuantificados en los LS de 34, 30 o 25 pacientes con OA, AR o SpA, respectivamente, empleando kits comerciales de ELISA. También, las células fueron estimuladas in vitro con IL-6 (500pg), y luego de 48 hs, los niveles de IL-9 fueron determinados en los sobrenadantes de cultivo. **Resultados:** Se observó tanto por MTT como por citometría de flujo, que el pool de LS de pacientes con OA, AR o SpA indujeron proliferación de FS. Esta proliferación resultó significativamente superior cuando los FS fueron estimulados con LS de SpA (p<0.05). Al comparar los niveles de las citoquinas en los diferentes LS de pacientes con artropatías crónicas, encontramos que los niveles de TGF-b resultaron significativamente elevados en AR y SpA comparados con OA (p<0.001). Una alta frecuencia de LS de pacientes con SpA (10 de 25 LS, 40%) presentaron niveles detectables de IL-9, y los mismos resultaron significativamente superiores comparados con LS de OA o AR (p<0.001). Si bien no se observaron diferencias en los niveles de IL-1b, las concentraciones de IL-6 fueron significativamente superiores en LS de AR o SpA (p<0.001 comparado con OA). La estimulación de FS con IL-6 indujo la producción de IL-9 (p<0.05, comparado con células no estimuladas). **Conclusiones:** Concluimos que los LS de pacientes SpA recrean para FS un microambiente que promueve su proliferación. Citoquinas anti- y pro-inflamatorias presentes en LS de SpA, incluyendo TGF-b, IL-9, IL-1b e IL-6, podrían inducir la proliferación de FS, actuando IL-6 e IL-9 en forma coordinada. **Palabras Claves:** Fibroblastos sinoviales, proliferación, líquidos sinoviales, espondiloartritis

216

**0216 - ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON LES MODALIDAD: Poster - Unidad Temática: LES/ANTI-FOSFOLIPIDOS**  
 Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
 DI CASTELNUOVO, Valentina I VIRASORO, Belen Maria I DE LA TORRE, Maria Laura I PISONI, Cecilia  
**CEMIC CENTRO DE EDUCACION MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO"**

		Antes	Después	p
Criterios ACR	1. Rash malar	2,81 (0,27-31)	2,73 (0,46-26)	0,10
	2. Rash discóide	2,14 (0,27-31)	2,89 (0,97-4,9)	0,27
	3. Fotorresistencia	2,68 (0,27-31)	1,89 (0,46-26)	0,08
	4. Úlceras orales	2,2 (0,27-31)	1,79 (0,46-26)	0,75
	5. Artritis	1,97 (0,27-31)	2,9 (0,56-11,2)	0,02
	6. Neumonitis	2,07 (0,27-31)	4,9 (1,51-7,3)	0,03
	7. Rinitis	1,62 (0,27-31)	2,9 (0,56-11,2)	0,02
	8. Hematúrias	2,38 (0,46-11,2)	1,77 (0,37-11,2)	0,55
	9. Hematurias	1,96 (0,46-11,2)	1,13 (0,27-11,2)	0,24
	10. Leucopenia	2,1 (0,46-11,2)	1,86 (0,27-11,2)	0,79
Criterios SLICC	Antena hematológica	2,10 (0,27-31)	1,39 (0,46-4,8)	0,10
	Plaquetopenia	2,36 (0,27-31)	1,39 (0,46-4,8)	0,05
	Leucopenia-Linfopenia	2,17 (0,46-11,2)	1,57 (0,27-11,2)	0,02
	Anti-DNA	1,87 (0,46-11,2)	1,86 (0,27-11,2)	0,92
	Hipocomplementemia	1,7 (0,46-11,2)	1,38 (0,27-11,2)	0,03
	Anti-úlcera	2,83 (0,46-11,2)	2,49 (0,27-31)	0,03
	Anti-DNA	2,11 (0,27-11,2)	1,36 (0,46-11,2)	0,12
	Anti-úlcera	2,83 (0,46-11,2)	1,33 (0,46-11,2)	0,04
	Anti-dsDNA	1,81 (0,27-11,2)	1,47 (0,31-11,2)	0,24
	Anti-úlcera	1,81 (0,46-11,2)	1,31 (0,27-11,2)	0,24

obtuvo NLR basal y en la última visita al centro. Se midió la actividad con SLEDAI 2K y daño con el score de SLICC-SDI basal y en el último seguimiento. Se obtuvieron datos de criterios de LES acumulados, medicaciones utilizadas y laboratorio en la visita basal y final. Se definió como NLR elevado aquellos mayores a 4. Se definió como outcome desfavorable muerte y daño mayor por SLICC-SDI >= 1. **Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes, con edad media de 39.5 años (DS 13.7), 85% mujeres, 85% blancas. La edad media al diagnóstico de LES fue 33 (DS 14.9) y al momento de la recolección de datos tenían mediana de 6.5 (1-24) años desde el diagnóstico. La media de criterios ACR acumulados fue 5 (DS 1.4). Durante su evolución el 95% recibió HCQ y el 80% recibió al menos un inmunosupresor y 18% recibieron tratamiento biológico, 59% recibieron dosis de esteroides mayores a 20 mg de prednisona durante su evolución. El NLR basal fue mediana 2 (RIC 1.37-3.9), siendo elevado en 26.7% de los pacientes. El NLR final fue mediana 2.3 (RIC 1.26-3.14) y fue elevado en 12.7% de los pacientes. Durante el seguimiento se murieron 3 pacientes. El daño acumulado en la última visita fue mediana 0 (rango 1-2). En la tabla se muestran los valores de NLR en relación a criterios ACR/SLICC y anticuerpos acumulados. Cuando se evaluó el NLR basal como predictor de desenlace al final del seguimiento SLICC-SDI final, muerte, no observamos diferencias significativas en el valor del NLR basal relacionada con desenlace final muerte y daño acumulado debido a pocos eventos de muerte en la muestra y a que el daño acumulado en nuestra población fue bajo. Se observó una tendencia a presentar mayor NLR basal en aquellos que usaron durante su evolución >= 2 inmunosupresores (IS) comparados con aquellos que no usaron IS 3.18 (0.46-20.1) vs 1.73 (0.8-3.7) p 0.07. Los pacientes con SLEDAI >= 6 presentaron una tendencia a tener NLR basal más elevado vs SLEDAI < 6: 2.21 (0.46-31.6) vs 1.17 (0.27-2.9) p 0.07. El NLR basal tuvo una correlación moderada con el SLEDAI basal r 0.41. El NLR final tuvo correlación r 0.29 con SLEDAI final. **Conclusiones:** El NLR basal tuvo correlación moderada con SLEDAI basal. Se encontró asociación del NLR elevado con serositis, presencia de anti DNA, hipocomplementemia y anti La. No se encontró asociación entre NLR elevado y desenlace desfavorables  
**Palabras Claves:** NLR, LES

217

**0217 - TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
 Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR  
 Unidad Temática 2: OTROS  
 BEJARANO, Vanesa Marisel I LLOVES SCHENONE, Nicolas I SECCO, Anastasia I TAMBORRENA, M. Natalia I ROMANINI, Félix I MAMANI, Marta  
**HOSPITAL RIVADAVIA**

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de eventos traumáticos previos al diagnóstico de AR. Determinar la frecuencia de TEPT en pacientes con eventos traumáticos previos al diagnóstico de AR. Comparar características demográficas, clínicas, serológicas, existencia de depresión y ansiedad, según presencia o ausencia de TEPT. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según los Criterios ACR (1987) y ACR EULAR (2010) atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, reclutados entre octubre de 2016 y agosto de 2018. Todos los pacientes con otra enfermedad reumática o crónica autoinmune fueron excluidos. Para determinar la presencia de TEPT se utilizó el Cuestionario de Experiencias Traumáticas en su versión validada al español. Para evaluar la severidad del TEPT, se utilizó la Escala de Trauma de Davidson en su versión en español validada para Argentina. La presencia de depresión se evaluó a través del cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ9), la presencia de ansiedad se evaluó a través del cuestionario Generalized Anxiety Disorder 7-Item Questionnaire (GAD7), ambos en su versión en español validada para Argentina. La actividad de la enfermedad se evaluó por DAS 28. La capacidad funcional se evaluó a través del HAQ. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó, para las variables continuas test de Student o Mann Whitney, según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se realizó un modelo de regresión logística tomando al TEPT como variable dependiente; se evaluó la linealidad de las variables continuas incluidas en el modelo final. **Resultados:** Se incluyeron 128 pacientes, el 86,72% eran de sexo femenino, con una media de edad de 52,23 años (± 12,39). La media de tiempo de evolución de la AR fue de 12,96 años (± 9,66). En cuanto a las características de la AR, era seropositiva en el 94,49% de los pacientes, mientras que en el 82,81% la enfermedad era erosiva. El 55,47% de los pacientes referían haber experimentado al menos 1 evento traumático previo al diagnóstico de AR. El promedio de eventos traumáticos experimentados por paciente fue de 1,59 (±0,82). La media de tiempo transcurrido desde el evento traumático hasta el inicio de la enfermedad fue de 7,66 años (±8, 85). Los eventos traumáticos más frecuentemente reportados fueron: muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo (39, 50%), agresión (9,24%), accidente de coche o avión (7,56%). El 32,39% de los pacientes que habían experimentado un evento traumático presentó TEPT. El 43,48% de los pacientes con TEPT, experimentó un trastorno severo. El 63,49% de los pacientes evaluados presentaba algún grado de depresión y el 55,56% de ansiedad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentaban TEPT vs aquellos sin TEPT en: sexo femenino (100% vs 83,81%, p=<0,04), ansiedad (mediana 12, RIC:4-18 vs 6, RIC:0-11, p<0,01) depresión (mediana 14, RIC:6-19 vs 6, RIC:0-12, p<0,01). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con TEPT vs pacientes sin TEPT, en las siguientes variables: seropositividad, enfermedad erosiva, actividad de la enfermedad medida por DAS 28, HAQ, tratamiento con DMARD convencionales, tratamiento con DMARD biológicos, uso de AINES y uso de corticoides. La principal variable que mostró asociación de forma independiente con TEPT fue depresión (OR:1,13, IC95%: 1,05-1,20; p<0,01). **Conclusiones:** Observamos que más de la mitad de los pacientes había experimentado al menos 1 evento traumático previo al diagnóstico de AR y el 32,39% de este subgrupo presentó TEPT. El TEPT se encontró asociado al sexo femenino, a la presencia de ansiedad y, en forma independiente, a depresión. Sin embargo, no hallamos asociación con la actividad, ni la severidad de la enfermedad. Posiblemente las características de la enfermedad sean producto de la influencia de diversos factores, siendo el estrés un determinante más, dentro de muchos existentes. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, trastorno de estrés posttraumático, eventos traumáticos

218

**0218 - MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA**  
 Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS  
 GERMAN, Noelia I LONGO, Analía Veronica I SANCHEZ ANDIA, Carolina I RETAMAL, Enrique I ALVAREZ, Analía  
**HOSPITAL PENNA**

**Objetivos:** La Mastitis Granulomatosa Idiopática (MGI) es una enfermedad benigna, poco frecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico, con formación de abscesos y granulomas. El diagnóstico se basa en el patrón histológico y la exclusión de otras entidades granulomatosas. No existe consenso para su tratamiento. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de 19 pacientes registrados con diagnóstico de MGI en la base de datos de la sección de Reumatología del Hospital J.M. Penna en el periodo 2008-2018. Se estudiaron las características demográficas, clínicas, diagnósticas, evolución y tratamiento de las mismas volcados en las historias clínicas. **Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes cuya Anatomía patológica se correspondía a MGI. • Edad Media de la serie fue de 36 años (23-48 años). • 13/19 pacientes (68,42%) mestizas. • De las 14 pacientes interrogadas sobre tabaquismo, ninguna fue fumadora. • Historia GinecoObstetrica Paridad (N=19) Nulipara 2 (10,6%). Multipara 17 (89,4%). Lactancia (N=14) Amamantarón 12 (85,71%). Antecedentes familiares Ca de mama Ninguna. • Estudios complementarios: PPD (N=12) <5 mm 5 pacientes (41,66%). >5 mm 7pacientes (58,34%). FAN Hep 2 (N=19) >1/80 13 (68,4%). ANCA (N=9) Todas Negativo. Rx de Torax (N=12) Ninguna presentó lesiones compatibles. Ecografía mamaria (N=14) Nódulo bordes netos 4 (29,57%), Nódulo bordes irregulares 8 (57,15). Quite 2 (14,28%). Mamografía (N=9) BIRADS 0, 4 pacientes (44,44%). BIRADS 2, 3 pacientes (33,33%). BIRADS 4, 2 pacientes (22,22%). • Presentación Clínica (N = 19) Nódulo Todas presentaron nódulos. Dolor 13 (68,4%). Úlcera 5 (26,25%). Eritema 3 (15,78%). Alteración del Pezón 3 (15,78%). Compromiso Unilateral 16 (84,21%). Compromiso Bilateral 3 (15,78%). • AP 100% compatible con granulomas necrotizantes no caseificantes. • Tratamiento N = 19 Antibiótico 14 (73,68%). Glucocorticoides 7 (36,84%). Drenaje quirúrgico 6 (31,57%). Nodullectomía 5 (26,31%). Mastectomía 1(5,26%). **Conclusiones:** Este trabajo describe las características clínico histológicas de nuestras pacientes con diagnóstico de MGI, al no tener etiología definida ni manifestación clínica específica, debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial de carcinoma mamario. Su diagnóstico se basa en la histopatología y en la exclusión de otras enfermedades granulomatosas. **Palabras Claves:** Mastitis granulomatosa

219

**0219 - INCIDENCIA DE UVEÍTIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: EL IMPACTO DEL USO DE BIOLÓGICOS ESTUDIO MULTICÉNTRICO. DATOS DEL ESTUDIO INTERNACIONAL ASAS-COMSPA**  
 Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS  
 MALDONADO FICCO, Hernán(1) I PEREZ ALAMINO, Rodolfo(2) I WAIMANN, Christian(3) I MALDONADO COCCO, Jose Antonio(4) I MOLTÓ, Anna(5) I DOUGADOS, Maxime(6) I LANDEWE, Robert(7) I VAN DER HEIJDE, Désirée(8) I VAN DEN BOSCH, Filip(9)  
**HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÚ CUARTO (1); HOSPITAL NICOLÁS AVELLANEDA (2); HOSPITAL MUNICIPAL DR. HECTOR CURA (3); FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (4); HOSPITAL COCHIN (5); HOSPITAL COCHIN (6); AMSTERDAM RHEUMATOLOGY & CLINICAL IMMUNOLOGY (7); LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (8); GHENT UNIVERSITY HOSPITAL (9)**

Tabla 1. Logistic multivariate analysis using uveitis as dependent variable.

Exposición	OR (IC95%)	p-value
Desenlace	1,06 (0,52 - 1,97)	>0,20
Exposición de la enfermedad (año)	1,03 (1,02 - 1,05)	<0,01
HLA-B27 (+)	3,26 (2,41 - 4,38)	<0,01
Medicación Fiebre de uveitis	4,33 (3,07 - 6,12)	<0,01
<b>Medicaciones Clínicas</b>		
Asia (referencia)	1,00 (0,80 - 1,24)	>0,30
Europa	1,27 (1,03 - 1,57)	0,03
América Latina	1,08 (0,78 - 1,48)	>0,30
Centroamérica	0,83 (0,40 - 1,40)	>0,30
África	0,88 (0,40 - 0,93)	0,02
Asia	0,20 (0,11 - 0,37)	<0,01
<b>Continente (África)</b>		
Asia	0,85 (0,51 - 1,40)	>0,30
Europa	0,78 (0,46 - 1,34)	>0,30
América Latina	0,83 (0,47 - 1,47)	>0,30
América del Norte	1,13 (0,67 - 2,27)	>0,30
ASAS (Referencia)	1,00 (0,82 - 1,21)	>0,30
América del Sur	0,79 (0,58 - 1,08)	0,14

**Objetivos:** El propósito de este estudio es analizar la incidencia de uveítis en pacientes con EspA en las últimas décadas, buscando diferencias entre las poblaciones y la asociación con fenotipos clínicos y el desarrollo de terapias biológicas. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, utilizando datos del estudio ASAS-COMOSPA. Este estudio incluyó pacientes de 22 países que cumplieron con los criterios ASAS. Calculamos la incidencia acumulada general de uveítis y evaluamos la diferencia entre continentes y fenotipos clínicos. Los pacientes fueron estratificados según la fecha de inicio de la enfermedad (antes del año 2000 y después del año 2000 [Era de los Biológicos]). Se realizaron modelos univariados y logísticos multivariados en busca de factores de riesgo asociados con la uveítis. Un valor de p de 0,05 se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron 3984 pacientes. 65% de sexo masculino con una duración media de la enfermedad de 15 ± 12 años y una edad media al inicio de la enfermedad de 28 ± 13 años. HLA-B27 fue positivo en 72% de los pacientes. Un total de 805 pacientes desarrollaron uveítis, con una incidencia acumulada de 0,20 en 32137 pacientes-año desde la aparición de la enfermedad. La mediana de tiempo para desarrollar uveítis fue de 9 (p25-p75 = 2 - 16) años. Esta complicación actuó presente al inicio de la enfermedad en el 5% de los pacientes. Entre los fenotipos clínicos, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) mostró la mayor frecuencia de uveítis (33%), seguida por entesitis periférica (24%), afectación axial (22%), enfermedad articular periférica (20%), dacriitis (19%) y psoriasis (13%). El 94% de los pacientes con EII y el 89% de los pacientes con entesitis también presentaron afectación axial. El 88% de los pacientes con uveítis eran HLA-B27 positivos y el 17% tenían parientes de primer o segundo grado con uveítis. Aquellos pacientes que cumplen con los criterios de clasificación ASAS para EspA periférica mostraron menor frecuencia de uveítis que aquellos que cumplen con los criterios ASAS axiales (11% frente a 23%, p<0,01). Al comparar los centros de reumatología de diferentes continentes, Europa muestra una incidencia acumulativa significativamente más alta de uveítis (0,23) que Asia (0,20), América Latina (0,17), América del Norte 0,15 y África 0,18. Al comparar el tiempo del paciente con el inicio de la enfermedad antes y después de 2000, los pacientes con diagnóstico de enfermedad después de 2000 mostraron una menor incidencia acumulada de uveítis que aquellos con diagnóstico de enfermedad antes del año 2000 (14% frente a 27%, p<0,01). Al buscar los factores de riesgo asociados con la uveítis, aquellos pacientes con HLA-B27 positivo, antecedentes familiares de uveítis, entesopatia y / o EII se asociaron con un mayor riesgo de uveítis. Los pacientes con psoriasis mostraron un menor riesgo de uveítis (tabla 1). **Conclusiones:** en nuestro estudio, una quinta parte de los pacientes con EspA desarrollaron uveítis. Tener HLA-B27 positivo y antecedentes familiares de uveítis se asociaron con un mayor riesgo de uveítis. Los pacientes de los centros europeos mostraron la frecuencia más alta. Los pacientes con enfermedad en el momento del desarrollo de drogas biológicas mostraron una menor incidencia acumulada de uveítis, pero después del ajuste por múltiples factores de confusión, no alcanzó significación estadística. **Palabras Claves:** Espandiloartritis

## 221

**0221 - EVALUACIÓN DE LA REACTIVACIÓN DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN-***Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS*

PEON, Claudia | MESSINA, Osvaldo Daniel | RIOPEDE, Augusto M. | DE LA VEGA, María Celina | MATA, Darío Oscar | FERNANDEZ, Lorena Soledad | BENAVIDEZ LUJAN, Federico | BLANCO, Eliana Soledad | RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo | VIOLA, Malena

**HOSPITAL ARGERICH**

**Objetivos:** Evaluar la reactivación en pacientes en transición durante el primer año de seguimiento en consultorios de adultos. Evaluar la continuidad en el seguimiento y su correlación con la reactivación. **Materiales y Métodos:** Diseño: Estudio de cohorte prospectiva observacional. Ámbito: Consultorios Hospitalarios de Reumatología de Htal. Cosme Argerich de la ciudad de Bs. As. Población: Pacientes adolescentes (13 a 19 años) que iniciaron el proceso de transición, derivados desde un hospital pediátrico. En remisión al momento de su primer consulta con el reumatólogo de adultos. Se incluyeron pacientes en forma consecutiva, y se evaluaron al inicio (día 0), a los 6 y 12 meses. Se analizó la actividad de la enfermedad mediante DAS 28, BASDAI, SLEDAI, CHAQ, EVA m, EVA p, concurrencia a servicios de guardia, adherencia al esquema terapéutico mediante CQR y adherencia al seguimiento según porcentaje de asistencia a citas programadas (valor de corte 80%). Se analizaron también variables Demográficas, Nivel Socioeconómico (GRAFFAR), Nivel Educativo, VAS de satisfacción con la atención recibida, Nivel de participación del adulto responsable. **Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes. Los diagnósticos fueron: Artritis idiopática juvenil (n: 8), LES (n: 5), Espondilitis Anquilosante de inicio juvenil (n: 2), EMTC (n:1). La edad media de los pacientes fue de 16,5 años (15-19), y la edad media al diagnóstico fue de 12,12 años (3-17). En nuestra cohorte solamente un paciente presentó reactivación de su enfermedad durante el año de seguimiento (6,25%). Se constató una pérdida de seguimiento, correspondiendo a una paciente en que se hallaba en remisión la última visita a la que concurrió. El nivel de adherencia fue alto, con valores de CQR mayores a 80, y con más del 80% de la asistencia a las citas programadas. Todos los pacientes tenían secundario completo y dos de ellos accedieron a nivel universitario. Todos los pacientes se encontraban en tto con DMARDs y dos con DMARDb (tocilizumab).

**Conclusiones:** En nuestra población no se constataron reactivaciones en más del 90% de los pacientes, a diferencia de lo reportado en otras series. El nivel de cumplimiento con las visitas y con el tratamiento fue asimismo muy bueno, con niveles altos de compliance y adherencia. **Palabras Claves:** transición adherencia reactivación

## 223

**0223 - FACTORES ASOCIADOS A MÍNIMA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (MDA) EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS***Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS*

FORNARO, Marina(1) | CERDA, Osvaldo Luis(1) | DAL PRA, Fernando(1) | SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) | CORREA, María de Los Angeles(1) | GARCIA SALINAS, Rodrigo(2) | MAGRI, Sebastian(2) | SUELDO, Héctor Raúl(3) | SANTA CRUZ, María Julia(4) | BÚSCHIAZZO, Emilio(5) | CÍTERA, Gustavo(1) | INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (2); HOSPITAL A.C. PADILLA (3); HOSPITAL TORNÚ (4); HOSPITAL SR DEL MILAGRO (5)

**Objetivos:** El objetivo primario del tratamiento de la Artritis Psoriásica (APs) es alcanzar la remisión y/o la mínima actividad de la enfermedad (MDA). Las Drogas Modificadoras de la Enfermedad- biológicas (DME-b) han mejorado sustancialmente el pronóstico de los pacientes con APs. Por lo tanto, el objetivo del estudio es evaluar predictores para lograr MDA en pacientes con APs dentro de los primeros 6 meses de tratamiento con el 1° DME-b. **Materiales y Métodos:** Se utilizó la cohorte del estudio multicéntrico PATTERNS-APs, constituida por pacientes > o igual a 18 años de edad, con diagnóstico de APs según criterios CASPAR en tratamiento con DME-b. Se consignaron las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, cobertura social) y clínicas (tiempo de evolución, forma clínica de la APs, índice de masa corporal -IMC-, comorbilidades, tratamientos previos y 1° DME-b utilizados -fechas de inicio y suspensión-). Se determinaron las frecuencias de MDA y se calculó el índice DAPSA-ERS basalmente y como parámetros de respuesta terapéutica a los 6 meses del inicio del 1° DME-b. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2 y exacto de Fisher. Test T de Student y Mann Whitney. Regresión logística múltiple. **Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes, 39 (54.2%) de sexo masculino. La edad mediana fue de 54.5 años (RIC 45-61) y el tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 11 años (RIC 6-15). 68.1% de los pacientes (n=49) presentaron comorbilidades, 22 (30.6%) eran tabaquistas y 29 (40.3%) tenían un IMC > o igual a 30. El 77.8% contaban con cobertura social, de ellos 49 con obra social y 7 pacientes con prepaga. El 1° DME-b recibido, en orden decreciente de frecuencia fue: Adalimumab (45.8%), Etanercept (36.1%), Certolizumab (5.6%), Infliximab (4.2%), Ustekinumab (4.2%), Abatacept (2.7%) y Golimumab (1.4%). 15 pacientes (25.4%) recibieron DME-b en monoterapia. La mediana de DAPSA-ERS al basal fue de 27.8 (RIC 19.1-33.8), correspondiendo a actividad moderada. A los 6 meses de tratamiento, el 26.4% (n=19) de los pacientes alcanzó MDA. En el análisis univariado, los pacientes con cobertura social tuvieron mayor frecuencia de alcanzar MDA vs aquellos sin cobertura (32.1% vs 6.3%, p=0.05) y esta diferencia fue mayor cuando comparamos a los pacientes con prepaga vs los que no la tenían (85.7% vs 20%, p=0.001). En el análisis multivariado, ajustando por edad, tiempo de evolución y DAPSA basal, sólo la presencia de cobertura social se mantuvo significativamente asociada a lograr MDA (OR: 19, IC 95% 2.1-172), y esto fue claramente influenciado por tener prepaga, ya que en un segundo modelo de regresión, incluyendo la tenencia de prepaga como variable independiente, la asociación fue aún mayor (OR: 35.2, IC 95% 2.3-542.4, p= 0.01). Cuando se incluye en el análisis multivariado, el tiempo del tratamiento con el 1° DME-b como variable independiente, el menor tiempo de evolución de la enfermedad también se asoció significativamente con mayor posibilidad de alcanzar MDA a los 6 meses (OR: 0.87, IC 95% 0.8-0.9, p= 0.03).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con APs, los predictores de alcanzar MDA a los 6 meses de tratamiento con la 1° DME-b fueron poseer cobertura social, especialmente prepaga, y menor tiempo de evolución de la enfermedad. **Palabras Claves:** APs, MDA

## 229

**0229 - ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA RECEPTOR NMDA***Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS*

MORA, Gabriela Fernanda(1) | TORRE, María Gabriela(1) | BALBI, Andrea(2) | BARROS, Claudia(3) | DEGREGORIO, Leandro(2) | LOPEZ, Juan Manuel(4) | ALVAREZ, Dario(5) | MATTIAZZI, Marcelo(4)

S. INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); U.T.I. - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (2); S. MEDICINA INTERNA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (3); S. NEUROLOGÍA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (4); S. LABORATORIO - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (5)

**Objetivos:** La encefalitis por anticuerpos anti-receptor de N-Metil diasparrato (NMDAR) se asocia con anticuerpos IgG contra la subunidad GluN1 del receptor NMDA1. Afecta a mujeres jóvenes, con instalación subaguda de comportamiento anormal (psicosis, delirios, alucinaciones, agitación, agresión o catatonía), irritabilidad e insomnio, seguido de disfunción del habla, discinesias, déficit de memoria, disautonomía y deterioro del sensorio. Las convulsiones pueden ocurrir en el curso de la enfermedad. Se presentan dos casos clínicos. **Resultados:** Caso 1. Paciente femenina de 25 años de edad que ingresa por síndrome confusional agudo asociado a cefalea holocraneana y fotofobia de 15 días de evolución. Ausencia de signos meníngeos, líquido cefalorraquídeo (LCR) y TC de cerebro normales. Inicia tratamiento empírico para meningitis viral. Evolucionó a las 48 horas con cuadro de esquizofrenia. En la semana desarrolló rigidez muscular, mioclonías, fiebre, elevación de CPK y síndrome catatónico con deterioro progresivo del sensorio. Es internada en UTI con disautonomía e hipoventilación, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se descartaron causas virales y bacterianas de compromiso SNC. EEG con entelencimiento difuso y patrón en delta-brush. Los autoanticuerpos ANA, DNA, ENA, LAC, ACL, ANCA fueron negativos. Se realiza nueva PL y serología para descartar encefalitis autoinmune. Se inicia tratamiento con gammaglobulina EV 400mg/kg/p por 5 días y pulsos de metilprednisolona, luego dexametasona EV. Al cabo del 5° día de tratamiento se realiza diagnóstico de certeza al recibir resultados de anticuerpos anti NMDAR en suero y LCR con títulos > 1/1000. La paciente se encuentra actualmente en UTI, desvinculada de ARM, con fonación, movimientos voluntarios coordinados, bipedestación asistida, y mejoría progresiva. Caso 2. Paciente femenina de 38 años internada por el Servicio de Neurología por síndrome convulsivo y brote esquizofrénico, precedidos por un cuadro de deterioro cognitivo de 15 días de evolución. Durante la internación la paciente comienza a manifestar mioclonías, trastornos del habla y rigidez muscular. Se realiza PL cuyo resultado mostró un LCR de características normales. Inicia tratamiento empírico para encefalitis viral. Los estudios por imágenes fueron normales. Antecedentes de dos internaciones previas en 2008 y 2014 por cuadros similares, con presunción diagnóstica de encefalitis viral. Los autoanticuerpos ANA, DNA, ENA, LAC, ACL, ANCA fueron negativos. Los anticuerpos anti NMDAR en LCR y suero arrojaron títulos de 1/100, por lo que se decide realizar pulsos de glucocorticoides, con mejoría motora y psiquiátrica en el lapso de dos semanas. **Conclusiones:** 1. La encefalitis autoinmune por NMDAR es una entidad descripta hace una década, y su reconocimiento en pacientes adultos es creciente. 2. El diagnóstico diferencial debe realizarse con evaluación neurológica, neuroimágenes, EEG y laboratorio en pacientes con deterioro subagudo de las esferas cognitiva, motora y neuropsiquiátrica. 3. Su reconocimiento permite un abordaje temprano del tratamiento, mejorando el pronóstico de éstos pacientes. **Palabras Claves:** Encefalitis autoinmune, Anticuerpos anti NMDAR

## 230

**0230 - SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN EN UN PACIENTE CON GLOMERULONEFRITIS FOCAL Y SEGMENTARIA Y DOS VARIANTES HETEROCIGOTAS DEL GEN-COL4A3***Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR*

LOTERSZTEIN, Vanessa(1) | MORA, Gabriela Fernanda(2) | TORRE, María Gabriela(2) | BALBI, Andrea(3) | GONZALEZ PAGANTI, Luciana(4) | VALDEZ, Rita(1)

S. GENÉTICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); S. INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (2); U.T.I. - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (3); S. NEFROLOGÍA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL (4)

**Objetivos:** Los síndromes pulmón-riñón son complicaciones raras pero graves de las vasculitis sistémicas, fundamentalmente las relacionadas con ANCA. Suelen presentarse con hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis rápidamente evolutiva. Los diagnósticos diferenciales deben realizarse teniendo en cuenta la fisiopatología de las lesiones reno-pulmonares graves, entre ellas las sépticas, autoinmunes, tóxicas, hemodinámicas y genéticas. **Resultados:** Se presenta el caso de un paciente de 16 años de edad oriundo de la provincia de Santa Cruz, con antecedentes de glomerulonefritis a cambios mínimos con incremento mesangial diagnosticada en 2007, a los 6 años de edad. Fue tratado en esa oportunidad con glucocorticoides, enalapril y losartan. Entre sus antecedentes familiares, un hermano mayor presentaba una proteinuria mínima en seguimiento y sordera neurosensorial. El paciente presenta rápido deterioro de la función renal, por lo que es rebiopsiado en 2016, evidenciándose una glomerulonefritis focal y segmentaria. En 2017 es derivado al Hospital Militar Central, ingresando a UTI por insuficiencia respiratoria, edema agudo de pulmón y hemorragia alveolar. Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 48h. Presenta nuevo episodio de hemoptisis a los 8 días, edema agudo de pulmón hipertensivo, sepsis a foco respiratorio. En el laboratorio, los autoanticuerpos ANCA, ANA, ENA, MBG, búsqueda de trombofilias adquiridas fueron negativos; se observaron leve consumo de C3 e hipogammaglobulinemia. Inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas 1 gramo/kg por 5 días y ciclofosfamida EV 500 mg. Ante la mala respuesta al tratamiento instalado se realiza angiografía renal bilateral, observándose imagen en pila de monedas en ramas polares de arterias renales, sugestivas de angiodisplasia. Se realiza la interconsulta con el Servicio de Genética, resultando la presencia de dos mutaciones heterocigotas del gen COL4A3 (cromosoma 2): las variantes c.345del p.(Pro116Leufs\*37) y c.305del p.(Ser102Leufs\*51), concluyendo con el diagnóstico de Enfermedad de Alport autosómica recesiva. Cada progenitor era portador de una variante, y su hermano presentaba una forma más leve de la enfermedad. El paciente fue sometido a tratamiento endovascular de su angiodisplasia renal y actualmente se encuentra realizando diálisis semanal, en seguimiento por el servicio de nefrología. La enfermedad de Alport fue descripta por Cecil Alport en 1927 como "nefritis hereditaria": tiene una incidencia de 1/50.000 nacidos vivos, y su herencia más frecuente es ligada al cromosoma X, COL4A5, en el 85% de los casos. Es causada por mutaciones de los genes alfa 3, 4 ó 5 del colágeno tipo IV, constitutivo de las membranas basales glomerular, alveolar, ocular y de oído interno. Las mutaciones halladas en este paciente constituyen una variedad poco frecuente y recientemente descripta de Enfermedad de Alport. **Conclusiones:** Las causas genéticas de síndrome pulmón-riñón, aunque son poco frecuentes, deben ser tenidas en cuenta, en particular en pacientes jóvenes, con nefritis de difícil manejo y manifestaciones auditivas u oftalmológicas.

231

**0231 - ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS

CORONEL ALE, Andrea Lujan I ISNARDI, Carolina I SCHNEEBERGER, Emilce I LUNA, Gisele I BARRICH, Tatiana I FORNARO, Marina I CERDA, Osvaldo I CITERA, Gustavo

**INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA**

**Objetivos:** La práctica de ejercicio físico en forma regular es recomendada a los pacientes con Artritis Psoriásica (APs), sin embargo el compromiso articular, la psoriasis cutánea (Ps), la fatiga, la depresión y otras comorbilidades podrían limitar la misma. **Objetivos:** Determinar la actitud de los pacientes con APs frente a la práctica de ejercicio físico regular e identificar posibles factores asociados a la misma. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes > 0 = a 18 años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, tratamiento actual y práctica de actividad física (tipo y tiempo semanal de entrenamiento), se evaluó peso, talla, clase funcional (CF), dolor, actividad global de la enfermedad por el paciente y el médico y evaluación de Ps por el paciente mediante Escala Visual Numérica (EVN), recuento articular (66/68), presencia de daquilitis, entesitis (MASES) y Ps (BSA). Se consignaron reactivantes de fase aguda (RFA): ERS (mm/h) y PCR (mg/dl) correspondientes al día de la visita. Se calcularon índices compuestos: DAPSA-PCR y DAPSA-ERS y BML. Se registró la presencia de MDA. Se evaluó calidad de vida (PsAQoL), capacidad funcional (HAQ-A) y Exercise Attitude Questionnaire-18 (EAQ-18). Este último consta de 18 ítems (escala de Likert 0-4) y su resultado es de 0-100, mayor valor refleja mejor actitud al ejercicio. 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 y logística múltiple. Una p<0.05 se consideró significativa. **Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes, con una edad mediana (m) de 57 años (RIC: 46-66), 35 mujeres (50,7%) y un tiempo de evolución m 10,5 años (RIC: 6,4-18,2). El 80% presentó compromiso articular periférico y el 20% mixto, el 62% padecía comorbilidades. 59 (85,5%) pacientes presentaron compromiso ungueal y el BSA fue m 1 (RIC: 0-4). CF I: 13 pacientes (18,8%), II: 52 pacientes (75,4%), y III: 4 (5,8%). Se categorizó a los pacientes según IMC en: peso normal 11 (15,9%), sobrepeso 27 (39,1%) y obeso 31 (44,9%). 31 pacientes realizaban actividad física (44,9%), 26 pacientes practicaban ejercicio aeróbico, 4 natación y 1 gimnasia localizada. El tiempo de práctica de actividad física fue m 2 horas/semana (RIC: 2-4). 30 (43,5%) pacientes cumplieron criterios para MDA y el DAPSA fue m (RIC: 4,1-14,1), 24,6% de los pacientes estaban en remisión por DAPSA. HAQ-A m 0,625 (IC: 0,19-1,12), PsAQoL m 6 (RIC: 0-10,5). El resultado del EAQ-18 fue m 70,37% (RIC: 57,4-79,6), 47 pacientes (68,1%) tuvieron EAQ-18 > 60. EAQ-18 correlación inversamente con evaluación de Ps por el paciente (Rho: -0,510) y regular e inverso con dolor, actividad global de la enfermedad por el paciente y el médico, HAQ-A, DAPSA-PCR y PsAQoL. Los pacientes con EAQ-18 ≥60% presentaron mayor comorbilidades (53,2% vs 46,8%, p=0,02), conformidad con el tratamiento recibido (91,5% vs 8,5%, p=0,004), remisión por DAPSA-PCR (31,9% vs 9,1%, p=0,04) y MDA (55,3% vs 18,2, p=0,004), y menor dolor (X 35,7 ±29 vs X 54,5 ±34,2, p=0,02), evaluación global de la actividad de la enfermedad por el paciente (X 31,3 ±28,3 vs X 48,9 ±30,6, p=0,02) y por el médico (X 15,7 ±18,4 vs X 28,7 ±22,9, p=0,01), evaluación de Ps (X 19,2 ±23,1 vs X 49,5 ±34,1, p=0,000), BSA (X 1,9 ±2,4 vs X 6,7 ±12,7, p=0,01), HAQ-A (X 0,66 ±0,7 vs X 1,1 ±0,8, p=0,02), DAPSA-PCR (X 8,8 ±7,88 vs X 14,3 ±10,9, p=0,02), DAPSA-ERS (X 10,2 ±8,5 vs X 16 ±11,3, p=0,02) y menor necesidad de tratamiento dermatológico (34,8% vs 65,2%, p=0,03). En el análisis multivariado, la buena actitud hacia el ejercicio físico se mantuvo independientemente asociada con una mejor evaluación de la Ps por el paciente (OR: 0,96, p=0,02) y presencia de MDA (OR: 3,9, p=0,05). **Conclusiones:** Casi el 70% de los pacientes con APs tiene buena actitud frente a la práctica de ejercicio físico, a pesar de un BMI elevado, la presencia de comorbilidades y de presentar discapacidad funcional. Las variables asociadas a una mejor actitud al ejercicio fueron la presencia de MDA y la mejor autoevaluación de Ps.

**Palabras Claves:** Artritis Psoriásica, EAQ-18, Actitud, Ejercicio Físico

232

**0232 - PREVALENCIA DE ANTICUERPOS RELACIONADOS CON SENSIBILIDAD AL GLUTEN EN PACIENTES CON MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS TEMPRANAS**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC

VIOLA, Malena(1) I PEON, Claudia(1) I BLANCO, Eliana Soledad(1) I BENAVIDEZ, Federico(1) I RODRIGUEZ, Gonzalo(1) I MACIAS OVIEDO, Leonela Lysseth(2) I BENITEZ, Cristian Alejandro(1) I REDONDO, Griselda(1) I FERNANDEZ, Lorena Soledad(1) I DE LA VEGA, María Celina(1) I MATA, Dario Oscar(1) I RIOPEDE, Augusto M.(1) I MESSINA, Daniel Osvaldo(1)

**HOSPITAL ARGERICH (1); IREP (2)**

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de anticuerpos específicos de enfermedad celíaca en una población de pacientes con manifestaciones reumatológicas tempranas. **Materiales y Métodos:** Diseño: Estudio de corte trasversal realizado en consultorios de Reumatología en pacientes adultos que concurren en forma consecutiva con manifestaciones reumatológicas tempranas de menos de un año de duración. Se consideraron al menos algunas de las siguientes manifestaciones reumatológicas: artritis, artralgias, rigidez matinal (>1 hora), raynaud, xeroftalmia, xerostomía, úlceras orales, alopecia, migrañas y fotosensibilidad. Se realizó examen físico completo y laboratorio incluyendo Hemograma, hepatograma, factor reumatoideo, Ac anti CCP, FAN, TSH, vitamina D, ESD y PCR. Se realizó dosaje de anticuerpos anti-transglutaminasa (IgA) e IgA total (S90-95%, E: 95/97%) según guías de screening para enfermedad celíaca del Ministerio de Salud de la Nación. **Resultados:** Se incluyeron un total de 82 pacientes, 90,24% de sexo femenino, con edad media de 47 años (DS 12,9). La mediana del tiempo de evolución de los síntomas fue 6 meses (IIC 2-12). Presentaron anticuerpos antitransglutaminasa positivos 2 pacientes (2,43%). Ambas pacientes eran de sexo femenino con un tiempo de evolución de los síntomas de 4 y 6 meses respectivamente. La edad de estas pacientes era de 47 y 77 años al momento de la consulta. Respecto a las manifestaciones clínicas, una de ellas presentaba artralgias, raynaud, xerostomía y xeroftalmia asociado a FAN 1/160 en el control de laboratorio basal (en estudio para diagnóstico definitivo). La otra paciente se presentó con artralgias y artritis y se detectó Factor Reumatoide y Anticuerpos anticitrulinados positivos siendo su diagnóstico final Artritis reumatoidea (AR). La prevalencia de anticuerpos antitransglutaminasa positivos en nuestra población fue mayor a la de la población general según series analizadas (2,43% vs 0,7%). Asimismo, se comparó la prevalencia de anticuerpos positivos de nuestra muestra 2,43% con la prevalencia de anticuerpos específicos de EC en pacientes con LES (3%) y AR (2%). **Conclusiones:** En pacientes con manifestaciones tempranas reumatológicas se encuentra incrementada la prevalencia de ACs antitransglutaminasa respecto a la población general. La frecuencia descripta coincide con datos publicados con anterioridad. **Palabras Claves:** Antitransglutaminasa, Manifestaciones reumatológicas, Prevalencia

233

**0233 - NEFRITIS LÚPICA: ANÁLISIS DE REBIOPSIA Y EVOLUCIÓN**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS

ARGENTO, María Cecilia I MARTINEZ, María Florencia I RUFFINO, Juan Pablo I RINGER, Ariana I CUADRANTI, Nadia I ROLLA, Ignacio I ACHILLI, Carla I VANDALE, Juan Manuel I BALDOMIR, Martín I CORTESE, Noel I PALATNIK, Mariano I MILANESIO, Julieta I ROMBO, Graciela I CAVODURO, Ruben Dario I ABDALA, Marcelo I MONJE, Liliana

**HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO**

**Objetivos:** Describir las características clínicas, anatomopatológicas y terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de nefritis lúpica (NL). Identificar la frecuencia de rebiopsia en estos pacientes, los motivos que conducen a dicha práctica y el hallazgo de cambios histológicos en las mismas. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de NL por biopsia renal obtenidos de la base de datos del Servicio de Reumatología y Nefrología del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, durante un período de 39 años (1978-2017). Se analizaron datos clínicos, histológicos y terapéuticos. Para los hallazgos histológicos de la biopsia renal se utilizó la clasificación de la OMS 1975 modificada 1982/1995 y posteriormente la clasificación ISN/RPS 2003. **Resultados:** Se incluyeron un total de 108 pacientes con NL por biopsia renal, 90% mujeres y 10% hombres. La media de edad al momento del diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) fue de 24,8 ± 10,4 años y al momento de NL de 29 ± 11,6 años. Como forma clínica de presentación: el 60% de los pacientes presentó hipertensión arterial, 45% síndrome nefrótico, 29% nefrítico + nefrótico, 17% alteración urinaria asintomática (AUA); 8% síndrome nefrítico y 2% insuficiencia renal rápidamente progresiva. El 11,1% de los pacientes presentó NL tipo II; el 9,2% tipo III; el 62% tipo IV; el 12% tipo V; 0,9% tipo VI y el 2,7% mixta III+V. El tiempo promedio entre la primera y segunda biopsia fue de 6,4 años (mínimo 1 año y máximo 15 años). Se registró un total de 38 rebiopsias, obtenidas de 34 pacientes. Del total, hubo cambio histológico en el 37% (14 biopsias), de las cuales 4 (10,5%) progresaron de una forma no proliferativa a proliferativa y 7 (18,4%) pasaron de una forma proliferativa a no proliferativa. El cambio más frecuente fue de tipo IV a V. Los motivos de rebiopsia fueron: 30 casos de síndrome nefrótico, 7 de síndrome nefrítico y 1 de AUA. El tratamiento de inducción más utilizado fue Ciclofosfamida (CF) y en menor medida Mofetil Micofenolato (MMF) y plasmáferesis. Y como terapia de mantenimiento: Azatioprina 51%, MMF 32,4% y CF 13,8%. Con respecto a la evolución, se observó que el 41,6% de los pacientes presentó algún tipo de remisión (30,5% remisión completa), el 23% evolucionó a insuficiencia renal crónica, 11% se trasplantó, 3% requirió inicio de hemodiálisis y hubo una mortalidad del 18,5%. Las causas de muerte fueron: 16 casos de origen infeccioso, 3 cardiológicas y 1 hemorragia alveolar difusa. Se perdió el seguimiento de 18 pacientes (16,6%). **Conclusiones:** La NL es una forma común de presentación en el 35-50% de los pacientes con LES y es el predictor más importante de morbimortalidad. De acuerdo a la literatura, la transformación de las lesiones renales de una clase histológica a otra, se produce entre un 10-50% de los casos. A pesar de las nuevas opciones terapéuticas disponibles, la remisión se alcanza en el 50-70% de los pacientes con NL, y el 10-20% de los pacientes progresa a ERCT dentro de los 5 años del diagnóstico. En nuestra serie observamos que el 31,5% de los pacientes con NL requirió rebiopsia renal durante la evolución de la enfermedad, con un porcentaje de cambio histológico en el 37% de las biopsias y un 29% progresó de formas no proliferativas a proliferativas o viceversa. Por lo expresado se considera que la rebiopsia renal constituye una valiosa herramienta para valorar la evolución de las lesiones glomerulares por LES y para definir conducta terapéutica.

**Palabras Claves:** LES, nefritis lúpica, rebiopsia

234

**0234 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO Y LINFADENOPATÍA EN EL CONTEXTO DE LUPUS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS - Unidad Temática 2: CASOS CLINICOS

CORDOBA, Mercedes Cecilia I SIRONI, Jose I TRAKAL, Juan I SALVANO, Luciano I APAZ, María I SANCHEZ FREYTES, Marcelo

**CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA**

**Objetivos:** La linfadenopatía ocurre en aproximadamente el 60% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) durante la evolución de la enfermedad. Estas lesiones de ganglios linfáticos son caracterizadas por hiperplasia folicular, necrosis coagulativa, cuerpos de hematoxilina y deposición de ADN dentro de los vasos. Como consecuencia, se subestima al examen histopatológico de los ganglios linfáticos en LES. Se han notificado casos de linfadenopatía de LES con morfología de enfermedad de Castleman (EC), que se descubre con el fin de excluir el linfoma maligno. La EC es un trastorno de linfoproliferación atípica que puede presentarse con o sin síntomas sistémicos. Histológicamente, la EC se clasifica como variante hialino-vascular, de células plasmáticas o mixtas. La histología hialino-vascular representa la mayoría de casos de EC unicéntrica (ECU) y el tipo de célula plasmática caracteriza más a la EC multicéntrica (ECM). Se ha demostrado que la ECM tiene asociación con varias enfermedades autoinmunes. En este informe, presentamos una paciente con LES y enfermedad de Crohn con fiebre de origen desconocido (FOD) y linfadenopatías con ECM asociado a infección por virus herpes 8 (HHV-8). **Objetivos Destacar a la EC como una causa de FOD y linfadenopatías en LES en tratamiento inmunosupresor. Materiales y Métodos:** Se analizó el caso de una mujer con enfermedad de Crohn y LES en tratamiento inmunosupresor que presentó FOD asociado a linfadenopatías. **Resultados:** Mujer de 37 años con antecedentes de enfermedad de Crohn, LES (anti-DNA 1/40, ANA 1/320 patrón moteado fino, consumo de complemento, alopecia difusa, leucopenia) e hipertiroidismo en tratamiento con adalimumab 40 mg, azatioprina 100 mg día, hidrocortisona 200 mg dos veces día, meprednisona 4 mg día, levotiroxina 100 mcg día. Presentó fiebre de 38 - 39 °C, vespertina, intermitente de 2 registros diarios acompañada de sudoración nocturna, leve pérdida de peso, artroalgias, alopecia difusa. Al examen palidez, temperatura de 38,6 °C, FC 104 lpm, presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, con una saturación de oxígeno en ambiente del 98%, alopecia difusa, reticulado de tipo vasculítico en manos, con adenopatías móviles, renitentes, no dolorosas, de menos de 1 cm, en región posterior y laterocervical, supraclavicular y axilar bilaterales (la de mayor tamaño en vértice axilar izquierdo de 2cm). Resto del examen sin alteraciones. En el laboratorio se constata anemia inflamatoria (Hb 7,7 gr%), leucopenia con neutropenia leve y franca linfopenia, elevación leve de eritrosedimentación 22 mm y proteína C reactiva de 20 mg/l, hipalbuminemia, hipocolesterolemia, ANA 1/5120 patrón moteado fino, anti DNA 1/40. La función renal, hepática y el sedimento urinario fueron normales. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina - sulbactam, suspendiendo adalimumab y azatioprina. Se solicitan hemocultivos, urocultivo, procalcitonina, PPD, serologías para HIV, Hepatitis B y C, VDRL, chlamydia, VEB, influenza A-B que resultaron negativos, sólo destaca citomegalovirus con IgM positiva, pero con antígeno temprano negativo. Tomografía de tórax adenopatías axilares bilaterales; la mayor en axila izquierda de 21 x 12 mm; resto sin alteraciones. TAC de abdomen-pelvis engrosamiento difuso del león terminal, con espesor máximo de 8 mm, reducción de la luz, ganglios mesentéricos y retroperitoneales menores de 10 mm. Basado en el examen físico y pruebas de laboratorio se diagnostica actividad de LES y se decide la extracción quirúrgica de ganglio linfático axilar izquierdo, que mostró hiperplasia folicular en corteza y médula, centros germinales prominentes, en algunos de los folículos vasos con hialinización, en áreas interfoliculares plasmocitos con glóbulos citoplasmáticos eosinófilos. Inmunoistoquímica positiva para HHV-8, lo que indica diagnóstico de ECM asociado a HHV-8. Se inicia terapia con prednisona 40 mg por 10 días con disminución de linfadenopatías. **Conclusiones:** Los hallazgos histopatológicos de la EC en pacientes con LES son raramente reportados. La ECM se presenta como una enfermedad sistémica con adenomegalias diseminadas, síntomas constitucionales, anomalías autoinmunes, infecciones recurrentes y de laboratorio con signos y síntomas superpuestos con enfermedades autoinmunes. En el diagnóstico diferencial, además de las linfadenopatías del LES y las neoplasias malignas hematológicas, se deben tener en cuenta otras enfermedades como tuberculosis, sarcoidosis, metastásis y Kikuchi-Fujimoto. El tratamiento incluye dosis altas de esteroides, radioterapia y quimioterapia sistémica de acuerdo con los diferentes tipos de EC. Desde una perspectiva terapéutica, destacamos en la posibilidad de morfología de EC en pacientes con linfadenopatías por LES.

**Palabras Claves:** LES, linfadenopatía, fiebre de origen desconocido, enfermedad de Castleman





241

**0241 - XANTOGRANULOMA ORBITARIO ASOCIADO A ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

ANTONIO L., Maria Noelia I CAVALIERI, Magdalena I PERANDONES, Carlos E, FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI)

**Objetivos:** El xantogranuloma orbitario del adulto, es un grupo heterogéneo de trastornos que incluye 4 síndromes clínicos: xantogranuloma de inicio en adultos, xantogranuloma necrobiótico, asma de inicio en adultos y xantogranuloma periocular y enfermedad de Erdheim-Chester. El diagnóstico se realiza por biopsia de la lesión, que demuestra la infiltración de histiocitos espumosos, células gigantes de Touton y diversos grados de fibrosis. La enfermedad relacionada con IgG4 es un proceso inflamatorio sistémico que produce generalmente lesiones tumorales y fibrosas. Puede afectar a uno o más órganos de forma simultánea y se caracteriza por presentar niveles plasmáticos elevados de IgG4, infiltrados linfoplasmocitarios con células plasmáticas positivas para IgG4, fibrosis estoriforme y flebitis obliterativa. La asociación entre ambas enfermedades está pobremente descrita en la bibliografía. **Materiales y Métodos:** Se presenta una paciente con diagnóstico de xantogranuloma orbitario cuya biopsia confirma Enfermedad Relacionada a IgG4. **Resultados:** Paciente de sexo femenino, de 40 años de edad, con diagnóstico de xantogranuloma orbitario del adulto por biopsia (Bx) palpebral en 2009 (Bx: numerosos histiocitos vacuolados en dermis y células multinucleadas de Touton superficiales). Además presentaba una lesión indurada en región maxilar derecha cuya biopsia informaba tejido fibroadiposo con infiltrado linfocitario acompañadas por células xantogranulomatosas. La paciente nos consulta en abril del 2018 por presentar aumento del edema bipepalpebral bilateral y del tamaño de la lesión maxilar derecha, acompañada de fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso de 5-6 kg con hipoxemia, de 15 días de evolución. No presenta otros hallazgos al interrogatorio dirigido por sistemas. Como antecedentes personales presenta, resistencia a la insulina y es ex tabaquista (6.3 paquetes/año). Su medicación habitual es metformina 500 mg/día. Al examen físico se constata: edema bipepalpebral bilateral de consistencia duro elástica, hipertrofia parotídea bilateral, tumoración en región maxilar derecha. Adenomegalias axilares y cervicales, sin otros hallazgos de relevancia. Los datos positivos del laboratorio son VSG 76 mm/hr, IgG4 elevada, relación IgG total/IgG4 aumentada. Las tomografías computadas evidencian: aumento difuso del espesor de partes blandas en ambas regiones palpebrales, en tejido celular subcutáneo de región maxilar derecha imagen heterogénea con densidad de partes blandas de 63x29x67, múltiples adenomegalias axilares, mediastínicas y cervicales, hipertrofia parotídea, esplenomegalia homogénea leve. Se solicita biopsia de ganglio axilar que muestra Infiltrados de Linfoplasmocitario, IgG: positiva en plasmocitos intrafolliculares, IgG4: positivo en plasmocitos intrafolliculares. > 100 por campo de gran aumento, relación IgG4/IgG: 0.9). Se inicia prednisona 50 mg/día. **Conclusiones:** Se presentó el caso de una paciente con asociación de xantogranuloma orbitario y enfermedad relacionada con IgG4. **Palabras Claves:** Xantogranuloma orbitario, enfermedad relacionada con IgG4, IgG4

242

**0242 - DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: OTROS

DALPIAZ, Marina Soledad(1) | ARGÜELLO, Juan M.(1) | RODRIGUEZ, M. Florencia(1) | MAMANI, Marta N.(1) | SECCO, Anastasia(1) | TAMBORENEA, M. Natalia(1) | KERZBERG, Eduardo M.(2) | MONTOYA, Sandra F.(2) | AIMO, Carolina(2) | VILLALOBOS, Fernando M.(2) | SERRANO, Eliana R.(3) | CRESPO ESPÍNDOLA, M. Elena(4) | GERVILLA, Ana L.(5) | FLORES, Andrea M.(6) | HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); HOSPITAL TORRÚ (3); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (4); HOSPITAL SAN ROQUE (5); HOSPITAL PENNA (6)

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de disfunción sexual en mujeres con Esclerosis Sistémica (ES). Describir las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas asociadas con la disfunción sexual en mujeres con ES. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico y de corte transversal. Se incluyeron mujeres entre 20 y 59 años con diagnóstico de ES según los criterios de clasificación 2013 ACR/EULAR, de 6 centros públicos de Reumatología de Argentina, entre diciembre del 2016 y agosto del 2018. Se excluyeron pacientes con enfermedades crónicas graves, otras enfermedades reumatológicas autoinmunes, inactividad sexual por causas no relacionadas a ES, y patología ginecitológica no relacionada a ES. La disfunción sexual se evaluó utilizando la versión en español del cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), el cual ha sido validado en mujeres de América Latina con edades entre 20 y 59 años, y tiene en cuenta las últimas cuatro semanas. Puntajes totales o subescalas con mayor puntuación indican una mejor funcionalidad sexual. Se estableció como criterio de disfunción sexual el punto de corte de 26.55. Utilizamos el cuestionario Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) validado en español para evaluar la depresión y ansiedad. Para el análisis descriptivo, las variables continuas se informaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil (RIC) según su distribución. Las variables categóricas se reportaron como porcentajes. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando disfunción sexual como variable dependiente, ajustada por posibles factores de confusión. Se evaluó la validez del modelo (supuestos, observaciones atípicas, multicolinealidad). **Resultados:** Fueron reclutadas 70 pacientes. Se excluyeron 14 de ellas: 1 paciente por presentar prolapso uterino, y 13 pacientes por referir inactividad sexual en las cuatro semanas previas por cuestiones no relacionadas con la ES. Se incluyeron 56 pacientes para el análisis. El 71.43% (n: 40) correspondían a ES limitada y el 28.57% (n: 16) a ES difusa. La media de edad fue de 44.53 años (+/- 9.82) y el 42.86% eran mujeres posmenopáusicas. El 78.57% presentó disfunción sexual y el 19.64% corresponde a pacientes sexualmente inactivos debido a la enfermedad. La media del puntaje total del cuestionario FSFI fue de 21.02 (+/- 8.07). En cuanto a los resultados del HADS, la mayoría de las pacientes (60% y 53.33%) obtuvieron un puntaje de 0 a 7 en las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente, lo que representa ausencia de patología. Un 13.33% y un 20% obtuvieron un puntaje de 8 a 10 en las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente, considerándose casos borderline. Y el 26.67% obtuvo un puntaje de 11 a 21 en ambas subescalas, tratándose de pacientes con sintomatología relevante y probables casos de ansiedad y depresión. Las variables que mostraron asociación significativa con disfunción sexual en el análisis univariado fueron: EVA de fatiga (coeficiente B: -0.09, IC 95%: -0.16 a -0.02, p < 0,01), EVA de dolor (coeficiente B: -0.07, IC 95%: -0.14 a -0.005, p 0,03), edad (coeficiente B: -0.33, IC 95%: -0.53 a -0.12, p < 0,01), fibromialgia (coeficiente B: -14.49, IC 95%: -21.05 a -7.94, p < 0,01), y satisfacción alta respecto a la imagen corporal tomando como referencia insatisfacción (coeficiente B: 7.38, IC 95%: 0.64 a 14.12, p 0,03). No se encontró asociación significativa entre probables casos de ansiedad o depresión y disfunción sexual. Las variables que mostraron una asociación significativa e independiente en el análisis multivariado fueron: EVA de fatiga (coeficiente B: -0.08, IC 95%: -0.14 a -0.02, p < 0,01), edad (coeficiente B: -0.23, IC 95%: -0.40 a -0.05, p 0,01), y fibromialgia (coeficiente B: -11.90, IC 95%: -17.98 a -5.82, p < 0,01). **Conclusiones:** Observamos que la disfunción sexual es frecuente entre las mujeres con Esclerosis Sistémica, y concuerda con lo informado por otros estudios. De acuerdo con nuestros resultados, las pacientes con menor fatiga, más jóvenes y sin fibromialgia presentaron una mejor funcionalidad sexual. **Palabras Claves:** Disfunción sexual, Funcionalidad Sexual, Esclerosis Sistémica

244

**0244 - ESTUDIO TACAR (TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS EN ARTRITIS REUMATOIDEA)**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR

SOMMERFLECK, Fernando Andres I BENEGAS, Mariana I SATURANSKY, Eitel SANATORIO JULIO MÉNDEZ

**Objetivos:** La medicina complementaria y alternativa se define como un conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional. Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) utilizan en muchos casos estos tratamientos y existen escasos estudios al respecto en Argentina. El objetivo de nuestro trabajo fue cuantificar el uso de terapia alternativa y/o complementaria (TAC) en pacientes con diagnóstico de AR y evaluar los factores asociados a su uso. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según ACR EULAR 2010, atendido en el servicio de reumatología del Sanatorio Méndez, desde Diciembre del 2017 hasta Agosto del 2018. Se consignaron datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de educación, ocupación, estado civil, lugar de residencia, tipo de cobertura de salud y nivel socioeconómico), tiempo de evolución de la enfermedad y de retraso del diagnóstico en meses, actividad de la enfermedad y capacidad funcional a través del DAS 28 y HAQ respectivamente. Se evaluó tratamiento actual y el uso de terapias alternativas y/o complementarias. Estadística - Se realizó estadística descriptiva. Se compararon los datos categóricos mediante test de Chi2 o test exacto de Fisher y los continuos mediante test de T-student o Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p < 0.05 **Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes con AR. 82.3% eran mujeres con una media de edad de 55 años (DE±12) y mediana de tiempo de evolución de 120 meses (RIC 72-180) y de nivel de educación 12 años (RIC 7-15). El 89.9% de los pacientes interrogados tenían un nivel socioeconómico medio bajo o inferior según escala Graffar. En relación a la actividad de la enfermedad la media de DAS28 fue de 1.9 (DE± 1.83) y de HAQ 0.8 (DE± 0.8) Un 53.1% de los pacientes refirió haber usado alguna TAC, de estos lo utilizaban en la actualidad 48% y un 36% utilizaba más de un tratamiento alternativo. El TAC más utilizado fue la acupuntura. A pesar de que el 40.4% de los pacientes no notaban mejoría con el uso de las TAC, la mediana de tiempo en uso de los mismos fue de 38 meses. Al comparar los pacientes que utilizaron TAC, tanto actual como previo, versus los que nunca lo utilizaron solo se observa asociación con el número de articulaciones inflamadas al examen físico (p=0.015). No se observó asociación con el nivel educación, edad, ocupación, DAS28, HAQ, ni con la presencia de fibromialgia concomitante **Conclusiones:** Un 53.1% de nuestros pacientes utilizó en algún momento de su tratamiento TAC con una mediana de tiempo de uso de 38 meses. El uso de TAC solo se asoció significativamente al número de articulaciones dolorosas que tenían los pacientes en la actualidad. Creemos importante el mayor conocimiento de los TAC que utiliza una gran parte de nuestros pacientes **Palabras Claves:** Tratamientos alternativos; Artritis reumatoidea

245

**0245 - CAMPAÑA MULTICÉNTRICA PARA LA DETECCIÓN DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL UTILIZANDO UN CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO**

Modalidad: Oral - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

BUSCHIAZZO, Emilio(1) | SOMMERFLECK, Fernando(2) | SCHNEEBERGER, Emilce(3) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | CAPELUSNIK, Dafne(3) | ISNARDI, Carolina(3) | LENCINA, Maria Veronica(1) | CRESPO ESPÍNDOLA, María Elena(4) | COSATTI, Micaela(4) | PISONI, Cecilia(4) | BENEGAS, Mariana(2) | MANGOLAS OVIEDO, Leonela Lysseth(3) | SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel(3) | LUNA, Gisele(3) | CORONEL ALE, Andrea(3) | BARBICH, Tatiana(3) | SATURANSKY, Eitel(2) | CITERA, Gustavo(3)

**HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (1); SANATORIO JULIO MÉNDEZ (2); IREP (3); CEMIC (4)**  
**Objetivos:** El dolor lumbar inflamatorio (DLI) es el síntoma cardinal para el diagnóstico de Espondiloartritis axial (EsPax). Los pacientes con DLI suelen consultar tanto a médicos de atención primaria como a traumatólogos quienes han demostrado un considerable desconocimiento de esta enfermedad esta situación hacer suponer que existe un importante subdiagnóstico de esta enfermedad. Un valor de corte del cuestionario ELISAR >= 4 ha demostrado a través de un estudio piloto la detección de pacientes con DLI con buena especificidad y sensibilidad y podría constituir un buen instrumento para facilitar la derivación de estos pacientes al reumatólogo. Por estas razones, los objetivos de este estudio fueron realizar una campaña con el fin de detectar pacientes con EsPax utilizando el cuestionario ELISAR como método de filtro para la derivación de pacientes. **Materiales y Métodos:** Durante Mayo y Junio de 2018, se realizó una campaña publicitaria a través de diferentes medios de comunicación, en la cual se convocaba a aquellos pacientes con DL a comunicarse a una central telefónica (línea 0800). Los telefonistas constataban que las personas cumplían dos requisitos (1° filtro): 1) Dolor lumbar > 3 meses de evolución y edad de inicio del dolor < 45 años y 2) Cuestionario ELISAR >= 4, y asignaban turnos para una consulta reumatológica según la procedencia del paciente a 5 centros de salud. A los pacientes que asistían a la consulta se les constataban nuevamente la presencia de los dos requisitos mencionados previamente (2° filtro) y en caso de confirmarlos, se les realizaba un interrogatorio dirigido y examen físico, se les solicitaba radiografía panorámica de pelvis, proteína C reactiva (PCR) cuantitativa y HLA-B27 y se les asignaba un nuevo turno. Si en la siguiente visita no se arribaba al diagnóstico de EsPax, se les solicitaba una resonancia magnética (RM) de sacroiliacas en secuencias T1 y STIR, con el fin de determinar la presencia de edema óseo según criterios ASAS. El diagnóstico final se estableció según los criterios de clasificación de Espondiloartritis Axial de New York '87 o de EsPax, ASAS 2009. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test de Chi2 o test exacto de Fisher, test T de Student o Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p < 0,05. **Resultados:** Se presentaron los datos de 4/5 centros de salud participantes. Se recibieron un total de 379 llamadas telefónicas, asignándose 272 turnos de los cuales concurren 199 pacientes a la consulta. Estos pacientes tenían una edad mediana 41.5 años (RIC: 36-48), 133 (66,8%) eran mujeres, con una edad mediana de inicio del DLI de 34.5 años (RIC: 26-41). Luego del 2° filtro 113/199 pacientes (56,7%) fueron finalmente evaluados. No se encontraron diferencias sociodemográficas ni clínicas entre los pacientes que cumplieron o no los criterios de inclusión. Del total de los 113 pacientes, 55 (48,6%) asistieron a la 2° consulta con los estudios solicitados. Hasta el momento, un total de 15/55 pacientes (27%) fueron diagnosticados de EsPax, 6 (10%) cumplieron criterios de NY para EA y 9 (16,4%) criterios ASAS para EsPax no radiográfica, de los cuales 5/55 (9%) eran HLA-B27 positivos, 9/44 (20%) presentaron criterios ASAS de edema óseo por RM. Entre los pacientes diagnosticados 10 (66,8%) eran varones con una edad mediana de 39 años (RIC 33-46) y mediana de edad de inicio del DL de 33 años (RIC: 27-36). Al comparar los 15 pacientes con diagnóstico de EsPax (n = 15) con los pacientes en quienes no se arribó al diagnóstico pero completaron todos los estudios (n=40), los pacientes con EsPax eran más frecuentemente varones (masculino 44,4% vs 38,1%, p = 0,01). Un corte >= 4 del ELISAR aumentó un 8% la probabilidad de diagnóstico de EsPax. **Conclusiones:** En la presente campaña de DLI el diagnóstico de EsPax fue similar al reportado en la literatura. **Palabras Claves:** Espondiloartritis, Dolor Lumbar Inflamatorio



251

**0251 - FRECUENCIA DE COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: HALLAZGOS EN TOMOGRAFIA COMPUTADA CON CORTES DE ALTA RESOLUCION Y CORRELACION CLINICA CON PRUEBAS FUNCIONALES**

**Modalidad:** Poster - Unidad Temática: AR  
**JURADO:** Raúl Artemio I RETA ARBO, Lucas I ONETTI, Laura Beatriz I CADILE, Isaac Ignacio I MUSSANO, Eduardo Daniel I WIESSHAMM, Nancy

**HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS**

**Objetivos:** Determinar la frecuencia del compromiso pulmonar en pacientes con AR.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico realizado desde el 1 de noviembre de 2016 al 30 de junio de 2017. Se estudiaron prospectivamente pacientes de ambos sexos asistidos en consultorio externo del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional de Clínicas, con diagnóstico previo de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otra enfermedad pulmonar crónica, enfermedades autoinmunes reumatológicas (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, LES, síndrome de Sjögren, esclerodermia, miopatías, entre otras), embarazo, insuficiencia cardíaca, neumopatía infecciosa aguda. Se realizó laboratorio inmunológico, espirometría y TACAR de tórax. En la evaluación clínica se pesquisaron enfermedades respiratorias previas, síntomas actuales, factores considerados de riesgo para el desarrollo de EPI-AR tales como sexo masculino, tabaquismo, años de evolución y severidad de la enfermedad, factor reumatoideo (FR) y la medicación antirreumática recibida. 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 38 pacientes (76% mujeres) con diagnóstico de AR, con una media etaria de 59,53±1,88. El tiempo de evolución de la AR osciló entre 1 y 33 años. La frecuencia de patología pulmonar detectada por TACAR de tórax fue del 47%; en 5 pacientes se observaron imágenes tomográficas compatibles con UIP, 4 con neumonía intersticial no específica (NSIP), 1 con neumonía organizada criptogénica (COP) y en 8 pacientes se encontraron otros hallazgos pulmonares (bronquiectasias, nódulos pulmonares, enfisema e infiltrados inespecíficos). Al investigar el tratamiento que recibían los pacientes al momento del estudio, se pudo determinar que el 71% estaba bajo tratamiento con metotrexate, leflunomida o combinación de ambos. En el 29% restante (n=11) se observó que 3 pacientes estaban en tratamiento con agentes biológicos (abatacept, certolizumab pagol y golimumab), 4 con sulfasalazina más hidroxiquinona (abatacept, certolizumab pagol y golimumab), el 60% (n=23) de los pacientes estudiados tenían glucocorticoides como terapia aditiva a la descripción anteriormente. El compromiso pulmonar detectado por espirometría se observó en 21 (55,2%) de los pacientes. Entre los hallazgos espirométricos, hubo 17 pacientes con compromiso restrictivo, 3 con compromiso mixto y 1 con compromiso obstructivo. Entre los factores de riesgo analizados solo la edad presentó diferencia significativa (p=0,0039) entre los pacientes con compromiso pulmonar de los que no lo tenían. Los medicamentos antirreumáticos (metotrexate y leflunomida), potencialmente capaces de producir EPI, no mostraron ser un factor de riesgo significativo para EPI. Los pacientes con compromiso pulmonar detectados por TACAR, tuvieron mayor presencia de estertores crepitantes (p=0,0004) en el examen físico respecto al grupo sin compromiso pulmonar. Cabe destacar que 9 de los 18 pacientes con compromiso pulmonar en la TACAR no manifestaron síntomas. **Conclusiones:** El compromiso pulmonar detectado por TACAR es frecuente en los pacientes con AR, siendo mayor el porcentaje de afectación funcional por espirometría. La medicación antirreumática no parece ser un factor de riesgo significativo para padecer enfermedad pulmonar. La edad se mostró como un factor de riesgo de padecimiento pulmonar pero éste no tuvo relación con la actividad de la enfermedad ni el tabaquismo.

**Palabras Claves:** Artritis reumatoidea, compromiso pulmonar, TACAR tórax, espirometría

253

**0253 - ESTUDIO DE LA CAPA DE FIBRAS Y ESPESOR MACULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA**

**Modalidad:** Poster - Unidad Temática: LES/ANTI-FOSFOLÍPIDOS  
**DIFERRI, Maite I RETA ARBO, Lucas I GARCÍA ORO, Agustina I WERNER, Marina Laura I ONETTI, Laura Beatriz I CADILE, Isaac Ignacio I MUSSANO, Eduardo Daniel**

**HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS**

**Objetivos:** Analizar a través de OCT la RNFL (capa de fibras nerviosas), CCG (capa de células ganglionares), el espesor macular central y volumen del cubo macular obtenidas de pacientes con LES, y comparárlas con las de un grupo control. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, observacional y descriptivo de una serie de casos, en un Servicio de Oftalmología en conjunto con el Servicio de Reumatología. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de LES que acudieron a seguimiento y control clínico y una muestra control de pacientes sanos con las mismas características demográficas, durante el período comprendido entre mayo del 2018 a julio del 2018. Se excluyeron los pacientes con error refractivo superior a 3 D de miopía o superior a 3 D de hipermetropía, glaucoma, antecedentes de uveítis, enfermedad de retina, trauma o tumor ocular, con imágenes de OCT de poca calidad, embarazo, opacidad de medios y cualquier enfermedad que pueda afectar la retina (diabetes mellitus, hipertensión arterial). Se les realizó un examen oftalmológico completo y fueron examinados por médicos reumatólogos quienes calcularon índice SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus disease activity index) y SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics). Se efectuó una OCT de macula y nervio óptico (NO) a cada individuo, y se determinaron espesores de la RNFL y el espesor de la CCG, el espesor macular central y volumen del cubo macular. **Resultados:** Se incluyó un total de 19 pacientes, de ambos sexos, siendo la mayoría de sexo femenino: 79%. La edad media fue de 37,0 ± 12,7 años. La distribución de los grupos fue de 53% para el grupo LES y 47% para el grupo control. La media de evolución de LES fue de 6,9 años, 30% tuvo una o dos reagudizaciones, y el 20%, más de dos. El 70% de los pacientes con LES, presentó manifestaciones neuropsiquiátricas. La totalidad recibía tratamiento con hidroxiquinona (HCQ) con una media de duración de 3,7 años. Los pacientes fueron categorizados según SLEDAI en: 30% como inactivos, 50% leves y el resto severos o muy severos. SLICC obtuvo valores entre 4 y 5. Los resultados de las mediciones del espesor RNFL según grupos de pacientes Control y LES mostraron que en el grupo control fueron superiores que en pacientes con LES. Las mediciones hechas en las capas de células ganglionares en el grupo control fueron superiores que en pacientes con LES pero no hubo diferencias significativas. Al analizar los espesores de capas promedio con el tiempo de evolución de la enfermedad, para los pacientes con LES, se observó que a mayor tiempo de evolución, menores fueron los valores de los espesores. Al evaluar las medidas de los espesores de las capas promedio según número de manifestaciones neuropsiquiátricas se observó que los valores de las manifestaciones aumentaba, los valores medios de la CCG y RNFL decrecía. Los valores medios de la RNFL mostraron una disminución en su espesor a medida que aumentaba la severidad del SLEDAI, sin llegar a ser significativa. En cuanto a la CCG no se observó la misma tendencia pero se obtuvieron valores muy bajos de espesor en el grupo de Severos/Muy Severos. La dispersión de los espesores promedio de capas, según valores de SLICC se observa con un aumento de los espesores en el primer tramo de los valores de SLICC, en los últimos valores (con pocos pacientes) la situación se estabiliza. **Conclusiones:** Si bien no se encontraron cambios degenerativos estadísticamente significativos en la retina de pacientes con LES, el patrón revelado se caracteriza por una disminución de los espesores de la RNFL y de la CCG, que se agrava con el tiempo de evolución de la enfermedad, número de reagudizaciones y número de manifestaciones neuropsiquiátricas **Palabras Claves:** LES, manifestaciones oftálmicas, OCT

254

**0254 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS SISTÉMICO. COMPARACIÓN DE DOS CUESTIONARIOS**

**Modalidad:** Poster - Unidad Temática: LES/ANTI-FOSFOLÍPIDOS  
**BETANCOURT LÓPEZ, Jaime Andres I BAT TAGLIA, Cecilia I PERROTTA, Natalia I GOMEZ, Ramiro I MEDINA, Gustavo I DUBINSKY, Diana**  
**HOSPITAL DE CLINICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Objetivos:** Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con Lupus Sistémico (LES) mediante la utilización de dos cuestionarios de autoinforme. Evaluar el desempeño de la escala de Morisky Green (MG) tomando como estándar de oro el cuestionario Compliance Questionnaire on Rheumatology de 19 dimensiones (CQR19). Correlacionar la adherencia o no con parámetros clínicos de actividad representados por índice SLEDAI. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, analítico, en un único centro. Pacientes consecutivos con LES que consultan en la Unidad de LES. Variables a estudiar: edad, sexo, etnia, tiempo de enfermedad, ocupación, nivel de ingreso y educación, cobertura salud, lugar de residencia, estado civil, actividad por SLEDAI, daño por SLICC, medicación indicada por LES y cantidad de consultas en el último año. La adherencia al tratamiento se calculó por CQR19 (punto de corte 80%, igual o mayor considerado adherente) y escala de Morisky Green (adherente si sumatoria igual a 0). Los resultados se expresan como media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico según corresponda. Las variables categóricas se representan como n (%). Para determinar si existe asociación entre variables se ha utilizado la prueba de la t de student o regresión logística binomial. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** Se evaluaron un total de 70 pacientes consecutivos (94% mujeres), edad 40,5±15 años. Tiempo de evolución de la enfermedad 9.5± 5.3 años. SLEDAI promedio 2.07±3.05 y SLICC 0.39±0.83. Nivel de ingresos: indigencia 9(12.9%), pobreza 33(47.1%). Nivel de educación superior al primario 54(57.1%). Adherencia al tratamiento según CQR19 (punto de corte 80% del valor total) 40(52.6%) y no adherentes 30(39.5%). Adherentes al tratamiento según Morisky Green 20(28.6%), no adherentes 50(71.4%). SLEDAI inactivos (SLEDAI<4 53(75%)) clasificaron como adherentes 32(60,37%) según CQR19 y 17(32%) según MG. SLEDAI activos (SLEDAI>4 17(24.28%)) clasificaron como no adherentes 9(52.94%)según CQR19 y 14(82.35%) según MG. Solo se obtuvo una correlación positiva de ambos cuestionarios con la edad (r 0,357 p, .000 para MG y 0,216 p, .030 para CQR19). Una tendencia a correlación inversa entre nivel de educación con la escala de MG (r -.205 p, .064). La correlación entre ambos cuestionarios con SLEDAI y SLICC no alcanzó significancia estadística. **Conclusiones:** En esta muestra poblacional de pacientes con LES mayor cantidad de pacientes activos con SLEDAI mayor o igual a 4 puntos fueron clasificados como no adherentes utilizando el cuestionario de MG en comparación con el CQR19 (82% vs 53%). Sin embargo no se encontró correlación significativa entre estos parámetros.

**Figura 1: Gráfico de barras**

Categoría	Adherente	No Adherente
Adherencia CQR19	40 (52.6%)	30 (39.5%)
Adherencia MG	17 (32%)	53 (75%)

**Figura 2: Gráfico de barras**

Categoría	Adherente	No Adherente
Adherencia CQR19	40 (52.6%)	30 (39.5%)
Adherencia MG	17 (32%)	53 (75%)

256

**0256 - CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE LAS HDL ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON TOFACITINIB EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

**Modalidad:** Poster - Unidad Temática: AR  
**BOTTA, Eliana Elizabeth(1) I MERONO, Tomás(1) I PIERINI, Florencia Sabina(2) I MARTIN, Maximiliano(1) I SORROCHE, Patricia(3) I TETZLAFF, Walter(1) I SAEZ, María Soledad(3) I DE ROSA, Javier(4) I BOERO, Laura(1) I SORIANO, Enrique(3) I BRITES, Fernando(1)**

**FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.****CONICET (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (4)**

**Objetivos:** La funcionalidad de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) sería un factor antiaterogénico independiente de sus niveles plasmáticos de colesterol (C-HDL). En pacientes con artritis reumatoidea (AR) se observaron alteraciones funcionales de las HDL sólo en presencia de un marcado incremento de los niveles de inflamación [definido como un valor de Proteína C Reactiva ultrasensible (PCRus)>10 mg/l]. El objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en las características funcionales de las HDL asociadas al tratamiento con tofacitinib, un inhibidor selectivo de la JAK-1 y JAK-3, en mujeres adultas con AR. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 26 mujeres con AR (edad: 59±13) definida según los criterios ACR/EULAR con actividad de la enfermedad moderada o activa (según DAS-28-3.2) que iniciasen tratamiento con tofacitinib. Se excluyeron las pacientes con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, alteraciones de la función renal, hepática o tiroidea, o bajo tratamiento que afectase el metabolismo glucídico o lipídico. Al inicio, a los tres y a los 6 meses de tratamiento, se evaluó el score DAS-28, el perfil de lípidos, y PCRus por métodos estandarizados. Las características funcionales de las HDL evaluadas fueron: actividad de paraoxonasa (PON), arilésterasa (ARE), proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP) y la capacidad de mediar el flujo de colesterol (CEC) a partir de células espumosas. El análisis de resultados se realizó categorizando a los pacientes acorde a presencia de PCRus>10 mg/l al momento de inicio de tofacitinib (n=6). Las diferencias en las variables entre los grupos se analizaron a través de la prueba T de Student o U de Mann-Whitney. **Resultados:** Al inicio del tratamiento con tofacitinib, los pacientes con niveles de PCRus>10 mg/l, presentaban mayor DAS-28 (33%; p=0,001) y menor actividad ARE (-27%; p=0,017) y CEC (-16%; p=0,023). A los tres meses, las diferencias en ARE (p=0,050) y en la CEC (p=0,042) se mantuvieron estadísticamente significativas. Luego de los 6 meses de tratamiento, las diferencias en la CEC perdieron significancia estadística (p=0,460), mientras que ARE continuó siendo significativamente diferente entre los grupos (p=0,028). En ninguna de las 3 evaluaciones se observaron diferencias en los niveles plasmáticos de C-HDL entre los grupos (p>0,05). A pesar de una disminución significativa del DAS-28 en ambos grupos de pacientes a partir de los 3 meses (y sostenido hasta los 6 meses) de iniciado el tofacitinib (todos p<0,05), sólo se observó una reducción significativa de la PCRus a los 6 meses, en el grupo de pacientes con elevados niveles de inflamación (p<0,05). **Conclusiones:** En los pacientes con AR y PCRus>10mg/l, se encontraron alteraciones funcionales en las HDL. Estas diferencias estuvieron presentes luego de 3 meses de tratamiento, pero no así a los 6 meses. En conclusión, en los pacientes con elevados niveles de inflamación, el tratamiento con tofacitinib se asoció a una disminución de los niveles de PCRus y del grado de alteraciones funcionales de las HDL. Estos cambios en la funcionalidad de HDL podrían contribuir a un menor riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con AR. **Palabras Claves:** Funcionalidad HDL. Artritis reumatoidea. Lipoproteínas. PCRus. Riesgo cardiovascular

## 257

## 0257 - REPORTE DE FRECUENCIA DE INFECCIONES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON AGENTES BIOLÓGICOS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

WERNER, Marina Laura | GARCÍA ORO, Agustina | RETA ARBÓ, Lucas | PY, Guillermo Enrique | SANTAELLA, Patricia Alejandra | AUDISIO, Marcelo José | BULIUBASICH, Sandra Mabel | MOYANO GARZÓN, María Elvira | CADILE, Isaac | ONETTI, Laura Beatriz | MUSSANO, Eduardo Daniel

## HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

**Objetivos:** Establecer la frecuencia de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) tratados con agentes biológicos (AB) comparada con pacientes tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). **Materiales y Métodos:** Análisis de casos y controles retrospectivo, descriptivo, observacional, que utilizó las bases de datos REABER Y ECOPAR donde se recolectó información de la vida real de pacientes con ER tratados AB y con FAME respectivamente. Las bases de datos registran información desde el 02 de enero de 2005 al 01 de septiembre de 2018. Se evaluó la frecuencia de infecciones de aparición concomitante al uso de AB (casos) en pacientes con ER y se los comparó con los pacientes tratados con FAME (controles). Dentro del grupo AB se dividió la valoración de riesgo de presentar infecciones en 2 grupos: grupo anti-TNF que incluyó: etanercept, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab e infliximab, y grupo Otros biológicos que incorporó: tocilizumab, tofacitinib, rituximab, belimumab, ustekinumab y secukinumab. El análisis estadístico se realizó mediante Infostat. **Resultados:** Se evaluaron 265 pacientes tratados con AB y 336 tratados con FAME. AB presentó una edad media de 57,94± 12,46 y FAME 56,63± 16,42. En ambos el 83-82% fueron mujeres. El 46% del grupo AB presentaron eventos adversos (EA), mientras que el grupo FAME lo hizo en el 24%. Dentro de los EA, en el grupo AB el 62,6% presentó infecciones y en el grupo FAME el 16,5%. Las patologías de mayor frecuencia en ambos registros fueron artritis reumatoidea (AR) y artropatía psoriásica (APso), n= de 231 y 21 (AB) y 231 y 25 (FAME). Se obtuvo información de 77 infecciones en el grupo AB, 31 neumonías (NIA), 10 herpes zoster (HZ), 9 infecciones urinarias altas (ITU), 6 celulitis y 5 infecciones protésicas como más frecuentes. En el grupo anti-TNF se registraron con mayor frecuencia: NIA (22) e ITU (7), mientras que en el grupo otros biológicos fueron: NIA (9) y HZ (8), de estos HZ, 6 se presentaron bajo tratamiento con tofacitinib. En el grupo FAME se registraron 13 infecciones, las más frecuentes fueron 6 ITU, 4 NIA y 2 herpes. El riesgo de infecciones en los pacientes expuestos a AB comparado con el grupo control arrojó significación estadística  $p < 0,0001$  - OR=8,24 (IC 95% 4,47-15,18). **Conclusiones:** Los pacientes tratados con agentes biológicos en nuestra población, presentan mayor probabilidad que los expuestos solamente a FAME de manifestar infecciones como evento adverso. Cabe destacar la ausencia de TBC en nuestro grupo de pacientes

**Palabras Claves:** Tratamientos biológicos, fármacos modificadores de la enfermedad, eventos adversos, infecciones

## 258

## 0258 - REPORTE DE FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON AGENTES BIOLÓGICOS

Modalidad: Poster

Unidad Temática: OTROS

GARCÍA ORO, Agustina | RETA ARBÓ, Lucas | WERNER, Marina Laura | MOYANO GARZÓN, María Elvira | BULIUBASICH, Sandra Mabel | AUDISIO, Marcelo José | SANTAELLA, Patricia Alejandra | PY, Guillermo Enrique | ONETTI, Laura Beatriz | CADILE, Isaac | IGNACIO MUSSANO, Eduardo Daniel

## HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

**Objetivos:** Establecer la frecuencia de neoplasias en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) tratados con agentes biológicos (AB) comparados con aquellos tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en un servicio de reumatología. **Materiales y Métodos:** Análisis de casos y controles retrospectivo, descriptivo, observacional, que utilizó las bases de datos REABER Y ECOPAR donde se recolectó información de la vida real de pacientes con ER tratados AB y con FAME respectivamente. Las bases de datos registran información desde el 02 de enero de 2005 al 01 de septiembre de 2018. Se evaluó la frecuencia de neoplasias de aparición concomitante al uso de AB (casos) en pacientes con ER y se los comparó con los pacientes tratados con FAME (controles). El grupo AB se dividió en 2 grupos: grupo anti-TNF que incluyó: etanercept, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab e infliximab, y grupo otros biológicos que incorporó: tocilizumab, tofacitinib, rituximab, belimumab, ustekinumab y secukinumab. El análisis estadístico se realizó mediante Infostat.

**Resultados:** Se evaluaron 265 pacientes tratados con AB y 336 tratados con FAME. AB presentó una edad media de 57,94± 12,46 y FAME 56,63± 16,42. En ambos el 83-82% fueron mujeres. El 46% del grupo AB presentaron eventos adversos (EA), mientras que el grupo FAME lo hizo en el 24%. Dentro de los EA, las neoplasias se presentaron en el 5% de los pacientes tratados con AB y 7,6% en el grupo FAME. Las patologías de mayor frecuencia en ambos registros fueron artritis reumatoidea (AR) y artropatía psoriásica (APso), n= de 231 y 21 (AB) y 231 y 25 (FAME). Se obtuvo información de 13 neoplasias en el grupo AB: 4 cánceres de mama, 1 de próstata, 3 gástricos, 2 de colon, 2 epidermoides de piel y 1 linfoma no Hodgkin (LNH). Se observó que los cánceres de mama y próstata se presentaron solo en el grupo Anti-TNF y el caso de LNH fue con otros biológicos, el resto se observaron en ambos grupos de AB. Las neoplasias del grupo FAME fueron: 1 cáncer de vulva, 1 leucemia y 1 cáncer de mama bajo tratamiento con metotrexato y 1 cáncer de endometrio, 1 LNH y 1 tumor neuroendocrino bajo azatioprina. El riesgo de neoplasias bajo tratamiento con AB al comparar casos-controles no fue significativo,  $p=0,089$  con OR=2,23 (IC 95% 0,85-5,59).

**Conclusiones:** En nuestros pacientes bajo tratamiento con agentes biológicos, no hubo evidencia de mayor probabilidad de aparición de tumores malignos al compararlos con los que recibieron FAME.

**Palabras Claves:** Tratamientos biológicos, fármacos modificadores de la enfermedad, eventos adversos, neoplasias

## 261

## 0261 - RELACIÓN ENTRE LA DILATACIÓN ESOFÁGICA Y LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: ESTUDIOS

## COMPLEMENTARIOS

MALDONADO, Federico Nicolás | GOMEZ, María Gimena | YUCRA BOBARIN, Demeiza Viviana | SOLIS, Marco Antonio | IBARROLA, Manuel | ALMEIDA, Vanesa | ALARCON, Diana | QUADRELLI, Silyia | DUBINSKY, Diana

## SANATORIO GÜEMES

**Objetivos:** Según se ha demostrado en estudios previos la dilatación esofágica ha sido implicada en la patogénesis de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en los pacientes con Esclerosis Sistémica (ES), donde la microspiración jugaría un rol central en el inicio y/o progresión de la misma. Se propuso evaluar la asociación entre dilatación esofágica y compromiso pulmonar intersticial por score radiográfico y funcional pulmonar en nuestra cohorte de pacientes. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con ES evaluados entre enero de 2015 y junio de 2018. Se incluyeron pacientes >18 años con diagnóstico de ES (criterios ACR 1980 y/o ACR/EULAR 2013), con tomografía axial computada de tórax de alta resolución (TACARtx) realizada en la institución. Se excluyeron los pacientes con superposición de otra colagenopatía, acalasia, infección pulmonar actual o reciente, dilatación esofágica endoscópica, resección esofágica, funduplicatura, lobectomía u otra cirugía gastrointestinal o pulmonar. Para los pacientes con múltiples TACARtx se utilizó la última realizada junto con los datos clínicos y epidemiológicos correspondiente a ese momento. Un especialista en imágenes midió el diámetro esofágico en 3 segmentos: por encima del arco aórtico, entre el arco aórtico y la vena pulmonar inferior derecha y entre el hilio diafragmático y la vena pulmonar inferior derecha. Se utilizó el mayor diámetro esofágico (MDE) según el método usado por Richardson para cortes axiales de TACARtx. Se definió dilatación esofágica como MDE >15 mm según lo propuesto en otro estudio con buena sensibilidad y especificidad para correlacionar con dismotilidad esofágica. El compromiso pulmonar intersticial fue ponderado por un especialista en neumonología mediante el método adaptado de Kazerooni, consistente en la suma del grado de fibrosis y de vidrio esmerilado para cada uno de los lóbulos pulmonares. Ambos observadores fueron ciegos a los datos clínicos y de laboratorio. Para los pacientes con prueba de función pulmonar se consideró la realizada +/- 10 meses de la TACAR de referencia, incluyendo los datos de CVF% y DLCO%. Se utilizó el programa EPI Info versión 7 para el análisis estadístico. Las variables continuas se expresaron con media y desvío estándar (Ds) o mediana y rango (min-máx). Las variables categóricas en número (n) y porcentaje (%). Se usó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las medianas y el chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para las variables categóricas. Significancia estadística  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 32 pacientes con edad media de 54,8 años (Ds 14,33), mujeres 29 (90,6%), años de evolución 6,56 (Ds 4,99), ES limitada 17 (53,1%) difusa 11 (34,3%) y sin esclerodermia 4 (12,5%), tabaquismo 17 (53,1%). 21 pacientes tenían prueba de función pulmonar. La mediana del MDE (MeMDE) de esta cohorte fue 20,2 mm (11-40); de CVF% 81 (33-109) y de DLCO 58,5 (21-110). 15 pacientes presentaron EPI: patrón NSIP 6, UIP 6 y NSIP fibrosante 3. A su vez, los pacientes con EPI tuvieron una mediana de MDE de 26 mm (11-40) y aquellos sin EPI de 15 mm (11-26)  $p=0,003$ . Se usó la MeDE para dividir la cohorte en 2 grupos y se observó que 3/15 pacientes con MeMDE <20,2 mm presentaban EPI vs 12/17 con MeMDE >20,2 mm ( $p=0,0029$ ; OR 9,6; IC 95% 1,86-49,5). El grupo MeMDE <20,2 mm presentó una mediana de puntuación total de fibrosis de 4,5 (0-12) vs 0 (0-2) del grupo MeMDE >20,2 mm ( $p=0,035$ ). No se encontró asociación con las pruebas de función pulmonar ni el grado de vidrio esmerilado. Tampoco hubo asociación con la edad, tipo de anticuerpo, subtipo de enfermedad, tiempo de evolución, sexo, consumo de tabaco, alcohol o inhibidores de la bomba de protones. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes de nuestra cohorte presentó dilatación esofágica. Se observó que los pacientes con mayor dilatación esofágica presentaron EPI con mayor frecuencia y mayor puntuación de fibrosis. La TACARtx en pacientes con ES constituye una herramienta importante en el enfoque diagnóstico y terapéutico mediante la identificación de un hallazgo que podría ser clave para predecir el inicio y/o progresión de la EPI. Además, presenta la ventaja de ser un método no invasivo y de amplio uso en estos pacientes. Se necesitan estudios longitudinales que puedan demostrar una relación causal entre dilatación esofágica y EPI.

**Palabras Claves:** Esclerosis sistémica, dilatación esofágica, Enfermedad pulmonar intersticial

## 262

## 0262 - COMPARACIÓN DE LAS RAMAS CLÍNICAS Y DE IMAGEN DE LA EVALUACIÓN DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ESPONDILOARTRITIS, CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN Y PARÁMETROS DE INFLAMACIÓN OBJETIVA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO-RADIOGRÁFICA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

GONZALEZ, Mariana(1) | LANDEWE, Robert B.M(2) | SIEPER, Joachim(3) | DEODHAR, Atul A.(4) | MARZO-ORTEGA, Helena(5) | LAMBERT, Robert G.(6) | LI, Mei(7) | WANG, Xin(8) | ANDERSON, Jactyn K.(9) | BONSIGNORE, OLIVIERO(10) | HARRIS, Fabiana(1) | ABBVIE (1); UNIVERSITY OF AMSTERDAM (2); CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN (3); OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY (4); NIHR LBRC, LEEDS TEACHING HOSPITALS TRUST AND LIRMM, UNIVERSITY OF LEEDS (5); UNIVERSITY OF ALBERTA, (6); ABBVIE INC (7); ABBVIE INC. (8); ABBVIE INC. (9)

Variable	Definición	Valor
Edad (años)	Media (desviación estándar)	54,8 (14,33)
Sexo	Mujeres (%)	90,6
Años de evolución	Media (desviación estándar)	6,56 (4,99)
ES	Limitada (%)	53,1
	Difusa (%)	34,3
	Sin esclerodermia (%)	12,5
Tabaquismo	Presente (%)	53,1
Prueba de función pulmonar	Presente (%)	65,6
Patrón de EPI	NSIP (%)	18,8
	UIP (%)	18,8
	NSIP fibrosante (%)	18,8
MeMDE (mm)	Media (rango)	20,2 (11-40)
CVF% (%)	Media (rango)	81 (33-109)
DLCO (%)	Media (rango)	58,5 (21-110)
MDE < 20,2 mm	n (%)	15 (46,9)
MDE > 20,2 mm	n (%)	17 (53,1)
Presentación de EPI	Presente (%)	46,9
Presentación de EPI	Ausente (%)	53,1
MeMDE < 20,2 mm	Presente (%)	66,7
MeMDE < 20,2 mm	Ausente (%)	33,3
MeMDE > 20,2 mm	Presente (%)	23,5
MeMDE > 20,2 mm	Ausente (%)	76,5

**Objetivos:** Las recomendaciones para uso de inhibidores TNF (TNFi) de la Sociedad Internacional de Evaluación de Espondiloartritis (ASAS) en SpA axial incluyen enfermedad activa y una opinión positiva de un experto, que incluye consideración de reactante de fase de agudo en suero y/o resultados en imágenes que indiquen inflamación activa y/o riesgo de progresión radiográfica. Se sabe poco sobre las características de pacientes (pts) con SpA axial no-radiográfica que cumplen criterios para uso de TNFi. Aquí caracterizamos el fenotipo clínico de pacientes nr-axSpA inscritos en el estudio de adalimumab ABILITY-3 en términos de criterios de clasificación ASAS y parámetros de inflamación objetiva desde baseline. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes adultos con nr-axSpA en ABILITY-3 definidos que cumplieran los criterios de clasificación de ASAS pero sin el criterio radiológico de Nueva York para espondilitis anquilosante (AS). Se requería que los pts tuviesen un mínimo de actividad de enfermedad a su ingreso (definido como Puntaje de Actividad de Enfermedad de AS = 2,1, BASDAI = 4, y un puntaje total de dolor de espalda = 4), evidencia objetiva de inflamación (en =1 de los siguientes: MRI de la articulación SI, MRI de columna, y/o CRP elevado de alta sensibilidad [cada uno evaluado centralmente]), y una respuesta inadecuada a =2 NSAIDs. Los pacientes recibieron Adalimumab abierto, 40 mg semana por medio por 28 semanas durante el periodo 1. Los pacientes que alcanzan remisión sostenida (semanas 16-28) fueron aleatorizados en periodo doble-ciego 2. Aquí, analizamos si los pacientes inscritos cumplían la rama de imagen del criterio de clasificación de ASAS (sacroiliitis en imagen mas =1 característica SpA), la rama clínica (presencia de HLA-B27 mas =2 característica SpA), o ambas ramas, y cual parámetro de inflamación objetiva estaba presente. **Resultados:** 673 de los 1506 pacientes detectados fueron incluidos; las fallas en la detección fueron comúnmente debido a rayos-x de pelvis consistentes con EA (24,7%), no cumplimiento con el criterio de clasificación ASAS (29,3%), o falta de evidencia de inflamación objetiva (22,1%). En general, 664 pts (98,7%) cumplieron el criterio ASAS, de los cuales 447 (67,6%) cumplieron la rama de imagen, 513 (77,4%) la rama clínica y 296 (44,0%) ambas ramas. Al ingreso, 662 (98,4%) pts tenían evidencia objetiva de inflamación activa. La mayoría de los pacientes (74,0%) tenía evidencia de inflamación MRI, 31,4% tenía solo inflamación MRI, 42,6% fueron positivos a MRI y tuvieron un hScRP elevado, y 24,1% tuvieron solo hScRP elevado. **Conclusiones:** Un importante número de pacientes detectados con nr-axSpA con enfermedad clínicamente activa no presentaban medidas objetivas de inflamación, y no eran candidatos para biológicos por recomendación de ASAS. Varios pacientes cumplían las ramas tanto de imagen como clínica del criterio ASAS, siendo mas los que cumplían la rama clínica que la de imagen. Casi el 60% de pacientes que presentaban inflamación en MRI también tenían hScRP elevado, sugiriendo evaluación de hScRP como el primer paso al evaluar un paciente para inflamación objetiva, debido al bajo costo y fácil obtención, a menos que se requiera un MRI para el diagnóstico.

263

**0263 - MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINAL EXTENSA: MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**Modalidad:** Poster  
**Unidad Temática:** CASOS CLÍNICOS  
 SORIA CURI, Yessika Jackeline I ESPASA, Gabriela Vanesa I HÜTTMANN, Francisco Javier I MAZZA, Susana Marcela I LEQUIZAMÓN, María Lilia I BELLOMIO, Verónica Inés

**HOSPITAL A.C. PADILLA**  
**Resultados:** CASO CLÍNICO: Mujer de 41 años, sin antecedentes patológicos, que ingresó cursando paraplejía flácida de miembros inferiores, acompañada de hipoestesia, arreflexia, y retención aguda de orina. Se realizó RMN de columna cervical, dorsal y lumbosacra: cambio de intensidad de la señal medular en T2 y STIR desde 5ta vértebra dorsal hasta 1ra vértebra lumbar y aumento de diámetro anteroposterior de la médula. Se diagnosticó Mielitis Transversa Longitudinal Extensa (MTLE), interpretada inicialmente como probable origen infeccioso sospechándose tuberculosis vs citomegalovirus. Estudio LCR: Pleocitosis, hiperproteorinorraquia e hipoglucorraquia, cultivo del líquido para gérmenes comunes, hongos, tuberculosis y micobacterias atípicas y PCR para CMV, todos negativos. Recibió tratamiento empírico con rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, ceftriaxona y ganciclovir. Al mes, la paciente evolucionó febril con agravamiento de la clínica neurológica, caída de cabello, poliserositis y edema de miembros inferiores. Por falta de respuesta al tratamiento, se solicitó interconsulta al Servicio de Reumatología: -Laboratorio ANA 1/280 Homógeno, AntiDNA dc 1/320, AntiSm positivo, hipocomplementemia. Se confirmó el diagnóstico de LES con inicio neuropsiquiátrico. Se realizaron tres pulsos de metilprednisolona, continuando con 40 mg de meprednisona y pulsos de ciclofosfamida (CFM) 1 g mensual. La paciente evolucionó con mejoría clínica con recuperación de la paraplejía, hipoestesia y arreflexia y RMN de columna dorso-lumbar normal luego del 1º pulso de CFM. Persistió con incontinencia de esfínteres y requerimiento de cateterismo intermitente, cuadro que resolvió con la 4ª infusión de CFM. Al año del tratamiento, la paciente se encontró sin secuelas, con LES en remisión.

**Conclusiones:** En la MT, el compromiso medular difuso, la disfunción esfinteriana, la paraparesia severa y el retardo mayor a dos semanas en el inicio del tratamiento, son signos de mal pronóstico, condicionando a un tercio de los pacientes (generalmente menores de 40 años) a permanecer con discapacidad severa. Presentamos una paciente con MT longitudinal extensa como forma de presentación del LES, con diagnóstico y tratamiento tardío pero con buena evolución clínica.

**Palabras Claves:** Mielitis transversa. Lupus eritematoso sistémico

264

**0264 - GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS Y ADENOCARCINOMA DE PULMÓN**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** VASCULITIS/PMR  
 CASTRO COELLO, Vanessa Viviana I YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana I VERGEL ORDUZ, Linda Grey I BRIGANTE, Jorge Alejandro I GOMEZ, María Gimena I HAMAUI, Adriana I DUBINSKY, Diana

**SANATORIO GÜEMES**  
**Objetivos:** Las vasculitis paraneoplásicas comprenden aproximadamente del 2-5% de todos los síndromes vasculíticos. La vasculitis leuocitoclástica representa el 50-60% y es la más común. En estudios retrospectivos y de casos controles la asociación entre vasculitis asociada a ANCA (VAA) y neoplasias informaron una prevalencia de 4.8-10%. Se ha sugerido que la estimulación crónica del sistema inmune debido a VAA puede contribuir al aumento del riesgo de malignidad, alternativamente, algunos estudios encontraron un mayor riesgo de malignidad antes del diagnóstico VAA, lo que sugiere vías patogénicas comunes en ambas enfermedades. Hoffman y col. fueron los primeros en encontrar un mayor riesgo de neoplasias en pacientes con GPA. Estudios posteriores encontraron riesgos incrementados en cáncer de vejiga, leucemia y piel no melanoma. Tatsis, y col. sugieren que la expresión de PR3 en tejidos malignos puede iniciar la formación de Ac y desarrollo de GPA, por el contrario, Chinar Rahmatulla y cols. no encontraron mayor riesgo. Resulta difícil separar los efectos carcinogénicos de la ciclofosfamida, ya que la mayor gravedad se asocia a inmunosupresión de mayor duración. **Materiales y Métodos:** Masculino de 73 años. Extabaquista 85 pack/y, con diagnóstico de GPA en contexto de epistaxis, costras hemáticas, sinusitis, hemoptisis, asociado a glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), con requerimiento de hemodiálisis, c-ANCA 1/160 y anti-PR3 >100. La TC tórax informó infiltrados parcheados en vidrio esmerilado con tendencia a consolidación en ambos hemitorax a predominio de base derecha, FBC sin lesiones en tráquea y bronquios, y BAL compatible con hemorragia alveolar difusa (HAD), extendido citológico con 85% macrófagos, 10% linfocitos, 5% histiocitos, material amorfo con abundantes hemates, aislados linfocitos y negativo para atipia. Inicia tratamiento de inducción con 3 pulsos de metilprednisolona de 500 mg, 5 sesiones de plasmáferesis y ciclofosfamida (CFM) 500 mg. Evolucionó con mejoría clínica, suspensión de hemodiálisis a los 2 meses, en seguimiento ambulatorio. Posterior al 5to pulso de CFM presenta disnea progresiva, tos con expectoración mucosa, epistaxis y dolor pleurítico derecho por derrame pleural. Laboratorio: Hto 29.5%, Hb: 9.8 g/dl, GB 11000, N: 78%, L 12%, plaquetas 167000, urea 98, creatinina 1.6, PCR 18, proteínas totales 5.8 g/dl, albúmina 2.97, LDH 614, proteinuria 520 mg/24h, hepatograma y coagulograma normal. TC tórax: resolución de infiltrados intersticiales de lóbulos superiores, como nuevo hallazgo derrame pleural derecho moderado asociado a colapso total de lóbulo inferior derecho y parcial del lóbulo medio. Líquido pleural compatible con exudado no complicado. Leucocitos: 200, mononucleares 80%, hemates 3000, hemates crenados: 20. Cultivo negativo, micológico y BAAR negativos. Mediante videotoroscopia se drena 3500 ml, observándose en pleura parietal lesiones nodulares positivas para atipia a la congelación y tumor en lóbulo inferior. Anatomía patológica: infiltración pleural por adenocarcinoma. Centellograma óseo: compatible con diseminación ósea secundaria. No inicia tratamiento por mal estado general, fallece por infección respiratoria. **Resultados:** Presentamos un paciente con manifestación inicial típica de VAA e imagen consolidativa peribronquial negativa para malignidad en primera instancia asociado a HAD. En los primeros meses de tratamiento se complica con derrame pleural unilateral en contexto de adenocarcinoma de pulmón. A pesar de que al inicio se descartó la presencia de atipia, el hallazgo intratratamiento de adenocarcinoma de pulmón sugiere que la VAA puede ser paraneoplásica. La neoplasia más frecuentemente asociada a VAA es cáncer de piel no melanoma. El registro de vasculitis sueco no encontró riesgo de cáncer de pulmón.

**Conclusiones:** El screening oncológico frente a un paciente con VAA debe ser individualizado, según antecedentes (tabaquismo), cuadro clínico y evolución atípica de la enfermedad.

**Palabras Claves:** Vasculitis, neoplasia, ANCA

266

**0266 - SUBTIPOS DE ANTICUERPOS Y COMPROMISO PULMONAR EN LAS VASCULITIS ANCA**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** VASCULITIS/PMR  
**Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**  
 VERGEL ORDUZ, Linda Grey I BRIGANTE, Jorge Alejandro I TOMASZUK, Gisela I YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana I GOMEZ, María Gimena I HAMAUI, Adriana I DUBINSKY, Diana

**SANATORIO GÜEMES**

**Objetivos:** En las vasculitis ANCA (VAA) la afección respiratoria se reporta en 25% -80% y es un factor importante de morbilidad. Se describen patrones como neumonía intersticial no específica (NINE) especialmente en la GPA con peor pronóstico y supervivencia a 10 años del 35%. Este compromiso se puede manifestar, desde hemoptisis hasta cambios en el parénquima detectado TC asintomáticos. Mohammad et al en su serie de 140 pacientes con VAA, encontró que la enfermedad intersticial (EPI) se presenta principalmente en ANCA-p PR3 pudiendo reflejar diferencias en la patogénesis. Objetivo: describir el compromiso pulmonar por TC de tórax al diagnóstico. Evaluar el compromiso pulmonar y la actividad de la enfermedad por BVAS3 según ANCA. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo transversal. Pacientes >18 años con VAA (ACR 1990/Chapel Hill 2012) Y compromiso pulmonar de 01/2013- 07/2018. Los datos demográficos y clínicos fueron obtenidos de HCl electrónicas.

Variable	ANCA-p (N=10)	ANCA-c (N=10)	ANCA-p/MPPO (N=10)	p
Edad (años)	54.65 ± 16.3	54.65 ± 16.3	54.65 ± 16.3	0.99
Sexo (M/F)	10/0	10/0	10/0	0.99
Actividad (E/S)	10/0	10/0	10/0	0.99
Compromiso pulmonar	10/0	10/0	10/0	0.99
Tipos de compromiso pulmonar	10/0	10/0	10/0	0.99
Actividad de la enfermedad por BVAS3	10/0	10/0	10/0	0.99

Compromiso de órgano por BVAS3. Laboratorio: ANCA (IFI), MPO, PR3 (ELISA), PCR, ESD, Cr sérica. La TC tórax de inicio fue evaluada por imagenólogos y neumonólogos, cegados a los datos clínicos. La afección pulmonar se clasificó: localización (superior, medio e inferior), gravedad por % estimado y tipo de compromiso: consolidación, vidrio esmerilado, atelectasia, derrame pleural, engrosamiento pleural, peribroncovascular e interlobulillar, patrón intersticial (NINE, NIU), tractos densos, necrobiosis, bronquiectasias, cavitaciones, quistes subpleurales y nódulos. Análisis Estadístico. El análisis descriptivo se presenta como medias ± DS y medianas con rango intercuartílico (IQR) para las variables continuas. %, Test Chi2 y tablas de contingencia para las variables categóricas. Significancia estadística 5% (p <0.05). **Resultados:** Resultados: Se revisaron 33 historias, 20/33 (60.6%) con compromiso pulmonar. Masculino 13/20 (65%), edad media 54.65 ± 16.3 años. Recibieron tratamiento antibiótico 15/20. Tabaquistas 10 (50%), EPOC 1(5%). Tipo de VAA: GPA 10(50%) ANCA-c 10(100%) con PR3 9/10. PAM 8(40%) ANCA-p y MPO 10(100%), EGPA 2(10%) ANCA-p y MPO. Actividad: Grupo ANCA-p y MPO (BVAS 20 ± 11.65, ESD 82.5 mm/h IQR 41.25-99.25, PCR 92.5 mg/L IQR 50-135), ANCA-c y PR3 (BVAS de 20.7 ± 8.48, ESD 90 mm/h IQR 75.7-105 y PCR 53.5 mg/L IQR 21.2-84.7) sin diferencias significativas. Hemorragia alveolar (HAD) difusa 9 (45%), con compromiso renal 8 (40%), mediana de Cr basal 3.35 mg/dl (IQR 1.9 -5.52). Localización en lóbulos inferiores fue más frecuente en 17/20 (85%), medio 13 (65%) y superior 9 (45%). Extensión del compromiso: > 50% en 13(65%) y < 50% en 7 (35%). **Conclusiones:** En nuestra cohorte de VAA el compromiso pulmonar se presentó acorde a lo reportado de 69% -82% de los casos. Los nódulos pulmonares, cavitados o no, reportados en hasta el 50%, seguidos de atelectasias y tractos densos, son más frecuentes en GPA. En este estudio los nódulos se presentaron en igual número de pacientes en los dos grupos, las atelectasias y los tractos densos estuvieron mayormente en ANCA-c PR3. En nuestra cohorte, la EPI se presentó dentro de la frecuencia reportada (10-20%) y solo en el subtipo ANCA-p MPO. El derrame pleural se reportó en 19%-26% de los pacientes ANCA-p MPO con PAM, a diferencia de lo evidenciado en este estudio en donde el derrame pleural bilateral predominó en los ANCA-c PR3 GPA. En ambos grupos se encontró alto índice inflamatorio por BVAS3. En acuerdo con Mohammad et al en nuestra serie la enfermedad intersticial se presentó en los ANCA-p MPO y en ninguno con GPA. El resto de hallazgos, bronquiectasias, engrosamientos interlobulillares, peribroncovasculares y quistes subpleurales fueron igual en ambos grupos. Debido a que se trata de una enfermedad poco prevalente, con nuestro bajo número de pacientes no pudimos determinar asociación entre el subtipo de ANCA y el patrón de compromiso pulmonar sin embargo dado su impacto clínico y pronóstico este debe considerarse en todos al momento del diagnóstico. **Palabras Claves:** Vasculitis ANCA, compromiso pulmonar

267

**0267 - DESCRIPCIÓN DE PATRONES CAPILAROSCÓPICOS Y SU TRADUCCIÓN CLÍNICO-IMMUNOLÓGICA**

**Modalidad:** Poster - **Unidad Temática:** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
**Unidad Temática 2: OTROS**  
 QUAGLIA, Maria Isabel I ALONSO, Carla Gimena I MALDINI, Carla Soledad I SAVIO, Veronica I ALBIERO, Juan Alejandro I GOBBI, Carla Andrea I ALBA, Paula

**HOSPITAL CORDOBA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**

**Objetivos:** Introducción: El Fenómeno de Raynaud (FR) es una respuesta vasoespástica exagerada al frío u otros estímulos, de diagnóstico clínico, pudiendo ser primario o secundario. La capilaroscopia

Variable	ANCA-p (N=10)	ANCA-c (N=10)	ANCA-p/MPPO (N=10)	p
Edad (años)	54.65 ± 16.3	54.65 ± 16.3	54.65 ± 16.3	0.99
Sexo (M/F)	10/0	10/0	10/0	0.99
Actividad (E/S)	10/0	10/0	10/0	0.99
Compromiso pulmonar	10/0	10/0	10/0	0.99
Tipos de compromiso pulmonar	10/0	10/0	10/0	0.99
Actividad de la enfermedad por BVAS3	10/0	10/0	10/0	0.99

y la inmunología ayudan a determinar la causa. Objetivo: Describir las características capilaroscópicas y su asociación a manifestaciones clínicas e inmunológicas en una cohorte de pacientes con FR. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, donde se revisaron las capilaroscopias efectuadas en una unidad de Reumatología entre junio/2014 y junio/2018; realizadas con Capilaroscopia Óptica ARCANO por un reumatólogo entrenado. Se obtuvieron datos demográficos, comorbilidades, tóxicos, fecha de inicio del FR, lesiones macroscópicas (úlceras digitales, lesiones perinqueales, telangiectasias, puffy fingers y esclerodactilia), manifestaciones clínicas (enfermedad pulmonar intersticial (ILD), hipertensión pulmonar (HTAP), síndrome sicca, debilidad muscular, compromiso cardíaco, reflujo gastroesofágico (RGE), artritis) y laboratorio inmunológico (anticuerpos antinucleares (ANA), anticentrómero (ACA), anti-Scl70 (SCL70), anti-RO, anti-LA, anti RNP, anti DNA, anticardiolipinas (ACL), anti-Sm, anti-JO1 y anti-Mi2). El diagnóstico se clasificó en: Esclerodermia (ES), otras collagenopatías, collagenopatía indiferenciada (definido por serología autoinmune negativa, clínica compatible y capilaroscopia anormal) y FR primario. En la capilaroscopia se evaluaron: número de capilares (NcD), zonas avasculares, distrofias (tortuosidades, ovillos, desorganización), ectasias, megacapilares, dilataciones y microhemorragias. El patrón capilaroscópico se clasificó en temprano (algunos megacapilares y microhemorragias, buena distribución, NcD conservado), activo (frecuentes megacapilares y microhemorragias, moderada pérdida de capilares, leves ramificaciones, leve desorganización) y tardío (megacapilares y microhemorragias ausentes, severa pérdida de capilares, extensas áreas avasculares, capilares ramificados o en ovillo, intensa desorganización). Las variables cuantitativas fueron expresadas en mediana y rango intercuartil y las cualitativas en proporción y porcentaje. Se compararon con el test de Student y Fischer. **Resultados:** Se obtuvieron 138 capilaroscopias de 127 pacientes. Se analizó la historia clínica de 70 (57,9%); de los cuales 10 (7,2%) tuvieron otra de seguimiento. El patrón activo fue el más frecuente. Se encontró diferencia significativa entre lesiones macroscópicas, ANA y patrón activo (p= 0.002 y p = 0.04) (ver tabla). De las capilaroscopias de seguimiento, 3 pacientes progresaron de patrón; uno con diagnóstico de LES fue reclasificado como ES con igual capilaroscopia. **Conclusiones:** El patrón capilaroscópico más frecuente fue el activo, y se asoció con ANA y lesiones macroscópicas, mientras que no se encontró relación con los demás. **Palabras Claves:** Fenómeno de Raynaud Capilaroscopia Patrones capilaroscópicos

## 268

**0268 - ENTERITIS LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Modalidad: Poster- Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

Unidad Temática 2: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

CUÉLLAR BERMEO, Yulie Alexandra | MARINO, Diego Andrés | GOMEZ, R A | DUBINSKY, Diana

**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Objetivos:** Se presenta un caso clínico de enteritis lúpica asociada a nefritis lúpica como primera manifestación de LES. **Materiales y Métodos:** Las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (50%). Dentro de ellas la enteritis lúpica tiene una prevalencia 0,2-2% del total de los pacientes con LES, mientras que en aquellos que presentan dolor abdominal alcanza el 45-79%. Puede presentarse como primera manifestación de la enfermedad o durante su evolución y se asocia a otros signos de actividad (ej: nefritis, DNAde +, hipocomplementemia). Dentro de las manifestaciones se encuentra el dolor abdominal (97%) seguido de vómitos (82%), por lo cual se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. **Resultados:** CASO CLÍNICO Paciente femenina de 22 años edad sin antecedentes, consulta por dolor abdominal de 1 mes de evolución, que en la última semana aumenta en intensidad y se asocia a náuseas, vómitos, constipación y edema de miembros inferiores. Al examen físico, presenta dolor abdominal difuso a predominio de marco cólico, con defensa, edemas en miembros inferiores y pared abdominal. Godet +, frios, sin cambios de coloración de la piel, leve rash malar. Se realizan radiografía tórax que muestra derrame pleural bilateral a predominio derecho, TAC abdomen y pelvis con contraste EV donde se evidencia marcada dilatación colónica, con engrosamiento concéntrico irregular de la pared que realiza tras la administración del contraste (imagen en escarapela) que podría corresponder a proceso inflamatorio, vejiga poco replecionada y dilatación ureteropelical derecha de 19 mm. En sedimento por nefrotología se evidencia proteinuria ++++, leucocitos 10-15/CPO hemates 30-40/CPO dismórficos, con 10% de acantocitos y cilindros hemáticos. Proteinuria de 24 horas: 2.4g/d. Inmunoserología: FAN + 1/640 homogéneo, FR -, anti CCP, Ro +, La +, Sm -, ANCA - C -, ANCA - P -, hipocomplementemia, Inhibidor lúpico -, anticardiolipinas IgM - IgG -, serologías virales -. Se realiza VCC observándose mucosa edematizada que estenosa en forma relativa la luz desde tercio medio de colon ascendente hasta ángulo hepático. Por presentar síndrome nefrótico, hipertensión, deterioro de la función renal (creat. 0,68 a 1,13 mg/dL), FAN + e hipocomplementemia, se interpreta como LES con nefritis lúpica y probable enteritis lúpica. En conjunto con cirugía quien considera abdomen agudo médico, se decide iniciar reposo digestivo, pulsos de metilprednisolona 1gr/d durante 5 días y ciclofosfamida 1 gr EV (29/6/18), continuando con meprednisona 1 mg/kg/día. La paciente evoluciona rápidamente, con lenta recuperación, persistencia de la distensión y del dolor abdominal por lo cual se inicia nutrición parenteral. Por múltiples interurrencias infecciosas recibe tratamiento antibiótico. Continúa con igual tratamiento con mejoría progresiva, se reinicia gradualmente la vía oral. A las 4 semanas se realizó nuevo ciclo de ciclofosfamida EV. Con resolución del cuadro clínico. **Conclusiones:** La enteritis lúpica es un cuadro poco frecuente que puede ser la primera manifestación de LES. Su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha, siendo la TAC uno de los pilares fundamentales para el diagnóstico. La dilatación colónica, ocasionalmente puede acompañarse de hidronefrosis bilateral, e incluso dilatación de vesícula biliar, en un síndrome que Frank et al han denominado "síndrome de megavisera del lupus", en cuya fisiopatología se plantea la disfunción difusa del músculo liso gastrointestinal o del sistema nervioso entérico (disautonomía), su curso es variable, pero los pacientes pueden presentar recaídas especialmente aquellos que cursaron con compromiso colónico. En cuanto a la terapéutica, actualmente hay controversia sobre su manejo, debido a la falta de ensayos clínicos sobre esta manifestación. El tratamiento habitual e inicial suele ser con metilprednisolona o prednisona oral en dosis altas. Si bien la respuesta suele ser buena, existen casos refractarios y de lenta resolución, corticoide-resistente donde está descrita la utilización de ciclofosfamida o micofenolato, teniendo este último un mejor perfil de seguridad. El pronóstico, en general es bueno, y la recurrencia poco frecuente.

**Palabras Claves:** Lupus, Enteritis Lúpica, Megavisera

## 270

**0270 - LA ASOCIACIÓN ENTRE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES Y MEDIDAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS USANDO PRUEBAS CLÍNICAS DE FASE 3 DE ESTUDIOS DE UPADACITINIB**

Modalidad: Poster- Unidad Temática: AR

PIOVESAN, María Mercedes(1) | STRAND, Vibeke(2) | DAMJANOV, Nemanja(3) | SCOVILLE, Craig(4) | TUNDIA, Namita(5) | CAMP, Heidi S.(6) | CHEN, Kun(1) | SUBOTICKI, Jessica(1) | VAN VOLLENHOVEN, Ronald(7) | BONSIGNORE OLHABERRY, Fabiana(1)

**ABBVIE (1); DIVISION OF IMMUNOLOGY / RHEUMATOLOGY, STANFORD UNIVERSITY (2); INSTITUTE OF RHEUMATOLOGY, BELGRADE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE (3); IDAHO FALLS ARTHRITIS CLINIC (4); ABBVIE INC (5); ABBVIE INC (6); AMSTERDAM RHEUMATOLOGY AND IMMUNOLOGY CENTER ARC (7)**

**Objetivos:** Los Resultados Reportados por Pacientes (PROs) en RA son importantes para evaluar el impacto total de la enfermedad, aunque las decisiones de tratamiento puedan estar frecuentemente guiadas por medidas derivadas de actividad de enfermedad. El propósito de este análisis fue determinar la asociación entre PROs y resultados compuestos en pacientes con AR recibiendo el inhibidor selectivo de JAK-1, upadacitinib (UPA), con respuestas inadecuadas (IR) a DMARDs biológicos (b) o convencionales sintéticos (cs) previos. **Materiales y Métodos:** Se analizaron los datos de pacientes que recibieron 15 o 30mg de UPA diariamente (QD), en doce semanas, en los estudios fase III, en csDMARD-IR (SELECT-NEXT) y bDMARD-IR (SELECT-BEYOND) o placebo y terapia de fondo con csDMARD; como también un tercer estudio (SELECT-MONOTHERAPY), en el cual pacientes MTX-IR recibieron monoterapia con UPA o MTX (ciego) por 14 semanas. Se evaluaron mejoras moderadas substanciales en el dolor ( $\geq 30\%$  y  $\geq 50\%$  desde línea base [ $\Delta$  BL], respectivamente), valores normales en HAQ-DI ( $\leq 0.25$ ) y evaluación funcional de fatiga por la terapia en enfermedad crónica (FACIT-F:  $\geq 43.6$ , solo SELECT-NEXT). Se evaluó la asociación entre resultados clínicos (TJC, SJC, evaluación global médica[MDGA], CRP y medidas compuestas [ACR, DAS28-CRP, CDAI]), y PROs (dolor[VAS], HAQ-DI, evaluación global del paciente [PtGA], rigidez matutina, FACIT-F) a través de correlaciones Pearson y un modelo de logística univariado, controlando el grupo de tratamiento y valor basal. **Resultados:** Los pacientes incluidos en los estudios SELECT-NEXT y SELECT-BEYOND tenían RA activa de moderada a severa (promedio DAS28-CRP: 5.6 y 5.8, respectivamente), con duración de enfermedad de 7 y 12 años respectivamente. En general, puntajes  $\Delta$ BL en dolor y HAQ-DI fueron ligeramente relacionados con medidas individuales derivadas del médico (SELECT-NEXT: dolor, 0.161-0.537, HAQ-DI, 0.081-0.425; SELECT-BEYOND: dolor, 0.131-0.511, HAQ-DI, 0.052-0.409); por otra parte, relaciones moderadas a alta fueron observadas entre el dolor, HAQ-DI y PtGA en ambos RCTs (SELECT-NEXT: dolor, 0.835-0.851, HAQ-DI, 0.418-0.518; SELECT-BEYOND: dolor, 0.828-0.871, HAQ-DI, 0.479-0.520). En el análisis de regresión, las mejoras en evaluación individual de enfermedad fueron asociadas con mejoras significativas en el dolor en la semana 12 a través de RCTs (Tabla). Además, los pacientes con mejora en medidas compuestas tenían más probabilidades de reportar mejoras substanciales en el dolor. Asociaciones similares fueron evidentes para los puntajes HAQ-DI en la semana 12 a través de RCTs (incluyendo SELECT-MONOTHERAPY), y también para FACIT-F en SELECT-NEXT.

**Conclusiones:** Lograr mejoras substanciales en el dolor, función física y fatiga fue asociada tanto con las medidas individuales derivadas del médico como con resultados de enfermedad compuestos. Estos datos apoyan el uso de PROs en RCTs y también implican que, aunque los PROs puedan estar incluidos en las metas compuestas, son parámetros distintos que proveen puntos de vista adicionales en el impacto real de RA.

## 271

**0271 - EVALUACIÓN DENSITOMÉTRICA POR DXA DE UNA POBLACIÓN PREMENOPÁUSICA**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CROW, Catherine | AMITRANO, Cristina | ASNAL, Cecilia | BOFFA, Silvana | MEDINA, Esmilce | PUCCI, Paula | NITSCHKE, Alejandro

**HOSPITAL ALEMÁN**

**Objetivos:** evaluar la DMO medida por DXA en una población premenopáusica, y describir los criterios médicos que se tuvieron en cuenta para el estudio y las variables de interés.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se seleccionaron todas las DXA de pacientes premenopáusicas realizadas durante 1 año, en un equipo Lunar Prodigy Advanced de nuestro hospital. Se incluyeron todas las DXA realizadas en forma consecutiva. Se recolectaron datos de interés provenientes de la encuesta para pacientes, incorporada al estudio densitométrico, donde se interrogó sobre factores de riesgo, medicación concomitante, y antecedentes personales y familiares relevantes. Se evaluó edad, motivo del estudio, IMC, valores DMO en CL y CF, y comorbilidades.

**Resultados:** Se incluyeron 126 pacientes. La edad promedio fue de 43,51 años (22-55). La DXA se solicitó por motivos médicos en 108 casos, siendo los más frecuentes la perimenopausa en 34, y celiaquía en 21. En 18 pacientes el motivo de la solicitud fue equívoco, por dolor lumbar en 11 y a pedido del paciente en 7. La DXA fue normal en CL en 84 pts, en CF en 81 pts y en ambas regiones en 71 pts. El IMC fue normal en 70 pts. En el grupo de perimenopausa solo 6 pacientes obtuvieron valores de osteopenia en CL y 8 en CF, y solo 2 pts resultaron con un T-score menor a -2,5 en CL. Los pts celíacos (n:21) y con hipercalciuria (n:3) tuvieron valores más bajos de DMO.

**Conclusiones:** Los pacientes con perimenopausa en su mayoría, obtuvieron valores normales de DMO por DXA. Solo 2 pts en este grupo, tuvieron valores de DXA compatibles con osteoporosis en CL y ninguno en cadera. La celiaquía y la hipercalciuria se asociaron a DMO más bajas, con predominio de osteopenia en la celiaquía 6/21 y de osteoporosis en la hipercalciuria 3/3.

**Palabras Claves:** Densitometría, osteoporosis, premenopausa

## 272

**0272 - HIPOCOMPLEMENTEMIA PERSISTENTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS

LEGUIZAMON, María Lilia(1) | MAZZA, Susana Marcela(1) | ESPASA, Gabriela Vanesa(1) | HÜTTMANN, Francisco Javier(1) | SORIA CURI, Yessika Jackeline(1) | BARBAGLIA, Ana Lucía(1) | SUELDO, Héctor Raúl(1) | GÓNZALEZ LUCERO, Luciana(1) | BERTOLACCINI, María Constanza(1) | MALDONADO, Pablo Ramiro(1) | SANTANA, Mirta(2) | GALINDO, Liliana(2) | BELLOMIO, Verónica Inés(1)

**HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN (UNT) (2)**

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de hipocomplementemia persistente en pacientes con LES. 2) Identificar características clínicas, actividad de la enfermedad y daño acumulado en estos pacientes. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal con revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES (criterios ACR 82/97) que asistieron al Servicio de Reumatología entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Se incluyeron pacientes con un tiempo de evolución mínimo de 6 meses desde el diagnóstico de LES con controles trimestrales y seguimiento durante 2 años. Se definió Hipocomplementemia Persistente (HCP) a valores de C3 y/o C4 menores al rango de normalidad del laboratorio de referencia y en forma sostenida por al menos 24 meses. Se analizaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad por SLEDAI 2k, reactivación por SELENA SLEDAI y daño acumulado por SLICC/SDI. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test chi<sup>2</sup>, test t y regresión logística. **Resultados:** Se revisaron historias clínicas de 254 pacientes con LES y se incluyeron 144; el 96% fueron mujeres, con edad media al diagnóstico de LES de 30.5  $\pm$  11.2 años y un tiempo de evolución de la enfermedad al último control 11.85  $\pm$  7.8 años. Cuarenta y un pacientes presentaron HCP (28.5%; IC 95% 21.1, 35.8). La mediana de tiempo de evolución del LES al momento de HCP fue de 1 año (0-24) y la media de persistencia de hipocomplementemia fue 56  $\pm$  46 meses. En el análisis univariado, HCP se asoció a compromiso hematológico durante la evolución de la enfermedad (p=0.01). Los pacientes con HCP tuvieron mayor frecuencia de reactivación severa durante el seguimiento (p=0.02). HCP no se asoció a edad de inicio de LES, actividad de la enfermedad (máximo SLEDAI alcanzado), daño acumulado ni muerte. Aplicando Modelo de Regresión Logística con las variables dependientes con nivel de significancia <0.25, HCP se asoció en forma independiente a compromiso hematológico (OR 3.2). **Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes la prevalencia de HCP fue 28.5%. HCP se asoció a reactivación severa del LES y compromiso hematológico. Daño acumulado no se asoció a HCP. **Palabras Claves:** Hipocomplementemia persistente, LES

273

0273 - RÁPIDA RESPUESTA CON EL TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y RESPUESTA INADECUADA A CSDMARDs O bDMARDs

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR  
 PIOVESAN, María Mercedes(1) | FITZGERALD, Oliver(2) | RUBBERT-ROTH, Andrea(3) | CHEN, Kun(4) | MEERWEIN, Sebastian(5) | ENEJOSA, Jose Jeffrey(6) | SHAW, Tim(7) | WELLS, Alvin(8) | BONSIGNORE OLHABERRY, Fabiana(2)  
**ABBVIE (1); ST. VINCENT'S UNIV HOSPITAL AND CONWAY INST UNIV COLLEGE DUBLIN (2); KANTONSSPITAL ST. GALLEN, ST GALLEN (3); ABBVIE INC N CHICAGO, IL, (4); ABBVIE DEUTSCHLAND GMBH & CO. KG, LUDWIGSHAFEN, (5); ABBVIE INC N CHICAGO, IL (6); ABBVIE INC N CHICAGO, IL (7); RHEUMATOLOGY AND IMMUNOTHERAPY CENTER, FRANKLIN, WI. (8)**

**Objetivos:** Upadacitinib (UPA) es un inhibidor JAK oral selectivo para JAK1, que demostró eficacia en pacientes (pts) con artritis reumatoide de moderada a severa con respuesta inadecuada (IR) a csDMARD o bDMARD en los estudios SELECT-NEXT1 y SELECT-BEYOND2, respectivamente. El propósito de este análisis fue investigar la velocidad de respuesta a UPA a través de medidas de enfermedad en pacientes de csDMARD-y bDMARD-IR. **Materiales y Métodos:** 661 pacientes en NEXT y 498 en BEYOND recibieron 15 ó 30 mg de UPA una vez al día (QD) o placebo (PBO) por 12 semanas (wks). Se evaluó el tiempo en alcanzar resultados clínicamente significativos, incluyendo ACR20/50, DAS28-CRP y Baja Actividad de Enfermedad (LDA) medidas por CDAI y SDAI. Se estimaron las incidencias acumulativas de ACR20/50, DAS28-CRP y LDA por CDAI y SDAI durante 12 semanas. La proporción de riesgos entre UPA y PBO fueron obtenidos usando el modelo proporcional de riesgos Cox con tratamiento grupal, correspondiendo valores basales y principales factores de satisfacción, sin control para comparaciones múltiples. Todos los análisis fueron basados en datos observados sin imputación. **Resultados:** Los pacientes tuvieron una duración de enfermedad de 7 y 14 años en NEXT y BEYOND respectivamente. En BEYOND, los pacientes eran refractarios al tratamiento, como se evidenció

por el 53% habiendo recibido  $\geq 2$  bDMARDs2 previos. Tiempo promedio para lograr ACR20 fueron similares, independientemente de la población de pacientes, siendo 4 semanas para 15mg de UPA QD y 2-3 semanas para 30mg de UPA QD vs 12 semanas en PBO (p<.001). En general, los tiempos promedios para lograr ACR50 y DAS28-CRP  $\leq 3.2$  para UPA 15mg y 30mg QD fueron aproximadamente 12 semanas y 8 semanas para pacientes de csDMARD-IR y bDMARD-IR, mientras que el promedio no fue alcanzado para pacientes de PBO durante las primeras 12 semanas (p<.001, Tabla 1). El tiempo promedio para LDA por CDAI y SDAI fue de aproximadamente 12 semanas a través de dosis y población UPA, pero no fue lograda por pacientes recibiendo PBO dentro de ese tiempo. En pacientes recibiendo UPA fue 2-4 veces más probable que alcanzaran respuestas clínicas vs pacientes recibiendo PBO. En general, ambas dosis de UPA actuaron de forma similar entre la población de pacientes, con respuestas numéricas más rápidas observadas en pacientes recibiendo 30mg de UPA vs pacientes recibiendo 15mg de UPA QD. El tiempo promedio para lograr 20% y 50% de mejorías en articulaciones sensibles e inflamadas fueron de 1-2 semanas y 2-4 semanas respectivamente, para ambas dosis de UPA, independientemente la población de pacientes. Los tiempos promedio para alcanzar una mejora del 20% en duración y severidad de rigidez matutina, fueron de aproximadamente 2 semanas en cada rama de UPA vs 4 semanas en PBO (p<.001). **Conclusiones:** Los pacientes que recibieron UPA, tanto 15mg como 30mg QD, tenían más probabilidades de alcanzar respuestas clínicas en puntos de tiempo significativamente más tempranas al compararlos con pacientes recibiendo PBO. Sin considerar si eran csDMARD-IR o bDMARD-IR, el tiempo para alcanzar varias respuestas clínicas fue consistente entre la población de pacientes.

278

0278 - ANÁLISIS DE INFUSIONES ENDOVENOSAS INDICADAS POR REUMATOLOGÍA EN UNIDAD HOSPITALARIA DE DÍA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS  
 AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro I FUENTES, María Elisabet I ARRIETA, Evelina I GARCIA, Mercedes Argentina

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Analizar el porcentaje que representan las indicaciones reumatológicas dentro de las infusiones endovenosas realizadas en un período de tiempo de un año en un centro de referencia, los medicamentos infundidos y los diagnósticos que presentaban los pacientes para tal indicación. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se revisó el registro de infusiones realizadas en el período de Junio de 2017 a Junio de 2018, en Hospital de Día de un centro de referencia hospitalario de 3° nivel de la Provincia de Buenos Aires.

**Resultados:** Se registraron datos de 3.492 asistencias para infusiones endovenosas, de las cuales 420 (12%) fueron de pacientes del servicio de Reumatología, quedando por detrás de Oncología 41,4% y Hematología 30,6%. Las mismas corresponden a un total de 86 pacientes, entre los cuales 40 (46,51%) se registraron como ingresos en dicho período de tiempo mientras que los restantes 46 (53,49%) continuaron tratamientos indicados previamente. Sin embargo, desde el año 2013 al 2016 la asistencia de pacientes de Reumatología ha ido en descenso 20,5%, 16,95%, 13,7% y 11,8%, en cada año respectivamente. De los 86 pacientes con patología reumatológica, se analizaron los diagnósticos, siendo el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 35 (40,7%) la más frecuente, le siguen en orden de frecuencia Artritis Reumatoidea 27 (31,4%), vasculitis 9 (10,57%), Esclerosis Sistémica y Enfermedad de Behcet 3,49% cada una (3 pacientes), Artritis psoriásica y Osteoporosis 2,33% (2 pacientes cada una) y finalmente Artritis Idiopática Juvenil, Enfermedad relacionada a IgG4, Enfermedad de Still del Adulto, Dermatomiositis y Síndrome de Sjögren primario 1 paciente cada una (1,16%). Los medicamentos indicados son reconstituidos en cabina de seguridad biológica tipo IIB. En el análisis de indicaciones por paciente: Rituximab 23 (26,74), Belimumab 21 (24,42%), Ciclofosfamida 16 (18,6%), Abatacept 8 (9,3%), Infliximab 8 (9,3%), Tocilizumab 7 (8,14%), Bifosfonatos endovenosos 2 (2,33%), Metotrexato 1 (1,16%). Si nos enfocamos en las infusiones de cada uno de ellos: belimumab 160 (38,46%), rituximab 73 (17,55%), ciclofosfamida 54 (13%), infliximab 47 (11,3%), abatacept 44 (10,58%), tocilizumab 35 (8,14%), bifosfonatos endovenosos 2 (0,48%) y mtx 1 (0,24%). **Conclusiones:** Las indicaciones reumatológicas de un año, representan un 12% de las infusiones realizadas, quedando por detrás de las indicaciones Oncológicas y hematológicas que suponen cerca de un 72%. Los medicamentos infundidos con mayor frecuencia fueron Belimumab, Rituximab y Ciclofosfamida (69% de todas las infusiones), las cuales son indicadas en patologías como el LES y las vasculitis sistémicas, que en conjunto suponen más del 50% de los diagnósticos por los cuales asisten los pacientes a infundirse. El descenso del número de pacientes reumatológicos se debe principalmente a la preferencia por la vía de administración subcutánea, en los casos en que existe la opción, y a la posibilidad de realizar la infusión en centros privados de otros pacientes. El hospital de día representa una estructura altamente especializada, cuyo alcance sobrepasa con mucho la mera administración de tratamientos intravenosos en régimen ambulatorio. Supone una adaptación de las formas de trabajo a las necesidades de los pacientes, con la intención de hacer compatible una atención eficaz y un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles. **Palabras Claves:** Hospital de Día. Reumatología

277

0277 - CONFIGURACIÓN Y EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE DÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE 3° NIVEL

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS  
 AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro I FUENTES, María Elisabet I ARRIETA, Evelina I GARCIA, Mercedes Argentina

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Describir las características, organización y funcionamiento de un Hospital de Día de un Hospital público, detallando personal interviniente, condiciones estructurales y gestiones farmacológicas.

**Materiales y Métodos:** Se realiza un estudio observacional y descriptivo de situación de un Hospital de Día de un centro de referencia de la Provincia de Buenos Aires.  
**Resultados:** La Unidad Hospitalaria de Día está conformada por un equipo multidisciplinario que incluye un médico especialista, 2 farmacéuticos, 3 enfermeras a cargo de los cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y recuperación de los pacientes, 3 técnicas de farmacia responsables de la manipulación de los medicamentos, una secretaria dedicada a las cuestiones administrativas, y por último una persona encargada del mantenimiento y gestión de residuos. La indicación de tratamientos está a cargo de cada médico especialista, quien conociendo la patología y comorbilidades de su paciente elige el mejor esquema farmacológico y las indicaciones correspondientes para disminuir la aparición de interacciones. La gestión de turnos es responsabilidad del personal administrativo, contemplando una disponibilidad de 12 sillones, teniendo en cuenta el tiempo de preparación y administración de los tratamientos para un mejor aprovechamiento del mobiliario. En consonancia con la progresiva informatización, se dispone de un sistema informático denominado FARMOS, que permite la prescripción electrónica médica asistida, basado en protocolos de medicación, la gestión de preparación de mezclas intravenosas, el registro electrónico de la administración y la generación de informes y estadísticas. La recepción de pacientes según listado de turnos es realizada por el personal de enfermería, así como la recepción de medicamentos que posteriormente son registrados por las farmacéuticas. Los pacientes son interrogados y evaluados por médico responsable de la sala para detectar eventualidades que pudieran suponer un retraso de la infusión. Respecto al rol del farmacéutico consiste en la validación de prescripciones, preparación de las mezclas endovenosas individualizadas para cada paciente asegurando estabilidad fisicoquímica y microbiológica, dispensación y almacenamiento adecuado de medicamentos, seguimiento y control de la terapéutica junto al equipo de salud. Debido a que muchos de los tratamientos administrados son categorizados como biopeligrosos (agentes oncogénicos, mutagénicos y teratogénicos o tóxicos para los órganos) es imprescindible tomar medidas de protección de personal que manipula este tipo de fármacos. Por este motivo, dentro de la estructura de Hospital de Día funciona una Unidad Centralizada de Preparación de Citostáticos (UCPC) a cargo del personal farmacéutico. La misma está provista de una cabina de seguridad biológica (CSB) tipo IIB que brinda protección al personal técnico involucrado en la preparación, así como también al medio ambiente, al mismo tiempo que asegura la preparación en condiciones asépticas. El área de UCPC, así como el sistema de tratamiento de aire y la CSB cumplen las recomendaciones tanto nacionales como internacionales y los estándares respecto a la clase de aire circulante. Para la certificación se utiliza la metodología descrita en las normas IRAM-ISO 14644-1:2004 Cabe destacar que en el último año se realizaron 5.746 preparaciones correspondientes a 3.492 asistencias de pacientes pertenecientes a diferentes servicios, quedando distribuidos de la siguiente manera: Oncología 41,4%, Hematología 30,6%, Reumatología 12%, Gastroenterología 4,2%, Neurología 3,9% y otros 7,9%. La gestión de limpieza y residuos sanitarios se lleva a cabo por personal de limpieza, con la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.  
**Conclusiones:** La configuración del circuito asistencial del paciente y las relaciones funcionales del Hospital de Día con el resto de las estructuras de su entorno hospitalario es un sistema complejo. La atención especializada es parte importante de la viabilidad y progreso de diferentes especialidades médicas, entre ellas Reumatología. Este análisis descriptivo, debe ser un paso para poder diseñar herramientas para favorecer la implementación de los estándares de calidad que se consideran necesarios, y para realizar una evaluación mediante indicadores que nos permitan determinar su desempeño. **Palabras Claves:** Hospital de Día. Reumatología

279

0279 - CAUSA DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y RELACION CON EL USO DE CORTICOIDES

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS - Unidad Temática 2: OTROS

AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro I GARCIA, Lucila I MARTIRE, María Victoria I VELLOSO, María Sofía I SAVY, Florencia I GARCIA, Nadia I ARIZPE, Fernando I PENA, Claudia I COSTI, Carolina I SANSINANEA, Pierina I TESTI, Adriana I GARCIA, Mercedes Argentina

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Con la hipótesis que el uso de corticoides se asocia a peor evolución de los pacientes hospitalizados se analizaron los motivos de internación de pacientes con LES que cursaron internación en unidad de cuidados intensivos (UCI) y/o en sala de clínica. Se analizó la dosis acumulada anual de GC, el tiempo transcurrido hasta llegar a una baja dosis de corticoides o a la suspensión de los mismos.

LESU (años)	UCI n=20 (%)	CLINICA n=40 (%)	P valor
Tiempo evolución (meses) al momento de la internación	35,7	30,58	0,869
Motivo internación		40,6	0,312
- infección	5 (25)	21 (52,5)	0,042
- otros	5 (25)	19 (47,5)	0,093
SUCX + 6 puntos	9 (45)	29 (72,5)	0,003
SUCX + 3 puntos	12 (60,3)	30 (75)	0,343
Ostión	9 (45)	0	<0,001
Corticoides previos	17 (85)	27 (67,5)	0,348
Imunosupresores previos	16 (80)	14 (35)	<0,001
- azatioprina	2 (10)	5 (12,5)	1
- metotrexato	10 (50)	4 (10)	<0,001
- ciclofosfamida	3 (15)	0	<0,001
Dosis acumulada de corticoides anual (gramos)	5,67	5,09	0,2
Dosis acumulada previos	1,55	1,56	0,293
Internación	2,94	0,99	<0,001
Dosis acumulada durante internación	2,46	2,6	0,038
Dosis acumulada 6 meses previos	1,46	1,46	0,999
Time 1/3g durante internación	8 (40)	3 (7,5)	<0,001

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR modificados (1997) que cursaron internación en UCI en el período enero 2010 a mayo de 2018. El grupo control fueron pacientes con LES de similares características que en el mismo período de tiempo cursaron internación en sala común. Se registraron características sociodemográficas y clínicas, tiempo de evolución de LES, motivo de internación, desensace de la misma, uso de GC, vía de administración, dosis acumulada en los 6 meses previos y posteriores a la internación, tiempo al cual se logró una dosis baja (menor a 7,5 mg/día de prednisona o equivalente) o la suspensión de los mismos. **Resultados:** En un período de 88 meses se registraron

datos de 60 pacientes con diagnóstico de LES, 20 de ellos cursaron internación en UCI y se parearon 1:2 con 40 controles internados en sala de clínica médica según sexo y edad al momento de la internación. El tiempo medio de evolución de la enfermedad al momento de la internación fue de 123 meses (rango 1-414) vs 60,6 (rango 1-336). Los días de internación fueron 46,8 vs 9,87 (p<.0,01). El motivo de internación en UCI fue por causa infecciosa en 50% (10/20) vs 22,5% (9/40). El resto de los parámetros analizados se describen en la Tabla. No se registró ningún óbito entre los internados en sala común, mientras que fueron 9 (45%) los pacientes en UCI que tuvieron este desenlace, y todos ellos con el antecedente de shock séptico. En ninguno de los grupos hubo pacientes que pudieran suspender corticoides en los 6 meses posteriores. Los pacientes de UCI que alcanzaron dosis bajas de corticoides fue en un promedio de 122 días vs 88 (p=0,37) para los pacientes de sala común. **Conclusiones:** El principal motivo de internación en UCI de los pacientes con LES fue por infecciones y se asociaron a peor pronóstico, mientras más del 50% de las internaciones en sala de clínica médica se debió a la actividad de la enfermedad. La dosis acumulada anual de corticoides fue similar en ambos grupos, sin embargo los pacientes de UCI acumularon mayor dosis durante la internación y si bien al alta hospitalaria tardaron más tiempo en alcanzar bajas dosis de corticoides, acumularon menor dosis que los del grupo control de sala común. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico. Internaciones. Corticoides





286

**0286 - EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA BAJA MASA ÓSEA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE ARGENTINA. GESAR OSTEOPOROSIS**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: OA/CRISTALINAS/OSTEOPATÍAS  
BRANCE, María Lorena(1) | LARRROUDE, María Silvia(2) | CURTI, Ana Carolina(3) | KOHAN, María Paula(4) | BRUN, Lucas R(5)**REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS ROSARIO (1); CENTRO ROSSI (2); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (3); HOSPITAL TORNU (4); CONICET (5)**

**Objetivos:** La osteoporosis causa más de 8.9 millones de fracturas anuales en el mundo. Las fracturas tienen una alta morbilidad y mortalidad en la población. Múltiples factores -además de la menopausia- pueden contribuir a la pérdida de masa ósea y conducir a osteopenia y osteoporosis. Por otro lado, los factores de riesgo son un criterio importante al momento de definir la necesidad terapéutica. Además, la no identificación y corrección de los mismos tales como el hiperparatiroidismo secundario podría conducir a fracaso terapéutico. **Motivo:** evaluar los factores de riesgo para baja masa ósea en mujeres postmenopáusicas **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal observacional. Se evaluaron las historias clínicas de mujeres postmenopáusicas (n=250) de 4 centros de Reumatología de Argentina (2 de Buenos Aires, 1 de Rosario y 1 de Mendoza) que concurren por control de su masa ósea. Criterios de exclusión: enfermedad autoinmune, enfermedad renal crónica, diabetes, cáncer, SIDA, falla hepática crónica. La densidad mineral ósea (DMO) fue evaluada por densitometría de rayos X dual (DXA) en columna lumbar, cuello femoral y cadera total. Los resultados se expresan como medias±DS. **Resultados:** Las características generales de la población evaluada fue= edad: 66.8±10.3 años [rango 48-91]; menarca: 12.0±1.2 años; años transcurridos desde la menopausia: 19.6±10.6, menopausia precoz (<40 años)= 6.9% y menopausia temprana (40-45 años)= 13.4%; índice de masa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>): 26.9±5.2 (IMC<18.5=2.1%, 18.5-24.9=38.2%, 25-29.9=37.8%, >30=21.9%); el 76.3% no realizaba actividad física regular (30 min/3veces por semana); consumo de calcio ≥500 mg/día: 8.7%; tabaquista: 17%; alcohol 3 o más unidades/día: 4.6%; antecedente de fractura de los padres: 10.4%. Los parámetros bioquímicos basales fueron= calcemia: 9.3±0.6 mg/dl, fosfatemia: 3.5±0.6 mg/dl, fosfatasa alcalina total: 131.1±147 U/l [rango 27-200], parathormona: 67.9±112.9 pg/ml [rango 10-1424], deoxipiridinolina: 8.2±3.2 nmol/mM Cr, CTX sérico: 442.4±261 pg/ml, calcitriol: 172±120 mg/24 h, 25(OH)vitamina D: 25.6±11.9 ng/ml. Si bien el 38.3% había recibido suplementos de vitamina D se halló una alta proporción de pacientes con deficiencia de vitamina D (déficit severo <10 ng/ml= 4.3%, déficit 10-19.9 ng/ml= 27.4%, insuficiencia 20-29.9 ng/ml= 37.5% y niveles óptimos >30 ng/ml= 30.8%). El 30.4% había recibido drogas osteoprotectoras, de las cuales el 82% eran bisfosfonatos orales, 10.3% terapia hormonal de reemplazo, 6.4% ranelato de estroncio, 1.3% bisfosfonato intravenoso (ácido zoledrónico). El 90.8% había recibido una única droga (principalmente ibandronato) y el 9.2% había sido cambiando a una segunda droga (principalmente denosumab). El T-score fue de -1.9±1.3 en columna lumbar, -1.7±1.2 en cuello femoral y -1.7±0.9 en cadera total. En función de la densitometría se halló un 40.6% de osteoporosis, 45.0% de mujeres con osteopenia y solo 14.4% con masa ósea normal. El 21.2% presentó al menos una fractura vertebral (FvX) y 24.8% había tenido alguna fractura no vertebral. Sólo el 7% de las FvX fue sintomática, el resto fueron hallazgos de en la radiografía. La distribución de las FvX fue: 18.7% lumbar, 58.4% dorsal, 22.9% dorsolumbar. Del total de las FvX, el 31.3% presentó una única fractura, el 41.7% presentó 2 fracturas y el 27% presentó 3 o más FvX. La distribución de las fracturas no vertebrales fue= radio 3.3%, cuello femoral 16%, húmero 12%, metatarsianos 9.3%. Otros sitios fueron tibia, falanges, cúbito, sacro, costilla, pelvis y clavícula. Finalmente, hallamos un 28.3% de hiperparatiroidismo secundario y 19.6% hipercalcemia. Se presentaron 5 casos de hiperparatiroidismo primario (1 carcinoma y 4 adenomas). **Conclusiones:** Se encontraron altos porcentajes de hiperparatiroidismo secundario, deficiencia de vitamina D, fracturas vertebrales y no vertebrales y alta proporción de pacientes con baja ingesta de calcio. Estos resultados remarcan la importancia de la densitometría ósea, el laboratorio de metabolismo mineral óseo y la búsqueda de fracturas vertebrales asintomáticas como evaluación integral del estudio de la masa ósea. La consideración de múltiples factores de riesgos asociados a la densitometría tiene importancia para valorar el status óseo de los pacientes, definir tratamiento y obtener mejores resultados a largo plazo. **Palabras Claves:** osteopenia, osteoporosis, factores de riesgo, fracturas.

289

**0289 - ELECCIÓN DEL 1ER DMARD BIOLÓGICO Y/O INHIBIDOR JAK ASOCIADO CON DURACIÓN, FRECUENCIA, CAUSA Y TIPO DE CAMBIO DE TERAPIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. ATENDIDOS EN LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO (OSECAC) Y ASOCIACIONES CIVILES**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR

COWAN, Mónica Patricia | MALPARTIDA VILDOSO, Mariela | GIRALDI, Leonardo | MOREND, Inés | LEBERSZTEIN, Gabriel

**OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO OSECAC**

**Objetivos:** Trío: describir la modalidad de elección del 1er DMARD biológico y/o inhibidor JAK (I-JAK) en pacientes con AR y su asociación con duración, frecuencia, causa y tipo de cambio de tratamiento 2río: en pacientes con falla a tratamiento con anti-TNF de 1ra línea, evaluar el tratamiento biológico de 2da línea (2do anti-TNF o droga con otro mecanismo de acción), tiempo de duración y eventual causa de discontinuación **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico con análisis centralizado, realizado en la Obra Social de Empleados de Comercio sobre una cohorte de 510 pacientes adultos tratados con DMARD biológicos o I-JAK que iniciaron o renovaron dicho tratamiento entre noviembre de 2017 y agosto de 2018. Se seleccionaron 375 pacientes que cumplieran criterios ACR/EULAR 2010 para AR y habían recibido al menos una dosis de tratamiento. Se analizaron sexo, edad, tiempo de evolución de la AR y tratamientos con DMARD biológicos o I-JAK, duración del tratamiento y causa de discontinuación. Se consideró discontinuación a la suspensión de la terapia por ≥ 3 meses. Se definieron como causas de discontinuación a las categorías: falla 1ra, falla 2da, EA y otros. Se consideró falla de tratamiento a la falta o pérdida de respuesta clínica definida por el médico tratante. Las variables cuantitativas fueron caracterizadas mediante media, desviación estándar, mediana e intervalo intercuartil (IQR). Las variables cualitativas se caracterizaron por distribución de frecuencias. Para mayor rendimiento estadístico, algunas variables cuantitativas se dicotomizaron. Para variables cuantitativas se utilizó contraste no paramétrico y para las categóricas se aplicó test de chi<sup>2</sup> **Resultados:** De los pacientes con AR, 83,2% eran mujeres. La media de edad fue 51,95 ± 15 años, con una mediana de duración de la AR de 11 años. Los biológicos utilizados como 1ra línea de tratamiento fueron: etanercept (33,60%), adalimumab (20,27%), tofacitinib (19,20%), tocilizumab (12,80%), abatacept (7,73%), certolizumab (3,73%), rituximab (2,13%), infliximab (0,27%) y golimumab (0,27%); por grupo farmacológico: anti-TNF 58,13%, no anti-TNF 41,87% (Sobrevivida del 1er biológico (n = 334): para todos los fármacos, mediana 24 meses (IQR: 34,75); anti-TNF (83,53%): mediana 24 meses (IQR 28,5); otros (14,47%): mediana 26,5 meses (IQR 58,5), sin diferencias significativas en ambos grupos. Discontinuación de tratamiento de 1ra línea y cambio a 2da línea: el 23,05% requirió cambio vs 76,95% que no requirió. De los pacientes tratados con anti-TNF, 23,30% requirió cambio a otra terapia y 76,70% continuó con la droga de 1ra línea. De los pacientes tratados con otros biológicos, 21,81% cambiaron y 78,19% no lo hicieron. Causas de discontinuación de droga de 1ra línea: 6,49% por falla 1ra; 71,43% por falla 2da; 18,18% por EA; 3,9% por otras causas. En los pacientes tratados con anti-TNF como 1ra línea que rolaron a otra línea de tratamiento biológico o I-JAK, las causas de discontinuación fueron falla 1ra: 4,62%; 2da: 73,85%; EA: 18,46%; otras: 4,62%, sin diferencias significativas vs la población total. Tratamiento biológico o I-JAK de 2da línea: de los tratados con anti-TNF que hicieron cambio de tratamiento, 30,30% lo hicieron a otro anti-TNF después de una media de 27 meses. De estos últimos, 43,48% rotó a tocilizumab y 34,78% a tofacitinib. La permanencia total no fue diferente entre quienes cambiaron de anti-TNF a un 2do anti-TNF o a otro DMARD biológico y/o I-JAK **Conclusiones:** El % de discontinuación del 1er biológico fue un poco menor que en otras series, pero la sobrevivida del 1er biológico y la elección de un 2do agente ha dado resultados similares. **Palabras Claves:** Elección de DMARD biológico, tratamiento AR

292

**0292 - ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

GONZALEZ, Paula Alejandra | CASALLA, Luciana | ZARATE, Lucía | GAMBA, María Julieta | MIRANDA, Hugo | CAPOZZI, María Nieves

**HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS**

**Objetivos:** INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una entidad poco frecuente caracterizada por adenopatías cervicales y síndrome febril, que predomina en mujeres, habitualmente de origen asiático, y suele responder a AINES o cursos cortos de esteroides. Se han reportado en la literatura casos de asociación con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Presentamos el caso de una paciente con LES que desarrolló EKF sin respuesta al tratamiento habitual. **Materiales y Métodos:** CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES - ACR/97/SLICC 12) realizado en octubre 2017: presentó compromiso mucocutáneo (alopecia, rash malar), articular (poliartritis), hematológico (anemia hemolítica, leucopenia con linfopenia) e inmunológico (FAN 1/1280 homogéneo, anti-DNAc 1/160, anti-Sm +, hipocomplementemia). Realizaba tratamiento con prednisona 0.5 mg/kg/d (dosis en descenso), hidrocortisona y azatioprina, con buena evolución inicial. Intercurrió luego de 10 meses con síndrome febril, poliadenopatías cervicales y supraclaviculares dolorosas, angioedema labial, úlceras orales, y lesiones eritematosas anulares en escote. En el laboratorio se evidencia bioquímica (Hb 7.6 g/dl, GB 1800/mm<sup>3</sup>), VSG 55 mm/1ra hora, PCR 1.8 mg/dl, LDH 1100 U/l, ferritina 231 ng/ml, CS 24/C4 6, anti-DNAc 1/640. Se decide su internación con los siguientes diagnósticos presuntivos: 1- reactivación de LES asociado a infección aguda en paciente inmunosuprimida, 2- enfermedad linfoproliferativa en paciente con LES, 3- LES asociado a EKF. Se realizan pruebas de laboratorio incluyendo hemocultivos (HC) y urocultivo (UC) y se inicia terapia antibiótica empírica asociada a prednisona 1 mg/kg/día. Ex. Complementarios: serologías (CMV, VEB, HIV, VHC, VHB, HTLV-I y II, toxoplasma, VDRL) negativas, Coombs directa ++, hepatograma normal, función renal normal, sedimento urinario con microhematuria isomórfica sin cilindros. Ecografía abdominal: normal. EcoCG Doppler TT normal. TAC de cuello/tórax/abdomen y pelvis: Múltiples adenomegalías latero-cervicales y supraclaviculares bilaterales, sin adenopatías de otra localización. Se realiza biopsia ganglionar. Durante la internación evoluciona con empeoramiento de parámetros hematológicos y persistencia de la fiebre, por lo que se indica terapia con Ig intravenosa 2g/kg. La paciente persiste con actividad del LES, adenopatías cervicales, lesiones cutáneas y alteración de laboratorio con cultivos negativos, por lo cual se indican pulsos de metilprednisolona. Con dicho tratamiento presenta franca mejoría clínica y de laboratorio. Finalmente se recibe el resultado de biopsia ganglionar: linfadenitis histiocítica necrotizante sin infiltración granulocítica, sin signos de linfadenopatía lúpica, compatible con Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, continuando a la fecha con prednisona 1 mg/kg/d, en plan de descenso. **Conclusiones:** DISCUSIÓN: La EKF es una patología que suele presentar curso autolimitado. El diagnóstico diferencial debe realizarse con enfermedad linfoproliferativa, infecciosa y autoinmune, si bien puede presentarse en superposición con estas últimas, principalmente LES. Nosotros presentamos el caso de una paciente con LES que desarrolla EKF asociada a reactivación lúpica, sin respuesta al tratamiento con corticoides orales e inmunoglobulinas, y con buena respuesta a pulsos de esteroides. Esto indicaría un curso evolutivo de la EKF más agresivo y resistente al tratamiento en pacientes con LES. **Palabras Claves:** Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, Lupus Eritematoso Sistémico, Linfadenitis Histiocítica Necrotizante

294

**0294 - IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES PARA EL SCREENING DE RETINOPATÍA POR HIDROXICLOROQUINA**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

HOJBERG, Noelia | MICELLI, Marina Laura | PORTA, Sabrina Valeria | BAZZALO, Ignacio | KERZBERG, Eduardo  
**HOSPITAL RAMOS MEJÍA**

Factores de Riesgo	Método Screening	
Antecedente de diabetes	Fondo de ojo	64.13 % (39/92)
Alteración de la función renal	Campo visual computarizado	96.74 % (89/92)
Hipertensión	SD-OCT	31.32 % (29/92)
Edad > 50 años	Test de colores	63.04 % (58/92)
> de 5 años de tratamiento continuo	Agudeza visual	38.04 % (35/92)
Dosis diaria de > 6,5mg/kg/día de peso real	Electroretinograma multifocal	2.17 % (2/92)
Dosis diaria de > 6,5mg/kg/día de peso ideal	Fondo de ojo con autofluorescencia	2.17 % (2/92)
Dosis acumulada > 1000g		40.91 % (38/92)
Uso concomitante de Tamoxifeno		15.22 % (14/92)

**Objetivos:** Evaluar la adherencia en la práctica diaria de las Recomendaciones 2016 de la Sociedad Americana de Oftalmología para el screening de retinopatía por Hidroxicloroquina (HCQ). **Materiales**

**Y Métodos:** Un cuestionario de tipo elección múltiple fue enviado a través de Survey Monkey a médicos reumatólogos y en formación en Reumatología de Latinoamérica. Fueron incluidas 12 preguntas referidas a: test de screening utilizados en la práctica diaria; frecuencia con las que se solicitan; factores de riesgo y; decisión de los médicos de suspender o continuar la droga al detectar alguna alteración en los exámenes complementarios. **Resultados:** Un total de 95 médicos respondieron el cuestionario. Tres de las encuestas no fueron analizadas por presentar datos incompletos. El 77.17% (71/92) poseían más de 5 años de experiencia y 52.17% (48/92) se desempeñaban en el sector público. Los factores de riesgo para el desarrollo de retinopatía por HCQ y los Test de screening utilizados para su diagnóstico se muestran en la tabla 1. El 41.30% (38/92) de los reumatólogos indica una dosis diaria de 400 mg/independientemente del peso, el 22.83% (21/92) 6,5mg/kg de peso ideal y el 35.87% (33/92) utiliza 5mg/kg peso real. En pacientes sin factores de riesgo, el 40.22% (37/92) de los encuestados retrasa el inicio de HCQ hasta obtener los resultados, independientemente de la edad del paciente y el 13.04% (12/92) lo hace si tiene más de 45 años, el 46.74% (43/92) inicia HCQ y solicita los estudios dentro del año. El 69.57% (64/92) repite los estudios de forma anual, el 15.22% (14/92) comienza los controles anuales luego del quinto año de tratamiento y, solo el 5.43% (5/92) y el 9.78% (9/92) lo hace cada 5años y cada 6 meses respectivamente. En pacientes con factores de riesgo el 53.26% (49/92) repite los estudios cada 6 meses, el 43.48% (40/92) anualmente y 3.26% (3/92) anualmente luego de 5 años de tratamiento. Del total de los encuestados 62 recibieron alguna vez un CVC alterado. El 1.6% (1/62) continuó el tratamiento ya que la alteración era mínima, 59.7% (37/62) suspendieron hasta confirmar el diagnóstico de retinopatía, y 38.7% (24/62) suspendieron el tratamiento definitivamente. El 96.73% (89/92) de los encuestados no conocían la totalidad de los factores de riesgo para el desarrollo de retinopatía. **Conclusiones:** El uso de pruebas inapropiadas para detectar la toxicidad de la retina producidas por HCQ puede conducir a un cese innecesario del tratamiento beneficioso con riesgo de brote de la enfermedad, mientras que la falta de consideración de los factores de riesgo puede poner a los pacientes en riesgo de toxicidad. Estos resultados enfatizan la necesidad de difusión mas amplia de las nuevas guías para su implementación en la práctica diaria. **Palabras Claves:** Screening, Retinopatía, Hidroxicloroquina

## 296

## 0296 - DEMORA AL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

SCARAFIA, Santiago Omar(1) | MARTIRE, M.(2) | GIRARD BOSCH, P.(2) | COSENTINO, V.(3) | MARIN, J.(4) | DUARTE, V.(5) | BANDE, J.(6) | GAMBA, J.(7) | GONZALEZ, P.(8) | SOMMERFLECK, F.(9) | VILA, D.(10)

INSTITUTO DE ASISTENCIA REUMATológica INTEGRAL (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (3); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (4); CLÍNICA MONTE GRANDE (5); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (6); HOSPITAL POSADAS (7); HOSPITAL POSADAS (8); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (9); CENTRO MÉDICO GINECOLÓGICO DE ZARATE (10); SANATORIO FINOCHIETTO (11); HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD MAR DEL PLATA (12); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (13); SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (14)

**Objetivos:** Las Espondiloartritis (SPA) son un grupo de enfermedades con características clínicas muy heterogéneas, lo cual puede llevar al paciente a consultar a múltiples profesionales y generar una demora en el diagnóstico. En este trabajo nos propusimos determinar si existe diferencia en la demora diagnóstica de SPA previo a 2010 vs 2010-2018, estimar el tiempo al diagnóstico de SPA axial y SPA periférica previo a 2010 vs 2010-2018. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal, analítico, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SPA según criterios ASAS. Se registraron características socio-demográficas, clínicas, tratamientos y comorbilidades. Actividad de la enfermedad, EVA global paciente y médico; Periférica: recuento articular (NAI66/NAD68), evaluación de entesis (LEI) y DAS28; discapacidad por HAQ; compromiso Axial: BASDAI, ASDAS-ERS, SASDAS-ERS, capacidad funcional por BASFI. Calidad de vida por ASQOL y estado global de salud por ASAS Health Index. Análisis estadístico: estadística descriptiva, Mann-Whitney o T-test para las variables continuas y prueba exacta de Fisher o Chi2 para las categóricas. Se consideró significativa una p < 0.05. STATA 14. **Resultados:** Se incluyeron 164 pacientes de trece centros del país, siendo el 56.7% (93) de sexo masculino, con una mediana de edad 44.5 años (RIC 30-57), tiempo de evolución de 49.50 meses (RIC 26.5-129), 44.5% (n 73) presentaron compromiso axial y 55.5% (n 91) periférico. La gran mayoría, 87.2% (n 143) residen en zona urbana y tuvieron una mediana de escolaridad de 12 años (RIC 10-16). El tiempo de demora del diagnóstico en los pacientes luego del año 2010 fue significativamente menor [mediana 12 (RIC 4-24) vs 36 (RIC 6-84), p < 0.001]. Las características clínicas que presentaron diferencias significativas entre los pacientes diagnosticados antes de 2010 y los diagnosticados en el periodo 2010-2018 fueron edad 56 años (44.5-64) vs 47 años (31-56) p < 0.001, escolaridad 10 años (RIC 7-12) vs 12 años (10-15), p < 0.002, más pérdida laboral por la enfermedad 55% (n 23) vs 26.6% (n 43), p < 0.001. Se detectó una mayor proporción de pacientes con psoriasis [30.9% (37) vs 51.1% (45), p < 0.034] y HLA-B27 [13.2% (n 18) vs 28.8% (n 24)]. Dentro de las comorbilidades los pacientes diagnosticados antes de 2010, presentan actualmente mayor proporción de HTA [18.1% (n 29) vs 29.9% (n 19), p < 0.001] y Diabetes [7.9% (14) vs 13.1% (n 7), p < 0.001]. Los pacientes diagnosticados antes de 2010 presentaron moderado estado de salud global, con una mediana de ASAS Health Index de 8 (RIC 5-11), siendo significativamente mejor en los pacientes diagnosticados luego de 2010, 5 (RIC 2-9), p < 0.001. Los pacientes con compromiso axial, presentaron una diferencia significativa en la capacidad funcional medida por BASFI [5 (RIC 3-8) vs 2 (1-4), p < 0.003]. Respecto al tratamiento los pacientes diagnosticados luego de 2010 utilizan más bDMARD [48.6% (n 38) vs 29.4% (n 40) p < 0.001]. **Conclusiones:** El aporte de los nuevos criterios clasificatorios y el mayor conocimiento y difusión de estas enfermedades, sin duda, ayudó a la inclusión temprana de estos pacientes. Sin embargo es una asignatura pendiente enfatizar los programas de educación médica y poblacional para mejorar los tiempos de retraso en el diagnóstico.

**Palabras Claves:** Espondiloartritis, Espondilitis Anquilosante, Espondiloartritis Axial No Radiológica, Artritis Psoriasisica, Artritis Reactivas

## 297

## 0297 - ASOCIACIÓN ENTRE PRESENCIA DE ANTI-RO/SS-A Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC - Unidad Temática 2: OTROS

ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andres Leonardo | GOMEZ, Ramiro | MARENGO, Zully | PINO, Maria | GARCIA CARRASCO, Marina | LABORDE, Hugo | DUBINSKY, Diana

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ SAN MARTÍN"

**Objetivos:** Evaluar la posible asociación entre las manifestaciones clínicas y la presencia de anticuerpo anti-Ro/SS-A en pacientes con ES. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte. Se analizó la base digital de pacientes con ES seguidos en nuestra División entre Enero 2008 a Junio 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de ES con criterios EULAR/ACR 2013 o VEDOSS y que tuvieron constancia en la determinación de anti-Ro/SS-A y datos de manifestaciones clínicas completas. Se analizaron datos demográficos, variante clínica de enfermedad (dcSSc, lcSSc, SSSSc), tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones clínicas acumuladas al momento de la última valoración y autoanticuerpos (anti centrómero, anti topoisomerasa I). Las manifestaciones clínicas se clasificaron como: Compromiso de piel (esclerodactilia, esclerodermia proximal a MCF, dedos "puffy", microstomía), Calcinosis, Raynaud, Lesiones isquémicas ("pitting scars", úlceras digitales, necrosis digital, amputaciones, otras úlceras cutáneas), Enfermedad pulmonar intersticial (por TAC de alta resolución), Hipertensión pulmonar (PSP >=36 mmHg por ecocardiograma y/o >=25 mmHg por cateterismo), crisis renal esclerodérmica (proteinuria e hipertensión arterial no explicadas por otras causas), Compromiso Gastrointestinal (disfagia, regurgitación, incontinencia no explicada por otra causa y dismotilidad documentada de esófago, estómago o intestino), artritis y debilidad muscular (ambas documentadas por un médico).

TIPO DE LES	Global (n=118)	Anti-Ro (+)	Anti-Ro (-)	P
dcSSc	18 (15.2%)	4 (14.3%)	14 (15.5%)	1.00
lcSSc	86 (72.8%)	22 (78.6%)	67 (74.4%)	0.84
SSSSc	11 (9.3%)	7 (24.3%)	4 (4.5%)	1.00
Superposición	32 (27.1%)	17 (60.7%)	15 (16.6%)	p<0.01

MANIFESTACIONES	n (%)	Anti-Ro (+)	Anti-Ro (-)	P
Compromiso Piel	167 (50.7%)	27 (96.4%)	81 (90)	1.00
Calcinosis	29 (24.6%)	9 (32.1%)	20 (22.2%)	0.41
Raynaud	116 (98.3%)	28 (100%)	88 (97.8%)	1.00
Lesiones Isquémicas	52 (44.1%)	14 (50%)	38 (42.2%)	0.61
EPI	38 (32.2%)	13 (46.4%)	25 (27.8%)	0.10
HTP	21 (17.8%)	5 (18.5%)	13 (14.4%)	0.43
Crisis Renal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.00
Compromiso GI	78 (66.1%)	16 (58.3%)	60 (66.6%)	0.59
Artritis	22 (18.6%)	9 (32.1%)	13 (14.4%)	0.28
Debilidad Muscular	19 (16.4%)	3 (10.7%)	7 (7.8%)	0.66

(89/118), SSSSc 9,3% (11/118). Presentaron superposición 27,1% (32/118) (algunos pacientes más de una): Sme de Sjögren 14, Lupus Eritematoso Sistémico 8, Colangitis Biliar Primaria 4, SAF 4, Artritis Reumatoidea 3, Miopatía inflamatoria 3. Anti-Ro: 28/118 (23.7%); dcSSc: 4/14 (22.2%), lcSSc: 22/89 (24.7%) y SSSSc: 2/11 (18.2%). No se encontró asociación entre la presencia de anti-Ro y Scl-70 (p=1.00) o ACA (p=0.19), pero sí con otros anticuerpos como anti-La (p=0.0003), anti-Sm (p=0.01) y anti-U1-RNP (p=0.003). **Conclusiones:** La frecuencia de anti-Ro en nuestros pacientes fue similar a la reportada en la literatura. Encontramos asociación entre la presencia de anti-Ro con la de otros autoanticuerpos y síndrome de superposición. A diferencia de lo reportado para miopatías inflamatorias y enfermedad mixta del tejido conectivo, no hemos encontrado una mayor asociación con enfermedad pulmonar intersticial en general ni con NIU en particular. No obstante, no hemos evaluado en este trabajo severidad de la interstiopatia. La presencia de anti-Ro podría suscitar la búsqueda de posibles elementos de superposición, tanto clínicos como inmunoserológicos si bien son necesarios más estudios. **Palabras Claves:** Esclerosis sistémica, ANTI-RO/SS-A

## 305

## 0305 - USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR

PICCO, Eugenia(1) | BUSCHIAZZO, Emilio(1) | ROJAS TESSEL, Romina(1) | ACIAR, Mariana(1) | ILENICINA, Verónica(1) | CUCHIAIRO, Natalia Lili(1) | BELBRUNO, Leila(1) | LASCANO, Cruz David(2) | GERVILLA, Ana Lía(2) | ABAL OS, Alejandra(2) | SANDOVAL, Verónica Alejandra(2) | RUIZ, Mario(3) | AGUILERA, Graciela Beatriz(4) | ALONSO LOPEZ, María Daniel(5) | PICCHI, Julieta(6) | IBANEZ ZURLO, Leticia(7) | VALDEZ, Sergio Gustavo(8) | JUAREZ, Vicente(1) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1)

HOSPITAL SR DEL MILAGRO (1); HOSPITAL SAN ROQUE (2); HOSPITAL ONATIVIA (3); CORRESA (4); HOSPITAL SAN BERNARDO (5); MEDIS (6); INSTITUTO ALAS (7); HOSPITAL PAPA FRANCISCO (8)

**Objetivos:** La medicina complementaria y alternativa incluye intervenciones clínicas que son populares pero que no están incluidas en la medicina convencional por falta de evidencia de su seguridad y/o efectividad. Se denomina complementaria cuando es utilizada junto a los tratamientos convencionales y alternativa cuando es usada en vez de los mismos. Datos en artritis reumatoidea (AR) en nuestro país demostraron que la medicina no convencional era utilizada en un 46,6% de los pacientes. El objetivo primario del presente estudio es determinar la frecuencia y tipo de medicina no convencional (MNC) utilizada en pacientes con AR en las provincias de Salta y Jujuy. **Objetivos Secundarios:** Describir los motivos de la utilización de terapias no convencionales, factores asociados a la utilización de las mismas, grado de notificación al médico de la utilización de dichas prácticas y uso de cannabis. **Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta anónima y voluntaria en centros públicos y privados de Salta y Jujuy durante el mes de Julio y Agosto de 2018. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según criterios ACR 87 o ACR/EULAR 2010 de la consulta ambulatoria. Se consignaron datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de instrucción, clase social según GRAFFAR), tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos previos y actuales (DMARDs, DMARDs, AINE y Glucocorticoides), utilización previa y actual de terapias complementarias, motivo de utilización de las mismas, notificación a su médico reumatólogo. Si utilizaban cannabis, la presentación y lugar donde lo obtuvieron. Estadística - Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje, y las continuas en media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil. Se compararon las variables categóricas mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, y las continuas mediante Test de T o Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariado, tomando como variable dependiente al uso de terapia complementaria, ajustando para confundidores. **Resultados:** Se realizaron 201 encuestas, 90,5% (182) fueron mujeres, 78,6% (158) del sector público y 21,4% (43) del sector privado. La media de edad fue de 49,6 años (DE 12,58) con una media de duración de la enfermedad de 9,5 años (DE 7,78). 71,2% (143) de los encuestados eran de clase media baja o baja. 81,6% (164) estaban en tratamiento con metotrexato a una mediana de dosis de 15 mg (RIC 15-20), 54,7% (110) con corticoides con una mediana de dosis equivalente a 5 mg de prednisona (RIC 5 - 8) y un 20,9% (42) usaban tratamiento biológico o terapia sintética de molécula pequeña. Manifestaron haber usado alguna terapia no convencional alguna vez el 72,6% (146) de los pacientes, siendo las más frecuentes reazar 39,8% (80), masajes 30,3% (61) y hierbas 23,9% (48). Al momento de la encuesta 65% (131) de los pacientes usaban una o más terapias no convencionales. Se reportaron en total 212 usos de terapias no convencionales, el 46,7% (99) de estos fueron hablados con el reumatólogo, el 9,4% (20) se utilizaron de manera alternativa, reemplazando el tratamiento convencional. Los motivos fueron en un 52,8% (112) necesidad de complementar su tratamiento, 30,7% (65) considerar que era más sana que el tratamiento convencional, 38 manifestaron el motivo de no haberlo conversado con su reumatólogo: 10 (26,3%) no lo hicieron por miedo o vergüenza, 8 (3,8%) no lo creyeron necesario y 7 (18,4%) no tuvieron la oportunidad. 5,5% (11) de los pacientes usaban cannabis, la forma más frecuentemente utilizada fue el aceite (9) 5 los obtenían del mercado regional. 5 a través de un vecino o amigo y 1 autocultivo. El uso de terapias no convencionales fue mayor en pacientes del sector privado 39/43 (90,7%) en comparación con los del sector público 92/158 (58,2%) con una p < 0,0001. No se encontraron diferencias significativas en el uso de terapias no convencionales en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico, educación, ni tratamiento convencional utilizado. **Conclusiones:** El 65% de los pacientes usaban alguna terapia no convencional al momento de la encuesta, superior al referido en estudios previos en Argentina. Las más frecuentes fueron reazar, masaje y hierbas. Hubo mayor uso de terapias no convencionales en pacientes del sector privado. Menos del 10% reemplazaron el tratamiento convencional por terapias alternativas. **Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, Medicina Complementaria

## 306

## 0306 - PREVALENCIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLIPIDOS

ESTRELLA, Natalia Anahi | PASCUCHELLI, Veronica | RAYA, Sandra | ARTUNDILLO, José | PORTA, Sabrina | MICELLI, Marina Laura | MEDRANO, Teresa | MONTOYA, Fabiana | KERZBERG, Eduardo

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	HPV NEGATIVO (n= 26)	HPV POSITIVO (n= 7)	P
Edad media (SD)	43,34(SD 12,48)	39,29 (SD 13,15)	0,46
Clase social (%)	4 (14,3)	5 (71,4)	0,004
Sexo (%)	16 (57,1)	4 (57,1)	1
Origen médico (%)	2 (8,3)	2 (28,6)	0,25
Antecedentes de inmunosupresión (%)	42,9 (16)	5 (71,4)	0,88
Sal. alto grado (%)	1 (3,8)	2 (28,6)	0,18
Tabaco (%)	2 (7,7)	1 (14,3)	0,54
Uso de inmunosupresión (%)	13,34 (SD 1,25)	12,86 (SD 1,2)	0,65
Medio de diagnóstico (%)	17 (65,4)	17 (80,2)	0,67
Medio de diagnóstico (%)	2 (8,3)	3 (80,5)	0,37
Tratamiento (%)	2 (8,3)	2 (80,2)	0,54

TAMBIÉN TIENE	n (%)	P	
LES/LES	26 (93%)	7 (100%)	1
ALOPATIA (%)	6 (23,1%)	1 (14,3%)	1
NEFROLOGÍA (%)	2 (7,7%)	0 (0%)	1
OCULOPATÍA (%)	5 (17,9%)	1 (14,3%)	1
NEFROLOGÍA (%)	5 (17,9%)	1 (14,3%)	1
CONJUNTIVAS (%)	6 (23,1%)	0 (0%)	0,31

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del Virus Papiloma Humano (HPV) en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) mayores de 30 años y su asociación con medicación inmunosupresora y características de la enfermedad.

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron pacientes las cuales cumplieron al menos 4 criterios ACR/SLICC 2012 para diagnóstico de LES. Se realizó toma de muestra para Papanicolaou (PAP) y tipificación viral. Se registraron

datos demográficos, clínicos, historia reproductiva y actividad sexual. Se evaluó el nivel sociocultural mediante la escala de GRAFFAR, y actividad de la enfermedad mediante SLEDAI. Se dividió la muestra en dos grupos: aquellos con HPV positivo (+) y aquellos con HPV negativo (-). Se utilizó la prueba T o Mann Whitney, para el análisis de las variables numéricas y Chi2 para las categóricas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de P <= 0,05. **Resultados:** Se evaluaron 35 pacientes, siendo la edad promedio de 42,38 años (SD 12,49). Siete pacientes tenían HPV +, siendo el resto negativo. El serotipo viral fue: bajo riesgo en 2 pacientes; alto riesgo en 2 pacientes; y en los 3 restantes no tipificable. El PAP resultó normal en 31 pacientes, inflamatorio en 1 y se encontró SIL de alto grado en 3 pacientes. Al comparar las pacientes HPV + versus -, se encontró mayor frecuencia de solteras, SIL de alto grado y consumo de tabaco en el grupo HPV +. **Conclusiones:** El tratamiento y la actividad de LES parece no influenciar la presencia de HPV. El mismo fue más frecuente en mujeres solteras y tabaquistas. **Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, LES, virus papiloma humano, VPH

308

0308 - ¿CUÁNTO SABEN LOS MÉDICOS DE LUMBALGIA INFLAMATORIA?

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILIOARTRITIS  
CASTORINO, Gerardo | GUZZANTI, Fernanda | VALERIO, María | NASI, Silvana | GARCIA CICCARELLI, Agustín | GARIGNANI, Federica | BENAVENTE, Matías Manuel | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | CIVIT, Emma de Garignani

HOSPITAL EL CARMEN

**Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento médico acerca del dolor lumbar inflamatorio (DLI), su relación con las espondiloartropatías seronegativas (EASN) y evaluar el impacto post-capacitación en los profesionales derivadores. **Materiales y Métodos:** Se diseñó

RESULTADOS DE LA ENCUESTA	Pre intervención (%)	Post intervención (%)	IC 95%	Valor de p
Dos o más diferencias entre DLI y lumbalgia de otra etiología	25	32.5	-14.9670 - 18.0952	0.7227
Causas de DLI	60.94	82.0	13.0094 - 44.7337	0.0004
Derivación cuando despierta al paciente por la noche	81.25	87.5	-9.3818 - 25.4927	0.4040
Reconocimiento de patologías que conforman las EASN	42.96	95	16.044 - 21.1039	0.0313
Etad de comienzo en el adulto joven	52.25	84.87	-4.2566 - 25.4356	0.0462
Asociación con psoriasis	64.06	87.5	18.5678 - 48.8533	0.0001
Asociación con uveítis	92.19	100	-2.0300 - 17.0094	0.0719
Asociación con enfermedad de Crohn	90.63	87.5	-4.6351 - 16.6945	0.1792
Hallazgos radiológicos sugerentes de EASN	67.19	85	-4.4054 - 32.3050	0.0449
Grado de asociación con HLA B27	48.31	89	21.1219 - 33.7322	0.0001

una encuesta simple de 10 preguntas de tipo opción múltiple, acerca de las características del DLI y las manifestaciones asociadas a las EASN. La encuesta se realizó en dos centros (un hospital de tercer nivel y un centro de atención ambulatoria) a médicos de distintas especialidades. Luego de la encuesta inicial se llevó a cabo una intervención a través de una jornada de actualización en EASN, dictada por el servicio de Reumatología. Luego de la capacitación, se realizó la misma encuesta para valorar el impacto de dicha intervención en el reconocimiento del DLI. Análisis estadístico: las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje. Se utilizó Chi2 o test exacto de Fisher para comparar las mismas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05. **Resultados:** Se obtuvo un total de 104 encuestas (64 previas y 40 posteriores a la intervención). El 37.5% de los encuestados fueron internistas. El 75% de los médicos no pudo mencionar al menos 2 diferencias entre DLI y dolor lumbar de otra etiología, tanto al inicio como luego de la capacitación. En las encuestas iniciales, más del 80% de los médicos reconoció al adulto joven como grupo etario más frecuente de presentación y como criterio de derivación a aquella lumbalgia que despierta al paciente por la noche. Asimismo, más del 90% respondió que el compromiso ocular más frecuente es la uveítis y que la Enfermedad de Crohn es la causa gastrointestinal con mayor asociación. Se logró mejoría post intervención en 4 conceptos: el reconocimiento de las causas de DLI (p=0.0004), la asociación de psoriasis a DLI (p=0.0001), los hallazgos radiológicos sugerentes de EASN (p=0.0449) y el grado de asociación del HLA B27 en pacientes con Espondilitis Anquilosante (p=0.0001). **Conclusiones:** A diferencia de lo reportado en la literatura, el conocimiento acerca de las EASN en nuestra población no resultó desfavorable. Sin embargo, fue posible una mejoría en todos los parámetros luego de la capacitación. La principal dificultad encontrada fue reconocer el DLI, siendo esto de vital importancia para la derivación precoz al reumatólogo. Facilitar programas de formación y entrenamiento para médicos derivadores resulta fundamental para alcanzar este objetivo. **Palabras Claves:** Lumbalgia inflamatoria, espondiloartropatía seronegativa

309

0309 - EXPERIENCIA DE TRABAJO EN UNIDAD DE ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO DE HOSPITAL DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
PERRA, Mariana Alejandra | COSTI, Ana Carolina | PENA, Claudia Elizabeth | AGUILA MALDONADO, Rodrigo | ARTURI, Valeria | SAVY, Florencia | VELLOSO, Sofía | SANSINANE, Pierina | GARCIA, Mercedes Argentina  
HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Describir y analizar el trabajo de la unidad de ultrasonido musculoesquelético (USME) de un hospital público, centro de referencia de la provincia de Buenos Aires, desde enero 2017 a julio 2018. **Materiales y Métodos:** Se analizó en forma retrospectiva el registro de la unidad de USME en el cual se discriminó el motivo de solicitud del método y los hallazgos encontrados. Los estudios fueron realizados por el mismo operador. Los datos se obtuvieron del registro del equipo y de una base Excel. El equipo de Ultrasonido utilizado es Esaote MayLab 60 el cual cuenta con una sonda de alta frecuencia (10-12 MHz). **Resultados:** Se realizaron un total de 453 ecografías en pacientes derivados principalmente del servicio de reumatología. Los diagnósticos y motivos de derivación: 180 (39,7%) correspondieron a pacientes con Artritis Reumatoidea para evaluación de la actividad de la enfermedad, de los cuales 120 (66,6%) presentaron, predominantemente, sinovitis activa en carpos y metacarpofalángicas. 152 (33,5%) pacientes derivados por artroalgias para detección de sinovitis subclínica, 17 (11%) presentaron sinovitis activa en manos o pies, 33 (21,7%) correspondieron a patología degenerativa y 20 (13%) presentaron imagen compatible con depósito de microcristales. 60 (13%) pacientes de la clínica de Espondiloartritis para evaluación de la actividad de la enfermedad. 20 (33%) de los cuales presentaron sinovitis activa y/o entesitis. Se evaluó manos y pies para compromiso articular, y score de Masei para entesis, siendo el compromiso de tendones de Aquiles el hallazgo predominante. 23 (5%) pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, entre ellos lupus, síndrome de Sjogren y vasculitis para detección de sinovitis activa, 8 (34,7%) pacientes presentaron hallazgos patológicos. 23 (5%) pacientes derivados por omalgia, 17 (73,9%) presentaron tendinitis crónica. 15 (3%) pacientes evaluados por síndrome del túnel carpiano, hallándose en 11 (73%) engrosamiento de nervio mediano mayor a 10 mm. **Conclusiones:** La ecografía musculoesquelética se ha convertido en una herramienta muy útil en la práctica reumatológica, tanto para el diagnóstico temprano como para monitoreo de actividad inflamatoria articular. Los diagnósticos más frecuentemente registrados fueron artritis reumatoidea y espondiloartritis pudiéndose confirmar la actividad de la enfermedad, por este método, en 66% y 33% respectivamente. De los pacientes derivados por artroalgias en el 46% de ellos se pudo orientar el diagnóstico. El método sigue siendo una herramienta útil para el diagnóstico de patologías reumatológicas. Es una asignatura pendiente la difusión dentro del resto de las especialidades para un mayor beneficio del paciente hospitalario. **Palabras Claves:** Ultrasonido musculoesquelético.

310

0310 - INFECCIÓN POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA EN PACIENTE CON VASCULITIS SISTÉMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: VASCULITIS/PMR  
ALBIERO, Juan Alejandro | FERREYRA DILLON, Rodrigo  
SANATORIO ALLENDE

**Objetivos:** INTRODUCCION. Los nuevos tratamientos inmunosupresores en pacientes con enfermedades autoinmunes ha permitido el desarrollo de nuevas infecciones, cutáneas y sistémicas, por micobacterias atípicas o micobacterias no tuberculosas, organismos saprofitos que se comportan como gérmenes oportunistas en el hombre y no se transmiten de persona a persona. Pueden colonizar cualquier área no estéril del ser humano y pueden mostrar cierta resistencia a fármacos antituberculosos. La mayoría de las MNT pueden causar infecciones de piel y tejidos blandos, siendo las más frecuentes las de crecimiento rápido (Mycobacterium fortuitum, Mycobacterium chelonae y Mycobacterium abscessus), Mycobacterium marinum y Mycobacterium ulcerans. Presentamos el caso de un paciente con vasculitis ANCA con infección diseminada por MNT. **Materiales y Métodos:** CASO CLÍNICO. Varón de 70 años con diagnóstico de vasculitis localizada en 2003 por biopsia de senos paranasales. En 2005 síndrome nefrótico con proteinuria de 10gr/24hs, aparición de ANCA-MPO+ que requirió tratamiento con meprednisona 1mg/kg asociado a azatioprina 100mg/día con mejoría de la proteinuria, biopsia renal con nefropatía mesangial, semilunares, sin depósitos inmunes. En 2006 se rotó tratamiento a Micofenolato mofetil (MMF) 2gr/día debido a febrículas fluctuantes, astenia severa, edemas migratorios en manos y pies asociado a lesiones cutáneas en cara y miembros inferiores, insuficiencia renal crónica moderada. El paciente regresa a nuestra institución en marzo de 2018 presentando gran astenia, síndrome consuntivo, lesiones eritematosas, nodulares en miembros, poliartroalgias de manos y pies, episodios intercurrentes de celulitis, asociado a síndrome inflamatorio biológico con VSG elevadas y anemia severa. Persistía con dosis variables de meprednisona, que eran aumentadas por nefrología para mejoría de sus síntomas. Medicación habitual: ATENOLOL 25, AMLODIPINA 10, VALSARTAN 80, MPEPREDNISONA 40, MMF 2gr/día, CALCIO 1500mg/día. EF: dolor e inflamación en MCF derechos, nódulos sobre tendones extensores de 3- dedos, dolor plantar derecho y en tercio medio de ambos aquileos, squeeze bilateral, tumefacción periarticular de rodilla izquierda, nódulos subcutáneos en superficie extensora de codos y brazos, 3 vesículas en cara anterior de pierna izquierda, MV conservado, no adenopatías, no visceromegalias. Laboratorio: Hb 10, VCM 88, VSG 44, PCR 1,39, GB 8000, neutrófilos 95%, VHC-, VHB-, HIV-, ANA-, ANCA-, FR 12, ferritina 727, Calcio 7,9, Fal 40, LDH 505, CK30, gama globulinas 0,33, creatinina 3,38, urea 118, proteinuria 0,75/24hs. Rx senos paranasales normal, TAC de tórax con árbol en brote, afectando segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores, con leve predominio del lado izquierdo. Ecografía PD de manos y pies con derrame medio carpiano bilateral, más acentuado en muñeca izquierda, con aumento de vascularización al examen Doppler color. Tenosinovitis de los compartimentos extensores de ambas muñecas, derrame articular metacarpofalángico e interfalángico proximal del segundo, tercer y cuarto dedo de ambas manos, con aumento de vascularización al examen Doppler, Tendinitis flexora de los dedos de ambas manos, preferentemente en segundo y tercer dedo. Edema difuso del plano celular subcutáneo a nivel dorsal de la mano izquierda. Hemocultivos negativos, urocultivo para gérmenes comunes y BAAR negativos. Biopsia de piel con hallazgos de vasculitis de pequeños vasos, con necrobiosis y microabscesos. Tinción de PAS negativa. Cultivos de punción nodular, médula osea positivos para BAAR. Material enviado al Instituto Malbrán con desarrollo de Micobacteria haemophilus. Se inicia tratamiento con Claritromicina y rifampicina. **Conclusiones:** CONCLUSIÓN. La infección por MNT puede adoptar diferentes presentaciones. Debe tenerse en cuenta y sospecharse en pacientes inmunosuprimidos con lesiones cutáneas recidivantes que no responden a antibióticos comunes y con compromiso del estado general. El diagnóstico sigue siendo difícil debido a la falta de técnicas rápidas y al lento desarrollo en cultivo. **Palabras Claves:** Micobacterias no tuberculosas. Infección. Vasculitis. Inmunosupresión

311

0311 - ASOCIACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS CON AUTOANTICUERPOS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC  
DUBINSKY, Diana I | GOMEZ, Ramiro I | LABORDE, Hugo I | LOPEZ MEILLER, María Jose I | MARENGO ROMERO, Zuluy Paola I | PINO, María

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Objetivos:** La Esclerosis Sistémica (ES) según la extensión de compromiso cutáneo se clasifica en variante difusa (dcSSc), localizada (lcSSc) y sin esclerodermia (SSSSc). Estas variantes se asocian a diferentes manifestaciones y suele existir correspondencia con los autoanticuerpos específicos. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre manifestaciones clínicas y presencia de autoanticuerpos en nuestra cohorte de pacientes con ES. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes con ES (ACR/EULAR 2013 y/o VEDOSS) seguidos en la división de reumatología, entre enero 2008 y marzo 2018 y positividad para anti-centrómero (aCent) o antipolisomerasa I (anti-Topo I). Se analizaron datos demográficos, variante clínica (dcSSc, lcSSc, SSSSc), tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones clínicas y autoanticuerpos. Las manifestaciones clínicas se definieron como: Cutáneas (esclerodactilia, esclerodermia proximal a MCF, dedos "puffy", microstomía), calcinosis, Raynaud, telangiectasias, lesiones isquémicas ("pitting scars", úlceras digitales, necrosis digital, amputaciones, otras úlceras cutáneas), Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) (por TAC de alta resolución), Hipertensión pulmonar (PSAP  $\geq$  36 mmHg por ecocardiograma y/o  $\geq$  25 mmHg por cateterismo), crisis renal esclerodérmica, Gastrointestinal (disfagia, regurgitación, incontinencia no explicada y dismotilidad documentada de esófago, estómago o intestino), artritis y debilidad muscular (documentadas por reumatólogo). El análisis estadístico se realizó utilizando EPI INFO V7.2.2.6. **Resultados:** Se evaluaron 179 pacientes; 85 incluidos en este estudio. 95.3% mujeres (81/85), mediana de edad 59 (RIC 44-67) años, mediana de tiempo de evolución 4 (RIC 0-8) años, mediana de tiempo de seguimiento 21 (RIC 0-66) meses. aCENT(+) 64.7% (55/85) y anti-Topo I (+) 35.3% (30/85). Cumplieron criterios ACR/ EULAR 2013 93% (79/85) y el resto VEDOSS. Tipo de ES: dcSSc 21.1% (18/85), lcSSc 69.4% (59/85), SSSSc 9.4% (8/85). Presentaron superposición 21.2% (18/85) (algunos  $\pm$ ): SSJ, CBP 4, LES 3, SAF 2, AR 2, MII 1, VAA 1. Autoanticuerpos: dcSSc 83.3% anti-Topo I y 16.7% aCENT; lcSSc 22% anti-Topo I y 78% aCENT; SSSSc 25% anti-Topo I y 75% aCENT; Superposición 33.3% anti-Topo I y 66.6% aCENT. Se asoció anti-Topo I con dcSSc (p<0.000001) y aCENT con lcSSc (p<0.0001). No se encontró asociación entre los anticuerpos y SSSSc o superposición. Se muestra en tabla 1 la frecuencia de manifestaciones clínicas según autoanticuerpo. Se realizó un análisis evaluando por separado las manifestaciones cutáneas y lesiones isquémicas. Se muestran resultados en tabla 2. **Conclusiones:** Encontramos una asociación entre anti-Topo I y dcSSc y entre aCENT y lcSSc, de acuerdo a lo reportado en la literatura. Destacamos en esta serie pacientes con discordancia clínico/serológica. Encontramos asociación positiva entre EPI y anti-Topo I y negativa entre EPI y aCENT. La presencia de autoanticuerpos específicos no se asoció a HTP ni compromiso digestivo, reforzando la importancia de la búsqueda sistemática en todos los pacientes. No registramos en nuestra cohorte episodios de crisis renal esclerodérmica en el lapso establecido. Anti-Topo I se asoció a retracciones, que son condicionantes de incapacidad. Las asociaciones entre anticuerpos y retracciones y telangiectasias podrían explicarse por la asociación entre autoanticuerpos y variantes clínicas. Resaltamos la importancia de los autoanticuerpos como complemento de la clasificación clínica

Tabla 1. Manifestaciones clínicas y autoanticuerpos

Manifestaciones	Anti-Topo I (+) (n=30)	aCENT (+) (n=55)	p
Manifestaciones	n (%)	n (%)	
Compromiso Piel	28 (93.3)	49 (89.1)	0.70
Calcinosis	1 (3.3)	11 (20)	0.24
Raynaud	28 (93.3)	55 (100)	0.72
Enfermedad pulmonar intersticial	18 (60)	35 (63.6)	0.63
Lesiones isquémicas	1 (3.3)	16 (29.1)	0.03
EPI	21 (70)	2 (3.7)	0.000001
HTP	7 (23.3)	11 (20)	0.75
Crisis renal	0 (0)	0 (0)	1.0
Compromiso GI	28 (93.3)	55 (100)	0.92
Artritis	7 (23.3)	5 (9.1)	0.10
Debilidad muscular	1 (3.3)	3 (5.5)	1.00

Tabla 2. Manifestaciones cutáneas y lesiones isquémicas y autoanticuerpos

Manifestaciones	Anti-Topo I (+) (n=30)	aCENT (+) (n=55)	p
Manifestaciones	n (%)	n (%)	
Esclerodermia	17 (56.7)	41 (74.5)	0.001
lcSSc	17 (56.7)	41 (74.5)	0.001
dcSSc	2 (6.7)	4 (7.3)	0.23
SSSSc	1 (3.3)	2 (3.6)	0.44
Enfermedad pulmonar intersticial	18 (60)	35 (63.6)	0.63
Lesiones isquémicas	1 (3.3)	16 (29.1)	0.03
HTP	7 (23.3)	11 (20)	0.75
Crisis renal	0 (0)	0 (0)	1.0
Compromiso GI	28 (93.3)	55 (100)	0.92
Artritis	7 (23.3)	5 (9.1)	0.10
Debilidad muscular	1 (3.3)	3 (5.5)	0.79

## 313

## 0313 - LA IMPORTANCIA DE LA CAPILAROSCOPIA EN LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC

RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | HAYE, María | FLORES, Janet | BAENAS, Diego | SAURIT, Verónica | ALVAREZ, Cecilia | FIORENTINO, Soledad | COLAZO, Marcela | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco  
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Objetivos:** Describir la relación entre la presencia de patrón de esclerodermia (ES) en capilaroscopia en los diferentes subtipos de enfermedad y su relación con las manifestaciones clínicas y serológicas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, desde febrero de 2012 hasta diciembre de 2017, en pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica, según criterios de clasificación propuestos por el Colegio Americano de Reumatología. **Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 61 pacientes (Esclerodermia limitada 75.4%, esclerodermia difusa 16.4%, esclerodermia sin esclerodermia 8.2%), siendo mujeres 57 (93.4%). La edad al momento del diagnóstico era 49,36 ± 15,84 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Fenómeno de Raynaud 59 (96,7%), reflujo gastroesofágico clínico 54 (88,5%), telangiectasias 40 (65,6%), úlceras digitales 26 (42,6%), disnea 13 (21,3%), angina de pecho 1 (1,6%), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) 1 (1,6%). Respecto a la capilaroscopia 40 (65,6%) de los pacientes tenían patrón compatible con esclerodermia, con presencia de zona avascular 37 (60,7%), megacapilares 33 (54,1%). Los anticuerpos hallados fueron: Anti centrómero 35/57 (62,5%) ANA nuclear 9/57 (14,8%), SCL 70 6/40 (15,0%), RNP 5/45 (11,1%). El tratamiento recibido: inhibidor del calcio 18 (29,5%), inhibidores de la 5 fosodiesterasa 22 (36,1%), inhibidores de la endotelina 4 (6,6%), micofenolato 17 (27,9%), azatioprina 4 (6,6%), Metotrexato 5 (8,2%) y rituximab 1 (1,6%). Se encontró asociación entre la presencia de megacapilares en la capilaroscopia y la presencia de telangiectasias (P 0,038) y úlceras digitales (P 0,027) No se encontró relación entre el subtipo de enfermedad o el tipo de anticuerpos, con los parámetros de la capilaroscopia. **Conclusiones:** La presencia de megacapilares en la capilaroscopia se asoció a la presencia de úlceras digitales y la presencia de telangiectasias. Por su importancia la capilaroscopia debe ser parte del proceso de detección y monitoreo de la ES. **Palabras Claves:** Esclerodermia, Capilaroscopia

## 314

## 0314 - SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO/ESCLEROSIS SISTÉMICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOSEROLÓGICAS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ETC

LEAL CASTRO, Sheyla | GOMEZ, R A | ARTUNDUAGA ACEVEDO, Andres Leonardo | MARENGO ROMERO, Zully | PORTILLA, Yesid Jovanni | DUBINSKY, Diana  
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de superposición LES/ES en pacientes con diagnóstico previo de LES o ES seguidos en nuestro servicio. Comparar características clínicas e inmunoserológicas en dichos pacientes con aquellos sin superposición. **Materiales y Métodos:** Analizamos las bases de datos de LES y ES, identificando pacientes con diagnóstico de superposición de ambas entidades evaluados en los últimos 4 años. Se incluyeron aquellos que cumplieran criterios SLICC 2012 para LES y ACR/EULAR 2013 para ES. Se analizaron datos demográficos, clasificación clínica, perfil de anticuerpos (FAN, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-U1RNP, anti-ADNdc, anti centrómero, Scl-70), presencia de manifestaciones clínicas de LES según GLADEL, manifestaciones clínicas de ES y capilaroscopia. Las manifestaciones de ES se definieron: Compromiso de piel (esclerodactilia, esclerodermia proximal a MCF, dedos "puffy", microstomía), Calcinosis, Raynaud, Telangiectasias, Lesiones isquémicas ("pitting scars"), úlceras digitales, necrosis digital, amputaciones, otras úlceras cutáneas, Enfermedad pulmonar intersticial (por TAC de alta resolución), Hipertensión pulmonar (PSAP <36 mmHg por ecocardiograma y/o >25 mmHg por cateterismo), crisis renal esclerodérmica (proteinuria e hipertensión arterial) Compromiso Gastrointestinal (disfagia, regurgitación, incontinencia no explicada por otra causa) y dismotilidad documentada de esófago, estómago o intestino), artritis (sinovitis documentada por reumatólogo) y debilidad muscular (documentada por médico). Se utilizó test de Fisher para comparar las variables, se consideró p <0.05 estadísticamente significativa. **Resultados:** Se incluyeron 382 pacientes: 219 LES, 151 ES y 12 con superposición LES/ES (3,1%). En pacientes con superposición, 100% mujeres, media edad media 50,8 ± 16 años, 100% FAN (+). Autoanticuerpos en superposición vs LES: anti-Sm 75% vs 31% (p=0.002), anti-U1RNP 58% vs 27% (p=0.03), anti Centrómero 25% vs 0,4% (p=0.0004) y Scl 70 33% vs 0% (p=0.000004). El resto de los parámetros no mostraron diferencias estadísticamente significativas en este grupo. Manifestaciones clínicas superposición vs LES: Alopecia 58% vs 43,8% (p=0.02) y Raynaud 100% vs 21% (p<0.0000001). En términos de compromiso cutáneo-mucoso, articular, serositis, hematológico, renal y neurológico no observamos diferencias estadísticamente significativas. Autoanticuerpos en superposición vs ES: anti-Sm 75% vs 0% (p<0.0001), anti-U1RNP 58% vs 5,9% (p=0.00002), anti-Ro 58% vs 15,2% (p=0.003), anti-La 33% vs 1,3% (p=0.004). No encontramos diferencias en anti centrómero y Scl 70 ni otros parámetros de laboratorio. Manifestaciones clínicas superposición vs ES: artritis 66% vs 15,8% (p=0.0005), sin diferencias significativas en las demás manifestaciones evaluadas. Se contaba con videocapilaroscopia en 75% (9/12) de pacientes con superposición, 88,9% con patrón SD; 18,2% (40/219) de pacientes con LES, 12,5% con patrón SD; 76,8% (116/151) de pacientes con ES, 83,6% con patrón SD. **Conclusiones:** La prevalencia de superposición LES/ES en nuestra cohorte fue similar a la publicada. Encontramos mayor frecuencia de anti-U1RNP en pacientes con superposición, acorde a las características clínicas que se asocian a la presencia de este anticuerpo. Encontramos mayor frecuencia de anti-Sm en pacientes con superposición, y esto podría justificarse porque la aparición de anticuerpos altamente específicos suscita la sospecha de superposición. No encontramos mayor frecuencia de compromisos típicos (esclerosis cutánea, nefritis, enfermedad pulmonar intersticial) en pacientes con superposición respecto a pacientes con LES o ES, a excepción de alopecia en pacientes con superposición respecto de LES. Si encontramos mayor frecuencia de manifestaciones no específicas como artritis en pacientes con superposición respecto a ES. Fue más frecuente la presencia de otros anticuerpos en pacientes con superposición que en pacientes con ES. La aparición de anticuerpos específicos (Sm, Scl-70, ACA) siempre debería inducir la búsqueda activa de superposición.

## 315

## 0315 - DETECCIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS CUTÁNEA

Modalidad: Poster - Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

NAVARTA ORTIZ, David Alejandro | TANTEN, Romina | I CEBALLOS RECALDE, Flavia | I SCOLNIK, Marina | 2)

HOSPITAL MARCIAL QUIROGA (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2)

**Objetivos:** Determinar la incidencia de artritis psoriásica en la población de pacientes con psoriasis mediante una campaña con difusión pública durante tres días. **Materiales y Métodos:** Diseño del estudio: Estudio de corte transversal. Criterio de inclusión: Ser mayor de 18 años al comienzo del estudio y tener Psoriasis. Criterio de exclusión: No aceptar participar en el estudio, o padecer alguna enfermedad autoinmune del colágeno ya diagnosticada. **Resultados:** Resultados: Fueron evaluados 107 pacientes con Psoriasis (PS) en forma consecutiva, 5 de ellos fueron excluidos del análisis por presentar además diagnóstico previo de otra enfermedad autoinmune (AR y LES). De los 102 pacientes analizados, 12 presentaron diagnóstico final de Artritis Psoriásica (APs) dando una Incidencia de 11,78% en esta población. La edad media fue de 50 años (DS:12.4) en APs vs 51 años (DS:15.7) en PS, predominó el sexo femenino en ambos grupos 67% (n:8) en APs y 60% (n:54) sin diferencias estadísticamente significativas. Al evaluar los distintos tipos de Psoriasis, la presentación Vulgar fue la más frecuente con un 67% (n: 8) en APs y 60% (n:54) en PS, seguidos por Cuero Cabelludo: 50% (n:6) vs 24% (n:22), Ungueal: 33% (n:4) vs 17% (n:15) y Pustulosa: 8% (n:1) vs 3% (n:3), respectivamente y sin diferencias estadísticas. Si se encontró que los pacientes con APs presentaron con mayor frecuencia, asociación de más de una variante de Psoriasis en un 58% (n:7) vs un 29% (n:26) con una p< 0.05. El valor de PASI en los pacientes con APs fue de 5.9 (DS:6.1) y 7.5 (DS:8.2) en PS sin diferencia estadísticamente significativa. En los pacientes con APs se encontró un mayor valor de PASE, 39.3 (DS:16.8) vs 30.3 (DS:13.4) y una mayor presencia de dolor, 75% (n:9) vs 39% (n:35) con un valor de p< 0.05. Las comorbilidades (Diabetes, HTA, Cardiopatía, Endocrinopatías, Cáncer y Dislipemia) así como el IMC y la presencia de ojo rojo, no presentaron diferencia estadística entre los dos grupos. En los datos de Laboratorio se objetivó FAN positivo en 41,6% (n:5) de los pacientes con APs vs 38,9% (n:35) en los pacientes con Ps pura, ningún paciente presentó Anti CCP y solo 1 paciente con Psoriasis pura tubo FR positivo. Los valores de reactivantes de fase aguda fueron bajos en ambos grupos, el valor medio de VSG fue de 12.4 mm (DS:10.4) vs 9.5 mm (DS:7.7) y de PCR, 1.6 mg/L (DS:1.2) vs 3.2 mg/L (DS:2.1) en APs y PS respectivamente. En el sub análisis de los pacientes con APs los valores medios de encontrados fueron: HAQ 0.38 (DS:0.4), DAS 28 1.65 (DS:1.4), PsaQoL: 4.42 (DS:3.2), BASDAI 9.4 (DS:11.5), BASFI 4.7 (DS:4.5) y MASEI 17.8 (DS:10.9).

**Conclusiones:** Conclusión: en nuestra campaña encontramos una incidencia de Artritis Psoriásica subclínica en personas con Psoriasis fue del 11,78%. A diferencia de lo publicado en otras series, en nuestra experiencia la PS y APs fue más frecuente en el sexo femenino. Con todos los métodos de evaluación utilizados, solo encontramos que, la presencia de dolor, un valor de PASE elevado y presentar más de 1 variante de Psoriasis asociadas, fueron las únicas variables que se asociaron con la detección de Artritis.

**Palabras Claves:** Artritis psoriásica subclínica, Psoriasis, Ecografía musculo-esquelética

## 316

## 0316 - EVALUACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS CON VASCULITIS QUE REQUIERIERON INTERNACIÓN EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR

SAVY, Florencia | PENA, Claudia | MARTIRE, María Victoria | GARCÍA, Nadia Paula | ARIZPE, Fernando | VELLOSO, María Sofía | GARCÍA, Lucila | AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | COSTI, Carolina | SANSINANE, Pierina | PERA, Mariana | TESTI, Adriana | NAGUA, Viviana | GARCÍA, Mercedes

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA

**Objetivos:** Evaluar características demográficas, clínicas, motivos de internación, tratamiento y desenlaces en pacientes con diagnóstico de vasculitis primarias que requirieron hospitalización. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que incluyó pacientes mayores a 16 años con diagnóstico de vasculitis primaria (Criterios ACR 1990 o Consenso de Chapel Hill 2012) que requirieron internación entre julio del año 2000 y agosto del 2018 en un centro de tercer nivel. **Resultados:** Se registraron 95 internaciones en 55 pacientes en un período de 18 años, predominando el sexo femenino 71,58%, con una mediana de edad al momento de la internación de 54,5 (RIC 34.75-64) años y una mediana de evolución de la enfermedad de 5,5 (RIC 1-25) meses. Las comorbilidades identificadas fueron los siguientes: insuficiencia renal previa 32,6%, hipertensión arterial 21,1%, tabaquismo 14,7%, dislipemia 12,6%, asma/ patología obstructiva 7,4%, insuficiencia cardíaca 7,4%, tuberculosis latente 4,21%, diabetes 3,2%, accidente isquémico transitorio/accidente cerebrovascular 3,2% e infarto agudo de miocardio 1,1%. Presentaron registro de inmunoprofilaxis con vacuna Antigripal el 33,68%, vacuna antineumocócica 23 valente el 23,16%, vacuna para VHB el 26,32% y tratamiento profiláctico para PCP con trimetoprima sulfametoxazol vía oral el 36,84%. En cuanto al tratamiento, durante el mes previo a la internación se encontraban recibiendo prednisona en dosis menores 7,5 mg el 17,9%, entre 7 mg a 30 mg un 22,1%, y mayor a 30 mg el 12,6%, ciclofosfamida 19%, metotrexato 8,4%, micofenolato 6,3%, azatioprina 4,2% y rituximab 1,1%. La media de días de internación fue de 18,5 (DS 15,5). **Conclusiones:** En nuestro centro las vasculitis asociadas a ANCA fueron el tipo de vasculitis predominante que requirió internación, en su mayoría debido a la actividad de la enfermedad de base, seguida en frecuencia por las infecciones respiratorias. Optimizar tanto el control de la enfermedad, como la prevención de infecciones serían los puntos a fortalecer para disminuir la hospitalización en estos pacientes.

317

0317 - PREVALENCIA DE NEFRITIS LÚPICA EN ARGENTINA. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 6 AÑOS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: LES/ANTIFOSFOLÍPIDOS  
 AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro(1) | PISONI, Cecilia(2) | EIMON, Alicia(2) | COSATTI, Micaela(2) | NAGUA, Viviana(1) | BELLOMIO, Verónica(3) | LEGUIZAMON, María Lia(3) | MUÑOZ, Sebastián(4) | ALVAREZ, Analía(5) | HU, María(5) | SANCHEZ ANDIA, Carolina(5) | ALVARADO, Nicolás(6) | SORIANO, Enrique(6) | SAURIT, Verónica(7) | DIAZ, Mónica(8) | PEREIRA, Dora(9) | PENDÓN, Gisela(10) | GARCÍA, Mercedes(1)

HOSPITAL GENERAL SAN MARTIN LA PLATA (1); CEMIC (2); HOSPITAL ANGEL C. PADILLA (3); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNÁNDEZ (4); HOSPITAL PENNA (5); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (6); HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA (7); CENTRO TRAUMATOLÓGICO BARILOCHE (8); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ LA PLATA (9); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA (10); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI (11)

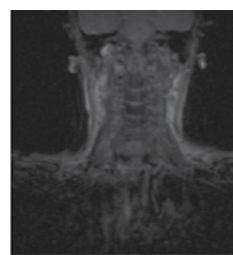
**Objetivos:** En el año 2012, 24 centros participantes en el grupo de estudio GESAR LUPUS llevaron a cabo un registro de 659 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), de los cuales el 49% tenía diagnóstico de Nefritis Lúpica actual o pasada. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de LES según criterios modificados ACR 1997, incluidos en el registro GESAR LES del año 2012. Se evaluó evolución del compromiso renal luego de 5 años. **Resultados:** Diez de los 24 centros originales respondieron a la nueva convocatoria enviando los datos evolutivos de 282 pacientes del registro original de 659. En el análisis de estos 282 pacientes destacamos que el 83% son de sexo femenino, etnia blanca el 43%. Al diagnóstico de nefropatía la edad fue de 39±12, la evolución del LES: 120± 105 meses y los criterios de Lupus acumulados 6±1.6. 143/283 fueron registrados como NL en 2011, de ellos 17 (14.5%) eran clase III, 58 (50%) eran clase IV, y 17(14.5%) de clase V. Debido a la nefropatía los tratamientos recibidos en el 2011 fueron ciclofosfamida 97 pacientes (68%), azatioprina 38 (26.6%), Mofetil Micofenolato 53(30%) Seguidos en el tiempo, en el año 2018 de los 143 pacientes con NL el 22% cursó remisión parcial, el 58.7% remisión completa. Se registraron 18 casos de recaída renal (12.5%) pero no hubieron casos nuevos. El 17.9% se encuentra en insuficiencia renal crónica y 3% se encuentra en hemodiálisis crónica. La mortalidad fue del 11.5%. **Conclusiones:** En el seguimiento a 6 años de un registro multicéntrico de LES se obtuvieron resultados de 10 de los 24 centros originales. Destacamos que el 58.7% de los pacientes se encuentran en remisión completa de la nefropatía lúpica mientras que hubo un 12,5% de recaídas renales. El 3% requiere de hemodiálisis crónica. **Palabras Claves:** Lupus Eritematoso Sistémico. Nefritis Lúpica

319

0319 - CROWN DENS SYNDROME: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR CERVICAL. REPORTE DE TRES CASOS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OA/CRISTALES/OSTEOPATÍAS  
 DANIELE, Julieta | CONTE, María Soledad | KISLUK, Boris | SATTLER, María Emilia | RAGGIO, Juan I | BERBOTTO, Guillermo Ariel

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN. GRANADERO BAIGORRIA



**Objetivos:** La artropatía por cristales de pirofosfato de calcio (PFCa) es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el depósito y la liberación de cristales PFCa en las articulaciones. Existe un cuadro, Crown Dens Syndrome (CDS), el cual se caracteriza por la presencia de dolor cervical agudo secundario al depósito de PFCa en la articulación atlantoaxoidea. **Materiales y Métodos:** Presentamos tres casos dada la baja frecuencia de dicha entidad y el gran desafío diagnóstico que representa al momento de evaluar un paciente con cervicalgia. **Resultados:** Caso 1: Paciente de sexo masculino, 62 años de edad, con antecedente de gota en tratamiento con allopurinol 300 mg/día sin otra patología de jerarquía, que consulta por cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por oligoartritis aguda de carpo izquierdo y rodilla derecha acompañado de dolor cervical de intensidad 9/10 que imposibilita la rotación y flexo-extensión del cuello, acompañado de un registro febril.

Al interrogatorio niega síntomas visuales, genitourinarios o gastrointestinales. Niega antecedente de infecciones previas en las últimas semanas. Al laboratorio presenta GB 15000/mm3, uricemia 5.6 mg/dl, test de función hepática y renal conservados, eritrosedimentación 56 mm/1hora. Examen cristalográfico de líquido sinovial compatible con depósitos de PFCa. Se realizan radiografías de rodillas y carpos que evidencian calcificación meniscal y del ligamento triangular respectivamente. Ante la sospecha de CDS se solicita TAC de articulación atlantoaxoidea que informa calcificación del ligamento transversal del atlas y depósitos en la circunferencia del proceso odontoides, confirmando el diagnóstico. Caso 2: Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que se presenta con cuadro de dos meses de evolución caracterizado por episodios recurrentes de dolor cervical severo, no relacionado a causa traumática, que imposibilitaba los movimientos de rotación del cuello. Niega otros síntomas articulares acompañantes, síntomas visuales, cefalea o claudicación mandibular. Se solicita laboratorio que es normal con reactantes de fase aguda elevados. Rx de columna cervical: rectificación de la lordosis fisiológica. Se indica inicialmente terapia kinésica para relajación muscular y pridnol 4 mg por la noche, sin resolución del cuadro. Por la persistencia de episodios intermitentes de dolor cervical se decide solicitar radiografías de carpos, rodillas y TAC de articulación atlantoaxoidea para estudio de enfermedad por pirofosfato de calcio. Los estudios muestran condrocalcinosis de rodillas sin alteraciones en los carpos, y la TAC informa calcificación del ligamento transversal del atlas, con depósitos cálcicos alrededor del proceso odontoides y erosiones óseas. **Conclusiones:** El diagnóstico de dicha patología, dada su baja frecuencia, representa un gran desafío al momento de evaluar un paciente con dolor cervical. Por último y en relación al tratamiento, suele ser suficiente un curso corto de prednisona a dosis bajas asociado a AINEs. En casos recurrentes puede ser efectivo el uso prolongado de colchicina o hidroxiloquinina. **Palabras Claves:** Crown dens syndrome

320

0320 - CORRELACIÓN DE LA ESCALA FACIT-FATIGA CON EL FSSM (ESCALA DE SEVERIDAD DE FATIGA) EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

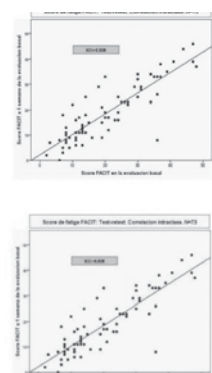
Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS  
 ASTUDILLO, Valeria | COSENTINO, Vanesa Laura | TOIBARO, Javier Jose | ARIAS SAAVEDRA, Maira Alejandra | IZAGUIRRE, María Pia | KERZBERG, Eduardo

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

Total numero de pacientes	n=73
F/M	44/29
Edad Media(±SD)	59 (13.8)
Duracion de Enf PS media (±SD)	20(15.3)
duracion de Enf APS media(±SD)	9.27 (6.4)
CAI (Media±SD)	1.59(3.7)
CAD (Media±SD)	4.15 (7.2)
BSA(Media±SD)	2.09 (4.67)
Fibromialgia (%)	9 (12)
Anemia (%)	2(2.7)
ERS (%)	24 (32.9)
HAQ	30 (41)
BASDAI	32 (43.8)

**Objetivos:** Determinar la correlación del FACIT-F (evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas-subescala fatiga) con la escala FSSm en pacientes con APs. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de APs según los criterios de clasificación CASPAR, atendidos en un centro de Buenos Aires, en un período de 6 meses. Se los evaluó mediante FACIT-F y FSSm en dos oportunidades con una semana de diferencia. Además completaron la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HADS. Se recolectaron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (duración de la enfermedad en años, DAS 28, DAPSA, BASDAI, HAQ, BSA) y de laboratorio (ERS, presencia de anemia). Se utilizó estadística descriptiva para las características clínicas de la población. Para cumplir con el objetivo primario se realizó un

test de correlación entre FACIT-F y el score FSSm. Se midió el coeficiente de correlación intraclass (CCI). La consistencia interna de los 13 ítems en el cuestionario de fatiga FACIT se midió usando Alfa de Cronbach. **Resultados:** La media de puntuación del FACIT fue de 20.3 (±SD=12), y del FSS fue de 3.63 (±SD=1.49). La correlación entre FACIT-F y el FSS fue de -0,62 (p 0,000). El CCI y Alfa de Cronbach fueron de 0,93. Tanto por DAS-28 como por DAPSA la mayoría de los pacientes se encontraba en remisión, 22 pacientes (30%) por DAS 28, y 19 (26%) pacientes por DAPSA presentaron moderada actividad de la enfermedad, 8 (11%) y 12 (16,4%) pacientes con alta actividad respectivamente. 21 (28,8%) pacientes presentaron un HADS mayor a 10, 22 (30,1%) valores entre 8 y 10, y 30 (41%) valores menores a 8. Otras características se muestran en la tabla 1. **Conclusiones:** Al igual que el trabajo de Chandran y col. encontramos una buena correlación entre FACIT-F y el FSSm. En comparación al estudio realizado en Canadá, encontramos mayor nivel fatiga en nuestra población, conformada por pacientes residentes en un área de Argentina. **Palabras Claves:** FACIT-F, Fatiga,



322

0322 - HEMORRAGIA PULMONAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN TUMOR AURICULAR CARDIACO

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS  
 RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | FLORES, Janet I | BAENAS, Diego | ALVAREZ, Cecilia | FIORENTINO, Soledad | SAURIT, Verónica | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco | COLAZO, Marcela

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

**Objetivos:** Introducción La hemorragia alveolar difusa es una condición infrecuente que puede poner en riesgo la vida. Es causada por vasculitis o capilaritis, en otros casos se asocia a daño pulmonar por drogas, tumores primarios o metastásicos o estenosis mitral. Reportamos el caso de un hombre de 33 años, sin antecedentes patológicos previos que debuta con hemorragia pulmonar como presentación de un tumor cardíaco primario. **Materiales y Métodos:** Varón de 33 años, que consulta por tos seca, asociada a hemoptisis y disnea de inicio gradual que progresa hasta clase funcional IV en las cuarenta y ocho horas previas al ingreso. El cuadro estaba precedido por un episodio de tos y hemoptisis, veinte días antes, autolimitado, por el cual fue tratado con amoxicilina-ácido clavulánico y montelukast, que continuaba recibiendo al momento del ingreso. Al examen físico presentaba taquipnea, uso de musculatura accesoria, crepitantes húmedos bilaterales en dos tercios de campos pulmonares. En el laboratorio se destacaba leucocitosis con neutrofilia, no mostraba alteración a nivel del resto del hemograma, del hepatograma, sin disfunción renal ni proteinuria, los reactantes de fase aguda estaban dentro de parámetros normales. Serología viral negativo para VIH, hepatitis B y C, Test para influenza A y B negativo, FilmArray positivo para coronavirus. Laboratorio inmunológico ANCA Negativo y complemento normal. TAC tórax: Extensos infiltrados intersticio alveolar bilaterales. Abundante derrame pleural bilateral, predominio derecho. Lavado broncoalveolar con líquido de aspecto claro que en alcototas posteriores se torna progresivamente hemático. Se inició tratamiento en base a oxigenoterapia, ventilación no invasiva y rivabirina por sospecha de neumonía por coronavirus; Además el planteo de hemorragia alveolar difusa asociada a capilaritis/vasculitis por montelukast se decide realizar pulsos de metilprednisolona, en dosis de 1 g por día por 3 días. En la evolución no presenta favorable respuesta al tratamiento, se re-plantea el diagnóstico y en la revisión de los estudios de imagen TAC de tórax se objetiva masa ocupante de espacio hipodensa de la luz auricular izquierda, ecocardiograma informa, presencia de masa homogénea de 7.5 cm por 3.5 cm que ocupa la aurícula izquierda y protruye hacia el ventrículo izquierdo en diástole, adyacente a venas pulmonares derechas, sin daño estructural de la válvula mitral. Se decide conducta quirúrgica con resección del tumor, que presentaba prolongación a vena pulmonar inferior derecha, la evolución postoperatoria fue favorable. La resonancia cardíaca de control, mostró masa residual en venas pulmonares inferiores derechas, por lo que se propone como plan lobectomía pulmonar. La anatomía patológica, informa Sarcoma pleomórfico indiferenciado. **Conclusiones:** Se presenta el caso de un paciente con tumor auricular izquierdo cuya manifestación inicial fue una hemorragia pulmonar, de allí la importancia de plantear diferentes diagnósticos antes de instaurar el tratamiento.

## 323

**0323 - BAT 59: DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA Y CORRELACIÓN CLÍNICA DE 59 BIOPSIAS DE ARTERIA TEMPORAL**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR

Unidad Temática 2: ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

MARINO, Diego Andrés | PORTILLA, Yesid Jovanni | GOMEZ, R A | DUBINSKY, Diana  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, U.B.A.**

**Objetivos:** Describir las características histopatológicas de biopsias de arteria temporal realizadas por sospecha de arteritis de células gigantes (ACG). Describir las características clínicas de los pacientes a los que se realizó biopsia de arteria temporal (BAT). Estudiar posible asociación entre hallazgos histopatológicos y clínica del paciente. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se estudiaron BAT realizadas en nuestro centro, desde el 30 de mayo de 2005 al 13 de febrero de 2017. Se analizaron los hallazgos histopatológicos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, registrando datos epidemiológicos, clínicos (síntomas sistémicos, de polimialgia reumática, craneales y craneales isquémicos). Se registraron los siguientes datos de laboratorio: Hematocrito (Hto), Hemoglobina (Hb), Leucocitos (GB), Plaquetas y Eritrosedimentación (ERS). Además, siempre que existían, se registraron si recibía corticoides, la dosis y la duración del tratamiento al momento de la BAT. Se utilizó el paquete estadístico Epi Info v.7.2.2. Se consideró  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se analizaron 59 BAT. Se revisaron las historias clínicas de 30 pacientes. Edad media al momento de la BAT 70  $\pm$  12 años. Relación Mujer:Hombre 2,9:1. Longitud media de las muestras 19,8  $\pm$  9 mm. En 14/59 (41%), IC95% 28-55 tuvo una longitud menor de 17 mm. El 90% (53/59 biopsias) fueron unilaterales. Se contó con el dato de uso de esteroides al momento de la BAT en 21/59 (35%) de los casos. 85% recibía corticoides al momento de la BAT. Dosis media 46,7  $\pm$  26,9 mg/día. Duración media del tratamiento corticoideo a la BAT: 12  $\pm$  8 días. Hallazgos histopatológicos: infiltrado inflamatorio 30% (18/59) BAT, calcificaciones 18% (11/59) BAT, disrupción de elástica interna 15% (9/59) BAT e hiperplasia intimal 12% (7/59) BAT. Solo se evidenciaron células gigantes en 12% (7/59) y/o granulomas en 3% (2/59) BAT. En 20% (12/59) BAT se hizo diagnóstico histopatológico de ACG (ACG+). Frecuencia de hallazgos en anatomía patológica en BAT ACG+: 12/12 (100%), IC95% 73-100 presentaban inflamación, 12/12 (100%), IC95% 73-100 con infiltrado a predominio linfocitario, células gigantes en 7/12 (58%), IC95% 27-84, disrupción de elástica interna en 4/12 (33%), IC95% 10-65 y granulomas en 2/12 (16%), IC95% 2-48). Manifestaciones clínicas: Se contó con datos clínicos de 30 pacientes, 10 (33%) tuvieron BAT ACG+. Al comparar los pacientes BAT ACG+ vs. BAT ACG-, presentaron manifestaciones sistémicas 6/10 pacientes (60%) del grupo ACG+ vs. 7/20 (35%) en ACG- con  $p=0,255$ , síntomas craneales 8/10 pacientes (80%) en ACG+ vs. 10/20 pacientes (50%) en ACG-,  $p=0,235$ . No encontramos asociación estadísticamente significativa para ninguna de las manifestaciones clínicas estudiadas. Laboratorio: Se compararon los hallazgos en pacientes BAT ACG+ vs. BAT ACG-. Hto medio 33,8 $\pm$ 5,8% en ACG+ vs. 36 $\pm$ 5,11% en ACG- con  $p=0,204$ , ERS media 82 $\pm$ 39 mm/h en ACG+ vs 64 $\pm$ 41 mm/h en ACG-,  $p=0,307$ . No se halló diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para ninguna de las variables de laboratorio estudiadas. Al comparar los hallazgos histopatológicos con las manifestaciones clínicas, no encontramos asociación estadísticamente significativa entre la clínica y la presencia de células gigantes o granulomas. **Conclusiones:** Un 20% de las biopsias fue compatible con ACG. Más del 40% de las biopsias tuvieron una longitud subóptima (17 mm), esto podría traducirse en menor rédito diagnóstico. La mayoría de los pacientes (85%) recibía corticoides al momento de la biopsia pudiendo influir en los hallazgos histopatológicos. No encontramos asociación entre manifestaciones clínicas y hallazgos específicos en la BAT, ni diferencias sustanciales entre pacientes con diagnóstico histopatológico categorico de ACG respecto de aquellos sin el mismo. **Palabras Claves:** ACG, Vasculitis, Arteritis células gigantes, Horton, Anatomía patológica, Biopsia, arteria temporal

## 324

**0324 - OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: AR

ROMAN, Lourdes | RIQUELME-GRANADA, Susan | PAATS, Astrid | ACOSTA, Rodrigo | DUARTE-MUSSI, Margarita | CABRERA-VILLALBA, Sonia  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

**Objetivos:** Describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes con artritis reumatoide con obesidad y sin obesidad, y su relación con la actividad de la enfermedad **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte trasversal de una cohorte de pacientes con AR, se revisaron las historias clínicas de los pacientes en seguimiento regular. Se completó un cuestionario con variables -epidemiológicas (i.e. sexo, edad, procedencia), -clínicas (i.e., tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de enfermedad (DAS 28), antecedentes patológicos personales, comorbilidades). Se definió HTA una  $PA \geq 140/90$ ,

Obesidad  $IMC \geq 30$  -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 un total de 189 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide, de éstos el 83,06% (157/189) correspondían al sexo femenino; con una edad media actual de 50,30 $\pm$  13,26 años. La edad media al inicio de los síntomas fue de 41,65  $\pm$  14,25 años, mientras que la edad media al momento del diagnóstico fue de 44,25 $\pm$ 13,9 años. El promedio de duración de la enfermedad fue de 8,14 $\pm$ 8,11 años. El 64,5% (125/189) provenían de Asunción y Gran Asunción. El 39% (74/189) de los pacientes presentaba obesidad. HTA 36,5% (69/189), 13% (25/189) dislipidemia, el 5% (9/189) diabetes mellitus; mientras que el 29,6% (56/189) estaba con sobrepeso. Solo el 5,3% (10/189) era tabaquista. Al comparar las distintas variables entre los pacientes con obesidad y los no obesos encontramos que los pacientes obesos requieren un mayor número de FAMEs (Obesos: 1,85  $\pm$  0,685 vs No obesos: 1,61  $\pm$  0,737  $p=0,037$ ), precisan con mayor frecuencia de prednisona (Obesos: 69% vs No Obesos: 53%); así mismo los pacientes no obesos en mayor proporción logran la remisión de la enfermedad medida por SDAI (Obesos: 1,5% vs No Obesos: 15%,  $p=0,009$ ). También encontramos otras diferencias aunque no significativas, en relación al promedio de la VSG, que fue más elevada en los obesos ( $p=0,071$ ). Los pacientes obesos presentaban con mayor frecuencia una alta actividad de la enfermedad, medida por DAS28, (Obesos: 13%, No Obesos: 5,4%,  $p=0,09$ ). El resto de las variables analizadas no presentaron diferencias (Ver tabla N°1). **Conclusiones:** Existe una elevada frecuencia de obesidad y sobrepeso en nuestra población de pacientes con AR. Los pacientes obesos precisaban un mayor número de FAMES, presentaban una mayor actividad de la enfermedad, mayor nivel de VSG y en menor porcentaje logran la remisión de la enfermedad, por lo que es fundamental el control estricto de esta comorbilidad, a fin de poder mejorar la respuesta al tratamiento y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. **Palabras Claves:** Obesidad, Artritis reumatoide

## 329

**0329 - CARACTERÍSTICAS Y PATRONES DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A CONSULTORIO EXTERNO DE REUMATOLOGÍA EN UNA INSTITUCIÓN DEL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

LANCIONI, Eliana(1) | CALVO ZARLENGA, Martina(1) | FIORI, Mauricio(1) | NORBERTO, Petraglia(1) | LUIS, Cattoglio(2)

**CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2)**

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir los motivos por los que se solicita atención médica reumatológica ambulatoria en un centro de derivación del noroeste de la provincia de Buenos Aires. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo transversal descriptivo basado en la revisión de historias clínicas ambulatorias del 01 de enero de 2018 a 30 de junio de 2018. Se registraron variables demográficas, especialidad médica que deriva, motivos de consulta y diagnóstico final. **Resultados:** se analizaron 441 consultas realizadas por dos reumatólogos de las cuales 207 (46%) fueron de primera vez. El 78% fueron mujeres, la edad promedio fue de 54 años y el 90% contaba con cobertura médica. El 67% concurre a la consulta sin derivación médica. Las especialidades médicas que registran mayor porcentaje de derivación fueron clínica médica (39%) en primer lugar seguidos por traumatología (27%), neurocirugía (7%) e infectología (4%). Los motivos de consulta o derivación más frecuentes fueron poliartalgias 63%, monoartalgia 14%, lesiones en piel 14% (eritema nodoso - úlceras - rash) y fenómeno de Raynaud 3,4%. La osteoartritis (33%) represento el diagnóstico final más frecuente seguida por la fibromialgia (26%), artritis reumatoidea (23%), polimialgia reumática (7%), lupus eritematoso sistémico (4%), espondiloartritis seronegativas (4%), otras (3%). **Conclusiones:** el 78% de las consultas fueron mujeres dato que se corresponde a la mayor prevalencia de enfermedades reumáticas en el sexo femenino. A diferencia de otros países más de la mitad de los pacientes que concurren a nuestro consultorio ambulatorio tuvieron diagnóstico de osteoartritis y fibromialgia, dos patologías que en otros países son diagnosticadas y seguida por médicos de atención primaria en salud. En dichos países la artritis reumatoidea es el diagnóstico final más frecuente. Este patrón es muy parecido al de consultorios de atención primaria y no de centros de segundo o tercer nivel. Una explicación a este dato podría estar en relación a que en nuestro caso la mayoría de los pacientes concurren a la consulta sin una derivación previa (67%). Por otro lado, el patrón hallado por nosotros es similar al hallado en otras instituciones de alta complejidad donde el tipo de atención combina primer y segundo nivel. Dada la escasez de datos en nuestro país sería importante que otros estudios evalúen si el patrón de demanda de atención observada por nosotros se repite en otras áreas geográficas ya que esto podría ajustar mejor la distribución de recursos. **Palabras Claves:** Motivos de consulta, mejores ambulatorios.

## 328

**0328 - UNIDAD DE ENFERMEDAD OCULAR AUTOINMUNE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EXPERIENCIA A LOS SEIS MESES DE SU CREACIÓN**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

RIQUELME GRANADA, Susan Carolina | PAATS, Astrid | ACOSTA, Rodrigo | LOSANTO, Jhonatan | YINDE, Yanira | COLMAN, Nelly | DUARTE, Margarita  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS SAN LORENZO PARAGUAY**

**Objetivos:** Describir la cohorte de pacientes de la Unidad de Enfermedad Ocular Autoinmune, a seis meses de su creación **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad ocular, en seguimiento en la Unidad de Enfermedad Ocular Autoinmune, que consultaron entre febrero y agosto de 2018. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes, las cuantitativas como medias y desviación estándar (DE). Para el análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Excel. **Resultados:** Fueron incluidos un total de 30 pacientes que acudieron al consultorio de enfermedad ocular autoinmune, 70% del sexo femenino (21/30), edad media de 42,3 $\pm$ 15,3 años y una duración media de la enfermedad de 19,4 $\pm$ 21,6 meses. Los motivos de consulta más frecuentes fueron ojo rojo y ojo doloroso, ambos presentes en 50% de los pacientes (15/30), seguidos por disminución de la agudeza visual en 43,3% de los pacientes (13/30). En 60% de los casos constituía el primer episodio de enfermedad ocular (18/30). La afectación fue bilateral en el 70% (21/30). Los diagnósticos oftalmológicos fueron: Uveítis en 33,3% (10/30); ojo seco en, vasculitis y escleritis en 13,3% de los casos cada uno (4/30); epiescleritis, úlceras corneales y síndrome de Vogt Koyanagi Harada en 10% de los casos cada uno (3/30); penfigoide cicatrizal ocular en 3,33% de los casos (1/30). El 50% de los pacientes posee diagnóstico de una enfermedad sistémica inmunomediada (15/30), de estos 73,3% fue diagnosticado durante su enfermedad ocular. Las enfermedades sistémicas encontradas fueron, por orden de frecuencia: Artritis reumatoide (20%, 6/30), síndrome de Sjögren (13,3%, 4/30), síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (10%, 3/30) y Lupus eritematoso sistémico. Arteritis de Takayasa y Penfigoide cicatrizal ocular en 3,33% de los casos respectivamente (1/30). El 83,3% de los pacientes requirió tratamiento con corticosteroides sistémicos (25/30). El 70% de los pacientes recibió al menos un fármaco inmunosupresor (21/30), los más indicados fueron: azatioprina (43%) y metotrexato (30%) de los casos. **Conclusiones:** En esta cohorte, predominaron pacientes del sexo femenino, de edad media, con enfermedad ocular bilateral y evolución superior a un año. El diagnóstico de remisión a la unidad más frecuente fue uveítis. La consulta a la unidad de EOA posibilitó el diagnóstico de una enfermedad sistémica en la mitad de los casos y llamativamente la mayoría de los pacientes requirió tratamiento con corticosteroides sistémicos y al menos un fármaco inmunosupresor, con esto resaltamos la importancia de la evaluación multidisciplinaria de estos pacientes para realizar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a fin de evitar secuelas. **Palabras Claves:** Enfermedad sistémica autoinmune, uveítis

330

**0330 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: SERIE DE CASOS**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/PMR - Unidad Temática 2:

**CASOS CLÍNICOS**

CUADRANTI, Nadia Aldana | RINGER, Ariana | RUFFINO, Juan Pablo | ACHILLI, Carla | VANDALE, Juan Manuel | ROLLA, Ignacio | MARTINEZ, María Florencia | ARGENTO, María Cecilia | ZAPATA, Paola | FONSECA, Emilce | MILANESIO, Julieta | CORTESE, María Noel | PALATNIK, Mariano | ROMBO, Graciela | ABDALA, Marcelo

**HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO**

**Objetivos:** Describir los casos que se presentaron con Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) del Hospital Centenario desde 2013 hasta 2017 y nuestra experiencia en relación al manejo. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 13 pacientes con HAD secundario a compromiso inmunitario. Se analizaron datos demográficos, de laboratorio, tratamiento, evolución y mortalidad. **Resultados:** Se diagnosticaron 13 pacientes con HAD, % femeninos), la media de edad fue de 46 años (con un rango de edad entre 19 y 82) en relación a la etiología, el mayor porcentaje, 61.5% fue secundario a vasculitis (8), el 62.5% Poliangeitis Microscópica (PAM) (5) y 12.5% (1) para Granulomatosis con Poliangeitis, Granulomatosis Eosinofílica y Microangiopática Trombótica. Secundario a lupus 15.3% (2), uno de los cuales se presentó con Síndrome antifosfolípido asociado y los otros diagnósticos fueron, un caso de amiloidosis y otro por consumo de cocaína. Con respecto a la presentación clínica; tos disnea y hemoptisis en el 92% y descenso de Hto y HB en el 100% de los casos. Todos los pacientes tuvieron TC AR compatible. Al evaluar el compromiso concomitante, las manifestaciones renales fueron las más frecuentes, en un 69.2% de los pacientes, de los cuales 66.6% presentaron enfermedad renal terminal con requerimiento dialítico, y una mortalidad estimada de un 55.5% y en menos medida infecciones asociadas (15.3%) Estafilococo Aureus y Pseudomona Aeruginosa. Diagnóstico etiológico: Se realizó PBR en el 30% de los pacientes, laboratorio inmunológico, ANCA 61.5%, (MPO 50% PR3 12.5%), FAN 15.3%. Evolución; ingreso a UTI 69%, de los cuales el 66% requirió asistencia respiratoria mecánica y 11% ventilación no invasiva. Tratamiento: la totalidad de los pacientes recibió pulsos de metilprednisolona durante 3 días con posterior descenso, plasmaferesis 23%, ciclofosfamida 77%, rituximab 23%. El 76% requirió tratamiento antibiótico asociado durante el curso de la enfermedad. En la continuidad del tratamiento, se realizó descenso de dosis de prednisona y azatioprina fue la droga más indicada para mantenimiento. Fallecieron en el contexto de HAD 38%, sumado a un 15% que lo hizo durante un segundo episodio, dando una mortalidad total del 53%. **Conclusiones:** En nuestra serie de casos hubo predominio del sexo femenino, el de rango de edad fue amplio. La principal etiología de HAD fueron las vasculitis, y dentro de ellas, presento mayor prevalencia la PAM. El compromiso concomitante renal fue el más frecuente y se asoció peor pronóstico entre nuestros pacientes. Se evidenció una alta necesidad de ingreso a UTI, y una mortalidad mayor al 50%. **Palabras Claves:** Hemorragia alveolar, vasculitis, poliangeitis microscópica

332

**0332 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: DOS CASOS DE UNA MISMA MONEDA, A PROPOSITO DE UN CASO**

Modalidad: Poster - Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS - Unidad Temática 2: LES/

**ANTIFOSFOLÍPIDOS**

PAATS, Astrid | VÁZQUEZ BÁEZ, Marcos Aurelio | MARTÍNEZ, Víctor | ORTÍZ, Nelson | ACOSTA COLMAN, Isabel | MELO, Marcia | DUARTE, Margarita

**HOSPITAL DE CLÍNICAS SAN LORENZO PARAGUAY**

**Objetivos:** Describir la presentación de la Inmunodeficiencia Común Variable con una enfermedad autoinmune. **Resultados:** Mujer de 36 años, casada, licenciada en administración. Sin patología previa. Inició el cuadro en el 2009 con aparición de hematomas y ptequias espontáneos con hallazgo en laboratorio de plaquetopenia. Fue diagnosticada de púrpura trombocitopénica autoinmune e inició tratamiento con corticosteroides. Se constató ANA positivo, AntiDNA positivo y complementos consumidos, por lo que se agregó el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Inició azatioprina 50mg/día, que se suspendió por intolerancia, no así los corticosteroides. Por persistencia de la plaquetopenia e imposibilidad de retirar los corticosteroides, recibió rituximab en el 2010, con excelente respuesta clínica. Se suspendieron los corticosteroides y quedó con hidroxilcloroquina 200mg/d. En el 2013 dejó su tratamiento, estando sin manifestaciones clínicas ni laboratoriales. En el 2016, durante su cuarto embarazo, presentó artritis de grandes y pequeñas articulaciones desde el segundo trimestre, cuadros de rinosinusitis infecciosa a repetición y un episodio de neumonía adquirida en la comunidad que requirió internación. Se reinició prednisona a 30mg/día, con mejoría clínica y posterior descenso gradual hasta la suspensión de los corticosteroides. En el 2017 reapareció la artralgia, alopecia, fotosensibilidad, por lo que se aumentó hidroxilcloroquina a 400mg/día y se reinició prednisona a 20mg/día. A finales del 2017, tras nuevos episodios de infección de vías aéreas, se realizó dosaje de inmunoglobulinas con los siguientes resultados: IgA: 40mg/dl, IgG: 624,73mg/dl e IgM: 25mg/d. Se solicitó además citometría de flujo (linfocitos 20%) y relación CD4/CD8: 0,39 (invertida). Se diagnosticó inmunodeficiencia común variable, por lo cual se inició inmunoglobulina. En abril del 2018, se sumó al cuadro clínico proteinuria de 900mg/24hs, que fue en ascenso en controles posteriores hasta alcanzar 2562mg/24hs. No fue posible realizar una biopsia renal. Se inició tratamiento para nefritis lúpica. La paciente recibió 3 bolos de 500mg de metilprednisolona al inicio del tratamiento y quedó luego con prednisona 1mg/kg/d con descenso gradual. Como fármaco de inducción, recibió 1g de ciclofosfamida en forma mensual durante 6 meses. En forma concomitante, recibió 2g/kg de inmunoglobulina humana endovenosa al mes y profilaxis contra P. jirovecii. Se encuentra con buena evolución, proteinuria menor a 500mg/24h, sedimento inactivo, DNA negativo y complementos en rango, en planes de iniciar mantenimiento con micofenolato de mofetilo. Durante el tratamiento, presentó infección de vías aéreas superiores e infección urinaria, ambas en una oportunidad. **Conclusiones:** Se presenta el caso por la asociación entre enfermedad autoinmune e inmunodeficiencia y la dificultad del manejo terapéutico cuando se requiere el uso de inmunosupresores en forma prolongada. **Palabras Claves:** Lupus eritematoso sistémico, Inmunodeficiencia común variable, Nefritis lúpica

333

**0333 - INTERSTICIOPATÍA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: ETC

HU, María | LONGO, Analía | SANCHEZ ANDIA, Carolina | RETAMAL, Enrique | ALVAREZ, Analía

**HOSPITAL PENNA**

**Objetivos:** Las neumonías intersticiales idiopáticas son desórdenes pulmonares inflamatorios difusos y/o fibroticos, que comparten características clínicas, radiológicas e histopatológicas. El diagnóstico requiere la exclusión de causas conocidas de neumonía intersticial tales como exposición ambiental, toxicidad medicamentosa o enfermedades de tejido conectivo (ETC). La neumonía intersticial puede ser la manifestación clínica de ETC establecida, ser primera manifestación de una de ellas y menos frecuentemente una manifestación aislada.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de 92 pacientes registrados en la base de datos de la Sección de Reumatología del Hospital J. M. Penna en el periodo 2015-2018, derivados por Neumonología (Hospital Penna, Muñiz e Instituto Vaccarezza). Se estudiaron las características demográficas, clínicas, diagnósticas y tratamiento de las mismas.

**Resultados:** • Se incluyeron 92 pacientes derivados por Neumonología, con diagnóstico de Intersticiopatía • Edad promedio de la serie fue de 59,2 años (20-88 años) • Sexo femenino 59 (64,13%) Dominio Clínico N =92 (100%) Raynaud 24 (26,08%) Artralgias 41 (44,5%) Artritis 21 (22,82.) Puffy Hands 6 (6,5%) Mechanic Hands 5 (5,43%) Teleangiectasias 6 (6,5%) Síntomas SICCA 26 (28,26%) Parotiditis 4 (4,34%) Rash 6 (6,52%) Fotosensibilidad 6 (6,52%) Esclerodactilia 6 (6,52%) Debilidad muscular 7 (7,60%) Gottron 2 (2,17%) Dominio Serológico N =92 (100%) FAN Hep 2 >1/320 28 (30,40%) Moteado 19 (20,65%) Homogeneo 7 (7,06%) Centromérico 2 (2,17%) FR 9 (9,78%) Anti CCP 1 (1,08%) DnAn 0 Anti RO 16 (17,39%) Anti LA 6 (6,52%) Anti RNP 3 (3,26%) Anti SM 0 Anti SCL70 (TOPOISOMERASA 1) 1 (1,08%) Anti RNA Sintetasa 7 (7,06%) MDA5 3 (3,26%) Dominio Morfológico N =92 (100%) NIU (Neumonía Intersticial Usual) 47 (51,08%) NINE (Neumonía Intersticial No Especifica) 27 (29,34%) COP/BOOP (Organización Criptogénica en Organización) 1 (1,08%) Otros 17 (18,47%) • De los 92 pacientes incluidos, 31 cumplieron criterios para ETC: 14 Sme. Sjögren, 10 Miopatías Inflamatorias, 2 Artritis Reumatoide, 2 Esclerosis Sistémica Limitada, 1 Esclerosis Sistémica Difusa, 1 Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, 1 Lupus Eritematoso Sistémico

**Conclusiones:** De los 92 pacientes de nuestra base de datos, 31 pacientes presentaron criterios para enfermedad del tejido conectivo. Este trabajo describe la asociación entre enfermedad intersticial pulmonar y manifestaciones asociadas a ETC y lo importante que es el trabajo multidisciplinario en enfermedades con componente sistémico, para la detección de las mismas, lograr un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico.

**Palabras Claves:** Intersticiopatía, Enfermedades del colágeno

334

**0334 - MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

Modalidad: Poster

Unidad Temática: ETC

PEÑA, Patricia | CAMARGO OCHI, Bruno | LOPEZ, Ana | PAOLINI, María Virginia | CARBALLO, Orlando Gabriel | LESSA, Carmen

**UNIDAD INMUNOLOGÍA E HISTOCOMPATIBILIDAD, HOSPITAL DURAND**

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas, y su relación con el perfil de anticuerpos específicos, de 20 pacientes con diagnóstico de miopatías inflamatorias en seguimiento por nuestro servicio.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo, en que se revisaron las historias clínicas de 20 pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria asistidos entre octubre de 2010 y septiembre de 2018 en la Unidad de Inmunología e Histiocompatibilidad del Hospital C. G Durand consignándose las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes: 9 (45%) DM, cinco (25%) SS, tres (15%) dermatomiositis amioapática (DMA), dos (10%) SAS y una (5%) enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC). La edad promedio de inicio de los síntomas fue de 50,3 años (rango 20-78), con predominio de sexo femenino (5,6:1) El tiempo promedio de seguimiento fue de 40,2 meses (rango 6,3-101,2). En todos los pacientes el motivo de consulta inicial incluyó manifestaciones dermatológicas y/o debilidad muscular. En cuanto a los parámetros de laboratorio, 19 pacientes (95%) presentaron enzimas musculares elevadas. Se realizó determinación de anticuerpos anti nucleocitoplasmáticos (ANA) en todos los pacientes, de los cuales 90% resultaron positivos; de estos, 12 (66,6%) pacientes presentaron patrón nuclear moteado fino (una EITC, cinco DM, tres DMA y cuatro SS), dos (11,1%) patrón nuclear moteado grueso (una SAS y una DM), dos (11,1%) patrón nuclear homogéneo (un SS y una DM), uno (5,5%) patrón citoplasmático granular fino (DM con antecedente de Ca mama) y uno (5,5%) patrón citoplasmático granular polar (SS). Sobre el perfil miosítico de los pacientes con ANA+ y DM dos (25%) presentaron positividad para PL12 (uno de ellos además con Ku+) y uno Mi2+; en los pacientes con SS tres (60%) positivos para PM-Sci100 y uno (20%) U1RNP+; y en los pacientes con SAS uno (50%) aJo1+. En el resto de los pacientes no hubo hallazgos positivos en el perfil evaluado. En cuanto a la evolución clínica, siete (75%) de los pacientes con DM evolucionaron favorablemente, al igual que tres (60%) de los pacientes con diagnóstico de síndrome de superposición, y el 100% de los pacientes con dermatomiositis amioapática. Entre los pacientes con síndrome anti sintetasa uno (50%) tuvo buena evolución.

**Conclusiones:** Las miopatías inflamatorias pueden tener presentaciones clínicas variadas. Al comparar la muestra de los pacientes asistidos en esta Unidad, con la bibliografía, no se observaron diferencias en la edad de inicio ni la frecuencia según sexo. Respecto al laboratorio y su correlación clínico-evolutiva, se concluyó que los pacientes con parámetros inmunológicos positivos PM-Sci 100, Jo-1, U1RNP presentaron evolución clínica tórpida, y los pacientes con perfil miosítico positivo para Mi2, PL12 y Ku tuvieron mejor evolución, con ciertas diferencias con los datos publicados por otros autores. En ello podría incidir la adherencia al tratamiento.

**Palabras Claves:** Enfermedad del tejido conectivo, miopatías inflamatorias, dermatomiositis, dermatomiositis amioapática, polimiositis, síndrome antisintetasa

## 335

## 0335 - CALCIFILAXIS: REPORTE DE CASO

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

CAMARGO OCHI, Bruno | PEÑA COCA, Elena Patricia | LOPEZ, Ana | FERNANDEZ ROMERO, Diego | PAOLINI, María Virginia

**UNIDAD INMUNOLOGIA E HISTOCOMPATIBILIDAD, HOSPITAL DURAND**

**Objetivos:** Se presenta una paciente con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con compromiso multiorgánico asociado a calcifilaxis, asistida en la Unidad de Inmunología e Histocompatibilidad del Hospital Durand.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, basado en evidencia clínica de reporte de caso, con un primer análisis transversal y posterior seguimiento evolutivo

**Resultados:** Paciente sexo femenino de 26 años con diagnóstico de LES desde los 12 años, con compromiso renal, hepático, pulmonar, cutáneo y articular. Antecedentes de meningitis al año de vida, glomerulonefritis lúpica clase III a los 13 años, progresión de la enfermedad renal a clase IV a los 19 años e inicio de hemodiálisis a los 24 años. Consulta por úlcera en MMII derecho, distal a rodilla, dolorosa con franco edema en miembro afectado; que inicia como lesión violácea, que evoluciona a flictena con posterior ulceración, sin evidencia de actividad de la enfermedad de base. Se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de calcifilaxis.

**Conclusiones:** La calcifilaxis es un trastorno complejo, presente en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en diálisis o trasplantados, con un elevado índice de morbimortalidad. Por ello es fundamental el control de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz para lo cual es necesaria una alta sospecha clínica.

**Palabras Claves:** Calcifilaxis, vasculopatía, necrosis cutánea, insuficiencia renal crónica.

## 337

## 0337 - TUMOR PARAVERTEBRAL EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS

Modalidad: Poster - Unidad Temática: VASCULITIS/FMR

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | BAENAS, Diego Federico | RISCANEVO, Nadia | SAURIT, Verónica | OROZCO, Maira | OROZCO, Maira | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco

**HOSPITAL PRIVADO CORDOBA**

**Objetivos:** Introducción: La GP es una vasculitis asociada a anticuerpos ANCA que afectan los vasos pequeños y de medianos calibres. Se caracteriza por su triada de granulomas necrotizantes en el tracto respiratorio superior y/o inferior, glomerulonefritis y vasculitis necrotizante granulomatosa en otros órganos. Otras manifestaciones poco frecuentes han sido reportadas como pseudotumor orbitario y tracto genitourinario. La mayoría de estos últimos fueron causados por infiltración tejido granulomatosa local y su respuesta al tratamiento convencional para la GP ha variado ampliamente. Se presenta un caso de GP con lesión paravertebral para describir los hallazgos clínicos, imágenes e histológicos para su diagnóstico y tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Caso clínico: Varón de 60 años, que consulta por pérdida de peso en los últimos tres meses, purpura palpable en miembros inferiores de días de evolución. Refirió compromiso de vía aérea superior crónico, hematuria y proteinuria en rango no nefrótico con caída del filtrado glomerular, en diálisis peritoneal reciente. En el laboratorio se objetivó anemia severa normocítica normocrómica, glóbulos blancos normales (5600/mm<sup>3</sup>), eritrosedimentación acelerada (70 mm/h), proteína C reactiva elevada (3.19mg/dl), FG: 11, relación P/C: 2,1, hematuria macroscópica. Asociados a la presencia de ANCA PR3 positivo. Los anticuerpos antinucleares, anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, anti-DNA, fueron normales. Las serologías virales para hepatitis B, C y VIH fueron negativas. La tomografía (TAC) de senoparanasales evidenció engrosamiento de mucosa y erosión ósea, TACAR de tórax nódulos centrolobulillares y masa paravertebral de los[JBI] tejidos blandos (figura A). Se realizó biopsia guiada por TAC que mostró vasculitis y granulomas (figura B) Por los hallazgos clínicos mencionados, asociado ANCA PR3 positivo y los cambios histológicos de la masa paravertebral, se diagnostica GP y se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Discusión: Las lesiones infiltrantes en pacientes con GP han sido descritas en varios lugares, como la órbita, senos paranasales, mediastino, mama, riñón y retroperitoneo. La inflamación granulomatosa se ve a menudo en las biopsias de los pacientes y raramente, vasculitis. Las lesiones paravertebrales son infrecuentes, solo 5 casos han sido reportados. En estos casos la afectación de hombre y mujeres fue similar, con una edad media de presentación de 60 años. La presentación clínica más frecuente fue masa paravertebral indolora, no produce compresión de estructuras cercanas y la estructura ósea se encuentra indemne. Se debe considerar mediastinitis fibrósante o fibrosis retroperitoneal, ya que la presencia de estas lesiones puede sugerir un paralelismo. Los diagnósticos diferenciales a descartar se incluyen neoplasias, infecciones, especialmente tuberculosis y otras enfermedades granulomatosas como sarcoidosis. La biopsia de estas lesiones no siempre es fácil de obtener por riesgo de complicación debido a su localización, generalmente se realizan guiada por ecografía o TAC. Las muestras obtenidas revelan inflamación granulomatosa, raramente vasculitis y calcificaciones, como un proceso hipotético de cicatrización. De esta forma se respalda el inicio de tratamiento para GP, generalmente tratados con corticoides, ciclofosfamida o azatioprina. Algunas estas presentan regresión y otras se mantienen dependiendo del grado de fibrosis que tengan. **Resultados:** En conclusión, esta masa paravertebral usualmente formada por infiltración granulomatosa, puede presentarse al inicio o durante el curso de esta patología. Estas son lesiones muy raras, pero su frecuencia puede ser subestimada, ya que a menudo son asintomáticos y no se asocian con la erosión ósea o la compresión de estructuras cercanas. Biopsia es fundamental para establecer de relación estas con la GP y a su vez excluir otros diagnósticos. Las lesiones pueden desaparecer o permanecer estables en condiciones adecuadas de tratamiento para GP e incluso presentar calcificaciones sin otros síntomas asociada. **Conclusiones:** La lesión paravertebral en Granulomatosis con Poliangeitis (GP) es sumamente infrecuente. Por lo general su presentación y curso suele ser benigno. La histopatología es esencial para el diagnóstico y excluir malignidad al igual que otras enfermedades granulomatosas. **Palabras Claves:** Granulomatosis con poliangeitis, tumor paravertebral.

## 338

## 0338 - ESCLEROSIS SISTÉMICA: MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

Modalidad: Poster

Unidad Temática: CASOS CLÍNICOS

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | RISCANEVO, Nadia | BAENAS, Diego Federico | SAURIT, Verónica | ALVAREZ, Cecilia | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco

**HOSPITAL PRIVADO CORDOBA**

**Objetivos:** ES es una enfermedad autoinmune que causa fibrosis en múltiples órganos. El tracto gastrointestinal puede verse afectado en 98% de los pacientes de hecho, el SBID es una manifestación común, y se presenta con dolor, distensión abdominal, diarrea que alterna con constipación. En casos severos puede presentarse como pseudoobstrucción, neumatosis intestinal, malabsorción y en última instancia desnutrición.

**Materiales y Métodos:** Mujer de 56 años con diagnóstico de ES de 15 años de evolución, consulta por pérdida de peso >10 kg en los últimos 6 meses, dolor, distensión abdominal, saciedad precoz y diarreas que alternan con constipación. En el laboratorio se evidencia anemia normocítica normocrómica, glóbulos blancos normales, eritrosedimentación acelerada (77 mm/h), hipoalbuminemia 3.3. FG 64 Relación P/C: 0,16. Ferritina, ácido fólico, vitamina B12. Las serologías virales para hepatitis B, C y VIH fueron negativas, en TAC abdominal se evidenció dilatación de asas intestinales, líquido libre, pseudoobstrucción, Con sospecha de SBID, por la clínica mencionada y los hallazgos en imágenes se inicia ATB por 14 días y alimentación parenteral Con buena respuesta.

**Resultados:** Los pacientes ES con afectación del intestino delgado (ID) tienen alteración del peristaltismo lo que puede conducir a estasis de los contenidos intestinales con sobrecrecimiento bacteriano, siendo causa de dolor abdominal, esteatorrea y diarrea. El aumento de microorganismos o el cambio en el equilibrio de la flora, conduce a competencia por nutrientes esenciales (como la vitamina B12), desconjugación de los ácidos biliares y malabsorción de grasa, reducción de la ingesta de alimentos y diarrea. Los casos más graves pueden presentarse con pseudoobstrucción, neumatosis intestinal, malabsorción y desnutrición, como factor de mal pronóstico, con un 50% de mortalidad a los 8.5 años El método diagnóstico de SBID incluye el cultivo yeyunal, pruebas de aliento y pruebas Schilling. Ninguno de estos métodos ha sido validado, pero la prueba de aliento de hidrógeno es el más utilizado y no invasivo. Sin embargo, no está disponible en todos los centros. Por lo tanto, se puede prescribir antibiótico en un paciente con alta sospecha de SBID. En casos severos, alteración de la motilidad del intestino delgado puede manifestarse por constipación, que puede progresar a la pseudoobstrucción El tratamiento incluye agentes prokinéticos (domperidona, metoclopramida y eritromicina) y, en casos graves o refractarios, reposo del ID con sonda nasogástrica y octreotida. La intervención quirúrgica a menudo se complica con íleo prolongado y es por lo tanto, no recomendando.

**Conclusiones:** Las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes en ES. El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SBID) ocurre en 30 -60% en estos pacientes y conduce a la desnutrición con deterioro de la calidad de vida y aumento de la mortalidad.

**Palabras Claves:** Esclerosis sistémica - manifestaciones gastrointestinales - sobrecrecimiento bacteriano

## 339

## 0339 - SIGNIFICANCIA CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEOLARES

Modalidad: Poster - Unidad Temática: OTROS

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | HAYE, María | BAENAS, Diego | RISCANEVO, Nadia | ALVAREZ, Cecilia | SAURIT, Verónica | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco

**HOSPITAL PRIVADO CORDOBA**

**Objetivos:** 1. Determinar la frecuencia y causas principales de anticuerpos nucleares en Hospital Privado Universitario de Córdoba, durante un periodo de 5 años. 2. Evaluar características clínicas en Esclerodermia Sistémica, Síndrome de Superposición, Síndrome Sjögren, Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Hepatitis Autoinmune en presencia de anticuerpos nucleares **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico retrospectivo en hospital de tercer nivel de Córdoba (Hospital Privado Universitario de Córdoba). El mismo cuenta con un sistema de historia clínica electrónica en la cual se registra clínica y estudios complementarios de los pacientes. A través de la información proporcionada de cómputos del hospital, se solicitaron registro de los anticuerpos ANA solicitados en el periodo comprendido entre 2012 - 2017. Se incluyeron a todos aquellos pacientes mayores de 18 años, con al menos dos registros de ANoA con títulos mayores 1/80. Para cada uno se registrarán características demográficas, comorbilidades, análisis clínicos y analíticos concomitantes, para definir la posible causa de los anticuerpos **Resultados:** Se analizaron 1867 muestras de anticuerpos antinucleares (ANA), siendo positivas 67%, estas solo se incluyeron 87 muestras las cuales cumplían los criterios de inclusión, un 72 (82.8%) fueron mujeres, edad promedio 50,6 +/- 15,92. Títulos de ANoA 1/80 a 1/320: 57 (65,5%), mayor de 1/320: 30 (34,5%). Luego de 2 determinaciones con antinucleolar presentaron cambio de patrón o negativización 15 (17,20%) pacientes. La frecuencia de ANoA en enfermedades reumáticas fue diagnóstica n (%): Síndrome de Sjögren 15 (17,20%), Lupus Eritematoso Sistémico 10 (11,50%), Esclerosis localizada 8 (9,20%), Esclerosis sistémica 5 (5,70%), Síndrome de Superposición 4 (4,60%), Artritis Reumatoide 4 (4,60%), Miositis 2 (2,30%). Otras enfermedades: Enfermedad tiroidea 25 (28,70%), Neoplasias 12 (13,80%), Enfermedad digestiva 12 (13,80%), Asma bronquial: 10 (11,50%), Dermatitis atópica: 7 (8,00%), Neurológicas 5 (5,70%). Se observó mayor frecuencia de ANoA en Síndrome de Sjögren 15 (17,2%), 12 pacientes tenían manifestaciones extraglandulares como artritis y compromiso pulmonar en TACAR (NSIP), tratados con hidrocortolona y prednisona <2mg/d. Todos los pacientes con lupus 10 (11,5%) de este grupo presentaron afectación dérmica, artritis y solo uno con nefritis. Loa ANoA en esclerosis difusa fue evidente en solo 5 (5,7%) todos tenían fenómeno de Raynaud, compromiso esofágico, y estaban en terapia inmunosupresora, ninguno de estos tenía presente anti Scl-70, En esclerodermia limitada fenómeno de Raynaud. Los 4 (4,6%) pacientes con SS presentaban esclerodermia y miositis, Artritis Reumatoidea 4 (4,6%) 2 fueron refractarios a DMARSc.

**Conclusiones:** Es conocido que ANoA son significativos en grupos de pacientes como en ES y SS. En este estudio se asociaron con mayor frecuencia a síndrome de Sjögren con manifestaciones extraglandulares. La ocurrencia no es sinónimo del diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo ya que puede verse en enfermedad tiroidea, enfermedad celíaca, hepatitis autoinmune, otras tan inespecíficas como dermatitis atópica. **Palabras Claves:** Anticuerpos antinucleares