

52^o CONGRESO ARGENTINO DE REUMATOLOGIA

16 - 19 de Octubre 2019 - Centro de Convenciones - SALTA

7^o CONGRESO DE PACIENTES
14 y 15 de Octubre 2019 - SALTA



TRABAJOS



Pediatría

52° Congreso Argentino de Reumatología

Centro de Convenciones - Salta

14 al 19 de Octubre de 2019

3

0003 - URTICARIA VASCULITIS EN NIÑOS. SÍNTOMAS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PEDIÁTRICA, CON UNA ENFERMEDAD POCO HABITUAL SUBYACENTE. Modalidad: Pediatría

Unidad Temática: Casos Clínicos
Unidad Temática 2: Pediatría
MORENO LUBERTINO, Juan Manuel
FUNDACIÓN HOSPITALARIA

Introducción: La urticaria vasculitis es una enfermedad poco frecuente en pediatría, representando el 5% de todas las urticarias crónicas. Se caracteriza clínicamente por lesiones urticariformes, en general con lesiones purpúricas residuales, asociado a vasculitis leucocitoclástica en la anatomía patológica. Su espectro clínico es amplio y va desde manifestaciones de urticaria crónica autolimitada, con síntomas cutáneos exclusivamente, algunas con buena respuesta a antihistamínicos, hasta vasculitis con manifestaciones sistémicas. Se pueden clasificar en formas normocomplementémicas e hipocomplementémicas (estas últimas con mayor riesgo de desarrollar síntomas o ser parte de enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico (LES), sobre todo en aquellas con anticuerpos anti-C1q). Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de Urticaria Vasculitis de 3 años de edad.



Objetivos: Presentar y discutir un paciente pediátrico con Urticaria Vasculitis normocomplementémica con síntomas sistémicos.

Resultados: Paciente de 3 años de edad, consulta por cuadro de rash urticariforme, con habones migratorios, pruriginosos, generalizados, a predominio de tronco, cara y miembros, con regular respuesta a la combinación de antihistamínicos, de 3 meses de evolución. Presentaba episodios diarios, a veces persistentes, de días de duración, en 2 ocasiones asociados a edema de manos y pies, así como a artralgias. A los 3 meses de evolución se agregó rash purpúrico generalizado y registros febriles diarios durante 10 días. Presentaba antecedente de diarrea crónica durante 6 meses, al año y medio de vida, y de un cuadro respiratorio alto previo al inicio de los síntomas. No presentaba antecedentes familiares de relevancia. Presentaba laboratorio con discreta anemia y leucocitosis, eosinofilia leve, hiperplaquetosis, función renal y orina completa normales, discreto aumento de enzimas hepáticas, reactivos de fase aguda elevados con ANCA c positivo y ANCA p, FAN, anti DNA y anticuerpos para celiaquía negativos. Se solicitaron Inmunoglobulinas G, A, M y D normales e Ig E que se encontró elevada (1144 UI/ml), Complemento normal. No se solicitaron anticuerpos anti C1q. Se solicitaron serologías para EBV, CMV, HIV, Hepatitis A, B y C y parvovirus las cuales fueron negativas. Se descartó compromiso en otros territorios vasculares con ecodoppler y ecocardiogramas normales. No se consideró necesario realizar Angio TAC o Angio RM. Inicialmente se descartaron déficit de mevalonato quinasa (sme hiper Ig D), entre otras enfermedades autoinflamatorias con baja sospecha por cuadro clínico, así como artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad inflamatoria intestinal y LES. Se descartaron también otros tipos de vasculitis y, ante la sospecha de Urticaria Vasculitis, se realizó biopsia cutánea mostrando necrosis individual de algunos queratinocitos, dermis superficial infiltrada con leucocitos a nivel pericapilar y perivascular, con mínima fragmentación nuclear, mostrando leucocitoclasia. Dermis sin particularidades. Inmunofluorescencia directa sin hallazgos relevantes. Se asumió como urticaria vasculitis, indicándose meprednisona 1 mg/kg/día, continuando con hidrocortisona a dosis máxima, con buena respuesta, evaluando iniciar azatioprina de presentar recaída al descender corticoides.

Conclusiones: La urticaria vasculitis es una entidad poco frecuente en pediatría, que puede confundirse con enfermedades más frecuentes como urticaria crónica y púrpura de Schölein Henoch entre otras, las cuales tienen formas de presentaciones similares. Esta enfermedad abarca un espectro amplio, con formas primarias y secundarias, formas normocomplementémicas e hipocomplementémicas, asociándose estas últimas a enfermedades con evolución más tórpida y de pronóstico incierto.

4

0004 - DEMORA A LA CONSULTA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ESTRATEGIAS PARA LOGRAR UN PRIMER PASO HACIA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO TEMPRANO.

Modalidad: Pediatría
Unidad Temática: Pediatría
MORENO LUBERTINO, Juan Manuel
FUNDACIÓN HOSPITALARIA

Introducción: Hoy en día hay tres conceptos claves en el manejo de artritis crónicas que permiten obtener un mejor pronóstico a largo plazo: Clínicas de artritis temprana, Ventana de oportunidad terapéutica y Estrategias de T2T. Si bien estos conceptos se han desarrollado principalmente para pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), impresiona también podrían aplicarse a la población pediátrica, aunque las publicaciones al respecto aún son escasas. Ninguna de estas 3 estrategias, que son relativamente sencillas de implementar, se están utilizando sistemáticamente en los pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) en nuestro medio. No existen datos nacionales publicados, tampoco, con respecto al tiempo de demora a la consulta con el reumatólogo infantil en Argentina, ni de sus causas. Estos datos son fundamentales para poder diseñar una estrategia global, que permita una menor demora a la consulta con el reumatólogo infantil, la cual implicaría tanto un diagnóstico como un tratamiento precoz.

Objetivos: Analizar la demora a la consulta con el reumatólogo infantil y sus causas en pacientes con AIJ. Plantear posibles estrategias basadas en estos datos, para mejorar el tiempo de demora al diagnóstico.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo, de pacientes con AIJ seguidos en 4 centros, considerándose el tiempo desde el inicio de síntomas a la consulta inicial, así como a la consulta con el reumatólogo y al diagnóstico e inicio del tratamiento. Se consideraron variables demográficas, síntomas iniciales, diagnóstico presuntivo inicial, subtipo de AIJ, cantidad y especialidad de profesionales consultados previo a la valoración reumatológica, lugar de origen y lugar de atención.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes con AIJ (45.9 % oligoartríticas, 18.9% poliarticulares, 14.9 % sistémicas, 13.5 % psoriásica, 2.7 % espondiloartrópáticas, 4.1% indiferenciadas). El tiempo medio a la primera consulta fue de 3.2 días (0-15.9 días), la cual fue 78.4 % con un pediatra, 14.9 % con un traumatólogo y 4.7 % con un reumatólogo de adultos. El tiempo medio a la consulta con el reumatólogo infantil fue de 4.5 meses (0.7-25.2 meses), habiendo consultado previamente a 4 profesionales en promedio. La media de demora al diagnóstico fue de 5.92 meses (0.83-29.87 meses), sin diferencias significativas entre los distintos subtipos de AIJ. La demora a la consulta con el reumatólogo se correlacionó con la demora al diagnóstico (coef 0.865; p < 0.001) y la demora al inicio del tratamiento (coef 0.655; p < 0.001). A su vez, aquellos que presentaron fiebre como síntoma de inicio tuvieron un mayor tiempo de demora al diagnóstico, siendo esta diferencia significativa (p 0.01 IC 95%). Treinta y cinco por ciento de los pacientes fueron del interior, presentando una mayor demora a la consulta que aquellos de CABA (p 0.01, IC 95%).

Conclusiones: Si bien la consulta inicial del paciente con AIJ con el pediatra, el traumatólogo u otros especialistas es precoz, existe una marcada demora a la consulta con el Reumatólogo infantil. Esta es mayor en los pacientes del interior, quienes impresionan tener escaso acceso al especialista. Se debe implementar una estrategia tanto en la etapa de detección (formación e información dirigida a padres, pediatras y traumatólogos), en la etapa de derivación (clínicas de artritis temprana, acceso a especialistas en el interior), como de tratamiento (formación y contacto directo con auditores, programa de acceso a medicación, etc) para mejorar el pronóstico de pacientes con AIJ.

51

0051 - MIOSITIS OSIFICANTE EN UNA PACIENTE DE 8 AÑOS DE EDAD. ¿ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA O INICIO DE FOP?

Modalidad: Pediatría
Unidad Temática: Pediatría
Unidad Temática 2: Casos Clínicos
CARRILLO, Marina | BRUSCO, I | CERVETTO, V | MAURY, K | BRUNETO, O | PRINGE, A
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE

Introducción: La miositis osificante es una patología infrecuente en la cual se produce osificación heterotópica de tejidos. Puede presentarse en forma aislada o ser parte de la fibrodysplasia osificante progresiva (FOP), una entidad de herencia autosómica dominante.

Objetivos: Presentar un caso clínico de miositis osificante postraumática y su diagnóstico diferencial con FOP.



Materiales y Métodos: Presentación de caso clínico

Resultados: Niña de 8 años de edad previamente sana, que en marzo de 2018 presenta traumatismo de brazo izquierdo. Rx inicial sin evidencia de fractura, indicándose inmovilización y control. 2 semanas después comienza con dolor, eritema y edema. Ecografía informa colección homogénea en plano muscular profundo de 73 x 3 mm en contacto con plano óseo del tercio distal de húmero, aumento del espesor y ecogenidad del tejido celular subcutáneo difuso en región anterior del codo, tercio distal de brazo y proximal del antebrazo. Se interpreta como hematoma sobreinfectado, se realiza drenaje de la lesión y se indica antibiótico endovenoso. Por persistir la sintomatología y aumentar la lesión en las radiografías, y con sospecha de patología tumoral, se realiza biopsia de la lesión: informa hallazgos compatibles con miositis osificante. Inicia tratamiento con Meprednisona 2 mg/kg/día y manejo del dolor con esquema combinado (metadona, gabapentin, dipirona). Se completan estudios para diferenciar miositis osificante postraumática vs lesión inicial de FOP RMN con contraste: sin alteración del húmero ni de los huesos del antebrazo, engrosamiento del periostio difuso y con un espesor uniforme a lo largo de la diáfisis humeral. Rodeado por tejido con signos de inflamación que incluye seguramente a los músculos. Franca hiperintensidad en T2. En tercio distal del antebrazo sobre la cara ventral: área bien circunscripta de contornos irregulares hipointensa en todas las secuencias. Puede tratarse de calcio. La lesión comprendida entre el plano óseo y la aponeurosis se extiende al codo, antebrazo y región axilar. Las lesiones no impresionan como tumorales. Centellograma corporal total: captación en misma localización de la lesión, sin captación patológica en otras regiones. Al examen físico y por exámenes complementarios no presenta otras lesiones en el resto del cuerpo. Sin lesiones en sitios de punción ni ante traumatismos mínimos. Se asume como miositis osificante postraumática. Presenta Regular manejo del dolor. Sin progresión de la lesión. Es evaluada por servicio de Endocrinología, indicándose bifosfonatos basados en reportes de casos de osificación heterotópica que se beneficiaron con dichas drogas. Se infunde Pamidronato en junio 2018 y ácido zoledrónico en diciembre 2018. Evolución sin progresión de la lesión y mejor manejo del dolor, logrando suspender corticoides luego de 4 meses, con descenso paulatino de analgésicos hasta suspenderlos en abril 2019. Persiste con severa limitación funcional del codo izquierdo, cicatriz quirúrgica de 4 x 5 cm y aumento de tamaño de codo y brazo izquierdo.

Conclusiones: El espectro clínico de la osificación heterotópica es amplio, desde lesiones clínicamente insignificantes, hasta lesiones con alta morbilidad. El caso presentado muestra el desafío en el diagnóstico inicial, el tratamiento del dolor, la secuela funcional y estética, y la necesidad del manejo interdisciplinario para brindar al paciente el mejor pronóstico posible.

52

0052 - LUPUS AMPOLLAR EN EL DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO

Modalidad: Pediatría
Unidad Temática: LES
Unidad Temática 2: Casos Clínicos
LIFSCHITZ, Daiana | ARISPE REQUIS, Maria Victoria | MARCANTONI, Maria | GREES, Susana | PRINGE, Alejandra
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE

Introducción: El Lupus Ampollar (LA), es una manifestación poco frecuente del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Se describe una incidencia de 0,2 casos por millón de habitantes. Se presenta como ampollas subepidérmicas tensas, debidas a la producción de autoanticuerpos

contra el colágeno tipo 7 y otros componentes de la unión dermoepidérmica. Puede afectar cualquier área de la piel, incluso mucosas, y asentar sobre zonas expuestas o no expuestas

Objetivos: Presentar un caso clínico, de una enfermedad poco frecuente en pediatría, con respuesta favorable al tratamiento inmunosupresor específico.

Materiales y Métodos: Presentación de caso clínico.

Resultados: Se presenta el caso de una niña de 9 años, sin antecedentes previos, que inicia su enfermedad con lesiones ampollares diseminadas, pruriginosas, exantema maculopapular eritematoso morbiliforme, lesiones aftoides en mucosa oral, rash malar, astenia, fiebre intermitente y artritis de manos y carpos de 1 mes de evolución. Realizó tratamiento con múltiples esquemas antibióticos por sospecha de causa infecciosa, con regular respuesta. Se descarta etiología herpética con virológico de lesiones negativo. Exámenes complementarios: FAN 1/640 homogéneo, anti DNA 1/80, C3 29 mg/dl, C4 3 mg/dl, proteinuria de 24 hs 0,34 g, hematúria microscópica, eritrosedimentación 80 mm/hora, hemoglobina 11.6 g/dl y 1073 linfocitos. Ecografía abdominal con hepatoesplenomegalia. Biopsia de lesión ampollar que confirma diagnóstico de LA. SLEDAI inicial 17. Inició tratamiento con un pulso de metilprednisolona 30 mg/kg/dosis, continuando con meprednisona 1 mg/kg/día, con mejoría del compromiso sistémico y regular evolución del componente cutáneo. Se agregó al tratamiento dapsona 50 mg/día, con resolución de lesiones cutáneas en 5 días. No presentó nuevos brotes hasta la fecha. En la última evaluación, 6 meses post inicio de tratamiento, paciente mejorada, sin lesiones cutáneas activas, sin síntomas sistémicos, con corticoterapia en descenso y dapsona a dosis inicial. SLEDAI 2.

Conclusiones: El LA es poco frecuente en pediatría, por lo que es importante tenerlo en cuenta y realizar diagnóstico diferencial con otras patologías infecciosas y bullosas primarias (dermatitis herpética, epidermolisis ampollar adquirida y penfigoide buloso). Entre los tratamientos disponibles para LA, la dapsona ha demostrado ser eficaz, tanto en la bibliografía, como en el caso de nuestra paciente.



53

0053 - INTERFERONOPATIA: MEDICINA DE PRECISION

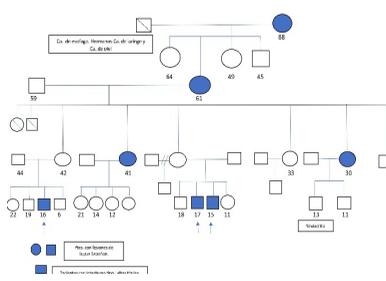
Modalidad: Pediatría

Unidad Temática: Pediatría

ARISPE REQUIS, María Victoria (1) | CERVETTO, V(1) | MARIN, C(2) | NECUL, G(1) | PRINGE, A(1) | HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE (1); HOSPITAL PEDIATRICO FEDERICO FALCON (2)

Introducción: El Lupus Sabañón Familiar es una forma monogénica de Lupus Eritematoso Cutáneo extremadamente infrecuente que puede presentarse desde edades tempranas. Hasta el momento se encuentran reportados solo 10 familias. Es de Herencia Autosómica Dominante debido a una mutación en el gen TREPX1 o, más raramente, en los genes SAMHD 1 o TMEM173 (STING). Estas mutaciones pertenecen a un grupo de enfermedades raras denominadas Interferonopatias Tipo I, que tienen en común la activación de la inmunidad innata produciendo un aumento del IFN tipo I.

Objetivos: Describir las características clínicas de inicio y evolución de un grupo familiar no-consanguíneo (1°,2°,3° grado) con Interferonopatía y su respuesta al tratamiento.



nacidos en Argentina. De ascendencia española y alemana. 3 son pediátricos y 4 adultos. 7/7 inician síntomas antes de los 2 años de vida. Demora al diagnóstico: mediana 21 años (6-79). 6/7 presentaron como manifestación clínica principal: placas eritemato-violáceas en piel ante la exposición al frío en áreas acrales, que se ulceraban en forma variable y dejaban cicatriz. Todos los pacientes adultos habían resuelto sus manifestaciones clínicas al llegar a la vida adulta. En 1/7 al llegar a los 7 años de edad desarrolla lesiones cutáneas más graves con úlceras con pérdida de sustancia y lesiones nodulares generalizadas; Lesiones vasculíticas con cambios esclerodermiformes; Artritis; Fenómeno de Raynaud; Glomerulonefritis Proliferativa Mesangial; compromiso restrictivo pulmonar; MAS. 3/7 se realizaron biopsia que confirman lupus sabañón. 4/7 presentaban ANA positivos, con ENA y globulínohemias negativas, complemento normal. En 4/4 de los individuos que aceptaron realizar la determinación de Interferón tipo I, se obtuvieron altos títulos. Estos mismos pacientes presentan una mutación de novo (informe preliminar). Los 2/3 pediátricos presentaron respuesta parcial a Hidroxicloroquina(HC), logrando menor número de lesiones. El paciente más afectado recibió (HC), ciclosporina, gamma globulina, metotrexato sin respuesta y con corticoides. Una vez confirmada la Interferonopatía, inicio con TOFACITINIB, presentando a la fecha buena evolución clínica, sin nuevas lesiones y suspensión esteroides.

Conclusiones: Las Interferonopatias como enfermedad poco frecuente presentan manifestaciones cutáneas que podrían asemejarse a enfermedades reumáticas. En esta serie de casos se destaca la expresividad variable dentro de una misma familia, con una nueva mutación no descrita hasta el momento. Es importante recalcar que las manifestaciones clínicas de cada paciente con los antecedentes familiares y una pobre respuesta a los tratamientos estándar indicados, nos ha llevado a tener un alto índice de sospecha. Y con la ayuda de nuevas técnicas biomoleculares y genéticas, es posible brindar a nuestros pacientes medicina de precisión, tanto en diagnóstico como tratamiento, mejorando la calidad de vida y pronóstico.

Materiales y Métodos: Serie de casos seguidos de forma interdisciplinaria por Dermatología y Reumatología entre 2010 y 2019. Revisión de registros clínicos y contacto telefónico con los pacientes. Se recaban datos demográficos, edad de inicio de síntomas, edad al diagnóstico, tiempo de demora al diagnóstico, manifestaciones cutáneas, biopsia cutánea, perfil inmunológico, determinación de Interferón, perfil genético, curso evolutivo y respuesta a los tratamientos. Se incluyeron pacientes tanto pediátricos como adultos que al menos presentaran las manifestaciones cutáneas definidas en la bibliografía.

Resultados: De un total de 37 individuos integrantes de la familia, 7 presentaban clínica de Lupus Sabañón. Todos

79

0079 - ESCLERODERMIA SISTÉMICA JUVENIL EN DOS CENTROS DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DE VEINTE AÑOS.

Modalidad: Pediatría

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

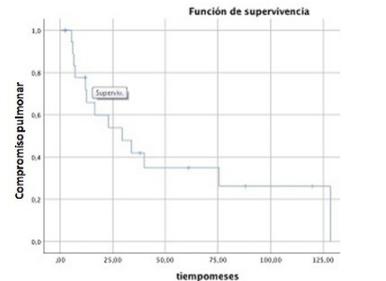
Unidad Temática 2: Pediatría

NECUL, Gabriela (1) | CARRILLO, M.(1) | VELASCO HERNANDEZ, PT.(2) | FABI, M.(2) | GOMEZ SOSA, J.(1) | CERVETTO, V.(1) | MARCANTONI, M.(1) | BRUSCO, L.(1) | MASTRI, M.(2) | PRINGE, A.(1) | HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE (1); HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA (2)

Introducción: La Esclerodermia sistémica juvenil (ESJ) es una enfermedad autoinmune con impacto multisistémico, de etiología desconocida y su inicio en la infancia es infrecuente (<2% en menores de 10 años, y 1,2-9% en >10 años de edad). Su curso es prolongado, caracterizado más frecuentemente por presentar síntomas sistémicos progresivos que pueden llevar a la discapacidad y muerte. Considerando su baja prevalencia es importante conocer sus manifestaciones iniciales y evolución de los síntomas para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz con el objeto de disminuir el compromiso multiorgánico.

Objetivos: Describir la presentación clínica inicial, evolución, compromiso de órganos y tratamiento en pacientes pediátricos con ESJ en 2 centros de reumatología pediátrica en los últimos 20 años.

	Al inicio (vistos 6 meses) (n=22)	Seguimiento (vistos anuales) (n=16)
Pitting sobre afección digital	16	16
Fenómeno de Raynaud	15	12
TACAR positiva	4	11
DLCO disminuida	3	11
Hipertensión pulmonar	3	3
Otro	2 (crisis renal, n cardiopatía restrictiva)	1 (con promioma pulmonar)
Esteroides	19	13
Metotrexato	16	13
Colchicina	5	9
Biológico	0	1 (Rituximab)
Estatinas	0	1



(2 al inicio). Compromiso gastrointestinal: 7. Otros daños de órgano fueron menos frecuentes, incluyendo 1 paciente con compromiso SNC. Se registraron 3 muertes cuyas causas fueron crisis renal, compromiso pulmonar intersticial y shock cardiogénico secundario a miocardiopatía restrictiva. Tratamiento ver tabla

Conclusiones: El tipo de manifestaciones clínicas iniciales fueron en su mayoría compromiso cutáneo. El órgano blanco más frecuentemente comprometido fue el pulmón. Las muertes registradas por crisis renal y miocardiopatía restrictiva al inicio de la enfermedad son eventos infrecuentes en niños.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Población: pacientes menores de 18 años con diagnóstico de ESJ según criterios de clasificación PRES/ACR/EULAR 2007 atendidos en ambos centros entre junio1999 y junio 2019. Se registraron datos demográficos y de compromiso de órgano según los criterios de clasificación en la primera consulta, a los 6 meses y luego anualmente hasta cumplidos los 5 años o última consulta. Se calcularon las medias con sus desvíos estándar para variables continuas, y se utilizaron números absolutos para las categóricas. Se realizaron curvas de supervivencia de Kaplan Meier para describir el momento de aparición del compromiso de órgano. Análisis estadístico con SPSS 20.0.

Resultados: Se tomaron registros de 23 pacientes. Predominó el sexo femenino (17); la edad al inicio de la enfermedad fue de 8,68 años (0,33-15); a la edad al diagnóstico fue de 10,04 años(1,4-15,33); el tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue de 16± 19 meses; tiempo de seguimiento 52,9±47,7. Inicialmente, 15/23 pacientes presentaron FAN positivo y 1/17 tuvo Scl70 positivo. Los síntomas iniciales fueron: compromiso cutáneo difuso en 17; musculoesquelético 8 artritis, 8 artralgias y fenómeno de Raynaud 15. Pitting scars e infartos digitales 11. Compromiso pulmonar 14 pacientes; tomografía de tórax patológica en 11 (4 al inicio), DLCO disminuida en 11 (3 al inicio). La mediana para la supervivencia del compromiso pulmonar fue de 29,4 meses±11,73 meses (IC 95 % 6,40-52,398) (Figura) Hipertensión pulmonar: 4 pacientes

61

0061 - FRECUENCIA DE SUBTIPOS DE ESCLERODERMIA LOCALIZADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIATRICO DE SALTA

Modalidad: Pediatría

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

Unidad Temática 2: Pediatría

CUCCHIARO, Natalia Lili | PICCO, Eugenia | FARFAN, Javier Maximiliano | BUSCHIAZZO, Emilio | JUAREZ, Ricardo Vicente | LENCINA, María Veronica | ACIAR, Mariana Mabel | BELBRUNO, Leila Natalia | LECUMBERRY, Belen I. ROJAS TESSEL, Romina | CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena

HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO

Introducción: La Esclerodermia Localizada Juvenil (ELJ) o Morfea, representa la tercera condición reumática más frecuente en la infancia. Provoca morbilidad considerable estética, músculo esqueléticas y de órganos, irreversibles.

Objetivos: Describir los subtipos y características de la ELJ en una población pediátrica.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de pacientes con ELJ del consultorio de reumatología pediátrica del Hospital Público Materno Infantil de Salta (HPMI), asistidos desde el 1 de enero del 2009 al 30 de diciembre del 2018. Los datos se extrajeron del sistema de registro informático del HPMI y registro de pacientes del sector de reumatología, incluyendo datos sociodemográficos y clínicos, clasificación de la esclerodermia según el Consenso de Padua del 2004, distribución de las lesiones, presencia de manifestaciones extra-articulares, comorbilidades, superposición con otra enfermedad reumática y estudios complementarios. Se aplicaron medidas de estadística descriptiva y se consideró significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 21 (75%) de sexo femenino, con igual predominancia entre grupos, con una mediana en edad de 16,5 años (RIC 13,25-19,75). Son procedentes de Salta Capital 18 (64%) pacientes y 15 (53,6%) poseen obra social. La media en tiempo de la enfermedad fue 15,6 meses (DE 17,75), la mediana de edad al diagnóstico 8,5 años (RIC 6-13), con una diferencia significativa entre los subtipos lineal y generalizada (p=0,01). La media de tiempo desde el inicio de síntomas a la llegada al reumatólogo fue 19 meses (DE 20,2). En el 50%, el especialista que hizo más frecuentemente el diagnóstico fue el dermatólogo. El 46,2% presentó alguna comorbilidad, estas fueron epilepsia, síndrome de Klinefelter, lipodistrofia, pie bot bilateral, esclerosis tuberosa, pectus carinatum, retraso neuromaturoativo, asma, aplasia medular con trasplante de médula ósea y cifoescoliosis marcada. Tres pacientes presentaron superposición con dermatomiositis, artritis idiopática juvenil y EMTc. Respecto a los subtipos 13 (46,4%) presentaron Morfea circunscrita, 8 (28,6%) Morfea Lineal, 6 (21,4%) Morfea Generalizada y 1 solo paciente Morfea Mixta. Se solicitó FAN a 23 pacientes, presentando mayor porcentaje de positividad en el grupo generalizada 4/6 (66,7%) y 3/6 (50%) de la lineal. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en los otros estudios complementarios. Los pacientes fueron más frecuentemente tratados con metotrexato (82%) y corticoide oral en las formas más graves. Las recaídas se observaron en el grupo de circunscrita y generalizada. La mitad de los pacientes con la forma lineal, presentó complicaciones incapacitantes de índole neurológicas.

Conclusiones: Los subtipos más frecuentes fueron la Morfea circunscrita y lineal, con una mayor agresividad e incapacidad en las formas lineales.

218

0218 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON SÍNDROME PFAPA (PERIODIC FEVER, APHTHOUS STOMATITIS, PHARYNGITIS AND CERVICAL ADENITIS)

Modalidad: Pediatría

Unidad Temática: Pediatría

JUAREZ, Paola Marcela | MEIORIN, Silvia | ESPADA, Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ

Introducción: El síndrome PFAPA es la enfermedad autoinflamatoria no hereditaria más frecuente en pediatría, cuya etiología y patogénesis aún permanecen desconocidas. Actualmente su diagnóstico se basa en criterios clínicos. Si bien es considerada una entidad benigna, su curso recurrente altera la calidad de vida del paciente y la familia.

Objetivos: Analizar las características clínicas, de laboratorio y terapéuticas de una cohorte de pacientes diagnosticados con Síndrome PFAPA.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional, de pacientes con PFAPA (Criterios de Marshall/EUROFEVER), seguidos en Reumatología durante el período2002-2019. Se analizaron variables demográficas, clínicas (incluyendo aparición de pródomos) y terapéuticas (Utilización y respuesta a AINEs, corticoides, Colchicina, tonsilectomía). En algunos pacientes debido a un curso atípico se efectuó análisis molecular para descartar fiebres periódicas monogénicas. Análisis Estadístico: Descriptivo, Chi2, T-test. SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron para el análisis 30 pacientes, 16 mujeres (53,3%), edad mediana al inicio enf. 3,2 años (RIC 1,6-4,6), tiempo mediano evolución 2,7años (RIC 1,5-3,9) y tiempo medio de seguimiento 1,5 años (DS ±2,4). Un paciente varón debuto con su sintomatología a los 19 años de edad. Se observó coexistencia de la enfermedad en un par de hermanos. El tiempo mediano de retraso al diagnóstico fue de 1,1 año (RIC 0,4-2,7). La duración media de los brotes fue de 3días (DS ±1,6), con recurrencias regulares cada 28 días (mediana, RIC 21,5-30). El 40% de los pacientes refirieron pródomos consistentes en malestar general y decaimiento. Todos los pacientes presentaron fiebre, acompañados de faringitis en 28 pacientes (93,3%), adenitis en 20 (66,7%) y 13 niños con estomatitis aftosa (43,3%). El cuadro clínico se caracterizó además por dolor abdominal en 26,7% (n=8) y cefaleas en 10 % (n=3), mientras que rash inespecífico en forma esporádica presentaron 5 pacientes (16,7%). Ningún paciente presentó artritis. Los episodios febriles resultaron estacionales en un único caso. El crecimiento ponderal fue adecuado en toda la cohorte (Percentiles 50-75). En cuanto a los hallazgos de laboratorio, se observaron diferencias significativas entre el período de brote inflamatorio y los intervalos asintomáticos en: recuento de leucocitos (12037,6 cél/mm3 vs. 8267,0 cél/mm3, p .000), eritrosedimentación (48,1 mm/h vs. 17,4 mm/h, p .000) y PCR (28,3 mg/L vs. 1,9 mg/L, p .006). Ningún paciente presentó deficiencia del dosaje de Inmunoglobulinas. Se realizó análisis molecular para descartar síndromes febriles periódicos monogénicos en 4 pacientes con resultados negativos. En cuanto al tratamiento, 25 pacientes (83,3%) manejaron sus crisis con corticoides (24 recibieron Meprednisona 1-2 mg/kg/dosis, en su mayoría en dosis única), siendo dramática la respuesta al mismo en 92 %. En sólo 10 casos se observó un acortamiento del período intercrisis. En 2 pacientes se empleó Colchicina con el objetivo disminuir la frecuencia de los brotes, con respuesta eficaz. Tonsilectomía no se practicó en ningún caso. Durante este período de seguimiento, se constató la resolución espontánea del cuadro en sólo 3 pacientes, con reaparición del mismo durante la adolescencia en 1 niña.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con PFAPA, la mediana de inicio de los síntomas fue 3,1 años, con ciclos regulares de la fiebre cada 28 días, acompañados en forma prevalente de faringitis y adenitis. En su mayoría abortaron rápidamente el brote inflamatorio con la utilización de corticoides en dosis única, y en 2 casos se utilizó Colchicina en forma eficaz para limitar la alta recurrencia de las crisis. Incrementar el índice de sospecha de PFAPA dentro de los síndromes febriles periódicos por los pediatras es imprescindible para arribar a un diagnóstico temprano y limitar así la realización de baterías de estudios innecesarios. Sin embargo, se requiere de un seguimiento prolongado y supervisión por el especialista, para delinear totalmente las manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento, ya que en ocasiones pudieran ser la forma de presentación atípica de una enfermedad autoinflamatoria monogénica y requerir la incorporación de un tratamiento diferente.

220

0220 - ESTADO ACTUAL DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL.

Modalidad: *Pediatría*

Unidad Temática: *Pediatría*

BARZOLA, María Laura | ESPADA, Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ

Introducción: En la última década, los reumatólogos pediatras han mostrado un interés creciente en la utilización de la ecografía musculoesquelética. La misma ha demostrado tener múltiples aplicaciones para el diagnóstico, monitorización de actividad en AIJ así como guía para la realización de infiltraciones y artrocentesis. El desarrollo de la US es relativamente reciente en reumatología infantil, pero en estos últimos 10 años se ha estado evaluando la posibilidad de incluir a la US en programas de formación de postgrado en Reumatología Pediátrica.

Objetivos: La presente encuesta se ha diseñado para conocer el estado actual del uso de la ecografía entre los reumatólogos pediatras de Argentina. Como objetivo secundario poder identificar necesidades (académicas y de formación) para el uso de esta técnica de imágenes

Materiales y Métodos: Todos los reumatólogos pediatras miembros activos de la Sociedad Argentina de Reumatología fueron invitados a participar en la encuesta donde se les solicitaron datos demográficos y profesionales, uso actual de la US por cada encuestado, incluida la derivación a otros especialistas (por ejemplo, radiólogos o reumatólogos adultos), disponibilidad de equipos (propios o compartidos), frecuencia de solicitud de los exámenes US, uso clínico y entrenamiento específico en US musculoesquelética

Resultados: La tasa de respuesta fue del 71% (30/42). Noventa y seis por ciento de los encuestados respondieron utilizar US en su práctica reumatológica, de ellos el 70% (n=21) refiere la misma es realizada por un radiólogo infantil, el 23% (n= 7) por un reumatólogo de adultos, solo 1 reumatólogo pediatra realiza los estudios US el mismo. El 100% utiliza equipos de US compartido con otro servicio (Diagnóstico por imágenes o Reumatología de adultos). Cabe destacar que de los 30 encuestados 16 (53%) integran equipos de Reumatología pediátrica en centros terciarios y 14 (46%) trabajan "solos" en servicios de pediatría o consultorios privados. Si analizamos la solicitud de estudios de acuerdo al lugar y número de pacientes que tienen a cargo, observamos que en los centros terciarios el número de estudios solicitados por semana es de 14 (X 3,7; SD 1,06), mientras aquellos que trabajan "solos" la solicitud es menor con una media de 3 estudios por semana. Los motivos de solicitud de US son: con el fin de optimizar diagnóstico de sinovitis 76%, tenosinovitis 72%, entesitis 64%. El 83% considera que es útil para monitorizar actividad inflamatoria de la enfermedad y el 40% reportó que los hallazgos US llevaron a modificaciones en el tratamiento. Las articulaciones más solicitadas para la evaluación US son: carpos y manos (100%) tobillos (72%) rodillas (44%), caderas (36%). Cuando se consultó si la US era un campo de interés personal en su práctica clínica diaria, la respuesta fue afirmativa en un 100%. Cuando preguntamos con respecto al interés en la necesidad de formación en esta técnica, el 99% respondió afirmativamente; solicitaron la realización de cursos teórico-prácticos presenciales (57%), cursos online con practica presencial (33%) y el 6% (n: 2) considera de suma importancia adquirir habilidades en aprender a visualizar e interpretar las imágenes US.

Conclusiones: Los resultados de esta encuesta muestran que aunque en la actualidad la US no es realizada por los mismos reumatólogos pediatras, la mayoría de ellos manifiesta un interés creciente en adquirir conocimientos y habilidades para poder incorporar esta técnica de imágenes en su práctica clínica. Se evidencia que su utilidad incluye no solo exploraciones de articulaciones aisladas, sino también permite optimizar el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. Entendemos que un próximo y cercano objetivo en la agenda de formación académica debería ser la concreción de cursos teóricos prácticos - presenciales, cursos online con practica presencial a fin de aprender la técnica y su interpretación.

229

0229 - ESCLERODERMIA LOCALIZADA JUVENIL. EXPERIENCIA EN DOS CENTROS PEDIÁTRICOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

Modalidad: *Pediatría*

Unidad Temática: *Pediatría*

Unidad Temática 2: *ETC*

VELASCO HERNÁNDEZ, Patricia Tatiana (1) | FABI, Mariana(1) | MASTRI, Mariel Viviana(1) | LARROULET, Romina(1) | MONTECUCO, Micaela Ayelen(1) | YOMA, Natalia(1) | ROSITTO, Alicia(1) | BRUSCO, Isabel(2) | CARRILLO, Marina(2) | PRINGE, Alejandra(2) | MARCANTONI, María(2) | HORTAS, María(1)

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA (1); HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE (2)

Introducción: La esclerodermia localizada juvenil (ELJ) es una enfermedad autoinmune, polimórfica, caracterizada por la presencia de esclerosis cutánea secundaria a la acumulación excesiva de colágeno. Representa la tercera causa de enfermedad reumática en la infancia, la cual puede asociarse con severa morbilidad y potencial discapacidad. La forma localizada a diferencia de la sistémica en general no compromete órganos internos. Los criterios de clasificación publicados por la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica (PReS) diferencia a la ELJ en 5 tipos según el compromiso en piel: lineal, circunscrita, mixta, generalizada, pansclerótica. En la infancia la ELJ constituye una enfermedad más severa que en el adulto dependiendo del subtipo y sus secuelas a largo plazo.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas, demográficas y terapéuticas en pacientes con diagnóstico de esclerodermia localizada juvenil en seguimiento en dos hospitales pediátricos de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal por revisión de historias clínicas, en pacientes menores de 16 años con diagnóstico de ELJ según criterios PReS seguidos en los servicios de reumatología y dermatología de dos centros pediátricos de alta complejidad. Se incluyeron pacientes con >= 1 año de evolución de la enfermedad y > 6 meses de seguimiento. Se recolectaron variables demográficas, subtipo clínico, resultado de biopsia cutánea, presencia de autoanticuerpos, compromiso extradérmico, enfermedades autoinmunes asociadas, y tratamiento local/sistémico. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables cuantitativas por medio de promedios, desviaciones estándar, mínimos y máximo.

Resultados: Se incluyeron un total de 96 pacientes con ELJ desde julio de 2004 hasta julio de 2019 de los cuales 65,6% fueron mujeres. La edad promedio al inicio de la enfermedad fue de 6,8 años (rango 0 - 15,5 años), y el tiempo promedio de seguimiento de 5,2 años. El subtipo más frecuente, morfea circunscrita 50 (52%) fue seguido por las formas lineal 20 (21%), mixta 18 (18,7%), generalizada 6 (6,2%) y pansclerótica 2 (2,1%). Se realizó biopsia cutánea en 70/96 pacientes, resultando todas compatibles con ELJ. 21/96 (21,8%) tuvieron FAN positivo, 2/96 FR positivo (2,1%) y 1/96 anti LA, anti - SCL 70 y anti-histona (1%). El compromiso extradérmico se registró en 9/96 pacientes, 4/9 con afectación del sistema nervioso central, 3/9 artritis, 1/9 inmunodeficiencia y 1/9 fenómeno de Raynaud. Las enfermedades autoinmunes asociadas fueron vitiligo, hipotiroidismo, enfermedad celíaca y diabetes tipo 1. Dos pacientes presentaron enfermedad autoinmune múltiple. 70/96 (72,9%) presentaron alteraciones funcionales y/o estáticas, incluyendo discromía, alopecia, efecto desfigurante, asimetría de miembros y limitación articular. Todos los pacientes incluidos recibieron tratamiento: 80/96 (83,3%) tratamiento local y 83/96 (86,4%) tratamiento sistémico, de los cuales 81/83 recibió metotrexato, 7/83 micofenolato mofetil y 2/83 tocilizumab.

Conclusiones: La ELJ es una enfermedad poco frecuente, cuyas secuelas a corto y largo plazo pueden determinar severa morbilidad. En nuestra población observamos características clínicas y demográficas coincidentes con las series publicadas en la bibliografía, a excepción del subtipo registrado con más frecuencia que en nuestro estudio fue la morfea circunscrita. Ya que se trata de una patología infrecuente, es necesario conocer las características descriptas para que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno puedan prevenir o limitar las complicaciones derivadas de la misma.

246

0246 - ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) EN ARGENTINA. USO DE TERAPIA BIOLÓGICA.

Modalidad: *Pediatría*

Unidad Temática: *Pediatría*

GIUPPONNI, Judith Verónica (1) | ALVAREZ, Marcela(2) | GUERINI, Laura Lorena(2) | FABI, Mariana(3) | HORTAS, María(3) | LARROULET, Romina(3) | GALINDO, María Susana(4) | GIACOMONE, Delfor(5) | LUBERTINO, Juan(6) | ESPADA, Graciela(2)

HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA (1); HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ (2); HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA (3); HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS (4); NUEVA CLÍNICA DEL NIÑO (5); FUNDACIÓN HOSPITALARIA (6)

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia, no constituye una entidad única sino un grupo heterogéneo de condiciones. Aproximadamente un 30% de los niños no responden al tratamiento con Metotrexate (MTX), debiendo incorporarse entonces Agentes Biológicos (ABs).

Objetivos: 1) Identificar las características demográficas-clínicas de pcts con AIJ bajo ABs y motivo de indicación de los mismos 2) Determinar la proporción de pacientes que alcanzan inactividad clínica bajo este régimen 3) Conocer datos de accesibilidad y seguridad del tratamiento con ABs en nuestro medio.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico y observacional. Se revisaron HC de pcts con AIJ (LAR 01) en tratamiento con ABs por al menos 6 meses y un tiempo de seguimiento > o igual a 12 meses (Período 2012-2017). Se analizaron variables demográficas, clínicas (subtipos de AIJ), score de actividad según JADAS71 (Consolario 09), capacidad funcional por CHAO (Singh 94), y laboratorio. Se determinó además el daño acumulado por JADI (Viola 05) y las complicaciones asociadas. En relación a los ABs se determinó la droga utilizada, motivo de indicación, respuesta terapéutica y tiempo de demora en el acceso del mismo. Se analizó la aparición de efectos adversos, tiempo al desarrollo de los mismos y conducta terapéutica adoptada. Análisis estadístico: descriptivo, Chi X², T-Test, Kaplan Meier, SPSS 15.0.

Resultados: Se evaluaron 73 pcts con Dx de AIJ: 17 (23,2%) con AIJ oligoartricular (4 extendidas y 13 persistentes), 32 (44% con AIJ poliarticular (21 FR - y 11 FR +), 18 (24,6%) AIJ sistémicas y 6 (8,2%) con ERA. La principal indicación del AB fue falla de respuesta a MTX (83%), siendo la artritis refractaria la indicación clínica prevalente (82%). En total se indicaron 85 ABs (12 pcts requirieron más de 1 AB). Los anti TNF fueron los más utilizados: Adalimumab (ADA) el 44% (32 pcts) y Etanercept (ETN) el 33% (24 pcts). Tocilizumab (TCZ) en 26 pcts (35,6%). En las formas sistémicas se utilizó TCZ en todos los pcts excepto uno que utilizó un anti IL1 (Canakinumab). La mediana de tiempo de uso del AB fue: 3 años (RIC: 1.3-4.5), siendo la AIJ sistémica, el subtipo que requirió sostener el tratamiento más tiempo, con una mediana 4,7 años (RIC: 3,8- 5,9). Al evaluar alcance de inactividad bajo ABs, el 48% de los pacientes se encontraba inactivo a los 6 m (30% sistémicos, 30% oligo persistentes, 20% poli FR-); mientras que un 15% (la mayoría poliarticular; 64%) presentó baja actividad por JADAS71: 1,1 a 2 en oligoartriculares y 1,1 - 3, 8 en poliarticular. Diez pcts (14%) necesitaron más de un AB por falla a primer Anti TNF (excepto uno, por falla TCZ). El 70% de los pcts con falla a primer Anti TNF fueron poliarticular y la causa fue artritis refractaria. Eventos adversos se observaron en el 44% (32 pcts) durante el uso del AB: 14 pcts (44%) recibían TCZ y 11 (35%) ADA. Los más frecuentes fueron infecciones comunes (n=24 - 63%) y reacción en el sitio de inyección (n=4 - 11%). En 27 pcts (85%) esto requirió suspender transitoriamente el AB, 2 pcts en forma definitiva y 3 pcts switch a otro AB. La mediana de tpo al evento fue de 8,3 m (RIC 3,6-20,4). Las complicaciones más serias fueron observadas en AIJ sistémica: ocurrencia de SAM en 2 pcts bajo tratamiento uno con Canakinumab, otro con TCZ. El tiempo de demora de acceso al AB en la cohorte fue 2,3 meses (RIC: 1,4-3,8). 64 pcts (87,6%) tenían obra social y 60 pcts (82%) contaban con certificado de discapacidad. No se reportaron muertes en esta cohorte.

Conclusiones: En esta cohorte; 73 pcts requirieron ABs por falla al uso de MTX. El alcance de inactividad se observó en forma más temprana en el subtipo oligoartricular persistente y sistémicos. Los efectos adversos (44%) en su mayoría fueron infecciones comunes, aunque se reportaron dos SAM como complicaciones más severas (subtipo sistémico). La accesibilidad y el sostén de la terapia biológica continúan siendo un condicionante en nuestro medio para alcanzar el objetivo de inactividad y remisión clínica.

266

0266 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL (LESJ)

Modalidad: *Pediatría*

Unidad Temática: *Pediatría*

Unidad Temática 2: *LES*

TORREGIANA, Victoria (1) | ALVAREZ, Marcela(1) | OJEDA SILVA, Ayelen(1) | MAFFEY, Alberto(2) | HEPER, Alejandro(2) | ESPADA, Graciela(1)

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA. (1); SERVICIO DE NEUMONOLOGIA (2)

Introducción: El 20% de los pacientes con LES debutan en la edad pediátrica y si bien el pulmón no es el órgano más frecuentemente afectado, su compromiso impacta en el pronóstico de la enfermedad. Dentro de las manifestaciones pulmonares severas se encuentra la Hemorragia Alveolar Difusa (HAD), reportada entre el 0,6 al 5% de los ptes. La misma puede ocurrir en cualquier momento de la evolución, especialmente en asociación con compromiso de órganos nobles, como nefritis y SNC, mayor actividad de la enfermedad y elevada mortalidad. Si bien no hay consenso en cuanto a su tratamiento, el mismo se basa en altas dosis de esteroides e inmunosupresión.

Objetivos: 1) Reportar la prevalencia de HAD en nuestra cohorte de LESJ y describir manifestaciones clínicas, imágenes, tratamiento y evolución.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron ptes con diagnóstico de LES (ACR 1997), < de 18 años de edad, periodo 1990-2018, que desarrollaron HAD. Se definió HAD como la presencia de síntomas respiratorios (taquipnea, disnea, hipoxemia, hemoptisis) con infiltrado radiográfico intersticial o alveolar difuso y caída de la hemoglobina (Hb) >1,5 g/dl. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, actividad de la enf. (SLEDAI 92), laboratorio y tratamiento recibido. Se determinaron las manifestaciones clínicas a la HAD, imágenes (radiografía y TAC de tórax), daño orgánico acumulado (SLICC 96) y mortalidad. Análisis estadístico: descriptivo, Chi2, T-test, regresión logística. SPSS 15.0.

Resultados: Se evaluaron 9 ptes con LESJ, edad al Dx X: 10,7 años (RIC 9,5-14,4), edad a la HAD X: 13,6 años (RIC 11,8-15,6), tiempo de evolución de la enfermedad X: 2,6 años (RIC 1,3-3,9). La prevalencia de HAD en nuestra cohorte de LESJ fue de 3,9% (9/229 ptes). Dos ptes presentaron recurrencia de HAD (12 eventos totales). El 78% (7 ptes) fueron mujeres con una edad X al evento: 14,3 años (RIC 13-15,8). Dos ptes (22%) presentaron HAD al debut del LES y 7 ptes (78%) durante la evolución, con una X: 2,6 años (RIC 1,3-3,9). A la presentación de la HAD, 92% de los episodios (n=11) cursaron con disnea, 75% (n=9) hipoxemia, 50%(n=6) hemoptisis y 67% (n=8) fiebre. En todos los eventos se observaron nuevos hallazgos radiográficos (infiltrado intersticial algodonoso y/o ocupación alveolar), con una mediana de caída de la Hb: 3,4 g/dl (RIC 3,2-4,4). Al momento de la HAD, los ptes estaban activos: SLEDAI X: 20 (RIC: 17-22,5) siendo la nefritis lúpica, la manifestación extra-pulmonar más frecuente (82%), seguida de anemia hemolítica autoinmune (46%), leucopenia y plaquetopenia (27%). Todos se trataron con pulsos EV de corticoides (64% más de un ciclo), seguido de altas dosis de Meprednisona VO X: 0,8mg/kg (RIC 0,63-0,90). Se administró Ciclofosfamida en 8 eventos (73%), Rituximab en uno (9%) y Plasmáferesis en 4 (36%). Todos recibieron antibioticoterapia. Concomitantemente a la HAD, 5 (45%) episodios se asociaron con sepsis, 1 (9%) con Sme de Activación Macrofágica (SAM). Cuatro ptes requirieron ARM y fallecieron, con una mortalidad por evento del 33%. Los factores hallados asociados con mortalidad fueron: ingreso a UCI (p.002), requerimiento de ARM (p.002), sepsis concomitante (p.01) y elevados valores de PCR (p.05). Presentaron daño orgánico a la última consulta 5/9 ptes (56%), SLICC X: 1,5 (RIC 1-2,75). Al buscar manifestaciones clínicas asociadas al desarrollo de HAD, observamos que la presencia de fenómeno de Raynaud (p.004) y compromiso renal (p.052) en el debut fueron las prevalentes. En la evolución, los ptes con HAD presentaron una enfermedad más severa, asociada a más eventos de sepsis (p.019), más recaídas (p.036) y compromiso de nuevos órganos (p.01). Estos ptes requirieron mayores dosis acumuladas de CTC X: 28,7g vs. 17,4g (p.02) y CFM X: 11 vs. 5g (p.025). El desarrollo de HAD es un factor de riesgo de mortalidad en estos ptes (p.001 OR 11,77 IC95% 2,84-48,8).

Conclusiones: En nuestra cohorte de LESJ la prevalencia de HAD fue de 3,9%, siendo la manifestación inicial de la enfermedad en 22% de los casos. La HAD ocurrió en contexto de reiducciones moderadas/severas de la enf., especialmente en asociación con nefritis lúpica. Los ptes con HAD presentaron un curso severo de la enfermedad (más recaídas, compromiso de órganos nuevos y sepsis) y requirieron mayor dosis de inmunosupresores. La HAD es un factor de riesgo para mortalidad, especialmente asociada a niveles elevados de PCR, sepsis y ARM.

Casos Clínicos

**52° Congreso Argentino
de Reumatología**

Centro de Convenciones - Salta
14 al 19 de Octubre de 2019

10

0010 - LUMBALGIA DEBIDO A FRACTURA SACRA POR INSUFICIENCIA

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

DUS ORIETA, Nicolas Benjamin | QUISPE VILLANUEVA, Ma Laura | IBAÑEZ, Giuliano | URRUTIA, Julio Cesar | CORTEZ CHAVARRIA, Judiht Sandra | PERAK, Marilina | OTERO, María José | WERNICKE, Veronica Cecilia | LOJO, María Nieves | LAZZARINO, María Rosa

HOSPITAL R ROSSI. LA PLATA

Objetivos: Reportar dos casos de lumbalgia secundaria a fractura sacra por insuficiencia.

Materiales y Métodos: CASO CLINICO 1: Mujer de 66 años con Artritis Reumatoidea desde 2011. En tratamiento con MTX 20 mg/sem, HCQ 300 mg/día y meprednisona 2mg/día. Consultó en agosto por dolor de presentación aguda en región isquiática derecha alternada con la izquierda, de 4 semanas de evolución que empeoraba con la deambulacion y mejoraba en reposo. La radiografía de columna lumbosacra y de pelvis no evidenció lesión ósea. El dolor no cedía con aines. Se realiza RMI de pelvis (1/8/18) que evidenció solución ósea de continuidad con edema óseo asociado a nivel del alerón sacro izquierdo con mínimo edema de partes blandas adyacentes. Fenómenos degenerativos en el sector inferior de la articulación sacroiliaca derecha con mínimo edema óseo asociado. Ante cuadro de FSI se indicó reposo absoluto, calcitonina, y tratamiento del dolor con tramadol-paracetamol. Densitometría Ósea: columna Tscore-3,66 cadera der-3,97. Dosaje de vitamina D: 14 ng/ml. Inicia tratamiento con risedronato y vitamina D3. En octubre comienza a deambular con ayuda marcha. En diciembre ya no requirió asistencia ni analgésicos opioides. CASO CLINICO 2: Mujer de 89 años que comenzó de forma aguda y sin antecedente traumático con lumbalgia irradiada a ambos glúteos, zona de muslos anterior y posterior sin parestias, con imposibilidad de permanecer sentada o parada por intenso dolor. Antecedentes: Osteoartritis, reemplazo de cadera derecha por cuadro de necrosis ósea avascular a los 80 años, osteoporosis por lo cual realizó tratamiento durante 6 años con bifosfonatos. Vitamina D3 100.000 UD cada 2 meses por hipovitaminosis D, último dosaje 21,6 ng/ml. Rx columna lumbosacra: osteoporosis, escoliosis, espónidloartritis. Rx pelvis: prótesis cadera derecha. Resto sin particularidades. RMN columna lumbosacra y pelvis: fractura aguda del cuerpo superior de S1 y de ambos alerones sacros con edema óseo difuso. Se realizó tratamiento conservador, con reposo, analgesia con tramadol, ibuprofeno, vitamina D3 100.000 UI mensual, citrato de calcio y posterior rehabilitación. Después de tres meses deambulaba con ayuda marcha sin requerir analgesia.

Resultados: En los casos reportados, nuestras pacientes no tuvieron traumatismo previo. El síntoma cardinal fue dolor de comienzo agudo. Entre los factores de riesgo, presentaban: osteoporosis, hipovitaminosis D y en uno de los casos artritis reumatoide y corticoterapia; en el caso 2 la artropatía de cadera condicionaba alteraciones biomecánicas del eje axial como fue descrito en trabajos previos en la literatura. Respecto al tratamiento, en ambos casos fue conservador: reposo, analgesia y rehabilitación.

Conclusiones: La Fractura de Sacro por insuficiencia suele ser subdiagnosticada ya que no se asocia a un antecedente traumático y se tiende a solicitar radiografías simples donde no se observan alteraciones que se correlacionen con el comienzo de la sintomatología. La clínica es inespecífica: dolor lumbar bajo severo, dolor glúteo, a veces irradiado a miembros inferiores la cual se exacerba con los movimientos y al cargar peso y que mejora con el reposo y el decúbito. Su diagnóstico es complejo, ya que las radiografías simples suelen ser normales y requiere de otros medios como la TC, RMI, y la Gammagrafía Ósea donde es característica la captación en "forma de H". El tratamiento estándar es conservador basado en reposo, ejercicios de rehabilitación y tratamiento analgésico; la recuperación puede llevar 4 meses. La sacroplastia percutánea permite alivio del dolor en tiempo más breve disminuyendo la morbilidad que conlleva el reposo prolongado. Es importante sospechar este tipo de fracturas en pacientes, mayores de 65 años con lumbalgia invalidante y factores de riesgo asociados siendo la RMN de pelvis el método diagnóstico de elección. Palabras Claves: Fractura Sacra, Lumbalgia, Fractura por insuficiencia

19

0019 - ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES Y PRES (SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE).

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

DANIELE, Julieta | KISLUK, Boris | SATTLER, María Emilia | CONTE, María Soledad |

KILSTEIN, Jorge Guillermo | BERBOTTO, Guillermo Ariel

HOSPITAL EVA PERÓN

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) asocia un conjunto de características clínicas (cefalea, crisis epilépticas, alteración del nivel de alerta, pérdida visual u otros déficits focales) y radiológicas, con alteraciones reversibles en la sustancia blanca. Se ha asociado a hipertensión arterial y tratamientos inmunosupresores, entre otros. Se produciría una alteración de la autorregulación vascular cerebral y disfunción endotelial. Su frecuencia de presentación es muy baja. Descripta excepcionalmente en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Describimos el caso de una paciente con antecedente de Arteritis de células gigantes y pérdida de la agudeza visual, secundaria a PRES.

Materiales y Métodos: Paciente de 71 años, con hipotiroidismo, hipertensión arterial Grado II, enfermedad carotídea leve y Arteritis de células gigantes, en tratamiento con Meprednisona 40 mg/día vía oral, consulta por cuadro de 8 horas de evolución de cefalea holocraneana, intensidad 10/10 y disminución de la agudeza visual. Al examen físico, se encontraba orientada globalmente. Glasgow: 15/15. FR: 16/min. FC: 70/min. TA: 212/115 mmHg. T: 36°C. Se evidencian pupilas isocóricas, hiporreactivas y simétricas. Disminución de la agudeza visual 4/10 bilateral. Sin signos meníngeos. Sensibilidad y Fuerza conservada de cuatro miembros. Reflejos osteotendinosos respetados. Se indica monitoreo en Unidad de cuidados críticos por diagnóstico presuntivo de neuropatía óptica isquémica. Realiza tratamiento endovenoso con nitroglicerina. Se titulan betabloqueantes y antihipertensivos vía oral. Fondo de Ojo: Opacidad de medios. Papila de bordes netos, excavación papilar 3/6, mácula sin alteraciones, vasos sin hallazgos patológicos, retina aplicada. Movimientos oculares externos y reflejos oculares conservados. Laboratorio: Hemoglobina. 11.8 g/dl. Hematocrito: 37%. Glóbulos blancos: 12870/mm3. Plaquetas: 316000. VES: 30 mm^{1º} hora. PCR: 29 mg/l. Urea: 50 mg/dl. Creatinina: 1,33 mg/dl. Cl Cr: 39.4 ml/min/1.73 m2. Angio-RMI de encéfalo con gadolinio: Fosa posterior con cuarto ventrículo centrado. Hiperintensidades focales en T1 y FLAIR a nivel de la región protuberancia y en sector posterior y superior del pedúnculo cerebral izquierdo, las cuales no restringen en secuencia difusión. Hiperintensidades en secuencia FLAIR y T, hipointensas en T1, en región cortical y subcortical de ambos hemisferios cerebelosos, en sector cortical y unión subcortical bi-occipito-parietal posterior. No muestran restricción en secuencia difusión, compatible con PRES. En la secuencia STIR a nivel de las cavidades oculares, ambos globos oculares muestran tamaño e intensidad de señal conservada. No se evidencian lesiones compatibles con isquemia del nervio óptico. En el estudio angiográfico, arteria basilar con disminución de la intensidad de señal en sector proximal y sector medial, compatible con vasoconstricción reversible.

Resultados: Evolución hemodinámica estable. Recupera agudeza visual y mejoría clínica franca. Se pauta descenso de corticoides y Metrotexato 20 mg/semanales SC.

Conclusiones: Desde la primera descripción del PRES en 1996, se han planteado diversas teorías fisiopatológicas que señalan la disfunción endotelial como elemento clave para su desarrollo, en el contexto de alteración de la regulación vascular cerebral. Es más frecuente en mujeres de edad media, con trastornos hipertensivos, renales y autoinmunes. Con tratamiento oportuno y adecuado, la mayoría evoluciona satisfactoriamente con remisión de los síntomas y de las lesiones imagenológicas en días a semanas.

28

0028 - "UN ACERCAMIENTO A LA GRAN SIMULADORA" - IGG4-RD: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Ig G4

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

DIÁZ MORENO, Paola Cecilia (1) | DUENAS, L. (1) | ORELLANA, C. (1) | VISENTINI, Susana Mirta (1) | PACHECO, G. (2)

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

Introducción: La Enfermedad Relacionada con Inmunoglobulina G4 (IgG4-RD) es una condición multiorgánica, fibro-inflamatoria de origen desconocido; con expresión clínica indolente de forma prolongada, usualmente acompañado de componente alérgico, lesiones pseudotumorales y/o malignidad. Su diagnóstico se realiza por: aumento de IgG4 Total (sérica mayor a 135 mg/dl) y estudio Anatomopatológico (infiltrado linfoplasmocitario, flebitis obliterante, fibrosis "estoriforme").

Objetivos: Plantear un caso clínico para analizar y comprender similitudes clínicas y anatomopatológicas de (IgG4-RD), enfermedad heterogénea y sistémica que puede simular otras patologías.

Materiales y Métodos: Femenina de 61 años con antecedentes de rinitis alérgica, sinusitis crónica, gastritis, colitis, diabetes mellitus, hipotiroidismo y eczema crónico; que recibió tratamiento y glucocorticoides en forma crónica sin respuesta. Además presentó Síndrome Nefrótico en 2002 con Biopsia Renal: NEFROPATIA MEMBRANOSA EN ESTADIO INICIAL con IgG Total ++/positivo, IgG4:+/4. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona: 1gr x 3 y Ciclofosfamida 1gr mes (3ciclos) sin mejoría ostensible, persistiendo con proteinuria de 11-15 gr/d e hipoalbuminemia, por lo que fue tratada con ciclosporina con buena respuesta. BIOPSIA PIEL: Depósito de IgG positivos, y con IgA e IgM negativos. PAAF DE NODULO TIROIDEO: negativo para malignidad. BIOPSIA DE PARÓTIDA: Infiltrado intenso linfocitario y plasmocitario con abundantes folículos linfocitos. Evidencia expresión para CD20 y BCL2; negativo para CD3, CD5 y CD23. LINFOMA B DE BAJO GRADO DE AGRESIVIDAD (Linfoma MALT). Hematología adopta conducta expectante. BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA: Plasmocitos maduros se distribuyen a nivel perivascular. Se identifica agregado linfocito mixto constituido por linfocitos pequeños de fenotipo T (CD3+) y B (CD20+).

Resultados: En 2019 acude a nuestra unidad de Reumatología con hipertrofia parotídea bilateral. Laboratorio Inmunológico: Anti DNA, La y Ro (-), FAN: 1/320, C3: 58 mg/dl y C4: 2 mg/dl, IgG Total: 3367 mg/dl, subclases IgG1: 20.900 g/l e IgG4:12.200 g/l. PROTEINGRAMA ELECTROFORÉTICO: Proteínas totales, fracciones Alfa1 y Alfa 2 Normal. Albúmina y Beta disminuidas, Gamma: 45.4 gr/dl (hipergammaglobulinemia policlonal). RMN: Cabeza del páncreas discreto aumento, quistes renales, adenopatías en retroperitoneo, prevertebral y para-aórtico izquierdo de 13 mm. PET/CT: Enfermedad linfoproliferativa activa con compromiso salival, ganglionar supra e infrafragmático, esplénico y probablemente pancreático. ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE GLÁNDULA SALIVAL: Infiltración y proliferación de linfocitos de pequeños tamaño en intersticio con patrón difuso. Vinculable a Linfoma B de bajo grado (Linfoma Marginal Extranodal). Evidencia expresión para BCL2, CD3, CD20, CD43, CD138; negativo para CD5 y CD23. Observándose incremento de IgG4. Al tener resistencia a primera línea de tratamiento recibirá tratamiento con Rituximab.

Conclusiones: Por más de un siglo esta patología ha estado en el anonimato y se ha relacionado a otras enfermedades concibiendo un epígrafe muy particular. Niveles altos séricos de IgG4, no son suficientes para el diagnóstico de la enfermedad siendo necesarios biomarcadores específicos como ayuda diagnóstica; pero el estudio anatomopatológico es la piedra angular. PALABRAS CLAVES: IgG4-RD, multiorgánica, gran simuladora.

29

0029 - SÍNDROME DE PERCHERÓN Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: LES

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

DANIELE, Julieta | KISLUK, Boris | CONTE, María Soledad | SATTLER, María Emilia | BRAVO, Lautaro | KILSTEIN, Jorge Guillermo | BERBOTTO, Guillermo Ariel

HOSPITAL EVA PERÓN

Introducción: La vascularización del tálamo fue descripta de forma completa por Percherón en 1960 y depende fundamentalmente de la Arteria Cerebral Posterior y de la Arteria Comunicante Posterior. Se establecen cuatro áreas de irrigación principal: anterior, paramediana, inferolateral y posterior, que reflejan la complejidad vascular en dicho núcleo. Por su parte, existe una rara variación anatómica, en la que una rama emerge desde la arteria cerebral posterior para abastecer al tálamo y el mesencefalo, conocida como Arteria de Percherón y cuya obstrucción se asocia al desarrollo de infarto talámico bilateral sincrónico, síndrome de difícil diagnóstico.

Objetivos: Describimos el caso de una paciente con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico e infarto talámico bilateral sincrónico dada su baja frecuencia y asociación excepcional.

Materiales y Métodos: Mujer de 60 años de edad, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, nefropatía lúpica grado IV e hipertensión arterial secundaria, ingresa por cuadro de hemianopsia temporal derecha de aparición súbita, no progresiva, sin otros síntomas asociados. Evoluciona con deterioro progresivo del sensorio (Escala de coma de Glasgow 7/15), pupilas mióticas, no reactivas y mioclonias en ambos miembros inferiores. Reflejos osteotendinosos disminuidos simétricos. Requiere asistencia ventilatoria mecánica y monitoreo en unidad de cuidados críticos. Se interpreta como reagudización de enfermedad inmunológica de base, por lo cual se realiza pulso de metilprednisolona 500 mg/día durante 3 días y ciclofosfamida endovenosa. Laboratorio: Hemoglobina: 9,1 g/dl. Hematocrito: 27,1%. Glóbulos blancos: 13.300 (Neutrófilos: 95%) Eritrosedimentación: 31 mm/hora. Plaquetas: 446.000 mm3. Urea: 68 mg%. Creatinina: 0,6 mg % Serologías virales Hepatitis B y C y HIV negativas. Orina de 24 horas: Diuresis: 1300 ml. Proteinuria: 0,9 g/24 hs. Clearance de creatinina: 36 ml/minuto. Anticoagulante lúpico negativo. Anticuerpos anticardiolipinas y Anticuerpo anti Beta-2 glicoproteína negativos. C3: 56 mg%. C4: 5 mg%. Anticuerpos anti antígenos nucleares extraíbles: negativos. FAN. 1/5120. Patrón homogéneo. Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica leve con fracción de eyección de 65%. Patrón de flujos sistodiastólico derecho e izquierdo conservados. Agioresonancia magnética de encéfalo: lesiones simétricas, en ambos tálamos y en la circunvolución temporo occipital izquierda, hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y FLAIR, con restricción a la difusión, compatible con evento isquémico agudo en el territorio de la arteria de Percherón.

Resultados: Complica con neumonía asociada a ventilador tardía con hallazgo de Kokeria, Pseudomonas Aeruginosa y Klebsiella Pneumoniae. Evoluciona con deterioro clínico severo y obita luego de 32 días de internación.

Conclusiones: El síndrome de Percherón representa un cuadro isquémico talámico bilateral que puede cursar con afectación del nivel de conciencia, afectación del lenguaje, compromiso de pares craneales oculomotores, trastornos del movimiento (disquisias), afectación de la memoria (amnesia) y del sueño (hipersomnia). Se encuentra asociado a eventos tromboembólicos y causas cardiovascular. La variante anatómica 2B de la arteria de Percherón es un hallazgo infrecuente. Reconocer esta afectación bilateral en los estudios de resonancia es fundamental para definirlo. Los eventos isquémicos en pacientes con LES representan menos del 20% de las manifestaciones en SNC. La posibilidad que un paciente con LES presente un infarto talámico paramediano bilateral (2B) es excepcional y por tanto, representa un verdadero reto diagnóstico.

31

0031 - SÍNDROME AUTOINMUNE MÚLTIPLE: ARTRITIS REUMATOIDEA, ENFERMEDAD DE CROHN Y VITÍLIGO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

SALTOS FARINANGO, Galo | GARCÍA COELLO, Adriana | PONCE DELGADO, Yessica María | ZALAZAR, María Marta | RILLO, Oscar L.

HOSPITAL PIROVANO

Introducción: La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica multisistémica que afecta primordialmente la membrana sinovial de las articulaciones. Sus manifestaciones extraarticulares a nivel gastrointestinal suelen ser por intolerancia medicamentosa. La Enfermedad de Crohn (EC) puede presentar compromiso extraintestinal, pauciarticular o poliarticular no erosivo. Además puede afectar el esqueleto axial, preferentemente a nivel sacroiliaco (Espondiloartritis). El Vitiligo es una enfermedad dérmica de etiología desconocida, posiblemente autoinmune. Se manifiesta con lesiones hipocrómicas en piel pudiendo estar asociada a diversas enfermedades. El Síndrome Autoinmune Múltiple (SAM) se define como la asociación de al menos tres enfermedades autoinmunes en el mismo paciente, por ejemplo Enfermedad Tiroidea Autoinmune, Sjögren, Miastemia Gravis, Cirrosis Biliar Primaria.

Objetivos: Comunicar un nuevo caso de SAM en una mujer que presenta la coexistencia de AR, EC y Vitiligo.

Materiales y Métodos: Caso clínico: Paciente de 36 años de edad, de sexo femenino, derivada por el servicio de Gastroenterología por presentar poliartritis crónica, en el contexto de una Enfermedad de Crohn de 4 años de evolución en actividad. Antecedentes de Guillain Barré en la infancia. Al examen físico se constató poliartritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones; lesiones hipocrómicas con bordes irregulares compatibles con vitiligo en extremidades inferiores. Exámenes complementarios: reactantes de fase aguda elevados; FR y Anti CCP positivos con altos títulos; radiografías de manos y pies donde se evidencia la presencia de erosiones marginales. Su DAS28 y el HAQ-A fueron de 6.47 y 1.87 respectivamente. Con el diagnóstico de AR según ACR-EULAR 2010 se inició tratamiento con Metotrexato 15 mg/sem y Ácido Fólico 5mg/sem. Posteriormente se decidió agregar Tofacitinib 10 mg/día alcanzando la remisión de ambos enfermedades.

Resultados: Discusión: Los pacientes con patología autoinmune única, tienen un 25% de riesgo de desarrollar otras enfermedades autoinmunes asociadas. En el SAM los pacientes a menudo tienen al menos una afección dermatológica, generalmente Vitiligo. Es conocida la asociación de EC con Espondilitis Anquilosante mientras que la coexistencia de EA y AR es infrecuente (según nuestro conocimiento existen 3 casos publicados de esta asociación). Si bien los Anti TNF alfa se emplean en el tratamiento de la AR y EC, en nuestra paciente el antecedente de una enfermedad desmielinizante contraindicaba su empleo. Por tal motivo se optó utilizar un Anti Jack 1-3 (Tofacitinib) el cual ha sido aprobado tanto para la AR como para la CU y actualmente se halla en estudio para emplearlo en Vitiligo y EC.

Conclusiones: El SAM es la agrupación de varias entidades autoinmunitarias, destacándose en este caso la infrecuente asociación de AR y EC, y su repercusión a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

32

0032 - NUESTRA EXPERIENCIA DE TRANSPLANTE AUTOLOGO DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN ESCLERODERMIA

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

MOLINA, María Josefina (1) | REAL, Juan(2) | REQUEJO, Alejandro(2) | MILOVIC, Vera(2) | NITSCHKE, Alejandro(3)

MTA CONSULTORIOS (1); HOSPITAL ALEMÁN (2); HOSPITAL ALEMÁN, MTA CONSULTORIOS (3)

Introducción: Tanto EULAR como la Sociedad Americana de Trasplante de Médula Osea recomiendan el trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) como tratamiento en pacientes con esclerosis sistémica rápidamente progresiva (ESD-RP) y riesgo de falla orgánica. Tres estudios abiertos randomizados compararon el uso del TACPH vs. ciclofosfamida (CF) y demostraron en el grupo con TACPH mayor supervivida libre de eventos y supervivida general, mejoría del compromiso cutáneo y pulmonar a largo plazo. El estudio SCOT demostró que el 92% de los pacientes con ESD tratados con TACPH que sobrevivieron estaban sin drogas modificadoras de enfermedad y libre de enfermedad a 11 años de seguimiento. Sin embargo, se describe un 3% - 10% de mortalidad relacionada al trasplante y mayor riesgo de infecciones en el primer año post TACPH.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y la evolución de tres pacientes con ESD sometidos a TACPH en Argentina.

Materiales y Métodos: Se describen las características de 3 pacientes con ESD sometidos a TACPH.

Resultados: CASO 1: Paciente varón de 62 años de edad, con ESD difusa, de 14 años de evolución. Presentó microstomía, lesiones hiper e hipocrómicas, contractura en flexión de dedos de las manos y callosidad. Durante el 2017 presenta mayor compromiso cutáneo con score de Rodnan modificado (SRM) de 38 puntos, pérdida ponderal de 10 kg de peso y desnutrición. Sin compromiso pulmonar intersticial (CPI) ni hipertensión arterial pulmonar (HAP). RMN cardíaca con y sin Gadolinio: normal. Capilaroscopia: SD pattern tardío. FAN 1/320 moteado nuclear, anti-Sc170 y anti-centrómero negativos. Recibió durante su evolución tratamiento con metotrexato (MTX) 15 mg/sem, meprednisolona (PMD) 40 mg/día y azatioprina (AZA) 150 mg/día sin respuesta. En febrero de 2018, se indica TACPH no mieloblástico por la recaída cutánea y síndrome de malabsorción. Para la movilización de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) se indicó filgrastim (FG) y se obtuvieron 11x10⁶ 6ta/Kg de peso CPH CD34+ mediante leucateresis y se criopreservaron con dimetilсульfoxido. La inmunoblación se realizó con CF 200 mg/kg y antitrombolina (ATG) 6.5 mg/kg. A las 48 hs. de finalizar CF se administraron las CPH, FG y profilaxis para bacterias, hongos y virus. Se consideró recuperación de proyección hematológica: neutrófilos >500/mm³ y plaquetas >20000/mm³. Se dio alta sin complicaciones post TACPH. Actualmente lleva 16 meses post TACPH con excelente evolución: SRM: 9 puntos, recuperación de peso y esquema reglado de actividad física. CASO 2: Mujer de 43 años de edad con ESD difusa rápidamente progresiva (ESD-RP) de 30 meses de evolución, con severo compromiso cutáneo, SRM: 45 puntos, microstomía, contractura en flexión de los dedos de las manos, sin compromiso orgánico (pulmonar, renal ni cardíaco) ni HAP. RMN cardíaca con y sin Gadolinio: normal. Capilaroscopia: SD pattern tardío. FAN 1/160 moteado, anti-centrómero (+) y anti-Sc170 (-). Recibió tratamiento con MTX 15 mg/semana, PMD 30 mg/día, hidrocortisona 400 mg/día, mofetil micofenolato (MMF) 2 gr/día y CF 1 gr. 6 pulsos mensuales sin respuesta favorable. En junio 2019, se indica TACPH no mieloblástico por ESD-RP con fallo a drogas inmunosupresoras. Para la movilización se empleó FG, se obtuvieron 9,52x10⁶ 6ta/Kg de peso CPH CD34+ mediante leucateresis y se criopreservaron con dimetilсульfoxido. La inmunoblación se realizó con iguales dosis de CF y ATG que el caso 1. A las 48 hs. de finalizar CF se administraron las CPH CD34+, FG y profilaxis para bacterias, hongos y virus. Al día siguiente de la infusión de CPH CD34+, presenta fiebre 39°, shock séptico e ingresa en UTI. Durante la internación en UTI la sepsis se complica con convulsiones y leucoencefalopatía reversible según imágenes. Luego de casi 2 meses de internación con reversión de las complicaciones post TACPH y dadas de alta con profilaxis antibiótica, plan de rehabilitación y control estricto. Actualmente lúcida, afébril con mejoría del compromiso cutáneo. CASO 3: Mujer de 46 años de edad, con ESD-RP difusa de 36 meses de evolución. Presentó severo compromiso cutáneo, SRM: 27 puntos, manos en garras, leve CPI con neumonía intersticial no específica en TAC de tórax de alta resolución y compromiso digestivo. No HAP. RMN cardíaca con y sin gadolinio: fibrosis miocárdica difusa subepicárdica lateral medial e intramiocárdica inferoseptal basal. Capilaroscopia: SD pattern tardío. FAN 1/1280 homogéneo nuclear, anti-Sc170 (+) y anti-centrómero (-). Recibió tratamiento con MTX 20 mg/semana, PMD 40 mg/día y MMF 1.5 gr/día sin respuesta favorable. En julio de 2019 se indica TACPH no mieloblástico. La movilización de CPH se realizó con FG, se obtuvieron 6,72x10⁶ 6ta/Kg de peso CPH CD34+ mediante leucateresis. Para la inmunoblación, dado los antecedentes cardíacos, se utilizó menor dosis de CF 120 mg/kg + ATG 6.5 mg/kg. A las 48 hs. de finalizar CF se administraron las CPH CD34+, FG y profilaxis para bacterias, hongos y virus. Se consideró recuperación de la proyección hematológica: neutrófilos >500/mm³ y plaquetas >20000/mm³. Se dio alta con estricto control ambulatorio y profilaxis antibiótica.

Conclusiones: El TACPH podría modificar el curso de pacientes con ESD mediante el reseteo del sistema inmune.

Se deben seleccionar cuidadosamente los pacientes con ESD para TACPH valorando adecuadamente los riesgos ya que la mortalidad relacionada al trasplante es del 3-10%, en particular por infecciones. Se requiere de un equipo multidisciplinario comprometido en el manejo de pacientes con ESD y en TACPH capaz de manejar adecuadamente todas las complicaciones y llevado a cabo en un centro especializado para minimizar el riesgo de complicaciones y mortalidad post trasplante.

57

0057 - PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA ASOCIADA A GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: REPORTE DE CASO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Vasculitis/PMR

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

ARGUELLO, Sabrina Marta | AVATTE, María Cecilia | LAROCCA, Roque Mario | MOVIA, Roberto

Diego HOSPITAL EVITA, LANUS.

Introducción: La Granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis de medianos y pequeños vasos asociados a anticuerpos anticitoplasmáticos de neutrófilos (ANCA) cuya característica distintiva es la formación de granulomas necrotizantes y vasculitis paucimunitaria. La afectación en sistema nervioso central (SNC) representa el 2 al 8% de los casos, generalmente en forma tardía. La paquimeningitis hipertrofica (PH) es una enfermedad infrecuente caracterizada por engrosamiento focal o difuso de la duramadre.

Objetivos: Describir una manifestación infrecuente dentro de una enfermedad rara como la GPA.

Materiales y Métodos: Paciente masculino de 65 años con diagnóstico de GPA que presenta cefalea frontal de 3 meses de evolución refractaria al tratamiento con AINES, asociado a proptosis ocular izquierda y dolor en órbita homolateral, sin alteraciones de la agudeza visual ni signos meníngeos. Laboratorios: VSG 75 mm/h, PCR 30 mg/L. Resto de exámenes sin datos positivos. Líquido cefalorraquídeo: hiperproteinorrea. TAC: Globo ocular izquierdo: imagen de densidad partes blandas, ubicado entre la pared interna y el recto interno. RMI con Gadolinio: Tras la inyección de contraste se evidencia lesión expansiva en órbita y engrosamiento difuso de la duramadre cerebral y tienda del cerebelo. Microscopia de biopsia de tumoración en órbita: tejido inflamatorio mixto con plasmocitos (granulomatosis) con focos de vasculitis.

Resultados: Se realiza tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g día por tres días, continua metilprednisolona 60 mg día, asociado a pulsos de ciclofosfamida 1 g mensual por 6 meses. El paciente presenta buena evolución clínica, con recrudescimiento del dolor orbitario con la reducción de dosis de corticoides.

Conclusiones: La PH es un diagnóstico de exclusión, puede ser idiopática o asociarse a trauma, infección, cáncer u otras enfermedades autoinmunes entre ellas vasculitis de pequeños vasos. El síntoma más frecuente es la cefalea crónica, y puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad a pesar del tratamiento inmunosupresor. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en estos pacientes ya que la severidad del daño neurológico y su reversibilidad dependen de que se alcance el diagnóstico y se inicie el tratamiento de forma precoz.

que la severidad del daño neurológico y su reversibilidad dependen de que se alcance el diagnóstico y se inicie el tratamiento de forma precoz.

66

0066 - NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF): SERIE DE CASOS

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

GOZUETA, María Cecilia | LOBO, María Victoria | USANDIVARAS, Marcela

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: IPAF agrupa individuos con Enfermedad Pulmonar Intersticial y la combinación de otras características clínicas, serológicas y / o pulmonares que derivan de una condición autoinmune sistémica subyacente, pero no cumplen con los criterios reumatológicos actuales para una ETC caracterizada.

Resultados: CASO 1: Mujer de 52 años. Con antecedente en 2011 de Anemia hemolítica autoinmune, recibió glucocorticoides a altas dosis e Hidrocortisona 400mg/día hasta 2012.

En 2016 por presencia de poliartralgias simétricas y síndrome de Raynaud de manos se solicita laboratorio, ANA + 1/1260 patrón homogéneo, hipocomplementemia, Anti DNA, anti RO y anti SM negativos. Capilaroscopia cambios inespecíficos. TACAR de Tórax: quistes múltiples en ambos campos pulmonares, con árbol brotado en lóbulos superiores. Espirometría restricción severa (FVC 1,44). Sin inicio de tratamientos específicos debido a falta de controles médicos periódicos. En 2018 consulta en UDEA (Unidad De Enfermedades Autoinmunes), por tos y disnea progresiva, eritrodermia y poliartralgias simétricas de ambas manos. Al examen físico, No rash, no úlceras, no caída de cabello. TACAR de Tórax sin cambios, compatible con LIP, ANA 1/640 homogéneo. DLCO Normal. Se decide Conducta expectante para inmunosupresión. CASO 2: Mujer, 35 años; No tabaquista, antecedente exposición a catas sanas. Ingresa a UTI por insuficiencia respiratoria aguda, se realiza TACAR con compromiso pulmonar intersticial extenso, vidrio esmerilado de vértice a base, cultivos y aspirado traqueal negativos, serología para Chlamidia psittaci Negativa. ANA +/160 patrón homogéneo. Sospecha diagnóstica de NHA vs IPAF. Por estado crítico requiere ARM, decidiéndose iniciar Pulso de Metilprednisolona 1 gr diario por 5 días, continuando luego con corticoides en dosis inmunosupresora, por adecuada respuesta clínica e imagenológica. Cumplió internación prolongada con intercurencias infecciosas, con diagnóstico al egreso de IPAF continuando actualmente con controles periódicos en UDEA. CASO 3: Paciente mujer, 70 años, Noviembre 2018, compromiso pulmonar agudo, disnea grado III, TACAR Tórax, diagnóstico de EPID, con acentuación intersticial bilateral, con zonas de vidrio esmerilado, sin signos de panalización. ANA + 1/5120 patrón homogéneo, ASMA + 1/20, hipergamaglobulinemia, elevación de transaminasas. Anti DNA, Látx, Anti CCP, anti LKM, AMA, anti RO y anti RNP, negativos. Enero 2019 se solicita serología viral negativa, se descarta mieloma múltiple. AC enfermedad celíaca: anti Transglutaminasa Ig A positivo, se decide realizar VEDA y videocolonoscopía, con biopsia duodenal con atrofia vellositaria, con aumento de linfocitos intraepiteliales mayor al 30% Marsh modificado IIB, compatible con enteropatía malabsortiva. Por compromiso hepático, se realiza biopsia, con diagnóstico de hepatitis crónica con actividad leve con score de Metavir fibrosis 3. Febrero 2019 se realiza evaluación de compromiso respiratorio resultando severo, con DLCO menor al 50%. En junta médica por compromiso pulmonar severo y hepático se decide iniciar Mofetil Micofenolato 2 gramos + meprednisolona 40mg diarios. Continuando con igual tratamiento hasta la fecha.

Conclusiones: Unidad de Enfermedades Autoinmunes (UDEA) se trata de un grupo multidisciplinario constituido por médicos de distintas especialidades en permanente interacción. Su objetivo principal es participar del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades autoinmunes, y ser referente en el manejo y control de estos pacientes, coordinando acciones con otras especialidades. Estudios prospectivos son necesarios para valorar los criterios de clasificación propuesta por las distintas especialidades y grupos de estudio para poder determinar la historia natural e implicancias clínicas en la clasificación futura de IPAF.

83

0083 - LUPUS ERITEMATOSO Y COMPROMISO GASTROINTESTINAL: REPORTE DE CASOS.*Modalidad: Póster Caso Clínico**Unidad Temática: LES***SORRENTINO, Laura Julieta** | BRIGANTE, Alejandro | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana | SANATORIO GÜEMES**Introducción:** Las manifestaciones gastrointestinales del LES se revisan y reportan con menos frecuencia que otras expresiones de la enfermedad. Su reconocimiento precoz es de vital importancia dado que sus complicaciones son potencialmente mortales.**Objetivos:** Describir los casos de LES con compromiso gastrointestinal en nuestra institución en el último año.**Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente en historia clínica informatizada los pacientes con LES y compromiso gastrointestinal de julio de 2018 a julio 2019.**Resultados:** Caso clínico #1: Mujer de 31 años con antecedentes de LES diagnosticado hace 9 años por nefritis lúpica clase V, vasculitis mesentérica, FAN 1:160, anti-DNAc y hipocomplementemia. Recibió pulsos de corticoides y micofenolato. Se internó por dolor abdominal de 1 mes de evolución, diarrea no disintérica y vómitos. La TAC de abdomen con contraste EV mostró engrosamiento mural circunferencial y edema submucoso en ciego, colon ascendente, porción proximal del colon transverso y apéndice, asociado a alteración de planos grasos. Se interpretó como enteritis lúpica. Inició pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con adecuada respuesta. Caso clínico #2: Mujer de 42 años con antecedente de diarrea crónica de causa no filiada. Endoscopias sin hallazgos patológicos. Ingresó por dolor abdominal, vómitos, diarrea no disintérica, pérdida de peso. Presentó leucopenia, hipocomplementemia, FAN positivo 1/80 patrón moteado fino. La TC de Abdomen mostró engrosamiento de paredes colónicas y asas de intestino delgado con edema submucoso y líquido libre. Se inició hidrocortisona y metilprednisolona con presunción de enteritis lúpica. Evolución favorablemente. Caso clínico #3: Mujer de 54 años con diagnóstico reciente de LES y esclerosis sistémica (Raynaud, manos puffy, hipocomplementemia, FAN 1:1280 moteado, antiSm y antiRNP positivos), tabaquista. Tratada con Hidroxiquina 200mg/día y Nifedipina 20mg/día. Consultó por epigastralgia persistente con irradiación a dorso, sin náuseas, vómitos ni fiebre. Presentó elevación de enzimas pancreáticas. Se realizó TAC de abdomen que evidenció mínimo derrame perihépatico, periesplénico, perigástrico y en fondo de saco de Douglas. Imagen hipodensa de bordes lobulados que no realiza con contraste EV en cabeza pancreática de 16x9mm con dilatación del conducto pancreático. Vía biliar normal. RMN con mismos hallazgos. Se interpretó como pancreatitis autoinmune, se inició metilprednisolona 20mg. Evolución favorablemente.**Conclusiones:** La vasculitis mesentérica es una complicación rara pero potencialmente mortal del LES que puede presentarse insidiosamente con dolor abdominal posprandial, aversión alimentaria, pérdida de peso, náuseas, vómitos y diarrea debido a isquemia mesentérica crónica. El tratamiento médico inicial en pacientes sin perforación incluye altas dosis de glucocorticoides, y ciclofosfamida para los casos refractarios o recurrentes. La pancreatitis aguda ocurre en 2 a 8% de los pacientes con LES, en la mayoría en contexto de actividad. Su presentación no difiere de los pacientes sin LES. Se desconoce el mecanismo patogénico pero se ha propuesto daño vascular por vasculitis o trombosis. Además del tratamiento de sostén, algunos estudios sugieren disminución de la mortalidad al agregar glucocorticoides. En la actualidad se reserva para casos refractarios y evidencia de actividad lúpica. En nuestro centro, tres pacientes tuvieron manifestaciones gastrointestinales de lupus en el último año. En uno de los casos fue la primera manifestación de la enfermedad, lo que destaca la importancia de su reconocimiento.

91

0091 - EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB EN SÍNDROME DE FELTY: REPORTE DE UN CASO.*Modalidad: Póster Caso Clínico**Unidad Temática: Casos Clínicos**Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA***MUSURUANA, Jorge Luis** | MALIANDI, María Del Rosario | CAVALLASCA, Javier Alberto | RIERA, Julia | COSTA, Cecilia Alejandra | BENZAQUÉN, Nadia | **HOSPITAL J. B. ITURRASPE****Introducción:** El síndrome de Felty, que ocurre en el 1% de los pacientes con artritis reumatoidea (AR), se caracteriza por presentar artritis, esplenomegalia y neutropenia. Generalmente se desarrolla luego de un largo curso de la AR y se considera como una variante severa.**Resultados:** Hombre de 59 años con AR seropositiva, nodular y erosiva de 19 años de evolución. En mayo de 2018, estando tratado con etanercept monoterapia desde el 2005, consulta por reactivación de su AR (DAS28: 6.54), pérdida de peso y fiebre. Presentaba anemia, leucopenia con neutropenia y esplenomegalia. Hemocultivos y urocultivos negativos. TAC de Tórax (5-6-2018): normal; abdomen y pelvis: esplenomegalia (17 x 8,4 cm), hígado levemente aumentado de tamaño con esteatosis difusa, confluente esplenoportal con leve fleboectasia como signo de hipertensión portal, ateromas calcificados y pequeños trombos en aorta abdominal infrarenal. ACA IgM e IgG (-) AL (-) B2GP1 IgM e IgG (-). Se suspende etanercept. En julio y agosto cursa internación por neutropenia febril (Hb 8.5 Hto 26.7 % GB 700 24 N y 63 L). Se realiza tratamiento con antibióticos. Hemocultivos y urocultivos negativos. Punción de médula ósea e inmunotipificación por citometría de flujo: linfocitos B policlonales, linfocitos T y NK con fenotipo normales. Células plasmáticas normales. Negativo para linfoma y leucemias. En septiembre recurrencia de neutropenia febril con hemocultivos y urocultivos negativos. Se realizan tres pulsos de metilprednisolona de 500 mg, continuando con prednisona 1 mg/kg con dosis decreciente e inicia con rituximab 2 g (1 g IV cada 15 días), con lenta pero sostenida respuesta. Lab octubre: GB: 1000 (40 N y 52 L), Hb: 12.7 gr/dl y Hcto: 40.8%. Diciembre: GB: 1660 (79 N y 17 L); plaquetas: 217000, VSG: 29, PCR: 4.6 mg/dl (vr: < 1 mg/dl), FR: 436,4 U/ml. Reducción en el tamaño del bazo pero persiste con actividad de AR. Se indica MTX 20 mg/sem SC y ácido fólico 5 mg/sem. Lab enero 2019: GB: 1370 (60% N y 35% L), plaq: 215000; VSG: 23, PCR: 3,7 mg/dl. DAS28: 3,18 y HAQ: 0,125. En Mayo de 2019 continua con muy buena evolución. GB: 3270 (72% N y 19% L), VSG: 20 y PCR: 1.4mg/dl. Disminución de la esplenomegalia y de la actividad articular.**Conclusiones:** Rituximab demostró eficacia en mejorar tanto la neutropenia como la esplenomegalia en el contexto del Síndrome de Felty.

94

0094 - PLASMA RICO EN PLAQUETAS: POSIBLE ROL TERAPEUTICO EN LA RECUPERACION ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LAS TENDINOPATIAS DEL HOMBRO. A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS.*Modalidad: Póster Caso Clínico**Unidad Temática: FB - Reumatismo Partes Blandas/fibromialgia***GILLI, Virginia** (1) | CATALFAMO, Santiago(2) | GUZZARDO, Mauro(1) | TOPOL, Gastón(1)**HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO. SERVICIO DE FISIATRÍA (1); CENTRO DE FISIATRÍA Y DOLOR CRÓNICO ROSARIO (2)****Introducción:** El plasma rico en plaquetas (PRP) consiste en una fracción de plasma obtenido de sangre autóloga que tiene 3 características que fundamentan su capacidad para la reparación celular: una concentración de plaquetas superior a la del plasma en condiciones basales, factores de crecimiento secretados activamente por las plaquetas y proteínas que actúan a nivel de la adhesión celular (fibrina, fibronectina, y vitronectina).**Objetivos:** Analizar el rol terapéutico del plasma rico en plaquetas (PRP) en la reparación estructural y funcional de los tendones del hombro.**Materiales y Métodos:** Se tomaron dos casos clínicos de edades similares (55-60 años) que presentaban dolor EVA 10/10 en región postero-lateral de hombro y tercio superior de brazo izquierdo de un año de evolución, continuo, que dificulta el sueño e interfiere con las AVD, referían escasa respuesta a tratamientos convencionales (AINES y kinesioterapia). Al EF se palpan puntos gatillos en músculos supraespinoso, angular del omoplato, infraespinoso y trapecios, se objetiva claudicación de la movilidad activa por dolor, movilidad pasiva conservada, maniobra de Jobe positiva y en uno de los casos prueba para prehensión de SLAP positiva. Resto sin alteraciones. Las ecografías informan distensión capsular en articulación acromioclavicular, moderada cantidad de líquido que distiende la bursa subacromio-subdeltoidea, tendinosis de la PLB en su corredora, ruptura parcial que compromete al haz anterior del tendón supraespinoso en cercanía de su entesis, tendinosis del tendón infraespinoso sin lesión, resto de componentes de manguito rotador conservados. En uno de los casos se observa ruptura parcial intrasustancia del haz anterior del tendón del supraespinoso de diámetro de 12x5 mm. La RMI concuerda con la ecografía y en uno de los pacientes informa además una lesión de SLAP. Se realizó un protocolo de 3 infiltraciones con PRP celular bajo guía ecográfica separados por 30 días cada uno en las siguientes estructuras: 0.5cc en inserción supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular y 5 cc intrarticular. Las lesiones intrasustancias fueron intervenidas con 0.5cc. En el paciente con lesión de labrum se inyectó por vía superior el borde del rodete glenoideo para acceder al sitio de desgarro bicapital (SLAP)**Resultados:** Se evaluaron los pacientes a los 30 días de la última aplicación y se constató mejoría estructural por ecografía con ecogenicidad normal del tendón, mejoría funcional por examen físico y sintomática por EVA.**Conclusiones:** El plasma rico en plaquetas podría constituir una alternativa terapéutica a articular conjuntamente con las medidas convencionales en el tratamiento de las tendinopatías del hombro. La bibliografía actual apoya los resultados con un nivel de evidencia 1A según dos metaanálisis realizados en el año 2018.

97

0097 - HIDROADENITIS SUPURATIVA ASOCIADA A SAPHO.*Modalidad: Póster Caso Clínico**Unidad Temática: Casos Clínicos**Unidad Temática 2: ETC***GALLO, Jéssica** | PALOMBI, Mariana | MARTINEZ, Ana Paula | ALZUGARAY, Magali | SANCHEZ, Roberto | ZANUTTINI, Juan Carlos**HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA****Introducción:** Síndrome de SAPHO describe la asociación de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. Es una enfermedad rara músculo esquelética inflamatoria de causa desconocida que afecta a niños y adultos jóvenes, con afectación osteoarticular y piel. Las manifestaciones cutáneas son presentes en 20% a 60% de los casos y pueden ocurrir en distintos tiempos de la evolución, siendo la más frecuente pustulosis palmo plantar, seguido de acné conglobata o acné fulminans, acné folliculitis, hidroadenitis supurativa (HS), psoriasis, síndrome sweet y pioderma gangrenoso. La asociación de HS con SAPHO presenta alta morbilidad y poca respuesta al tratamiento requiriendo a menudo tratamiento quirúrgico. Steinhold y col. reportó 7 casos de SAPHO asociado a HS, con lesiones localizadas en ingle, axila, perirrecto, cuello y pecho, los cuales requirieron tratamiento quirúrgico. Se describen casos de SAPHO asociados a HS con compromiso ocular (uveítis anterior, queratitis bilateral), proteinuria persistente y la presencia de tumores malignos.**Objetivos:** Describimos un caso que cumple criterios para SAPHO asociado a Hidroadenitis supurativa.**Resultados:** Varón de 61 años, que presenta desde hace 35 años en región inguinal, glútea y perianal nódulos subcutáneos, úlceras, múltiples abscesos, tractos fistulosos con secreción purulenta fétida y cicatrices, acompañado de Uveítis anterior y posterior del ojo derecho y uveítis anterior del ojo izquierdo, queratitis bilateral asumiéndolos como hidroadenitis supurativa autoinmune. En el mes de noviembre del 2018 consulta por reactivaciones de dichas úlceras, agravándose el cuadro presentando complicaciones con fistulas perianales. En ese momento también se acompañaba de poliartritis migratoria con dolor en huesos largos, parilla costal y esternón de intensidad 8/10. Se realizan estudios para descartar vasculitis (Enf. Bechet), Vasculitis sistémica, Artritis seronegativas reactivas y SAPHO. En los laboratorios presento aumento de los reactantes de fase aguda PCR 54 Y VSG 110, Factor reumatoideo, HLA B-27, FAN (hep2), ANCA-C Y ANCA-P negativos, cultivos para gérmenes típicos y atípicos negativo. Serologías HIV, Hepatitis C y B, VDRL no reactivas. Radiografía de tórax normal, radiografía de huesos largo donde se puede observar osteítis de fémur y humero bilateral. Radiografía de mano normal. Centellograma óseo donde se observa un franco aumento de hipercaptación en externon, diáfisis de huesos largo fémur y sacroileitis bilateral. Por lo cual se llega al diagnóstico de hidroadenitis supurativa asociada a SAPHO. Por lo cual se comienza tratamiento con antibiotioterapia, metotrexato 20mg semanal, ácido fólico 5 mg semanal, prednisona 20 mg (diá, bifosfonato, vitamina D mensualmente. Presentando actualmente leve mejoría sin una franca respuesta, por lo tanto se indica adalimumab esquema terapéutico dosis de ataque 160 mg y luego a las dos semanas de el mismo 80 mg subcutáneo y luego 40 mg semanalmente con mejorías de las lesiones.**Conclusiones:** El diagnóstico del síndrome de SAPHO es fundamentalmente clínico, por la presencia de al menos un criterio de inclusión y ninguno de exclusión, de los descritos por Benhamou. Además de esto, se complementa con pruebas diagnósticas como la imagen específica con centellograma óseo en la en la articulación esternoclavicular. El síndrome de SAPHO presenta diferentes manifestaciones clínicas que, junto a la osteítis inflamatoria propia de esta entidad, pueden originar diferentes diagnósticos diferenciales. Este hecho obliga a tenerlo en cuenta para evitar diagnósticos erróneos y que obliguen a pautar tratamientos agresivos en una enfermedad que suele evolucionar de forma benigna.

98

0098 - ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO RECURRENCIA DE ACTIVIDAD POR INFECCIONES, INTERPRETACIÓN INMUNOLÓGICA.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

SANABRIA VILLARPANDO, Marcelo | PACHECO, Gonzalo | ALCIVAR ESPINALES, James Ramón | VISENTINI, Susana Mirta

HOSPITAL DURAND

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad inflamatoria sistémica de origen desconocido poco frecuente, caracterizado por: artritis, fiebre alta y rash evanescente; siendo estos signos clínicos los más frecuentes. Además, exámenes de laboratorio con reactivos de fase aguda elevados, sin contar con otro estudio complementario específico. Al ser una patología de exclusión, previamente deben descartarse procesos infecciosos, patologías onco-hematológicas y resto de enfermedades inmunológicas.

Objetivos: Conocer sobre la enfermedad de Still del adulto, su mecanismo de patogénesis y su mecanismo de reactivación.

Materiales y Métodos: Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, nacida en Paraguay. Sin antecedentes patológicos previos de relevancia ni personales, ni familiares. Se presenta a la consulta con fiebre recurrente de 39-40 °C durante 6 meses, sin arribar a un diagnóstico (fiebre de origen desconocido), diaria que solía ceder con antipiréticos o espontáneamente; acompañado de exantema evanescente en región torácica, dorso y miembros proximales, artritis en ambos carpos y metacarpo falángicas, odinofagia. Se realizaron hemocultivos y urocultivo con resultados negativos; serologías para brucelosis, paracoccidiosis, micoplasma, herpes, clamidia, hepatitis B y C, sífilis, HIV, toxoplasmosis negativas. Espudo para BAAR 2 muestras negativas y parasitológico seriado negativo. TAC de cerebro, Macizo facial, cuello, tórax, abdomen, donde solo se evidenció adenopatías en región axilar, tórax e inguinal, además de hepatomegalia homogénea; por lo que se realizó punción biopsia de médula ósea con informe médico normal y cultivos los cuales resultaron negativos. Biopsia de ganglio axilar: sin patología granulomatosa. Laboratorios: leucocitosis de 15000 mm3, LDH 777, Ferritina 2000 ng/dl, PCR 382.2, VSG 87, Espirometría con leve obstrucción de flujo. Ecocardiograma normal. Se inicia algoritmo de Fiebre de origen desconocido, ANA, FR, C3 y C4 normales, panel de miopatas negativos, proteinograma electroforético e inmunoglobulinas normales. Por criterios de Cush, Yamaguchi y Fautrel se clasifica a la enfermedad como Still del adulto. Por lo que recibió prednisona 20 mg/día con mejoría de la sintomatología y se agregó a las mismas metotrexato como droga modificadora de la enfermedad. Posterior al inicio de la medicación (menor a 1 mes), la paciente presentó recurrencias infecciosas en múltiples oportunidades: Inicialmente una infección del tracto urinario, por lo cual se suspendió el DMAR, posteriormente un cuadro de gastroenteritis aguda, además de shock séptico por una neumonía, sin rescate de germen. Estas recurrencias tuvieron buena evolución con múltiples esquemas antibióticos, todas requirieron internación por un cuadro similar al de inicio. Posterior a las mismas, se reajustó la dosis del corticoide por reactivación de la enfermedad de base. En otra internación presentó hemorragia subaracnoidea evidenciada por TAC de cerebro, esta última sin reactivación de la enfermedad de base. Al mes del alta de médica, la paciente inicia nuevamente con un cuadro de fiebre recurrente, por la cual es internada, donde se le realizan todos los estudios complementarios donde solo se evidencia parasitosis; por expulsión espontánea de tenia solitaria y áscaris lumbricoides; y mediante parasitológico seriado estrogonioides estercolaris, también presenta eosinofilia y IgE aumentada, por lo que recibió tratamiento, posterior al mismo, persistió la fiebre y el rash evanescente y odinofagia por lo que se sospechó de reactivación de su enfermedad de base, por lo cual se indicó un aumento en la dosis de corticoides, con buena respuesta.

Conclusiones: La enfermedad de Still del adulto, en su patogénesis clásicamente descrita, implica una activación tanto de la inmunidad innata como de la adaptativa; con perfil de hiperactivación linfocitaria tanto de LTh1 como LTh2; cada cual desencadenan liberación de citoquinas proinflamatorias características. Es conocida la modulación de la actividad de linfocitos TCD4 en esta enfermedad, por infección crónica de helmintos y nematodos; siendo estos parásitos también activadores de la inmunidad innata con aumento del LTh2; por lo que habría una tendencia a la supresión de la actividad de poblaciones de LTh1 y LTh17; antagonista de la anterior previamente descrita. Comprendido de esta manera, los pacientes con enfermedad de Still del adulto no debería exacerbar su enfermedad de base por la infección parasitaria, pero si ocurriría posterior al tratamiento antiparasitario, produciendo una caída drásticamente de LTh2 e incremento exponencial del LTh1 y LTh17. Esto sería la razón de la reactivación observada en esta enfermedad, luego de la infección parasitaria; no por el parásito per se, sino por el tratamiento instaurado como ocurriera con nuestra paciente.

99

0099 - TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: LES

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

ACOSTA SANABRIA, Rodrigo Marcelo | PAATS NICORA, Astrid | ORTIZ GAONA, Nelson Rafael | MARTINEZ AGUIERO, Victor Gustavo | OJEDA MEZA, Aldo | ACOSTA COLMAN, María Isabel

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

Introducción: La toxoplasmosis es una infección oportunista, comúnmente vista en pacientes con inmunodeficiencia humana (VIH) y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Este tipo de infecciones también puede observarse en pacientes con enfermedades autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), más aun si se encuentran recibiendo un tratamiento inmunosupresor. Esta infección puede afectar el SNC y constituye un verdadero desafío ya que en ocasiones las manifestaciones que pueden presentarse pueden ser confundidas como una afectación del SNC propia del LES y conducir a un tratamiento erróneo que puede comprometer la vida del paciente.

Objetivos: Enfatizar la importancia de la pesquisa de infecciones latentes previo al tratamiento inmunosupresor.

Materiales y Métodos: Mujer, 42 años con diagnóstico de LES desde hace 10 meses, con compromiso articular y renal, tratada con MMF a 2 g /d , prednisona a 10 mg/d e Hidroxicloroquina a 200 mg/d. Acude por cuadro de alucinaciones visuales y auditivas asociadas a cefalea intensa. Posteriormente se agrega crisis convulsivas tónico crónicas en 2 oportunidades. En los estudios de laboratorio se constata anemia hemolítica, leucopenia, anti DNA +, C3 y C4 consumidos. El TAC de cráneo y el estudio de LCR resultaron normal. Se planteó el cuadro como una afectación neurológica del LES. Recibió 3 bolos de metilprednisolona 500 mg/día además de ciclofosfamida 1 gr/día y es dada de alta con indicación de seguir tratamiento de forma ambulatoria. A las 2 semanas, la paciente presenta fiebre 38-39°C con sudoración nocturna, debilidad generalizada, cefalea persistente, niega crisis convulsiva y/o alucinaciones. Examen físico: SNC: disartria leve, paresia braquiocrural derecha, FM 3/5, dificultad para la marcha, pupilas ICSR, G15/15. En nuevos exámenes de laboratorio se constató Hb: 12,4 g/dl Hto: 37% Pla: 180.000/mm3 GB: 6.820/mm3 N; 80% L: 20%. En la RMN del encefalo con contraste se observó lesiones multifocales con edema perilesional asociado, realce anular, supra e infratentoriales, yuxtacorticales y ganglio basales. Serología: Toxoplasmosis IgG + 2.686 UI/ml (+ >3,0), IgM (-), VIH (-) VDRL (-), Tinta China del LCR (-), ADA en LCR (-). Se llega al diagnóstico de Toxoplasmosis Cerebral y se inicia medicación con sulfadiazina, pirimetamina y leucovorina, con buena tolerancia. La paciente completó el tratamiento por 6 semanas, con mejoría clínica e imagenológica en RMN de control, el antiDNA -, C3,C4 normales, Proteinuria: 343 mg/24hs. Actualmente la paciente recibe tratamiento con TMX-SMX trisemanal como profilaxis, y se reinicia medicación inmunosupresora.

Conclusiones: Este caso es de gran relevancia porque enfatiza la importancia de la pesquisa de infecciones latentes como la toxoplasmosis previo al tratamiento con inmunosupresor, aunque no es tan frecuente, la toxoplasmosis cerebral es una posible complicación de pacientes con LES que en ocasiones puede simular ser una manifestación neurológica del LES y retrasar el tratamiento adecuado en estos pacientes.

100

0100 - NO TODA NEUTROPENIA EN ENFERMEDAD REUMATOLOGICA ES AUTOINMUNE

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

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

HOSPITAL DEL MILAGRO

Introducción: La leucemia de linfocitos grandes granulares (LLCG) es una entidad poco frecuente, que puede presentarse en pacientes con enfermedades reumáticas, sobre todo artritis reumatoidea (AR). Se caracteriza por neutropenia persistente e incremento de la susceptibilidad a infecciones bacterianas, esplenomegalia, presencia en sangre periférica y médula ósea de una expansión clonal de linfocitos atípicos con fenotipo de linfocito T citotóxico, o menos frecuentemente de células NK.

	CASO 1	CASO 2
GB	10.000(21%)	3.300(20%)
PLAQUETAS	90.000	253.000
VSG	11	21
LDH	338	448
ANA	1/320 (patron moteado)	1/160(patron sin identificar)
AntiDNA	Negativo	Negativo
Anti Sm/RNP/Ro/La	Ro/La positivos	Negativos
HIV/HBV/HCV/VDRL	Negativos	Negativos
VEB-CMV	IgG positivos	Negativos

Objetivos: Contribuir a un mejor conocimiento de esta entidad, siendo importante un diagnóstico y una intervención terapéutica precoz

Materiales y Métodos: Presentación de casos clínicos del Hospital Señor del Milagro

Resultados: Caso 1: Mujer, 55 años, sin antecedentes patológicos. Es derivada por hematología por neutropenia.

plaquetopenia, serologías virales negativas y ANA 1/320 Moteado. Clínicamente, fotosensibilidad, síndrome sicca, alopecia y omalgia. Diagnóstico presuntivo: lupus eritematoso sistémico (LES) vs. Síndrome de Sjogren Primario (SS1) con bicitopenia. Tratamiento: hidroxicloroquina 400 mg/día, azatioprina 100 mg/día, metprednisolona 40 mg/día, lansoprazol 30 mg/día, ácido fólico 5 mg/día y vit B Evolución: 6 meses: Hto 38 GB 13600 7/86 plaquetas:126000 se solicitó valoración por hematología quien realiza PBMO, resultado: alteración de la relación CD4/CD8, citometría síndrome linfoproliferativo crónico T. LLCG. Conducta: metotrexato 15 mg semanal. CASO 2: Mujer, 38 años, salteña, consulta por artralgias e inflamación de articulaciones de manos y carpos de 6 meses de evolución tratada con AINE. Síndrome sicca, xerodermia, poliartritis de PIF, carpos y hombro. Diagnóstico presuntivo: AR vs SS1. Tratamiento: metprednisolona 8 mg/día, metotrexato 15 mg semanal e hidroxicloroquina 400 mg/día, observándose respuesta favorable con recuento de glóbulos blancos normales durante un año. Por nueva leucopenia se agrega azatioprina 100 mg/día, sin mejoría. Replanteo diagnóstico: lupus eritematoso sistémico (LES), se infunde rituximab con respuesta parcial en el recuento de neutrófilos (860) y remisión de la artritis. Evolución con leucopenia y neutropenia, infecciones respiratorias y de partes blandas, neutropenia febril. Se decide realizar biopsia de médula ósea: diagnóstico de LLCG. Se inicia tratamiento con Ciclofosfamida 1g EV /mes x 6 meses, con normalización de valores de GB y neutrófilos.

Conclusiones: La LLCG se asocia frecuentemente a enfermedades autoinmunes , principalmente a AR de la larga evolución , con importante daño estructural y manifestaciones extraarticulares. Ante una paciente con neutropenia persistente, el primer paso en el razonamiento diagnóstico que debería plantearse es si se debe a situaciones concomitantes, al tratamiento, o si es secundario a su enfermedad de base.

109

0109 - USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: LES

CAICEDO CORREA, Oscar Andrés | SERRANO, Eliana Rebeca | BANDE, Juan Manuel | PEREZ, Silvana Karina | MEDINA, María Alejandra | PAPSIDERO, Silvia Beatriz | CARACCILO, José Angel | CASAS, Mariana | LINARES, Marcelino

HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNU

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es una manifestación pulmonar rara pero potencialmente catastrófica. La prevalencia varía entre 1,2 y 5,3% según algunas series. Hasta un 23% de las HAD autoinmunes son secundarias a LES. Clásicamente, el tratamiento se realiza con pulsos de metilprednisolona (MPD) y ciclofosfamida (CF), y en casos refractarios se puede recurrir a plasmáferesis (PLF) o inmunoglobulinas intravenosas (IGIV). presentamos una paciente con HAD secundaria a LES que requirió tratamiento con IGIV.

Resultados: Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, derivada desde dermatología por lesiones cutáneas compatibles con lupus eritematoso cutáneo agudo asociado a disnea clase funcional II, expectoración hemoptoica y fiebre de 3 semanas de evolución. Había consultado a guardia externa de este hospital en los días previos por estos síntomas respiratorios, donde se interpretaron como de origen infeccioso, indicándose antibióticoterapia. Al interrogatorio dirigido refería fotosensibilidad y artralgias de pequeñas articulaciones, y en el examen físico se constató exantema malar. El laboratorio general evidenció: Hb 9,1 gr/dl, Hto 28%, VSG de 138 mm/1° hora, creatinina 1,44 mg/dl, proteinuria 1,52 gr/24h, orina completa con abundantes hematies, leucocitos y proteínas ++. En el laboratorio inmunológico: ANA+ (1/640 patrón nuclear moteado y 1/1280 patrón homogéneo), anti SSA/Ro+, anti DNA+ (1/160), hipocromocitemia (C3 45 mg/dl y C4 8 mg/dl), anti MPO y PR3 negativos. La TC de tórax mostró aumento de la densidad en vidrio esmerilado y consolidación en ambos pulmones que sugería HAD con leve derrame pleural bilateral. Se decidió su internación y se indicaron 3 pulsos de 1 gramo de MPD EV en días consecutivos, seguidos de MPD 1 mg/kg/día VO. Al 4to día de internación, la paciente intercurrió con hemoptisis franca, caída brusca en las cifras de la Hb (6,4 gr/dl) y Hto (19,8%) e insuficiencia respiratoria. Se realizó un lavado bronquio-alveolar donde se observaron abundantes hematies y macrófagos cargados de hemosiderina; los estudios microbiológicos y cultivos fueron negativos. Ingresó en unidad de cuidados intensivos, donde inició ventilación mecánica (VM) y recibió nuevamente 3 pulsos de 0,5 gramos de MPD, sin respuesta. Se indicó PLF como terapia de rescate, recibiendo 5 sesiones en total. Ante la evolución desfavorable con los tratamientos previos y al mismo tiempo, intercurrió con neumonía asociada a la VM, se indicó IGIV (2 gr/kg repartidos en 5 dosis diarias), obteniéndose mejoría de la oxigenación y cese de la hemoptisis. Se logró el destete de la VM al día 5 de la primera dosis. Finalmente se iniciaron pulsos de CF, y se otorgó el alta. Al momento la paciente cursa su séptimo mes de tratamiento sin recaídas.

Conclusiones: La HAD es una manifestación grave, poco frecuente en el LES con una alta mortalidad. Aunque no existen pautas bien establecidas para el manejo terapéutico debido a la falta de ensayos clínicos de gran tamaño, se ha tratado de forma clásica con terapia de GC intravenosos en dosis altas, además de CF. En el presente caso, se requirió como medida de rescate además de la PLF, IGIV. Las IGIV son principalmente IgG polivalentes, con efecto inmunomodulador, y aunque la evidencia que sustenta su uso es muy bajo, estas deberían tenerse en cuenta en pacientes con manifestaciones graves y refractaria del LES (HAD, trombocitopenia, neuropatía periférica, pseudoobstrucción intestinal y necrólisis epidérmica tóxica.) o en aquellos casos que se asocie a infección o embarazo.

126

0126 - PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

SMICHOWSKI, Andrea M. | CAPUTO, Víctor D | ROMEO, Cecilia | RIVERO, Estela | MORALES, Natalia S | CASADO, Gustavo C

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Introducción: El Penfigoide de Membranas Mucosas (PMM) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, cicatrizal de etiología autoinmune de rara frecuencia y caracterizada por la aparición de lesiones ampollares y cicatrizes subepiteliales que afectan a las mucosas de todo el cuerpo. La afectación ocular aislada ha sido denominada clásicamente Penfigoide Ocular Cicatrizal (POC) y puede, en algunos casos, conducir a la ceguera irreversible si no se trata tempranamente.

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

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de recolección retrospectiva de los datos de pacientes con diagnóstico de POC por biopsia de conjuntiva derivados por el Servicio de Oftalmología para el manejo de la terapia inmunosupresora sistémica desde el año 2008 al 2019.

Resultados: Fueron revisadas las historias clínicas de 27 pacientes con diagnóstico de POC por biopsia confirmatoria. Predominó en mujeres 62,9%, la edad media al diagnóstico fue de 65 años (DS 9,215). El tiempo medio de enfermedad fue de 4,30 años (DS 6,384) y el tiempo medio desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico fue de 2,5 años (DS 2,17). No se objetivaron manifestaciones extraoculares. El tiempo medio de seguimiento fue de 25,6 meses. 67 % (18 pacientes) fueron diagnosticados y derivados en los últimos 2 años. Presentaron a la derivación Estado de Foster 0: 6 bilateral y 3 unilateral; I: 8 bilateral y 5 unilateral; II: 1 bilateral y 3 unilateral; IV: 1 bilateral y 3 unilateral, 4 pacientes no presentaban informe de estudio. Solo en 2 pacientes fue objetivada progresión unilateral de estadio I a II y II a III. 5 pacientes (18,5%) tenían Síndrome de Sjögren (SS) asociado, de los cuales 4 presentaron FAN positivo, 5 factor reumatoide positivo, 2 anti Ro y 1 anti La positivo. Y cabe destacar que 4 de estos 5 pacientes debieron combinar o rotar el tratamiento. 11 pacientes (40,7%) presentaron eritrosedimentación mayor de 20, 7 pacientes (25,9%) proteína C reactiva positiva, y 9 pacientes (33,3%) hipergamaglobulinemia (mayor de 1,4 g/dl y policlonal). En 8 pacientes (29,6%) se recabaron antecedentes de cáncer. Respecto del tratamiento 1 paciente realizó tratamiento tópico con ciclosporina con buena respuesta, 24 con metotrexato (MTX) (88,8%), 2 con azatioprina, 1 con leflunomida, 4 con micofenolato, 2 con ciclofosfamida, 1 con sirolimus y 3 con rituximab. La mayoría se mantiene en monoterapia con MTX, solo 5 pacientes hicieron rotación y/o combinación de tratamiento, de los cuales 3 utilizaron más de 2 diferentes esquemas (mas de 4 drogas). 1 paciente recibía además etanercept asociado a MTX por Artritis reumatoide y SS. 4 pacientes se encuentran actualmente en remisión sin tratamiento. 10 (37%) pacientes presentaron eventos adversos leves, la mayoría gastrointestinales. No se registraron eventos adversos serios.

Conclusiones: En general los datos epidemiológicos coinciden con publicaciones previas, pero se destaca el hallazgo de 5 pacientes con SS asociado, de los cuales 4 presentaron una peor evolución. La mayoría de los pacientes fueron derivados en los últimos dos años y esto se debe al mayor conocimiento y sospecha de esta patología, lo que lleva a una celeridad en el diagnóstico, derivación y a un inicio precoz del tratamiento con mejoría en la evolución. Es fundamental el inicio temprano de la terapia inmunosupresora, en forma inmediata al diagnóstico con el objeto de suprimir la inflamación y evitar secuelas, siendo el metotrexato una alternativa eficaz y segura de primera línea como lo demuestra ésta serie, debiendo escalar el tratamiento según la evolución. El manejo interdisciplinario es de vital importancia.

146

0146 - HIPERTENSIÓN PULMONAR EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Síndrome Sjögren

GARATE, Gabriela | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana | ZAIDEI, Ezequiel | BALCAZAR, Ruth I | GOMEZ, Gimena | HAMAUI, Adriana I | DUBINSKY, Diana

SANATORIO GÜEMES

Introducción: El Síndrome de Sjögren primario (SSp) enfermedad sistémica autoinmune, con afectación glandular exocrina y extra - glandular incluyendo el compromiso pulmonar (9-30%), el cual usualmente consiste en enfermedad pulmonar intersticial o afectación de pequeña vía aérea. Sin embargo, la asociación de Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) con SSp es inusual, y su prevalencia poco conocida: en una cohorte de 573 pacientes con SSp, fue detectada en 12.5% por ecocardiograma transtorácico; se presenta como manifestación inicial hasta en 41 %. Análisis de sobrevida preliminares revelaron que la HAP en SSp tiene mejor pronóstico que en ES y peor que en LES, con una supervivencia a 3 años de 66%. El hallazgo de un caso clínico hizo necesaria su descripción y revisión.

Materiales y Métodos: Paciente de sexo femenino, 30 años de edad, sin antecedente de enfermedad sistémica ni hábitos tóxicos. Inicia cuadros sincopales a repetición (7) y disnea progresiva a CF III de 1 año de evolución. Presenta desde hace 4 años Raynaud, artralgias y xerostomía. Se realiza ecocardiograma bidimensional: PSAP 96 mmHg y dilatación severa del VD. Examen Físico: uñas en vidrio de reloj y signos de Insuficiencia cardiaca derecha. Estudios complementarios: TGO 165, TGP 297, PRO BNP:1363, Gammaglobulina 3,01 g/dl Serología para HIV, VDRL, Hep B y C (-), Inmunoserología: FAN (-), anti Ro (+), anti La (-), Scl70 (-), anti RNP (-), Látex (-) Centrómero (-), IL (-), aCl IgG IgM (-), B2GP1 IgG (6,2U/ml), B2GP1 IgM (-), ASMA y AMA (-). Se confirma HAP por Cateterismo cardiaco: PMAP 56 mmHg, Wedge 7, RVP 10 uW; PM6M: BORG 8 (449 mts), con reiteradas detenciones y dolor precordial, SatO2 min 86%; espirometría: CVF: 90%; FEV1: 91%; FEV1/CVF: 101%; DLCO 84% TC Tórax: sin patología intersticial. Centello V/Q: Negativo para TEP. Doppler esplenoportal: sin hipertensión portal. Videocapilaroscopia: capilares tortuosos en más del 70%, patrón inespecífico. Biopsia glándula salival (BGS): abundantes infiltrados linfocitos compatibles con SS. ESSDAI: 2 (baja actividad) Inició tratamiento con Hidroxicloroquina 300 mg/día, espironolactona 12,5 mg/d nebulolol 1,25 mg/d, sildenafil 150 mg/día, en plan de iniciar bosentan como terapia combinada. Evolucionó con mejoría de parámetros clínicos, disnea CF II, PM6M (620 mts) BORG 3, no repitió episodio sincopal, Raynaud persiste en menor frecuencia, laboratorio: transaminasas y pro BNP en descenso, se repite AFI (-)

Resultados: Presentamos una paciente con criterios de SSp, xerostomía, Anti Ro (+) y BGS: infiltrados linfocitos en más de 1 foco, asociado a Raynaud e HAP severa grupo 1, complicación severa y poco usual del SSp. El examen histológico pulmonar en estos pacientes ha demostrado hipertrofia intimal y lesiones plexiformes en las arterias pulmonares, no se ha observado vasculitis ni infiltrados inflamatorios, pero mediante IFI se identificaron componentes del complemento e Inmunoglobulinas en las paredes de los vasos, sugiriendo etiología inmunológica. Se han reportado respuestas exitosas al tratamiento de HAP - SSp con antagonistas de los receptores de endotelina y/o inhibidores de la fosfodiesterasa 5. La terapia combinada se eligió en esta paciente por la presencia de factores de riesgo intermedio/alto (escalas pronósticas de la European Society of Cardiology / European Respiratory Society) y riesgo intermedio (8 Pts) según REVEAL 2.0. El beneficio de los inmunosupresores y glucocorticoides es controvertido en SSp -HAP y no existe una guía específica de manejo. La aparición de HAP en SSp implica un elevado riesgo que no se encuentra plasmado en el ESSDAI.

Conclusiones: El screening de HAP debe considerarse en SSp a pesar de una expresión oligosintomática y un ESSDAI bajo, inclusive sería primordial evaluar la posibilidad diagnóstica de SSp en pacientes con Hipertensión pulmonar grupo 1.

155

0155 - ARTRITIS GONOCÓCICA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

AIMO, Carolina (1) | GAONA, María Elena(2) | PERA, Cesar Alejandro(1) | GLOVINSKI, Mauro(1) | BARBERIS, Fernanda(1) | NEIRA, Carlos Eduardo(1)

INSTITUTO DUPUYTREN DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA (1); SANATORIO JUNCAL. TEMPERLEY (2)

Introducción: La infección gonocócica diseminada (IGD) comprende dos formas clínicas principales: artritis séptica localizada y síndrome de dermatitis-artritis.

Objetivos: Describir un caso de IGD con aislamiento bacteriano en líquido articular y revisión de la literatura.

Materiales y Métodos: mujer de 60 años que se interna en el servicio de clínica médica por eritema, tumefacción e impotencia funcional de mano derecha de 10 días de evolución. Se encontraba en tratamiento con AINES. Al examen físico se constató eritema en mano derecha que se extendía sobre pulgar, segundo y tercer dedo, con severa impotencia funcional y dolor a la extensión pasiva con aumento de la temperatura local. Se encontró artritis de rodilla y codo derecho. Se interrogó sobre antecedentes recientes de síntomas urogenitales, gastrointestinales, faringitis y conductas sexuales de riesgo. Estudios complementarios: leucocitosis con reactantes de fase aguda elevados. (GB 5.000 a predominio de PMN y VES 90). Serologías para hepatitis virales, VIH, VDRL, rubéola y parvovirus B19: negativos, y hemocultivos negativos. El examen de exudado endocervical y flujo vaginal desarrolló flora habitual y fue negativo para Mycoplasma/Ureoplasma y C. Trachomatis. Se realizó artrocentesis de rodilla derecha y cultivo de líquido articular: Líquido turbio. Leucocitos más de 100/cpo con 90% de PMN. Hematías 20- 30/cpo. Glucosa 96 mg%. Coloración de Gram negativo. Cultivo: Neisseria gonorrhoeae sensible a cefotaxime. Se inició tratamiento con ceftriaxona EV por 7 días + AINES. La paciente intercurrió con hepatitis toxica por lo que se indicó tratamiento con dosis bajas de esteroides. Evolucionó de forma favorable. Se instauró terapia física precoz. Se indicó evaluación de la pareja por parte de infectología y posterior tratamiento.

Resultados: Aproximadamente del 0,5% al 3% de los pacientes infectados con NG desarrollan una IGD. Los datos históricos de la década de 1980 muestran que NG se asoció con hasta el 14% de los pacientes con artritis. IGD es la forma más común de artritis bacteriana en adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos, sin embargo, puede ocurrir en todos los grupos etarios. La dificultad de aislar este germen microbiológicamente en líquido sinovial es un desafío al momento del tratamiento de esta enfermedad, ya que la tasa de éxito es de solo 29-50%. Otro método útil para el diagnóstico es el uso de amplificación de ácido nucleico por PCR para detectar e identificar al patógeno de manera más rápida, aunque su uso no está ampliamente extendido ni es accesible para toda la población. El gold estándar de tratamiento para IGD son las cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona 1gr intravenosa o intramuscular al día) por al menos 7 días. Los regímenes de tratamiento alternativos incluyen cefotaxime y cefzotaxime, ambos administrados en 1 gr cada 8 horas. Para los pacientes alérgicos a los betalactámicos, 2 gr de espectinomocina por vía intramuscular cada doce horas proporcionan una cobertura adecuada. La infección por clamidia puede coexistir en 10-30% de los pacientes con gonorrea. Por lo tanto, deben ser tratados con una dosis única de 1 gr de azitromicina o 100 mg de doxiciclina dos veces al día durante siete días. Las resistencias emergentes en la actualidad a nivel mundial y en nuestro país son a las fluoroquinolonas, macrólidos y azólidos y sensibilidad disminuida a cefalosporinas de espectro extendido.

Conclusiones: La IGD debería ser considerada ante la presencia de poliartalgias, artritis y/o un cuadro de artritis séptica, acompañado de lesiones cutáneas pustulares o vesicopustulales y/o tenosinovitis, particularmente en individuos menores de 40 años y sexualmente activos. Siempre que sea posible se deben obtener muestras para aislamiento y sensibilidad microbiana de sitios no mucosos (líquido sinovial, hemocultivos y cultivo de piel) y deben ser procesados en un medio específico (Thayer- Martin). Sin embargo, sólo 1/3 de ellos será positivo. Palabras Clave: infección gonocócica diseminada

160

0160 - ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS COMO MANIFESTACIÓN EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: LES

GALLO, Jéssica | MARTINEZ, Ana Paula | ALZUGARAY, Magali | PALOMBI, Mariana | SANCHEZ, Roberto | ZANUTTINI, Juan Carlos

HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA

Introducción: La enteropatía perdedora de proteínas (EPP), incluye múltiples entidades que tienen en común excesiva pérdida de proteínas por el tubo digestivo provocando hipoproteinemias. Es una manifestación infrecuente del LES, presentándose clínicamente con edemas, diarrea y dolor abdominal. Se diagnostica mediante manifestaciones clínicas, demostración de pérdida de proteínas a través del tracto gastrointestinal (centellografía con albúmina marcada con TC-99, detección de alfa 1 antitripsina en materia fecal), respuesta al tratamiento y exclusión de otras causas de hipoalbuminemia.

Objetivos: Presentamos el caso de un mujer con diagnóstico de enteropatía perdedora de proteínas.

Resultados: Paciente femenina de 26 años, antecedente de LES, en tratamiento con prednisona, hidroxicloroquina, metotrexato y ácido fólico. Consulta por dolor abdominal cólico de meses de evolución, diarrea acuosa y nauseas. Al examen físico se presenta con alopecia, edema facial y en miembros inferiores, rash facial, en miembros superiores y tórax, fenómeno de Raynaud, livedo reticularis en miembros inferiores. Laboratorio: anemia, leucopenia, hipoalbuminemia, IgA e IgM normales. Proteinuria de 24 horas: 1,2 gramos. Coprocultivo: negativo. Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad abdominal. Se realiza TAC y, para mejor caracterización de hallazgos, resonancia magnética de abdomen (engrosamiento difuso de asas intestinales y ascitis moderada). Se realiza VEDA: gastropatía eritematosa antral. Se solicita Alfa 1 antitripsina en heces: positivo. Se interpreta como EPP por LES indicándose pulsos de corticoides, seguido de ciclofosfamida y meprednisona. Evolucionó con mejoría sintomática

Conclusiones: La enteropatía perdedora de proteínas tiene una prevalencia de 2-3% en LES. Se han propuesto como causantes la ulceración mucosa, vasculitis no necrotizante, aumento de permeabilidad o daño capilar por complemento y linfangiectasia intestinal. Puede asociar síntomas gastrointestinales, pero la presencia de edemas e hipoalbuminemia es característica. Su diagnóstico permite realizar tratamiento, respondiendo la gran mayoría a esteroides o combinación con inmunosupresores. Si bien EPP es una manifestación infrecuente de LES, debería tenerse en cuenta en estos pacientes ante edemas y/o hipoalbuminemia, descartadas otras etiologías (principalmente renal), ya que su diagnóstico permite instaurar el tratamiento específico, con remisión del cuadro en la gran mayoría de casos.

162

0162 - MICETOMA OSEO: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

GALLO, Jéssica | ALZUGARAY, Magali | MARTINEZ, Ana Paula | PALOMBI, Mariana | SANCHEZ, Roberto | ZANUTTINI, Juan Carlos

HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA

Introducción: El micetoma es una infección granulomatosa crónica de la piel y tejido celular subcutáneo en el que los agentes causales tienen predilección por el tejido óseo. Se caracteriza por aumento de volumen y deformidad de la región, con fístulas que drenan material filante o seropurulento; contiene granos que corresponden a microcolonias filamentosas de los agentes causales: aerobios (actinomicetomas) y hongos (eumicetomas), ambos tienen predilección por el tejido óseo.

Objetivos: Presentamos un caso de un paciente con diagnóstico de Micetoma óseo con afectación de pie derecho

Resultados: Varón de 40 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2, en tratamiento con TMS desde hace 1 mes por lesión en piel. Consulta por edema e induración de pie derecho, de 11 años de evolución asociado a múltiples lesiones costrosas con áreas de fístula y secreción purulenta. Por pérdida de arquitectura de dicho miembro re consulta y se decide su internación. Al examen físico se constata en miembro inferior derecho edema e induración y aumento de diámetro con múltiples áreas de fístula y secreción purulenta. Se realiza laboratorio en el cual no presentaba leucocitosis, presentando solo aumento de reactantes de fase aguda PCR 67, VSG 120 , cultivos de sangre y secreción de lesión para gérmenes comensales y atípicos negativos. Radiografía de ambos pies en donde se observa múltiples imágenes osteolíticas en pie derecho, Tac de miembro inferior confirmando dichas lesiones con mayor extensión. Se realiza biopsia ósea y de partes blandas, que informa granulomas con infiltrados linfoplasmocitarios en cuya región central se observan bacterias filamentosas dispuestas en forma concéntrica (actinomicetes). Se interconsulta con infectóloga quien decide continuar tratamiento con TMS.

Conclusiones: Los micetomas son poco frecuentes en nuestro país. Es un proceso granulomatoso crónico, generalmente unilateral y subcutáneo. La triada clínica característica es un aumento de volumen del tejido afectado, trayectos sinuosos y descarga de granulos. Se adquiere probablemente por inoculación traumática de determinados hongos o bacterias en el tejido subcutáneo. Generalmente se extiende y afecta la piel, las estructuras profundas y el hueso, con la consiguiente destrucción, deformidad y pérdida de función, que puede ser mortal. El tratamiento se realiza con administración prolongada de antibióticos. Dada la progresión lenta de la enfermedad y su carácter indoloro, muchos pacientes buscan atención tardíamente, cuando la infección está avanzada y el único tratamiento disponible puede ser la amputación. Por lo tanto consideramos que si bien no es frecuente de ver pacientes con estas patologías deberíamos tenerlo en cuenta para llegar al diagnóstico temprano y tratamiento adecuado a fin de evitar complicaciones.

165

0165 - HIDRADENITIS SUPURATIVA Y ARTRITIS REUMATOIDEA: ¿UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE O REACCIÓN PARADOJAL?

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

CUSA, María Alejandra | VALLARINO, Cintia
MEDICINA REUMATOLOGICA SAN FERNANDO

Introducción: El uso de agentes biológicos (AB) ha revolucionado el manejo del tratamiento de enfermedades como la Artritis Reumatoidea (AR) y las Espondiloartritis Seronegativas (EASN). Estos AB utilizados en enfermedades reumáticas han sido asociados a una nueva clase de eventos adversos (EA), llamados reacción paradójal (RP). La piel está frecuentemente asociada a la aparición de esta RP. Estos eventos son reacciones inflamatorias inmunomediadas que se desarrollan paradójicamente durante el uso de AB, que también se emplean para la terapia de dichas manifestaciones cutáneas de novo, como psoriasis (PsO), hidradenitis suppurativa (HS), dermatosis neutrofilica y enfermedades granulomatosas de la piel. La (HS) es una enfermedad inflamatoria de la piel que se manifiesta clínicamente con lesiones dolorosas y supurativas crónicas o recurrentes en zona del cuerpo con glándulas apócrinas (pliegues cutáneos y zona anogenital). Se caracteriza por la presencia de infiltrado linfocitario en el folículo piloso con pérdida subsecuente de la glándula sebácea. Este proceso podría ser el resultado de la alteración del sistema inmunológico local. Se ha asociado la HS como RP en pacientes con AR en tratamiento con anti TNF α , anti IL-6, IL-17 e IL12/23.

Objetivos: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Materiales y Métodos: Caso Clínico: Presentamos un caso de un paciente de 56 años, masculino, con diagnóstico de AR, de larga data, con compromiso poliarticular, simétrico, erosivo, seropositivo (FR y anti CCP positivos), que desarrolla HS. Luego de cinco años de tratamiento con anti IL-6 (Tocilizumab IV), el paciente consulta por presentar placas eritematosas húmedas, donde asientan úlceras, nódulos abscedados hacia la superficie, cicatrices y trayectos fistulosos en zonas de axilas, estadio III según clasificación Hurley.

Conclusiones: En este caso se discuten las distintas interacciones farmacológicas, enfermedades concomitantes asociadas y conductas terapéuticas siendo necesario un enfoque interdisciplinario con dermatología. El manejo clínico adecuado de la RP, es primordial para mantener el control de la enfermedad reumatológica. Además, la comprensión de estos nuevos tipos de reacciones influirá en las complejas interacciones entre los factores específicos del huésped (predisposición genética), las comorbilidades inmunomediadas, y los mecanismos inmunoreguladores de los nuevos fármacos biológicos y pequeñas moléculas.

166

0166 - SINDROME URTICARIA VASCULÍTICA HIPOCOMPLEMENTÉMICA, A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: LES

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

ARGENTO, María Cecilia | CARBONE, Diana | CHULIBERT, Serenela | MARTINEZ, María Florencia | RINGER, Ariana | RUFFINO, Juan Pablo | CUADRANTI, Nadia | ROLLA, Ignacio Lino | CORTESE, María Noel | PALATNIK, Mariano | ROMBO, Graciela | MILANESIO, Julieta | URRUTAVICAZA, Virginia | ZABALA, Marcela | MONJE, Liliana | LAGRUETTA, Mariana | ABDALA, Marcelo

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

Introducción: El síndrome de urticaria vasculítica hipocomplementémica (SUVH) es una entidad rara que forma parte de las urticarias vasculíticas hipocomplementémicas, con una presentación más severa, descrito por primera vez por McDuffie, en 1973. Afecta más a mujeres, con una relación 2:1 y el pico de incidencia está alrededor de la quinta década de vida. Se caracteriza por lesiones urticarinas persistentes, asociado a compromiso sistémico renal, pulmonar, ocular o cardíaco y con alteraciones inmunológicas dadas por presencia de anticuerpos anti-C1q y disminución de los niveles de C3, C4 y C1q por activación de la vía clásica del complemento. Es debatido el concepto de que el SUVH forma parte de las enfermedades del tejido conectivo, o si corresponde a una entidad independiente con riesgo a largo plazo de presentar una de estas enfermedades, sobre todo lupus eritematoso sistémico (LES). El SUVH está presente en el 7-8% de los pacientes con LES, y el 54% de los pacientes con SUVH cumplen criterios de LES en el período de seguimiento. Dentro de las características inmunológicas los pacientes con SUVH tienen anticuerpos anti-C1q asociados a lesiones de urticaria vasculítica (UV), pero raramente los pacientes con LES y estos anticuerpos desarrollan lesiones de UV sino que éstos se correlacionan más con glomerulonefritis. A diferencia del LES, solo el 50-60% de los pacientes con SUVH tienen ANA positivos en títulos moderados y los anticuerpos anti-DNA son infrecuentes. El compromiso renal en el SUVH es usualmente leve, se pueden encontrar proteinuria y hematuria, en la histología puede presentar glomerulonefritis membranosa, membranoproliferativa, o intra-arterial. Según las diferentes series, la incidencia de compromiso renal en SUVH varía de un 5-50%.

Objetivos: Describir un caso de urticaria vasculítica hipocomplementémica en una paciente con compromiso cutáneo y renal.

Materiales y Métodos: Se presenta un caso clínico del servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Rosario.

Resultados: Presentamos el caso de una paciente mujer de 44 años, que como antecedente de jerarquía presentaba múltiples consultas por episodios de urticaria a repetición de un año de evolución, describiéndose lesiones de tipo maculopapular pruriginosas en tronco y extremidades, con áreas hiperpigmentadas secuelas, tratadas con antihistamínicos y corticoides. Un año más tarde se interna por cuadro de síndrome nefrítico/nefrótico, insuficiencia renal, poliartritis, serositis y polidenoopatías constatándose en el laboratorio inmunológico ANA positivos con patrón moteado homogéneo, hipocomplementemia, y presencia de anticuerpos anti-C1q. Por sospecha de glomerulonefritis lúpica, se realizó biopsia renal y se indicó pulso de metilprednisolona durante 3 días y tratamiento de inducción con Ciclofosfamida. Se realiza tapering de corticoides, se añade antimaláricos, antiproteínúricos, antihipertensivos, calcio y vitamina D. Se obtuvo el resultado de la biopsia renal que informó: glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo difuso con semilunas fibrocelulares. Moderada a severa arteriosclerosis. Inmunofluorescencia: depósitos granulares en mesangio y membranas basales glomerulares de C3 con moderada intensidad e IgM con leve intensidad y no se reconoce depósitos de C1q, IgG ni IgA. La paciente evoluciona con respuesta parcial de la glomerulonefritis, con persistencia de la proteinuria. Actualmente se encuentra realizando tratamiento de mantenimiento con Mofetil Micofenolato. Durante el seguimiento, repitió episodios de urticaria por lo que se decidió realizar biopsia cutánea la cual informó hallazgos histológicos compatibles con urticaria vasculítica.

Conclusiones: Reportamos un caso con características clínicas e inmunológicas tanto de SUVH como de LES, debido a la baja prevalencia de este síndrome y evidenciando la dificultad, en algunas situaciones, de distinguir entre ambas entidades. Debemos considerar que dichas patologías podrían formar parte de un mismo espectro de enfermedad autoinmune, por lo tanto el reto es identificar estos pacientes para realizar un abordaje terapéutico temprano y adecuado que permita un seguimiento clínico para determinar si estamos ante una entidad independiente o una asociación de enfermedades autoinmunes.

171

0171 - MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE VASCULITIS ANCA ASOCIADA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Vasculitis/PMR

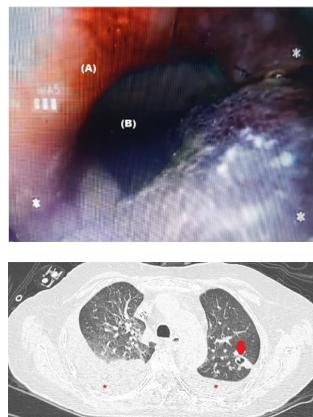
REBAK, Jonathan Eliseo | BRIGANTE, Jorge Alejandro | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana

SANATORIO GÜEMES

Introducción: Las vasculitis ANCA asociadas (VAA) comprometen el tracto gastrointestinal, los órganos comúnmente más afectados son el intestino y estómago. El esófago puede comprometerse de forma más rara y su inflamación se describe como úlceras, esofagitis y más raramente hemorragias. Pueden afectar el corazón mediante vasculitis de la microcirculación miocárdica o de vasos de pequeño calibre.

Objetivos: El objetivo de este artículo es presentar el caso de una paciente con manifestaciones atípicas de VAA.

Materiales y Métodos: Mujer de 67 años con antecedente de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio V en diálisis desde 2008, hemorragia alveolar difusa en marzo de 2019 por VAA ANCA-p/ MPO+ tratada con 5 pulsos de metilprednisolona y 2 de CYC, continuando con meprednisona. En mayo es admitida a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro centro por hematemesis. La endoscopia alta reveló un hematoma esofágico submucoso que comprometió el 50% de la circunferencia, sin sangrado endoluminal ni úlceras. Una segunda endoscopia a las 48 horas confirmó el hallazgo (imagen 1). No se tomaron biopsias por alto riesgo de sangrado.



Resultados: Se descartó la ingesta de cáusticos, lesión traumática por cuerpo extraño, consumo de aspirina y anticoagulantes. No tenía signos endoscópicos compatibles con esofagitis, reflujo o úlceras. Requiere múltiples transfusiones, evolucionando con insuficiencia cardíaca descompensada por sobrecarga de volumen. El ecocardiograma informó una fracción de eyección del 30% con hipotensión biventricular no segmentaria y relajación prolongada en modo Doppler, sin alteraciones valvulares. La cinecoronariografía evidenció ausencia de lesiones coronarias. Se sospechó cardiotoxicidad por CYC vs. lesión miocárdica por VAA. No tenía ecocardiogramas previos para comparación. Evolucionó con epistaxis y tos seca. La tomografía de tórax reveló nódulos cavitados en ambos lóbulos superiores (imagen 2). La baciloscopia de esputo, PPD y galactomanano fueron negativos. Se realizó una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, resultados negativos para micobacterias y hongos. Se trató con 5 pulsos de metilprednisolona, 5 sesiones de plasmáferesis y 2 dosis de Rituximab. No presentó nuevos síntomas de VAA, sangrados gastrointestinales ni progresión de las lesiones pulmonares. Por buena evolución y riesgo cardiovascular alto no se realizó endoscopia de control.

Conclusiones: Se realizó una revisión narrativa de la literatura en Pubmed y Cochrane, hallándose muy pocos artículos sobre compromiso esofágico en todo tipo de vasculitis, especialmente las ANCA. Los hallados mencionan erosiones, úlceras, perforaciones y hemorragias submucosas, siendo la última la más rara. En orden de frecuencia las partes del tubo digestivo afectadas son intestino delgado, estómago, colon y por último el esófago. En ausencia de otras causas de sangrado esofágico y habiendo descartado infección por micobacterias y hongos, la clínica de la paciente (hematoma esofágico, epistaxis y nódulos pulmonares cavitados) fue interpretada como secundaria a actividad vasculítica. Es menester mencionar que la paciente no tenía antecedente de insuficiencia cardíaca previo a las infusiones de CYC. Su aparición coincidió temporalmente tanto con la infusión de CYC como con la actividad vasculítica, por lo que no se pudo definir a cuál causa se debió. Se decidió la infusión de Rituximab en vez de CYC por riesgo de progresión de insuficiencia cardíaca.

172

0172 - COMPROMISO VALVULAR CARDIACO EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) ACTIVO. REPORTE DE UN CASOModalidad: *Póster Caso Clínico*

Unidad Temática: LES

Unidad Temática 2: *Imágenes/eco/ US/ RM*

SEGURA ESCOBAR, Carolina I RIVERO, Mariano A. I BARTEL, Guillermo Gerardo I LUDUEÑA, Closs I EARSMAN, Geofredo

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Introducción: El LES es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que puede afectar a cualquier órgano, siendo en el corazón una de las principales causas de morbi mortalidad con una alta prevalencia (50%) el compromiso puede ser por actividad de la enfermedad o por toxicidad a medicamente como la hidroxicloroquina (HCQ). Las manifestaciones incluyen: Pancarditis, arterias coronarias, trastornos de la conducción y compromiso valvular (engrosamiento, regurgitación, estenosis y vegetaciones).

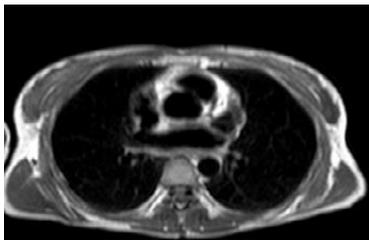
Objetivos: Se presenta el caso de una paciente con lupus activo con engrosamiento y disfunción valvular y compromiso renal en ausencia de aAFL.

Materiales y Métodos: Paciente femenina caucásica de 37 años con diagnóstico de LES de 7 años de evolución. En tratamiento con HCQ 400mg/d y azatioprina 100mg/d

por febrícula, artralgias y anemia Sledai: 4 puntos encontrándose taquicárdica durante el examen físico interpretándose dicho cuadro secundario a metrorragia por miomatosis uterina. En controles posteriores persiste taquicárdica agregándose soplo holosistolodiastólico en foco mitral y tricuspideo a pesar de haber cedido metrorragia y mejorado sus índices hematimétricos. Se le realiza ecocardiograma que informa insuficiencia mitral leve. En ecocardiograma transesofágico se constata: Ligera dilatación de aurícula izquierda;

insuficiencia aórtica moderada, engrosamiento de la válvula mitral a expensas de tejido fibrotico en la cara ventricular de ambas valvas con enfermedad mitral severa sin vegetaciones, insuficiencia aórtica y tricuspidea moderadas PSAP 60mmHg, mínimo derrame pericárdico posterior, compatibles con valvulitis lúpica. Se decide internación para estudio y tratamiento. Al examen físico sin signos de fallo de bomba hemograma y función renal normales, proteinuria en 24 horas: 1.5Gr, complemento normal, Anti-DNA positivo en menor título al previo, Anti-Ro y RNP positivos, Troponina T: 23, se realizan cultivos y hemocultivos para descartar endocarditis infecciosa los cuales son negativos, se procede a realizar resonancia magnética nuclear cardiaca con gadolinio (Imagen.1) que informa en secuencia T2 con supresión gasa hiperintensidad a nivel del anillo mitral y ambas valvas compatible con edema por componente inflamatorio, presencia de un anillo fibroso subendocárdico a nivel basal, próximo al anillo mitral, que no perfunde tras la administración de gadolinio e hipercaptación en realce tardío con extensión hacia ambas valvas. Sin derrame pericárdico, fracción de eyección biventricular conservada. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona de 1Gr por 3 días previo al mismo realiza biopsia renal cuya histología era compatible con GMN proliferativa difusa (Tipo IV) con índice de actividad:12/24 y de cronicidad: 2/12. Cardiología efectúa biopsia endomiocárdica siendo la misma negativa para miocardiopatía por depósito de HCQ y para miocardiitis lúpica, la paciente egresa con micofenolato 2Gr/día, meprednisolona 60mg VO/día e HCQ 400mg/día con función renal normal y estable hemodinámicamente

Conclusiones: Se presenta el caso de una paciente con LES y engrosamiento valvular (el engrosamiento valvular es más frecuente que las masas/vegetaciones 52% Vs 34-43%) con compromiso de 2 válvulas, se reportaron 2 casos de compromiso bi valvular en la literatura con mala evolución clínica a diferencia de nuestra paciente quien tuvo una buena evolución con tratamiento conservador, la cual en concordancia con lo publicado tuvo nefritis, hipocomplementemia, Anti-DNA positivo pero sin la presencia de aAFL.



175

0175 - MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA. SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABAModalidad: *Póster Caso Clínico*Unidad Temática: *Casos Clínicos*

GARBARINO, María Cecilia I VIOLA, Malena I BLANCO, Eliana Soledad I FERNANDEZ, Gustavo I CARLUCCIO, Ivana I SEHRINGER, Ingrid I DI SIBIO, Alejandro I FERNANDEZ, Mariela I RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo I BENAVIDEZ, Federico Lujan I MOLINA, Hernan I RIOPEDRE, Augusto M. I DE LA VEGA, Maria I MESSINA, Osvaldo I MATA, Darío Oscar

HOSPITAL ARGERICH

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria de la mama infrecuente que se presenta en mujeres en edad reproductiva. La mayoría se presentan como una masa firme unilateral, que se extiende radialmente desde la región retroareolar. Su aparición se asocia al embarazo (o hasta 5 años posteriores al mismo), la lactancia y el uso de anticonceptivos orales. La etiología es desconocida, aunque se postula que el origen es una reacción autoinmune a la secreción proteica extravasada de los ductos mamarios, secundario a trauma, infección o irritación química. Trabajos recientes postulan el rol de un bacilo gram positivo del género *Corynebacterium* en la patogenia de esta entidad. El diagnóstico es anatomopatológico, por biopsia quirúrgica (incisional/escisional) o percutánea con aguja gruesa (PAAG). Se caracteriza por granulomas lobulocéntricos no caseificantes compuestos por histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas tipo Langhans, asociado a reacción inflamatoria crónica. Las tinciones de Gram, ZN y PAS deben realizarse para descartar etiología infecciosa. El tratamiento de primera línea son los corticoides, y en casos refractarios se puede añadir metotrexate. Presenta una alta tasa de recidiva, hasta en el 50% de los casos.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, de laboratorio y anatomopatológicos de una serie de casos de MGI remitidos al servicio de Reumatología del Hospital Argerich.

Materiales y Métodos: Se analizaron las historias clínicas de una serie de casos de mastitis crónica derivados al servicio de Reumatología del Hospital Argerich GCBA entre los años 2017 y 2019. Se evaluaron las características demográficas, clínicas, de laboratorio, anatomopatológicas y terapéuticas de las mismas.

Resultados: Se identificaron 13 pacientes de entre 27 y 57 años con una media de edad de 40,46 años. El 53,8% eran de nacionalidad argentina, 3 pacientes de Paraguay (23%), 2 de Bolivia (15,3%) y 1 de Perú (7,6%). La media de hijos al diagnóstico fue 3,6, con una latencia entre el último embarazo y el diagnóstico de 8,6 años. Sólo una paciente fue nulípara. Dos pacientes utilizaban anticonceptivos orales. Ninguna paciente presentaba antecedente de enfermedad autoinmune, 2 tenían antecedente personal de diabetes, 1 antecedente familiar de lupus y 1 de psoriasis. Los síntomas fueron unilaterales en todas las pacientes. El resultado de la mamografía fue: 3 pacientes BIRADS 0; 1 paciente BIRADS 2; 1 paciente BIRADS 4 y 2 pacientes BIRADS 5. En el resto no fue consignado. La eritrosedimentación estaba aumentada en 2 pacientes. El perfil inmunológico fue negativo en 5 pacientes (71%), siendo el FAN positivo en 2 pacientes, con el resto de los anticuerpos negativos. El método de biopsia fue quirúrgico en 8 pacientes (66%) y PAAG en 4 (33,3%). La tinción de ZN y PAS, fue negativa en el 100%. La PPD fue positiva en una paciente que se encuentra en seguimiento por infección. El cultivo de la biopsia fue positivo en 3 muestras (23,07%), en todos los casos para *Corynebacterium amycolatum*, por lo que recibieron tratamiento antibiótico. Se inició tratamiento inmunosupresor en 9 pacientes (69,2%), en 2 de ellas corticoides, en 5 corticoides y metotrexate, en 1 corticoides y azatioprina y en 1 metotrexate sólo.

Conclusiones: La MGI es una enfermedad granulomatosa crónica infrecuente que requiere un abordaje multidisciplinario. Dada su naturaleza inflamatoria y autoinmune, y el requerimiento de drogas inmunosupresoras, es necesario que el reumatólogo se familiarice con esta entidad, a fin de evitar demoras en el diagnóstico e iniciar un tratamiento temprano.

176

0176 - EMBARAZO Y VASCULITIS, SERIE DE CASOS.Modalidad: *Póster Caso Clínico*Unidad Temática: *Vasculitis/ PMR*Unidad Temática 2: *Casos Clínicos*

TISSERA, Yohana Soledad I ALONSO, Carla Gimena I QUAGLIA, María Isabel I GOBBI, Carla I MALDINI, Carla I SAVIO, Verónica Gabriela I ALBIERO, Juan Alejandro I ALBA, Paula Beatriz

HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción: Las vasculitis mediada por anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) ocurren principalmente entre la cuarta y quinta década de la vida, por lo que el embarazo es poco frecuente en estos pacientes. Las vasculitis puede afectar significativamente el curso del embarazo y este cambiar la evolución de la enfermedad. Las complicaciones incluyen la pérdida del embarazo y parto prematuro y son altas en todas las formas de vasculitis. El control de la enfermedad y el uso de medicaciones de bajo riesgo pueden permitir embarazos exitosos

Objetivos: Describir resultados maternos y fetales de embarazos en pacientes con vasculitis ANCA +.

Materiales y Métodos: Se registraron 3 casos de pacientes con vasculitis, su compromiso orgánico previo a la gestación y la evolución de la misma.

Resultados: Caso 1: Mujer de 25 años con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis de 5 años de evolución, con compromiso de vía aérea superior, pseudotumor retro orbitario, tumor dorso lumbar de células gigantes, pericarditis, nódulos pulmonares y diabetes insípida que requirió tratamiento con ciclofosfamida 6 pulsos 6 meses previos al 1 embarazo. Curso 2 embarazos no planificados posteriores al diagnóstico de vasculitis. Durante el primer embarazo fue tratada con Azatioprina y aspirina, finalizando por cesárea programada a las 37 semanas por oligoamnios, nace niño vivo adecuado para la edad gestacional (AEG). El segundo embarazo sin activación previa, con igual tratamiento, sin complicaciones maternas ni fetales, cesárea por cesárea previa a 38 semanas, recién nacido AEG. Caso 2: Mujer de 28 años, con Poliangeítis Microscópica (ANCA P+, MPO+) a los 21 años, compromiso pulmonar y renal. Requirió Ciclofosfamida, Azatioprina y Rituximab. Suspensión Rituximab por planificación familiar, rotando a azatioprina. Curso embarazo con a la semana 14 comienza con elevación de proteinuria con función renal normal, ANCA negativo, Doppler de arterias uterinas en semana 12 normal. En la semana 20, persiste con proteinuria por lo que se aumenta dosis de corticoide. En la semana 31 comienza con edema, aumento de proteinuria, hipertensión arterial por lo que se realiza maduración pulmonar. Recibió tratamiento con corticoides, azatioprina, antihipertensivos y sulfato de magnesio. Desarrolla Diabetes y Colestasis del embarazo. A la semana 34 se realiza cesárea por deterioro de función renal. Nace niño vivo AEG. Recuperación de función renal en el puerperio.

Conclusiones: A pesar de que los embarazos en pacientes con vasculitis son de alto riesgo, los resultados maternos y fetales fueron favorables, el seguimiento multidisciplinario por el reumatólogo y el obstetra es esencial para lograr el bienestar materno fetal.

180

0180 - DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS CORONARIAS EN VARÓN JOVEN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). A PROPOSITO DE UN CASO.Modalidad: *Póster Caso Clínico*Unidad Temática: *Síndrome Antifosfolipídico (sa)*Unidad Temática 2: *Casos Clínicos*

TISSERA, Yohana Soledad I ALONSO, Carla Gimena I QUAGLIA, María Isabel I SAVIO, Verónica Gabriela I GOBBI, Carla I ALBIERO, Juan Alejandro I ALBA, Paula Beatriz

HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción: La disección espontánea de las arterias coronarias (DEAC) es causa muy rara de síndromes coronarios agudos en pacientes jóvenes produciendo del 1 – 4% de estos, con predilección por el sexo femenino representando > 80% de los casos. Existen múltiples factores asociados como la displasia fibromuscular, el embarazo, y los trastornos mixtos del tejido conectivo o inflamatorios.

Objetivos: Revisar la importancia de causas de síndrome coronario no aterosclerótico en varón joven con LES.

Materiales y Métodos: CASO CLÍNICO : Varón de 29 años, sin hábitos tóxicos con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de 4 años de evolución con compromiso cutáneo, articular, renal con ANA, Anti DNA (+). Ingresa con diagnóstico de celulitis de rodilla para tratamiento antibiótico endovenoso. El electrocardiograma de ingreso mostro trastornos en la repolarización y fibrosis en cara anteroseptal de ventrículo izquierdo (VI). El paciente refería 2 meses previos, un episodio de dolor precordial opresivo irradiado a brazo izquierdo, intensidad 8/10 desencadenado por el esfuerzo que duró aproximadamente 4 horas por lo que consultó en otro centro y tras observación fue dado de alta permaneciendo asintomático. Laboratorio: Anticoagulante lúpico (AL) positivo, Anticardiolipinas Ig G, Ig M y AntiBGP1 Ig G e Ig M negativos. Se realizó cinecoronariografía que muestra disección espontánea de arteria circunfleja y descendente anterior. Se instaura tratamiento médico con aspirina y anticoagulación.

Resultados: La DEAC es una causa rara de síndrome coronario agudo más frecuente en sexo femenino, la edad promedio es de 50 años, a diferencia del paciente presentado. Es rara la presencia de factores de riesgo tradicionales por lo que su fisiopatología no es clara, cuando están asociados a patologías como el lupus eritematoso sistémico puede existir una infiltración eosinofílica del vaso seguida de la liberación de enzimas líticas, causando la disección. El diagnóstico se basa en la sospecha y la realización de la cinecoronariografía para lograr tratamiento oportuno sobre el que no existe consenso pero es aceptado la anticoagulación.

Conclusiones: La DEAC es una causa rara de síndrome coronario agudo, cuya fisiopatología no es clara y puede estar asociada a enfermedades autoinmunes como LES por lo que debería ser sospechado en esta población.

189

0189 - SÍNDROME MOLUSCOIDE Y GINGIVITIS EN FRESA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos
Unidad Temática 2: Vasculitis/ PMR

ZUTARA, **Tania Mayra** | SANCHEZ, Adriana Silvia | MILLER, Evelyn | RIVERO, María Gloria | LEDDA, Anabel

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

Introducción: La granulomatosis con poliangiitis (GPA) es una vasculitis sistémica necrosante de causa desconocida, que afecta a vasos de mediano y pequeño calibre y que se asocia con anticuerpos anticiotoplasma de neutrófilo (ANCA). Afecta con mayor frecuencia a los aparatos respiratorio y renal. En menos del 10% de los pacientes pueden encontrarse hallazgos cutáneos como forma de presentación, siendo la púrpura localizada en los miembros inferiores el más habitual, aunque las lesiones papulonodulares con centro necrótico y distribución simétrica en el tronco y los miembros presentan una mayor especificidad. Las ulceraciones mucocutáneas constituyen el segundo hallazgo exploratorio más frecuente, encontrándose de forma característica en la mucosa oral una gingivitis hiperplásica o "en fresa". La biopsia cutánea puede poner en evidencia vasculitis necrosante, granulomatosa, leucocitoclástica y en ocasiones granulomas en empalizada.

Resultados: Paciente de 17 años, sin antecedentes patológicos, consultó por cuadro de 2 meses de evolución de sinusitis, acompañado de conjuntivitis y gingivitis. Refirió pérdida de peso y fiebre intermitente, 1 semana previa a su internación agrega disnea, disfonía y lesiones cutáneas en miembros superiores e inferiores. En el examen físico presentaba inyección conjuntival, gingivitis hiperplásica con ptequeudo hemorrágico, costras hemorrágicas en fosas nasales, lesiones maculo papulares umbilicadas en manos, antebrazos, codos, palmas, plantas y piernas que evolucionaron con necrosis central y algunas ampollas hemorrágicas. En el laboratorio presentaba Hto: 31%, Hb: 9.7g/dl, leucocitos: 13600/mm3, NS: 62% L: 15%, E: 2%, plaquetas 70000/mm3, VSG: 113mm PCR: 62.6 mg/l, ANCA C: positivo, PR3: 17.5 U/L (VN: 5U/L), CH50: 73 U/ml, C4: 10 mg/dl, C3: 170 mg/dl, ANA y FR negativos. En TAC de senos paranasales se observó pansinusitis y en tórax imágenes nodulares cavitadas para hiliares e infiltrados intersticio alveolares bilaterales. La biopsia cutánea informó vesícula subepidérmica con vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos. El cultivo bacteriológico y micológico de lesiones dérmicas fue negativo. Presentó hemorragia alveolar tratada con 3 pulsos de b-Metilprednisolona 1gr por día, con escasa respuesta terapéutica por lo que se decidió realizar 5 sesiones de plasmaféresis y luego inmunosupresión con 2gr de Rituximab. Tuvo buena evolución de lesiones cutáneas.

Conclusiones: Presentamos este caso por las manifestaciones floridas en piel y mucosas que plantearon diagnósticos diferenciales con patologías infecciosas que cursan con lesiones umbilicadas (síndrome moluscoide) Se han descrito múltiples tipos de lesiones, siendo las más frecuentes la púrpura palpable en miembros inferiores (74%), las úlceras mucocutáneas (47%), los nódulos subcutáneos (17%) y las pápulas necróticas localizadas en el tronco y los miembros, estas últimas si bien no constituyen una manifestación frecuente, tienen mayor especificidad y son sugestivas de la enfermedad. Estas lesiones se presentaron en la etapa inicial de la enfermedad, y según bibliografía consultada es raro que ocurra en las fases precoces También presentó un cuadro compatible con hiperplasia gingival: "Gingivitis en Fresa", la cual es considerada por algunos autores como signo patognomónico de la enfermedad Suele existir una correlación entre el cuadro clínico-histológico y el pronóstico; así los pacientes con vasculitis leucocitoclástica presentan una enfermedad más precoz y suelen llevar un curso rápidamente progresivo y extenso

190

0190 - POLIADENOPATIAS GENERALIZADAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE ASOCIADA A IGG4

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos
Unidad Temática 2: Ig G4

TEJERINA, **Analia** | SEGURA, Valeria | MILLER, Evelyn | RIVERO, María Gloria | LEDDA, Anabel | VALDEMOROS, P

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es una patología poco frecuente, fibroinflamatoria, de evolución subaguda que se caracteriza por lesiones pseudotumorales que involucran uno o más órganos. La linfadenopatía es un síntoma común, pero es infrecuente como manifestación dominante. Generalmente suelen ser asintomáticas, menores a 2 cm de diámetro que pueden comprometer numerosas cadenas ganglionares en forma sincrónica o sucesiva simulando procesos linfoproliferativos o infecciosos. El diagnóstico se confirma con la anatomía patológica e inmunomarcación. Presenta respuesta terapéutica rápida al tratamiento esteroideo.

Resultados: Paciente de sexo femenino de 47 años, consultó por artritis de tobillos, rodillas, y rash evanescente en piernas asociado a registró febriles intermitentes de varias semanas de evolución. En el laboratorio se presentó VSG de 100 mm/h, ferritina de 60 ng/ml (VR 12 a 300 ng/ml), PCR negativa, factor reumatoide 92 UI/ml (16 UI/ml), anti CCP negativo, ANA positivo débil patrón moteado, Ac anti ENAs negativos, proteinograma por electroforesis con incremento de la fracción gamma de 3g/dl policlonal. Serología viral negativa. En TC de tórax, abdomen y pelvis se hallaron adenopatías en rango adenomegálicas en hilio hepático, retroperitoneo y mesenterio.

Conclusiones: La enfermedad asociada a IgG4 es una patología de reciente conocimiento con forma de presentación muy variable. La forma ganglionar se presenta en un 19%. El diagnóstico se realiza por niveles elevados de IgG4 (> 135 mg/dl) y anatomía patológica compatible. La evaluación histopatológica es el estándar de oro de diagnóstico. El segundo paso de la evaluación histopatológica es la inmunomarcación. Es diagnóstico hallar más de 50 plasmocitos Ig G4 + x HPF y/o la relación plasmocito IgG4/ IgG superior 0.4. En nuestra paciente se plantearon numerosos diagnósticos diferenciales como linfoma, neoplasia, enfermedad de Still y enfermedad de Castleman. El tiempo de demora diagnóstica fue de 2 años coincidiendo con la bibliografía publicada.

195

0195 - HISTIOCIITOSIS SINUSOIDAL: REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

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

HOSPITAL J. B. ITURRASPE

Introducción: La Histiocitosis Sinusoidal o Enfermedad de Rosai-Dorfman es una rara patología benigna de causa desconocida que se caracteriza por la sobreproducción de histiocitos, los cuales se acumulan en los ganglios linfáticos de todo el organismo. En el examen inmunohistoquímico se destacan la positividad para proteína S 100 y CD 68. Debido a sus múltiples manifestaciones clínicas debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales del síndrome febril prolongado (SFP).

Resultados: Mujer de 20 años, consulta en abril de 2017 por SFP de 70 días de evolución, fatiga, cefaleas y poliartralgias. Se descartan patologías infecciosas. Evaluación hematológica no evidencia patología. Al examen físico: signos vitales conservados, sin sinovitis, pulsos periféricos todos positivos; sin lesiones cutáneas, puntos fibrosíticos negativos. Rx y TAC de tórax: s/p; TAC de cuello c/contraste: normal. Ecografías abdominal y ginecológica normales. Laboratorio: VSG: 62, PCR: 5,4 mg/dl (VN < 1mg/dl). Pxe: normal; FAN, anti Sm, RNP, Ro y La, antiDNAN, antiCCP, ANCA, MPO y PR3 todos negativos. En los últimos 6 meses, presenta dos períodos febriles limitados. TAC de abdomen y pelvis en diciembre 2017: esplenomegalia y adenopatías en cadena ganglionar latero-aórtica izquierda. Asintomática y afebril hasta junio del 2018. PET/TC corporal total: adenopatías hipermetabólicas a nivel aórtico, adyacentes a la vena cava inferior y vasos ilíacos del lado izquierdo Lab: Hb: 9.2 g/dl, Hcto: 28%. GB: 7000 plaquetas: 146000, VSG: 36, PCR: 48 mg/dl. En agosto 2018, continua con poliartralgias en carpos, manos y rodillas en forma bilateral sin rigidez matinal. EF: dolor a la palpación en todas las MCF con leve tumefacción en carpos. Eco Doppler de manos agosto 2018: engrosamiento sinovial en mano derecha en trapecio-metacarpiana y en la segunda MCF derecha, con doppler negativo. Anatomía Patológica de ganglios retroperitoneales (27-7-2018): histoarquitectura conservada. Presencia de infiltrado inflamatorio extraganglionar a predominio linfoplasmocitario con aislados neutrófilos con fibrosis acompañante. Presentan "histiocitosis sinusoidal". No se observan granulomas, células gigantes ni necrosis. PAS, Grocott y Ziehl-Neelsen: negativas. Inmunomarcación: CD20: positivo; en linfocitos pequeños de los folículos primarios de los ganglios y en infiltrado inflamatorio extraganglionar. CD3: positivo en áreas paracorticales de los ganglios. CD68: positivo en histiocitos de los sinusoides ganglionares y en la mayoría de las células que conforman el infiltrado inflamatorio extra-ganglionar. CD15: positivo en leucocitos polimorfonucleares. Fenotipación por Citometría de Flujo: no se identifican poblaciones vinculables a Linfoma no Hodgkin. Diagnóstico: Histiocitosis sinusoidal. No requirió tratamiento. Persiste asintomática.

Conclusiones: La histiocitosis sinusoidal es una patología ganglionar benigna que debe tenerse en cuenta en los pacientes con FOD o SFP. Comparte manifestaciones reumáticas (reactantes de fase aguda con poliartralgias), por lo que cobra importancia un correcto algoritmo de estudio. Evitando medicación empírica, dado que es una enfermedad que suele autolimitarse, como sucedió en este caso.

205

0205 - CASO CLÍNICO: LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO REFRACTARIO

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

GARCÍA ORO, **Agustina Milagros** | RETA ARBÓ, Lucas | WERNER, Marina Laura | CADILE, Isaac | IGNACIO | ONETTI, Laura Beatriz | MUSSANO, Eduardo Daniel

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS CORDOBA

Introducción: Paciente de sexo femenino, 22 años, empleada. Sin antecedentes patológicos, nuligesta. Medicación: anticonceptivos. Debuta en 2017 con cuadro de poliadenopatías, pérdida de peso de 30kg y debilidad muscular generalizada. 3 meses previos presentó eritema malar que desapareció espontáneamente. Consulta en guardia central del hospital donde se decide internación: estable hemodinámicamente con IMC16.58. Marcha de pato. Tejido celular subcutáneo: adenomegalias (3) cervicales en región posterior izquierda, 3 cm de diámetro, no dolorosas, consistencia intermedia, móviles. Atrofia muscular severa a predominio distal de 4 miembros. Hipotonia generalizada. Tetraparesia leve a predominio proximal (4/5), inestable en la bipedestación. Hiporreflexia vaginal en 4 miembros. Resto del examen sin particularidades. Se descartaron patología infecciosas (VDRL, VHB, VHC, VIH, CMV, Epstein Barr) y tumorales (biopsia de ganglio cervical más punción de médula ósea sin evidencia de proliferación neoplásica). TAC de tórax y abdomen: poli adenopatías. Laboratorio con elevación de reactantes de fase aguda. Al sexto día de internación paciente presenta convulsión tónico-clónica, que cede con diazepam. TAC cerebro, RMN normales electromiograma compatible con polineuropatía mixta axonal con componente desmielinizante. Punción de líquido cefalorraquídeo: proteínas 225 mg/dl. Células: 18, 99% linfocitos. Puncultivos para gérmenes comunes, BAAR, hongos, virus negativos. Laboratorio inmunológico: ANA (+) 1/80 moteado, anti DNA (-), C3:60, C4: no dosable, anti Smith(+), anti Ro (+), anti SM(-), anti RNP(+), anticardiolipinas (-). Con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico, se iniciaron pulsos de metilprednisolona 500 mg/día por 3 días y luego de mejoría, se otorgó alta con prednisona 40mg, Azatioprina 50mg, Levetiracetam 500mg/12hs, calcio y vitamina D3. Paciente con evolución errática, pese a buena adherencia al tratamiento. Nueva internación en agosto de 2018 por convulsiones sin otro hallazgo, por lo que se decidió rotar el tratamiento a Micofenolato 2 gr /día. En enero de 2019 es nuevamente internada por fiebre y convulsiones tónico clónicas generalizadas. Se realizó: punción lumbar, TAC de cerebro sin particularidades; hemo- y urucultivos negativos, laboratorio: Hb 10.2, Coombs directa (+), reactantes de fase aguda elevados, anti DNA(+) 1/160, C3 55.9, C4 8.8, anti Sm(+), anti U1RNP(+), SLEDAI 25 puntos, se indicó nuevo ciclo de pulsos de metilprednisolona 500mg/día por 3 días pero persistió febril con empeoramiento de enzimas hepáticas (GOT y GPT 6X), ferritina elevada. Se sospechó infección intercurrente, descartándolas tras inicio empírico de Ganciclovir EV (CMV carga viral (-) y serologías negativas). Diagnóstico: Síndrome de activación macrofágica. Tratamiento: gammaglobulinas EV 400mg/Kg/día por 5 días. En la internación presentó un episodio de disnea súbita con desaturación de O2, la cual fue tratada como insuficiencia cardíaca por sobrecarga de volumen y/o TEPA (Dimero D 800, centellograma con probabilidad para TEPA, cardiopulmonares negativas); inicia anticoagulación. Tras buena evolución clínica y bioquímica, alta hospitalaria aumentando la dosis de anticonvulsivante, rotando micofenolato a ciclofosfamida (Eurlopus), acenocumarol, calcio y prednisona 0,5 mg/kg VO. Agosto de 2019; cuarta internación por convulsiones y fiebre sin evidencia de proceso infeccioso con ANA (+) 1/160, anti DNA (-), C3 85.5, C4 5.1. TAC de tórax-abdomen-pélvis y cerebro: normales. Recibió antibióticos por broncoaspiración y nuevos pulsos de metilprednisolona 1gramo EV por 3 días. Luego de mejoría y estabilidad se otorgó el alta hospitalaria con programación de rotación de tratamiento a rituximab.

Conclusiones: Como se sabe, el diagnóstico de LES puede incluir compromiso neuropsiquiátrico. Aproximadamente el 93% de estos casos involucra el SNC y 7% restante el SNP. Las manifestaciones más prevalentes incluyen alteraciones cognitivas, cefalea, trastornos del ánimo, apoplejías, ansiedad, psicosis, convulsiones, polineuropatía, las cuales deben considerarse como manifestaciones graves con riesgo vital importante. El diagnóstico diferencial es muy amplio e incluye causas infecciosas, metabólicas y tumorales, entre otras. Ante la presencia de sintomatología neurológica en un sujeto con diagnóstico de LES, no debe postergarse un tratamiento intensivo con corticoides intravenosos. En casos de respuesta escasa, como el de nuestra paciente, es posible combinar inmunosupresores, inmunoglobulinas intravenosas y tratamientos biológicos, como el Rituximab. Se presenta este caso debido al difícil manejo terapéutico de la paciente dada la evolución de la enfermedad con intercurridas graves con alto riesgo de mortalidad que plantean diagnósticos diferenciales, manejo multidisciplinario y tratamientos urgentes. Sumado a la refractariedad a múltiples tratamientos instaurados según escala terapéutica sugerida por las guías ad hoc.

207

0207 - NEUMATOSIS INTESTINAL EN SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: ESCLEROSIS SISTÉMICA-POLIMIOSITIS

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

VILLAFANE TORRES, Jaime Abel | RIVERO, Mariano A. | ZALLES LAZARTE, Sinda Hortencia | EARSMAN, Alfredo

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Introducción: La neumatosis intestinal (NI) fue definida por primera vez en 1783 por el patólogo Du Vernoy, quien trazó el primer informe en autopsias considerándola una enfermedad primaria. Constituye un hallazgo físico-radiológico inusual que se identifica como la presencia de gas entre las capas de la pared intestinal o en el complejo venoso porto mesentérico. Según lo descrito en la literatura la incidencia global es del 0.03% y aunque se han detallado formas idiopáticas o secundarias a enfermedades de tejido conectivo (ETC), estos reportes continúan siendo escasos. Clínicamente presenta síntomas sugestivos de dolor abdominal, sangrado y obstrucción intestinal, siendo la isquemia intestinal la complicación más severa.

Materiales y Métodos: Masculino de 56 años con antecedentes de Esclerosis Sistémica y Polimiositis, diagnosticada en 2014 recibiendo tratamiento con Metotrexato 15mg/semana VO, el cual fue suspendido por alteración del hepatograma e intolerancia gástrica, continuando solo con corticoides 40 mg/día. Consulta al hospital en octubre de 2015 por presentar cuadro de 5 meses de evolución, caracterizado por deterioro del estado general, pérdida de peso (25kg), asociado a hiporexia, distensión abdominal, deposiciones mucosas y constipación. Al interrogatorio dirigido refería síntomas SICCA y disnea clase funcional II, al examen físico presentaba microstomatía, compromiso cutáneo difuso, esclerodactilia, pitting scar, telangiectasias en cara, abdomen distendido, timpánico con leve dolor en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio muestran: albumina:2.2mg/dl, ERS:3mm, PCR: 0.8mg/dl,C3:86mg/dl, C4:13 mg/dl, ANA (+): 1/640 (Moteado), anti RNP(+), RP:3.4, Anti-Ro/ SSA(+): RP1.8, Anti- La/SSB(-), Anti SM(-), Anti Scl70(-), Anti Jo1(-), Factor Reumatológico: menor de 9UI/ml. Ante sospecha de neoplasia se solicita screening VEDA y VCC que no evidenció proceso neoplásico. Se amplía estudio realizando TC de abdomen y pelvis con doble contraste, evidenciándose neumatosis intestinal de asas yeyunales con desplazamiento del hígado, pequeña burbuja aérea extraluminal subhepática izquierda y moderada cantidad de líquido libre en pelvis. Se confirma diagnóstico de neumatosis intestinal, instaurándose manejo con nutrición parenteral 2000 Kcal/día, tratamiento antibiótico con rifaximina 550mg VO c/12hrs y metronidazol 500mg c/8hrs VO asociado a hidrocortisona endovenosa. Enterotc de abdomen control muestra reacomodación de las asas del intestino delgado proximales en su posición habitual, persistiendo signos de neumatosis intestinal y de aire extraluminal en referencia a los vasos mesentéricos, se decide iniciar cámara hiperbárica (15 sesiones de 60minutos). Durante su internación intercorre con proteinuria de 2.18gr/24hr, sedimento urinario normal, se interconsulta con Nefrología decidiéndose efectuar Punción biopsia renal informando glomerulonefritis de cambios mínimos, tratada con metprednisona 40mg/día y enalapril 2.5mg/día. El paciente evoluciona favorablemente, reiniciando dieta a los 30 días de su ingreso, observándose en TC de abdomen y pelvis de control ausencia de signos de neumatosis intestinal, sin evidencia de aire extraluminal.

Resultados: Dado lo infrecuente de la NI en la población general es que existen escasos reportes sobre su asociación a ETC, motivo por el cual se presenta este caso. Efectuando una búsqueda en Pubmed, LiLacs y Cochrane solo hallamos diez casos reportados de Esclerodermia-Polimiositis y NI. Acerca del tratamiento se han descrito varios métodos: desde aspiración nasogástrica, reemplazo de líquidos, electrolitos, cirugía, dieta, antibióticos para controlar el crecimiento excesivo de bacterias y cámara hiperbárica.

Conclusiones: El tratamiento con oxígeno consiste en aumentar la presión parcial de oxígeno en la sangre y, por lo tanto, aumentar el gradiente de presión del gas en los quistes. Los quistes liberan gases contenidos dentro de ellos y se rellenan con oxígeno que luego se metaboliza, lo que conlleva a la resolución de los mismos; la oxigenoterapia se puede realizar mediante oxígeno humidificado administrado por máscara Venturi (6 l/min) o cánula nasal (4 l/min), así como el uso de cámara hiperbárica como fue indicado en nuestro paciente. De los casos reportados 8 pacientes fueron tratados con oxígeno a alto flujo y 2 con cámara hiperbárica con resolución.

210

0210 - CASO CLÍNICO:ESPONDILITIS ANQUILOSANTE REFRACTARIA A MÚLTIPLES ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

RETA ARBO, Lucas | GARCIA ORO, Agustina Milagros | BULLUBASICH, Sandra | DAVILA, Lilia | CADILE, Isaac Ignacio | ONETTI, Laura Beatriz | MUSSANO, Eduardo Daniel

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA

Introducción: Paciente, masculino de 43 años de edad, procedente de Córdoba, sin hábitos tóxicos, alérgicos ni antecedentes heredofamiliares de enfermedad reumatológica EVOLUCIÓN En diciembre de 2008 sufre fractura postraumática de tibia y peroné izquierdo. Valorado por traumatología y ortopedia (T y O). Se realizó, inmovilización con yeso por 45 días y posteriormente FKT, con escasa respuesta para la movilización activa. Evolucionó con episodios de artritis de tobillo y rodilla y lumbalgia de características inflamatorias, recibió tratamiento por 2 años con metprednisona y AINES. Ante falta de respuesta al tratamiento, T y O realizó biopsia sinovial vía artroscópica, que informó: SINOVITIS INESPECÍFICA. Por esta razón es derivado en Julio de 2011 a reumatología donde se indicó tratamiento inicial con metotrexato 15 mg VO/semana, ácido fólico, indometacina 75 mg/VO y se solicitó serología inmunológica, HLA-B27 y estudios radiográficos (RX) de columna, rodillas y tobillos. Concurrió a control por reumatología en agosto de 2011 con resultados: HLA-B27 (+), factor reumatológico (-), VSG 43 mm. En RX de columna cervical, dorsal y lumbar presencia de, "esquinas brillantes", e incipientes sindesmoftosis finos, en RX de articulaciones sacroilíacas, anquilosis de ambos tercios superiores, en RX de rodillas, signos de osteoartritis de los tres compartimientos. BASMI 10=21 puntos. Por refractariedad, en septiembre de 2011, al esquema terapéutico se agregó etanercept 50 mg subcutáneo (SC)/semana. (con buena respuesta inicial, sostenida por 1 año). En septiembre de 2012 presentó: artritis de rodillas, tobillos, lumbalgia inflamatoria y VSG=80 mm/h, por lo que se indicó: prednisona 10 mg/día, naproxeno 500 mg c/12 hs con remisión clínica al mes. En abril de 2014 concurrió por: artritis en rodillas y tobillos, con franca disminución de la movilidad axial; ojo rojo doloroso izquierdo valorado y diagnosticado en oftalmología por uveítis crónica recidivante anterior izquierda, (NIC tratamiento tópico con atropina, prednisolona, timolol). Se rotó etanercept a adalimumab 40 mg SC c/14 días, se agregó leflunomide 20 mg/día, sulfazalacina 500 mg VO cada 8 hs, con intolerancia gástrica a ésta y se obtuvo así, remisión clínica por 2 años. En octubre de 2016, ante pérdida de eficacia de adalimumab evidenciada por uveítis crónica recidivante, artritis en rodillas, tobillos, coxalgia bilateral incapacitante y marcada disminución de la movilidad axial y periférica, y VSG=73 mm se rotó a secukinumab 150 mg SC según protocolo, pero por falta de dispensación y actividad de espondilitis anquilosante se indicó internación para realizar tres pulsos de metilprednisolona 500 mg/día. En internación presentó hematuria con hematíes dismórficos, filtrado glomerular 70 ml/min/1.73 m², albuminuria 346 mg/día. Fue valorado por nefrología y diagnosticado con insuficiencia renal crónica, inició tratamiento con enalapril 5 mg VO c/12 hs. Posterior al alta hospitalaria reinició secukinumab durante el 2017. En mayo de 2018 persiste con uveítis anterior izquierda con pérdida total de agudeza visual en ojo izquierdo, artritis periférica por lo que se rotó a golimumab 50 mg SC c/15 días. Por falta de dispensación actualmente sin terapia biológica, BASMI 10=32 puntos.

Conclusiones: Paciente con diagnóstico de espondilitis anquilosante en 2011, derivado por otro servicio luego de 2 años de tratamiento con esteroides y que al momento del diagnóstico presentaba actividad inflamatoria, BASMI 10=21. A pesar de triple terapia con DMARs sintéticos (metotrexato, leflunomide, sulfazalacina), y terapias con DMARs biológicos (etanercept, adalimumab, secukinumab, golimumab), evolucionó a forma severa de la enfermedad con daño funcional (BASMI 10=32) estructural, periférico y axial asociado a uveítis crónica recidivante anterior izquierda. CONCLUSIÓN: Paciente con espondilitis anquilosante derivado en forma tardía y con refractariedad a terapias biológicas. Se debe insistir en la enseñanza de los criterios de derivación temprana a los médicos de atención primaria

211

0211 - SÍNDROME DE KARTAGENER Y VASCULITIS ANCA HOSPITAL SAN ROQUE (JUJUY)

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

SANDOVAL, Veronica Alejandra | SUELDO, G. | AVALOS, A. | GERVILLA DE CAFRUNE, Ana Lía | SURLIN, E.

HOSPITAL SAN ROQUE JUJUY

Introducción: Enfermedad gen Enfermedad genética autosómica recesiva. Se caracteriza por un defecto congénito estructural y/o funcional de cilios y flagelos. Se manifiesta con, Enfermedad respiratoria crónica, rinosinusal y ótica; Infertilidad masculina; Situs inversus en el 50 % de los casos .La Prevalencia de 1/12000. Estimados en Argentina: 3000 La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica, inflamatoria y necrotizante, que afecta predominantemente a los vasos pequeños en múltiples órganos. Se desconoce su prevalencia exacta. La incidencia anual es aproximadamente de 1/100.000 y la edad media de aparición de 50-60 años. Es poco frecuente su aparición en la infancia, antes de los 10 años La asociación de sd de kartagener y PAM no está descrita en la bibliografía

Resultados: Caso clínico Paciente de 37 años con dg de enfermedad de kartagener (. La discinesia ciliar (DCP) ó síndrome de Kartagener es un trastorno congénito que afecta a la estructura de cilios y flagelos. Este defecto provoca alteraciones en su barrido (ausencia, anomalía o descoordinación de los cilios en conjunto) Ingresa en julio de 2015 con cuadro de HTA no controlada e insuficiencia renal Sd febril colonización pseudomona (tobramicina + azitromicina 2 por semana) Creatinina 2 proteinuria++ hematíes +100 Eco renal RD 110x57 mm cortical engrosada RI 11x61 mm cortical engrosada Dg presuntivo: sd nefrítico (les , gn crónica, post infección, vasculitis) Julio2015 Hto 27% hb 9 plaquetas 227000 clearance de 36 creatinina 2,84 bt 1 bd 0,19 fal 186 got 17 dna – fan – c3 81 c4 32 fan 1/40 sm – ro- la- vhb – vhc- hiv- proteínas totales 6 alb 3,5 .Anca c negativo anca p +. Se solicita bx renal Agosto 2015 inica cuadro de purpura en miembros inferiores se toma biopsia (vasculitis leucocitocástica) Septiembre 2015 llega resultado de bx renal: gn global 2/9 gn segmentaria focal 2/9 Vascular aterosclerosis Intersticio s/p 9 glomerulos(2 global esclerosante 1 segmentari fibrosa 1 esclerosis segmentaria 5 leve mesangial) If negativa laboratorio Creatinina 1.9 hto 29% vsg 30 pcr 96 gb 9200 diciembre 2015 Creatinina 4.1 por lo cual se indica pulso de cte 500 mg 3 dosis ,luego cte 20 mg día junto ciclofosfamida 500 cada 3 semanas 3 dosis 750 enero 2015 Hto 26% gb 7190 plaquetas 367000 pcr 6,7 creatinina 1,3vsg 5,2 gt 47

Conclusiones: Dentro de las enfermedades poco frecuentes se encuentra el sd de kartagener pero aun mas se vio que no está descrita en la bibliografía su asociación con PAM.

214

0214 - CRIOGLOBULINEMIA TIPO I CON ACRONECROSIS UNILATERAL COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: A PROPOSITO DE UN CASO.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: Vasculitis/PMR

RODRIGUEZ RAMIREZ, Armin Albert | PEÑALOZA FLORES, Micaela Bercy | DÍAZ MORENO, Paola Cecilia | PACHECO, Gonzalo | VISENTINI, Susana Mirta

HOSPITAL C. DURAND

Introducción: La crioglobulinemia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia en suero de una o más proteínas, usualmente inmunoglobulinas monoclonales y/o policlonales, que precipitan a temperaturas menores de 37°C y se disuelven de nuevo al calentarlo. Se clasifican en: Tipo I: 6% (monoclonal, IgG o IgM sin actividad FR), Tipo II: 62% (Mixta, IgG policlonal e IgM monoclonal con actividad FR) y Tipo III: 32%(Mixta, IgG e IgM policlonales con actividad FR). Las dos últimas bajo el término crioglobulinemias mixtas. En la crioglobulinemia tipo I existe un alto nivel de crioglobulinas circulantes que generan síndrome de hiperviscosidad y oclusión vascular, los órganos afectados con mayor frecuencia son la piel, las articulaciones, el riñón y el sistema nervioso periférico. A nivel cutáneo presentan lesiones de infarto, úlceras y costras necróticas, síndrome de Raynaud, livedo reticularis y acro necrosis, entre otros.

Objetivos: Plantear un caso clínico para analizar crioglobulinemias y comprender clínicas y enfoque diagnóstico en un paciente con artralgia, síndrome de Raynaud y necrosis digital.

Materiales y Métodos: Mujer de 66 años de edad con antecedente de: Artritis, síndrome depresivo mayor, hernia inguinal izquierda, antecedentes familiares: Madre fallecida por Cá de colon. Consulta por polortralgias, sin sinovitis, rigidez matutina de más de 30 minutos y síndrome de Raynaud en manos, pies, nariz y orejas asociada a dolor nocturno 3/10 de concurre a servicio reumatología presentando necrosis de 2da a 5ta falanges distales del de mano izquierda referido de 3 días de evolución, con dolor 10/10, por lo que se decide internación urgente. Resultado: Durante internación laboratorio ingreso (11/7/19), Hto 26, Hb 10,3 Leucocitos 7660, Plaquetas 368000, Glucemia 169, función hepática, renal, coagulograma normal, serologías virales negativas, FAN positivo 1/160 Nuclear homogéneo. PROTEINOGRAMA SÉRICO: Proteínas Totales 27; alfa1 glob. 0.24; Alfa2 glob. 0.70; Beta1 glob. 0.26; Beta2 glob. 0.25; Gamma glob. 0.62 PROTEINOGRAMA INMUNOELECTROFÓRETICO: mostró una gammapatía monoclonal con predominio IgM. Banda homogénea de movilidad gamma media, concentración del pico (0.34 g/dl), inmunofijación componente monoclonal IgM Kappa. CRIOGLOBULININAS INMUNOHEMATOLOGICO: positivo título:1024, (criocrito > al 5%); Panaglutinina de amplio rango térmico (4°C-27°C), probablemente de tipo IgM. Doppler de miembro superior e inferior, angio TAC abdomen y pelvis sin contraste: normal. TACAR tórax sin contraste: derrame pleural laminar y pericárdico. Área focal en vidrio esmerilado. Inmunofenotipificación medula ósea por criometría de flujo: Presencia de una pequeña población de L B clonales (0.15%), hallazgos inmunofenotípicos compatibles con proceso linfoproliferativo, Linfoplasmocitos. Hematología inicio tratamiento con: dexametasona, ciclofosfamida y Rituximab.

Conclusiones: El estudio de crioglobulinas es útil y ayuda al diagnóstico de enfermedades autoinmunes, linfoproliferativas e infecciosas crónicas, por lo que se sugiere incluir este parámetro inmunológico en el seguimiento de estos pacientes. En las CG Tipo I dominan los síntomas de la enfermedad hematológica de base y los secundarios a la hiperviscosidad y/o trombosis. La sospecha clínica y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para arribar al diagnóstico correcto e iniciar el tratamiento correspondiente.

231

0231 - LESIONES DESTRUCTIVAS DE LA LÍNEA MEDIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Vasculitis/PMR
Unidad Temática 2: Casos Clínicos



Figura 1 Figura 2

COSENTINO, Maximo I SETIEN, F I RASCHIA, A I PEÑA, C I TESTI, A I CARIGNANO, M I CAPURRO, N I GARCIA

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA
Introducción: Las lesiones destructivas de la línea media son una entidad poco frecuente que presentan un desafío diagnóstico debido a que existen numerosas afecciones que se presentan con signos y síntomas similares (1). Dentro de los principales diagnósticos diferenciales se deben tener en cuenta el Linfoma de células NK/T nasal, sarcoidosis, Granulomatosis con Poliangeitis (GPA), infecciones e inhalación de cocaína. En la GPA, el compromiso de la vía aérea superior es la manifestación inicial más frecuente y se presenta en 80-90% de los casos en el transcurso de la enfermedad (2). La inflamación nasal puede llevar a la formación de úlceras, perforación del tabique y colapso de la nariz con deformación en silla de montar. Por otra parte, el compromiso exclusivo de vías aéreas superiores se

describe entre un 3,9 a 22% y además hasta 20% puede cursar con ANCA negativos (4). El abordaje diagnóstico incluye historia clínica completa, examen físico detallado de la cavidad oral y nasal, laboratorio general e inmunológico, imágenes y biopsia de la mucosa afectada. En ocasiones, la dificultad diagnóstica obliga a indicar un tratamiento empírico hasta obtener el resultado de los exámenes complementarios (3).

Objetivos: Presentar tres casos evaluados en un período de 6 meses con diagnóstico presuntivo de vasculitis asociada a ANCA (VAA), cuyo diagnóstico final fue linfoma T.

Materiales y Métodos: Caso Clínico 1 Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, derivada para estudio de lesiones inflamatorias de vía aérea superior, estenosis traqueal, compromiso de senos paranasales, celidias mastoideas y ocupación de caja timpánica. No presentaba otra manifestación sistémica de enfermedad autoinmune. Los anticuerpos ANCA C PR3, ANCA P MPO y ANA resultaron negativos. El estudio bacteriológico de biopsia de nasofaringe fue negativo para gérmenes comunes, micobacterias, hongos y leishmania. Múltiples biopsias informaron infiltrado inflamatorio activo con necrosis, sin signos de vasculitis ni evidencia de proceso granulomatoso o linfoproliferativo, y estudio inmunohistoquímico (IHO) negativo. Se realizó biopsia ampliada de nasofaringe con inmunohistoquímica con informe final de Linfoma de células T de la línea media. La paciente falleció por shock hipovolémico por sangrado masivo a nivel orofaríngeo. Caso Clínico 2 Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, derivado por el Servicio de Otorrinolaringología para estudio de sinusitis a repetición de 6 años de evolución. Se realizó Tomografía Computarizada (TC) de maxilo facial donde se evidenciaba pan-sinusopatia, adelgazamiento óseo e impermeabilidad de infundíbulo izquierdo (Fig. 2). Se realizó biopsia de las lesiones que descartó atipia y proceso granulomatoso. Los cultivos para gérmenes comunes, micobacterias, hongos y leishmania fueron negativos. Evolucionó con pérdida de peso, astenia, adinamia, sudoración nocturna y equivalentes febriles, junto con hematuria y proteinuria de 570 mg/24 hs. Con sospecha de Vasculitis Asociada a ANCA se solicitó laboratorio inmunológico: ANA 1/80 moteado fino con ANCA C PR3 y ANCA P MPO negativos. Se realiza nueva biopsia de mucosa de región paranasal derecha en la cual se realizan técnicas de IHO la cual informa: CD45 RO y CD3 positivo; CD56 positivo; CD20 negativo; Ki67 positivo 90%. Estos hallazgos sugieren proceso linfoproliferativo "T". Se inicia seguimiento por servicio de Hematología para tratamiento específico. Caso Clínico 3 Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Chagas, derivado al Servicio de Reumatología por lesión exoftálmica que ocupaba la fosa nasal derecha de 1 año de evolución. Presentaba además, síndrome febril prolongado, poliadenomegalias y lesiones nodulares compatibles con eritema nodoso. La TC de tórax, cuello y maxilo facial informó engrosamiento mucoso pansinusal, múltiples adenomegalias laterocervicales bilaterales y axilares e hipertrofia amigdalina. Los hemocultivos para gérmenes comunes y hongos y las serologías para micosis profundas fueron negativos. PPD negativa. ANCA C-PR3, ANCA P-MPO y ANA negativos. Se realizó biopsia de ganglio cervical de 1,5 cm donde se observa proliferación masiva de células de pequeño y mediano tamaño. El resultado de las técnicas de IHO fue positivo para CD3, CD45 RO y CD5; negativas para CD20, CD79, CD56, CD10, CD23, CD15 y CD30. Ki-67 positivo en 80% de la proliferación. Las características morfológicas y el resultado de la IHO sugieren el diagnóstico de Linfoma de Células T, por lo que inició tratamiento quimioterápico.
Conclusiones: Presentamos tres pacientes jóvenes con lesión destructiva de la línea media con diagnóstico final de linfoma T, en los cuales la VAA fue considerada entre los diagnósticos diferenciales. Destacamos la importancia de realizar el estudio de biopsia con inmunohistoquímica para descartar proceso linfoproliferativo dado que el pronóstico dependerá del tratamiento precoz y oportuno de estas patologías.

239

0239 - HEMORRAGIA SUPRARRENAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Síndrome Antifosfolípido (saf)

RIERA, Julia(1) | BENZAQUÉN, Nadia (2) | CAVALLASCA, Javier Alberto(1) | COSTA, Cecilia Alejandra(1) | GIMENEZ, Sebastián(3) | MUSURUANA, Jorge Luis(1)
HOSPITAL J. B. ITURRASPE (1); SANATORIO DIAGNÓSTICO (2); DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES JUNJÍN (3)

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por el desarrollo de trombosis arterial y/o venosa, frecuentemente múltiple, y morbilidad obstétrica (principalmente, pérdidas fetales recurrentes), en presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Puede estar asociado a otras enfermedades inmunológicas, la más frecuente es el lupus eritematoso sistémico (LES), constituyendo el síndrome antifosfolípido secundario, o presentarse como primario en el 50% de los pacientes. La insuficiencia suprarrenal (ISR) primaria es una falla de la producción tanto de mineralocorticoides como de glucocorticoides en la corteza suprarrenal. El SAF rara vez causa ISR (<0.5%) por hemorragia del órgano atribuible al "infartamiento" glandular (infarto hemorrágico por trombosis de la vena central) que suele ir precedida por manifestaciones tromboticas en otros territorios. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas resaltando el dolor abdominal, hipotensión arterial, alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hiperkalemia), compromiso del estado general, síntomas gastrointestinales, anemia de enfermedad crónica, eosinofilia, cambios en la pigmentación cutánea y de las mucosas, entre otros; aunque en algunas ocasiones el cuadro podría ser silente.

Objetivos: Se presentan 2 casos de hemorragia suprarrenal (HSR) en pacientes con SAF.

Resultados: Caso 1. Mujer, 39 años. Antecedentes personales: LES y SAF, trombosis yugular derecha y embolia pulmonar 11 años atrás; un legrado por aborto y cuatro cirugías por endometriosis. Bajo tratamiento anticoagulante crónico. Consultó por cuadro de 24 horas de evolución; caracterizado por dolor continuo, de intensidad 8/10 en hipocóndrio izquierdo irradiado a hombro homolateral y dorso, sin modificaciones con la respiración ni los movimientos. Refirió, además, dos vómitos alimenticios y un episodio diarreico autolimitados. Cinco días antes del ingreso y para una extracción dentaria había suspendido el acenocumarol durante 72 horas, recibiendo, durante ese tiempo, enoxaparina profiláctica. Tres días previos a la admisión había tenido traumatismo leve en región dorsal. Examen físico: Signos vitales conservados. Abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen superior, con leve defensa en epigastrio. Púño percusión izquierda positiva. Laboratorio: Hiponatremia. Orina: proteínas 1+, Hb 1+, leuco 4-5/cpo. Ecografía abdominal y reno-vesical: normal. Rx tórax: normal. TC de abdomen: hematoma adrenal izquierdo. Por sospecha de HSR traumática, se reemplazó el acenocumarol por heparina subcutánea profiláctica. RIN 1,93. Durante la internación la paciente presentó cuadro similar contralateral, constatándose en nueva tomografía hematoma suprarrenal derecho. Laboratorio: Cortisol plasmático matutino descendido, por lo que se indicó reemplazo hormonal con hidrocortisona y se reinstauró el acenocumarol. La paciente evolucionó favorablemente. Caso 2. Mujer, 34 años. Consultó por astenia, debilidad y pérdida de peso 6kg, de 2 meses de evolución. Entre sus antecedentes personales, TVP-TEP en 2016 y 2 abortos dentro de las 10 semanas de gestación, ocurriendo el último 20 días previos a la consulta. Anticoagulada con acenocumarol, por debajo del rango terapéutico. Examen físico: Regular estado general. FC 70 lxm, FR 16 lxm. Afebril. TA 100/60 mmHg. Hiperpigmentación cutánea universal. Abdomen doloroso difuso, sin peritonismo. Laboratorio: VES 64 mm/h, RIN 1,6. Ecografía abdominal y ginecológica: normales. TC abdomen: aumento de tamaño y de la densidad espontánea de ambas glándulas suprarrenales, sin refuerzo significativo luego de la administración de contraste EV. RMN abdomen: en secuencia T1, ambas glándulas suprarrenales con aumento de su señal central e hipointensidad periférica; en secuencia T1 con supresión grasa, sin contraste EV, hipointensidad central e hiper-señal periférica de ambas glándulas, que indica hemorragia suprarrenal. Laboratorio: Cortisol 1,2 mcg/dl (VN 4,3 - 22,4), ACTH 89,4 pg/l (VN hasta 46). Ac anti-suprarrenales negativos. B2GP1 IgG e IgM negativos. ACA IgG e IgM negativos, anticoagulante lúpico fuertemente positivo y persistente luego de 12 semanas. FAN Hep2 negativo, Ac anti-DNAc negativo, C3 normal, C4 disminuido. Factor V Leiden, protrombina 20210, fibrinógeno, antitrombina, proteína C y S, todos normales. Con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal secundaria a HSR bilateral asociada a SAF, inicia tratamiento con hidrocortisona 15 mg/día VO, hidrotisona 0,1 mg/día, enoxaparina 80 mg/12hs y AAS 100 mg/día. Buena respuesta clínica.

243

0243 - NEUROJOGREN: PRESENTACION DE CASO CLINICO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

FLORES BALVERDI, Janet Pamela I NOVATTI, Elisa I RISCANEVO, Nadia I BAENAS,

Diego I ALVARELLOS, Alejandro I SAURIT, Veronica I CAEIRO, Franciso

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: Autores: Flores Balverdi J, Novatti E, Riscanevo N, Baenas D, Saurit V, Alvarellos A, Caeiro F.

Objetivos: Introducción: El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica que afecta las glándulas exocrinas, causando principalmente xerostomía y xeroftalmia. El espectro de las manifestaciones extraglandulares son variadas, cuando compromete el sistema nervioso central hace más difícil el diagnóstico ya que debe descartarse otras etiologías más frecuentes.

Materiales y Métodos: Caso clínico: Femenino de 35 años, con antecedentes de Hepatitis Autoinmune de 20 años de evolución en tratamiento con ácido ursodesoxicólico 900mg/d, azatioprina 75 mg/día. Consulta por disminución de agudeza visual, diplopía asociado a fiebre de 38° C, al examen físico: Bradipsiquia, síndrome del uno y medio, parálisis facial periférica izquierda, hiperreflexia, Hoffman y babinski izquierdos. En el laboratorio se objetivo leucocitosis leve, reactivantes de fase aguda normal. Las serologías virales para hepatitis B, C y VIH fueron negativas. Cultivos negativos. RMN cerebro: múltiples lesiones que restringen en secuencias de difusión en tronco, cuerpo calloso y yuxtacorticales. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo hiperproteinorraquia, glucorraquia normal, 15 células a predominio de mononucleares. Pandey ++. Bacteriológico sin gérmenes al directo. PCR varicela zoster, citomegalovirus, herpes 1 y II, tuberculosis negativo y aspergillus negativo. Los anticuerpos antinucleares negativo, anti-Ro/SS-A positivo, anti-La/SS-B, inhibidor lúpico negativo, anti cardiolipina Ig-M negativo, B2 glicoproteína negativo. Se realiza biopsia de glándula salival menor grado IV lo que confirma el diagnóstico de SS. Inicia tratamiento pulsos de metilprednisolona 500 mg/d x 3, ciclofosfamida 750 mg ev, sin mejoría de los síntomas agrega gammaglobulinas 2 gr/kg e inicia Rituximab 1 gr cada 15 días (2 dosis) con buena respuesta. Es dada de alta con prednisona en dosis decreciente y rituximab. Evolucionó con mejoría progresiva de bradipsiquia, motilidad ocular y facial. RMN de control al mes del ingreso sin lesiones nuevas y mejorías de las previas.

Conclusiones: Conclusión: Presentamos una paciente con antecedentes de hepatitis autoinmune con síntomas neurológicos agudos, en imágenes revela anomalías en la sustancia blanca. Se descarta infecciones, vasculitis o enfermedad desmielinizante lo que hace difícil el diagnóstico temprano. En Inmunología presentación anti-Ro/SS-A positivo, Biopsia de glándula salival menor grado IV, conocida la asociación de hepatitis autoinmune con SS y el gran espectro de manifestaciones extra glandulares incluidas las neurológicas, se inicia tratamiento con drogas inmunosupresoras con buena respuesta clínica e imagen.

248

0248 - EXPERIENCIA CON BELIMUMAB EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA-SERIE DE CASOS

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: LES

Modalidad Temática 2: Casos Clínicos

PERA, Mariana I ESPASA, Gabriela Vanesa I BERTOLACCINI, M I SORIA CURI, Y I

MAZZA, S I LEGUIZAMÓN, M I BELLOMIO, V.

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Introducción: Belimumab (Bb), único fármaco biológico aprobado para el tratamiento de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es un anticuerpo monoclonal IgG humano que inhibe al factor estimulante de Linfocitos B (BlySS). Dicho factor se encuentra en elevadas concentraciones en estos pacientes y se relaciona con cambios en la actividad de la enfermedad. Bb está indicado en pacientes con lupus activo, anticuerpos anti DNAc positivos e hipocomplementemia a pesar del tratamiento estándar, sin compromiso de órgano mayor. Presentamos la experiencia sobre el uso de Belimumab en pacientes con LES en un Servicio de Reumatología.

Objetivos:

Materiales y Métodos: Descripción de casos: Se revisaron las HC de pacientes con diagnóstico de LES (Criterios ACR 82/97- SLICC 2012) que recibieron tratamiento con Bb endovenoso entre 2014 y la actualidad. Se excluyeron aquellos con datos incompletos en la historia clínica.

Resultados: Del total de 25 pacientes tratados con Bb, se incluyeron 13, todas mujeres, con una edad media de 43.1± 10,1 años y tiempo de evolución de la enfermedad 7.5± 5.4 años al momento de iniciar Belimumab. Las indicaciones más frecuentes fueron compromiso hematológico, articular, cutáneo y eventos adversos a otras drogas. El 46% de los pacientes tuvo más de una indicación. El tiempo medio de duración del tratamiento fue de 22.6±14.8 meses. Al momento del inicio todas las pacientes recibían terapia concomitante con hidrocorticoquina y meprednisona. Diez pacientes presentaron hipocomplementemia al inicio del tratamiento y 4 pacientes fueron anti DNA positivos. Sólo 8 pacientes recibieron las dosis en forma continua o regular, principalmente por falta de provisión de la droga por la obra social. El 31% de los pacientes continuó en tratamiento. El puntaje de SLEDAI disminuyó en forma significativa entre el inicio del tratamiento (media 5.7 ±2.5) y la última dosis recibida (media 2.9 ±3.2), p<0.0001. La dosis de meprednisona fue significativamente menor al finalizar el tratamiento (mediana 16 mg vs 4 mg (p<0.0001)). Las causas más frecuentes de suspensión de Bb fueron LES inactivo (33%) y falta de respuesta (33%). No hubo eventos adversos serios asociados a Bb, aunque una paciente suspendió el tratamiento por causa infecciosa (flemón odontógeno) de manejo ambulatorio.

Conclusiones: Se describe la experiencia de un Servicio de Reumatología con 13 pacientes con LES tratados con Belimumab, sin eventos adversos serios y con resultados similares a los descriptos en la literatura.

258

0258 - FIBROSIS ENDOMIOCARDÍCA EN PACIENTE CON POLIANGEÍTIS GRANULOMATOSA EOSINOFÍLICA (EGPA).

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

PERTUZ REBOLLEDO, María Milena | MARENGO ROMERO, Zully Paola | MARINO, Diego | DUBINSKY, Diana

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: La fibrosis endomiocárdica, es una causa importante de miocardiopatía restrictiva, estimándose una prevalencia mundial de 10 a 12 millones de personas. Se ha propuesto su etiología basada en la infiltración cardíaca por eosinofilia, entre estas encontramos enfermedades relacionadas con parásitos, dieta, toxicidad, enfermedades autoinmunes o susceptibilidad genética. A continuación se presenta paciente con insuficiencia cardíaca, hipereosinofilia y con fibrosis endomiocárdica en la cardiiorresonancia, con diagnóstico reciente de eGPA

Resultados: Paciente femenina de 48 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, asma, exposición por 6 años a humo de la combustión de cables de electricidad. Inicia su enfermedad con disnea clase funcional IV, edema de miembros inferiores y oliguria. Consulta a otra institución donde cursa internación, un mes después de iniciado los síntomas, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca más infección respiratoria, realizando tratamiento antibiótico por 14 días. Es derivada luego para estudio de patología cardíaca. Ingresó con malestar hasta campo medio derecho e hipoventilación en base izquierda, a nivel cardíaco soplo sistólico mitral 3-4/6 no irradiado, aumento de tono y segundo ruido en foco pulmonar. Laboratorios con eosinofilia (810 cel/mm³), con valor máximo en internación de 1500 cel/mm³; parasitológico negativo. TC de tórax sin hallazgos patológicos, parasitológico negativo. ETE: VI dilatado, FEY 58%, Imagen sugestiva de trombo del VI. VD dilatado con función deprimida. IM moderada a grave. IT moderada a grave. PSAP 75 mmHg. Iniciando posterior a reporte anticoagulación. Cardiiorresonancia: Endomiocardiopatía biventricular con mayor compromiso del VI y del aparato valvular mitral y CCG sin lesiones en arterias coronarias. HTP moderada post capilar. Se considera en paciente con endomiocardiopatía más HTP postcapilar, posible compromiso secundario a hipereosinofilia. Se realiza citometría de flujo de sangre periférica, FISH y PAMO sin alteraciones. FAN hep 2 > 1/320 citoplasmático moteado reticulado tipo mitocondrial. Ro 72U/ml (positivo), Anca P 1/80, PR3 negativo, MPO positivo, M2 positivo, anti DNA negativo. C3 96 mg/dl, C4 17 mg/dl, Anti LA, Anti Sm y Factor Reumatoide negativos. Sedimento por nefrología con pH 7.0 densidad 1010 proteínas (+), hemáties 60-80 crenados. Test de ojo seco: BUT OD: 6mm OI: 8mm, Test de shimmer: OD 3mm OI 3mm. Se inicia pulsos de metilprednisolona por 3 días y luego corticoides 1mg/kg, vía oral con normalización de eosinófilos y egreso hospitalario. Evolución al disminuir dosis de corticoides, con mononeuritis múltiple, sin poderse realizar EMG, debido anticoagulación. Dado el antecedente de asma del adulto, eosinofilia, ANCA (+), con MPO (+) débil y mononeuritis múltiple, se considera el diagnóstico de eGPA, se indica nuevamente pulsos con corticoides y se agrega al tratamiento azatioprina

Conclusiones: Entre las enfermedades reumáticas autoinmunes, la eGPA por su componente hipereosinofílico es causa importante de fibrosis cardíaca; el compromiso miocárdico es el principal factor pronóstico, planteando en estos casos la necesidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento óptimo para el manejo de la inflamación sistémica y miocárdica. La cardiiorresonancia tiene un rol creciente en la evaluación del compromiso miocárdico en las enfermedades autoinmunes.

267

0267 - ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

REIBALDI, Alejandro (1) | SAGER, Lorena(1) | CALVO, Romina(1) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana(1) | PAIRA, Sergio(1) | ROBAL, Gloria(2) | BAENA, Diego(3) | **SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL DEL LLANO (2); HTAL PRIV CORDOBA (3)**

Introducción: La Enfermedad de Erdheim Chester (ECD) es una rara histiocitosis de células no Langerhans caracterizada por infiltración xantomatosa por histiocitos espumosos de prácticamente cualquier tejido de la economía, destacan las lesiones osteosclerosas en las metafisis y diafisis de huesos largos. Presenta marcadores inmunológicos (CD68 positivo, CD1a y S100 negativos) que lo diferencian de las histiocitosis de Langerhans.

Objetivos: describir la presentación, datos clínicos y estudios en 19 pacientes diagnosticados por nuestro servicio.

Materiales y Métodos: estudio observacional retrospectivo de 19 pacientes con esta enfermedad. Se utilizó el software SPSS statistics para el análisis estadístico que se expresa en forma de valores absolutos, porcentajes, medias y medianas.

Resultados: encontramos mayor prevalencia del sexo femenino 13/19 (68,42%) con una edad media al diagnóstico de 42 (30-65) años. Las manifestaciones en orden de frecuencia fueron: afección ósea imagenológica (rx y/o centellograma) en 68,42% con dolor óseo en 7 (36,8%), nódulo mamario 7 pacientes (36,8%), "Hairy kidney" en 6 casos (31,6%) así como síntomas generales; afección cutánea en 5 pacientes (1 dermatitis crónica espongiosa, un eritema nodoso, erupción maculo papular de extremidades y dos con xantelasmas), la afectación cardiovascular se vio en 21,05% (4 pacientes: 2 con compromiso pericárdico y 2 periaortico) al igual que la fibrosis retroperitoneal; el compromiso del SNC se vio en 3 pacientes. En la histología se evidenciaron los característicos histiocitos espumosos en 13 casos (68,42%), células gigantes de Touton en 10 (52,6%), positivos para CD68 todos y para proteína S100 en 12 casos (63,15%).

Conclusiones: lo proteiforme de la presentación y el escaso conocimiento de la enfermedad hacen difícil su diagnóstico, si bien en los últimos años se ha incrementado la comunicación de casos. Presenta una mortalidad actual aproximada del 26% dependiendo de afectación orgánica, principalmente sistema nervioso central y cardiovascular.

269

0269 - EL OJO: UN ROMPECABEZAS DIAGNÓSTICO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

SAGER, Lorena Ayeleén (1) | **REIBALDI, Alejandro** (1) | **CALVO, Romina Andrea** (1) | **ORTIZ, Alberto** (1) | **ROVERANO, Susana Graciela** (1) | **GALLO, Jélica** (2) | **ANTONIONI, Noelia** (3) | **LENCINA, María Verónica** (4) | **CRESPO, María Elena** (5) | **SCHMID, Maria Marcela** (6) | **PAIRA, Sergio** (1)

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL RECONQUISTA (2); FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI) (3); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (4); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (5); HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO (6)

Introducción: 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 con riesgo para la vida.

Objetivos: Descripción de casos clínicos.

Resultados: Comunicamos 17 pacientes con edema y/o tumoraciones periorbitarias, de 17 pacientes 13 fueron mujeres y 4 hombres, con una edad media de 45,4 (17-67 años), tres de 17 quedaron sin diagnóstico. Los restantes diagnósticos fueron Enfermedad Erdheim Chester, Xantogranuloma del adulto asociado a asma, Xantogranuloma, Histiocitosis no Langerhans, Amiloidosis asociado a Mieloma múltiple, Orbitopatía tiroidea, metástasis cáncer de mama, un paciente por caso. Xantelasma primario en dos pacientes. Sialoadenitis asociada IgG4 en tres casos y Dacrioadenitis Asociada a IgG4 en dos casos.

Conclusiones: En ausencia de un foco obvio para explicar la inflamación del párpado, estudios de imágenes en conjunto con biopsia e Inmunoistoquímica serían necesarios. La perseverancia por parte del médico y del paciente permitirá un diagnóstico y tratamiento preciso

270

0270 - NEUROPATIA DEL OCTAVO PAR COMO PRESENTACION EXTRAGLANDULAR EN UN PACIENTE CON SINDROME DE SJOGREN.

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

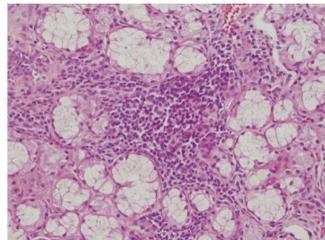
ORTIZ GAONA, Nelson Rafael | **OJEDA, Aldo** | **YINDE ENCINA, Yanira Rossana** | **ACOSTA SANABRIA, Rodrigo Marcelo** | **MARTINEZ AGUERO, Victor Gustavo** | **CORONEL GRUNCE, Johana**

HOSPITAL DE CLINICAS-DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA

Introducción: El síndrome de Sjogren es una enfermedad autoinmune sistémica de evolución crónica que se caracteriza, fundamentalmente, por la presencia de sequedad ocular (xerofthalmia) y bucal (xerostomía) en casi el 100% de los pacientes, junto con la sequedad de otras mucosas, como nasal, faríngea, y vaginal, debido a la lesión de las glándulas exocrinas. En ocasiones cursa con manifestaciones extraglandulares, incluyendo el sistema nervioso central y el periférico.

Materiales y Métodos: CASO CLINICO : Mujer de 21 años con antecedente de 6 meses de síndrome seco, y un mes de sordera neurosensorial de lado derecho, que inicia con dolor intenso en oído derecho que culmina con sordera en menos de 12 horas, consulta con otorrinolaringólogo se inicia tratamiento con administración cocclear de corticoides y por vía sistémica sin mejoría del cuadro, se interna. Resonancia magnética de encéfalo normal. Se solicitan estudios en contexto de síndrome seco. ANA POSITIVO 1/1280 patrón nuclear granular fino, FACTOR REUMATOIDE POSITIVO (768/20) , ANTI RO POSITIVO (>200 UI/dl), ANTI LA POSITIVO (179 UI/dl) ANTI DNA NEGATIVO, PERFIL SAF NEGATIVO (AC.LUPICO, BETA 2 GLICOPROTEINA, ANTICARDIOLIPINA), ANCA C Y ANCA P NEGATIVOS, VIH NEGATIVO, VDRL NEGATIVO Se realiza el diagnóstico de SINDROME DE SJOGREN. Ante un cuadro de una neuritis del VIII par secundario a una enfermedad sistémica, se decide iniciar inducción con ciclofosfamida. Posteriormente se realiza biopsia de glándula salival, cuya anatomía patológica informa: SIALOADENITIS LINFOCITICA (imagen 1-presencia de 4 focos agregados que contienen agregados densos de más de 50 leucocitos).

Conclusiones: El compromiso neurológico en el SS primario es poco frecuente aunque puede ser revelador de la enfermedad. Las manifestaciones periféricas son las más comunes y se asocian a una vasculopatía. La afección del SNC es rara (3%), variada y puede ser severa. Su adecuada evaluación permite en la mayoría de los casos establecer el régimen terapéutico óptimo, adaptado al tipo de afectación que presenta el paciente. El uso de dosis altas de glucocorticoides e inmunosupresores se reserva para los casos graves con compromiso vital o funcional relevante. En los casos refractarios, el uso de inmunoglobulinas intravenosas o de rituximab puede ser eficaz. Son necesarios ensayos clínicos controlados que definan la utilidad y la seguridad de los diferentes abordajes terapéuticos propuestos en base a la patogenia autoinmune-inflamatoria que se presume en las manifestaciones neurológicas del Síndrome de Sjogren.



275

0275 - CONFUSION DIAGNOSTICA ENTRE ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO Y ENTIDADES ONCOHEMATOLOGICAS

Modalidad: Póster Caso Clínico
Unidad Temática: Casos Clínicos

REIBALDI, Alejandro | SAGER, Lorena Ayelén | CALVO, Romina Andrea | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: Las manifestaciones de los cánceres de células sanguíneas son muy variadas y van desde lesiones localizadas a enfermedades sistémicas. Estas pueden acontecer previo o posterior al diagnóstico oncohematológico

Objetivos: Comunicar 4 casos de enfermedad oncohematológica asociada a manifestaciones infrecuentes pero sugestivas de las patologías de base asistidos por nuestro servicio. Tres de los casos presentan afectación dermatológica y uno de ellos afectación ósea. Tres pacientes fueron diagnosticados de mieloma múltiple y el restante de linfoma intravasculoso.

Resultados: caso1: mujer de 38 años de edad sin antecedentes de relevancia consulta por lesiones maculopapulares en tronco y raiz de miembros superiores no dolorosas ni pruriginosas, durante su evolución presenta dolor abdominal, diarrea, hepatosplenomegalia, dolor óseo, parestesias, livedo reticularis e hipocausia neurosensorial rápidamente progresiva. En el laboratorio banda monoclonal IgG, y biopsia de piel con vasculitis leucocitoclastica. Diagnóstico: síndrome de Schnitzler, desarrollando mieloma múltiple 9 años después. Caso 2: paciente masculino de 51 años con antecedente de mieloma hace 13 años tratado y en controles periódicos por hematología. consulta por edema de párpados bilateral, de coloración amarillenta, de 3 años de evolución que agrega equimosis palpebral bilateral y ulceración del lado derecho. Biopsia positiva con rojo congó. Diagnóstico: amiloidosis AL. Caso 3: mujer de 35 años con dolor lumbar de 3 meses, tipo inflamatorio, intensidad 10/10, que inicia posterior a cesarea con anestesia raquímedular, sin síntomas neurológicos. Presenta aplastamientos vertebrales múltiples en la imágenes, laboratorio con gammapatía monoclonal IgG, parámetros de metabolismo fosfocálcico normal y biopsia compatible con mieloma. Caso 4: paciente de 61 años con antecedente de vasculitis leucocitoclastica en piel y adenocarcinoma prostático, inicia con síntomas respiratorios y digestivos inespecíficos, hipertensión arterial, edemas periféricos y derrame pleural, compromiso renal (proteinuria de 3 gr) y hemorragia cerebral por lo cual es derivado por sospecha de vasculitis. En los estudios complementarios: análisis en sangre con plaquetopenia, anemia leve, función renal normal, ferritina mayor a 1000; proteinograma por electroforesis en sangre informa hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia severa, aumento de B2 microglobulina, presencia de componente monoclonal IgM cadena liviana Kappa, EMG con polineuropatía mixta. En la punción de médula ósea se observa población celular con inmunomarcación compatible con proceso linfoproliferativo B clonal, y en la biopsia de piel y nervio sural se evidencia linfoma intravasculoso.

Conclusiones: La importancia de la presente comunicación radica en el conocimiento de las manifestaciones sistémicas y en muchas ocasiones previo al diagnóstico del cáncer simulando enfermedades del tejido conectivo.

277

0277 - NECROSIS ÓSEA AVASCULAR MULTIFOCAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO: REPORTE DE 2 CASOS

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Síndrome Antifosfolípido (saf)

Unidad Temática 2: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral Ósea- Metabolismo Fosfocálcico

BRANCE, María Lorena (1) | CINARA, Luis Carlos(2) | JORFEN, Marisa(3) | CIARLO, Sergio(4) | CHIESA, Gastón(5) | CÓCCARO, Nicolás(6)

CONICET, REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES OSEAS. ROSARIO (1); CÁTEDRA FÍSICA BIOLÓGICA. UNR (2); HOSPITAL ESPAÑOL. ROSARIO. SERV. REUMATOLOGÍA (3); HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ALVAREZ (4); COT. TRAUMATOLOGÍA (5); SANATORIO BRITÁNICO. SERV. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (6)

Introducción: La osteonecrosis o necrosis ósea avascular (NOA) es una afección caracterizada por muerte del tejido óseo trabecular y médula ósea como resultado de la interrupción del flujo sanguíneo del hueso. Cuando se presentan tres o más sitios afectados se denomina multifocal. Muchos factores locales y sistémicos están descriptos en su patogénesis. Si bien el síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por trombosis arterial y/o venosa y morbilidad en el embarazo con asociación de anticuerpos antifosfolípidos, el desarrollo de NOA en sitios atípicos o múltiples en asociación con anticuerpos antifosfolípidos también ha sido descripto. A continuación se presentan dos casos clínicos de NOA multifocal como forma de presentación de SAF primario, en pacientes sin consumo de glucocorticoides, en quienes se descartaron todas otras causas secundarias y que presentaban anticuerpos antifosfolípidos positivos.

Objetivos: Pocos reportes ha descriptos en la literatura de NOA multifocal como forma de presentación de SAF primario. El objetivo de la presentación es el reporte de esta entidad como presentación no frecuente.

Materiales y Métodos: Casos clínicos: Se describen dos casos clínicos. Ambos casos no presentaban antecedentes de jerarquía, y no habían recibido medicación previa. En ambos se descartaron enfermedades autoinmunes, enfermedades por depósito, neoplasias, infecciones y causas hematológicas. Las biopsias óseas fueron negativas para células neoplásicas.

Resultados: Caso 1: Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, que comienza con dolor en rodillas, extremidad inferior de fémures y tercio superior de tibias bilateral. En las radiografías se observan osteoporosis focalizada. RMI fémur y tibia izquierda mostraban extenso infarto óseo que compromete cóndilo femoral externo en sector medio anterior y posterior. También presenta otros infartos pequeños secuenciales en región metafisaria tibial y femoral. En RMI fémur y tibia derecha mostraba extensos focos de infartos óseos metafisarios tibiales y femorales, con procesos osteonecroticos subcondrales en ambos cóndilos femorales que mostraban edema óseo perilesional. En las RMI de control obtenidas se observaba progresión de las lesiones iniciales y nuevos focos. Luego de dicho tiempo realiza interconsulta en nuestro centro, y se descartan causas secundarias. Por laboratorio presentaba anticuerpos anticardiolipinas (aCL), beta-2-glicoproteína 1 y anticuerpos anticoagulante lúpico (ACL) positivos todos en tres determinaciones separadas luego de 6 semanas a título moderado-alto. Caso 2. Paciente de sexo femenino de 44 años de edad, que presentaba un cuadro de un año de evolución de dolor inguinal bilateral, en fémures y sacro, de tipo inflamatorio. En las radiografías simples no se observan alteraciones y en las RMI de fémur bilateral se evidencia edema óseo con áreas de infartos múltiples. Por laboratorio presentaba aCL, anticuerpos anti beta-2-glicoproteína 1 y ACL positivos todos en tres determinaciones separadas luego de 6 semanas a título moderado-alto. Se indicó anticoagulación con acenocumarol y antiagregación plaquetaria. En ambos casos los controles a 6 meses con RMI mostraron la no progresión de las lesiones, y ausencia de edema óseo.

Conclusiones: Discusión: Si bien la asociación entre SAF primario y NOA es controversial, pocos casos han sido descriptos en la literatura en ausencia de otras entidades relacionadas. La presencia de NOA indica isquemia ósea. El hallazgo de estos anticuerpos triple positivos, consecutivos, hacen el diagnóstico de SAF primario en estos pacientes. Ambos casos descriptos presentaron mejoría de las lesiones con la no progresión evaluada por RMI luego del tratamiento anticoagulante/antiagregante.

278

0278 - SÍNDROME PSEUDOVASCULITIC EN PACIENTE HIV

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

REIBALDI, Alejandro | SAGER, Lorena Ayelén | CALVO, Romina Andrea | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: Las enfermedades que más frecuentemente simulan vasculitis sistémicas primarias son la endocarditis infecciosa, el mixoma auricular, la amiloidosis, la calcifilaxis, embolias colesteroles, asociada a drogas como cocaína, ergotamina y warfarina entre otras.

Objetivos: Describimos el caso de una paciente con VIH en tratamiento antiretroviral con ausencia de pulsos que presenta como diagnóstico final intoxicación por ergotamina.

Resultados: paciente de 39 años con antecedente de VIH hace 10 años, medicada con inhibidores de la proteasa potenciados por ritonavir, último recuento de CD4 en marzo de 2019 de 900 y carga viral indetectable; hipotiroidea medicada con T4, consulta en una institución por diarrea de 14 días de evolución no disenterica y cefalea intensa 7/10 no habitual, holocraneana, sin otros trastornos neurológicos, niega fiebre, al examen físico se constata ausencia de pulsos periféricos por lo cual es derivada a nuestro nosocomio. A la evaluación por guardia se evidencia FC 68 FR20 T:35,6 TA no medible, ausencia de pulsos braquiales, poplíteos, tibiales y pedios bilaterales, con frialdad de las extremidades. Presenta encefalopatía con depresión de la conciencia por lo cual se interpreta el cuadro como shock de posibles causas: infecciosas, hipovolemico, mixedematoso. Se realiza reanimación inicial, antibiocioterapia previa toma de cultivos, y se evalúa iniciar hormonas tiroideas endovenosas, pasa a Unidad de Terapia Intensiva (UTI). En su internación en UTI mejora su encefalopatía con la resuscitación inicial, sin recibir hormonas tiroideas, presenta sensorio normal, diuresis conservada y aún sin pulsos pasa a sala general donde se realiza angiografía con test de vasoreactividad positivo por lo cual el diagnóstico hemodinámico fue de arteriopatía por vasoespasmio. Al reinterrogar dirigidamente a la paciente refiere haber estado tomando derivados de la ergotamina por su cefalea por lo cual se interpreta el cuadro como ergotismo agudo iniciando tratamiento con vasodilatadores posterior a lo cual recupera la temperatura y los pulsos de los 4 miembros apoyando el diagnóstico.

Conclusiones: Los múltiples cuadros nosológicos generados por el VIH, las infecciones asociadas y los tratamientos administrados presentan alteraciones que pueden simular procesos reumáticos clínicos y serológicamente. Es de destacar la baja frecuencia del ergotismo y hasta tal vez el subdiagnóstico por lo que concluimos que ante todo paciente VIH con ausencia de pulsos y clínica sugerente se debe pensar en la asociación directa con ergotamina y el principal diagnóstico diferencial con vasculitis de grandes vasos.

281

0281 - DERMATOMIOSITIS AMIOPATICA/HIPIOMIOPATICA CON COMPROMISO PULMONAR PROGRESIVO

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Miopatías / Miositis

Unidad Temática 2: Casos Clínicos

ORTUÑO CRÉSPO, Cinthia Jhovana | GONZALEZ, Josefina | CAMARGO OCHI, Bruno | PEÑA COCA, Patricia | MUSCO, Natalia | RIZZO, Agustín | RODRIGUEZ SAA, Martín | J LOPEZ, Ana Laura | ROTETA, ROCAMORA, Julia | FERNANDEZ ROMERO, Diego | NARBONA, Bettina | INGÉNITO, Fernanda | CARBALLLO, Orlando Gabriel | PAOLINI, María Virginia | LESSA, Carmen

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria de etiología autoinmune caracterizada por debilidad muscular, elevación de las enzimas musculares y patrón mioapático en el electromiograma (EMG). Su incidencia en Argentina es de 3,2/millón habitantes/año. Recientemente se ha descripto una variante de DM mioapática, con lesiones dermatológicas características y enfermedad pulmonar rápidamente progresiva, asociada al anticuerpo anti-MDA5. Este anticuerpo fue reportado por primera vez en 2005 en pacientes con las manifestaciones clínicas mencionadas. La presencia de este anticuerpo se asocia a mayor mortalidad y peor pronóstico.

Objetivos: Describir dos casos de dermatomiositis mioapática e hipomioapática con compromiso pulmonar intersticial progresivo severo.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de dos pacientes con dermatomiositis mioapática e hipomioapática asistidos en la Unidad de Inmunología e Histopatología del Hospital C.G Durand, consignándose las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, tratamiento y evolución.

Resultados: Caso 1. Paciente femenina de 58 años de edad que consultó en 2016 por rash cutáneo en zonas fotoexpuestas, lesiones papulares sobre superficie de extensión de articulaciones interfalángicas y codos, placas eritematosas en ambas palmas, artritis, Raynaud, tos seca y disnea clase funcional II de dos meses de evolución. En tomografía axial computada (TAC) de tórax se evidenciaban imágenes en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares y tractos fibrocalcificales bilaterales. Espirometría con capacidad vital forzada (CVF) 95% y capacidad de difusión de CO (DLCO) 104%. Biopsia de piel: cambios vinculables con dermatomiositis. Anticuerpos antinucleocitoplasmáticos (ANA) negativos. ENAS negativos, anticuerpos anti-PM/SC100, PL-12, PL-7, Mi2, Ku negativos, enzimas musculares normales. Se realiza diagnóstico de dermatomiositis mioapática e inicial tratamiento con azatioprina (AZA) con seguimiento irregular, y dosis terapéutica subóptima. En 2018 consulta por progresión de la disnea y persistencia de lesiones en zonas fotoexpuestas, eritema flagelado en dorso. La espirometría evidenciaba patrón restrictivo severo (CVF 49%), y empeoramiento de la DLCO (24%). Se amplía perfil de anticuerpos para miopatías cuyos resultados informan Oj negativo, Eje negativo, SAE1 negativo, anti-MDA5 positivo y anticuerpos anti-MDA5 positivos. En 2016 consulta por disnea y tos seca, se realiza TAC de tórax que informa bandas densas pleuroparenquimatosas a predominio bibasal, asociadas a bronquiectasias por tracción, acentuación del intersticio subpleural bilateral y nodulitos parenquimatosos. Discontinúa seguimiento. En 2018 consulta por progresión de la disnea y aumento de la tos, con evidencia de deterioro severo en CVF(50%) y DLCO (40%)por lo que se decide rotar el tratamiento a rituximab con buena respuesta clínica y mejoría funcional (CVF 56% y DLCO 66%). Se amplía perfil de anticuerpos para miopatías, cuyos resultados están pendientes.

Conclusiones: Los pacientes con DM pueden desarrollar distintos tipos de lesiones cutáneas y grados de compromiso muscular, incluso sin miositis, en cuyo caso la DM se clasifica como hipomioapática o mioapática. Este fenotipo clínico está frecuentemente asociado a úlceras digitales, pápulas dolorosas en región palmar (Gottron invertido), compromiso pulmonar intersticial y a la presencia de anticuerpos anti-MDA5. La identificación de otros anticuerpos específicos que no se realizan habitualmente en el estudio de miopatías inflamatorias, permite discriminar entre distintos fenotipos clínicos y de esta forma valorar las complicaciones asociadas al pronóstico de la enfermedad. La persistencia de las lesiones cutáneas, la progresión del compromiso pulmonar, el escaso compromiso muscular y la mala respuesta al tratamiento, sugieren descartar estas variantes de DM no clásicas. La positividad de los anticuerpos anti MDA5 se encuentra fuertemente asociada al desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar rápidamente progresiva y este compromiso representa el factor pronóstico más importante en los pacientes con miopatías inflamatorias. Por lo mismo la presencia de anticuerpos anti-MDA5 se relacionan con mortalidad temprana y mal pronóstico. Prever la evolución clínica, permite iniciar tratamiento inmunosupresor temprano y retrasar la evolución del compromiso pulmonar.

283

0283 - HISTIOCITOSIS SINUSAL CON LINFADENOPATIA MASIVA ASOCIADA A ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4

Modalidad: *Póster Caso Clínico*

Unidad Temática: *Casos Clínicos*

SAGER, Lorena Ayelén | REIBALDI, Alejandro | CALVO, Romina Andrea | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: La enfermedad de Rosai Dorfman (ERD) es una rara entidad que se caracteriza por fiebre, adenopatías, neutrofilia, eritrosedimentación elevada e 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 un 33 al 44% de los casos, localizándose con mayor frecuencia en cabeza y 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%. Recientemente se ha investigado la posible relación entre ERD y Enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4), dado que ambas entidades comparten rasgos histopatológicos como infiltrado linfoplasmatario y fibrosis estromal. Actualmente existen pocos trabajos sobre esta asociación en la literatura.

Objetivos: Descripción de Caso Clínico sobre esta asociación

Resultados: Paciente masculino de 52 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 que presentó adenopatías indolores, bilaterales en región cervical, nuca, axila y regiones supraclaviculares. Aumento de tamaño de glándulas salivales: parótidas y submaxilares. En Laboratorio se halló eritrosedimentación elevada, anemia, plaquetopenia y linfopenia, hipergammaglobulinemia policlonal, aumento de urea y creatinina. FAN (hep2) 1/5120 patrón homogéneo, Anti-sm positivo. Durante su evolución presenta compromiso renal (biopsia renal infiltración linfocitaria, 20% de atrofia tubular, Inmunomarcación: IgG4 15 HPF Rango IgG/IgG4: 25%). Se realiza biopsia ganglio cervical: Folículos linfocitos con centros germinales. Áreas interfolliculares expandidas a expensas de numerosos plasmocitos, focos de emperipolesis. Inmunomarcación: CD68 positivo S100 Positivo CD1a negativo IgG4 100 HPF Rango IgG/IgG4: 45%. Biopsia de Médula Ósea: Hiperplasia con relación mieloproliferativa 80/20, aumento de plasmocitos 20%, focos de emperipolesis. Biopsia de glándula salival menor: Infiltración linfoplasmataria, Fibrosis leve e intersticial (no estoriforme) Sin flebitis obliterante ni eosinófilos. Acúmulos linfocitarios periductales Inmunomarcación: IgG4: 12 HPF, IgG/IgG4 25%.

Conclusiones: Está en discusión si la Enfermedad de Rosai Dorfman pertenece o no al espectro de la Enfermedad Relacionada a IgG4.

284

0284 - VIEJAS ENFERMEDADES CONOCIDAS QUE AFECTAN LA ÓRBITA

Modalidad: *Póster Caso Clínico*

Unidad Temática: *Casos Clínicos*

SAGER, Lorena Ayelén | REIBALDI, Alejandro | CALVO, Romina Andrea | ORTIZ, Alberto | ROVERANO, Susana Graciela | PAIRA, Sergio

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: La xantogranulomatosis orbitaria es una enfermedad rara y de difícil diagnóstico diferencial. Como sucede en la mayoría de los tumores orbitarios, la biopsia es definitiva para el diagnóstico. Tanto ésta entidad como el mieloma múltiple y la amiloidosis, comparten características histopatológicas.

Objetivos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Describimos el caso de un varón de 56 años que consulta por inflamación periorbitaria bilateral, que había iniciado hace 3 años con compromiso de ambos párpados (superiores e inferiores), de coloración amarillenta, violácea e indolora. Lesiones maculares en tronco y espalda color café con leche. Antecedentes personales: Mieloma Múltiple de 13 años de evolución. Un año antes de la consulta concurrió al oftalmólogo, quien realizó biopsia de glándula lagrimal, donde evidenciaba grandes acúmulos linfocitos con centros germinales reactivos, sin diagnóstico. Exámenes de laboratorio normales. Tomografía de órbitas y globo ocular: Exoftalmos bilateral simétrico, músculos orbitarios normales excepto aumento de volumen de ambos rectos internos, edema difuso y congestión de la grasa retroocular intraconal. Una nueva biopsia orbitaria mostró inflamación xantogranulomatosa (histiocitos espumosos) y ausencia de células gigantes de Touton. No hubo evidencia de necrosis pero se pudieron observar focos de fibrosis. El infiltrado inflamatorio xantomatoso fue positivo para CD68 y negativo para S100, CD1a, células plasmáticas IgG4 y rango IgG4/IgG normales. En la revisión de esta biopsia se encuentra además una dermis con hiperpigmentación basal y en dermis es llamativa la fragmentación de haces de colágeno dérmico y alrededor de vasos un material amorfo acelular que es eosinófilo pálido rojo congo positivo y coloración verde manzana con luz polarizada (tiolofina) El paciente fue tratado con corticoides endovenosos continuando con descenso gradual y metotrexato 10mg/semana con suplemento de ácido fólico. Sin respuesta ocular al tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico final fue mieloma múltiple con amiloidosis orbital/periorbitaria. Un 4% de la amiloidosis localizada que comprometen cabeza y cuello afectan la órbita. Este paciente con mieloma múltiple muestra manifestaciones oftálmicas de amiloidosis: oftalmoplejia externa, Queratitis sicca, pápulas amiloidóticas en piel, disfunción pupilar. Demora diagnóstica: 3 años (6 meses a 11 años), el signo clínico común: masa periorcular palpable o visible (96%), ptosis (54%), dolor o disconfort periorcular (25%) y hemorragias subconjuntivales.

305

0305 - VASCULITIS CON DOBLE POSITIVIDAD ANCA-MPO Y PR3: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: *Póster Caso Clínico*

Unidad Temática: *Casos Clínicos*

Unidad Temática 2: *Vasculitis/ PMR*

GRASSI, La (1) | MARINO, Diego(1) | BARRIOS, Celina Vanesa(1) | FERROTTA, N(1) | PINO, M(1) | DUBINSKY, Diana(1) | BERON, Ana María(2)

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS (2)

Introducción: Las vasculitis asociada a anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) (AVV) son un grupo de enfermedades inflamatorias sistémicas, caracterizadas por inflamación de los pequeños vasos, con necrosis fibrinóide y presencia de ANCA en suero. Se dividen de acuerdo a las manifestaciones e histopatología en: granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) y vasculitis limitada al riñón. Los ANCA desempeñan un papel central en la patogenia del AAV. Se reconocen 2 tipos asociados a AVV: contra la proteinasa 3 (PR3-ANCA), que se asocia mayoritariamente con el fenotipo de GPA, y contra la mieloperoxidasa (MPO-ANCA), que está asociada en su mayoría con MPA o EGPA. Se considera que son casi mutuamente excluyentes y tienen tanto manifestaciones clínicas como pronóstico diferente.

Resultados: Paciente de sexo masculino de 68 años, ex tabaquista de 60 p/y, que presenta cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por astenia, adinamia, dolor pleurítico y disnea CV IV por lo que consultó previamente y se interpretó como neumonía adquirida de la comunidad y recibió tratamiento empírico con antibiótico por 7 días. Agregó registro febriles por lo que consulta nuevamente, se decide su internación, se indicó tratamiento antibiótico EV y se realizaron HMC x 2. Se realizó TAC de tórax en la cual se observó bronquiectasias, bullas, enfisema centrolobulillar, consolidación en base derecha y vidrio esmerilado. Cultivos sin rescate bacteriológico por lo que cumplió tratamiento antibiótico empírico. Evoluciona con deterioro de la función renal (Urea 71 mg/dl, creatinina 2,5 mg/dl) es interpretado el cuadro como necrosis tubulointersticial por antibióticos. Presenta progresión del deterioro de la función renal (Urea 192 mg/dl, Creatinina 3,94 mg/dL, ClCr: 17 ml/min/1,73 m², Hiperpotasemia 5,7 meq/l). Proteinuria de 24 hs: 1,20 gr/d. Serologías virales (HIV, HVB, HVC, VDRL) negativas. Sedimento urinario: Ph 4, Densidad 1,014 Proteínas (-), leucocitos: 15-20, Hematíes campo semicubierto (dismórficos), > 5% acantocitos, cilindros leucocitarios, granulosos finos, celular mixto. Se reintepretra como Glomerulonefritis (IRA post infecciosa vs farmacológica), se inicia tratamiento con IECA y corticoide 1 mg/kg/día. Se recibe Inmunoserología: FAN + I/320 homogéneo, FR(-), Sm (-), ANCA P + (1/160), MPO-ANCA + (1/45), PR3-ANCA + (1/44) C3 : 115 C4: 31 (normales). Se reintepretra el cuadro como vasculitis asociada ANCA, (FFS=2 y BVAS: 18) y se realiza punción biopsia renal: "Glomerulonefritis proliferativa extracapilar". Se inicia inducción con metilprednisolona 500 mg x 3 días y posteriormente 1 mg/kg/d y 6 pulsos de Ciclofosfamida 500 mg/mensual. Presenta buena respuesta al tratamiento con un ClCr a los 6 meses de 65.89 ml/min/1,73 m² con un BVAS de 0 (corticoide 4 mg/d e inmunosupresor).

Conclusiones: Actualmente se reconoce que aquellos con PR3 positivo tienen mayor compromiso de vía aérea superior y pulmón, más recaídas y mejor respuesta a Rituximab. Mientras que los MPO positivos tienen mayor compromiso renal con peor pronóstico. En la literatura la vasculitis con coexistencia de ambos anticuerpos (PR3-ANCA y MPO-ANCA) es infrecuente. Hay algunos reportes que se puede asociar a endocarditis infecciosa, paquimeningitis, enfermedad mixta del tejido conectivo, enfermedades malignas o nefritis tubulointersticial. En los estudios publicados se encontró que uno de los dos autoanticuerpos tenía un título más alto que el otro, a diferencia de nuestro caso. Será necesario realizar estudios adicionales con un mayor número de pacientes para determinar si la coexistencia MPO y PR3 define un fenotipo particular, con evolución y pronóstico diferente.

310

0310 - EMERGENCIA HIPERTENSIVA EMULANDO SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: *Póster Caso Clínico*

Unidad Temática: *Casos Clínicos*

Unidad Temática 2: *Vasculitis/ PMR*

DAVILA, Antonio (1) | MARINO, Diego(1) | DUBINSKY, Diana(1) | BERON, Ana María(2)

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS (2)

Introducción: El síndrome pulmón (SPR) se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis rápidamente progresiva. Es una patología poco frecuente, tiene mal pronóstico y una alta mortalidad. Si bien inicialmente se describió asociada a anticuerpos contra la membrana basal glomerular (αMBG), existen otras patologías que se pueden presentar de esta manera, siendo las vasculitis sistémicas, el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome de Goodpasture las etiologías más frecuentes.

Resultados: Mujer de 41 años, con antecedentes hipertensión en tratamiento con enalapril, hipotiroidismo, psoriasis y tabaquismo, quien comenzó un mes previo con disnea en clase funcional I/ II, agregando una semana previa edema de MMII, codos, facial y progresión de la disnea hasta clase funcional IV, ortopnea, expectoración hemoptoica. Ingresó hipertensa 220/120 mmHg, saturando 96%(aire ambiente), al examen físico no presentaba soplos, con signos de insuficiencia cardiaca (edemas, IY, RHY). Resto sin alteraciones. Laboratorio de ingreso: Hcto: 18, Hb: 6.4, Plaquetas: 212000, GB: 15550, Na 134, K: 6.6, Cl: 98, uremia: 217 mg/dl, Creatinina: 12 mg/dl, pH: 7.25, HCO₃: 15.4 mEq/L, Láctico 0.7, glucemia: 118 mg/dl, TP: 78%, KPTT: 34 seg, BT: 0.2, BD: 0.1, GOT: 10, GPT: 12, FAL: 62, Proteínas: 7 g/dl, Albúmina: 3.5 g/dl, LDH: 579, sedimento urinario: No inflamatorio, hematíes: 15-20x campo, FENA: 14.96. Coombs directa negativa. TAC de TÓRAX y SPN: derrame pleural derecho, patrón en crazy paving, zonas de vidrio esmerilado en 4 cuadrantes compatible con hemorragia alveolar difusa (HAD) Ecografía renovesical: ambos riñones tamaño disminuido, ecogénicos, con pérdida de la relación corticomedular. Se interpretó inicialmente como síndrome Riñón Pulmón, recibe 3 pulsos de metilprednisolona 500mg/d, y luego 1 mg/kg/día de prednisona. Se realiza Lavado bronquioalveolar: sangrado de todos los sectores, citológico: 540 células, 82% macrófagos, 5% neutrófilos, 13% linfocitos, no se observaron macrófagos cargados con hemosiderina. En sedimento por nefrología hematíes: 20-30 por campo, isomórficos. Ecocardiograma doppler: hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, FEV 63%, cavidades derechas de tamaño y función conservadas, TAPSE 21 mm. Vena cava inferior dilatada con escaso colapso inspiratorio, PSAP 50mmHg. Laboratorio: Inhibidor lúpico: +, Crioglobulinas: + (vestigios), CCP: -, Enzima convertidora de angiotensina: -, Ac anti SS-A/RO: -, Ac anti SSB/LA: -, Ac anti músculo liso: -, Ac anti endomisio IgA: -, C3: 86 (levemente disminuido), C4: normal, FAN: -, Anti DNA doble cadena: -, ANCA (MPO-PR3) negativos. Ac anticardiolipina: negativo. Ac anti membrana basal glomerular: negativo En base a los hallazgos, se reintepretra a la paciente, quien refiere presentar episodios de cefalea, visión borrosa en coincidencia con registros hipertensivos de larga data. Se realiza fondo de ojo: hemorragias en retinitas bilaterales, con cruces AV patológicos. Por presentar signos de daño orgánico crónico por HTA (episodios de cefalea y trastornos visuales asociados a registros tensionales elevados, HVI, riñones disminuidos de tamaño) sin evidencia de compromiso de pequeños vasos (no capilaritis, no hematíes dismórficos) y frente a la negatividad del FAN, ANCA, MPO y PR3, anti MBG, se reintepretra el cuadro como emergencia hipertensiva, en paciente con HTA de larga data no controlada. Por el tamaño renal y la diátesis hemorrágica se decide no realizar biopsia renal. Se optimizó el tratamiento antihipertensivo, con IECA y amlodipina logrando rápido control de la presión, realizó hemodiálisis para manejo de volumen presentando rápida respuesta clínica. Se realiza tapering rápido de corticoides y posterior suspensión de los mismos.

Conclusiones: Las hipertensión maligna rara vez puede manifestarse emulando un síndrome pulmón riñón, suelen ser pacientes hipertensos crónicos, con poca adherencia al tratamiento y mal control de su enfermedad. En un paciente de estas características, con un cuadro de compromiso pulmonar e injuria renal la consideración diagnóstica de la hipertensión maligna en el diagnóstico diferencial resulta indispensable para el tratamiento adecuado.

315

0315 - POLIARTRITIS SÉPTICA PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

NOVATTI, Elisa | RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | FLORES, J I BAENAS, D I ALVARELLOS, A I SAURIT, V I CAEIRO, F

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: La artritis séptica es una afección articular de una articulación, monoarticular, o más de una, poliarticular. Los factores predisponentes de poliartitis séptica son inmunosupresión, dosis altas de corticoides, antecedentes de artritis reumatoidea, prótesis articulares e infecciones con bacteriemias. De series publicadas de artritis séptica, los casos de poliartitis se han descrito en un 15%.

Materiales y Métodos: Caso 1 Varón de 15 años, APP de glomerulonefritis (GN) membranosa. Tratado con dosis altas de esteroides 60 mg/día por un año. Comenzó cuatro meses antes de la consulta con dolor y tumefacción en rodillas, codos y hombro derecho. Hipercoercitismo severo en cara y cuello, estrías en tronco y miembros, miopatía proximal marcada. Arthrocentesis de rodillas, codos y hombro derecho con líquido purulento, 130.000 células y aislamiento de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS) en líquido sinovial y hemocultivos. Ecocardiograma sin lesiones valvulares. Artroscopia, con lavado y desbridamiento poliarticular. Tratamiento ATB con cefazolina EV por 15 días, alta con minociclina y levofloxacina por 6 meses. RMN hombro derecho: edema óseo con focos de osteonecrosis y destrucción de articulación glenohumeral; En rodilla derecha extensas áreas de infarto óseo en diáfisis y epifisis femoral y tibial. Seis meses después persiste limitación de movimientos hombro derecho, recuperación de movilidad de restantes articulaciones, sin corticoides, remisión de GN. Conclusión: Paciente con hipercoercitismo severo, artritis rodillas hombros y codos de varios meses de evolución, demora en realizar estudio líquido sinovial, osteonecrosis asociada a artritis séptica no tratada de larga evolución. Caso 2 Varón de 83 años, APP de diabetes, HTA, nefrectomía izquierda por tumor renal, IRC. Osteoartritis con reemplazo bilateral de rodillas; Consultó por dolor en cintura escapular y pelviana de 4 días de evolución, interpretado como Polimialgia reumática(PMR). Examen: Artritis hombro derecho, bursitis olecraneana izquierda, derrame con moderado dolor en rodilla izquierda. Se realizó arthrocentesis de rodilla, con líquido sinovial turbio con 30.000 células. Desarrollo de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), en hemocultivos, además de articulaciones y bursa referido previamente. Múltiples escoriaciones en piel por rascado, pulso de arteria temporal normales. ATB con vancomicina y artroscopia, lavado articular de hombro derecho, rodilla izquierda. Ecocardiograma transtorácico sin vegetación. Deterioro multiorgánico, inestabilidad hemodinámica, ARM, falleciendo a los 12 días de su ingreso. Conclusión: Paciente con múltiples comorbilidades, artritis insidiosa tipo PMR. Resaltamos la importancia de punción articular precoz para reconocer artritis séptica. Sepsis por SAMR, posible puerta entrada cutánea, rápida progresión a fallo multiorgánico y muerte. Caso 3 Mujer 74 años, con artritis reumatoidea de 20 años de evolución, RTC derecha, en remisión con tofacitinib 5 mg/12 horas y MTX 15 mg/sem. Consultó por dolor en cadera derecha, rodilla izquierda y articulaciones MCF; lesiones artematosas generalizadas y fiebre. Escoriación en dorso mano izquierda 20 días previos. Ex. Físico: Sinovitis en articulaciones MCF de mano derecha, con eritema y calor, dolor cadera derecha, artritis en articulación esternoclavicular y rodilla izquierda. Arthrocentesis: Líquido sinovial purulento, con 60000 células. Desarrollo SAMS en hemocultivos y líquido articular. Ecocardiograma transesofágico con vegetación de 12x7 mm sobre válvula aórtica. Se realizó lavado poliarticular y reemplazo de válvula aórtica. Tratamiento con cefazolina EV 2 g/8 hr, buena evolución y alta con minociclina y TMP/SMZ 160/800. A los 4 meses, dolor prótesis cadera der, ecografía con colección, biopsia con aislamiento de *Salmonella* y *Staphylococcus aureus*, extracción de prótesis y colocación de espaciador de cemento con antibiótico. Conclusión: Paciente con AR, tratamiento Tofacitinib y MTX, sepsis SAMS, puerta de entrada cutánea. Primer síntoma dolor cadera protésica con artritis séptica poliarticular, endocarditis con reemplazo valvular, sin resolución de la infección de prótesis con tratamiento antibiótico prolongado.

Conclusiones: - Se presentaron 3 casos con diferentes espectros de poliartitis séptica. - Se aisló *Staphylococcus aureus* en los tres casos. -El estudio de líquido sinovial sigue siendo el pilar para el diagnóstico de artritis séptica. -Los tres pacientes eran inmunosuprimidos

320

0320 - PSEUDOTUMOR RETRODONTOIDEO CON LUXACIÓN ATLANTOAXIAL EN UN PACIENTE CON HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA

Modalidad: Póster Caso Clínico

Unidad Temática: Casos Clínicos

Unidad Temática 2: OA/Osteopatías/Osteoartritis

RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | NOVATTI, Elisa | BAENAS, Diego | FLORES, J I SAURIT, V I ALVARELLOS, A I CAEIRO, F

HTAL PRIVADO CORDOBA

Introducción: La hiperostosis esquelética idiopática difusa (HIED) o enfermedad de Forestier, es una enfermedad sistémica caracterizada por osificación continua de ligamentos y entesis. Compromete fundamentalmente el esqueleto axial y su principal manifestación es la osificación del ligamento longitudinal anterior (LLA) y la formación de puentes óseos intervertebrales.

Materiales y Métodos: Hombre de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, gota y laminectomía C1- C2 por canal cervical estrecho dos años previa a la consulta. Presentó posteriormente un cuadro progresivo de dolor cervical suboccipital, cuadriparesia y parestesias en los cuatro miembros. La debilidad en miembros superiores (MMSS) era distal con pérdida de la motilidad fina en manos a predominio izquierdo. En miembros inferiores (MMII) la debilidad era proximal. Se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) y radiografías dinámicas de columna cervical, además de radiografías de columna dorso lumbar, laboratorio con hemograma, reactantes de fase aguda y factor reumatoideo.

Resultados: En las radiografías dinámicas cervicales se observó calcificación del LLA y luxación atlantoaxial (10 mm) . La RMN cervical demostró extensa lesión sólida y heterogénea a nivel de la unión atlantoaxial, por detrás de la apófisis odontoides, con desplazamiento del bulbo raquídeo, generando un canal cervical estrecho; Además, cambios de señal intramedular en T2 (mielopatía cervical alta) . A nivel de la columna lumbosacra se evidenció calcificación del ligamento vertebral común anterior. Laboratorio con proteína c reactiva y eritrosedimentación dentro de valores normales y factor reumatoideo negativo. Se realizó intervención quirúrgica con el objetivo de lograr una reducción indirecta mediante un abordaje cervical posterior con artrodesis instrumentada C1-C2 (técnica trans-articular C2-C1 de Magerl) y C1-C3 (técnica Goel Harmas interarticular), descorticalización parcial del lecho C1- C3 y colocación de injerto de banco óseo. En la evolución post quirúrgica inmediata continúo con dolor suboccipital, persistió clínica previamente descrita, agregándose trastorno de la marcha. Electromiograma y potenciales evocados de miembros inferiores sin signos de denervación muscular, indemnidad de la vía periférica bilateral, sufrimiento del arbo a nivel cervical, y a nivel de miembros superiores sufrimiento de la vía sensitiva cervico- medular. Ante la progresión de la mielopatía se realizó descompresión suplementaria occipito-cervical alta (C0-C1) y rizotomía de C1-C2, con mejoría del dolor suboccipital, del trastorno de la marcha y de la debilidad de miembros inferiores y en menor medida de los miembros superiores Control posterior de potenciales evocados de miembros superiores e inferiores normales, RMN de columna cervical a los 8 meses con notable mejoría de la compresión medular a nivel de la unión bulbo medular y C1-C2, con aumento de tamaño de los diámetros óseos del canal raquídeo.

Conclusiones: La presencia de tumor retrodontoideo y subluxación atlantoaxial es infrecuente en pacientes con HIED; Las manifestaciones neurológicas son también infrecuentes. El tratamiento de HIED, generalmente es sintomático, con pocas indicaciones quirúrgicas, siendo una de ellas la presencia de manifestaciones neurológicas como fue nuestro caso.

E-Posters

52° Congreso Argentino de Reumatología

Centro de Convenciones - Salta

14 al 19 de Octubre de 2019

33

0033 - RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA.

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

TAMBORENEA, María Natalia (1) | MORBIDUCCI, Julieta(1) | RODRIGUEZ, Florencia(1) | DALPIAZ, Marina(1) | GERVILLA, Ana Lia(2) | LASCANO, Cruz(2) | ABALOS, Alejandra(2) | PICCO, Eugenia(3) | ACIAR, Mariana(3) | BUSCHIAZZO, Emilio(3) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(3) | COSTI, Ana Carolina(4) | SANSINANEA, Pierina(4) | NAVARRO, Sandra(5) | PISONI, Cecilia(6) | GARCIA, Mercedes(4) | MAMANI, María(1) | ROMANINI, Felix(1) | HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL SAN ROQUE (2); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (3); HIGA EVA PERON SAN MARTIN (4); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (5); CEMIC (6)

Tabla 1	
Edad media (DS)	53±13
Femenino n (%)	50 (94)
Años dx m (RIC)	5 (1-25)
Edu < 12 años n (%)	40 (75,5)
Alcohol n (%)	7 (13)
Tabaco n (%)	4 (7,5)
Comorbilidad n (%)	30 (56,6)
Cáncer n (%)	2 (3,8)
Raynaud n (%)	50 (94,3)
Meses Ry m (RIC)	60 (12-204)
ES Limitada n (%)	26 (49)
ES Difusa n (%)	27 (51)

Tabla 2	ES Limitada n:26	ES Difusa n:27
Rodnan m(RIC)	4,5 (1-12)	15 (1-38)
Capilo SD n (%)	13 (50)	12 (21)
Fan n (%)	26 (100)	27(100)
ERS media (DS)	20±13	29±20
Microstomatia n (%)	6 (23)	11 (40)
Ulc/ Necr Dig n (%)	6 (23)	11 (40)
Manos Puffy n (%)	8 (30)	6 (22)
HTP n (%)	3 (12,5)	8 (29,6)
Comp Esóf n (%)	12 (46)	7 (26)
Crisis Bil n (%)	2 (7,7)	1 (3,7)
NSIP/JUP n (%)	11 (42)	13 (48,1)
Crisis Renal n (%)	1 (3,8)	1 (3,7)
HAQ media (DS)	0,5±0,8	0,75±0,7
Vasodil n (%)	23 (88,4)	21(77,7)
Ciclofoaf n (%)	5(19)	7(26)
Predni <10mg n(%)	6(23)	13(48)
MTX 15mg n(%)	9 (34)	7(26)
MMF n(%)	4(15,3)	2(7,4)

Introducción: La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por alteraciones microvasculares, inflamación perivascular y acumulación excesiva de colágeno, causando fibrosis en la piel y los órganos internos. La baja incidencia y la variabilidad clínica dificultan el conocimiento de esta enfermedad. Cohortes multinacionales de pacientes han colaborado a mejorar la información disponible de esta patología, pero la información local es escasa. Por este motivo, el grupo de Estudio GESSAR Esclerodermia se propuso generar un Registro Nacional de pacientes con Esclerosis Sistémica, a fin de generar una cohorte prospectiva multicéntrica que mejore el conocimiento de la enfermedad acorde a la epidemiología regional.

Objetivos: 1- Describir las características clínicas, demográficas y socioeconómicas de los pacientes con diagnóstico de ES según criterios de clasificación ACR/EULAR 1980/2013, que realizan seguimiento en centros de Reumatología de la República Argentina. 2- Diferenciar las manifestaciones clínicas e inmunológicas de acuerdo a los subtipos de ES Limitada y Difusa.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, de corte transversal. Ingresaron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de ES según Criterios ACR/EULAR 1980/2013 atendidos en 6 centros de Reumatología del país. Se recolectó información clínica, demográfica, socioeconómica, serológica y de tratamiento a través de una planilla de Excel diseñada como parte de la Historia Clínica Unificada del GESSAR Esclerodermia. La carga de datos del sistema se dividió en fases, una visita basal ta de seguimiento cada 12 meses. Se realizó un análisis descriptivo de la visita basal de los datos ingresados en el período octubre 2018-junio 2019.

Resultados: Ingresaron al registro 53 pacientes con ES, de los cuales n: 26 presentaron ES limitada, y n: 27 ES difusa. En la Tabla 1 se describen las características generales de la población. En la Tabla 2 se detallan las manifestaciones clínicas y serológicas según los subtipos ES limitada y difusa.

Conclusiones: Este es el primer análisis realizado sobre el Registro Nacional de Pacientes con ES. Se incluyeron hasta el momento 53 pacientes, encontrado a diferencia de otras cohortes, similar proporción de pacientes en los subtipos difusos y limitados. En nuestra población la frecuencia de compromiso esofágico, respiratorio y crisis renal es similar a la de otras series, mientras que la aparición de úlceras y necrosis digital es casi el doble en comparación con el registro europeo. Es necesario continuar incorporando pacientes a esta cohorte a fin de mejorar el conocimiento de esta patología acorde a la epidemiología local.

36

0036 - COMPROMISO INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial

Unidad Temática 2: ETC

MOLINA, María Josefina (1) | SEGURA ESCOBAR, Carolina(2) | RIVERO, Mariano A.(2) | VARELA, Brenda Elena(3) | CRINITI, Juan M(3) | NITSCHKE, Alejandro(4)

MTA CONSULTORIOS (1); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (2); HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES Y MTA CONSULTORIOS (4)

Introducción: En pacientes con esclerosis sistémica (ESD) el compromiso pulmonar intersticial (CPI) es una manifestación frecuente. Existen factores de riesgo para el desarrollo del CPI: mayor edad al diagnóstico, menor tiempo de evolución, anti-Sc170 (+) o ausencia de anti-centrómero. El CPI puede ocurrir tanto en ESD difusa como limitada siendo el patrón tomográfico más común el de neumonía intersticial no específica (NINE).

Objetivos: Evaluar el CPI en pacientes con ESD.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal. Se evaluaron las historias clínicas de 58 pacientes con ESD, criterios ACR/EULAR 2013. Se evaluó edad, sexo, edad al diagnóstico de ESD, tiempo de evolución de ESD, tiempo de evolución de ESD al diagnóstico de CPI, tipo de ESD: difusa (ESDd), limitada (ESDl) y ESD sine ESD, tabaco, Raynaud, esclerodactilia, úlceras digitales, score de Rodnan modificado (SRM), hipertensión pulmonar, TC de tórax de alta resolución (TCTAR), capacidad vital forzada (CVF) y DLCO basales y de seguimiento, capilaroscopia, FAN, anti-Sc170, anti-centrómero y tratamiento del CPI. Análisis estadístico: frecuencias, medianas, test de Chi cuadrado y test de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 55 de pacientes, 89,1% mujeres, mediana de edad de 59 (46-68) años, mediana de edad al diagnóstico de ESD de 50 (37-59) años y mediana de tiempo de evolución de ESD de 8,5 (4-13) años. El 45,5% presento CPI. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, edad, tiempo de evolución de ESD y edad al diagnóstico de ESD entre pacientes con o sin CPI. Los pacientes con CPI tuvieron una mediana de tiempo de evolución de ESD al inicio de ILD de 12 meses. El 56,4% presento ESDd vs. 40% ESDl y 3,6% ESD sine ESD. Los pacientes con ESDd presentaron mayor riesgo (RR 2,69; 95%IC 1,18-6,12, p=0,005) de desarrollar CPI vs. aquellos con ESDl. Se observó Raynaud en el 100%, esclerodactilia en 69,1%, presencia de úlceras digitales (UD) en el 47,3%, reflujo gastroesofágico (RGE) en el 90,9% del total de los pacientes. La presencia de UD, RGE y los patrones capilaroscópicos fueron similares en ambos grupos. La mediana de SRM en los 55 pacientes fue de 10 (3-21) puntos y en pacientes con CPI fue de 11 (6-20) puntos. 30/55 (54,5%) pacientes presentaron TCTAR normal. De los 25 pacientes con CPI el patrón de TCTAR basal fue NINE en 24 (96%) y neumonía intersticial usual (NIU) en 1 (4%). En 19/25 pacientes la TCTAR de control mostro NINE en 14, NIU en 3, NINE fibrótica en 1 e infección en 1. En pacientes con CPI, la mediana de CVF fue 75% del predicho y la mediana de DLCO fue 76% del predicho. Se observó FAN (+) en el 92,7%, anti-Sc170 (+) en el 36,4% y anti-centrómero (+) en el 29,1% de los 55 pacientes con ESD. Los pacientes con anti-Sc170 (+) tuvieron mayor riesgo (RR: 4,5; 95% IC 2,28-8,87, p<0,001) de desarrollar CPI que aquellos anti-Sc170 (-). Asimismo los pacientes con ESDd más anti-Sc170 (+) presentaron mayor riesgo de desarrollar CPI (RR 3,24; 95%IC 1,84-5,67, p<0,0001). De los 25 pacientes con CPI, 6 no fueron tratados (CPI leve), 19 pacientes recibieron como tratamiento de inducción: 10 CF IV mensual, 5 MMF, 2 RTX y 2 AZA. De estos 19 pacientes, 4 no recibieron tratamiento de mantenimiento mientras que 4 recibieron CF IV mensual, 4 MMF, 1 RTX, 5 AZA y 1 pirfenidona.

Conclusiones: La frecuencia de CPI en pacientes con ESD fue 45%. Los pacientes con ESD difusa y anti-Sc170 (+) tuvieron 3 veces mayor riesgo de desarrollar CPI dentro de los 12 meses del diagnóstico de la enfermedad.

60

0060 - ASOCIACIÓN ENTRE EVOLUCIÓN RENAL, VARIABLES CLÍNICAS Y HALLAZGOS DE LA BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ANCA.

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

DUBINSKY, Diana(1) | VERGEL ORDUZ, Linda Grey (1) | BRIGANTE, Jorge Alejandro(1) | MARINO, Diego(2) | PERROTA, Natalia(2) | HASSAN, Romina Isabel(3) | VERNÁ, Gisele(1) | HAMAUÍ, Adriana(1) | KERZBERG, Eduardo(3) | SANATORIO GÜEMES (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA (2); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (3)

Introducción: En las Vasculitis ANCA asociada (VAA) la glomerulonefritis (GN) rápidamente progresiva es una de las complicaciones más graves. En 40 % de los casos evolucionan a enfermedad renal crónica (ERC), otros a hemodialisis (HD) o muerte. Según la clasificación del grupo Europeo de VAA (EUVAS) los hallazgos histopatológicos de la biopsia pueden predecir la evolución renal con mejores resultados en la clase focal, seguida de la mixta y esclerótica.

Objetivos: Evaluar asociación entre evolución renal y hallazgos histopatológicos de los pacientes con VAA.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo pacientes con VAA (ACR 1990 / Chapel Hill 2012) y GN rápidamente progresiva de tres centros de alta complejidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre Enero/2012 - Dic 2018. Se consignaron variables demográficas, clínicas, analíticas y seguimiento durante un año, al diagnóstico. Se evaluó los patrones de inmunoserología (ANCA y PR3/PMO), Five Factor Score (FFS), BVAS3 (0-63) y VDI (0-64) al año. Se revisaron las biopsias renales (microscopía óptica e inmunofluorescencia). Se clasificaron las lesiones glomerulares según EUVAS y se evaluó su asociación con ERC, HD y muerte

Variables Clínicas	Media Basal n=33	Media al año n=23
Creatinina Basal (Crb)	3 mg / dL (SD +/- 2.8 IC95% 1.8-4.1)	2.18 mg/dL(SD +/- 2.6 IC95% 1.14-3.2)
eGFR	32.5 ml/min/1.73m2 (SD +/- 26 IC95% 22-43)	43 ml / min / 1.73m2 (SD +/- 30 IC 95% 31-55)
Proteinuria 24 hs	1,88 g/L(SD +/-1,17 IC95% 1,48-2,28)	

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 57,6% varones. Edad media 51 (DE +/-16 IC95%45-58). GPA 65%, y PAM 33%. ANCA n:20, PR3 52%. ANCAp n:30, MPO 30%. Histopatología: Lesiones glomerulares: Focal 18%, Crescencita 27% Esclerótica 12% y Mixta 43%. Grado 1: 24%, grado 2: 27% y grado 3: 49%. Necrosis fibrinóide en 61%. Compromiso Intersticial global (tubulitis, atrofia tubular, fibrosis e infiltrado inflamatorio) 97%; grado 0: 12%, grado 1: 58%, grado 2: 30%. Infiltrado celular en 85% monomorfonuclear 73%, polimorfonuclear 6%. Lesión vascular (esclerosis subintimal) 79%; leve 46%, moderado en 36% y severo 11%. Los pacientes presentaban compromiso clínico severo, las variables clínicas basales y al año se resumen en la tabla 1. con un BVAS3 mediana 15 (RIC 7-48). FFS: I: 24%; II: 42%; III:18%; IV: 6%. Creatinina basal (Crb) media: 3 mg/dL (DE +/- 2.8 IC95% 1.8-4.1); al año 2.18 mg/dL (DE +/- 2.6 IC95% 1.14-3.2). Proteinuria 64% (91% nefrítica) eGFR basal media 32.5 ml/min/1.73m2 (DE +/- 26 IC95% 22-43) al año 43 ml/min/1.73m2 (DE +/-30 IC95% 31-55), VDI al año mediana 3 (RIC 2-5) y PCR 23 (RIC 1-321), con requerimiento de HD al inicio el 36%, logrando independencia de HD (IHD) al año en 30% las variables asociadas a IHD fueron Crb y eGFR p=0.014 y p=0.012 respectivamente y el patrón focal con p=0.032. Evolucionaron a ERC el 33% siendo el patrón mixto el más asociado p=0.017. Recaidas en el 30% de las ERC asociadas al tipo de lesión glomerular con p=0.006. Óbito 4 (actividad e infección). La asociación entre afectación tubulointersticial y ERC e IHD no fue significativa.

Conclusiones: La Crb y la tasa de filtrado glomerular fueron los mejores predictores de ERC e IHD. El patrón mixto se asocio a ERC. Encontramos una asociación entre el patrón focal y la IHD. Las recaídas se encuentran asociadas al tipo de patrón glomerular. Se halló bajo porcentaje de progresión a ERC y alta tasa de IHD. No se evidenció asociación entre compromiso tubulointersticial y progresión a ERC

75

0075 - ¿EXISTE ALGÚN DESENCADENANTE IDENTIFICABLE EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

TOBAR JARAMILLO, Mayra Alejandra (1) | SANTOS ANDRADE, Victor(2) | SCOLNIK, Marina(1) | JARAMILLO GALLEGÓ, John Fredy(1) | SCAGLIONI, Valeria(1) | SORIANO, Enrique(1)

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); FUNDACION VALLE DE LILI (2)

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria frecuente en personas mayores de 50 años, que se caracteriza por dolor en la cintura escapular, región cervical y caderas, asociado frecuentemente a rigidez de estas áreas posterior a períodos de reposo y elevación de reactivantes de fase aguda (eritrosedimentación y proteína C reactiva). La patogénesis de la PMR aún no se conoce bien, los factores genéticos podrían jugar un papel importante. Algunos estudios han sugerido una variación estacional. Lo que indica un posible desencadenante infeccioso; otros han mostrado la asociación con el inicio de estatinas.

Objetivos: Comparar pacientes con PMR y con controles para identificar posibles desencadenantes en el año anterior al desarrollo de la PMR arteriales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de PMR atendidos en nuestro hospital entre los años 2000 y 2015, que cumplieran con los criterios ACR 2012 y un número de pacientes controles machedados por edad y sexo (1 a 1). La fecha al diagnóstico de la PMR se consideró como la fecha índice para los pacientes y su control correspondiente. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, recolectando datos demográficos, infecciones, internaciones, cirugías, vacunas y el inicio de estatinas en el año anterior a la fecha índice tanto para pacientes con PMR como para sus controles y se compararon entre ellos. Para los pacientes con PMR, también se analizó la estación del año donde comenzaron los síntomas de la enfermedad.

Tabla 1. Características de pacientes con PMR y controles en el año anterior a la fecha del diagnóstico

	Pacientes con PMR (n=169)	Controles (n=169)	P valor
Femenino, n (%)	135 (79,5)	135 (79,5)	1
Hipertensión, n (%) IC 95%	68 (40,2; 33,1-47,8)	68 (40,2; 33,1-47,8)	1
Dipositemia, n (%) IC 95%	34 (20,1; 14,7-26,5)	21 (12,4; 8,2-18,4)	0,06
Diabetes, n (%) IC 95%	9 (5,3; 2,8-9,8)	12 (7,1; 4,1-12,1)	0,49
Obesidad, n (%) IC 95%	19 (11,2; 7,3-16,9)	20 (11,8; 7,7-16,7)	0,86
Inicio de estatinas, n (%) IC 95%	17 (10,1; 6,3-15,4)	9 (5,3; 2,8-9,8)	0,10
Cualquier agente reductor y antibiótico, n (%) IC 95%	31 (18,3; 13,2-24,9)	24 (14,2; 9,7-20,4)	0,30
Infecciones que requieren antibioterapia consultiva ambulatoria, n (%) IC 95%	25 (14,8; 10,2-20,9)	18 (10,6; 6,9-15,3)	0,25
Infecciones que requieren internación, n (%) IC 95%	4 (2,4; 0,9-6,2)	2 (1,2; 0,3-4,6)	0,41
Infecciones que requieren cirugía, n (%) IC 95%	7 (4,1; 1,9-8,5)	4 (2,4; 0,9-6,2)	0,78
Eventos cardiovasculares, n (%) IC 95%	2 (1,2; 0,3-4,6)	1 (0,6; 0,1-4,1)	0,58

Tabla 2. Características de los pacientes con PMR

	Pacientes con PMR (n=169)
Femenino, n (%)	135 (79,5)
Edad al diagnóstico, años, media (DS)	79,5 (6,3)
Entrenamiento al momento del diagnóstico, mm/h, media (DS)	54 (24,1)
Inicio de PMR que comienza en verano, n (%) IC 95%	91 (53,7; 46,8)
Dolor en cintura pélvica, n (%) IC 95%	84 (50,0; 44,8)
Artros, n (%) IC 95%	96 (57,2; 51,4)
Dosis inicial del corticosteroide, media (DS)	9,3 (4,1)
Duración del tratamiento con corticoides, mediana (RIC)	21 (13-33)
Inicio de PMR que comienza en invierno, n (%) IC 95%	56 (33,2; 27,5)
Síntomas de PMR que comienzan en otoño, n (%) IC 95%	30 (18,0; 13,1)
Síntomas de PMR que comienzan en primavera, n (%) IC 95%	42 (24,8; 18,9-31,9)
Síntomas de PMR que comienzan en invierno, n (%) IC 95%	27 (15,9; 11,2-22,4)

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes en cada grupo. 79,9% eran mujeres. La edad al diagnóstico de la PMR fue de 79,5 años (DS 6,1). No se encontraron diferencias entre los pacientes con PMR y los controles respecto a infecciones, hospitalizaciones, vacunas, cirugías o inicio de estatinas el año anterior al diagnóstico de PMR (tabla 1). Los síntomas de PMR comenzaron en verano en 50 pacientes (29,6%, IC 95%: 23,1-36,9), en otoño en 50 (29,6%, IC 95%: 23,1-36,9), en invierno en 42 (24,8%, IC 95%: 18,9 -31,9) y primavera en 27 (15,9%, IC 95%: 11,1-22,4) (Tabla 2).

Conclusiones: No encontramos un desencadenante identificable para el desarrollo de PMR al analizar el año anterior al diagnóstico en comparación con los controles. No se vio claramente ningún patrón estacional.

88

0088 - UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE DE DAÑO DE MIOSITIS (MDI) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIAS DE BUENOS AIRES

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Miotopías / Miositis

TOLEDO, María Virginia (1) | GOMEZ, Ramiro Adrian(2) | BRAILLARD POCARD, Andrea(3) | PISONI, Cecilia(1)

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS * NORBERTO QUIRNO* (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA (2); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (3)

Tabla 1. MDI score	
MDI score total, mediana (RIC)	3(1-5)
Domínios	
Cardiovascular, n(%)	8(21,05%)
VAS Cardiovascular, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Catanes, n(%)	10(26,3%)
VAS Cutáneas, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Endocrínicas, n(%)	9(23,6%)
VAS Endocrínicas, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Oculares, n(%)	6(15,7%)
VAS Oculares, Mediana (RIC)	0 (0-1)
Gastrointestinales, n(%)	8(21,05%)
VAS Gastrointestinales, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Infección, n(%)	7(18,4%)
VAS Infección, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Muscular, n(%)	14(36,8%)
VAS Muscular, Mediana (RIC)	0 (0-3)
Ocular, n(%)	4(10,9%)
VAS Ocular, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Pulmonar, n(%)	14(36,8%)
VAS Pulmonar, Mediana (RIC)	0 (0-3)
Respirador, n(%)	9(23,0%)
VAS Daño Vascular, Mediana (RIC)	0 (0-0)
Malignidad, n(%)	2(5,26%)
VAS Malignidad, Mediana (RIC)	0 (0-0)
VAS Global, Mediana (RIC)	8,5 (2-12)

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI) constituyen un grupo poco frecuente, heterogéneo, de enfermedades autoinmunes que se caracterizan por presentar principalmente debilidad muscular asociada a infiltrado inflamatorio en la biopsia. No se ha analizado extensivamente el daño que la enfermedad ocasiona en los pacientes. El grupo de estudio internacional de miositis (IMACS) ha definido el daño de la enfermedad como un cambio persistente o permanente en la anatomía, la fisiología y la función, que se desarrolla a partir de la enfermedad activa,

complicaciones de la terapia u otros eventos . Se ha creado el Índice de Daño de Miositis (MDI) que incluye cambios en 11 órganos y sistemas asociados a escalas visuales análogas realizadas por el médico tratante.

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar el daño que presentan los pacientes con miopatías inflamatorias en dos Hospitales Universitarios en Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 39 pacientes con MI . Se analizaron las historias clínicas y se realizó el Índice de daño de miositis (MDI) de manera retrospectiva por el médico tratante respecto a la última visita. El mismo consta de 11 dominios (muscular, esquelético, cutáneo, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular, vascular periférico, endocrínicas, oculares, infección y malignidad), cada uno con 2- 8 ítems. A su vez cuenta con un puntaje de escala visual analógica (VAS) de 0 a 100 mm para cada sistema de órganos. Cada elemento debe tener una duración mayor o igual a 6 meses para calificar como daño. La presencia o ausencia de cada elemento se sumó para proporcionar una puntuación de la extensión total de daño MDI (0-33 en adultos).

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes con MI de dos Hospitales de la ciudad de Buenos Aires, 33 (86,8%) mujeres, con una edad media de 54,9 (DS 15,5), con una media de seguimiento de 8,4 (DS 8,4) años. Del total de pacientes, 23 (60,5%) tenían diagnóstico de Polimiositis, 10 (26,3%) Dermatomiositis, 2 (5,3%) Dermatomiositis amiotópica, 2 (5,3%) Dermatomiositis juvenil y 1 (2,6%) otra. En cuanto al tratamiento inmunosupresor, recibieron una mediana de 2 (DS 1,6), siendo principalmente Metotrexato 23 (59%), Azatioprina 19 (48,7%), Mefenolato 17 (43,6%) e Inmunoglobulina 16 (41%). Veintiséis (74,3%) de los pacientes tenían Anticuerpos específicos de Miositis, siendo el más frecuentemente encontrado el JO 10 (25,6%). En cuanto al MDI, el resultado total del Score tuvo una mediana de 3 (RIC 1-4,75). El principal dominio en el que se encontró daño fue en el Muscular y Pulmonar, presentándose en 14 (36%) de los pacientes.

Conclusiones: Observamos que dentro de la población estudiada el daño se encontró principalmente en músculo y pulmón, tal como se vio en otras series reportadas.

107

0107 - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: ESPA

LUNA, Gisele Alejandra | ISNARDI, Carolina Ayelel | BARBICH, Tatiana | CARRIZO ABERZA, Virginia | CITERA, Gustavo | SCHNEEBERGER, Emilce Edith

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: La calidad de vida sexual suele estar afectada en los pacientes que padecen Psoriasis (Ps) y/o Artritis Psoriásica (APs), con una frecuencia que varía entre 36 al 70%. Sin embargo, este aspecto es infrecuentemente evaluado en la consulta médica

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: determinar la calidad de vida sexual en pacientes con APs mediante los cuestionarios Qualisex y Qualipsex y analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a una peor calidad de vida sexual

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >=18 años de edad con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Aquellos pacientes con dificultades para completar los cuestionarios (analfabetos, no videntes) y/o con comorbilidades descompensadas fueron excluidos. Se consignaron datos sociodemográficos, peso, talla, comorbilidades por índice de Charlson abreviado, características de la enfermedad y presencia de manifestaciones extraarticulares. Se interrogó acerca del diagnóstico de enfermedades psiquiátricas y tratamientos, incluyendo fibromialgia (criterios ACR 2014 modificados). Se determinó la presencia de rigidez matinal, dolor, fatiga, evaluación global de la enfermedad según el paciente y el médico mediante EVN (cm), recuento articular (66/68) y se registró la presencia de dactilitis y de entesitis por medio de MASES. Se incluyeron los valores de ERS y PCR correspondientes a la visita médica. La psoriasis cutánea se valoró por medio de BSA y se constató el compromiso de Ps ungueal. Se calcularon DAPSA y MDA. Se administraron los cuestionarios HAQ-A, PsAQoL, EQ-5D-3L, DLQI, PHQ-9 y GAD-7. La calidad de vida sexual fue evaluada mediante los cuestionarios Qualisex y Qualipsex. Análisis estadístico: Estadística descriptiva, test T de Student, ANOVA, Chi² o test exacto de Fisher. Correlación por Spearman. Fiabilidad por alpha de Cronbach. Regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes con APs, con una edad mediana (m) de 56 años (RIC 43,2-65,7), 34 (65,4%) mujeres y un tiempo de evolución de la APs m de 12 años (RIC 5-17). El 55,8% de los pacientes tenía comorbilidades y 40,4% estaban desocupados. DAPSA m 12,8 (RIC 6,8-21,4), HAQ-A m 0,8 (RIC 0,25-1,13), DLQI m 2 (RIC 1-4), PsAQoL m 6 (RIC 1-11), PHQ-9 m 5 (RIC 1-9,8) y GAD-7 m 6 (1,25-10). 14 pacientes (26,9%) presentaban MDA. Cuestionarios de calidad de vida sexual: Qualisex m 1,2 (RIC 0,9-2,9) y Qualipsex m 15 (RIC 0-33). La correlación entre ellos fue muy buena (Rho: 0,82). El Qualisex mostró muy buena confiabilidad (alpha de Cronbach= 0,91), efecto piso de 25,5% y efecto techo 0%. Ambos cuestionarios correlacionaron con distintas variables de evaluación de la enfermedad, entre ellos: HAQ-A (Rho: 0,40), DAPSA (Rho: 0,40), PsAQoL (Rho: 0,53) y DLQI (Rho: 0,59). Los pacientes con depresión mayor y ansiedad tuvieron peor calidad de vida sexual por Qualipsex (X 31,3±19,7 vs X 14,3±5,8, p=0,003; X 23,3±19,4 vs X12,4±15, p=0,03, respectivamente). Por el contrario, aquellos pacientes ocupados y en MDA presentaban mejor calidad de vida sexual (X 13,8±15,8 vs X 25,6±19,6, p= 0,02 y X 10,6±12,6 vs X 21,4±19,2, p= 0,03, respectivamente). En el análisis multivariado, ajustando para edad, sexo y tiempo de evolución de la APs, la única variable que se asoció independientemente a peor calidad de vida sexual medida por ambos cuestionarios fue mayor actividad de la enfermedad medida por DAPSA (coeficiente 0,37, IC95% 0,11- 0,14, p= 0,02)

Conclusiones: La esfera sexual en pacientes con APs está afectada. El Qualipsex es un cuestionario que permite evaluar la calidad de vida sexual. Ha demostrado buena confiabilidad y correlación con el otro cuestionario destinado a este fin, el Qualisex. La actividad de la enfermedad es la variable que más influye en la calidad de vida sexual en pacientes con ApS

104

0104 - RESULTADOS DE CAMPAÑA NACIONAL DE DETECCIÓN DE FENÓMENO DE RAYNAUD

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Estudios Complementarios

Unidad Temática 2: ETC

PENDON, Gisela Paola (1) | PEREIRA, D(1) | MOLINA, M(2) | PONS ESTEL, G(3) | GIORDANO, F(1) | RODRIGUEZ GIL, G(4) | CUSA, M(5) | ARIAS SAAVEDRA, M(6) | BOHR, A(2) | PEREZ DAVILA, A(2) | KERZBERG, E(6) | VANOFF, H(7) | DUBINSKY, D(7) | SEGURA, C(8) | BARTEL, G(8) | ROMANINI, F(9) | CASADO, G(10) | GUTIERREZ LP (1); H R ROCCA (2); CENTRO CREAM (3); H L LUCERO BAHIA BLANCA (4); MED REUMATOLOGIA SAN FERNANDO (5); H R MEJIA (6); H CLINICAS USA (7); H BRITANICO (8); H RIVADAVIA (9); H MILITAR (10); H TORNU (11); HTAL PRIV CORDOBA (12); CLINICA UNIV R FABIOLA (13); H S ROQUE (14); H ESC MADARIAGA (15); HTAL SR DEL MILAGRO (16); CTRO PRIV CORDOBA (17); CTRO PRIV REUMATOLOGIA TUCUMAN (18); HTAL PADILLA (19); HTAL AVELLANEDA (20); HTAL PROV ROSARIO (21); HTAL CULLEN (22); HTAL E PERON BAIGORRIA (23); HTAL EL CARMEN (24); CLINICA PASTEUR (25); CLINICA DE LA PIEL (26); H V BARROS (27); H SJ BAUTISTA (28)

Introducción: La prevalencia del Fenómeno de Raynaud (FR)es de 3 al 5% de la población. En 10-20% (FR 2rio) debemos sospechar enfermedades autoinmune.(EAS) Su evaluación clínica temprana y la capilaroscopia periungueal, pueden detectar EAS

Objetivos: Analizar pacientes con FR concurrentes a una Campaña Nacional.Describir características socio-demográficas, comorbilidades,asociación con EAS y alteraciones capilaroscópicas más frecuentes encontradas en pacientes con FR primario

Materiales y Métodos: En mayo de 2019, se diseñó una Campaña por el GRUPO GESAR de Esclerodermia de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).Se participó a centros públicos y privados de la Argentina y a filiales de la SAR. Se convocó a pacientes que presentaran cambios de coloración de manos desencadenados por el frío.Se realizó difusión.Se diseñó una encuesta donde se recogieron datos:socio-demográficos, presencia de EAS, comorbilidades, ubicación del FR y tabaco.Se realizó capilaroscopia periungueal mediante videocapilaroscopia y capilaroscopia óptica.Se utilizó análisis estadístico descriptivo. Para las variables continuas se estimaron medias y medianas según distribución y para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y sus porcentajes.

Resultados: Participaron 91 reumatólogos de 36 centros públicos y privados.Se evaluaron 733 pacientes con una media de edad de 47 años.El 87,6% fueron de sexo femenino y 82,1% residían en vivienda urbana.Todos los pacientes presentaban FR en el momento de la evaluación. 445 concurrentes no conocían su diagnóstico al momento de la evaluación.Entre las comorbilidades se detectaron:hipotiroidismo 22,5%,hipertensión 21,4%,túnel carpiano 7,1%,diabetes 5,7%,hipertiroidismo 0,8%.El 16,4% eran tabaquistas.La frecuencia de pacientes con EAS fue de 30,6% de los cuales un 27,6% eran mujeres y 2,8% varones.La Esclerodermia fue la más frecuente en 113 pacientes, seguida de 45 con Lupus, Artritis Reumatoidea en 29, Polimiositis en 9, Sjogren en 9 y 19 pacientes sin especificar.La ubicación más frecuente en los pacientes sin EAS fue manos 42,3%, seguido de más de una ubicación en 177 concurrentes y seis en pies.En los pacientes con EAS, la ubicación fue: manos 103 pacientes,104 presentaron en más de una ubicación y 4 en pies.De 733 capilaroscopias realizadas, 267 fueron normales y 194 patológicas. En 507 pacientes con FR primario, las capilaroscopias fueron normales en 227 y en 79 patológicas

Conclusiones: La campaña para detección de FR, aumentó la probabilidad de diagnóstico temprano en patologías autoinmunes.De 733 pacientes con FR primario,un 11% presentó patrón patológico.Se destaca la importancia de campañas de difusión que posibilita la evaluación de patologías en forma precoz,con el fin de tratamiento oportuno.

128

0128 - RENDIMIENTO DE UNA VERSIÓN CLÍNICA DE LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ESPONDILOITIS ANQUILOSANTE: ASDAS Y SASDAS

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: ESPA

MACIAS OVIEDO, Leonela Lyseth | CAPELUSNIK, Dafne | SCHNEEBERGER, Emilce | SEVILLANO, Juan Manuel | GIORGIS, Pamela | ZAMORA, Natalia | CITERA, Gustavo

IREP

Introducción: Existen diferentes herramientas para medir la actividad de la enfermedad en la Espondiloartritis axial (EsPax), entre ellas, el autoquestionario BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), el índice compuesto ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease activity Score) y su versión simplificada, SASDAS (Simplified ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). Versiones clínicas de los índices compuestos ya han sido validadas en otras enfermedades y han demostrado ser útiles al momento de evaluar al paciente cuando no se dispone del laboratorio.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar el desempeño de una versión clínica de los índices ASDAS proteína C reactiva/eritrosedimentación (PCR/ERS) y SASDAS PCR/ERS en una cohorte argentina de pacientes con EsPax.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamientos realizados. Se consignaron los valores de ERS (mm/h) y PCR (mg/dl) y presencia de HLA-B27. Se evaluó número de articulaciones tumefactas (44) y sitios de entesitis (MASES). Se consignó la presencia de rigidez matinal, y se empleó escala visual numérica (EVN) para evaluar dolor, dolor nocturno, actividad de la enfermedad por el paciente y el médico. Se administraron autoquestionarios BASDAI, BASFI y ASQoL. Se calcularon los índices compuestos: ASDAS-ERS/PCR y SASDAS-ERS/PCR y las versiones clínicas tanto del ASDAS como del SASDAS (ASDAS-c y SASDAS-c), omitiendo el dato de laboratorio.

Tabla 1. Correlación de los índices compuestos entre sí y con otras variables de la enfermedad

	ASDAS ERS	ASDAS-c ERS	ASDAS PCR	ASDAS-c PCR	SASDAS ERS	SASDAS PCR	SASDAS-c
ASDAS ERS	0,98	0,88	0,87	0,87	0,94	0,90	0,87
ASDAS-c ERS	0,88	0,82	0,89	0,88	0,93	0,91	0,99
ASDAS PCR	0,87	0,82	0,81	0,81	0,86	0,85	0,81
ASDAS-c PCR	0,87	0,89	0,81	0,81	0,97	0,92	0,99
SASDAS ERS	0,94	0,98	0,87	0,87	0,95	0,95	0,87
SASDAS PCR	0,90	0,93	0,91	0,92	0,95	0,95	0,90
SASDAS-c	0,87	0,89	0,81	0,81	0,96	0,96	0,99
Dolor nocturno (EVN)	0,61	0,67	0,53	0,57	0,66	0,59	0,66
Inflamación (eritros) (EVN)	0,72	0,81	0,71	0,81	0,79	0,75	0,79
MASES	0,37	0,46	0,31	0,46	0,43	0,40	0,46
BASDAI	0,82	0,95	0,76	0,95	0,94	0,89	0,95
BASFI	0,69	0,80	0,71	0,80	0,77	0,74	0,80
ASQoL	0,68	0,76	0,62	0,77	0,74	0,71	0,76

Rho de Spearman

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes, 150 de sexo masculino (75,5%). La edad mediana (m) fue 47,5 años (RIC 38-59) y el tiempo m de evolución de la enfermedad fue de 20,5 años (RIC 10,5-30,5). 153 pacientes (78,1%) presentaron Espondilitis Anquilosante (EA) y 43 pacientes (21,9%) tenían EsPax no radiográfica (EsPax-nt). Las correlaciones de ASDAS-c y SASDAS-c fueron muy buenas con todas las versiones del ASDAS y SASDAS y también fueron buenas con otras medidas clínicas/métricas no incluidas en los índices (dolor nocturno, evaluación del médico,

MASES, BASFI y ASQoL) (Tabla 1). No encontramos diferencias en las correlaciones entre los índices clínicos vs los originales entre EsPax-nt y EA, y hubo una tendencia a mejores correlaciones en varones vs mujeres. Se calcularon los puntos de corte para los ASDAS y SASDAS clínicos en base a las versiones originales, los cuales presentaron buena sensibilidad y especificidad (AUC > 0,75). La concordancia de los valores de corte de ASDAS-c y SASDAS-c y las respectivas versiones de ASDAS y SASDAS fue muy buena en general (kappa > 0,833), excepto entre ASDAS PCR y ASDAS-c con una concordancia moderada (kappa: 0,533). La concordancia fue mejor entre las versiones de SASDAS comparado con las de ASDAS. Cuando analizamos las discrepancias en una valoración interna por expertos según su criterio de actividad de cada paciente, las versiones clínicas tuvieron mejor rendimiento que sus pares que incluían los reactivos de fase aguda. No encontramos diferencias en estas discrepancias en relación al sexo, tipo de EsPax, o tiempo de evolución de la enfermedad.

Conclusiones: La versión clínica de los índices ASDAS y SASDAS ha demostrado buen desempeño para la evaluación de la actividad de la enfermedad en pacientes con EsPax. Las diferencias entre estas versiones clínicas deberían ser evaluadas por expertos de otros centros de reumatología y en estudios prospectivos.

147

0147 - NIVEL DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO VA-LES

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: LES

CAMARGO OCHI, Bruno | CHIGANER, Edson | LOPEZ, Ana Laura | LESSA, Carmen Flora | HOSPITAL C. DURAND

Introducción: La prevención de las enfermedades infecciosas respiratorias es de extrema importancia, sobre todo en aquellas personas que padecen alguna alteración del sistema inmune. Los pacientes con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), presentan niveles variables de inmunosupresión, dependiendo de la condición subyacente y el tipo de medicación utilizada. Hay evidencia que los pacientes con LES presentan un riesgo aumentado de neumonía, con un fuerte impacto sobre la morbilidad. La vacunación representa una medida estratégica para evitar estas infecciones. Nuestra percepción, por datos de la práctica diaria, es que la cobertura es deficiente para las vacunas recomendadas en este grupo de pacientes en particular para influenza y neumococo.

Objetivos: Evaluar de forma transversal el nivel de cobertura para las vacunas para influenza y neumococo, investigar causas de ausencia de vacunación y conocer los factores de riesgo para infecciones respiratorias en una cohorte de pacientes con LES de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal mediante encuesta online utilizando la plataforma Google Form®. La convocatoria fue realizada a través de las asociaciones de pacientes, y redes sociales. Los criterios de inclusión fueron presentar diagnóstico de LES, ser mayor de 18 años y haber completado completamente el formulario previa aceptación del consentimiento informado. Se recabaron datos sobre la enfermedad de base como así también sobre factores de riesgo para infecciones (p.e. uso de corticoides o inmunosupresión). Se interrogó sobre cobertura de vacunación para influenza y neumococo y sobre las causas de no vacunación. Se preguntó por vacunación antitetánica como una medida del nivel de vacunación general. Los datos obtenidos se analizaron con regresión logística binaria para evaluar predictores de vacunación.

Resultados: Participaron 265 pacientes, 98.1% de sexo femenino, con edad media de 39.7 años y mediana de 7 años de evolución (rango 0-40 años). Respecto a los factores de riesgo para infecciones respiratorias, 85.3% recibía inmunosupresores, 34.9% tomaba dosis altas de corticoides, 24.2% eran fumadores, 19.6% presentaban patología renal asociada a LES, 19.2% eran mayores de 50 años, 9.4 % presentaba patología respiratoria crónica, 9.1% presentaba patología cardíaca crónica y 4.2% eran diabéticos. El 67.2% recibió vacunación para influenza, 55.1% para neumococo, 4.8% ambas y 26% ninguna de las dos. El motivo más frecuente de no aplicación de vacunas fue la falta de indicación por parte del profesional (64.9%). En el modelo final de regresión logística, el compromiso renal asociado a LES y el antecedente de aplicación de vacuna antitetánica se asociaron a la aplicación de ambas vacunas, (OR= 2.85 y OR=1.83 respectivamente). Las variables mencionadas arriba y el uso de corticoides a dosis alta se asociaron a la indicación de vacuna antineumocócica (OR= 3.09, OR=2.02 y OR=1.75 respectivamente). Para la indicación de la vacuna antigripal, sólo la aplicación de vacuna antineumocócica se asoció a la misma (OR=9.60).

Conclusiones: La cobertura de vacunación para influenza y neumococo es deficiente en los pacientes con LES siendo la principal causa de no aplicación la falta de prescripción del médico. Es necesario concientizar a los profesionales de la importancia de una adecuada cobertura de vacunación en esta población como así también de la seguridad de las mismas.

186

0186 - SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y MANIFESTACIONES EXTRA GLANDULARES: SU ASOCIACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

ASNAL, Cecilia (1) | AMITRANO, C(1) | NITSCHKE, A(1) | PUCCI, P(1) | ALVARELLOS, A(2) | BAENAS, D(2) | CAEIRO, F(2) | RISCANEANO, D(2) | SAURIT, V(2) | VELEZ, S(3) | ALBIERO, E(4) | OTADUY, C(4) | ALASCO, L(5) | PAPANSIDERO, S(5) | CRUZAT, V(6) | IRAITI, L(6) | SALVATIERRA, G(7) | SANTIAGO, L(8) | JUAREZ, V(9) | DEMARCHI, J(10) | DUARTES NOE, D(10) | RIVERO, M(10) | SEGURA ESCOBAR, C(10) | ZALLES LAZARTE, S(10) | 1 | 1 | 1

HOSPITAL ALEMÁN (1); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (2); CONSULTORIO PRIVADO (3); H CORDOBA (4); H TORNU (5); CLINICA BESSONE (6); IPIPI (7); OMI (8); HOSPITAL NTR0 SEÑOR DEL MILAGRO (9); H BRITANICO (10); HOSPITAL RIVADAVIA (11)

Introducción: El síndrome de Sjogren primario (SSp) es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por epitelitis linfocitaria de las glándulas exocrinas. Se presenta clásicamente con síndrome sicca (ss), asociado en algunos pacientes (pts) a manifestaciones extra glandulares (MEG), que la hacen heterogénea en su forma de presentación. Su ausencia dificulta el diagnóstico.

Objetivos: Evaluar si la frecuencia de MEG se asocia con el tiempo de evolución de la enfermedad. Evaluar si la presencia aislada de MEG modifica la utilización de los métodos para el diagnóstico de SSp en comparación con los pts que debutan con sicca.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, observacional, analítico, corte transversal. Se incluyeron pts de la base de datos de SSp del grupo de estudio de Sjogren de la SAR. Se evaluaron los pts al ingreso en la base de datos. Se evaluó ausencia o presencia de MEG y número/paciente (pt)(1-6). Se dividieron a los pts en grupos según tiempo de evolución desde el diagnóstico: al momento de la consulta (0), 1, 2, 5, 10 a o más de 10 a. Se evaluó la proporción de pts que presentaban ss, ss + MEG, MEG sólo y su relación con tiempo de diagnóstico. Se evaluó su relación con realización de test de Schirmer, Rosa de Bengala, sialometría, anti SS-A y biopsia de glándula salivar menor.

Tiempo de da (años)	MEG + (n)	MEG - (n)	N pts	p**	% pts con MEG	OR	IC95%
= 0 (inicio)	27	27	54	0.0004 (<=0 vs >0)	50	0.3927	0.2239-0.6887
>0	438	172	610		71.6	2.547	1.452-4.466
<=1	160	94	254	0.0009 (<=1 vs >1)	62.99	0.586	0.418- 0.8214
>1	305	105	410		74.39	1.707	1.217- 2.392
<= 2	204	107	311	0.009 (<=2 vs >2)	65.59	0.672	0.4815- 0.938
>2	261	92	353		73.94	1.488	1.066-2.077
<=5	305	144	449	0.04 (<=5 vs >5)	67.93	0.781	0.5055-1.049
>5	160	55	215		74.42	1.373	0.9536-1.978
<=10	409	183	592	0.06 (<=10 vs >10)	69.09	0.6386	0.3567-1.143
>10	56	16	72		77.78	1.566	0.8748-2.803
N pts	465	199	664				

ss y 14 pts (2.1 %) sólo MEG. 465 pts presentaron ss y MEG. La mediana de MEG fue de 1 (rango: 1 a 6) / 317 pts, presentaron 1 MEG (67.88%); 101pts, 2 (21.62%); 30pts, 3 (6.42%); 12pts, 4 (2.6%); 4 pts (0.84%); 3pts, 6 (0.64%). De los 54 pts ingresados al momento del diagnóstico, 27 (50%) tuvieron MEG, de los pacientes ingresados hasta 1 a posterior al diagnóstico, 160 pts (62.99%), hasta los 2 a 204 (65.59%); hasta los 5 a 305 (67.93%); hasta los 10 a 409 (69.09%); con más de 10 a de diagnóstico 56 pts (77.78%). Sólo los pts con más de 5 a de evolución (n=215) presentaron 4 o más MEG (n=9). Las MEG más frecuentes fueron: músculo esqueléticas (380), dermatológicas (118), neuropáticas periféricas (53) y pulmonares (40). La frecuencia en que se realizaron las pruebas diagnósticas en el grupo con MEG fueron test de Schirmer n=378(81.29%), anti SSA n=291(83.44%), biopsia GSM n=383 (82.36%), sialometría n=207 (44.51%) y Rosa de Bengala n=13 (2.8%). La combinación de tests más utilizada en todos los grupos independientemente del tiempo de diagnóstico fue test de Schirmer y anti SSA/Ro. En los pts con sólo MEG la combinación fue Schirmer n=7(50%) y biopsia de glándula salivar menor n=11(78.57%).

Conclusiones: En nuestro estudio, la mitad de los pts con SSp presentaban MEG al momento del diagnóstico. A mayor tiempo de diagnóstico, hubo mayor número de MEG. El mayor aumento ocurrió durante los 1º años. No se encontró un patrón característico en la utilización de métodos complementarios en los grupos estudiados.

191

0191 - ¿CUÁL ES EL VALOR CLÍNICO DE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIANTÍGENOS NUCLEARES EXTRAÍBLES EN LOS PACIENTES CON LUPUS?

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: LES

FERNÁNDEZ ÁVILA, Diana Carolina | SCOLNIK, Marina | BROM, Martín | SCAGLIONI, Valeria | SORIANO GUPPY, Enrique

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan en su gran mayoría FAN positivo y un alto porcentaje anticuerpos antiADN doble cadena. La presencia de anticuerpos positivos antiantígenos nucleares extraíbles (ENAs) (Ro, La, Sm, RNP) están presentes en un menor número de pacientes con LES, y si bien se han descrito asociaciones con diversas manifestaciones clínicas, su valor clínico en el curso de la enfermedad no es claro.

Objetivos: Comparar las manifestaciones clínicas, tratamientos recibidos y medidas de desenlace entre aquellos pacientes con LES con ENAs positivos y ENAs negativos.

VARIABLE	PAN con ENAs negativos (n=96)	PAN con ENAs positivos (n=136)	Total
Sexo femenino, n (%), (IC95%)	86 (87.8%, 74.6-95.2)	125 (91.6%, 84.9-94.5)	211
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	29 (21.2-40.8)	27 (21.2-37.6)	56
Tiempo de seguimiento en el hospital, años, mediana (RIC)	9.3 (4.7-13.4)	6.3 (4.2-13.4)	156
Uso de corticoides, mg/día, n (%), (IC95%)	60 (62.1%, 51.3-70.6)	85 (68.3%, 60.4-76.1)	145
Uso de inmunosupresores, n (%), (IC95%)	5 (5.1%, 2.1-11.8)	13 (9.6%, 5.5-15.6)	18
Ulcera mucocutánea, n (%), (IC95%)	37 (37.4%, 11.8-26.3)	37 (27.6%, 13.7-37.3)	74
Haciaña, n (%), (IC95%)	32 (32.9%, 24.9-42.6)	41 (30.3%, 22.8-37.9)	73
Anticuerpos anti-ENAs, n (%), (IC95%)	67 (66.4%, 56.7-76.5)	99 (65.2%, 56.7-72.7)	166
Serología, n (%), (IC95%)	18 (18.4%, 11.8-27.4)	39 (28.3%, 21.3-36.4)	57
Comorbilidad en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	37 (37.8%, 42.1-42.8)	74 (53.6%, 45.2-61.8)	111
Compromiso neurológico, n (%), (IC95%)	11 (11.2%, 6.3-19.2)	17 (12.3%, 7.9-19.9)	28
Asma, n (%), (IC95%)	9 (9.2%, 4.8-14.8)	1 (1.0%, 1.5-1.9)	10
Encefalopatía/epilepsia, n (%), (IC95%)	9 (9.2%, 7.8-10.2)	19 (13.9%, 8.7-19.6)	28
Trastorno bipolar, n (%), (IC95%)	14 (14.3%, 10.3-19.5)	17 (12.6%, 10.3-14.9)	31
CI sistémico bajo, n (%), (IC95%)	36 (36.2%, 27.4-46.8)	37 (27.2%, 20.4-34.1)	73
CI sistémico alto, n (%), (IC95%)	39 (39.6%, 31.3-49.4)	57 (41.3%, 33.3-49.8)	96
CI venoso, n (%), (IC95%)	31 (31.3%, 24.9-43.2)	39 (28.3%, 19.8-37.7)	70
SAR, n (%), (IC95%)	67 (66.4%, 41.4-84.6)	82 (60.2%, 49.8-67.7)	149
Corticoides >20mg/día en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	62 (63.7%, 74.3-81.4)	123 (89.7%, 82.7-93.4)	185
Anticuerpos en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	37 (37.8%, 24.9-42.6)	74 (53.6%, 45.2-61.8)	111
Anticuerpos en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	37 (37.8%, 21.3-36.4)	57 (41.3%, 33.3-49.8)	94
Anticuerpos en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	39 (39.6%, 31.3-49.4)	57 (41.3%, 33.3-49.8)	96
Anticuerpos en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	39 (39.6%, 28.4-48.2)	51 (36.8%, 28.4-45.4)	90
Calificación en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	39 (39.6%, 35.1-48.0)	58 (42.6%, 33.1-48.3)	97
Debutaron en algún momento de la evolución, n (%), (IC95%)	1 (1.0%, 0.2-1.9)	9 (6.6%, 2.1-12.1)	10

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con LES atendidos en un Hospital Universitario desde el año 2000 que cumplieran criterios SLICC 2012. Se dividió a los pacientes en dos grupos: aquellos con ENAs positivos (si alguno de los ENAs fue positivo en algún momento del seguimiento) y aquellos con ENAs negativos (todos los ENAs negativos durante el seguimiento). Se revisaron manualmente las historias clínicas electrónicas y se recolectaron datos demográficos, de laboratorio, clínicos, de tratamiento, y de desenlace (muerte y score SLICC de daño al final del seguimiento) y se compararon estos datos entre ambos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 236 pacientes con LES (69.4% sexo femenino, media de edad al diagnóstico 32.3 años [DS 14.8]), 98 de ellos (41.5%) con ENAs negativos y 138 (58.4%) con ENAs positivos (anti Ro 40.3%, anti La 17.4%, anti Sm 30.1% y anti RNP 16.9%), seguidos en promedio 9.4 años (DS 5.1). Las características de ambos grupos se muestran en la tabla 1. El 100% de los pacientes de ambos grupos presentaron FAN positivo. Los anticuerpos antiADN fueron positivos en un 60.1% (IC 95% 57.4-68.0) de los pacientes con ENAs positivos y en un 36.7% de los pacientes con ENAs negativos (IC 95% 27.7-46.8) (p < 0.001), habiendo sido solicitados durante el seguimiento una mediana de 9 veces (RIC 5-17) y de 8.5 veces (RIC 4-16) respectivamente (p=0.69). Los anticuerpos antiENAs fueron pedidos con similar frecuencia, tanto en el grupo con ENAs negativos como en los pacientes con ENAs positivos [antiSm, mediana de 2 (RIC 1-4) y 3 veces (RIC 2-4), p=0.08; anti Ro: una mediana de 2 (RIC 1-4) y 3 veces (RIC 2-4), p=0.12; anti La: mediana 2 (RIC 1-4) y 3 veces (RIC 2-4), p=0.15; anti RNP: mediana 1 (RIC 1-3) y 2 veces (RIC 1-3), p=0.34, respectivamente]. Entre aquellos con ENAs negativos y positivos no se observaron diferencias en la frecuencia de manifestaciones clínicas, mortalidad (4.1% vs 3.6% respectivamente, p=0.86) ni en el score de SLICC de daño al final del seguimiento [mediana 1, RIC 0-2, versus 1, RIC 0-2, respectivamente, p=0.88]. En cuanto a los tratamientos recibidos, solo los pacientes que recibieron belimumab tuvieron una diferencia estadísticamente significativa (1 (1.0%), 0.1-7.0) versus 9 (6.5%), 3.4-12.1) (p 0.04) (ver tabla 1).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con LES, el presentar anticuerpos anti ENAs positivos no influyó en el comportamiento clínico global ni en la mortalidad ni en el daño al final del seguimiento.

192

0192 - VALORACIÓN DESCRIPTIVA DE LAS INTERCONSULTAS DE PACIENTES INTERNADOS SOLICITADAS AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: ETC

DÁVILA, Lilián | RETA ARBÓ, Lucas | GARCIA ORO, Agustina | Milagros | WERNER, Marina | Laura | MUSSANO, Eduardo | Daniel | ONETTI, Laura | CADILE, Isaac | Ignacio

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) requieren internaciones más frecuentes debido a interconsultas, sospechas diagnósticas que implican internación, o la necesidad de tratamientos por vía parenteral, entre otras causas, sin embargo hay pocos estudios sobre hospitalizaciones en pacientes con ER.

Objetivos: Valoración retrospectiva de las interconsultas que llegan a nuestro servicio desde otras áreas médicas del hospital. Determinar días de internación, mortalidad, porcentaje de nuevos diagnósticos de ER.

Materiales y Métodos: Se estudiaron las interconsultas solicitadas al servicio de reumatología durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de Mayo de 2019. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, área médica solicitante, motivo de ingreso y consulta, días de internación, diagnóstico y destino final. Los datos fueron recogidos por médicos reumatólogos. Se analizaron las variables mensurables utilizando la media y el error estándar y las variables categóricas mediante sus frecuencias relativas.

Resultados: Se estudiaron 65 interconsultas. El 63 % de éstas fueron mujeres, con una media etaria de 57,5 ± 19,2 años y el promedio de días de internación fue de 15,7 días. 17 pacientes de las 65 interconsultas (26,15%) tenían diagnóstico de ER previo a la internación. Se realizaron 19 nuevos diagnósticos (29,2%); 5 paciente con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), 3 con artritis reumatoidea, 3 con vasculitis ANCA-C y solo un caso de los siguientes: síndrome de Felty, síndrome de activación macrófaga, poliarteritis nodosa (PAN), artritis séptica, gota, hepatitis autoinmune, vasculitis leucocitoclastica y osteomielitis. La tasa de mortalidad fue del 21,53%; siendo la causa más frecuente el síndrome de fallo multiorgánico, luego broncoaspiración, además de síndrome de activación macrófaga, insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia hepática y shock hipovolémico. Las áreas médicas que solicitaron interconsulta, por orden de frecuencia, fueron: Clínica Médica (61,53%), Terapia Intensiva (16,92%), Cirugía (4,61%), Cardiología (4,61%), Oftalmología (4,61%), Oncología (4,61%), Nefrología (3,33%) y Neurología (1,53%).

Conclusiones: La mayor cantidad de interconsultas fueron solicitadas por el Servicio de Clínica Médica. Se realizó nuevo diagnóstico de ER en aproximadamente un tercio de los pacientes, los cuales requirieron seguimiento de nuestro Servicio. El promedio de días de internación y el porcentaje de mortalidad fueron similares a los reportados en otros trabajos. Resaltamos la importancia del reumatólogo para una mejor atención de los pacientes ingresados en un hospital.

199

0199 - ¿ES EL ESTRÉS UN GATILLO PARA EL DESARROLLO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: LES

SORIA CURI, Yessika Jackeline | BARBAGLIA, Ana Lucía | GONZÁLEZ LUCERO, Luciana | BERTOLACCINI, María Constanza | SUELDO, Héctor Raúl | MAZZA, Susana Marcela | LEGUIZAMÓN, María Lilia | ESPASA, Gabriela Vanesa | PERA, Mariana | BELLONIO, Verónica Inés

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Introducción: Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica, de etiología autoinmune y compromiso sistémico que implica estrés psicológico multifactorial. El término estrés define a cualquier exigencia externa o estímulo que produzca un estado de tensión, que requiere un cambio adaptativo por el organismo. Si bien se ha difundido al estrés como "gatillo" para el inicio o reactivación de enfermedades del tejido conectivo, existe evidencia discutida de la asociación entre estrés y el diagnóstico de LES. La Escala de Reajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe es uno de los instrumentos utilizados para evaluar acontecimientos vitales y medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante un tiempo y predecir la aparición de una enfermedad.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de factores estresantes y acontecimientos vitales en pacientes con LES y su relación con el diagnóstico de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron 94 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (criterios ACR 1982/97 y/o SLICC 2012) que asistieron al consultorio de Reumatología entre mayo-agosto de 2019 y 101 controles sin enfermedad autoinmune. Se estudiaron variables demográficas y relacionadas a la enfermedad. Se empleó la escala de Acontecimientos vitales de Holmes y Rahe (43 preguntas) para evaluar nivel de estrés y factores estresantes ocurridos el año previo al diagnóstico de LES. La suma de los puntajes indica la magnitud de estrés vital experimentado por una persona y la propensión a adquirir una enfermedad. Se clasificó: <150: existe un pequeño riesgo de enfermarse a causa del estrés; 150-299: riesgo moderado; >300: alto riesgo.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes con LES, 94% fueron mujeres, edad media 36.3 ± 10.3. El 41.9% tuvo antecedente familiar de enfermedad reumatológica y el 31.2% se encontraba desempleado. Durante el año previo al diagnóstico de LES, 48.4% padeció una situación estresante, siendo la causa más frecuente el fallecimiento de un familiar directo (44.1%). Los pacientes con LES presentaron puntajes de estrés significativamente mayores que el grupo control (140 ± 27 vs 45.1 ± 43, p=0.0001). El 54.8% de los pacientes con LES tuvo un puntaje <150, 23.65% entre 150-299 y el 10.75% >300. La proporción de pacientes con LES fue mayor en las categorías moderado y alto riesgo (>150) que en el grupo control (34% vs 2%, p=0.0001). Al estudiar los factores de la escala de Holmes y Rahe de forma individual, los pacientes con LES tuvieron mayor frecuencia de situaciones relacionadas con: muerte del cónyuge (p=0.029), muerte de familiar cercano (p=0.0001), lesión o enfermedad personal (p=0.006), cambio en las condiciones de vida (p=0.0001) y mala relación con el cónyuge (p=0.017).

Conclusiones: - Los pacientes con LES presentaron alta frecuencia de situaciones estresantes previas al diagnóstico (48.4%), con puntajes mayores comparados con el grupo control. - La muerte de un familiar cercano fue el acontecimiento vital estresante más frecuente.

228

0228 - DESARROLLO DE UN NUEVO SCORE CLÍNICO DE ACTIVIDAD PARA ARTRITIS PSORIÁSICA – AIPA (ACTIVITY INDEX FOR PSORIATIC ARTHRITIS)

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: EsPA

LEGUIZAMON, María Lilia (1) | SUELDO, H(1) | GONZÁLEZ LUCERO, L(1) | SORIA CURI, Y(1) | MAZZA, S(1) | ESPASA, G(1) | BARBAGLIA, A(1) | BERTOLACCINI, M(1) | SANTANA, M(1) | GALINDO, L(1) | CARRIZO ABAZAR, V(2) | CORONEL ALE, A(2) | SERRANO, E(3) | PAPANADERO, S(3) | BELLONIO, V(1)

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNUÉ (3)

Introducción: La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad inflamatoria de curso crónico, progresivo y a menudo invalidante que puede comprometer múltiples áreas. La heterogeneidad en su presentación permite utilizar diferentes scores para evaluar su actividad pero ninguno considera todos los aspectos de la enfermedad. Por otra parte, algunos índices requieren determinaciones de laboratorio (VSG, PCR), las cuales no siempre están disponibles al momento de la consulta. Por ello surge la necesidad de diseñar un score clínico simplificado que incluya la mayor parte de los dominios involucrados.

Objetivos: 1. Desarrollar un Índice de Actividad Compuesto para APs (AIPA). 2. Determinar correlación de AIPA con otros scores validados: DAPSA (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) y MDA (Minimal Disease Activity).

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs (según criterios CASPAR) que asistieron a Servicios de Reumatología de 3 centros durante los meses Mayo - Junio de 2019. Se excluyeron pacientes analfabetos. Se evaluaron variables demográficas, socioeconómicas, relacionadas a la enfermedad, de laboratorio y tratamiento. AIPA consideró los siguientes dominios: compromiso articular periférico, compromiso axial (dolor lumbar inflamatorio por EVA y sacroileitis clínica), compromiso ungueal (pitting, onicólisis, hiperqueratosis), compromiso cutáneo por BSA (Body Surface Area), entesis por LEI (Leeds Entesitis Index), dactilitis, uveítis y EVA global del paciente. Análisis Estadístico: Se realizó análisis exploratorio y confirmatorio para construir el score por suma, análisis de clases latentes para determinar puntos de corte y posteriormente correlación con DAPSA y MDA por Gamma de Goodman-Kruskal y TAU c de Stuart.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 61% fueron mujeres, edad media 56 ± 13 años, tiempo medio de evolución de psoriasis de 21 ± 13.3 años y de artritis psoriásica 12 ± 9.2 años. El 68% tuvo compromiso articular periférico (CAP), 56% compromiso ungueal, 39% BSA entre 3 y 30 %, 27% sacroileitis, 15% al menos 2 puntos de entesis positivos, 5% dactilitis y 1.1% uveítis. La media de EVA global del paciente fue 5.6 ± 2.8 cm y de dolor lumbar inflamatorio 2.6 ± 3.5 cm. Para desarrollar el índice se realizó en primer lugar un análisis de clase latentes (ACL) sobre el CAP, y se estableció que 3 fue el punto de corte con mejor porcentaje de clasificación (95%), Sensibilidad 100%, Especificidad 91%. En una segunda etapa se sumaron los otros ítems del score al CAP y se aplicó un segundo ACL que permitió discriminar 2 puntos de corte: >8 (Sensibilidad 100% y >17 (Especificidad 98%), determinando 3 categorías: Baja actividad con puntaje menor que 8; actividad moderada entre 8 y 17; y alta actividad si fue mayor o igual a 17. Según AIPA 26 pacientes (27.7%) clasificaron con baja actividad, 48 (51%) con moderada actividad y 20 (21.3%) con alta actividad. Por DAPSA el 20.2% presentó remisión, 31.9% leve actividad, 35.1% moderada actividad y 12.8% alta actividad; 24 pacientes (25.5%) alcanzaron MDA. Se encontró buena correlación entre AIPA, MDA y DAPSA (Gamma de Goodman y Kruskal 0.6352, p=0.00001).

Conclusiones: - AIPA demostró ser un score clínico útil para medir actividad de la enfermedad en pacientes con artritis psoriásica. - AIPA presentó buena correlación con DAPSA y MDA.

254

0254 - RENDIMIENTO DEL EDASMI (EDMONTON ANKYLOSING SPONDYLITIS METROLOGY INDEX) PARA LA EVALUACIÓN DE LA MOVILIDAD DEL ESQUELETO AXIAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: EsPA

BETANCUR, Graciela Vanesa | SCHNEEBERGER, Emilice E | SOMMERFLECK, Fernando | ZAMORA, Natalia | CITERA, Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: El grupo ASAS recomienda la utilización del BASMI para la evaluación de la movilidad axial en pacientes con Espondiloartritis axial. El EDASMI (Edmonton Ankylosing Spondylitis Metrology Index) es otro índice de movilidad espinal que no requiere el uso de goniómetro, sería menos sensible a variaciones posturales de la columna cervical e incluye la medición de la expansión torácica. El mismo grupo desarrolló una forma lineal de este índice que sería más sensible (EDASMI lineal).

Objetivos: Evaluar el rendimiento de las dos versiones de EDASMI en pacientes con Espondilitis Anquirosante (EA).

	BASMI2	BASMI10	BASMI lineal	BASFI	BASRI	mSASSS
EDASMI	0,75	0,86	0,85	0,44	0,55	0,56
EDASMI lineal	0,86	0,91	0,92	0,48	0,57	0,65

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, en el cual incluímos pacientes consecutivos con diagnóstico de EA (NY modificados 84). Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos. Se realizaron cuestionarios: BASDAI, BASFI y ASQoL. Se evaluó dolor, evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico mediante EVN (Escala Visual Numérica). Se realizó recuento de articulaciones tumefactas (44), puntos de entesitis (MASES) y medición de la movilidad axial (1. occipucio-pared, 2. Schober modificado, 3. expansión torácica, 4. trago-pared, 5. flexión lumbar lateral, 6. distancia inter-moleolar, 7. rotación cervical (RC) por medio de goniómetro, 8. por cinta métrica y 9. rotación interna de caderas). Se calcularon índices de actividad de la enfermedad: SASDAS-ERS, SASDAS-PCR. Se calcularon índices de movilidad axial (BASMI2, BASMI10, EDASMI, EDASMI lineal). El EDASMI incluye 4 mediciones (3, 5, 8 y 9), a cada una le corresponde un valor del 0-4 y su cálculo surge de la sumatoria (0-16). En el EDASMI lineal cada medición se extrapoló a una escala del 0-10 y luego se suma (0-50) y se diferencia en que utiliza RC por goniómetro. Radiografías de columna cervical, lumbar, pelvis y sacroilíacas fueron puntuadas mediante mSASSS y BASRI, por un lector ciego (CCI>0,9). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Interpolación lineal. Test de T Student y ANOVA. Test de X2 y test exacto de Fisher. Correlación Spearman. Regresión lineal múltiple.

Resultados: Se estudiaron 101 pacientes con EA, 81,2% varones, edad mediana (m) de 45,3 años (RIC 35-56) y tiempo de evolución de la EA m 21,6 años (RIC 12,1-29). El 93,2% (41/44) tenían HLA-B27 positivo. Los subtipos de EA eran: EA pura (61,4%), juvenil (16,8%), asociada a artritis psoriásica (9,9%), asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (6,9%) y otras (4%), 14 pacientes (13,9%) usaban ayuda marcha, 6 adaptaciones y 2 tenían prótesis de cadera. En cuanto al tratamiento, 69 pacientes (68,3%) recibían AINES y 45,5% agentes biológicos (n=46). Medidas de evaluación: BASDAI m 3,7 (RIC 1,8-6,9), SASDAS-ERS m 15,8 (RIC 7,4-27,9), SASDAS-PCR m 14,5 (RIC 6,2-27), BASFI m 4,1 (RIC 1,6-6,6), ASQoL m 4 (RIC 1-10,5), BASRI m 9 (RIC 6-13) y mSASSS m 13 (RIC 6,2-37). En cuanto a las medidas de movilidad axial: BASMI2 m 4 (RIC 3-6), BASMI10 m 4 (RIC 2,8-6), BASMI lineal m 4,3 (RIC 3,1-6,2), EDASMI m 10 (RIC 8-12) y EDASMI lineal m 17,6 (RIC 13-23,4). Las correlaciones entre las medidas de movilidad axial y algunas medidas de evaluación se describen en la Tabla 1. Tanto el EDASMI como el EDASMI lineal fueron mayores en pacientes que usaban ayuda en la marcha (X 12±2,6 vs X 9,4 ±3,5 p=0,01 y X 5,9±1,4 vs X 4,4 ±1,7 p=0,004, respectivamente) y sólo el EDASMI en aquellos con prótesis de cadera (X 13±0,1 vs X 10,2±4,1 p=0,002). En los modelos de regresión lineal, usando el EDASMI y el EDASMI lineal como variables dependientes, ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución, e incluyendo en el modelo BMI, BASDAI, BASFI y ASQoL, las variables asociadas fueron mSASSS (coef B: 0,41 IC95% 0,23-0,1, p=0,003 y coef B: 0,48 IC95% 0,02-0,06, p=0,0001) y BASRI (coef B: 0,34 IC95% 0,07-0,55 p=0,01 y coef B: 0,38 IC95% 0,05-0,29, p=0,005).

Conclusiones: Tanto el EDASMI como el EDASMI lineal presentaron buena correlación con otras medidas de movilidad axial y con medidas de discapacidad funcional y daño estructural. Este último medido a través del mSASSS y el BASRI se asoció independientemente a una mayor limitación en la movilidad del esqueleto axial.

300

0300 - SINOVITIS DETECTADA POR ULTRASONIDO CON DOPPLER DE PODER COMO PREDICTORA DE BROTES, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA EN REMISIÓN CLÍNICA.

Modalidad: E-poster

Unidad Temática: Imágenes/eco/ US/ RM

Unidad Temática 2: EsPA

ZACARIAS HERETER, Johana | MARÍN, Josefina | ROSA, Javier | GARCÍA MÓNACO, R | SORIANO, Enrique R

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: El Ultrasonido con Doppler de Poder (PDUS) permite detectar sinovitis subclínica en pacientes con artritis psoriásica (APs) en remisión clínica.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar los hallazgos por PDUS en articulaciones de pacientes con APs en remisión clínica, e investigar su valor como predictor de brotes al año de seguimiento.

Materiales y Métodos: Pacientes consecutivos con diagnóstico de APs (criterios CASPAR) en remisión clínica según su reumatólogo tratante, que cumplieran con los criterios de mínima actividad de la enfermedad (MDA) y/o criterios de remisión por el puntaje de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones (DAS-28 = 2.6). Todos fueron sometidos a un examen PDUS de 28 articulaciones. Se realizó un seguimiento clínico durante 12 meses a todos los pacientes. Se definió "brote" a cualquier incremento en la actividad de la enfermedad, que requiriese de alguno de los siguientes cambios en la terapia con drogas antirreumáticas modificadoras de la enfermedad (DMARD) por parte del reumatólogo tratante: aumento de dosis, cambio o adición de un DMARD diferente, y/o cambio o adición de terapias biológicas.

Resultados: Fueron incluidos sesenta pacientes con APs en remisión clínica (15 [25%] por DAS28, 12 [20%] por MDA, y 33 [55%] por ambos). Catorce pacientes (23%) estaban recibiendo terapia biológica (5 en monoterapia, y 9 en terapia combinada con DMARD); 27 (45%) recibían metotrexato (MTX), 2 (3%) sulfasalazina, 1 (2%) leflunomida, y 16 pacientes no recibían tratamiento. Durante los 12 meses de seguimiento 18 pacientes (32%) experimentaron un brote de enfermedad. Diecisiete pacientes tuvieron al menos 1 articulación con sinovitis por PDUS en la evaluación inicial, 8 (44%) de éstos presentaron un brote articular durante el período de seguimiento, comparado con solo 10 de los 43 pacientes (21%) sin sinovitis por PDUS en la ecografía basal (riesgo relativo = 2.1 (IC 95% : 0.95 - 4.5; p=0.0698). En el análisis de regresión logística, ajustado por el uso de terapia biológica, sexo, edad, duración de la enfermedad y actividad basal de la enfermedad; la sinovitis por PDUS fue asociada con brotes a corto plazo: OR: 4.8, IC 95%: 1.12 - 20.9; p=0.034).

Conclusiones: Entre los pacientes con APs en remisión clínica, la sinovitis detectada por PDUS estuvo presente en alrededor del 20% de los pacientes y fue predictor de brotes a corto plazo, independientemente del tratamiento.

Comunicaciones Orales

**52° Congreso Argentino
de Reumatología**

Centro de Convenciones - Salta

14 al 19 de Octubre de 2019

2

0002 - ADHERENCIA A RECOMENDACIONES DE OSTEOPOROSIS EN SAN MIGUEL, BUENOS AIRES

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: OA/Osteopatías/Osteoartritis

MARTINEZ MUÑOZ, Alejandro (1) | CARAM, Paula(2)

HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL F. LARCADE, SAN MIGUEL (1); CLÍNICA "DR. CARAM" (2)

Introducción: La Osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más relevante actualmente, debido al alto impacto en la salud y costos económicos en la sociedad. Por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento adecuado son fundamentales. En el año 2017 se publica en la revista Medicina (Buenos Aires) las "Guías Argentinas para el Diagnóstico, la Prevención y el Tratamiento de la Osteoporosis 2015" donde se delinearon diferentes recomendaciones a los fines de abordar lo más adecuadamente posible la Osteoporosis en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la adherencia de las prácticas médicas habituales en el distrito de San Miguel con respecto a dichas guías. Es decir, si los pacientes con: 1) fracturas previas por fragilidad, 2) Densitometría Mineral Ósea (DMO) T-score menor a -2.5, 3) T-score entre -1 y -2.5 (Osteopenia) con Frax mayor a 20% para fracturas mayores o FRAX mayor a 3% para fracturas de cadera, 4) uso de Prednisona o equivalente mayores a 7.5 mg/día por al menos 3 meses, recibieron en algún momento terapia para osteoporosis. Evaluar la adherencia en el tratamiento específico en aquellos pacientes que se les indicó tratamiento

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, analítico. Se evaluaron, en forma consecutiva, mujeres post menopáusicas de más de 50 años del distrito de San Miguel que acudieron por primera vez a consulta. Se recabaron datos antropométricos, sociodemográficos, de la enfermedad, antecedente de fracturas por fragilidad, conductas tomadas por el médico tratante. Se evaluó uso de calcio, vitamina D y/o tratamiento específico. Se calculó el riesgo de fractura a 10 años a través del FRAX versión para Argentina. Se analizaron las solicitudes de Densitometrías Minerales Óseas según correspondiese por guías. Se realizó análisis estadístico con chi-cuadrado, test de Fisher y/o Test de Student según correspondiese para variables continuas o categóricas. P<0.05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Entre 2017 y 2018 se incluyeron 100 mujeres consecutivas de sexo femenino, postmenopáusicas mayores de 50 años que concurren por primera vez al consultorio de reumatología. Cobertura: 80% (Obra Social), 11% (prepaga) y 9% (Sin cobertura). Edad promedio de 66.2 años (DS = ±8). Se registraron fracturas en 22 pacientes (22%). De las pacientes con fracturadas por fragilidad solo el 27% inicio tratamiento específico, y de ellas el 30% lo mantuvo en el tiempo. El 50% de las pacientes de la muestra cumplían al menos uno de los cuatro criterios para iniciar terapia para osteoporosis. El 68% de ellos no inicio nunca terapia específica. Del 32% que inicio terapia específica el 44% no adhirió en tratamiento. De los pacientes que no tenían criterios para iniciar tratamiento específico cabe resaltar que el 15% estaba recibiendo Bisfosfonatos (sobretratados).

Conclusiones: Se desprende del estudio la mala adherencia a las recomendaciones de los tratamientos osteoporóticos ya que el 68% de los pacientes con alguno de los diferentes criterios para inicio de terapia no la recibió. Además, se detecta un 44% de pacientes mal adherentes de los que iniciaron tratamiento de la población en riesgo significativo de fracturas por fragilidad.

11

0011 - SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y DESARROLLO DE OTRA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO DURANTE SU SEGUIMIENTO.

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

RODRIGUEZ, María Florencia (1) | CATALAN PELLET, Antonio(1) | HERSCOVICH, Natalia(1)

I AMITRANO, Cristina(2) | ASNAL, Cecilia(3) | NITSCHKE, Alejandro(4) | DEMARCHELI, Julia(5)

DUARTE, Damian(5) | SEGURA, Carolina(5) | CAEIRO, Francisco(6) | RISCANCEVO, Nadia(6)

I SAURIT, Veronica(6) | PAPASIDERO, Silvia(7) | GOBBI, Carla(8) | ALBA, Paula(8) | CRUZAT, Vanesa(9)

I RAITI, Laura(9) | SANTIAGO, Lidia(10) | I SECCO, Anastasia(1)

HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL ALEMÁN (2); HOSPITAL ARGERICH (3); HOSPITAL ALEMÁN (4); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (5); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (6); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (7); SANATORIO ALLENDE (8); CLÍNICA BESSONE (9); OMI (10); CONSULTORIO PRIVADO - CABA (11); IPRI (12); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (13)

Introducción: El Síndrome de Sjögren Primario (SSp) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas. Es la enfermedad del tejido conectivo que más frecuentemente se asocia a otros trastornos autoinmunes y aproximadamente el 30% de los pacientes con SSp presentan otra condición autoinmune asociada.

Objetivos: Determinar la frecuencia de pacientes que luego del diagnóstico de SSp desarrollaron durante su seguimiento otra enfermedad reumática autoinmune utilizando la base de datos GESSAR (Grupo de Estudio de Síndrome de Sjögren de la Sociedad Argentina de Reumatología). Detallar las enfermedades del tejido conectivo que se presentaron más frecuentemente en estos pacientes. Describir las características clínicas, serológicas e histología de glándula salival de dichos pacientes.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se analizaron los datos de los pacientes con diagnóstico de SSp (criterios americano-europeos 2002/ACR-EULAR 2016), incluidos en la base GESSAR. Se consideró desarrollo de otra enfermedad autoinmune del tejido conectivo en aquellos casos en los que se agregó dicho diagnóstico en su seguimiento.

Resultados: se incluyeron 681 pacientes, 94,8% eran mujeres, promedio de edad de 54 (+/-14) y promedio de edad al diagnóstico de 50 (+/-13) años. Del total de los pacientes analizados 30 (4,4%) desarrollaron otra enfermedad reumática autoinmune, según criterios de clasificación vigentes para cada enfermedad, en su evolución. La mediana e intercuartil fue 4 (ICR2-9). Las mismas fueron: Artritis Reumatoidea 14 pacientes, esclerodermia 9 pacientes, LES 5 pacientes, Dermatomiositis 1 paciente y Rhipus 1 paciente. La media de edad de este subgrupo fue de 53 (+/-14), con una edad media al diagnóstico del SSp 48 (+/-13). El 91% eran mujeres. En cuanto a los síntomas SICCA: el 96% referían xerofthalmia, y el 86,2% xerostomía al diagnóstico del SSp. Con respecto a los test objetivos: 92% presentaba test de Schirmer positivo, 88,24% test de Rosa de Bengala o Verde de Lissamina u Ocular Staining Score positivo, 81,2% sialometría positiva, Ro + el 82,1% y La + 33,33% de los pacientes. De los 30 pacientes, 12 tenían biopsia de glándula salival menor positiva (9 con grado III/IV y 2 con score de foco >1). Previo al diagnóstico de AR, 78% de los pacientes presentaba artralgia y artritis, 12 tenían FR + y en 2 de los 14 pacientes se registró el dosaje de antiCCP siendo el resultado positivo. Previo al diagnóstico de esclerodermia, el 44% de los pacientes presentaba F. Raynaud y el 22,22% FAN con patrón centromérico, 1 paciente HTP y 3 pacientes esofagitis por reflujo. El 20 % de los pacientes que agregaron LES también presentaron F Raynaud, el 100% refería artralgias y el 80% presentaba artritis.

Conclusiones: Del total de los pacientes analizados, el 4,4% desarrolló durante su seguimiento otra enfermedad del tejido conectivo, por lo cual consideramos de importancia reconocer esta posibilidad con el fin de arribar a un diagnóstico temprano. Se podría considerar la presencia de ciertas manifestaciones clínicas y serológicas, como sugestivas del desarrollo posterior de otra enfermedad reumática autoinmune.

9

0009 - EL ESPECTRO DE LA EOSINOFILIA EN EL MUNDO REAL: ¿ESTAMOS PERDIENDO LA OPORTUNIDAD DE DIAGNOSTICAR A PACIENTES CON EGPA?

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

MARIN ZUCARO, Nicolas | SCOLNIK, Marina | SCAGLIONI, Valeria | ALLE, Gelsomina | ALVARADO, Nicolas | SORIANO, Enrique R.

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (EGPA) pertenece a un grupo de enfermedades eosinofílicas con manifestaciones superpuestas. Aunque la clasificación y el estudio de estos pacientes está cambiando, muchos de ellos permanecen sin diagnóstico definitivo. A su vez, los pacientes con EGPA pueden tener diferentes fenotipos, los cuales pueden incluir o no, la presencia de manifestaciones vasculíticas.

Objetivos: Analizar las características clínicas, serológicas y terapéuticas de los pacientes evaluados en nuestro centro por hiper eosinofilia.

Tabla 1. Características de los pacientes estratificados según la causa de eosinofilia.

	Eosinofilia sin manifestaciones sistémicas n(=27)	Eosinofilia con manifestaciones sistémicas no vasculíticas n(=33)	Eosinofilia con manifestaciones sistémicas vasculíticas n(=4)	Causas secundarias n(=180)	Insuficientemente estudiados n(=220)
Edad al diagnóstico de eosinofilia, media (DS)	7 (31.8)	46.4 (17.1)	1 (25.0)	83 (46.1)	101 (45.9)
Diagnóstico de asma, n (%)	13 (59.1)	20 (60.6)	4 (100)	14 (7.8)	18 (8.2)
Ritmo cardíaco crónico, n (%)	9 (40.9)	20 (60.6)	4 (100)	25 (13.9)	21 (9.8)
Polipos Nasal, n (%)	1 (4.8)	7 (21.2)	3 (75.0)	5 (2.8)	1 (0.4)
Infiltrados pulmonares, n (%)	2 (9.1)	17 (51.5)	2 (50.0)	5 (2.8)	3 (1.4)
Púrpura, n (%)	0	0	2 (50.0)	2 (1.1)	2 (0.9)
Micronúcleos, n (%)	0	0	0	0	0
Enfermedad renal confirmada por biopsia, n (%)	0	0	1 (25.0)	2 (1.1)	0
Mononucleitis múltiple, n (%)	0	0	1 (25.0)	0	0
Positividad de ANCA, n (%)	7 (31.8)	19 (57.6)	4 (100)	26 (13.9)	17 (7.7)
Campeo de IgE, n (%)	0	7 (21.2)	4 (100)	0	3 (1.4)
Diagnóstico de EGPA por el médico tratante, n (%)	1 (4.8)	3 (9.1)	4 (100)	0	0
Comorbilidades en alguna oportunidad, n (%)	8 (36.4)	28 (84.8)	4 (100)	14 (41.1)	19 (8.6)
Infiltrados en alguna oportunidad, n (%)	1 (4.8)	3 (9.1)	3 (75.0)	40 (22.2)	4 (1.8)
Micronúcleos en alguna oportunidad, n (%)	1 (4.8)	5 (15.2)	0	6 (3.3)	4 (1.8)

clasificarlos en alguno de los grupos anteriores. Finalmente analizamos el cumplimiento de los difentes criterios de EGPA (ACR 1990, Lanham modificados, criterios provisionales DCVAS).

Resultados: Incluímos un total de 459 pacientes (22 con eosinofilia sin manifestaciones sistémicas, 33 con manifestaciones sistémicas no vasculíticas, 4 con vasculitis, 180 con causas secundarias y 218 insuficientemente estudiados). No encontramos pacientes con mutación confirmada para FIP1L1/PDGFRFA. Las características de los pacientes en función de los grupos se muestran en la tabla 1. 133 pacientes (28.9%) recibieron glucocorticoides. Ningún paciente recibió Omalizumab o Mepolizumab. Las causas secundarias de eosinofilia fueron: infecciones (n=45), reacción a drogas (n=21), desórdenes hematológicos (n=59), enfermedades inmunes (n=8), condiciones alérgicas (n=41) y otros (n=8). Los 4 pacientes con manifestaciones vasculíticas cumplieron los criterios clasificatorios de Lanham y los nuevos criterios provisionales del grupo DCVAS. A su vez, todos fueron diagnosticados como EGPA por el médico tratante. De los 33 pacientes con manifestaciones sistémicas no vasculíticas, 7 (21.2%, IC 95% 10.3 -38.6) cumplían algún criterio de EGPA y sólo 3 (9.1%) fueron diagnosticados.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con eosinofilia en nuestro hospital fueron insuficientemente estudiados. Mientras que los pacientes con manifestaciones vasculíticas fueron claramente diagnosticados como EGPA por el médico tratante, sólo un 9.1% de los pacientes con manifestaciones sistémicas no vasculíticas recibieron el diagnóstico.

30

0030 - MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES COMO PRESENTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE SJOGRÉN PRIMARIO

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

ALASCIÓ, Lucia (1) | SERRANO, Eliana Rebeca(1) | BANDE, Juan Manuel(1) | PÉREZ, Silvana Karina(1)

I KLAUN, Diana Silvia(1) | MEDINA, María Alejandra(1) | CARACCILO, José Angel(1) | TRALICE, Elda

Rossella(2) | RODRIGUEZ BOSSIO, Erick Estid(2) | ROMANINI, Félix Enrique(2) | SECCO, Anastasia(2)

I ZALLES LAZARTE, Sinda Hortencia(3) | SEGURA ESCOBAR, Carolina(3) | I DEMARCHELI, Julia(3)

I PARSIDERO, Silvia Beatriz(3)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (1); HOSPITAL RIVADAVIA (2); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3); CLÍNICA BESSONE (4); CONSULTORIO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (5); FUNDACIÓN RESPIRAR (6)

Introducción: El Síndrome de Sjögren Primario (SSJP) se caracteriza por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, provocando síntomas SICCA siendo los más característicos: xerofthalmia y xerostomía. Dicha afección también puede afectar otros sitios y con el depósito de complejos inmunes producir manifestaciones extraglandulares (MEG). En algunos casos, estas últimas pueden preceder a los típicos síntomas SICCA. La variabilidad en la presentación clínica puede explicar parcialmente el retraso en el diagnóstico, determinando el pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, el inicio de esta patología con síntomas NO SICCA implica un desafío diagnóstico.

Objetivos: Describir la frecuencia de las MEG como presentación inicial en una cohorte de pacientes con SSJP y evaluar la demora en el diagnóstico entre pacientes cuyo inicio fueron las MEG vs SICCA. Correlacionar la forma de comienzo con edad, sexo, actividad de la enfermedad, daño acumulado y otras MEG concomitantes.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años de edad con diagnóstico de SSJP (ACR/EULAR 2015). Se consignaron datos demográficos, características de la enfermedad, presencia de síntomas SICCA y fecha de inicio de los mismos, presencia de MEG según ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index) constatando su fecha de inicio, actividad de la enfermedad, daño acumulado y tratamiento recibido en cada caso. Estadística descriptiva. Se estimó prevalencia de síntomas SICCA y de MEG en general y como presentación inicial. Se compararon las características sociodemográficas y de la enfermedad entre los grupos con prueba T de Student, Chi² o test exacto de Fisher según correspondía. El análisis se efectuó con STATA versión 14.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes de 6 centros participantes: 93% fueron mujeres, con una edad media de 48.7 años (DE 13.2). La mediana del tiempo de evolución fue de 24 meses (RIC 9.5- 55). El 97% presentó ANA+, el 78,4% para anti Ro y 50,4% para anti La. En el 32% la biopsia de glándula salival menor fue grado 4. La mediana de los índices clínicos fue de 1 (RIC 1-1) para ESSDAI, 1.7 (RIC 0.7-3.3) para ESSPRI (EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index) y de 1 (RIC 0-2) para el SSSDI (Sjögren's Syndrome Disease Damage Index). El 97,3% de los pacientes presentaron síntomas SICCA (47% fue como inicio; n= 52).

Del 90,9% que tuvo al menos una MEG, en el 53% (n= 59) fue la forma de presentación de la enfermedad. La MEG de inicio más frecuente fue la afección articular (70,3%), seguida del compromiso biológico (32,6%) y pulmonar (23,7%). La mayor demora al diagnóstico fue de 72 meses, con síntomas musculares iniciales (n=1), en comparación al compromiso respiratorio (demora de 15 días). No se observó diferencia significativa en el tiempo entre la primera manifestación y el diagnóstico entre los grupos de inicio SICCA (92 meses [IC95 39.3-134.9]), y MEG (44,2 meses [IC 95 29.2-59.2]); p= 0,063. Si fue significativa la media de edad al diagnóstico de la enfermedad: 51,4 años (DE 11,9) en aquellos con comienzo SICCA vs 46,3 años (DE 13,4) en los que tuvieron inicio extraglandular (p= 0,042). La media del ESSDAI fue mayor en el grupo que inició con MEG (1,2 vs 0,9; p= 0,002) y la media del SSSDI fue mayor en el grupo con inicio SICCA (1,3 vs 0,9; p= 0,023). No se observaron diferencias significativas con las otras características de la enfermedad entre los grupos. Tampoco hubo diferencias en la distribución de los distintos compromisos de MEG entre los grupos con inicio SICCA o MEG.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con SSJP presentaron de inicio un compromiso extraglandular, ligeramente superior al reportado en la literatura, siendo más frecuente la afección articular seguida de los compromisos biológico y pulmonar. Si bien no hubo diferencias en el tiempo entre la primera manifestación y el diagnóstico entre el grupo con inicio SICCA vs MEG, destacamos la demora de 6 años cuando los síntomas iniciales fueron musculares vs 15 días cuando el debut fue el compromiso respiratorio. La edad al diagnóstico fue menor en el grupo que inició con alguna MEG. La actividad de la enfermedad fue más alta en el grupo que inició con MEG, mientras que el daño acumulado fue mayor en el grupo con inicio SICCA.

37

0037 - FRECUENCIA DE CANCER PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA

Modalidad: Oral Con Diapositivas
Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)
MOLINA, María Josefina (1) I VARELA, Brenda Elena(2) I NITSCHKE, Alejandro(3)
MTA CONSULTORIOS (1); HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES (2); HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES Y MTA CONSULTORIOS (3)
Introducción: Los pacientes con ESD podrían desarrollar cáncer (CA) por simple asociación casual o bien como síndrome paraneoplásico. Los inmunosupresores (IMS) y el eventual desarrollo de CA deberá dilucidarse. En pacientes con ESD se ha reportado un ratio de incidencia (RI) de CA del 1.5 respecto de la población general. En ESD el RRR para CA en general sería de 1.75, para CA de pulmón: 4.35 y para CA hematológico: 2.24. El anti-centrómero (+) bajaría el RI al 0.59. El FAN (-) y el anti-Scl70 (+) podrían estar asociados a CA. Anti-RNA polimerasa III podría correlacionarse con CA de mama o pulmón en ESD.
Objetivos: Evaluar la frecuencia de CA en una población de pacientes con ESD.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron 49 pacientes con ESD, criterios ACR/EULAR 2013. Se evaluó edad, sexo, edad al diagnóstico de ESD, tiempo de evolución de ESD, presencia de CA previo, simultáneo o posterior al diagnóstico de ESD, tiempo de evolución de ESD al diagnóstico de CA y tiempo de CA al diagnóstico de ESD y tipo de ESD. Se consideró síndrome paraneoplásico la presencia de CA de 3 a 5 años antes o después del diagnóstico de ESD. Se evaluaron manifestaciones clínicas, capilaroscopia, score de Rodnan modificado (SRM), autoanticuerpos, IMS, tratamiento del cáncer y desenlace.
Resultados: De 49 pacientes, 93.8% fueron mujeres con una edad media al diagnóstico de ESD de 49.0±14.5 años y un tiempo medio de evolución de ESD de 8.9±6.1 años. De 49 pacientes: 28 (57.2%) presentó ESD difusa, 20 (40.8%) limitada y 1 paciente ESD sine ESD (2%). Del total de los pacientes, 9 (18.4%) presentaron ESD rápidamente progresiva. 18/49 pacientes (36.7%) desarrollaron CA. Un paciente presentó 3 diferentes cánceres (mama, colon y linfoma B de células grandes). Los 17 pacientes restantes con CA presentaron: 6 CA de mama, 3 CA de colon (1 con metástasis hepáticas), 2 CA papilar de tiroides, 2 CA de cuello uterino (1 invasor y 1 in situ), 1 CA gástrico con metástasis hepáticas, 1 linfoma Hodgkin, 1 CA de próstata y 1 carcinoma basocelular de piel. En cuanto a la aparición del CA en relación al diagnóstico de ESD, 5/20 CA (25%) fueron previos al diagnóstico de ESD (mediana 6 años), 14/20 CA (70%) fueron posteriores (mediana 5.5 años) y 1 CA fue simultáneo al diagnóstico de ESD (5%). Se consideró la ESD como síndrome paraneoplásico en 8/18 pacientes (47%). En 18 pacientes con CA se observó FAN (-) en 2, anti-Scl70 (+) en 4 y anti-centrómero (+) en 6, mientras que 8 pacientes con CA fueron negativos para anti Scl70 y anti-centrómero. A solo 1 paciente se le determinó anti-RNA polimerasa III que fue (+) y presentó CA de mama. En los 49 pacientes se observó un SRM medio de 14.6±11.9 puntos. Los pacientes con CA presentaron un SRM medio de 14.8±10.6 puntos. El patrón capilaroscópico más frecuente fue SD pattern tardío en ambos grupos. En los pacientes con CA, los tratamientos indicados para ESD fueron: metotrexato, ciclofosfamida IV mensual, azatioprina, mofetil micofenolato, rituximab y tocilizumab SC. 7/18 pacientes recibieron más de un IMS/terapia biológica para ESD. Un paciente con CA prostático simultáneo al diagnóstico de ESD solo recibió tratamiento por su CA (prostatectomía + bicalutamida), con mejoría del SRM. De 18 pacientes con CA, 15 evolucionaron favorablemente con tratamiento para su CA y 3 pacientes fallecieron por CA.
Conclusiones: La frecuencia de CA en ESD fue elevada. La mayoría ocurrió dentro de los 3 a 5 años antes o después del diagnóstico. El 89% de pacientes con CA recibieron uno o más IMS por ESD. Queda por determinarse si el rastreo de CA en pacientes con ESD debe seguir los lineamientos para la población general o debe ser más frecuente.

38

0038 - TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ESCLEROSIS SISTEMICA

Modalidad: Oral Con Diapositivas
Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)
MOLINA, María Josefina (1) I NITSCHKE, Alejandro(2)
MTA CONSULTORIOS (1); HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES Y MTA CONSULTORIOS (2)
Introducción: La esclerosis sistémica (ESD) es una enfermedad autoinmune poco frecuente. Los inmunosupresores (IMS) solo tienen un efecto modesto en el tratamiento de compromiso cutáneo severo, el compromiso pulmonar intersticial (CPI) o en una ESD rápidamente progresiva (ESD-RP). Diversos fármacos biológicos (FB) tales como rituximab, tocilizumab y abatacept podrían mejorar la evolución de pacientes con ESD.
Objetivos: Evaluar el tratamiento con fármacos biológicos y su indicación en pacientes con ESD.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron 48 pacientes con ESD, criterios ACR/EULAR 2013. Se evaluó edad, sexo, edad al diagnóstico de ESD, tiempo de evolución de ESD, tiempo de evolución de ESD al uso del FB, tipo de ESD, FB utilizado y su indicación: compromiso cutáneo severo, CPI, articular o ESD-RP y tiempo de tratamiento en FB. Se evaluó Raynaud, esclerodactilia, telangiectasias, úlceras digitales, CPI, compromiso digestivo, hipertensión arterial pulmonar, score de Rodnan modificado (SRM), capilaroscopia, autoanticuerpos, tratamiento IMS previo o concomitante con FB y la respuesta al FB.
Resultados: De 48 pacientes, 93.7% fueron mujeres con una edad media de 57.6±15.3 años, una edad media al diagnóstico de ESD de 48.9±14.6 años y un tiempo de evolución medio de 8.9±6.1 años. El tiempo medio desde el diagnóstico de ESD al uso de FB fue 69±57.5 meses. Veintiocho pacientes (58.3%) presentaron ESD difusa, 19 (39.6%) limitada y 1 (2.1%) ESD sine ESD. De 48 pacientes, el 100% presentó Raynaud, esclerodactilia el 75%, telangiectasias el 25.5%, reflujo gastroesofágico el 92%, úlceras digitales el 48% y de miembros inferiores el 10.4%, CPI el 43.8% e hipertensión arterial pulmonar en 4 pacientes (3 confirmadas por cateterismo cardiaco derecho). En los 48 pacientes el SRM medio fue 14.6±11.9 puntos y los hallazgos capilaroscópicos más frecuentes fueron SD pattern tardío (48.8%) y activo (33.3%). De 48 pacientes, 7 (14.6%) recibieron FB: 6 rituximab (RTX); 4 en infusión EV: 1000 mg día 0 y 1000 mg día 15 (un ciclo) y 2 recibieron 2 ciclos de RTX. Un paciente recibió tocilizumab (TCZ) SC: 162 mg/semana durante 36 meses. Los 7 pacientes en tratamiento biológico presentaron previo al tratamiento un SRM medio de 21.7±13.4 puntos. Los hallazgos capilaroscópicos mostraron en 5/7 pacientes SD pattern tardío y en 2/7 SD pattern activo. De los 48 pacientes, el 93.7% presentaron FAN (+), 33.3% anti-Scl70 (+) y 31.3% anti-centrómero (+). De los 7 pacientes que recibieron FB, 1 paciente con ESD-RP naïve de tratamiento recibió RTX, 5 pacientes recibieron RTX luego de falla a MTX, mofetil micofenolato y/o azatioprina, ya sea por compromiso cutáneo, articular y/o pulmonar. El paciente restante recibió TCZ SC luego de falla a MTX por compromiso cutáneo y articular. Ningún paciente recibió concomitantemente FB con IMS. Seis de los 7 pacientes en tratamiento con FB, mejoraron su condición clínica. El paciente restante con una ESD-RP no respondió a RTX.
Conclusiones: En nuestra población el RTX fue el FB más utilizado. Los pacientes que recibieron FB presentaron un SRM elevado. Al momento de definir el tratamiento para ESD el reumatólogo debería de contemplar en primer lugar aquel fármaco que resulte más efectivo para el compromiso pulmonar, articular y cutáneo.

46

0046 - MULTIRRESISTENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Oral Con Diapositivas
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel (1) I SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) I CAVALIERI, Magdalena(1) I CORREA, María de los Angeles(1) I PÉREZ, Silvana Karina(2) I LEGUIZAMÓN, María Lilia(3) I ROSEMFET, Marcos Gabriel(1) I CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORRÚ (2); HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (3)
Introducción: A pesar de contar con múltiples opciones terapéuticas en Artritis Reumatoidea (AR), entre un 30 a 50% de los pacientes que utilizan DMARb/DMARsd presentan ineficacia a las mismas. Según reportes, un porcentaje aún menor (6%) presentan falla terapéutica a múltiples drogas, pero escasos estudios establecen características asociadas a multiresistencia con DMARb/DMARsd.
Objetivos: Identificar pacientes con AR con ineficacia primaria y/o secundaria a >= 2 DMARb y/o DMARsd, comparar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas entre estos pacientes y aquellos que hayan respondido a la terapia con el 1º DMARb y/o DMARsd e investigar las variables asociadas a multiresistencia terapéutica.
Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, en el cual se incluyeron pacientes >18 años de edad con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, que tras falla a una o más DMARb iniciaron su 1º DMARb o DMARsd, entre los años 2001 y 2018. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos (esteroides, número de DMARc previas, fecha de inicio y tiempo de tratamiento con la 1ª DMARb y/o DMARsd, sobrevida del tratamiento, causas de suspensión y adherencia al tratamiento). La eficacia terapéutica y la actividad de la enfermedad se midió por DAS28-ERS y CDAI basal a los 3-6 meses y anualmente, y la discapacidad funcional por HAQ-A en los mismos cortes de tiempo. Se consideraron "respondedores" a aquellos pacientes que presentaron un descenso en el DAS28-ERS >1.2 con respecto al basal y que alcanzaron un DAS28-ERS <3.2 o un CDAI <10 en un lapso 3-6 meses, y mantuvieron esta respuesta por lo menos por 18 meses. Y "no respondedores" (multiresistentes) a aquellos que no lograron dicha respuesta habiendo utilizado >= 2 DMARb/DMARsd. Cada paciente "no respondedor" fue apareado con 1 paciente "respondedor" según el tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas de la AR hasta el uso del 1º DMARb/DMARsd. Análisis Estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2 o exacto de Fisher y test T de Student o Mann Whitney y ANOVA y Kruskal Wallis, según correspondiera. Regresión logística múltiple. Curvas de Kaplan-Meier y Log Rank. p <0.05 significativa.
Resultados: 90 pacientes con AR (45 multiresistentes y 45 respondedores) fueron incluidos. 87.8% mujeres, con una edad mediana (m) 57.5 años (RIC 49-67.2) y un tiempo de evolución de la AR m 13 años (RIC 9-19). FR positivo en 95.6%, anti-CCP + 41/52 (78.8%), 82.2% erosivos. 52 pacientes (57.8%) tenían comorbilidades (HTA en 42.2%) y 21.7% eran tabaquistas. La actividad de la enfermedad basal fue: DAS28 m 5 (RIC 3.9-5.8) y CDAI m 25.5 (RIC 18-33), sin diferencias entre los "respondedores" y los "no respondedores". Sin embargo, entre los 3 a 6 meses de tratamiento con el 1º DMARb/SD se observó una respuesta superior en los "respondedores" (DAS28 media (X) 2.9±0.9 vs X 4.1±1.3, p<0.0001 y CDAI X 7.2±5.7 vs X 17.7±11.9, p<0.0001). Los 45 pacientes "no respondedores" recibieron dos DMARb/SD, y de ellos 34 recibió un 3º DMARb/SD, 17 un 4º DMARb/SD, 10 un 5º DMARb/SD y un sólo paciente un 6º DMARb/SD. La sobrevida media acumulada de la 1ª DMARb/SD en los "multiresistentes" fue X 4.6 y no encontramos diferencias con respecto sexo, comorbilidades, obesidad, cobertura social, tabaquismo, etc. La sobrevida media acumulada de los subsiguientes DMARb/SD fueron progresivamente menores en los multiresistentes (18.9±2.3, 13.1±1.7, 10.8±2.2). En el análisis univariado, las variables asociadas a multiresistencia terapéutica fueron: presencia de comorbilidades (73.3% vs 42.2%, p=0.005), HTA (63.2% vs 24.4%, p=0.001), menor IMC (X 26.8±4.2 vs X 29.6±6.2, p=0.02), uso previo de prednisona a altas dosis (46.7% vs 22.2%, p=0.03), tratamiento concomitante con leflunomida en 1º DMARb/SD (40% vs 11.1%, p=0.003) y con doble terapia de DMARc (33.3% vs 13.3%, p=0.04) y menor adherencia al tratamiento (68.9% vs 88.9%, p=0.04). En el análisis multivariado ajustando por edad, sexo, tiempo de evolución de la AR, las variables asociadas con multiresistencia fueron menor IMC (OR: 0.85 IC95% 0.76-0.96, p=0.009) y presencia de comorbilidades (OR: 6.2 IC95% 2-19.4, p=0.002).
Conclusiones: Menor IMC y presencia de comorbilidades se asociaron a falla terapéutica con DMARb o DMARsd en nuestra cohorte de pacientes con AR.

82

0082 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Modalidad: Oral Con Diapositivas
Unidad Temática: LES
SORRENTINO, Laura Julieta I BRIGANTE, Alejandro I REBAK, Jonathan Eliseo I CASTRO COELLO, Vanessa Viviana I BALCAZAR, Ruth I GARATE CORREA, Diana Gabriela I HAMAUJ, Adriana I DUBINSKY, Diana SANATORIO GÜEMES
Introducción: Las manifestaciones gastrointestinales del LES se han revisado con poca frecuencia. Sin embargo, son comunes y pueden involucrar a cualquier órgano del tubo digestivo. Esta afectación puede ser resultado de compromiso primario debido a LES, por efectos adversos del tratamiento o infecciones oportunistas. Su reconocimiento precoz es de vital importancia para evitar complicaciones potencialmente mortales.
Objetivos: Estimar la prevalencia de reportes de compromiso gastrointestinal por LES en la literatura.
Materiales y Métodos: Búsqueda bibliográfica: Se realizó una búsqueda avanzada en Pubmed; LILACS, MEDLINE y Epistemioniks, bajo términos MeSH "Lupus eritematoso sistémico" y "enfermedad gastrointestinal" de reportes de caso en humanos, sin restricción de idioma ni fecha de publicación. Criterios de elegibilidad: Se incluyeron reportes, series de casos, y cohortes de pacientes mayores de 18 años con LES confirmado y manifestaciones gastrointestinales secundarias al curso de la enfermedad. Se excluyeron revisiones narrativas, pacientes menores de 18 años, síndromes de superposición y lupus-like, manifestaciones gastrointestinales asociadas a infecciones oportunistas o enfermedades neoplásicas, o efectos adversos de medicación y full text no disponible. Resolución de datos: Los revisores extrajeron los datos de full text de manera independiente. En caso de desacuerdo fue discutido entre investigadores, incluyendo a un tercero de ser necesario. Se tuvieron en cuenta por cada reporte país y año de publicación, cantidad de pacientes, género, tipo de compromiso gastrointestinal, y presencia de biopsia confirmatoria. La evaluación de calidad de los estudios no fue realizada por tratarse de reportes de casos.
Resultados: Los trabajos encontrados fueron reportes de caso (75.6%), series de casos (13.6%) y cohortes (8%), 2.3% y 0.6% fueron estudios de diagnóstico y ensayos clínicos respectivamente. Los estudios provinieron de EEUU 16%, Japón 15%, China 12%, Francia 6%, Corea 5%, entre otros. 2 trabajos fueron de Argentina. El 83% de los artículos excluidos fue por no contar con texto completo. En la búsqueda realizada se reportan un total de 1038 pacientes con diferentes compromisos. El 93% eran mujeres. En el 51 % de los casos se confirmó el diagnóstico del compromiso estudiado. Los segmentos con mayor afectación son el intestino delgado y el colon. El compromiso hepatobiliar y pancreático fue de 4.9% y 2.7% respectivamente. La etiología del compromiso estudiado fue 54.9% vasculítico, 26.6% inflamatorio, 4.9% mediada por inmunocomplejos y 13 % indeterminada.
Conclusiones: A pesar de ser una manifestación común y ampliamente conocida, el compromiso gastrointestinal por lupus tiene baja tasa de reporte. La mayoría proviene de EEUU, Japón y China. En nuestro país solo se han publicado 2 trabajos al respecto. La afectación del aparato gastrointestinal es variada, desde orofaringe a colorrectal, incluyendo hígado, páncreas, vía biliar y peritoneo. Los sectores más implicados fueron intestino delgado y colon. En la mitad de los casos se confirmó el diagnóstico a través de biopsia, siendo el origen vasculítico e inflamatorio la fisiopatología más frecuentemente reportada. Como limitaciones encontramos sesgo de selección de artículos por no contar con acceso al total de las publicaciones.

Fig 1. Diagrama de flujo de artículos incluidos

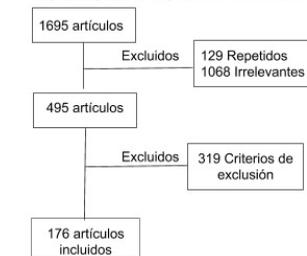
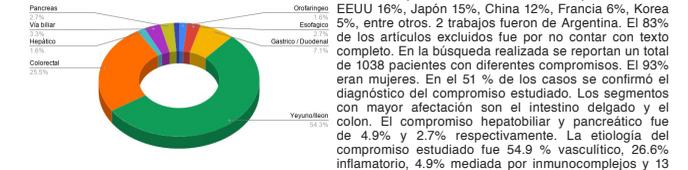


Fig 2. Localización del compromiso



225

0225 - DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: LES

ESPASA, Gabriela Vanesa | GONZALEZ LUCERO, L | SORIA CURI, Y | MAZZA, S | LEGUIZAMÓN, M | PERA, M | SUELDO, H | BARBAGLIA, A | BERTOLACCINI, M | SANTANA, M | GALINDO, L | BELLOMO, V.

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Introducción: La disfunción sexual es la alteración en una o varias de las fases de la actividad sexual (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) que puede culminar en frustración, dolor y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. Existen pocos datos en la literatura de la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) por la dificultad para evaluarla y su causa multifactorial.

Objetivos: Determinar la frecuencia de disfunción sexual y analizar factores asociados en pacientes con LES.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes en forma consecutiva que asistieron al consultorio de Reumatología entre mayo y julio de 2019; mayores de 18 años, con diagnóstico de LES según los criterios ACR 1982/97 y/o SLICC 2012 y controles sanos pareados por edad. Se estudiaron variables demográficas y relacionadas a la enfermedad. Se aplicó la escala DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale) que evalúa depresión, ansiedad y estrés, y el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) que evalúa 6 dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmos, satisfacción y dolor) con un punto de corte ≤ 26.5 para definir disfunción sexual. Se excluyeron mujeres mayores de 50 años, con Síndrome de Sjögren secundario, menopausia, depresión severa y analfabetas.

Resultados: Se incluyeron 123 mujeres, 60 con LES y 63 controles, edad media 34.3 ± 8.3 y 31.7 ± 4.4 años respectivamente. La prevalencia de disfunción sexual en LES fue 71.7%; IC95% = [58.5 – 82.5] y de los controles 23.8% IC 95% = [13.9 – 36.2]. Hubo diferencias significativas en todos los dominios de la función sexual entre los casos y los controles siendo mayor en los dominios deseo, excitación y dolor. El score total del FSFI en pacientes con LES fue de 18.2 ± 11.2 y en controles de 28.3 ± 6.9 ($p=0.001$). Estrés, ansiedad y depresión se observaron en 58.4%, 58.3% y 50% de las mujeres con LES y 19%, 20.6% y 28.5% de los controles respectivamente ($p=0.001$). No se encontró asociación entre Disfunción sexual y edad, edad al diagnóstico, actividad de la enfermedad ni tratamiento (pNS). Al analizar el efecto sobre la Disfunción sexual de las variables estrés, depresión y ansiedad estratificadas por grupos, no se encontró asociación de las mismas en las pacientes con LES, solamente en los controles ($p<0.05$).

Conclusiones: La prevalencia de disfunción sexual en pacientes con LES fue de 71.7%. Disfunción sexual no se asoció a estrés, ansiedad y depresión en pacientes LES.

245

0245 - SIALOMETRÍA BASAL NO ESTIMULADA: SU VALOR REAL EN LA PRÁCTICA DIARIA

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: Síndrome Sjögren

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

GUZZANTI, Fernanda | CASTORINO GRANDIA, Gerardo Antonio | NASI, Silvina | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | GARCIA CICCARELLI, Agustín | VALERIO, María Del Carmen | CIVIT, Emma de Garignani

HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: La sialometría basal no estimulada (SBNE) es un método sencillo, no invasivo y de bajo costo que forma parte de los criterios ACR/EULAR 2016 para clasificación de Síndrome de Sjögren (SS). A pesar de ello, la mayoría de los profesionales de la salud desconoce su existencia y continúa siendo poco solicitada.

Objetivos: Determinar las características de la población a la que se le realizó SBNE en un servicio de Reumatología, la relación eventual con factores que puedan alterar su resultado y la contribución de la misma para el diagnóstico de SS.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 101 pacientes derivados para realización de SBNE a un servicio de Reumatología en el período comprendido entre junio de 2018 y julio de 2019. Se consignaron los siguientes antecedentes: diagnóstico previo de SS, comorbilidades, sensación de boca seca y uso de fármacos potencialmente generadores de xerostomía (antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, benzodiacepinas, opiáceos, anticonvulsivantes, descongestivos, diuréticos y miorelajantes) o de drogas inmunosupresoras. Se recolectó saliva producida espontáneamente en 15 minutos de pacientes en ayunas a los que se solicitó no fumar y no utilizar pasta dental horas previas a la recolección de la muestra. Los resultados del estudio fueron expresados en mililitros de saliva por minuto (ml/min). Se consideró positivo un valor ≤ 0.1 ml/min. Se evaluó asimismo la positividad del anticuerpo anti-Ro (Ro/SS-A) y la biopsia de glándula salival menor (BGSM) compatible con SS (grados III y IV de la clasificación de Chisholm-Mason). Análisis estadístico: Epi info 7, versión 7.2; medidas de tendencia central y dispersión; Chi2; criterio de significación error alfa menor a 5%.

Resultados: Se obtuvieron un total de 101 sialometrías, el 100% de las mismas fueron solicitadas por médicos reumatólogos. La edad media fue de 52 años (± 17.74) y 92 pacientes (91,09%) eran de sexo femenino. 89 pacientes (88,12%) referían boca seca, pero sólo 12 pacientes (11,88%) tenían diagnóstico previo de SS. La patología asociada con mayor frecuencia fue el hipotiroidismo (37,65%) y en segundo lugar la Artritis Reumatoidea (16,83%). 88 pacientes tenían dosaje de anticuerpos anti-Ro (Ro/SS-A), de los cuales 32 (36,36%) eran positivos. 24 pacientes habían sido sometidos a BGSM resultando 9 de ellas compatibles con SS (37,50%). 61 sialometrías (60,40%) resultaron por debajo del valor de corte, considerándose como positivas. El 57,44% de los pacientes refería el uso de algún fármaco que puede interferir con el resultado de la SBNE. Cuando se comparó este antecedente con el resultado de la prueba se observó que el uso de fármacos potencialmente generadores de xerostomía se asociaba de manera significativa con un test positivo (18,52% vs 81,48%, $p=0,0089$); en nuestro grupo los más frecuentes fueron los antidepresivos, en su mayoría inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS). El uso de drogas inmunosupresoras no se asoció a mejores tasas de producción salival (42,22% vs 57,78%, $p=0,63$) en nuestra serie. 29 pacientes cumplieron criterios ACR/EULAR 2016 para clasificación de SS, de los cuales 8 (27,59%) tenían diagnóstico previo a la realización del estudio. En 19 de los 21 pacientes restantes (90,48%) la realización de la SBNE contribuyó al diagnóstico final de su patología reumática.

Conclusiones: La SBNE es un método sencillo y de bajo costo que contribuye significativamente al diagnóstico de SS en la práctica clínica diaria, sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud desconoce su existencia; en nuestro trabajo, el 100% de las SBNE fueron solicitadas por médicos reumatólogos. Existen determinados factores como el uso de fármacos potencialmente generadores de boca seca, que deben ser tenidos en cuenta al momento de interpretar su resultado, por la posibilidad de obtener un test falsamente positivo. El uso de drogas inmunosupresoras no se asoció a mejores tasas de producción salival en nuestra serie.

263

0263 - COMPROMISO AXIAL EN ARTRITIS PSORIASICA. ANALISIS DE SUS CARACTERISTICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DE RECIENTE DIAGNOSTICO.

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: EsPA

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

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: La presencia de compromiso Axial en la artritis psoriasisica (APS) fue reconocida hace más de 80 años. Esta afección, además, es uno de los cinco patrones clásicos de afección articular en la APS. A pesar de los intentos realizados por diversos investigadores para definir la afección espinal en la APS, en la actualidad no hay un consenso que permita una definición apropiada. Teniendo en cuenta estas consideraciones, puede estimarse que la prevalencia de afección espinal en la APS oscila entre el 25 y el 70% de los casos, disparidad debida a los distintos criterios utilizados para su definición.

Objetivos: Estimar la prevalencia de compromiso axial en pacientes con artritis Psoriasisica de reciente diagnóstico. Describir sus características y evaluar las diferencias.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años de edad que ingresaron Reumacheck-SpA de acuerdo a los siguientes criterios: artritis, dactilitis o entesitis, asociado a psoriasis o presencia de alguna característica de SpA según los criterios ASAS 2006 (ej: antecedentes familiares, uveítis, etc). A los pacientes ingresados al circuito, se les realizó analítica sanguínea, radiografías, RM de sacroiliacas (con protocolo de SpA), ecografía articular y entesitis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Con respecto a los síntomas se recabó: fecha y edad de inicio, característica de la lumbalgia, antecedentes personales y familiares, si recibió AINES y la respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, rigidez matinal. Se realizó clinimetría de síntomas axiales y periféricos (BASDAI, BASFI, MASES, HAQ, CDAI), el evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador: laboratorios, Rx, RM y ecografía. 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: 54 pacientes fueron diagnosticados de artritis psoriasisica en el circuito de reumacheck entre 2017 y 2018, 59% mujeres, con una media de edad de 50 años (DS 12), mediana de duración de los síntomas hasta el diagnóstico de 3 años (RIC: 5-8). El 37% (IC: 25-50) presentaban compromiso axial clínico. Las características de la lumbalgia fueron las siguientes: inflamatoria 75%, maniobra sacroiliaca positiva 65%, HLA B27 7,4%, Rx sacroiliacas positiva 13%, RM positiva 77%, buena respuesta a AINES 55%, BASFI 5 (3,9-5,6), BASDAI 4,2 (3-5,7). En los pacientes con APS y compromiso axial se observó (con respecto a los que no tenían compromiso axial), mayor número de entesitis: mediana 2 (0-1) vs 0 (0-1) $p=0,001$, DAPSA elevado: mediana 17 (14-19) vs 12 (5-17) $p=0,02$, y mayor alteración funcional HAQ mediana de 0,94 (0,67-1) vs 0,5 (0-0,9). No se encontró diferencia con respecto al sexo, tabaquismo, alteraciones ecográficas periféricas, ni reactivantes de fase aguda (ERS-PCR).

Conclusiones: La prevalencia de síntomas axiales en nuestra cohorte fue de 37%, las características fueron en su mayoría inflamatorias y con actividad por BASDAI. Los pacientes con síntomas axial presentaban características de APS más severas, con mayor actividad (DAPSA), alteración funcional por HAQ y entesitis.

308

0308 - SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: MANIFESTACIONES EXTRANGLANDULARES Y SU RELACION CON EL SCORE DE FOCO EN BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL MENOR.

Modalidad: Oral Con Diapositivas

Unidad Temática: Síndrome Sjögren

CACERES, Agustina (1) | SECCO, Anastasia(1) | DELADOEY, Angel(1) | MELO, Fernando(1) | RODRIGUEZ, María Florencia(1) | SASAKI, Patricia(1) | PUCCI, Paula(2) | AMITRANO, Cristina(2) | ASNAL, Cecilia(2)

H RIVADAVIA (1); HOSPITAL ALEMAN (2)

Introducción: Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas exócrinas. La biopsia de glándula salival menor es considerada una herramienta muy importante para el diagnóstico SSp. Los nuevos criterios clasificatorios para SSp utilizan el Foco Score (FS), en lugar de la clasificación de Chilson-Mason, el cual es más exigente para considerar una biopsia como positiva. Aunque la importancia clínica de un mayor puntaje del FS aún no se encuentra dilucidada, existen escasos estudios en los que se observó una asociación con un cuadro clínico más florido.

Objetivos: Objetivo: Determinar si un mayor puntaje de FS en la biopsia de glándula salival menor, realizada al momento del diagnóstico, se correlaciona con un aumento en las manifestaciones extra glandulares clínicas y de laboratorio en pacientes con SSp.

Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se analizaron los datos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SSp (criterios Americanos – Europeos 2002/ACR Eular 2016) con biopsia de glándula salival al momento del diagnóstico de 2 centros de reumatología de CABA. Se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes con SSp y de manera independiente un médico anatomatólogo revisó los preparados de las Biopsias de glándula salival para determinar el FS. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil (Ric), según distribución; las categóricas en porcentajes. Para evaluar la relación entre el FS y el número de manifestaciones extraglandulares y de laboratorio, y la relación entre el FS y el número de dominios del ESSDAI clínico, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rho). Para evaluar diferencias del FS entre cada dominio del ESSDAI clínico comprometido versus no comprometido, se utilizó test de Mann-Whitney.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, el 96% mujeres, con una edad media de 53 años (± 13.8) y de 48 años (± 14) al momento del diagnóstico. La mediana del FS fue de 1.6 (Ric 1-2.66). El porcentaje de pacientes que presentó anticuerpos ANA, RO y LA positivos fue del 89,33%, 74,32% y 31%, respectivamente. Con respecto al tratamiento, un 72% recibía hidroclicloroquina, 11,11% corticoides, 18,67% inmunosupresores y 14,75% pilocarpina. Se observó una muy baja correlación y negativa entre el FS y el número de manifestaciones extra glandulares (rho -0.09, $p=0.42$) así como con el número de dominios del ESSDAI clínico afectados (rho -0.06, $p=0.59$). Al evaluar si existían diferencias entre los pacientes que tenían positivo versus negativo cada dominio del ESSDAI clínico respecto al puntaje del FS, no se encontraron diferencias en ninguno de ellos: dominio articular $p=0.70$, cutáneo $p=0.20$, muscular $p=0.57$, respiratorio $p=0.19$, renal $p=0.91$, sistema nervioso periférico $p=0.85$, sistema nervioso central $p=0.65$, linfoma $p=0.82$, hematológico $p=0.23$.

Conclusiones: Conclusiones: En nuestra población estudiada no se encontró relación entre el FS y la presencia de manifestaciones extra glandulares clínicas ni de laboratorio.

Posters

52° Congreso Argentino de Reumatología

Centro de Convenciones - Salta

14 al 19 de Octubre de 2019

5

0005 - ¿INFLUYE LA POLIFARMACIA EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA T2T EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA?

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
JARAMILLO GALLEGO, John Fredy I ROSA, J I SCOLNIK, M I TOBAR JARAMILLO, M I GARCIA, M I FERREYRA, L I SORIANO, E.

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La polifarmacia (PF) es un factor de riesgo importante asociado a toxicidad por drogas, delirio, caídas, hospitalizaciones y muerte. Muchos pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) tienen frecuentemente múltiples comorbilidades, que implican incurrir en la PF. La estrategia de tratamiento por objetivos (T2T) implica un cambio terapéutico acorde al grado de actividad inflamatoria.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de PF en nuestra población de pacientes con AR. 2. Investigar la influencia de la PF en la aplicación de la estrategia T2T. 3. Establecer factores asociados al no cumplimiento de la estrategia T2T en un escenario del mundo real.

	Pacientes sin PF (n=127)	Pacientes con PF (n=177)	P
Sexo Masculino, n (%)	58 (33,8)	3 (17,6)	0,6
Edad media al diagnóstico (DE)	56,3 (14,6)	70,6 (12,2)	0,9
Factor Reumatológico Positivo, n (%)	87 (68,5)	52 (29,3)	0,7
Anti CCP Positivo, n (%)	109 (85,8)	13 (8,2)	0,6
Erosiones al inicio, n (%)	29 (23,2)	7 (4,1)	0,2
Erosiones a los 2 años, n (%)	38 (30,3)	11 (6,2)	0,2
En tabaquista, n (%)	33 (27,6)	7 (4,1)	0,2
Score de Charlson, mediana (DE)	3 (1,4)	4 (4,6)	<0,0001
Hospitalizaciones a los 2 años, n (%)	17 (13,0)	46,8 (26,2)	<0,0001
Consultas reumatológicas en 2 años, media (DE), (IC95%)	6,6 (3,3)	8,8 (3,1)	0,6
Uso de antiinflamatorios a los 2 años, n (%)	29 (23,2)	5 (2,8)	0,02
Uso de DMARDs a los 2 años, n (%)	134 (105,6)	131 (74,9)	0,2
Uso de biológicos a los 2 años, n (%)	13 (10)	4 (2,3)	0,1
Erosiones a los 2 años, n (%)	29 (23,2)	7 (4,1)	0,007
No cumplimiento de T2T, n (%)	65 (50)	5 (2,8)	0,1
Hospitalizaciones, n (%)	12 (9,2)	7 (4,1)	<0,0001
Mortalidad, n (%)	2 (1,5)	2 (1,2)	0,91

la consulta médica (medida por DAS28 y/o CDAI), y no alcanzaba una mejora significativa con respecto a la visita previa. Se calculó la prevalencia de PF al momento del diagnóstico de AR. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, en base a la presencia o ausencia de PF al momento del diagnóstico.

Se analizaron en forma comparativa ambos grupos, durante los 2 primeros años de enfermedad, las siguientes variables: características clínicas, demográficas y porcentaje de visitas donde se aplicó T2T, y tratamientos recibidos durante ese periodo. Se realizó un análisis de regresión logística multivariada para identificar factores asociados con el no cumplimiento de la T2T.

	Odds Ratio	P	IC 95%
Score de Charlson	1,33	0,36	0,71 - 2,50
Edad al diagnóstico	0,97	0,32	0,92 - 1,02
Erosiones	1,58	0,28	0,68 - 3,68
Polifarmacia	0,39	0,15	0,10 - 1,41
Hospitalizaciones	1,05	0,92	0,35 - 3,10
Corticosteroides a los 2 años	0,37	0,02	0,16 - 0,86

2 años de seguimiento, mayor porcentaje de hospitalizaciones y mayor mortalidad. En el análisis de regresión logística multivariada, el no cumplimiento de la estrategia T2T sólo se asoció con el consumo de corticoides a 2 años de seguimiento (OR: 0,36, IC95%: 0,15-0,85; p = 0,019) y no se encontró asociación con PF al comienzo de la enfermedad (tabla 2).

Conclusiones: La prevalencia de PF al momento del diagnóstico de AR fue del 12% y se asoció con mayor frecuencia de erosiones, un mayor consumo de corticoides y una mayor frecuencia de hospitalizaciones y mortalidad durante los primeros 2 años de la enfermedad. No se demostró relación entre PF y la aplicación de la estrategia T2T. En el análisis multivariado, el no cumplimiento de la estrategia T2T sólo se asoció al consumo de corticoides a 2 años de seguimiento, lo que puede reflejar un control deficiente de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) a partir del año 2010, mayores de 18 años, con un período de seguimiento mínimo de 2 años. Se definió PF como un consumo mayor o igual a 5 medicamentos al momento del diagnóstico, independientemente de la medicación utilizada para el manejo de la AR, administrado por un periodo mínimo de 6 meses. La estrategia T2T se cumplió cuando se aplicaba una escalada en el tratamiento en los casos de moderada o alta actividad de la enfermedad durante la consulta médica (medida por DAS28 y/o CDAI), y no alcanzaba una mejora significativa con respecto a la visita previa. Se calculó la prevalencia de PF al momento del diagnóstico de AR. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, en base a la presencia o ausencia de PF al momento del diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes con AR, 86% mujeres, con una edad promedio al diagnóstico de 60 años (DE: 15,8). La prevalencia de PF al diagnóstico de AR fue del 12% (17 pacientes). La tabla 1 muestra la comparación entre pacientes con y sin PF. Los pacientes con PF mostraron mayor frecuencia de erosiones al inicio del estudio y después de 2 años de enfermedad, mayor uso de corticosteroides a

6

0006 - MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES): DATOS DE UNA COHORTE DE LATINO AMERICA (LA).

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: LES
GÓMEZ, Graciela Noemi (1) | KHOURY, Marina(1) | SARANO, Judith(1) | CATOGGIO, Luis(2) | SORIANO, Enrique(2) | PONS ESTEL, Bernardo(3) | PONS ESTEL, Guillermo(3) | QUINTANA, Rosana(3) | GARCÍA, Mercedes(4) | ALVARELLOS, Alejandro(5) | SAURIT, Veronica(5) | BONFA, Eloisa(6) | SATO, Emilia(7) | VAZQUEZ, Gloria(8) | GUIBERTO-TOLEDANO, Marlene(9) | MASSARO, Loreto(10) | 11111111

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LÁNARIUBA (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO (3); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (4); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (5); FACULTAD DE MEDICINA, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, (6); ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, (7); GRUPO DE INMUNOLOGIA CELULAR E INMUNOGENÉTICA, UNIVERSIDAD DE ANTOIOQUIA, HTAL UNIVERSITARIO (8); CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS, (9); CENTRO DE BIOLÓGICA CELULAR Y BIOMEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIA, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN (10); HOSPITAL DEL SALVADOR, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE (11); CENTRO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE MORELIA (12); CENTRO MÉDICO ABC, CIUDAD DE MÉXICO (13); DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ", CIUDAD DE MÉXICO (14); HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (15); HOSPITAL NACIONAL "GUILLELMO ALMENERA IRIGOYEN" ESSALUD (16); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, POLICLINICA MÉNDEZ GIMÓN, CARACAS (17); SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM (18)

Introducción: Las manifestaciones oculares se describen hasta en un tercio de los pacientes (p) con LES. Distintos mecanismos pueden afectar el ojo y ser expresión de actividad de la enfermedad o de daño.

Objetivos: Reportar la prevalencia de manifestaciones oculares al momento del diagnóstico y la incidencia luego del diagnóstico en pacientes con LES de una cohorte de LA.

Materiales y Métodos: Ingresaron p.con 2 años de diagnóstico de LES, el cumplimiento de 4 criterios (ACR 1982) no fue obligatorio para ingresar y el diagnóstico se basó en la clínica, laboratorio y experiencia del reumatólogo. Las manifestaciones oculares se registraron desde el ingreso y en consultas de seguimiento, junto con datos sociodemográficos, clínicos y laboratorio. Se utilizó estadística descriptiva(media y porcentajes), la prevalencia al diagnóstico se calculó para toda la cohorte y la incidencia, para todos los p. que presentaron alguna manifestación ocular nueva. STATA v.10.

Resultados: Ciento seis p.(7.1% de un total de 1480, edad al diagnóstico 29.5(12.3) años, 1393 mujeres (90%), tuvieron alguna manifestación ocular prevalente: síndrome sicca (s.sicca) en 74(5%), retinopatía:15(1%), epiescleritis y amaurosis en 9 (0.6%) respectivamente. S.sicca se vió principalmente en caucásicos y mayores de 50 años y retinopatía en especial en p. con compromiso renal (8/15) y neurológico (10/15). Retinopatía fue más frecuente en enfermedad activa (10/15) con SLEDAI >=12.La incidencia global de manifestaciones oculares fue 2.8 casos por 100 personas-año, siendo más alta para s.sicca (1.3 por 100 personas-año) y más baja para uveítis (0.06 casos por 100 personas-año).La incidencia de retinopatía y cataratas fue de 0.7 por 100 personas-año. Pacientes mayores de 50 años tuvieron más incidencia de s.sicca (2.5 por 100 personas-año) seguido por cataratas (1.8 por 100 personas -año).

Conclusiones: Las manifestaciones oculares del LES fueron variables,al diagnóstico se manifestaron como s.sicca seguido por retinopatía, esta última se vió con enfermedad activa y compromiso de órganos mayores. Luego del diagnóstico, s.sicca fue nuevamente la manifestación más frecuente,especialmente en mayores; seguido por retinopatía y cataratas.

7

0007 - TELECONSULTA: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: Misceláneas
CORTEZ CHAVARRIA, Judith Sandra | DUS ORIETA, Nicolas Benjamin | IBAÑEZ, Giuliano | URRUTIA, Julio Cesar | PERAK, Marielina | OTERO, Maria José | QUISPE VILLANUEVA, Ma Laura | WERNICKE, Veronica Cecilia | LOJO, Maria Nieves | LAZZARINO, Maria Rosa

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI

Introducción: El término Tele salud hace referencia, a la prestación de servicios relacionados al cuidado de la salud a través de tecnología de información y comunicación. La Telemedicina permite la consulta a distancia : médico paciente, entre profesionales de la salud, acercando los servicios de salud a la población que carecen de estos recursos.Debido a la complejidad de los pacientes con enfermedades reumatológicas, a la escasez de recursos humanos formados en esta especialidad, y a la concentración de especialistas en las grandes ciudades, adquiere gran importancia la Telemedicina acortando la distancia entre los pacientes y el reumatólogo. La Teleconsulta se implementó en nuestro servicio en el año 2015 con el objetivo de agilizar el acceso al turno y realizar consultas rápidas relacionadas con la enfermedad, tratamiento o estudios complementarios de pacientes en seguimiento.

Objetivos: Analizar el número de consultas vía mail. Describir los motivos de consulta. Caracterizar la población que usa este medio.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las consultas vía mail, desde enero de 2015 a diciembre de 2018. Se recolectaron los siguientes datos: número de mails, número de pacientes, edad, sexo, lugar de residencia y remitente. Las consultas recibidas se dividieron en tres grupos: gestión de turnos, consultas relacionadas a la enfermedad (intercurrencias clínicas,consultas sobre tratamiento, estudios complementarios que incluyen resultados de imágenes y laboratorios) y otras. Se analizó la media para la variable edad, mediana para distancia y número de consulta por paciente y el porcentaje del resto de los datos.

Resultados: Se recibieron 775 mail que correspondían a 841 consultas realizadas por 222 pacientes (p) o sus familiares, observándose un incremento anual del periodo 2015-2018 (15, 45, 279, 436 consultas/año respectivamente). El 56 % (473) eran para solicitar turnos, 17% (81) de primera vez y 83% (392) de seguimiento. De las 328 (39%) consultas relacionadas con la enfermedad, 27% (87) eran por intercurrencias clínicas, 26% (86) por tratamiento y 47% (155) por estudios complementarios. El 5% (40) restante no se relacionaban con la enfermedad. La edad media de los p fue de 50 años (+/- 14,9), el 85% (189) de sexo femenino y el 15% (33) sexo masculino, el 65 % (501) fueron enviados por el p y 35% (274) por familiares. El 52% (405) de las consultas provenían del interior de la provincia de Buenos Aires, 32% (245) de la zona Gran La Plata (partidos de Ensenada, Berisso, La Plata). 15% (114) de Gran Buenos Aires, el 1 % restante de otras provincias (La pampa, Salta, Río Negro, Chubut y Tierra del Fuego), con una distancia de 60 km (0-3070 km). Los mail enviado por paciente fue de 2 (1-23). La distribución en relación al diagnóstico fue AR (35%), LES (20,9%), otras ETC (20%), Partes blandas (13%), OA (10%) y EASN (2%).

Conclusiones: En nuestro análisis se observa un incremento del número de consultas vía mail con el transcurso de los años, evidenciando la facilidad del acceso por este medio y la conformidad de los pacientes y familiares para su uso. La mayoría de las consultas estuvieron relacionadas con estudios complementarios, las cuales se resolvieron sin concurrir al consultorio, lo que redujo el número de visitas, disminuyendo probablemente los costos relacionados al viaje y las horas de ausencia laboral. El mayor porcentaje de consultas fueron realizadas por pacientes del interior del país poniendo de manifiesto que este medio de comunicación es una alternativa para resolver consultas de pacientes situados distantes a un centro especializado.

8

0008 - ¿ PUEDEN LOS BIOLÓGICOS “PREVENIR” EL DESARROLLO DE LA ARTRITIS PSORIASICA EN PACIENTES CON PSORIASIS? DATOS DE UNA COHORTE DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: EsPA
LO GIUDICE, Luciano | ACOSTA FELQUER, Maria Laura | MAZZUCCOLO, Luis Daniel | GALIMBERTI, Maria Laura | SORIANO, Enrique

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Como la psoriasis (Ps) suele preceder a la artritis psoriásica (APs), una pregunta importante sin respuesta es si el tratamiento de Pso podría influir en el desarrollo de PsA en pacientes con psoriasis.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de PsA en una cohorte de pacientes con Ps de acuerdo con diferentes tratamientos, con la hipótesis de que el tratamiento con biológicos podría prevenir el desarrollo de APs.

Materiales y Métodos: Pacientes con Ps sin APs del Hospital Italiano de Buenos Aires fueron seguidos en este estudio de cohorte retrospectivo. Los datos se obtuvieron a través de la historia clínica electrónica. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a su tratamiento en grupos: tópicos (tópicos y fototerapia), DMARDs convencionales (DMARDc) (incluyendo metotrexato (MTX) y ciclosporina (Cyc)) y DMARDs biológicos (DMARDb) (incluyendo TNFi, IL17i e IL12-23i). Los pacientes contribuyeron con tiempo desde el inicio del tratamiento correspondiente hasta el diagnóstico de APs, la pérdida del seguimiento, el final del tratamiento o el final del estudio. Los casos incidentes de APs se atribuyeron a un tratamiento si se desarrolló durante la administración de el mismo y hasta 6 meses después de su interrupción si no se inició ningún otro tratamiento. Se descartaron los casos incidentes que se desarrollaron más de un año después de la interrupción del tratamiento (3 casos). La densidad de incidencia se calculó para toda la población y para cada uno de los grupos de tratamiento, comparándose con chi2, como así también su rate ratio. Se realizó un modelo de regresión logística multivariada para el desarrollo de APs por grupos de tratamiento, ajustándose por otras variables.

	Tópicos, n=599	DMARDc, n=106	DMARDb, n=92	Grupo en total, n=797
Media de edad al diagnóstico de Ps (DS)	43,6 (20,6)	46,2 (20,7)	35,1 (18,9)	42,9 (20,6)
Sexo femenino, n (%)	314 (52)	53 (50)	36 (39)	403 (50,3)
Ps en placa, n/N (%)	514/578 (89)	93/103 (90)	85/90 (94)	692/771 (90)
IMC, n/ Media (SD)	498; 27,6 (5,4)	80; 28,5 (5,6)	91; 30 (7)	659; 28 (5,7)
N Desarrollaron APs (%)	66 (8,5)	3 (3,38)	1 (1,03)	72 (9)
Seguimiento (pacientes/años)	9153	316	548	10017
Densidad de incidencia/1000 Pacientes/años (95% IC)	7,4 (5,8-9,4)	9,5 (1,9-27,5)	1,81 (0,04-10)	7,2 (5,6-9)
Media de años entre Ps y APs (RIC)	10 (2-21)	Paciente 1: 23 Paciente 2: 11,7 Paciente 3: 24,7	Paciente 1: 9,6	10,5 (2-20,8)

Resultados: 797 pacientes aportaron un total de 10017 pacientes / año. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. 599 (75%) de los pacientes fueron tratados solo con tópicos o fototerapia, 106 (13%) con DMARDc (81% MTX y 19% Cyc) y 92 (11,5%) con biológicos (TNFi: 64; etanercept: 44, adalimumab: 23, infliximab: 6; IL17i: 43; 14 ixekizumab, 29 Secukinumab; IL12-23i: (Ustekinumab) 16. Algunos pacientes recibieron más de un biológico). Durante el seguimiento 72 pacientes desarrollaron APs (68 bajo tópicos; 3 bajo DMARDc (2 MTX y 1 Cyc) y 1 bajo biológicos (1 Secukinumab): Densidad de incidencia global: 7.2 por 1000 pacientes/año (tabla 1). Aunque numéricamente la incidencia de APs en pacientes con Ps tratados con biológicos fue menor, la diferencia no fue estadísticamente significativa. En el análisis de regresión de Cox, después de ajustar por sexo, edad e IMC, el tratamiento con productos biológicos se asoció significativamente con un menor riesgo de desarrollar APs: HR (95% IC): 0.1 (0.013 - 0.7); p = 0.021.

Conclusiones: El tratamiento con biológicos en pacientes con Ps pareció reducir el riesgo de APs y prevenir su desarrollo en esta cohorte retrospectiva de un solo centro.

12

0012 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOJREN PRIMARIO Y NEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA SINTOMÁTICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Síndrome Sjogren
Unidad Temática 2: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial
URRUTIA, Julio Cesar | DUS ORIETA, Nicolas Benjamin | IBAÑEZ, Giuliano | CORTEZ, CHAVARRIA, Judith Sandra | PERAK, Marilina | OTERO, María José | QUISPÉ VILLANUEVA, Ma Laura | WERNICKE, Veronica Cecilia | LOJO, María Nieves | LAZZARINO, María Rosa

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROF. RODOLFO ROSSI
Introducción: El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocitaria glandular y extraglandular asociado a producción de autoanticuerpos. El compromiso pulmonar en el Síndrome de Sjögren primario (SSP) incluye neumonía intersticial no específica (NINE), neumonía intersticial usual (NIU), neumonía intersticial linfocítica (NIL), neumonía organizada (NO) y bronquiolitis. La neumonía intersticial linfocítica está presente según la literatura entre el 0,9% al 42% de pacientes con SSP, es un desorden linfoproliferativo benigno caracterizado por proliferación intersticial difusa de linfocitos y células plasmáticas.

Objetivos: - Describir las características clínico-serológicas de un grupo de pacientes con SSP - Comparar las características clínico-serológicas del subgrupo de pacientes con NIL sintomáticos con el resto de los pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de 36 historias clínicas de pacientes con SSP según criterios ACR 2012, en seguimiento por nuestro servicio de Reumatología. Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, laboratorio que incluyó FAN, anti Ro, anti La, anti RNP, C3, C4, FR, hipo/hipergamaglobulinemia, ERS persistentemente altas (al menos 3 determinaciones consecutivas mayores a 30 mm/h). A los pacientes sintomáticos respiratorios (tos y/o rales crepitantes) se les realizó tomografía computada de alta resolución (TACAR) de tórax.

Resultados: Del total de 36 pacientes (p) el 97 % fueron mujeres, con un promedio de edad de 60 años (30-93); la media del tiempo de evolución fue de 9,5 años. Presentaron FAN positivo > 1/320: 50 % (18/36), 1/160:11%(4/36),FAN <1/160:39%(14/36), anti Ro 72 % (26/36), anti La 47 % (17/36), anti RNP 8 % (3/36), FR 69 % (25/36), ERS persistentemente alta (x=46 mm/h) 33 % (12/36), hipocomplementemia 22 % (8/36), hipergamaglobulinemia policlonal 44 % (16/36) e hipogamaglobulinemia 5 % (2/36) . Las características clínicas fueron: síntomas sicca 100%, tumefacción de glándulas salivales mayores (TGM) 17%, fenómeno de Raynaud 32 %, artritis 67 %, manifestaciones cutáneas 30 %. A los pacientes que tuvieron síntomas respiratorios 47 % (17/36), se les realizó TACAR. Hallazgos tomográficos: NIL 24% (4/17), sin patrón definido 41 % (7/17), normales 35 % (6/17). Comparando los pacientes con NIL y el resto de la población con SSP se encontró asociación con mayor tiempo de evolución de la enfermedad, p 0,046 (16,5 vs 8,63 años), antiRNP positivo p 0,027, OR 31 (50 % vs 3 %), hipergamaglobulinemia policlonal p 0,031, OR 1,33 (100 % vs 37 %) y fenómeno de Raynaud p 0,028, OR 16,2 (75 % vs 16 %) en los pacientes con NIL. También se halló en estos, mayor frecuencia de FAN >= 1/320 ((100 % vs 44 % anti La positivo (75 % vs 44%), ERS persistentemente alta (75 % vs 28 %), TGM (50 % vs 12%) artritis (100 % vs 62 %) y compromiso cutáneo (50 % vs 28 %) sin diferencias estadísticamente significativas. No encontramos en nuestra muestra pacientes con compromiso neurológico o linfomas y solo una paciente presentó compromiso renal asociado a una crioglobulinemia

Conclusiones: La frecuencia de NIL en SSP estuvo dentro de lo reportado en la bibliografía. Nuestros pacientes con SSP y NIL tuvieron mayor tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de fenómeno de Raynaud, asociado a RNP positivo e hipergamaglobulinemia policlonal.

13

0013 - PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN DOS POBLACIONES ORIGINARIAS DE ARGENTINA. ESTUDIO DE BASE COMUNITARIO: ¿"DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA"?

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
QUINTANA, Rosana M. (1) | JUAREZ, V(2) | SILVESTRE, A(1) | ACIAR, M(2) | NIETO, R(1) | CRESPO, M(2) | GOÑI, M(1) | BUSCHIAZZO, E(2) | PELAEZ-BALLESTAS, I(3) | PONS-ESTEL, B(1)

CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO (1); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (2); GLADERPO ((GRUPO LATINOAMERICANO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN PUEBLOS ORIGINARIOS) (3)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) genera una marcada limitación funcional. En Latinoamérica (LA) se ha observado que ciertos grupos étnicos minoritarios presentan una AR más agresiva y peor evolución. Por este motivo, el Grupo Latino Americano De estudio de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO), diseñó un programa para la detección de enfermedades reumáticas en diferentes pueblos originarios de LA a través de la metodología Community Oriented Program for Control of Rheumatic (COPCORD).

Objetivos: Estimar la prevalencia de AR en las comunidades de pueblos originarios qom y wichi de la ciudad de Rosario y Misión Chacueña (Salta); además de comparar las características de la AR entre las dos comunidades.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, epidemiológico, de base comunitario, utilizando la metodología COPCORD, a través de la realización de una encuesta puerta a puerta, dirigida a individuos mayores de 18 años pertenecientes a la comunidad qom de Rosario y la comunidad rural wichi de Misión Chacueña (Salta). La estrategia metodológica fue la misma en los dos lugares y llevada a cabo por el mismo equipo de trabajo. Los individuos con dolor músculo-esquelético (casos positivos) fueron evaluados en forma consecutiva por médicos generales y reumatólogos para diagnóstico y eventual tratamiento.

Resultados: La población qom censada fue de 2.157 individuos, 1.759 (81,5%) participaron en el estudio. La población wichi censada fue de 717 individuos, 648 participaron en el estudio (90,3%). El 53,7% y el 48,5% de los encuestados reportaron dolor en la comunidad qom y wichi, respectivamente. Luego de la evaluación reumatológica se diagnosticaron 65 (3,0%) individuos con AR en la comunidad qom y 21 (3,2%) en la comunidad wichi. Las características de la AR comparando la comunidad wichi y qom fueron similares en relación a la actividad medida por DAS 28 (mediana de 5,56 vs 4,74; p 0,341), más del 90% fueron seropositivos y el 66,6% y 45,9% (p 0,024) presentaron erosiones radiográficas. Las variables con significancia estadística fueron: mayor diagnóstico previo de AR en la comunidad qom (33,3% vs 61,5%; p 0,024) y mayor limitación funcional en la comunidad qom medida por HAQ-DI mayor 0,8 (mediana 76,9% vs 52,3%; p 0,031). La comunidad wichi presentó una demora en el diagnóstico superior (mediana de 25,5 meses versus 12,0; p 0,024). El 42% y 29% (p 0,246) de los pacientes qom y wichi tenían antecedentes familiares de AR. Las comorbilidades más frecuentes en ambas comunidades fueron: hipertensión, diabetes, chagas y tuberculosis.

Conclusiones: La prevalencia de AR en ambas comunidades son de las más alta reportadas en LA. La agresividad de la enfermedad, la marcada limitación funcional son características comunes, así como el retraso en el diagnóstico, reflejando otro problema más estructural como es la accesibilidad a la atención biomédica. A pesar de ser comunidades diferentes, con diferente cultura y diferente medioambiente (urbana y rural), tienen en común la inequidad en salud, presente en LA. Comparten características como son: bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y falta de competencia cultural por parte de los profesionales de la salud.

34

0034 - ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR
GARCÍA, Lucila | PENA, Claudia | RUTA, Santiago | RASCHIA, Alan | COSENTINO, Maximo | ARIZPE, Fernando | PERA, Mariana | MARTIRE, Victoria | GARCIA, Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Introducción: Los pacientes con Vasculitis Asociada a ANCA (VAA) presentan mayor prevalencia de eventos trombóticos, respecto a la población general. Un estudio reciente demostró que la hemorragia alveolar. ANCA-PR3+ y los cilindros hemáticos se asocian con el desarrollo de trombosis, mientras que publicaciones previas mostraron distintos factores predictores.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de Enfermedad Tomboembolica Venosa (EDEV) y factores asociados a su desarrollo en pacientes con VAA.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años evaluados entre los años 2000-2019. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VAA que reúnan criterios de Clasificación ACR 1990/ Nomenclatura Chapel Hill Consensus Conference 2012. Se evaluaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, tratamiento, score de actividad (BVAS) y de pronóstico (FFS) y factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Se determinaron otros factores asociados a trombosis como inmovilización, antecedente de neoplasia, uso de Anticoagulantes Orales o Terapia de Reemplazo Hormonal (ACO/TRH) e historia previa de trombosis. Los datos fueron expresados como media y Desvío Estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico, según su dispersión. Las características de los pacientes con y sin EDEV fueron comparadas mediante Test Student o Mann Whitney para datos continuos y Chi-Cuadrado o Test Exacto de Fisher para variables categóricas. El análisis bivariado fue realizado para evaluar factores asociados a EDEV. Para cada parámetro asociado significativamente en el análisis bivariado, se aplicó el modelo de regresión logística binario.

	EDEV sí, n:12	EDEV no, n: 75	p
Sexo masculino, % (IC95%)	33 (6-60)	46 (35-57)	0.38
Edad, media (DS)	56,2 (14,9)	50,2 (14)	0.15
Trombocitosis, % (IC 95%)	36 (7-64)	18 (9-27)	0.17
Sedimento Urinario Activo%(IC 95%)	66 (35-97)	61 (48-74)	0.78
ANCA C, % (IC 95%)	66,6 (40-93)	46 (34-58)	0.19
ANCA P, % (IC 95%)	33,3 (6-60)	46 (34-58)	0.40
Síndrome Nefrótico, % (IC 95%)	9 (7-26)	5,5 (0-10)	0.64
BVAS, media (DS)	21 (17-24)	18 (16-19)	0.19
Diabetes Mellitus, % (IC 95%)	8 (7-23)	9 (2-16)	0.90
Tabaquismo, % (IC 95%)	8 (7-23)	18 (9-27)	0.37
Índice Masa Corporal >25, % (IC 95%)	33 (6-60)	14 (6-22)	0.11
Inmovilización, % (IC 95%)	66,6 (39-93)	13 (5-21)	<0.0001
Neoplasia, % (IC 95%)	0	2 (0-6)	0.56

característica asociada a la presencia de EDEV fue la inmovilización previa. El 66.6% de los pacientes que presentaron EDEV estuvieron inmovilizados en comparación con un 13% de los pacientes que no presentaron EDEV (p < 0.0001). En el análisis de regresión logística, el OR de inmovilización para la presencia de EDEV fue de 35,4 (IC 95% de 2,5-491).

Conclusiones: La frecuencia de EDEV en pacientes con VAA fue del 13,7% y el único factor asociado al desarrollo de EDEV fue la inmovilización previa. La inmovilización es un factor de riesgo modificable para el desarrollo de trombosis, tanto en pacientes ambulatorios como en hospitalizados, que debemos tener en cuenta en el contexto de la actividad de la vasculitis.

35

0035 - FACTORES ASOCIADOS A COMPROMISO CARDIACO EN ESCLEROSIS SISTÉMICA. EVALUACIÓN EN UNA COHORTE DE 139 PACIENTES

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ETC
RASCHIA, Alan Juan | SANSINANEA, Pierina | MARTIRE, María Victoria | GARCÍA, Lucila | GARCÍA, Mercedes Argentina | TESTI, Adriana Carina

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Introducción: El compromiso cardíaco en la Esclerosis Sistémica se manifiesta clínicamente en el 15% de los pacientes, sin embargo, según reportes de autopsias la afectación subclínica podría llegar al 61%. Las manifestaciones cardíacas incluyen derrame pericárdico, disfunción diastólica de ambos ventrículos, hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvular y arterial, arritmias y alteraciones de la conducción. La afectación cardíaca es un factor de mal pronóstico y se asocia a aumento de la morbimortalidad.

Objetivos: Determinar la frecuencia de compromiso cardíaco en pacientes con Esclerosis Sistémica y evaluar los factores asociados a su presencia.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con esclerosis sistémica (ES) según criterios de clasificación ACR 1980 y/o ACR/EULAR 2013 asistidos en un hospital de tercer nivel, desde el año 1983 hasta julio de 2019. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y causas de muerte. Las manifestaciones cardíacas que se evaluaron fueron la disfunción diastólica, disfunción sistólica, derrame pericárdico, arritmias, cavidades derechas dilatadas y cardiopatía isquémica. Se realizó estadística descriptiva, las variables cuantitativas se expresaron como media, Desvío Estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), las variables cualitativas como %.

Variables	Compromiso cardíaco		p
	Sí	No	
Edad, media (DE)	50,4 (14,2)	44,7 (15,3)	0,02
Sexo femenino, n (%)	55 (45,5)	66 (54,5)	0,10
Tabaquismo, n (%)	12 (32,4%)	25 (67,6%)	0,05
Hipertensión arterial, n (%)	14 (58,3%)	10 (41,7%)	0,14
Dislipemia n (%)	14 (46,7%)	16 (53,3%)	0,89
Subtipo difusa, n (%)	31 (62%)	19 (38%)	0,02
Raynaud, n (%)	66 (49,3%)	68 (50,7%)	0,68
Úlceras digitales n (%)	22 (48,9%)	23 (51,1%)	0,99
Reflujo gastroesofágico, n (%)	47 (69%)	49 (51%)	0,7
Compromiso pulmonar, n (%)	35 (62,5%)	21 (37,5%)	0,009
Hipertensión pulmonar, n (%)	23 (82,1%)	5 (19,7%)	0,0001
Eritrosedimentación > 20 mm, n (%)	41 (53,2%)	36 (46,8%)	0,25
ANA positivos, n (%)	62 (48,8%)	65 (51,2%)	0,93
Scl70 positivo, n (%)	12 (42,9%)	16 (57,1%)	0,47
Anticentrómero positivo, n (%)	29 (47,5%)	32 (52,5%)	0,77
Capilaroscopia SD temprana, n (%)	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,1
Capilaroscopia SD activo, n (%)	13 (38,2%)	21 (61,8%)	0,15
Capilaroscopia SD tardío, n (%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)	0,57

Resultados: Se incluyeron 139 pacientes, de las cuales 121 (87%) son mujeres, con una edad media al diagnóstico de 47,5 años (DE 15). La evolución de la enfermedad fue de 4 años (RIC) años. Del total de pacientes, el 48,2% tuvo algún tipo de compromiso cardíaco, siendo 66,7% de sexo masculino, con una edad media de 50,46 ± (DS 14,23). Respecto a las manifestaciones cardíacas, 26 pacientes (18,7%) presentaron disfunción diastólica, 16 (11,5%) cardiopatía isquémica, 10 (7,2%) cavidades derechas dilatadas, 9 (6,5%) derrame pericárdico, 7 (5%) disfunción sistólica y 6 (4,3%) arritmias. En la tabla 1 se muestra el análisis bivariado. La mayor edad, el compromiso pulmonar, la presencia de HTAP y el subtipo difuso se asociaron de forma significativa al desarrollo de la enfermedad cardíaca. En el análisis multivariado, la HTAP fue la única variable asociada de manera independiente al compromiso cardíaco [OR 6,44 (IC 95% 2,04-20,35); p 0,001].

Conclusiones: El compromiso cardíaco se detectó de forma frecuente, predominantemente en forma de disfunción diastólica. La hipertensión arterial pulmonar se asoció de manera independiente con el desarrollo de afectación cardíaca. Por lo cual consideramos de vital importancia su búsqueda, aun en casos asintomáticos.

39

0039 - PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI PEPTIDOS CITRULINADOS Y ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES. COHORTE EPIMAR.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial
Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología

BERSANO, Maria Noelia (1) | QUINTANA, Rosana M.(2) | NAVARRO, Sandra(2) | SACUN, Mónica(3) | VIVERO, Florencia(4) | BABINI, Alejandra(5) | GRANELL, Amelia(6) | ROBERTS, Karen(1) | HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); HTAL PROV ROSARIO (3); HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD MAR DEL PLATA (4); HTAL PRIVADO CORDOBA (5); HIGA SAN MARTIN DE LA PLATA (6)

Introducción: En la artritis reumatoide es más que conocida la asociación entre la presencia de anticuerpos anti péptidos citrulinados (anti CCP) con múltiples manifestaciones extraarticulares. Dentro de ellas, la enfermedad pulmonar intersticial de desarrollo precoz representa el espectro de mayor morbimortalidad. Recientemente se postuló que la fibrosis pulmonar asociada a enfermedades autoinmunes podría iniciarse por contacto del tracto respiratorio superior con antígenos como la citulina. Esto produciría citrulinización de proteínas en el pulmón y cascada inflamatoria autoinmune, culminando en fibrosis. Por lo antes mencionado, los anti CCP podrían estar involucrados en la fibrosis pulmonar en enfermedades autoinmunes. El registro de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Autoinmunes (EPID-ai) comenzó en el año 2016 bajo el acrónimo EPIMAR (Enfermedad Pulmonar Intersticial de Mecanismo Autoinmune de Argentina). EPIMAR es un proyecto observacional y multicéntrico auspiciado por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR) y la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), en el cual participan reumatólogos, neumonólogos y clínicos de centros públicos y privados del país que tienen experiencia en la asistencia de pacientes con EPID. Es un sistema cooperativo en el cual los co-investigadores aportan datos y asimismo disponen de la base para los análisis deseados. El relevamiento de datos se realiza en forma codificada en una plataforma on-line (www.epimar.com.ar).

Objetivos: Analizar la presencia de anti CCP y evaluar su asociación con datos epidemiológicos, patrones tomográficos y enfermedades autoinmunes subyacentes en el registro argentino de EPIMAR.

Materiales y Métodos: Se describe la prevalencia de anticuerpos anti CCP en sujetos pertenecientes al registro EPIMAR. Se analizaron datos demográficos, clínicos, serológicos, funcionales y radiológicos de los pacientes con diagnóstico de EPID-ai (EPID asociada a enfermedades del tejido conectivo (EPID-ETC), Neumonia Intersticial con hallazgos Autoinmunes (IPAF) o EPID asociada a ANCA positiva (EPID-ANCA-). Se evaluaron los tratamientos realizados y la respuesta a los mismos. Las imágenes fueron evaluadas en forma ciega por un medico especializado en diagnóstico por imágenes con práctica focalizada en tórax quien definió el patrón tomográfico.

Resultados: De un total de pacientes en la base (459 pacientes) que tenían enfermedad autoinmune o IPAF, 340 informaron los resultados de anti CCP (74.07%). De los 340 pacientes, 94 fueron CCP positivos (27.64%): 80% tuvieron diagnóstico de artritis reumatoide, 2.7% esclerosis sistémica, 6.4% dermatomiositis, 5.6% lupus eritematoso sistémico y 7.1% otros diagnósticos. Ningún paciente con Síndrome de Sjögren presentó anti CCP positivo. Pudimos observar que el sexo masculino y una edad 10 años mayor al comienzo de los síntomas, se correlacionaron con la presencia de anti CCP, ambos datos con significancia estadística. Similares resultados se encontraron en relación a la exposición al tabaco. Los patrones tomográficos hallados según positividad de anti CCP fueron: neumonía intersticial usual (UIP) en 36.2%, neumonía intersticial no específica (NSIP) en 31.9%, seguidas por fibroesitismo, neumonía organizada criptogénica (COP) y superposición NSIP/COP. Con respecto a estudios funcionales respiratorios, como el test de difusión de dióxido de carbono (DLCO) y la capacidad vital forzada (CVF), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del grupo CCP positivo versus el grupo CCP negativo.

Conclusiones: Si bien la mayor parte de los pacientes CCP positivo tenían AR, lo cual es ampliamente conocido, un pequeño grupo de pacientes con otras enfermedades autoinmunes también presentaron el anticuerpo. La evaluación de patrones tomográficos se corresponde a lo descrito en la literatura para la artritis reumatoide, siendo la UIP el patrón predominante junto a la NSIP, sin encontrar asociación significativa con anti-CCP. Entre todos los pacientes anti-CCP positivo, pudimos observar asociación con el sexo masculino, una mayor edad al comienzo de los síntomas y exposición al tabaco. A pesar de la baja frecuencia de Síndrome de Sjögren, ninguno de estos pacientes presentó anti CCP.

42

0042 - POLIFARMACIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

SALINAS MEJIA, Laura (1) | DEMARCHI, Julia(1) | ZAFFARANA, Cecilia Andrea(1) | EARSMAN, Geofredo(1) | KLAJUN, Diana(2) | MEDINA, María Alejandra(3) | YUJRA VENTURA, Pamela(3) | FARFAN ROJAS, Patricia(3) | PAFASIDERO, Silvia Beatriz(3) | LUNA, Gisele Alejandra(4) | PONCE DELGADO, Yessica María(5)

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (1); DOENCIA E INVESTIGACION HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNU (2); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNU (3); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (4); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE AGUDOS IGNACIO PIROVANO (5)

Introducción: Se ha reportado en los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) un incremento en la prevalencia de polifarmacia, alcanzando según un estudio al 94% de los pacientes. Esto conlleva a un mayor riesgo de interacciones indeseables potenciales y un aumento de internaciones hospitalarias. Hasta el momento no existen reportes de polifarmacia en pacientes con AR en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de polifarmacia en pacientes >= 18 años con AR en cuatro Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y evaluar los factores asociados.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico de corte transversal. Se incluyeron pacientes >= 18 años con diagnóstico de AR según los criterios ACR 2010 atendidos en hospitales públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires. Fueron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico reciente de AR que se encontraron sin tratamiento y que presentaron otras enfermedades reumáticas autoinmunes. Se recabaron datos epidemiológicos, características de la enfermedad, actividad medida por índices DAS 28, SDAI, CDAI y capacidad funcional por HAQ. Se consignó la presencia de enfermedades reumatológicas no inmunológicas, comorbilidades y medicamentos recibidos para tratamiento de AR y sus comorbilidades, clasificándolos de acuerdo al grupo terapéutico. Se consideró polifarmacia al uso de un número > 5 medicamentos. Se calculó la prevalencia de polifarmacia en AR en general, por medicación reumatológica y por medicación de comorbilidades. Se compararon las características de la enfermedad en aquellos pacientes que presentaban polifarmacia vs aquellos que no. Se describió la población con medias, medianas, desvío estándar y rango intercuartílico, frecuencias absolutas y relativas. Se determinó la prevalencia de polifarmacia general, por drogas para AR, por drogas para comorbilidades, y por ambos. Se compararon los grupos con y sin polifarmacia según características sociodemográficas y de la enfermedad con prueba chi2, test exacto de Fisher, prueba T de Student o test de Mann-Whitney, según correspondía. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de significación de 0,05. Se utilizó el software STATA-14.

Resultados: Fueron incluidos 124 pacientes. 96 (77.42%) eran mujeres, con una edad media de 55.8 años (± 12.30), provenían de instituciones públicas 69 pacientes (55.65%). La mediana de tiempo de evolución fue de 80 meses (RIC: 43-120). La prevalencia de polifarmacia general fue 66.13% (n=82), polifarmacia por drogas para AR 11.29% (n=14) y polifarmacia por drogas para comorbilidades 43.55% (n=54). Al comparar las características de la AR según presencia de polifarmacia por drogas para la misma, se observó que los pacientes con polifarmacia por AR tenían mayores índices de actividad de enfermedad por SDAI: 20 (RIC: 12.10-29.30) y 9.40 (RIC: 2.80-19.20), p=0.03, mayor actividad por CDAI: 18.50 (RIC: 12-27) vs 8 (RIC: 2-16), p=0.011, y peor capacidad funcional por HAQ: 2.12 (RIC: 1.375-2.37) vs 1 (0.38-1.87), p=0.017. Un mayor porcentaje de pacientes con polifarmacia por AR tenían valor de HAQ mayor a 1 (11 (78.57%) vs 50 (45.45%), p=0.02). Se observó que los pacientes con polifarmacia general tenían en promedio mayor edad (58.21 años (± 1.24) vs 51.29 años (± 13.16)) que los que no (p=0.003). Al investigar la asociación entre tipo de comorbilidad y polifarmacia por comorbilidades, se observó que los pacientes con polifarmacia por AR presentaron mayor frecuencia de comorbilidades cardiovasculares, respiratorias, endocrinológicas, gastrointestinales, psiquiátricas, hepáticas, neurológicas y oftalmológicas (p < 0,05).

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia general fue del 66.13% y se asoció a una mayor edad. La prevalencia de polifarmacia por drogas para AR fue del 11.3% y esta se asoció a índices más altos de actividad y discapacidad funcional.

40

0040 - COMPROMISO TENDINOSO EN ARTRITIS REUMATOIDEA: ¿UNA MANIFESTACIÓN SUBESTIMADA?

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Estudios Complementarios
Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

MARTÍNE, María Victoria (1) | CAZENAVE, T(2) | BENEGAS, M(3) | CATAY, E(4) | SPINDLER, W(5) | KOHAN, M(6) | HAYE SALINAS, M(7) | SANDOVAL, C(8) | AIROLDI, C(9) | VILA, D(10) | PERA, M(1) | RUTA, S(1) | ROCCAMFRETTE, M(2) | FORNARO, M(2) | BRAVO, M(4) | GARCÍA, M(1)

HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); SANATORIO MENDEZ (3); CONSULTORIO PRIVADO, FORMOSA (4); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGIA TUCUMAN (5); HOSPITAL TORNU (6); HOSPITAL ESCUELA Y DE CLÍNICAS VIRGEN M DE FÁTIMA (7); HOSPITAL JOSÉ MARIA CULLEN (8); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (9); CMG DE ZARATE (10); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (11); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (12); HOSPITAL GUTIERREZ (13); CEMIC (14); CONSULTORIO PRIVADO - Salta (15)

Introducción: A diferencia del compromiso articular, existen escasas publicaciones en la que se evalúe el compromiso tendinoso en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Su presencia se asocia a peor desenlace y la evaluación clínica puede subestimar su presencia.

Tabla 2. Prevalencia de daño tendinoso y acuerdo entre EC y US

Tendón/compartimento evaluado	EC n (%)	US n (%)	kappa	p
1er compartimento extensor n: 386	25 (6.5)	40 (10.4)	0.34	<0.0001
2do compartimento extensor n: 386	17 (4.4)	33 (8.6)	0.40	<0.0001
3er compartimento extensor n: 386	10 (2.5)	22 (5.7)	0.42	<0.0001
4to compartimento extensor n: 386	30 (7.8)	67 (17.4)	0.22	<0.0001
5to compartimento extensor n: 386	8 (2.1)	24 (6.2)	0.22	<0.0001
6to compartimento extensor n: 386	44 (11.4)	132 (34.2)	0.20	<0.0001
2do flexor n: 386	23 (6.0)	51 (13.2)	0.08	0.06
3er flexor n: 386	18 (4.7)	40 (10.4)	0.30	<0.0001
4to flexor n: 386	11 (2.8)	34 (8.8)	0.18	<0.0001
5to flexor n: 386	10 (2.6)	29 (7.5)	0.17	<0.0001
Tibial posterior n: 386	39 (10.1)	93 (24.1)	0.18	<0.0001

Tabla 1. Prevalencia de tenosinovitis y acuerdo entre EC y US

Tendón/compartimento evaluado	EC n (%)	US n (%)	kappa	p
1er compartimento extensor n: 386	24 (6.2%)	46 (11.9)	0.19	<0.0001
2do compartimento extensor n: 386	11 (2.8)	43 (11.1)	0.26	<0.0001
3er compartimento extensor n: 386	13 (3.4)	39 (10.1)	0.35	<0.0001
4to compartimento extensor n: 386	24 (6.2)	78 (20.2)	0.32	<0.0001
5to compartimento extensor n: 386	8 (2.1)	42 (10.9)	0.17	<0.0001
6to compartimento extensor n: 386	48 (12.4)	177 (45.9)	0.24	<0.0001
2do flexor n: 386	23 (6.0)	59 (15.3)	0.36	<0.0001
3er flexor n: 386	18 (4.7)	50 (13.0)	0.36	<0.0001
4to flexor n: 386	16 (4.1)	40 (10.4)	0.43	<0.0001
5to flexor n: 386	12 (3.1)	40 (10.4)	0.23	<0.0001
Tibial posterior n: 386	36 (9.3)	79 (20.5)	0.25	<0.0001

Objetivos: Evaluar el compromiso tendinoso en pacientes con AR, el grado de acuerdo entre la evaluación clínica y la ultrasonografía (US) y detectar los factores asociados a tenosinovitis (TSV) y daño tendinoso (DT).

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo, traumatismos, cirugía, uso de quinolonas e infiltraciones. Se evaluaron los 6 compartimentos extensores, 2do a 5to tendones flexores digitales y tibial posterior. Se evaluó la presencia y grados de TSV y DT según definiciones OMERACT. Se evaluó la presencia de sinovitis por US con Score Reuma, y la presencia de erosiones en 2da y 5ta MCF y apofisis estiloides. Se realizó estadística descriptiva. Se evaluó el grado de acuerdo entre EC y US por índice kappa. Se realizó análisis bivariable y regresión logística para evaluar los factores asociados a la presencia de TSV y DT por US.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes, 83.9% de sexo femenino con una mediana de edad de 56 años (RIC 47-64), mediana de tiempo de evolución de 72 meses (RIC 36-159) y demora entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 6 meses (RIC 3.5-16). Ciento cincuenta y dos pacientes (79.2%) tenían anticuerpos anti CCP positivos y 174 (90.2%) factor reumatoideo positivo. La mediana de HAQ fue de 1 (IC 0.25-2) con una media de DAS28 de 3.68 (DE 1.4). Se evaluaron 4.246 tendones/compartimentos en 193 pacientes. De los pacientes evaluados 135 (69.9%) presentaba TSV y 52 (26.9%) presentaba DT en al menos 1 tendón/compartimento. El 6to compartimento extensor fue el más comprometido tanto al examen físico como por US (de los 386 compartimentos evaluados 48 (12.4%) presentaba tenosinovitis según EC y 177 (45.9%) por US; 44 (11.4%) presentaba daño tendinoso según EC y 132 (34.2%) por US. El acuerdo entre el EC y la US para la evaluación de TSV y DT es bajo (tabla 1 y 2). Las variables que se asociaron de manera independiente a la presencia de TSV fueron la presencia de erosiones (OR 4.234, IC95% 1.869-9.592, 0.001), mayor Score Reuma (OR 1.104, IC 95% 1.018-1.197, p.0.016) y mayor DAS28 (OR 1.418, IC95% 1.053-1.910, p.0.021). La presencia de erosiones (OR 2.727, IC 95% 1.147-6.480, p. 0.023) y mayor Score Reuma se asociaron a la presencia de DT (OR 1.11, IC95% 1.010-1.115, p. 0.018).

Conclusiones: El compromiso tendinoso es una manifestación frecuente en pacientes con AR, la US es una herramienta útil para la detección de este compromiso de difícil evaluación clínica. La presencia de erosiones y la actividad de la enfermedad se asociaron a esta manifestación.

0045 - A COMPARISON OF UPADACITINIB PLUS METHOTREXATE AND UPADACITINIB PLUS OTHER CSDMARDS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: AN ANALYSIS OF TWO PHASE 3 STUDIES

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación

RADOMINSKY, Sebastião C. (1) | KREMER, Joel M.(2) | RUBBERT-ROTH, Andrea(3) | VAN DEN BOSCH, Filip(4) | BURMESTER, Gerd R.(5) | CAMP, Heidi S.(6) | MEERWEIN, Sebastian(7) | HOWARD, Mark(6) | SONG, Yanna(6) | ZHONG, Sheng(6) | COMBE, Bernard(8)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (1); ALBANY MEDICAL COLLEGE (2); KANTONSSPITAL ST GALLEN (3); GHENT UNIVERSITY HOSPITAL AND GHENT UNIVERSITY (4); CHARITÉ-UNIVERSITÄTS MEDIZIN (5); ABBVIE INC - North Chicago, IL (6); ABBVIE DEUTSCHLAND GMBH & CO. KG, LUDWIGSHAFEN, (7); CHRU MONTPELLIER (8)

Introducción: Upadacitinib (UPA), a selective JAK1 inhibitor, has shown efficacy in patients with rheumatoid arthritis (RA) when combined with methotrexate (MTX) or other conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs (csDMARDs).^{1,2} However, the efficacy of UPA plus MTX has not been directly compared with UPA plus other csDMARDs.

Objetivos: To compare the efficacy of UPA in combination with MTX versus UPA in combination with other csDMARDs in patients with an inadequate response (IR) to csDMARDs (SELECT-NEXT1) or biologic DMARDs (bDMARDs; SELECT-BEYOND2).

Materiales y Métodos: 661 patients in SELECT-NEXT and 498 patients in SELECT-BEYOND received UPA 15 mg or 30 mg once daily (QD) or placebo (PBO) for 12 weeks; all patients received concomitant csDMARD(s). The primary endpoints for both studies were rates of ACR20 response and DAS28(CRP) ≤3.2. Additional endpoints included DAS28(CRP) <2.6, CDAI low disease activity (≤10), and CDAI remission (≤2.8). Patients were grouped according to concomitant csDMARD use (MTX vs non-MTX csDMARDs); patients receiving both MTX and a non-MTX csDMARD were included in the MTX group. p-values were calculated based on a logistic regression model with treatment group and type of background csDMARD as fixed factors, adjusting for demographic and baseline factors. p-values from the interaction between treatment group and background csDMARD were also calculated, to assess the consistency of the effects of study treatments for different background csDMARD type. Non-responder imputation was used for missing data.

Resultados: In SELECT-NEXT and SELECT-BEYOND, 535 and 410 patients, respectively (~80%), were receiving concomitant MTX (mean dose 17 mg/week), and 124 and 82 patients were receiving non-MTX csDMARDs. Demographics and disease characteristics were broadly similar between treatment groups; the majority of patients were female and of white ethnicity, and around half were using oral corticosteroids at baseline. Across all subgroups, the proportion of patients achieving efficacy outcomes was higher with both UPA doses compared with PBO (Table). There were no significant differences between efficacy outcomes with UPA in combination with MTX versus UPA in combination with non-MTX csDMARDs in either patient population. This included ACR20 response as well as low disease activity and remission defined by DAS28(CRP) and CDAI.

Conclusiones: In this post hoc analysis, the efficacy of UPA in patients with RA appeared comparable whether administered in combination with MTX or non-MTX csDMARDs.

45

47

0047 - FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS REUMATÓLOGOS DE ARGENTINA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Miscelánea
BENEGAS, Mariana (1) | SOMMERFLECK, Fernando Andres(1) | SATURANSKY, Etel Irene Rosa(1) | MARTIRÉ, María Victoria(2)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2)
Introducción: El síndrome de Burnout (SB), se define como fatiga laboral o desgaste profesional y se caracteriza por agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad. El SB ha sido evaluado en médicos de diferentes especialidades, sin embargo, desconocemos la presencia del mismo entre los reumatólogos. **Objetivos:** 1) cuantificar la presencia de SB en médicos reumatólogos de Argentina. 2) evaluar los factores asociados a la presencia de SB en médicos reumatólogos de Argentina. **Materiales y Métodos:** se realizó un cuestionario anónimo, a través de la plataforma digital, el cual fue enviado a médicos reumatólogos recibidos y en formación, que ejercen en Argentina. El cuestionario constó de 16 preguntas sobre datos socio-demográficos y características laborales. Para evaluar SB se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva. Las variables se compararon por Test chi2 y Mann Whitney. Se consideró significativa una p<0.05. Se realizó análisis bivariado y regresión logística **Resultados:** La encuesta fue enviada a 770 médicos reumatólogos de todo el país, de los cuales 24% (n=186) respondieron. El 70% mujeres, mediana de edad de 42 años (RIC 16-51), la mayoría casados (48%) o solteros (23%). La mediana de años de recibido de médico fue de 16 (RIC 10-26) y de reumatólogo 10 (RIC 3-20). El 87% eran médicos reumatólogos recibidos, 8,6% residentes, 2,7% cursistas y 1,7% concurrentes. La mayoría eran de CABA y provincia de Bs As, 34 y 32% respectivamente. El 42% trabajaba bajo el régimen de monotributista, 26% trabajo asalariado, 25% ambos y el 7% otros. El 55% ganaba más de 50.000 pesos, 33% entre 30 y 50.000 y 12% menos de 30.000. La mayoría se desempeñaba principalmente como reumatólogo (90,8%). El 42% trabajaba en hospital público, 42% en sanatorio privado/OS, 49% en consultorio privado, 3,8% en otros y el 44% tienen personal a su cargo. La mediana de hs trabajadas por semana de 40 (RIC 30-46), tiempo de consulta de 20 minutos en el 55%, 15 en el 21,5%, 30 o más en el 23% y 10 en el 0,5% y la mediana de pacientes atendidos por día fue de 15 (RIC 10-20). El 21% se encontraba en tratamiento psiquiátrico. El 13,5% tenían SB completo, mientras que la frecuencia de las subescalas fue de 41,6% cansancio y agotamiento (CA), 42,7% despersonalización (D) y 29,7% falta de realización personal (FRP). El SB fue más frecuente en los más jóvenes, con menos años de médico y de reumatólogo. La subescala de D se asoció a < edad (p=0,0001), OR de 4,2 para < de 40 años, < años de médico (p=0,0001), OR de 3,3, para < a 10 años de recibido, estado civil (solteros y concubinato) (p=0,02), médicos residentes, concurrentes y cursistas (p=0,002), OR de 3,9 con respecto a reumatólogos recibidos, años de reumatólogo (p=0,001), OR de 3,4 para aquellos con < a 5 años de recibidos. La subescala de CA tuvo asociación con < edad (p=0,005), estado civil (solteros y concubinato) (p=0,005), años de médico (p=0,02), hs sem (p=0,001), OR de 2,3 para aquellos con más de 30 hs. La subescala de FRP se asoció con < edad (p=0,0001), años de médico (p=0,0001) y años de reumatólogo (p=0,0001). En el análisis multivariado sólo se asoció la subescala de D con < edad (p=0,012) y la de CA con hs sem (p=0,009). **Conclusiones:** El SB estuvo presente en 13,5% de los médicos reumatólogos, las subescalas de despersonalización y cansancio y agotamiento fueron las más frecuentes y estuvieron asociadas con menor edad y más hs semanales de trabajo respectivamente. Limitaciones: baja tasa de respuesta (24%).

50

0050 - HOSPITALIZACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA: CAUSAS, DESCENLACES Y FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Miopatias / Miositis
ARIZPE, Fernando | COSENTINO, M | COSTI, C | MARTIRE, M | TESTI, A | GARCÍA, M
HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA
Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades poco frecuentes que afectan a múltiples órganos y sistemas, con mal pronóstico y alta mortalidad hospitalaria. En nuestro país no hay datos reportados respecto a la hospitalización y sus desenlaces en pacientes con MII. **Objetivos:** Analizar las características de las internaciones y los factores asociados a mal desenlace en pacientes adultos con diagnóstico de MII. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico. Se incluyeron pacientes > 18 años con MII, según criterios Bohan y Peter y/o ACR/EULAR 2017, que cursaron al menos una internación entre 2003 y 2019. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas, motivos de internación, tratamientos y desenlaces: alta hospitalaria, óbito, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y requerimiento de unidad de terapia intensiva (UTI). Se realizó estadística descriptiva. Se realizó análisis bivariado y regresión logística binaria para identificar factores asociados a desenlace desfavorable. **Resultados:** Se evaluaron 61 internaciones de 40 pacientes con MII. El 67,5% de los pacientes eran de sexo femenino (27/40), con una edad media de 52,5 años (± 13). El motivo más frecuente de internación fue para estudio y diagnóstico (44,3%) seguido de actividad de la enfermedad (31,1%). En el 78,7% de las internaciones (48/61) el diagnóstico fue dermatomiositis (DM), el 85,2% se registró en sala de clínica médica, el 11,5% en unidad de terapia intensiva y el 3,3% en cirugía. La mediana de días de internación fue de 14 días (RIC 8-30). En 21 de 61 internaciones (34,4%) se observó desenlace desfavorable, de las cuales 17 (80,9%) finalizaron en óbito. En la tabla 1 se muestran los factores asociados a mal pronóstico. Luego del análisis de regresión logística binaria, las variables que se asociaron de manera independiente a un desenlace desfavorable fueron las infecciones severas (OR: 21,7; IC95 1,77 - 266; p = 0,016) y el requerimiento de Immunoglobulina endovenosa (IgEV) (OR: 54,5; IC95 1,4 - 214; p = 0,033). **Conclusiones:** Las MII son enfermedades con alta morbimortalidad. En esta cohorte de pacientes hospitalizados encontramos un alto porcentaje de desenlace adverso. Las infecciones severas y el requerimiento de IgEV fueron factores independientemente asociados a peor pronóstico

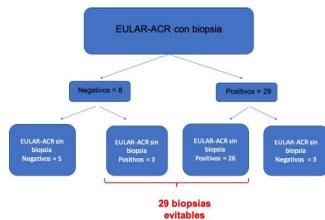
Factores	DESENLACE DESFAVORABLE n(%)	DESENLACE FAVORABLE n(%)	Valor p
Características sociodemográficas			
• Sexo femenino (34) n (%)	8 (23,5%)	26 (76,5%)	0,14
• Edad en (DE)	54,2 (12,1)	55,1 (12,1)	0,49
• Escolaridad en (RIC)	6,5 (6-7)	6,5 (6-7)	0,98
Comorbilidades			
• Hipertensión (8) n (%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,70
• Diabetes (5) n (%)	2 (40%)	3 (60%)	0,06
• Hipertensión (7) n (%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0,22
• Dislipemia (5) n (%)	2 (40%)	3 (60%)	0,99
• TBQ (26) n (%)	11 (42,3%)	15 (57,7%)	0,21
• Anemia (5) n (%)	3 (60%)	2 (40%)	0,32
Características clínicas			
• Diagnóstico (DM) (48) n (%)	16 (33,3%)	32 (66,7%)	0,73
• Polio (6) n (%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0,14
• Compromiso cutáneo (41) n (%)	13 (31,7%)	28 (68,3%)	0,52
• Compromiso muscular (48) n (%)	17 (35,4%)	31 (64,6%)	0,75
• Compromiso proximal (42) n (%)	12 (28,6%)	30 (71,4%)	0,15
• Músculo del cuello (15) n (%)	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0,07
• Músculos proximales (8) n (%)	4 (50%)	4 (50%)	0,64
• Diafragma (4) n (%)	15 (37,5%)	25 (62,5%)	0,9
• Enfermedad pulmonar intersticial (15) n (%)	3 (20%)	12 (80%)	0,17
Labores			
• Acenta (14) n (%)	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,9
• Lavandera (13) n (%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,61
• Trabajadora (10) n (%)	3 (30%)	7 (70%)	<0,001
• CPJ en casa (42) n (%)	15 (35,7%)	27 (64,3%)	0,99
• TSP en casa (36) n (%)	12 (33,3%)	24 (66,7%)	0,55
• TSP en casa (37) n (%)	12 (32,4%)	25 (67,6%)	0,99
• BRJ en casa (32) n (%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)	0,75
• PCJ en casa (32) n (%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)	0,75
• FAJ = (41) n (%)	14 (34,1%)	27 (65,9%)	0,93
• RD = (31) n (%)	15 (48,4%)	16 (51,6%)	0,72
• RNP = (5) n (%)	1 (20%)	4 (80%)	0,99
• IGJ = (1) n (%)	1 (100%)	0	0,99
Tratamiento farmacológico			
• Esteroides (1) n (%)	1 (100%)	0	0,34
• Corticoides (IG) en (31) n (%)	1 (3,2%)	30 (96,8%)	0,02
• DMG CC en (30) n (%)	30 (100%)	0	<0,001
• Metotrexato (MTX) (17) n (%)	1 (5,9%)	16 (94,1%)	0,08
• Colchicina (COL) (1) n (%)	1 (100%)	0	0,99
• Biológicos (BT) (1) n (%)	1 (100%)	0	0,48
• Hidroxicloroquina (H) n (%)	0	1 (100%)	0,21
• IgEV (1) n (%)	0	1 (100%)	0,47
Tratamiento alérgico/internación			
• Pulses GC (2) n (%)	13 (65,2%)	7 (34,8%)	0,002
• GC en (32) n (%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)	0,94
• Dosis GC en (mg) (RIC)	15 (8,1-40)	30 (8,1-40)	0,86
• CPJ (1) n (%)	1 (100%)	0	0,4
• MTX (1) n (%)	1 (100%)	0	0,47
• Ig. Biológicos (1) n (%)	1 (100%)	0	0,36
• IgEV (1) n (%)	1 (100%)	0	0,68
Factores de internación (DE)	14 (28,6%)	27 (51,9%)	0,001
• Infecciones severas (17) n (%)	17 (85,3%)	3 (14,7%)	0,001

49

0049 - CRITERIOS CLASIFICATORIOS DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM/AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY: PERFORMANCE EN UNA COHORTE ARGENTINA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Miopatias / Miositis
VIRASORO, Belen María (1) | GÓMEZ, Ramiro Adrian(2) | POCARD, Andrea(2) | CAPELUSNIK, Dafne(3) | SCHNEEBERGER, Ermice Editit(3) | PAFASIDERO, Silvia Beatriz(4) | BANDI, Juan Manuel(4) | VIOLA, Malena(5) | DE LA VEGA, María(5) | COSTI, Ana Carolina(6) | GARCÍA, Mercedes Argentina(6) | ASNAL, Cecilia(7) | ICAPUCCIO, Ana María(8) | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana(9) | VERGEL ORDUZZ, Linda(9) | TAMBORRENA, María Natalia(10) | DALPIAZ, Marina(10) | PISONI, Cecilia(11) | CEMIC (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (2); IREP (3); HOSPITAL TORNÚ (4); HOSPITAL ARGERICH (5); HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA. (6); INSTITUTO CENTENARIO (7); HOSPITAL FRANCES (8); SANATORIO GÜEMES (9); HOSPITAL RIVADAVIA (10); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (11); HOSPITAL GONET (12). **Introducción:** Los criterios de Bohan y Peter (B&P) propuestos en 1975 son utilizados comúnmente para clasificar los pacientes con miopatías inflamatorias. En los 2017 nuevos criterios fueron propuestos por el grupo EULAR-ACR. Estos nuevos criterios son aplicables a pacientes que tengan o no realizada biopsia muscular. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar la performance de los criterios clasificatorios de miopatías inflamatorias EULAR-ACR en una cohorte retrospectiva de pacientes de Argentina.

	Criterios con biopsia positiva	Criterios sin biopsia negativa	Criterios sin biopsia negativa	B&P positivos	B&P negativos
Pacientes con biopsia n=37	29 (78%)	8 (21%)	29 (78%)	8 (22%)	29 (100%)
Pacientes sin biopsia n=95	76 (80%)	19 (20%)	76 (80%)	19 (20%)	76 (80%)
Totales los pacientes n=132	105 (79%)	27 (20%)	105 (79%)	27 (20%)	105 (80%)



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos de la base GESAR miositis. Los pacientes incluidos en dicha base tenían diagnóstico de miopatía inflamatoria según criterio del médico tratante. Se aplicaron los criterios EULAR-ACR y B&P a cada paciente. Para el propósito de este estudio aplicamos los criterios EULAR-ACR sin biopsia a pacientes sin dermatomiositis (DM) que no tenían biopsia (en el trabajo original los criterios sin biopsia solo aplican para los pacientes con DM). Además, aplicamos los criterios EULAR-ACR sin biopsia a pacientes que presentaban biopsia para evaluar si hubieran clasificado sin la biopsia muscular. Se comparó la performance de los criterios EULAR-ACR contra el diagnóstico del médico y los criterios B&P. **Resultados:** Se incluyeron 132 pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria según criterio del médico tratante. Setenta y siete por ciento eran mujeres, la edad media al diagnóstico fue 45 años (17 DS). Noventa y cinco pacientes (71%) no tenían realizada biopsia muscular y 37 (29%) tenían biopsia. La tabla 1 muestra la performance de los criterios en nuestra cohorte. Los criterios EULAR-ACR fueron considerados positivos si los pacientes cumplían criterio probable o definitivo. La figura 2 muestra la performance de los criterios EULAR-ACR (con y sin biopsia) solo en los pacientes que tenían biopsia muscular realizada (37 pacientes). La sensibilidad de los criterios EULAR-ACR comparados con el criterio del médico como gold standard fue 61,9% (4-84,6) para el punto de corte probable y 73% (56,7-93,3) para el punto de corte definitivo. Analizamos la sensibilidad de los criterios EULAR-ACR sin biopsia comparados con B&P como gold standard. La sensibilidad fue 86% (73,2-94,9). No pudimos evaluar sensibilidad de los criterios EULAR-ACR con biopsia comparados con B&P ya que todos los pacientes con biopsia cumplían criterios B&P. **Conclusiones:** En nuestra cohorte, la sensibilidad de los criterios EULAR-ACR comparados con el diagnóstico del médico fue mas baja que en reportes previos tanto para los puntos de corte probable y definitivo. La sensibilidad de EULAR-ACR fue mejor cuando se utilizaron los criterios B&P como gold standard. La mayoría de los pacientes que tenían realizada biopsia muscular cumplieron criterios EULAR-ACR sin biopsia. Sólo en 6 pacientes de los 37 la biopsia fue determinante para el diagnóstico.

54

0054 - FUENTES DE INFORMACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Modalidad: Póster
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: LES
IZAGUIRRE, María Pia (1) | AVILA, Andrea(2) | ACEVEDO, María Magdalena(3) | AQUINO, Valeria Soledad(4) | ARIAS SAAVEDRA, Maira(5) | ESPÍNDOLA ECHAZÚ, Mariana Amalia(6) | FARA, Nauan Luis(7) | GAONA, María Elena(8) | GARCÍA FAURA, Lucrecia(9) | HASSAN, Romina Isabel(10) | I | SEQUEIRA, Gabriel(2) | KERZBERG, Eduardo(12)
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL RAMOS MEJIA (1); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA (2); HOSPITAL CIUDAD DE BOULOGNE, SAN ISIDRO (3); HOSPITAL ANGELO MARZETTI CAÑUELAS (4); OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES (OSPACP) (5); CONSULTORIO PARTICULAR (6); CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA, JUNÍN (7); SANATORIO JUNCAL TEMPERLEY (8); HOSPITAL SANTA FRANCISCA ROMANA DE ARRECIFES (9); CONSULTORIOS BRANDSEN, BRANDSEN (10); HOSPITAL MUNICIPAL JJR E DE LA FUENTE, GENERAL BELGRANO (11); UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MILSTEIN (12); CLÍNICA PERGAMINO, CIUDAD DE PERGAMINO. (13)
Introducción: La educación del paciente sobre su patología fortalece su autonomía, mejora la adherencia al tratamiento y facilita la toma de decisiones. **Objetivos:** Conocer cuáles son las fuentes de información consultadas por pacientes con enfermedades reumáticas, el nivel de accesibilidad y el grado de credibilidad que los pacientes adjudican a las mismas. **Materiales y Métodos:** Encuesta anónima entre pacientes de 18 años de edad o más atendidos en forma ambulatoria, que tenían al menos 6 meses de diagnóstico. Se encuestaron pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), Espondilitis (ES) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Se preguntó a los pacientes de que fuentes les gustaría obtener información hoy, que fuentes habían consultado anteriormente, el número de fuentes consultadas, la accesibilidad de la fuente (0 es muy difícil o imposible obtener información sobre mi enfermedad de esta fuente; 10 es muy fácil consultar u obtener información sobre mi enfermedad de esta fuente) y la credibilidad de la fuente (0 ninguna credibilidad y 10 máximo de credibilidad). Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de Bioética. **Resultados:** Se encuestaron 287 pacientes (226 mujeres(61 hombres) con una edad promedio de 52 años, 10 años de evolución promedio y una mediana de educación secundaria. Contestaron la encuesta 182 (63,4%) pacientes con AR, 39 (13,6%) pacientes con LES, 36 (12,5%) pacientes con EA y 30 (10,5%) pacientes con ES. **Conclusiones:** Excepto por la consulta con el médico, las fuentes más frecuentemente consultadas no son necesariamente las que gozan de mayor credibilidad. Si bien existe una demanda de mayor información para todas las fuentes, el pedido es más fuerte para aquellas que tienen una mayor credibilidad, pero que también se señalan como de mas difícil acceso.

Fuente	Obtendría información hoy	Ha consultado anteriormente	Dif.	Accesibilidad	Credibilidad
Médico	95%	83%	12%	9.1	9.6
Otros pacientes	46%	44%	2%	4.6	5.9
Televisión	34%	33%	1%	4.9	4.9
Facebook	34%	32%	2%	4.8	4.3
Familiares, vecinos o amigos	31%	29%	2%	4.8	4.3
Youtube	32%	30%	3%	4.5	4.0
Asoc. de pacientes con la misma enfermedad	48%	24%	24%	3.4	6.1
Diarios o Revistas	30%	23%	4%	4.2	4.4
Libros	40%	23%	17%	4.4	4.1
Radio	29%	18%	11%	4.1	4.4
Charlas a la comunidad por prof. de la salud	60%	16%	44%	3.8	7.3
Asociaciones Científicas	61%	14%	47%	3.6	7.5
Otras fuentes	22%	22%	0%	3.1	2.9

55

0055 - FIBROBLASTOS SINOVIALES EN EL MICROAMBIENTE SINOVIOL DE ESPONDILOARTRITIS: INDUCCIÓN DE INTERLEUQUINA-6 POR LA PROTEÍNA S100A8

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

BLAS, Rodrigo (1) | **ELIÇABE, Rj**(2) | **MUNARRIZ, Alicia**(3) | **PARDO HIDALGO, Rodolfo** (4) | **TAMASHIRO, Héctor**(5) | **DI GENARO, María** Silvia(2) | **CENTRO MÉDICO MEDICI** (1); **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS-CONICET** (2); **CENTRO MÉDICO CENYR** (3); **CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA CER** (4); **CENTRO MÉDICO BOLÍVAR** (5)

Introducción: Los fibroblastos sinoviales (FS) contribuyen a la inflamación y daño tisular en artropatías inflamatorias crónicas. El líquido sinovial (LS) constituye el microambiente en el que los FS experimentan los cambios fenotípicos propios de cada artropatía. Los efectos sobre FS de este microambiente sinovial no han sido profundamente estudiados en espondilolartitis (EspA). En trabajos previos hemos reportado la inducción de la secreción de IL-6 por FS estimulados con un pool de LS de pacientes con EspA. Además, un estudio proteómico del LS demostró la presencia de la alarmina S100A8, una proteína recientemente sugerida como blanco en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumáticas. Sin embargo, la participación de S100A8 del microambiente sinovial en la inducción de la secreción de IL-6 por FS no ha sido previamente explorada.

Objetivos: El propósito del presente trabajo fue confirmar la presencia de S100A8 en LS de pacientes con EspA e investigar la participación de S100A8 en la inducción de la producción de IL-6 por FS estimulados en el microambiente sinovial de EspA.

Materiales y Métodos: Se analizó por western-blot (WB) la presencia de S100A8 en un pool de 9-10 LS de pacientes con EspA empleando un anticuerpo anti-S100A8/A9. La proteína S100A8 recombinante fue empleada como control positivo. Por otra parte, FS de la línea SW982 fueron estimulados con el pool de LS de EspA tratado con hialuronidasa en presencia o ausencia del anticuerpo neutralizante anti-S100A8/A9. Células no estimuladas fueron empleadas como controles negativos. Además, los FS fueron estimulados con diferentes concentraciones de S100A8 (1-10 µg/ml). Luego de 24, 48, 72 o 96 hs del estímulo, los niveles de IL-6 fueron cuantificados en los sobrenadantes de cultivo empleando un kit comercial de ELISA. Inhibidores de las proteína-quinasas activadas por mitógenos (MAPKs) ERK, JNK o p38, y tofacitinib fueron empleados para analizar cascadas de señalización involucradas en la secreción de IL-6 por FS.

Resultados: Una banda de 10 kDa correspondiente al peso molecular de S100A8 fue detectada por WB en el pool de LS de EspA. A las 72 hs luego del estímulo con 10 µg/ml de S100A8 se indujo la secreción de niveles significativos de IL-6 por FS (p<0,001 comparado con FS sin estímulo). El bloqueo de S100A8/A9 en el LS de EspA provocó una reducción significativa de la producción de IL-6 por FS (p<0,05 a las 48hs y p<0,001 a las 96 hs, comparado con el estímulo LS de EspA sin anti-S100A8/A9). Tofacitinib no produjo cambios. En contraste, la inhibición de ERK o p38MAPKs redujo significativamente la producción de IL-6 por FS estimulados con LS de EspA.

Conclusiones: Concluimos que la alarmina S100A8 se expresa en el microambiente sinovial de EspA y participa en la inducción de la secreción de IL-6 por FS. Las cascadas de señalización ERK y p38, que han sido relacionadas con la activación inducida por S100A8, están involucradas en la secreción de IL-6 por FS. El bloqueo de S100A8/A9 podría considerarse como estrategia para el control de la inflamación local en EspA.

56

0056 - RITUXIMAB: INDICACIONES OFF LABEL EN REUMATOLOGÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Farmacología/ Investigación

AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro | **COSTI, Ana** Carolina | **SANSINANE, Pierina** | **FUENTES, María** Elizabeth | **ARRIETA, Evelina** | **GARCIA, Mercedes** | **HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN, LA PLATA.**

Introducción: Rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 de células B, que en Reumatología tiene licencia para administrarse en Artritis Reumatoidea y Vasculitis ANCA asociadas. Sin embargo, se prescribe cada vez más en situaciones y/o patologías fuera de etiqueta (off label).

Tabla 1. Características de las principales patologías.

	LES n: 26	MI n: 8	ES n: 8
Sexo Femenino (%)	24 (92,3)	7 (87,5)	6 (75)
Evolución de la enfermedad al RTX, en meses (rango)	84 (1-189)	9 (1-60)	41 (3-132)
Edad promedio al RTX, en años (rango)	40 (21-64)	45 (16-65)	46 (30-78)
Indicación RTX (%)	Renal: 11 (42,3)	Debilidad muscular: 6 (75)	Cutáneo puro: 6 (75)
	Hematológico: 9 (34,6)	Cutáneo: 2 (25)	Pulmonar: 1 (12,5)
	Otros: 6 (23,1)	Cutáneo+pulmonar: 1 (12,5)	
Respuesta clínicamente significativa	19 (73%)	6 (75%)	8 (100%)

Objetivos: Evaluar el uso retrospectivo de Rituximab off label en pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica en un servicio de Reumatología.

Materiales y Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo, descriptivo de pacientes que concurren al Hospital de Día de un centro de referencia terciario de la provincia de Buenos Aires, para realizar tratamiento con Rituximab por indicación reumatológica off label. Se revisaron las historias clínicas de dichos pacientes para obtener datos socio-demográficos, clínicos, indicación de rituximab, dosis, inmunosupresión previa

y posterior, resultados clínicos y eventos adversos específicos. Las variables categóricas expresaron como porcentaje y las continuas como media o mediana según correspondiera. **Resultados:** Rituximab se prescribió off label a 44 pacientes entre los años 2010-2019. Un total de 37 pacientes fueron mujeres (84%). El Lupus Eritematoso Sistémico fue el principal diagnóstico subyacente en el 59% de los casos. Le siguieron en orden de frecuencia: Miopatías Idiopáticas Inflamatorias (MI) y Esclerosis Sistémica (ES), 18,18% cada una, Síndrome de Sjögren y Enfermedad relacionada a IgG4 un caso respectivamente. En todos los casos la indicación fue por enfermedad refractaria y/o recidivante a pesar de las terapias estándar. La dosis más utilizada fue la de 375 mg/m2 en 86,36% de los casos. Se demostró una respuesta clínicamente significativa en el 75% de los casos en general. Entre los pacientes con LES cuatro de 11 pacientes con compromiso renal presentaron mala respuesta y 2 de ellos requirieron tratamiento dialítico. En la tabla 1 se resumen las principales características por patología. En cuanto a eventos adversos agudos relacionados a la medicación sólo hay registro de 2 casos de hipersensibilidad leve, que no significaron motivo de interrupción del tratamiento. No hay registro de infecciones clínicamente significativas vinculables al tratamiento, ya que en la gran mayoría de los casos hubo coexistencia de otros tratamientos inmunosupresores.

Conclusiones: Rituximab resultó ser una buena opción ante enfermedad refractaria y/o recidivante en el 75% de los pacientes infundidos con indicación reumatológica off label, con un buen perfil de seguridad. Pacientes con LES fueron los que más recibieron esta terapia, y aquellos con algún tipo de compromiso hematológico fueron los que tuvieron mejor respuesta terapéutica. Los pacientes con MI presentaron una menor evolución de la enfermedad al recibir este tratamiento.

58

0058 - CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

YUJRA VENTURA, Pamela (1) | **SERRANO, Eliana** Rebeca(1) | **PÉREZ, Silvana** Karina(1) | **BANDE, Juan** Manuel(1) | **MEDINA, María** Alejandra(1) | **KLAJN, Diana** Silvia(1) | **PAPASIDERO, Silvia** Beatriz(1) | **CARACCIOLO, José** Angel(1) | **PÉREZ DAVILA, Adriana**(2) | **BOHR, Analía** Verónica(2) | **CAPUTO, Victor**(3) | **MORALE, Natalia** Soledad(3) | **SMICHOVSKI, Andrea** María(3) | **SANCHEZ, Gabriela**(4) | **HARTIVG, Claudia**(4) | **KOHAN, María** Paula(5) | **SOSA, María** Julia(5) | **EGUEZ, María** Fernanda(6) | **ALVAREZ, Damaris**(6) | **KEZBERG, Eduardo**(6) | **ASNAL, Cecilia**(7) | **PEREIRA, Dora**(8) | **GOMEZ, Graciela**(9) | **MARTINEZ MUÑOZ, Alejandro**(10) | | | |

HOSPITAL TORNUÍ (1); **HOSPITAL ROCCA** (2); **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** (3); **HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO** (4); **HOSPITAL RAÚL F. LARCADE DE SAN MIGUEL** (5); **HOSPITAL RAMOS MEJÍA** (6); **CONSULTORIO PARTICULAR** (7); **HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA** (8); **INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI** (9); **FUNDACIÓN RESPIRAR** (10); **HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN** (11); **CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO** (12); **CLÍNICA BESSONE** (13); **CEIM** (14); **INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA** (15)

Introducción: Es importante que los médicos conozcan las creencias que sus pacientes tienen sobre la enfermedad para poder desterrar aquellas injustificadas o erróneas, y de esta forma modificar el comportamiento de los mismos, promoviendo estilos de vida y hábitos saludables. El Questionnaire for Arthritis Dialogue (QuAD) es un cuestionario autorreportado desarrollado para evaluar las creencias que los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) tienen sobre su enfermedad. El mismo incluye 21 creencias agrupadas en 6 dominios (factores psicológicos, genéticos, actividad física, dieta, otros factores de estilo de vida y misceláneas), a la que los pacientes deben manifestar si están de acuerdo o no.

Objetivos: Evaluar las creencias que los pacientes con AR tienen sobre su enfermedad mediante la aplicación del cuestionario QuAD.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, clínica y tratamiento. Se realizó la traducción y adaptación transcultural del QuAD según normas internacionales y la validación en forma previa. Todos los pacientes completaron el cuestionario QuAD, en las preguntas que no fueron respondidas, se interrogó el motivo (no comprendieron el enunciado o no tenían una opinión formada al respecto). Análisis estadístico: Se describieron las características de la población con medias, medianas, desvío estándar (DE) y rango intercuartílico (RIC) para las variables numéricas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Se describieron los porcentajes de los diferentes ítems del cuestionario.

Resultados: Se incluyeron 369 pacientes de 15 centros públicos y privados de todo el país. El 87,5% eran mujeres con una edad media de 55 años (DE 13). El 26,1% tenía educación primaria completa, el 25,7% secundario completo y el máximo nivel alcanzado en años fue 10,1 (DE 3,7). La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 120 meses (RIC 48-207). El 92,6% eran seropositivos para FR y 89,9% para ACPA, 69,8% presentaban enfermedad erosiva y 20,9% manifestaciones extraarticulares. La mediana del DAS28 fue de 3,5 (RIC 2,8-4,8) y la del HAQ-A fue de 1 (RIC 0,3-1,6). Respecto al cuestionario, más de la mitad de los pacientes manifestaron incertidumbre y preocupación sobre la evolución de su enfermedad (n= 255, 69,1%), creían que los brotes de su enfermedad eran desencadenados por factores psicológicos (n=223, 60,4%) y que ésta fue desencadenada por un shock emocional (n= 207, 56,1%). Un alto porcentaje de pacientes no creían que la AR fuera desencadenada por una vacuna (n= 347, 94%), ni que los factores dietéticos y hábitos como el consumo de alcohol fueran los precipitantes (n= 330, 89,4% y n=329, 89,2% respectivamente). Además, un 71,8% de los pacientes creían que el tabaquismo (activo o pasivo), no era un factor gatillante de la enfermedad. Por otro lado, más de la mitad de los pacientes pensaba que realizar actividad física podía disminuir los brotes de la AR. La falta de respuesta de las afirmaciones del cuestionario varió entre el 0,3 a 6,2%, siendo la causa más frecuente de ésta, la ausencia de opinión formada al respecto.

Conclusiones: Dentro de las creencias más arraigadas de esta cohorte de pacientes con AR se encontraron aquellas relacionadas con la repercusión de los factores psicológicos sobre la enfermedad. Es de destacar que la mayoría de los pacientes son incrédulos respecto a que factores no bien establecidos de la enfermedad, como la dieta, el consumo de alcohol y el uso de vacunas sean los responsables de su patología. Por otro lado, la mayoría de los pacientes cree de forma errónea que el tabaquismo no está vinculado con el desarrollo de la AR. Consideramos importante comprender y discutir las creencias de los pacientes con AR sobre su enfermedad y tratamiento, con el objetivo de modificar aquellas conductas que no tienen aval científico y optimizar la calidad de atención mejorando así el bienestar general. Palabras claves: Artritis Reumatoidea, Creencias, cuestionario de creencias.

62

0062 - LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF UPADACITINIB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND AN INADEQUATE RESPONSE TO CSDMARDS: RESULTS AT 60 WEEKS FROM THE SELECT-NEXT STUDY

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación

FRIEDMAN, A(1) | **BURMESTER, Gr**(2) | **IVAN DEN BOSCH, F**(3) | **BESSETTE, L**(4) | **LI, Y**(1) | **CAMP, H**(1) | **PANGIAN, I**(1) | **KREMER, Jm**(5) | **FRIEDMAN, A** (6)

ABBVIE INC - North Chicago, IL (1); **CHARITÉ - UNIV, BERLIN** (2); **GHEENT UNIV HOSPITAL, GHEENT** (3); **LAVAIL UNIVERSITY, QUEBEC** (4); **ALBANY MEDICAL COLLEGE, ALBANY, NEW YORK** (5); **ABBVIE** (6)

Introducción: Upadacitinib (UPA), an oral, JAK1-selective inhibitor showed efficacy over 12 weeks (wks) in patients (pts) with moderately to severely active rheumatoid arthritis (RA) and inadequate response to csDMARDs (SELECT-NEXT.1)

Objetivos: We assessed safety and efficacy of UPA through Wk60 in an ongoing extension of the phase 3 SELECT-NEXT study.

Materiales y Métodos: Pts received once-daily (QD) UPA at 15 mg (UPA15), 30 mg (UPA30) or placebo (PBO) for 12 wks on stable background csDMARDs. From Wk12, the start of a long-term blinded extension, pts initially randomized to PBO at BL were switched to UPA15mg or 30mg per pre-specified assignment at BL. Pts randomized to UPA continued their assigned dose. No dose adjustments of UPA were allowed; however, starting at Wk24, adjustments to background RA medications were permitted. Sites/subjects remain blinded to UPA dose throughout the extension period. Efficacy data up to Wk60 are reported "As Observed". Adverse events (AE) per 100 pt yrs (PY) are summarized based on a cut-off date of Mar 22 2018. **Resultados:** 611/661 (92%) pts completed Wk12 and continued on to the extension. By the safety data cut-off date, 125/611 (20%) had discontinued study drug, 50 (8.2%) due to an AE, and 10 (1.6%) discontinued due to lack of efficacy. Cumulative exposure was 393.3 PYs and 372.4 PYs for UPA15 and UPA30 respectively. Based on As Observed analysis, for pts who continued on UPA15 (262/310 [85%]) and UPA30 (243/301 [81%]), clinical and functional outcomes continued to improve or were maintained through Wk60, with 59% and 56% of pts achieving DAS28-CRP <2.6 and 35% and 32% achieving CDAI remission (≤2.8) with UPA15 and 30 mg, respectively (Table 1). Pts who switched from PBO to UPA15 or UPA30 showed comparable efficacy to those initially randomized to UPA. The most frequently reported AEs were nasopharyngitis, urinary tract infection, upper respiratory tract infection, bronchitis, blood creatine phosphokinase increased, alanine aminotransferase increased, herpes zoster (HZ) and nausea. Most frequent AEs (≥0.8/100PYs) leading to premature study drug discontinuation were pneumonia, transaminase elevations, HZ and pyrexia. Event rates (E/100PYs) were numerically higher in UPA30 vs UPA15 for serious AE, AE leading to discontinuation, serious infections, HZ and malignancies, and were similar in UPA15 and UPA30 for adjudicated major adverse cardiovascular events and venous thromboembolic events (Table 2).

Conclusiones: UPA15mg and 30mg on background csDMARD therapy demonstrated consistent efficacy and safety over 60 weeks in RA patients with inadequate response to csDMARDs. Both doses of UPA showed a similar efficacy profile at week 60, with numerically higher rates for certain safety events noted in the UPA30 group. An integrated safety analysis of upadacitinib across the phase 3 program is required to fully characterize the benefit:risk of UPA in RA.

63

0063 - MONOTHERAPY WITH UPADACITINIB IN MTX-NAÏVE PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULTS AT 48 WEEKS FROM THE SELECT-EARLY STUDY

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
 Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación
XAVIER, Ricardo Machado (1) | VAN Vollenhoven, R(2) | TAKEUCHI, T(3) | PANGAN, AI(4) | FRIEDMAN, AI(4) | CHEN, S(4) | RISCHMUELLER, M(5) | BLANCO, R(6) | STRAND, V(7)
 UNIV FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (1); AMSTERDAM RHEUMATOLOGY AND IMMUNOLOGY CENTER ARIC (2); KEIO UNIV SCHOOL OF MEDICINE (3); ABBVIE INC - North Chicago, IL (4); THE QUEEN ELIZABETH HOSPITAL AND UNIV OF ADELAIDE (5); HOSPITAL UNIV MARQUES DE VALDECILLA, IDIVAL (6); STANFORD UNIV (7)
Introducción: Upadacitinib (UPA), a JAK1-selective inhibitor, was efficacious as monotherapy upto 24 weeks (wks) in patients (pts) with active rheumatoid arthritis (RA) naïve to methotrexate (MTX).
Objetivos: To assess safety and efficacy of UPA through 48 wks in an ongoing extension of the phase (p) 3 SELECT-EARLY randomized controlled trial (RCT).

Materiales y Métodos: SELECT-EARLY had a 48-wk double-blind active comparator-controlled period. Pts were initially randomized to monotherapy (mono) with UPA 15 or 30 mg or MTX (titrated up to Wk8). Rescue therapy was offered to pts meeting the following criteria: (1) From Wk 12-24, pts without ≥20% improvement in both TJC and SJC from BL at 2 consecutive visits continued on their blinded study drug with optimization of background RA medications. (2) At Wk26, pts with Clinical Disease Activity Index (CDAI) ≤2.8 continued their original study drug. In pts with CDAI >2.8 and <20% improvement (Δ) from BL in TJC and SJC, for those receiving MTX, UPA15/30mg was added; for those receiving UPA15/30mg, MTX was added. For pts with CDAI≤2.8 but ≥20%Δ in TJC and SJC, background medications were optimized. Background csDMARDs could be initiated after Wk26. After Wk48, pts could continue in a long-term extension. Efficacy data up to the Wk48 visit are reported based on initial randomized treatment. For binary non-radiographic endpoints, NRI was used for missing data and rescue handling; for continuous non-radiographic endpoints, LOCF was used for rescue handling. Radiographic analyses are based on linear extrapolation for missing data imputation and rescue handling. Adverse events (AE) per 100 pt yrs (PY) are summarized up to a cut-off date of Aug 16 2018.

Resultados: Of 945 pts randomized and treated, 747(79%) completed Wk48 treatment, 163 (17.2%) discontinued study drug prior to Wk48, 35 pts (4%) had not completed the Wk48 treatment by the time of this analysis. Primary reasons for discontinuation were AEs for 82 pts (6.5%), and lack of efficacy in 20 pts (2.1%). At Wk26, UPA15/30 was added for 37 (12%) of pts on MTX; MTX was added for 19 (6%) and 9(3%) of pts on UPA15 and UPA30, respectively. Cumulative exposures to MTX mono, UPA15 mono and UPA30 mono were 314.4, 343.1 and 336.7 PYs, respectively. Through Wk48, pts on UPA15 and 30 continued to have significantly greater improvements in clinical, functional and pt-reported outcomes vs pts on MTX (except for FACIT-F for UPA15, p=.058 vs MTX) (Table). At Wk 48, CDAI Remission (REM) was achieved by 33% and 40% of pts on UPA15 and 30 respectively vs 17% on MTX; 28% and 33% vs 13% achieved Boolean REM. At Wk48, changes in mTSS were significantly less on UPA15 and UPA30 vs MTX (Table). The safety profile of UPA15 and UPA30 mono was generally similar to that of MTX, except for total AEs and herpes zoster, which were higher with UPA15 and 30 vs MTX (Table). There were 11 deaths (including 3 non-treatment emergent deaths) due to varied causes.

Conclusiones: UPA15 and 30 monotherapy continued to show significant improvements in RA signs and symptoms and inhibition of structural damage vs MTX through 48 wks. Only a small proportion of pts required MTX addition to UPA mono at Wk26 to achieve and maintain response. The safety profile based on all exposure remained consistent with p 2 and 3 RCTs in RA, although an integrated safety analysis of upadacitinib across the full p 3 RA program will provide a more comprehensive understanding of the benefit:risk profile of UPA in RA.

67

0067 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-TIF-1-GAMMA DEL REGISTRO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (MI) DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (SAR).

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: Miopatías / Miositis
 Unidad Temática 2: Casos Clínicos
PONCE DELGADO, Yessica María (1) | POCARD, Andrea(2) | GOMEZ, Ramiro Adrian(2) | DE LA VEGA, María(3) | VIOLA, Malena(3) | GOMEZ, Graciela Noemí(4) | PÉREZ, Nicolas(4) | GRANEL, Amelia(5) | ACIAR, Mariana Mabel(6) | CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(6) | KOHAN, Maria Paula(7) | SOSA, Maria Julia(8) | COSTI, Ana Carolina(9) | GARCIA, Mercedes Argentina(9) | RILLO, Oscar L.(1)
HOSPITAL PIROVANO (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA (2); **HOSPITAL ARGERICH** (3); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI (4); **HOSPITAL GONET** (5); **HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO** (6); **HOSPITAL RAÚL F. LARCADE DE SAN MIGUEL** (7); **HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ** (8); **HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA** (9)

Introducción: Targoff y colaboradores informaron sobre la presencia del Anticuerpo específico de miositis, "Factor Intermedio de proteínas" (Anti-TIF-1) en pacientes con Dermatomiositis (DM), vinculado a neoplasias y disfgia, presente en aproximadamente el 20% de los pacientes con DM.1

CASO CLÍNICO	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	F	F	M	F	F	F	F	M
Edad actual (años)	72	39	73	24	65	72	24	59
Edad al diagnóstico en años	70	39	70	3	53	70	23	55
Etnia Amerindio (A) Caucaésico (C)	A	A	C	A	C	A	A	C
Tipo de MI	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Forma de evolución	POLICÍCLICO	CRÓNICO	POLICÍCLICO	MONOCÍCLICO	POLICÍCLICO	POLICÍCLICO	POLICÍCLICO	CRÓNICO
Neoplasia asociada	NO	CÁNCER DE MAMA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Anticuerpos asociados a miositis (MAA)	ROS2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con Miopatías Inflammatorias (MI) y presencia de Anticuerpo anti-TIF-1-gamma del Registro de MI de la SAR.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que analizó los datos sociodemográficos, características clínicas y laboratorio de pacientes del Registro Argentino de MI con Anti-TIF-1-gamma. Los anticuerpos fueron estudiados mediante inmunoensayo lineal (LIA) y el reactivo fue financiado mediante una beca del Comité de nuevos proyectos (CONUPRO), gestionada por el Grupo de Estudio de MI (GESAR) de la SAR.

Resultados: Se estudiaron 98 pacientes del Registro Argentino de MI de la SAR, de los cuales el 8.1% (8 pacientes) fueron positivo para anti-TIF-1-gamma, con una mediana de 59 (24-73) años, 6 de sexo femenino. Etnia (4 Amerindio, 4 Caucaésicos). Todos presentaron características clínicas típicas de DM. Una paciente con neoplasia (cáncer de mama), evolución desfavorablemente y falleció. 4/8 pacientes cursaron con trastornos en la deglución. Se observó la presencia de FAN (patrón nuclear moteado mayor o igual 1/80) en 3 pacientes. 5/8 presentaron una forma de evolución policíclica de los cuales 3 cursaron con internación hospitalaria. Todos recibieron glucocorticoides e inmunosupresores excepto uno.

Conclusiones: En nuestro registro el 50% de los pacientes desarrollaron trastornos en la deglución y a diferencia de lo reportado en la literatura solo un paciente se asoció a neoplasia.2. Éste es el primer reporte de una serie de casos de pacientes de Argentina con anti-TIF-1-gamma. PALABRAS CLAVES: Anticuerpo anti-TIF-1-gamma, Dermatomiositis y neoplasia. BIBLIOGRAFIA 1. Ueda-Hayakawa, et al. Autoantibody to transcriptional intermediary factor-1β as myositis-specific antibody: clinical correlation with CADM or DM with mild myopathy. Br J Dermatol. 2018; DOI: 10.1111/bjd.17098. 2. Naoki Mugii, et al. Oropharyngeal Dysphagia in Dermatomyositis: Associations with Clinical and Laboratory Features Including Autoantibodies. Plos one. 2016; 11(5).

65

0065 - INHIBITION OF STRUCTURAL JOINT DAMAGE WITH UPADACITINIB AS MONOTHERAPY OR IN COMBINATION WITH METHOTREXATE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: 1 YEAR OUTCOMES FROM THE SELECT PHASE 3 PROGRAM.

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
 Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación
MYSLER, Eduardo (1) | BARALIAKOS, Xenofon(2) | DUREZ, Patrick(3) | HALL, Stephen(4) | GENOVESE, Mark C(5) | CHEN, Su(6) | SONG, In-ho(6) | ENEJOSA, Jeffrey V(6) | FRIEDMAN, Alan(6) | LI, Yihan(6) | PETERFY, Charles G(7) | SHAW, Tim(6) | STRAND, Vibeke(8)

ORGANIZACIÓN MÉDICA DE INVESTIGACIÓN (1); HERNE AND RUHR-UNIVERSITY BOCHUM (2); **CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN** (3); **MONASH UNIVERSITY, CABRINI HEALTH AND EMERITUS RESEARCH** (4); **STANFORD UNIVERSITY** (5); **ABBVIE INC - North Chicago, IL** (6); **SPIRE SCIENCES INC.** (7); **STANFORD UNIVERSITY, PALO ALTO** (8)

Introducción: Long term prevention of structural joint damage is a key treatment goal in the management of RA1. Upadacitinib (UPA), a JAK1-selective inhibitor, inhibited the progression of structural joint damage at 6 months as monotherapy in methotrexate (MTX) naïve RA patients (pts)2 and in combination with MTX in pts with inadequate response (IR) to MTX3.

Objetivos: To evaluate the progression of structural joint damage (radiographic) through Week 48 in pts with moderately to severely active RA treated with UPA monotherapy or in combination with MTX.

Materiales y Métodos: Radiographic progression was assessed in 2 phase 3 randomized controlled trials (RCTs), as previously described2,3. MTX naïve pts were randomized to UPA 15 or 30mg QD or MTX monotherapy [SELECT EARLY, N=945], while MTX-IR pts were randomized to UPA 15mg QD or adalimumab (ADA) 40 mg eow or placebo (PBO), with continuous background MTX [SELECT COMPARE, N=1629]. Both RCTs specifically enrolled pts at high risk for progression of joint damage (high disease activity including elevated hsCRP, presence of baseline erosions and ACPA and/or RF positivity2,3). The mean changes (Δ) from baseline (BL) in modified Total Sharp Score (mTSS), joint space narrowing (JSN), and erosion scores (ES) as well as the proportion of pts with no radiographic progression (ΔmTSS ≤0) at Weeks 24/26 and 48 were determined in both RCTs. Data were analyzed by linear extrapolation (LE) for missing data imputation and treatment switching, and as observed (AO).

Resultados: RESULTS: BL demographics have been reported previously2,3. At Weeks 24/26, UPA as monotherapy and in combination with background MTX significantly inhibited radiographic progression measured by mean ΔmTSS and the proportion of pts with no radiographic progression vs MTX and PBO, respectively (LE and AO, Table). The significant inhibition of radiographic progression with UPA was maintained through Week 48 vs MTX (LE and AO) in EARLY and vs PBO (LE) in COMPARE. Following the switch of all PBO pts to UPA in COMPARE by Week 26, no further change in mean mTSS was observed through Week 48 (AO, Table). The inhibition of radiographic progression vs comparators was not only observed for the overall mTSS scores but also its components – the JSN and ES in both RCTs (LE and AO).

Conclusiones: UPA both as monotherapy, and in combination with background MTX, was effective in inhibiting the progression of structural joint damage through Week 48 in MTX-naïve, and MTX-IR patients, respectively.

69

0069 - ÍNDICE NEÚTRÓFILO/LINFOCITO (NLR) COMO PREDICTOR DE DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: LES
VIRASORO, Belen María (1) | DE LA TORRE, María Laura(1) | DI CASTELNUOVO, Valentina(1) | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviviana(2) | CASTRO COELLO, Vanessa Viviana(2) | QUAGLIA, María Isabel(3) | TISSERA, Yohana Soledad(3) | IBROM, Martin(4) | DUBINSKY, Diana(2) | ALBA, Paula Beatriz(3) | PISONI, Cecilia(1) | CEMIC (1); SANATORIO GÜEMES (2); HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (3); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (4)

SLICC > 2	OR	P	IC
NLR elevado	6,68	0,025	1,34-38,99
Ciclofosfamida	26(28,6)	0,402	0,30-18,90
Uso de Corticoides > 20 mg	0,60	0,655	0,06-5,60
Edad al diagnóstico	1,09	0,006	1,02-1,16
Años de LES	1,05	0,220	0,96-1,15
Compromiso Renal	0,50	0,544	0,53-4,60

	SLICC < 2	SLICC > 2	P
NLR elevado	19 (20,9)	5(0)	0,040
Ciclofosfamida	26(28,6)	3(0)	0,924
Uso de Corticoides > 20 mg	56(61,6)	9(0)	0,004
Edad al diagnóstico	31 (33-43)	47,5 (43-59)	0,037
Edad actual	38(30-48)	53,5(44-65)	0,004
Sexo masculino	11(12,0)	3(0)	0,120
Años de LES	61(3-91)	45,5(3-11)	0,753
Rash malar	51(56)	6(0)	0,811
Rash discóide	88(8)	3(0)	0,899
Entumecimiento	50(55)	4(0)	0,128
Ulceras orales	37 (40,7)	3(0)	0,513
Artritis	60 (66)	7(0)	0,796
Serositis	24(26,4)	2(0)	0,622
Renal	48(52,7)	5(0)	0,869
Neurrológico	44(4,9)	0(0)	0,496
Hematooncológico	57(62,6)	6(0)	0,874
Imunológica	72(79,2)	8(0)	0,948
Anemia hemolítica	3(3,3)	2(0)	0,075
Leuco/linopenia	52(54,1)	4(0)	0,301
Trastorno de tirona	14(15,4)	2(0)	0,794
Anti-DNA	58(63,7)	6(0)	0,816
SAP	13(14,3)	2(0)	0,630
Anticuerpos	74(81,2)	7(0)	0,394
Coomb's positiva	6(6,6)	2(0)	0,136

Introducción: El índice neutrófilo/linfocito (NLR) se define como la relación entre el número de neutrófilos y linfocitos en sangre periférica. Este índice ha sido usado como predictor de sobrevida en enfermedades crónicas como cáncer y patología cardiovascular. En enfermedades autoinmunes, el NLR ha sido propuesto principalmente como un marcador de actividad.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar el NLR al momento del diagnóstico como predictor de daño y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se analizaron además la relación entre el NLR y características clínicas, de laboratorio y medicación utilizada durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron 101 pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de LES según los criterios ACR 1997 seguidos en cuatro servicios de reumatología de Argentina. Se recolectaron los valores de leucocitos, neutrófilos y linfocitos al momento del diagnóstico. Ningún paciente se encontraba recibiendo drogas inmunosupresoras, esteroides o hidrocortisona al momento del diagnóstico. Se obtuvieron de las historias clínicas las manifestaciones clínicas (incluidas en los criterios ACR 1997 y SLICC 2012), anticuerpos e inmunosupresores acumulados, actividad medida por SLEDIAI-2K, daño medido por SLICC-SDI y muerte. Se calculó el NLR basal. Se definió NLR elevado como mayor o igual a cuatro. .

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes. La edad media fue 40,6 años (DS 12,57). Ochenta y siete por ciento eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue 34,4 años (DS 12,9). Al final del seguimiento 83,1 % habían recibido al menos un inmunosupresor, 12% algún biológico y 67% dosis mayores a 20 mg de prednisona en algún momento de la evolución. La mediana de NLR basal fue 2,45 (RIC 1,47-3,84). 23,76% tuvieron NLR basal elevado. Tres pacientes (3%) murieron durante el seguimiento, dos de ellos (66,7%) tenían NLR elevado al diagnóstico. El daño acumulado en la última visita fue 0 (RIC 0-1). En el análisis univariado (tabla 1) se encontró asociación entre SLICC-SDI>2 y NLR elevado basal y edad al diagnóstico. En el análisis multivariado (tabla 2) SLICC-SDI>2 se asoció con edad (OR 1,09 IC 1,02-1,16) y con NLR basal elevado (OR 6,68 IC 1,14-38).

Conclusiones: El NLR elevado al diagnóstico se asoció a presencia de daño acumulado durante el seguimiento. No encontramos clara asociación del NLR con muerte dado que solo hubo 3 eventos. El NLR podría ser utilizado como predictor de aparición de daño en el seguimiento en pacientes con LES.

71

0071 - SAFETY PROFILE OF UPADACITINIB IN RHEUMATOID ARTHRITIS: INTEGRATED ANALYSIS FROM THE SELECT PHASE 3 CLINICAL PROGRAM.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación

ZERBINI, Cristiano A.F. (1) | COHEN, Stanley B(2) | VOLLENHOVEN, Ronald(3) | WINTHROP, Kevin(4) | TANAKA, Yoshiya(5) | BESSETTE, Louis(6) | ZHANG, Ying(7) | KHAN, Nasser(7) | HENDRICKSON, Barbara(7) | ENEJOSA, Jeffrey V.(7) | BURMESTER, Gerd(8)

CENTRO PAULISTA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (1); METROPLEX CLINICAL RESEARCH CENTER (2); AMSTERDAM RHEUMATOLOGY AND IMMUNOLOGY CENTER ARC (3); OREGON HEALTH AND SCIENCE UNIVERSITY (4); UNIV OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH (5); LAVAL UNIVERSITY (6); ABBVIE INC - North Chicago, IL (7); CHARITÉ UNIVERSITY MEDICINE (8)**Introducción:** Upadacitinib (UPA), an oral JAK1-selective inhibitor, was evaluated in a comprehensive clinical program of 5 pivotal Phase 3 randomized-controlled trials (RCTs) across the full spectrum of RA patient (pt) populations-1-5.**Objetivos:** Assess the overall safety of UPA as monotherapy (mono) and as combination therapy with background csDMARDs in pts with moderately to severely active RA from the safety database of the Phase 3 clinical program**Materiales y Métodos:** Treatment-emergent adverse events (TEAEs) from 5 pivotal, randomized, double-blind, placebo- or active-controlled Phase 3 trials of UPA 15 mg (included in all 5 trials) or 30 mg QD (included in 4 trials) in RA pts were analyzed and summarized for the integrated placebo (PBO) (3 trials; 12/14 weeks), the integrated methotrexate (MTX) (2 trials; mean exposure: 36 weeks), the originator adalimumab (ADA) (mean exposure: 42 weeks), the UPA 15 mg (mean exposure: 53 weeks) and the UPA 30 mg (mean exposure: 59 weeks) groups as exposure adjusted event rates (EAERs; events/100 patient years [E/100PY]).**Resultados:** Across the Phase 3 trials, 3834 pts received ≥ 1 dose of UPA 15 mg (n=2630) or 30 mg QD (n=1204), with no option to switch doses, for a total of 4020.1 PY of UPA exposure. The EAERs of overall SAEs and AEs leading to discontinuation of UPA 15 mg were comparable to ADA; while the rates of both were higher on UPA 30 vs UPA 15 mg and MTX. Across the studies, upper respiratory tract infection, nasopharyngitis and urinary tract infections were the most commonly reported AEs and occurred more frequently in the UPA compared with PBO. Rates of deaths were comparable across the treatment groups. Serious infection (SIEs) rates were comparable between UPA 15 mg and ADA while higher on UPA compared with PBO. Rates of herpes zoster (HZ) were higher in both UPA groups vs MTX and ADA. The rates of SIE and HZ were higher on UPA 30 vs 15 mg. Rates of malignancies (excluding non-melanoma skin cancer [NMSC]) and adjudicated MACE and VTE were comparable across the treatment groups. The rate of NMSC in UPA 15 mg, MTX and ADA groups were similar with higher rates in the UPA 30 mg group, however the rates for both UPA groups were in the range reported for RA patients treated with DMARDs3. The age-gender adjusted standardized incidence rate (SIR, 95% CI) for malignancies other than NMSC (15 mg: 0.98 [0.61, 1.49], 30 mg: 1.49 [0.85, 2.42]) was within the range expected for the general population (SEER 18 Registry 2000-2015).**Conclusiones:** The rate of SIE on UPA 15 mg was similar to ADA. The rate of HZ was higher on both UPA doses compared to MTX and ADA. The rates of VTE, MACE, and malignancy were comparable with that observed in the MTX and ADA groups while also being consistent with reported rates in the RA population.

74

0074 - FRECUENCIA DE SUBLUXACION ATLANTO-AOXIDEA ANTERIOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Imágenes/ecoc/ US/ RM

DAPENA, Joan Manuel (1) | SERRANO, Eliana Rebeca(1) | PÉREZ, Silvana Karina(1) | BANDE, Juan Manuel(1) | BARRIOS, Belén Itati(1) | MEDINA, María Alejandra(1) | KAJI, Diana Silvia(1) | CARACCIOLO, José Ángel(1) | DELLEPIANE, Analía(2) | BEGAS, Mariana(3) | MORADJUCI, Julieta Silvana(4) | CECILIA, Castro(4) | SECCO, Anastasiya(4) | SOSA, Julia(5) | KOHAN, María Paula(5) | BERSANO, María Noelia(6) | CHICHOTKÝ, Yamilia(7) | VELASCO ZAMORA, José Luis(7) | YOYENA, Victor Leonardo(8) | ROCCA, Laura(8) | ALVAREZ, Analía(8) | KIRMYR, Karin Ingrid(9) | SALTOS FARINANGO, Galo(10) | RILLO, Oscar(10) | PAPA SIDERO, Silvia Beatriz(1)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (1); CEMEC (2); SANATORIO JULIO MÉNDEZ (3); HOSPITAL RIVADAVIA (4); HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL F. LARCADE, SAN MIGUEL (5); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (6); REUMATOLOGÍA AL SUR BERAZATEGUI (7); HOSPITAL PEÑA (8); SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE (9); HOSPITAL PIROVANO (10); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (11); HOSPITAL DE REHABILITACIÓN M. ROCCA (12); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ALFREDO LANARI (13)**Introducción:** El compromiso de la columna cervical es una de las manifestaciones articulares de la Artritis Reumatoidea (AR), siendo la segunda región más afectada en algunas series. Se reportó algún grado de compromiso a este nivel en casi el 80% de los pacientes con AR, siendo el mismo, en orden de frecuencia: la Subluxación Atlanto-Axioidea Anterior (SAAA), la Subluxación Atlanto-Axioidea Posterior (SAAP), Subluxación Atlanto-Axioidea Lateral (SAAL) y la Impacción Atlanto-Axioidea (IAA). Algunos pueden ser subdiagnosticados por la ausencia de síntomas asociados. En nuestro conocimiento, poco se conoce sobre la frecuencia del compromiso de la columna cervical en nuestro medio y los factores asociados con el mismo.**Objetivos:** Describir la frecuencia de SAAA en una cohorte de pacientes con AR. Evaluar su asociación con características de la población y de la enfermedad.**Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) con al menos una radiografía (Rx) de columna cervical perfil en máxima flexión. Se excluyeron a quienes presentaban otras enfermedades del tejido conectivo concomitantes o afecciones de la columna cervical distintas de la AR. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad, climetría, tratamiento, tiempo de evolución de la AR al momento del diagnóstico de la SAAA, síntomas asociados y requerimiento de conducta quirúrgica. Todas las Rx fueron codificadas y evaluadas en forma ciega por 3 lectores entrenados. Previo a esta lectura, los 3 evaluadores midieron en 40 Rx la distancia Atlanto-Axioidea Anterior (DAAA) en 3 sitios: superior, medio e inferior, dando como resultado un promedio de 4,5 mm. Se definió como SAAA a la distancia entre la línea superior y la línea media que sea ≥ 3 mm. Se definió como SAAA cuando esta medida fue ≥ 3 mm. Además, en caso de disponer de las Rx correspondientes, se reportaron los otros compromisos de columna cervical. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se compararon las características sociodemográficas y de la enfermedad entre los grupos con prueba T de Student, Chi2 y test exacto de Fisher. La DAAA se comparó en los pacientes con SAAA según características de la enfermedad, tiempo de evolución al momento del diagnóstico de la SAAA con correlación de Spearman y, presencia de síntomas, con prueba T de Student, Kruskal Wallis y test de Wilcoxon.**Resultados:** Se incluyeron 295 pacientes de 13 centros: 85,8% mujeres con una edad media de 54,4 años (DE 12,3). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 80 meses (RIC 43-120). El 92,8% eran seropositivos para RF y el 82,7% para ACPA. El 59,9% presentó enfermedad erosiva, 18,7% nodular y un 36,5% otras manifestaciones extraarticulares (MEA). La mediana del DAS28 fue de 3,6 (RIC 2,5-4,6) y la del HAQ 0,75 (RIC 0,3-1,4). La frecuencia del compromiso de columna cervical fue del 25,4% para la SAAA, con una DAAA media de 4,5 mm (DE 2,43). Con respecto a los otros tipos de compromiso: un 4,7% presentó SSA; 2,5% SAAP; 0,4% SAAL y 0,4% IAA. La mediana del tiempo de evolución de la AR al momento del diagnóstico de la SAAA fue de 128 meses (RIC 82,5-196). El 20,6% presentó dolor radicular, siendo el síntoma más frecuente, y un 6% requirió conducta quirúrgica. Los pacientes con SAAA presentaron un mayor tiempo de evolución de la AR (119 meses [45-174] vs 76 [43-102] meses; p<0,05); mayor frecuencia de MEA (97,3% vs 40,9%; p<0,001); pero no se observaron diferencias significativas con alguna MEA en particular. No se encontró asociación con otras características de la enfermedad ni de la población. Por otro lado, la frecuencia de SAAP fue mucho mayor en el grupo con SAAA (8,6% vs 0,5%; p<0,001). En los pacientes con SAAA, la mediana de la DAAA fue mayor en los pacientes sintomáticos (5 mm [RIC 3,7-6,5] vs 3 mm [RIC 3-5]; p=0,011), y en particular, se asoció al dolor radicular (5 mm [RIC 4-7] vs 3 mm [RIC 3-5]; p=0,009).**Conclusiones:** La frecuencia observada de SAAA en esta cohorte de pacientes con AR fue de 25,4%. La misma se asoció con un mayor tiempo de evolución de la AR y con una presencia de MEA pero no así con otras características de la enfermedad. La prevalencia de SAAP fue mucho mayor y estadísticamente significativa en el grupo con SAAA. Por otro lado, se constató que en los pacientes que presentaban síntomas (en especial dolor radicular), la DAAA fue mayor a 5 mm.

73

0073 - SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ESPONDILOARTRITIS EN ARGENTINA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ISNARDI, Carolina Ayelen (1) | CIVIT, Emma(2) | GARCIA CICCARELLI, Agustín(2) | GARCÍA SALINAS, Rodrigo(3) | MAGRI, Sebastián(3) | SORIANO, Enrique(4) | BROM, Martín(4) | ZACARÍAZ, Johana(4) | VELOZO, Edson(5) | ALBIERO, Eduardo(6) | GOBBI, Carla(6) | ORTIZ, Alberto(7) | PAIRA, Sergio(7) | CITERA, Gustavo(1)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL EL CARMEN (2); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (3); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (4); UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (5); SANATORIO ALLENDE (6); HOSPITAL JM CULLEN (7)**Introducción:** Golimumab es un anticuerpo dirigido contra el TNF alfa que ha demostrado eficacia para su uso en pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, seguridad y supervivencia acumulada de golimumab en pacientes de la consulta ambulatoria con AR, APs y EA de diferentes centros de Argentina.**Materiales y Métodos:** Estudio longitudinal. Pacientes consecutivos ≥ 18 años con AR (ACR/EULAR 2010), EA (ASAS 2009) y APs (CASPAR), que hayan iniciado tratamiento con golimumab de acuerdo a la indicación médica. Se consignaron características sociodemográficas y clínicas, antecedentes personales, comorbilidades, tratamientos previos y actuales, motivo de suspensión y eventos adversos. Los pacientes fueron seguidos hasta la suspensión del Golimumab, pérdida de seguimiento, o finalización del estudio (31.05.2019). Análisis estadístico: Test de Chi² o test exacto de Fischer, prueba de T o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis. La incidencia se valoró en eventos cada 100 paciente/año. Curvas de Kaplan-Meier, análisis de log Rank. Modelos de regresión proporcional de Cox.**Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes, 73 con diagnóstico de AR, 17 con APs y 26 con EA. La mediana (m) de edad fue 55 años (RIC 42,3-64) y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de m 7 años (RIC 4-12,4). El 44% habían recibido al menos un DMAR biológico (b) o sintético dirigido (sd) previo. En la mayoría de los casos (94,8%) los pacientes recibieron Golimumab subcutáneo y en el 81% en asociación con DMARcs. El seguimiento total fue de 205 pte/año. La supervivencia del tratamiento fue de X 51,9 meses (IC95% 44,8-59,1). Durante el seguimiento 30 pacientes (25,9%) suspendieron el tratamiento, la causa más frecuente fue la falla primaria (40%), seguida por falla secundaria (33,3%) y falta de cobertura (13,3%). Se registraron 0,44 eventos adversos cada 100 pte/año. El tratamiento con Golimumab demostró mejoría clínica en los tres grupos de pacientes. En APs el valor de DAPSA disminuyó de m 30 (RIC 22-46) basalmente a m 14 (RIC 7-20) a los 6 meses, p<0,0001, y en EA, el BASDAI mostró valores de m 6 (RIC 4,2-7,3) y m 3 (RIC 1,7-5,9), respectivamente, p<0,0001. En el caso de AR el DAS28, m 4,6 (RIC 3,6-5,3) basalmente y 2,5 (RIC 1,5-3,5) a los 6 meses, p<0,0001. Los pacientes con obesidad y aquellos que habían recibido tratamiento previo con agentes biológicos o sintéticos dirigidos presentaron menor supervivencia del tratamiento con Golimumab [X 25,8 meses (IC95% 7,9-43,2) vs X 52 (IC95% 38,5-65,6), p=0,009 y X 11,6 (IC95% 7,5-15,6) para aquellos con 3 o más tratamientos y X 35,7 (IC95% 18,1-53,2) en pacientes con 1 o 2 tratamientos vs X 56,9 (IC95% 47,5-66,3), p=0,021, respectivamente]. Sin embargo, en el análisis multivariado la única variable que se asoció a menor supervivencia del tratamiento con Golimumab fue el tratamiento previo con DMAR/sd (HR 2,7, IC95% 1,2-4,6).**Conclusiones:** El tratamiento con Golimumab en pacientes de la vida real en Argentina ha demostrado buena eficacia y seguridad. La supervivencia fue de X 51,9 meses (IC95% 44,8-59,1). En el caso de AR, el tratamiento con DMAR/sd previo se asoció a una menor supervivencia del tratamiento.

76

0076 - HIPOACUSIA SENSORIO-NEURAL EN ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Ig G4

ORTIZ, Alberto (1) | HAEFFELI, Ignacio(2) | CALVO, Romina Andrea(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | PAIRA, Sergio(1)

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (1); HOSPITAL J. B. ITURRASPE (2)**Introducción:** El compromiso otológico en la Enfermedad Relacionada a IgG4 (ER-IgG4) se caracteriza por presentar hipoacusia mixta (neurosensorial) progresiva o fluctuante. Por lo tanto, la otitis media forma parte del compromiso de esta enfermedad y refleja que el epitelio respiratorio incluyendo mucosa del oído medio también puede ser el objetivo de esta enfermedad.**Objetivos:** Determinar la prevalencia de pérdida auditiva sensorineural (PASN) en nuestra población de pacientes con ER-IgG4 vs grupo control. Comparar las características clínicas, de laboratorio, entre pacientes con ER-IgG4 que presenten PASN o no.**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 (comprehensive clinical diagnostic criteria 2011). Se excluyeron pacientes con historia familiar o personal de anomalías auditivas y aquellos que recibieron drogas ototóxicas, enfermedades degenerativas o compromiso del SNC no causado por ER-IgG4. Se estudió compromiso auditivo (Otoscoopia. Audiometría de tonos puros (125Hz a 8000Hz). Logo-Audiometría) en pacientes con ER-IgG4 y en un grupo control. Se buscaron los siguientes datos de las historias clínicas: examen físico, clínica y las siguientes determinaciones de laboratorio: Concentraciones séricas de IgA, IgE, IgM, IgG y subtipos (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4) Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la presencia o no de PASN (pérdida auditiva mayor a 20 db en cualquier frecuencia) Método estadístico: Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar, acompañados de su respectivo intervalo de confianza del 95% y las variables cualitativas, con frecuencias relativas porcentuales. La comparación de medianas se realizó con Test U de Mann Whitney y la comparación de proporciones con Prueba Chi cuadrado o Test exacto de Fisher. Significancia estadística 5%.**Resultados:** 20 pacientes con ER-IgG4, edad media 50 años (± 17), tiempo de evolución hasta 1 consulta 25 meses (± 33), tiempo de seguimiento 44 meses (± 21). 20 controles sanos. Los pacientes con ER-IgG4 tuvieron más PASN (13/20) que los controles (2/20): p=0,001, no habiendo diferencias estadísticas entre ambos grupos con respecto a edad (media ER-IgG4 51 años media grupo control 42 años, p=0,1 pero sí con respecto a sexo (grupo control 17 mujeres 3 hombre, grupo ER-IgG4 10 hombre 10 mujeres, p=0,041) Al comparar pacientes con ER-IgG4 con presencia o no de PASNA no observamos diferencias con respecto a: edad a la consulta (p=0,84), tiempo de evolución a la consulta p=0,99, tiempo de seguimiento p=0,16, compromiso de órgano único o multiorgánico p=0,6, alergia p=0,99, síntomas constitucionales p=0,64, adenopatías p=0,99, dacrioadenitis p=0,35, Sialoadenitis submaxilar p=0,99, Parotidomegalia p=0,65, Síntomas SICCA p=0,99, compromiso ocular 0,11, compromiso pancreático-biliar p=0,17, eosinofilia p=0,99, eritrosedimentación >40 mm p=0,99, complemento bajo p=0,6, aumento sérico de IgE p=0,99, IgA p=0,20 IgM p=0,99, IgG p=0,99 subtipos IgG1 p=0,99, IgG2 p=0,6, IgG4 p=0,62, observando menos PASN en pacientes con IgG3 sérica positiva p=0,008.**Conclusiones:** PASN se relacionaría a ER-IgG4, encontrándola con mayor frecuencia en grupo control a pesar de diferencia en sexo, variable que no influiría en desarrollo de la misma. Pacientes con IgG3 sérica tendrían menos frecuencia de PASNA

86

0086 - INFLUENCIA DE LA ESTACION DEL AÑO EN LA ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Modalidad: Póster
Unidad Temática: LES
RODRIGUEZ, Anabella | COSATTI, Micaela Ana | PISONI, Cecilia
CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO"
Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con una amplia variedad de manifestaciones clínicas que se caracteriza por presentar episodios de actividad y remisión. Si bien la relación entre la exposición solar y las manifestaciones cutáneas está ampliamente aceptada, la evidencia no es tan concluyente para las manifestaciones extra cutáneas. Existen algunos trabajos en la literatura que evalúan estacionalidad en pacientes con les sin evidencia concluyente para las diversas manifestaciones y la estación del año. En su mayoría son trabajos del hemisferio Norte, y de nuestro conocimiento no contamos con datos en Argentina.
Objetivos: El objetivo primario es evaluar si existe asociación entre la estación del año y la actividad del LES. El objetivo secundario es determinar si la estación condiciona brote en un órgano en particular.
Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente 59 historias clínicas de pacientes consecutivos con LES, mayores de 18 años que cumplan criterios ACR 1997 en seguimiento en un Hospital Universitario de Capital Federal desde Enero del 2008 a Julio del 2019. Se incluyeron 30 pacientes que presentaron por lo menos un brote; estos pacientes contaban con más de un año de seguimiento y evaluaciones trimestrales. Se excluyeron pacientes en remisión y con actividad persistente. Se definió brote según SELENA-SLEDAI flare index (SSFI) excluyendo en nuestro trabajo la evaluación global del médico por ser un trabajo retrospectivo. El inicio del brote se registró desde el primer signo de cambio de la actividad de la enfermedad. Se recolectó información de las características demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio, anticuerpos acumulados, tratamiento acumulado previo al brote de la enfermedad y al momento del brote. SLEDAI del paciente en la visita previa al brote y el SLEDAI en el momento del brote. Las variables categóricas se expresarán como porcentajes y las variables cuantitativas se expresarán como media o mediana y su desvío estándar o rango intercuartílico (25-75), respectivamente. Para estudiar la estacionalidad de la ocurrencia del brote se utilizó el test de Edwards.
Resultados: Se analizaron 41 brotes en 30 pacientes. Del total de los pacientes, 25 (83.3%) eran mujeres, 26 (87.7%) de etnia blanca. La mediana de la edad fue 41.5 (31-48), mientras que la edad al diagnóstico fue de 26 (22-33) con una mediana de duración de la enfermedad de 10 años (8-22). La mediana de criterios ACR acumulados y del score de Charlson fue de 7 (7-8) y 1 (1-2) respectivamente. En 4 (13.3%) pacientes el brote fue el momento del diagnóstico, el resto eran pacientes diagnosticados previamente. Las características de los brotes se detallan en la tabla 1. La distribución de los brotes según el mes del año se muestra en la Figura 1. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el brote definido por SSFI según los meses del año, se evidenció un predominio estadísticamente significativo de la actividad articular y cutánea en los meses de verano, mientras que las úlceras orales fueron más frecuentes en los meses de invierno.

Tabla Nº1

	Todos los pacientes N=30
Cantidad de brotes totales, n	43
Cantidad de brotes por paciente, mediana (RIC)	1 (1-2)
Brotes Verano, n (%)	11 (26.8)
Brotes Invierno, n (%)	8 (19.5)
Brotes Otoño, n (%)	10 (24.4)
Brotes Primavera, n (%)	12 (29.3)
SLEDAI previo al brote, media (DS)	1.6 (1.67)
SLEDAI total del brote, media (DS)	11 (9)
Manifestaciones Clínicas en los brotes	
Artículo, n (%)	19(46.4)
Alcapicua, n (%)	17(41.5)
Rash, n (%)	14(34.3)
Resaca, n (%)	13(32.7)
Úlceras orales, n (%)	12(31.7)
Hipocomplementemia, n (%)	32(78)
Anti Dna, n (%)	20(48.9)



Conclusiones: El brote de LES en nuestros pacientes, medida por SSFI, no tuvo un patrón estacional. Observamos aumento de la actividad articular y cutánea en los meses de verano, mientras que las úlceras predominaron en invierno.

89

0089 - SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
ISNARDI, Carolina Ayelen (1) | SCHNEEBERGER, Emiloé Edith(1) | CASADO, Gustavo(2) | SMICHOVSKI, Andrea(2) | ROMEO, Cecilia(2) | RIVERO, Estela(2) | CAPUTO, Victoria(2) | SORIANO, Enrique(3) | ZACARIAS, Johana(3) | PIERINI, Florencia(3) | GARCÍA, Mercedes(4) | SAVY, Florencia(4) | CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (2); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (3); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (4)
Introducción: Tofacitinib se encuentra aprobado por las agencias regulatorias, incluida ANMAT, para su uso en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Ensayos clínicos han demostrado su eficacia y seguridad en pacientes seguidos por más de 9 años. Sin embargo, solamente el 30% de los pacientes de la vida real cumplen los criterios para ser incluidos en este tipo de estudios.
Objetivos: Evaluar la eficacia, seguridad y sobrevida acumulada de Tofacitinib en pacientes de la consulta ambulatoria con AR de diferentes centros de Argentina.
Materiales y Métodos: Pacientes consecutivos >= 18 años con AR que cumplan criterios ACR/EULAR 2010, que hayan iniciado tratamiento con Tofacitinib de acuerdo a la indicación médica. Se consignaron características sociodemográficas, clínicas, antecedentes personales, comorbilidades, tratamientos previos y actuales, motivo de suspensión o descenso de dosis y eventos adversos. Se determinó la actividad de la enfermedad mediante DAS28 y la capacidad funcional por HAQ basalmente y en cada visita. Análisis estadístico: Test de Chi² o test exacto de Fischer, prueba de T o Mann Whitney, ANOVA o Kruskal Wallis. La incidencia se valoró en eventos cada 100 paciente/año. Curvas de Kaplan-Meier y comparaciones por análisis de log Rank. Regresión logística múltiple. Modelos de regresión proporcional de Cox.
Resultados: Se reclutaron 161 pacientes, 88% de sexo femenino, con una mediana (m) de edad de 59 años (RIC 49-67.5) y de tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 10.1 años (RIC 4-16.8). Más del 90% de los pacientes eran seropositivos y el 68% tenían erosiones. La m del DAS 28 basalmente era de 5.3 (RIC 4.6-6.3). El 55% habían recibido algún agente biológico previamente. El 96.3% utilizó la presentación 5 mg BID de inicio y el 38.5% lo hizo en monoterapia. Esto se debió a decisión del médico en el 44.8% y a efecto adverso a DMARc en el 41.4%. El seguimiento total fue de 268.3 paciente/año. La sobrevida del tratamiento con Tofacitinib X 46.8 meses (IC95% 41.6-52). No hubo diferencias en la sobrevida entre aquellos que recibían tofacitinib en monoterapia y en combinación con DMARc [X 46.6 meses (IC95% 38.5-54.7) vs X 46.1 meses (IC95% 39.8-52.5), p=0.629]. Tampoco entre quienes recibían tratamiento combinado con metotrexato o leflunomida [X 45.4 meses (IC95% 38.2-52.6) vs X 36 meses (IC95% 26.2-45.9), p=0.78]. Los pacientes que habían recibido tratamiento previo con agentes biológicos tuvieron menor sobrevida del tratamiento [X 40.4 meses (IC95% 33.4-47.4) vs X 49.2 meses (IC95% 43.8-54.6), p=0.004]. Esto se mantuvo en el análisis multivariado luego de ajustar para edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, (HR 2.7 (IC95% 1.4-5.2). La persistencia del tratamiento a 12 meses fue de 82.1%. En total 47 (29%) pacientes suspendieron el tratamiento definitivamente. La causa más frecuente fue la falta al tratamiento (63.8%), seguida por efecto adverso (14.8%) y falta de provisión (12.8%). El tratamiento con Tofacitinib demostró mejoría clínica en los pacientes con AR. El valor de DAS28-ERS disminuyó desde 5.3 (RIC 4.6-6.3) basalmente a 3.9 (RIC 2.8-4.9) a los 6 meses y 3.5 (RIC 2.8-4.4) a los 12 meses, p<0.0001 en ambos casos.

Conclusiones: El tratamiento con Tofacitinib en pacientes con artritis reumatoide de la vida real en Argentina ha demostrado buena eficacia clínica y buena persistencia en el tiempo. El tratamiento previo con agentes biológicos se asoció a menor sobrevida del tratamiento con Tofacitinib.

87

0087 - RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Vasculitis/PMR
DE LA TORRE, María Laura | PISONI, Cecilia
CEMIC
Introducción: El tromboembolismo venoso es un fenómeno vascular que incluye la trombosis venosa (TVP) profunda y el embolismo pulmonar (TEP). Se sabe que la inflamación sistémica puede aumentar el riesgo de trombosis. Muchas enfermedades reumáticas inflamatorias han sido vinculadas con un riesgo aumentado de trombosis venosa. Sin embargo, solo un estudio en la literatura ha estudiado pacientes con polimialgia reumática (PMR) demostrando un aumento de la incidencia de tromboembolismo pulmonar.
Objetivos: Describir la epidemiología del tromboembolismo venoso en PMR. Se evaluó la incidencia de TVP y TEP en una cohorte de pacientes con PMR y se compararon los hallazgos con los de la población general de Argentina para determinar si la PMR se asocia con mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 97 pacientes con diagnóstico de PMR atendidos en el servicio de reumatología de un hospital universitario desde septiembre del 2006 a julio del 2019. Se definió TVP como la presencia de trombosis venosa profunda confirmada mediante una ecografía doppler de las venas de los miembros superiores o inferiores y TEP como la evidencia de un trombo en la arteria pulmonar o una de sus ramas mediante angiografía, centellograma ventilación-perfusión o angiografía pulmonar. En cada paciente se analizó el período desde la primera consulta hasta la remisión de la enfermedad, la última consulta en aquellos que permanecieron activos o la pérdida de seguimiento. Los datos clínicos y de laboratorio se obtuvieron del sistema de historias clínicas de la institución. Se calculó la densidad de incidencia de trombosis y se evaluaron los factores de riesgo adicionales de trombosis que presentaban estos pacientes.
Resultados: Las características clínicas de la población se observan en la tabla 1. Solo 2 pacientes presentaron episodios de tromboembolismo venoso. Un paciente presentó TVP solamente y otra presentó TVP y TEP. La densidad de incidencia de trombosis venosa fue de 1,83 casos (IC 95%: 1,21-0,66) por cada 1000 personas año. La densidad de incidencia de tromboembolismo en la población general de Argentina descrita es de 1,65 (IC 95%: 1,56- 1,75) por 1000 personas año, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas con nuestra población (p 0.81). Una mujer de 89 años presentó trombosis venosa profunda 4 meses luego del diagnóstico de PMR, teniendo solo hipertensión como factor de riesgo adicional. El segundo paciente fue una mujer de 82 años que presentó tromboembolismo pulmonar 13 meses posteriores al diagnóstico. Esta paciente presentaba múltiples factores de riesgo para trombosis (hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica y obesidad). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 18,4 meses (RIC 8,9-36,4). Treinta y siete pacientes (38,1%) sufrieron por lo menos una recaída de PMR durante el transcurso de su enfermedad y 26 pacientes (26,8%) se encontraban en remisión en la última visita. Durante el seguimiento, a 39 pacientes (40,2%) se les inició tratamiento como metotrexato como ahorrador de corticoides, ya sea por recaídas frecuentes o presencia de comorbilidades.

Tabla 1. Características clínicas

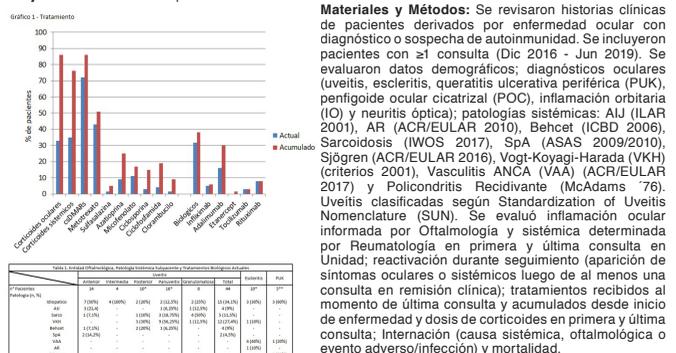
	97
Edad, media (DS)	76,2 (7,9)
Sexo, M/F	31/66
Score de comorbilidad de Charlson, mediana (RIC)	4 (3-5)
Cáncer, n (%)	19 (19,6)
Cirugía, n (%)	0 (0)
Trauma, n (%)	1 (1)
Medicaciones protrombóticas, n (%)	2 (2,1)
Inmovilización, n (%)	2 (2,1)
Insuficiencia cardíaca, n (%)	0 (0)
Obesidad, n (%) (n=29)	6 (20,7)
Enfermedad renal crónica, n (%)	4 (4,1)
Dislipemia, n (%)	46 (47,4)
Tabaquismo, n (%)	11 (11,3)
Hipertensión, n (%)	63 (64,9)
Diabetes mellitus, n (%)	13 (13,4)
Enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	1 (1)

Conclusiones: La densidad de incidencia de trombosis venosa fue de 1,83 casos por cada 1000 personas año. Al comparar este valor con el descrito en la bibliografía no pareciera haber un aumento del riesgo de trombosis venosa en nuestra población de pacientes con PMR.

90

0090 - PATOLOGÍA OCULAR AUTOINMUNE: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Estudios Complementarios
GÓMEZ, Ramiro Adrián | COMASTRI, Lucía | SCHLAEN, Ariel | DUBINSKY, Diana | COUTO, Cristóbal
HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTÍN"
Introducción: Las enfermedades oculares autoinmunes son causa importante de ceguera prevenible. Existen unidades conjuntas de oftalmólogos/reumatólogos en Europa y Estados Unidos. En Diciembre 2016 comenzamos nuestra Unidad de Patología Autoinmune Ocular para derivación de pacientes para seguimiento conjunto con Oftalmología.
Objetivos: Presentar la experiencia de esta Unidad a la fecha.



Me evolución 2 años (RIC 1-11). Patología sistémica 66% (n=42): VKH 13, VAA 6, Behcet 5, Sarcoidosis 5, ALJ 4, AR 2, Sjögren 2, SpA 2, Tuberculosis 2, Policondritis Recidivante 1. Excluyendo VKH, 34% (10/29) diagnosticados en Unidad. Uveítis: 32% anterior, 9% intermedia, 22% posterior, 36% panuveítis; 18% granulomatosa; 86% bilateral; 82% crónica. Actividad inflamatoria ocular: 1ª consulta 75%, última 28%. Reactivación 39,3%; 62% ocular, 19% ocular y sistémico y 19% sistémico. Prednisona basal 50 mg (RIC 15-75) última consulta 10 mg (RIC 1.25-12.5). Gráfico 1 muestra tratamiento actual y acumulado. 41% (26/63) comenzaron inmunosupresores en Unidad. Tratamiento biológico actual (n=20): 3 Infliximab (Behcet), 10 Adalimumab (4 idiopática, 4 VKH, 1 ALJ), 2 Tocilizumab (VKH), 5 Rituximab (3 POC, 1 VAA, 1 escleritis necrotizante idiopática), 80% 1ª línea de tratamiento biológico, 15% 2ª línea y 5% 3ª línea. Me tiempo entre diagnóstico e inicio biológico 86 meses (RIC 12-143). Tabla 1 muestra principales diagnósticos oculares, patologías subyacentes y biológicos. 11% internación ocular y 9% sistémica. No muertes ni internaciones por evento adverso/infección.
Conclusiones: Se encontró patología subyacente en varios pacientes sin diagnóstico previo. El uso de DMARs permitió resolución de inflamación ocular en la mayoría de pacientes y descenso de esteroides. Reactivaciones oculares fueron frecuentes y generalmente respondieron al tratamiento. La baja frecuencia de uveítis anterior aguda y SpA y la alta indicación de biológicos en POC se explicarían por sesgo de derivación. El trabajo interdisciplinario permitió mejor abordaje diagnóstico y terapéutico.

101

0101 - DAÑO IRREVERSIBLE EVALUADO POR ÍNDICE DE RESPUESTA DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: NIVEL DE ACUERDO INTEROBSERVADOR. GRUPO DE ESTUDIO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4.

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Ig G4
BERTOLI, Ana María (1) | ASTE, Nora María(2) | CÓRDOBA, Cecilia(1) | COSATTI, Micaela(3) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(4) | GALLO, Jessica(5) | GANDINO, Ignacio(6) | IBÁÑEZ, Soledad(7) | JUÁREZ, Vicente(4) | ORTIZ, Alberto(8) | SEGUERA, Valeria(9) | SCHMID, Marcela(10) | PAIRA, Sergio(8)
CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (1); INSTITUTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (2); CEMIC (3); HOSPITAL DEL MILAGRO (4); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (5); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (6); OSPEDYC (7); HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN (8); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (9); HOSPITAL DEL LLANO (10); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (11)

Introducción: La enfermedad relacionada a IgG4 es una entidad inflamatoria, crónica, que conlleva riesgo de daño permanente en los órganos/sitios afectados. El índice de respuesta de la enfermedad relacionada a IgG4 se desarrolló para evaluar tanto actividad como daño, aunque en secciones separadas. El mismo considera daño a la disfunción de un órgano que ocurre como consecuencia de la actividad de la enfermedad, independientemente de que se encuentre aún activa en el momento de la evaluación. El daño se considera permanente si no se espera mejoría, aún con tratamiento apropiado. Existen escasos datos sobre las propiedades métricas de este índice, entre ellas el nivel de acuerdo inter-observador.

Objetivos: Determinar el acuerdo inter-observador en la evaluación de daño permanente utilizando el índice de respuesta de la enfermedad relacionada a IgG4.

Órgano/sitio, Fleiss Kappa	Concordancia interobservador
Paquimeninges	1
Hipofísis	-0.018
Órbita/glándulas lagrimales	0.385
Glándulas salivales	-0.002
Tiroides	1
Ganglios linfáticos	1
Pulmones	1
Aorta/grandes vasos	0.047
Retropertoneo/mesenterio	0.089
Páncreas	0.774
Hígado/conductos biliares	0.251
Riñón	0.007
Piel	1
Otros	1
Score total, CIC (IC95%)	0.062(-0.356-0.859)

bidireccional, tipo de acuerdo absoluto. Este último se reportó con medida promedio e intervalo de confianza 95%.

Resultados: Los resultados del acuerdo inter-observador de cada uno de los ítems y del total del score se muestran en la tabla.

Conclusiones: En este ejercicio, el acuerdo entre observadores/evaluadores fue muy variable entre los diferentes ítems del instrumento y pobre en el score total. Es probable que este acuerdo pobre se deba a la influencia de la percepción subjetiva de los evaluadores, lo que podría revertirse con un mayor entrenamiento.

Materiales y Métodos: Durante la reunión del Grupo de Estudio de Enfermedad Relacionada a IgG4 llevada a cabo en Córdoba, diciembre de 2018, se presentó el índice de respuesta de la enfermedad relacionada a IgG4 y se realizó un entrenamiento a integrantes del grupo compuesto principalmente por reumatólogos e inmunólogos. El entrenamiento consistió en describir el instrumento y luego discutir cómo adjudicar daño con cuatro casos de la vida real. A posteriori, se envió un formulario en línea para que los integrantes interesados realizaran la puntuación de daño en cuatro casos de la vida real. Al formulario lo contestaron 13 integrantes del grupo. Para determinar el acuerdo inter-observador de cada uno de los 14 ítems del instrumento se utilizó el coeficiente Kappa de Fleiss. Para determinar el acuerdo inter-observador del score total de daño se utilizó el coeficiente intra-clase con un modelo aleatorio

103

0103 - ¿SON ÚTILES LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA?

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Vasculitis/ PMR
DE LA TORRE, María Laura | PISONI, Cecilia
CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO"
Introducción: Recientemente se ha reportado el uso de índices hematológicos como marcadores de inflamación sistémica en enfermedades oncológicas, cardiovasculares y reumatológicas. Solamente dos estudios han evaluado su uso en polimialgia reumática (PMR).
Objetivos: Nuestro objetivo principal fue comparar los valores de los índices neutrófilo-(NLR) y monocito-linfocito (MLR), en pacientes con PMR y controles sin enfermedades inflamatorias. Como objetivo secundario, evaluamos su uso como marcadores pronósticos en PMR.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo caso control que incluyó 63 pacientes con PMR y 101 pacientes controles que se atendieron en nuestro hospital. Los datos clínicos y los recuentos celulares al diagnóstico (previo al inicio de tratamiento con esteroides) se obtuvieron de las historias clínicas y los reportes de laboratorio. Se compararon los índices de ambos grupos mediante test de Student. Se realizó un subanálisis de los pacientes con PMR para determinar la utilidad de los índices en predecir pronóstico evaluando para ello: recaídas, recurrencias y uso de metotrexato como indicadores de mal pronóstico. Se definió como recaída la reaparición de los síntomas iniciales de PMR junto a un aumento de eritrosedimentación (VSG) o proteína C reactiva (PCR) durante el tratamiento con esteroides y como recurrencia a la aparición de los síntomas asociados a un aumento de VSG o la PCR luego de haber discontinuado el tratamiento con esteroides. Se correlacionaron los valores de los índices con los marcadores inflamatorios utilizando test de Student y coeficiente de correlación de Pearson.
Resultados: La edad, sexo, datos de laboratorio e índices de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Edad, sexo y datos de laboratorio en ambas poblaciones

	PMR (n=63)	Controles (n=101)
Edad, años media (DS)	76.7 (7.6)	73.2 (6.9)
Sexo, M/F	21/42	17/84
Leucocitos, 10 ⁹ /L media (DS)	8.48 (2.37)	6.51 (1.57)
Neutrófilos, 10 ⁹ /L media (DS)	5.35 (1.86)	3.73 (1.21)
Linfocitos, 10 ⁹ /L media (DS)	2.11 (0.81)	2 (0.55)
Monocitos, 10 ⁹ /L media (DS)	0.72 (0.25)	0.53 (0.28)
Eosinófilos, 10 ⁹ /L media (DS)	0.23 (0.24)	0.23 (0.16)
Basófilos, 10 ⁹ /L media (DS)	0.03 (0.02)	0.03 (0.02)
Plaquetas, 10 ⁹ /L media (DS)	284.02 (82.41)	249.09 (55.22)

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con PMR

	63
Edad, años media (DS)	76.7 (7.6)
Sexo, M/F	21/42
Duración de los síntomas previo al diagnóstico, meses, mediana (RIC)	4 (3-9)
Duración de los síntomas previo al diagnóstico, meses, mediana (RIC)	2 (1-6)
Dosis inicial de corticoides, mg/d, media (DS)	16.6 (4.5)
Duración del tratamiento, meses, mediana (RIC)	15.7 (10.5-27.8)
Duración del seguimiento, meses, mediana (RIC)	18.1 (10.5-35.3)
Recaídas, n (%)	22 (34.9)
Recurrencias, n (%)	11 (17.5)
Uso de metotrexato, n (%)	24 (38.1)

El grupo control incluyó pacientes con osteoartritis (78.2%), fibromialgia (9.9%) y otras condiciones de tejidos blandos no inflamatorias (11.9%). Los valores de NLR y MLR fueron significativamente más elevados en los pacientes con PMR que en los controles (NLR 2,77 vs 1,99, p <0,001 y MLR 0,37 vs 0,27, p <0,001). No se encontraron diferencias en los valores de los índices restantes. Las características clínicas de los pacientes con PMR se muestran en la tabla 2. La mediana de tiempo de seguimiento de este grupo fue de 24,1 meses (RIC 10,5-35,3). La elevación del NLR y MLR no se asoció con recaídas, recurrencias o al uso de metotrexato como ahorrador de corticoides. No se halló correlación entre los índices y la duración de los síntomas previos al diagnóstico o la duración del tratamiento. La mediana de velocidad de eritrosedimentación (VSG) al diagnóstico fue de 41,5 mm/hr (19 - 62) y de proteína C reactiva (PCR) de 2,48 mg/L (0,54 - 3,38). Encontramos una baja correlación (coeficientes de correlación de Pearson menores a 0,32) entre dichos marcadores y los índices NLR y MLR. Catorce pacientes con PMR (22,2%) presentaron valores normales de VSG y PCR al inicio, siendo diagnosticados según el criterio clínico del médico y tratados en consecuencia. Los valores de NLR y MLR en estos pacientes fueron similares a los controles y se hallaron diferencias estadísticamente significativas al compararlos con los pacientes con PMR que presentaron reactivos de fase aguda elevados al inicio.

Conclusiones: Los niveles de NLR y MLR fueron significativamente mayores en los pacientes con PMR que en los controles. No se halló una correlación adecuada entre dichos índices y los reactivos de fase aguda y no fueron capaces de predecir mal pronóstico en los pacientes con PMR.

105

0105 - PREDICCIÓN DE MORBIMORTALIDAD EN ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR ASOCIADA A MIOSITIS MEDIANTE EL MODELO GAP

Modalidad: Póster
Unidad Temática: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial
Unidad Temática 2: Miopatías / Miositis
DE LA TORRE, María Laura (1) | FLORES, Andrea(2) | CAPELUSNIK, Dafne(3) | SALINAS MEJÍA, Laura(4) | PONCE DELGADO, Yessica María(5) | BARRIOS, Vanesa Celina(6) | RIVERO, Mariano A.(1) | GÓMEZ, Ramiro Adrián(6) | COSTI, Ana Carolina(7) | RILLO, Oscar L.(5) | ALVAREZ, Analía(2) | SCHNEEBERGER, Emilce(3) | ENGLISHMAYER, Juan(6) | PISONI, Cecilia(1)
CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL JOSÉ MARÍA PENNA (2); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (3); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (4); HOSPITAL PIRIVANO (5); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOE DE SAN MARTÍN" (6); HIGA SAN MARTIN DE LA PLATA (7)

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación común en pacientes con miopatías inflamatorias (MI), que contribuye a un aumento de la morbilidad/mortalidad. El modelo de predicción clínica GAP utiliza el sexo y la edad del paciente asociado a dos variables de función pulmonar (FVC y DICO) y ha sido validado en fibrosis pulmonar idiopática y en otras formas de EPI. Según nuestro conocimiento, la utilidad de este modelo no ha sido evaluada en EPI asociada a MI.

Objetivos: Evaluar la utilidad para predecir mortalidad y evolución desfavorable del modelo GAP en una cohorte de pacientes con MI y EPI.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte que incluyó pacientes con MI y EPI asociada. Se recolectaron características clínicas, autoanticuerpos, tratamientos recibidos, resultados de espirometría (FVC y DICO) iniciales y finales y patrones tomográficos pulmonares. El índice del modelo GAP fue calculado al momento del diagnóstico. Los pacientes fueron categorizados en estadios pronósticos dependiendo del puntaje obtenido. El desempeño del modelo fue evaluado tomando como desenlace primario: mortalidad y como secundario: frecuentemente hallados por mortalidad, disminución >10% de FVC, internación por enfermedad pulmonar y requerimiento de oxigenoterapia (Tabla 1).

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con MI y EIP de 6 hospitales de Buenos Aires con una mediana de seguimiento de 28 meses (RIC 16,3-75,8). Las características clínicas de la población se describen en la Tabla 2. Veintidós pacientes (62.9%) presentaban síndrome antitelaica. Los autoanticuerpos más frecuentemente hallados fueron: anti-Jo1 en 15 pacientes (42.9%), anti Ro 52KD en 7 pacientes (20%) y anti PL7 y PL12 en 4 pacientes cada uno (11,4%). Los síntomas más frecuentes de inicio de la enfermedad pulmonar fueron disnea (97.1%) y tos (60%). Los patrones tomográficos encontrados fueron: neumonía intersticial no específica (NINE) en 25 pacientes (71,4%), neumonía intersticial usual (NIU) en 6 pacientes (17,1%) y neumonía organizada criptogénica en 4 pacientes (11,4%). Nuestros pacientes se distribuyeron en los dos primeros estadios pronósticos del modelo GAP (estadio I: 29 pacientes y estadio II: 6 pacientes). Durante el seguimiento, fallecieron 2 pacientes (6,3%) del estadio I y 1 paciente (16,7%) del estadio II. El riesgo relativo para mortalidad en el grupo de mayor puntaje fue de 2,41 (IC 95%: 0,23-24,7, p 0,50). Con respecto al desenlace compuesto, los pacientes fueron categorizados: Estadio I 7 pacientes (24,1%) y Estadio II 3 pacientes (50%). El riesgo relativo para los pacientes del estadio II fue de 2,07 (IC 95%: 0,55-7,78, p 0,31).

Conclusiones: Este es un análisis preliminar para la evaluación del modelo pronóstico GAP en los pacientes con MI y EPI. Los resultados muestran un riesgo aumentado, aunque no estadísticamente significativo, de mortalidad y mala evolución en los pacientes con puntajes más altos, lo que concuerda con la bibliografía. Es probable que estos resultados se deban al pequeño número de la muestra y al corto tiempo de seguimiento, por este motivo, creemos que sería necesario continuar incorporando pacientes y extender su seguimiento

Tabla 1. Modelo GAP

G	Sexo	
Femenino	0	0
	1	1
Masculino	0	0
	1	1
A	Edad	
	menor 61	0
	61-65	1
P	mayor 65	2
	Fisiología	
	FVC, % del predicho	
menor 75	0	
50-75	1	
menor 50	2	
DICO, % del predicho		
menor 55	0	
35-55	1	
menor 36	2	
no pudo realizarse	3	

ESTADIOS	I	II	III
PUNTOS	0-3	4-5	6-8

Tabla 2. Características generales en pacientes con MI y EPI

	35
Edad, media (DS)	53.5 (14,6)
Sexo, F/M	23/12
Score de Charlson, mediana (RIC)	1 (1-3)
Enfermedad	
Mastocita, n (%)	17 (48,6)
Caudría, n (%)	15 (42,9)
Amerindio, n (%)	3 (8,6)
Tipo de miopatía inflamatoria	
Poliomiositis, n (%)	18 (51,4)
Dermatomiositis, n (%)	14 (40)
Dermatomiositis amiofática, n (%)	3 (8,6)
Glucocorticoides, n (%)	35 (100)
Metotrexate, n (%)	10 (28,6)
Azetopirina, n (%)	15 (42,9)
Ciclofosfamida, n (%)	15 (42,9)
Mofetil micofenolato, n (%)	15 (42,9)
Rituximab, n (%)	5 (14,3)
Gammaglobulina, n (%)	1 (2,9)

106

0106 - BIOPSIAS DE GLANDULA SALIVAL MENOR: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Síndrome Sjogren
PUCCI, Paula | ALTAVARANO, Cristina | ASNAL, Cecilia | CROW, Catherine | NITSCHÉ, Alejandro

HOSPITAL ALEMÁN
Introducción: INTRODUCCION: El Síndrome de Sjogren (SS) es una patología crónica autoinmune, que produce diferentes grados de infiltración linfoplasmocitaria de las glándulas exocrinas; principalmente en las glándulas salivales menores y lagrimales. La biopsia de glándula salival menor (BGSM) es un método de diagnóstico de fácil realización; positivo si presenta en la histología un foco score ≥ 1; con una especificidad de 95.4% para SS.

Objetivos: OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia de 10 años en el Servicio de Reumatología en la práctica de BGSM; definir la correlación entre criterios diagnósticos 2016 y 2002 y resultados de BGSM; y entre los datos de BGSM y anticuerpos específicos (Ro).

Materiales y Métodos: MATERIAL Y METODOS: Se analizaron en forma retrospectiva BGSM realizadas entre enero de 2009 y junio de 2019. Analizamos: sexo, edad, resultados de anticuerpos (FAN, Ro, La), test de ojo seco, sialometría basal y resultados de BGSM. Se evaluó en forma retrospectiva diagnóstico de SS en los pacientes; analizando criterios diagnósticos 2002 y 2016. Análisis estadístico: test de Fisher.

Resultados: RESULTADOS: Se incluyeron 168 pacientes con resultados de BGSM disponible. La edad media fue de 54 años (rango de 26 a 92); 89,2% (150) femeninos y 10,8% (18) masculinos. De 168 pacientes: 91 (54.1%) presentaron Fan positivo; 69 (41.1%) Ro positivo; y 32 (19%) La positivo. Del total de 168 BGSM analizadas; en el 94% se obtuvo material suficiente (más de 4mm2 de superficie de muestra). 56 BGSM (33.3%) tuvieron un resultado positivo, con un foco score ≥ 1; y 112 (66.6%) resultados fueron negativos. Entre los 56 pacientes con BGSM positiva: 36 (64%) presentaban Ro positivo (p=0.0002); y 39 (69%) FAN positivo. Al aplicar los criterios diagnósticos de 2002: 105 pacientes (62.5%) cumplían diagnóstico de SS; 51 pacientes con criterios definidos (4 o más criterios presentes); y 54 probables (al menos 3 criterios). Dentro del subgrupo de 51 pacientes con criterios definidos 2002; 39 (76%) presentaron anticuerpos Ro positivos (p=0.0001); y 48 (94.1%) BGSM positiva (p=0.0001). Dentro del subgrupo con criterios diagnósticos probables 2002; 29 presentaron Ro positivo (p=0.0001); y 3 BGSM positiva (p=0.7312). Según criterios establecidos en 2016: 68 pacientes (40.4%) tenían diagnóstico de SS; 54 pacientes de este subgrupo presentaron Ro positivo (p=0.0001); y 51 de ellos BGSM positiva (p=0.0001). La medición de sialometría solo fue realizada en 26 pacientes (14.7%); 10 de ellos con resultado positivo (5.6%); dentro de los cuales 7 presentaron BGSM positiva. De los 16 pacientes con sialometría negativa; 12 presentaron BGSM negativa (75%); y solo 4 tuvieron resultado positivo.

Conclusiones: CONCLUSIONES: La BGSM es un procedimiento útil para el diagnóstico de SS. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los resultados de BGSM positiva y la aplicación tanto de criterios diagnósticos 2002 definidos y 2016; así como también en la relación entre la positividad del Ro y los criterios diagnósticos 2002 definidos y probables; y 2016. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de BGSM y Ro positivos.

108

0108 - VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA QOL-RA II (QUALITY OF LIFE-RHEUMATOID ARTHRITIS SCALE-II) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
BARBICH, Tatiana | ISNARDI, Carolina | SCHNEEBERGER, Emilce | CARRIZO ABAZAR, Virginia | LUNA, Gisele | CITERA, Gustavo
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA
Introducción: Introducción: El QOL-RA II es un cuestionario diseñado para valorar distintos aspectos de la calidad de vida de pacientes con artritis, como la fatiga, el dolor y la interacción con amigos y familiares. Ha sido validado recientemente en nuestro país para su uso en Artritis Reumatoidea, demostrando buena validez de constructo, reproducibilidad y confiabilidad.
Objetivos: Validar el cuestionario QOL-RA II en una cohorte de pacientes con APs y determinar el impacto de diferentes aspectos sociodemográficos y clínicos sobre la calidad de vida en estos pacientes.
Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años de edad, con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Aquellos pacientes con dificultades para completar los cuestionarios y/o con comorbilidades descompensadas fueron excluidos. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características de los APs y presencia de manifestaciones extraarticulares. Se incluyeron los valores de ERS y la PCR correspondientes a la visita médica. La psoriasis cutánea se valoró por medio de BSA y se constató el compromiso de Psoriasis ungueal. Se calcularon DAPSA, MDA y VLDA. Se administraron los cuestionarios: HAQ-A, EQ-5D-3L, PsAQoL, DLQI, QOL-RAII, GAD-7 y PHQ-9. Análisis estadístico: Test T de Student, test de Chi² o test exacto de Fisher, ANOVA. Correlación de Spearman. Fiabilidad por a de Cronbach. Modelos de regresión lineal.
Resultados: Se incluyeron 52 pacientes con APs, con una edad mediana (m) de 56 años, 65,4% mujeres y un tiempo de evolución de la enfermedad m 12 años. En cuanto a la actividad de la enfermedad, la m de DAPSA fue 12,8. La m del QOL-RA II fue 6,5 (RIC 5,1-7,9). El QOL-RA II demostró muy buena fiabilidad (a Cronbach=0,95), efecto piso de 0% y efecto techo de 3,8%. No hubo preguntas faltantes. La correlación entre los diferentes ítems y el cuestionario total fue buena (Rho 0,65-0,93). Se observó redundancia entre las preguntas: N°8 (estado anímico) con la N° 4 (tensión nerviosa) (Rho:0,88), con la N°5 (estado de salud) (Rho: 0,84) y con la N°7 (interacción con familiares) (Rho: 0,85). El QOL-RA II presentó correlación regular con otros cuestionarios de calidad de vida como: DLQI (Rho: -0,48), PSAQoL (Rho: -0,40) y EQ-5D-3L (VAS) (Rho 0,47). También, el QOL-RAII correlacionó con algunas medidas sociodemográficas y clínicas como: escolaridad (Rho: 0,41), fatiga (Rho:-0,32), MASES (Rho: -0,44), GAD-7 (Rho: -0,39), PHQ-9 (Rho: -0,53) y DAPSA (Rho: -0,45). La calidad de vida fue significativamente peor en aquellos pacientes que presentaban daclititis (X 4,4±1,6 vs X 6,5±1,9, p=0,03), VLDA (X 8,1±2,1 vs X 6,1±1,8, p=0,01), ansiedad por GAD-7 >= 5 (X 5,9±1,6 vs X 7,1±2,2, p=0,04) y depresión mayor por PHQ-9 >=10 (X 5,5±1,5 vs X 6,7±2,1, p=0,04). Por el contrario, aquellos pacientes que se encontraban en remisión por DAPSA, presentaban mejor calidad de vida (X 7,5±2,3 vs X 4,3±2,1, p=0,01). En el análisis multivariado, ajustando por edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, la actividad de la enfermedad evaluada por DAPSA se asoció a peor calidad de vida [Coeficiente β: -0,45, IC 95% -0,14 -0,02], p=0,008].
Conclusiones: El cuestionario QOL-RA II demostró buena confiabilidad en pacientes con APs. Sin embargo, se detectó la presencia de redundancia entre algunas preguntas y no presentó una buena correlación con otras medidas de calidad de vida. La actividad de la enfermedad se asoció independientemente a peor calidad de vida.

111

0111 - ¿PUEDEN LOS HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS INFLUENCIAR LA CONDUCTA TERAPÉUTICA DEL REUMATÓLOGO?

Modalidad: Póster
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: Estudios Complementarios
CAPELUSNIK, Dafne | CAZENAVE, Tomás | MACIAS OVIEDO, Leonela | LYSSETH I CARRIZO ABAZAR, Virginia | GIORGIS, Pamela | LUNA, Gisele | ALEJANDRA I SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel | ISNARDI, Carolina | AYELEN I BARBICH, Tatiana | CITERA, Gustavo | ROSEMFET, Marcos | PSICOFÍSICA
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA
Introducción: La evaluación por Ultrasonografía (US), ha demostrado ser más sensible que el examen clínico para detectar el nivel de actividad de la enfermedad en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Algunos reportes enfatizan que la US podría influenciar la conducta terapéutica en la práctica diaria.
Objetivos: a) Determinar en qué medida la evaluación articular por US en pacientes con AR, podría modificar la conducta del reumatólogo en la toma de decisiones terapéuticas, b) evaluar la concordancia que existe entre el recuento articular clínico y el recuento articular por US.
Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >=18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010.
Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 68 de sexo femenino (82,9%), con una mediana de edad (m) de 54,4 años (RIC 43-65) y un tiempo m de evolución de 12 años (RIC 5,7-15,2). Al momento de la evaluación, 16 pacientes (19,5%) se encontraban en remisión por DAS28, 10 (12,2%) en baja actividad, 29 (35,4%) moderada, y 27 (32,9%) en alta actividad. En cuanto al tratamiento, 36 (43,9%) pacientes recibían GC, 70 (85,4%) cDMARDs y 26 (31,7%) bDMARDs/sdDMARDs. La conducta del reumatólogo se asoció con el nivel de actividad de la enfermedad medidos por DAS 28. De los pacientes en remisión, 10 (62,5%) mantuvieron el tratamiento y 6 lo modificaron (37,5%). El Score US presentó m de 14 (6-33,2), siendo por EG m= 10 (RIC 5,75-20), y por Power Doppler m= 3,5 (1-10). La m de articulaciones discordantes entre el examen clínico y la US fue de 4,5 (RIC 2,75-7). Doce de los pacientes evaluados (14,6%) no presentaron discordancia, 29 (35,4%) presentaron discordancia en 2-4 articulaciones, mientras que los 41 restantes (50%), tuvieron discordancia en 5 o más articulaciones. Luego de conocer los resultados de la US, los reumatólogos habrían modificado su conducta en 9 pacientes (10,9%). Seis pacientes (44,5%) habrían aumentado el tratamiento y 3 (22,2%) lo habrían disminuido, sin relación con la actividad de la enfermedad.. La concordancia entre la conducta terapéutica preUS y postUS fue buena (Kappa= 0,77, p=0,001) y de igual manera ocurrió con el tipo de conducta de ascenso o descenso del tratamiento (Kappa= 0,88 p= 0,001 y Kappa=1 p= 0,02 respectivamente). La correlación entre el Score US EG y PD y la actividad de la enfermedad medido por DAS28 fue baja (Rho= 0,34 y 0,43) y moderada para índices más exigentes como el SDAI y CDAI (Rho= 0,51 y 0,54 y Rho= 0,50 y 0,53 respectivamente).
Conclusiones: La US podría modificar la conducta terapéutica del reumatólogo en un 10,9%, sin diferencias entre los diferentes niveles de actividad de la enfermedad. La correlación entre los Score US y los niveles de actividad medidos por DAS28 fue baja y moderada para índices más estrictos como el SDAI y CDAI.

110

0110 - AUTOMEDICACIÓN: RIESGO CRECIENTE?

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Farmacología/ Investigación
CONTE, María Soledad | DANIELE, Julieta | KISLUK, Boris | SATTLER, María Emilia | BERBOTTO, Guillermo Ariel
HOSPITAL EVA PERÓN
Introducción: Se entiende por automedicación aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico. El dolor como síntoma, es uno de los motivos de consulta más frecuente en todo el mundo. Los AINES, constituyen uno de los grupos de fármacos más utilizados en dicha situación.
Objetivos: Determinar la prevalencia de automedicación en pacientes que concurren por primera vez al consultorio de Reumatología.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron sólo aquellos pacientes que consultaron por primera vez al servicio de reumatología del Hospital Eva Perón (Granadero Baigorria) en el período comprendido desde 1 de Enero de 2019 a 30 de Junio de 2019.
Resultados: Se realizaron 130 consultas de primera vez en el período determinado. El 67 % fueron pacientes de sexo femenino. Con relación al rango etario correspondieron: 21% menores de 45 años, 34% de 45 a 65 años y 45% mayores de 65 años. La educación primaria incompleta se el 18%, completa en el 35%. Estudios secundarios completo sólo en el 21%, inconclusa en el 18%. El 8% presentaba educación terciaria. Con respecto al comienzo de los síntomas, el 57% presentó curso crónico, el 26% subagudo y el 17% agudo. El 79% reconoció automedicarse y de ese grupo, el 30% con más de dos fármacos y el 25% más de 1. De los 95 pacientes que llegaron a la consulta por derivación, el 68% lo hizo por clínica médica y medicina familiar.
Conclusiones: Los factores que influyen al momento de analizar el proceso de automedicación son múltiples. El nivel educativo es uno de ellos, así como también los factores sociales, las estrategias de mercado de laboratorios y la información. Existe un alto porcentaje de nuestros pacientes que se automedica, aumentando el riesgo de efectos adversos, enmascarando y agravando el problema de salud. También observamos combinación de fármacos (más de 2 en muchos casos) descuidando el perfil de seguridad. Clínica médica y medicina de familia siguen siendo las especialidades que más derivan a nuestro consultorio, fortaleciéndolas como guías en la trayectoria del paciente por el sistema sanitario. Como profesionales de la salud, es nuestro compromiso intervenir ante el creciente riesgo que implica la automedicación, brindando información clara y certera a nuestros pacientes, que les permita acceder a los medicamentos de manera segura.

115

0115 - ALTERACIONES CLÍNICAS AUDIO VESTIBULARES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progressiva)
VILLALOBOS, Fernando | MANUEL I PORTA, Sabrina | MARTINEZ, Veronica | AMADOR PEREZ, Mariana | BENITO, Sandra | VERETILNE, Graciela | VIGANO, Fabian | MONTOYA, Sandra | FIAMENI, Amilcar | KERZBERG, Eduardo
HOSPITAL RAMOS MEJÍA
Introducción: La estructura irregular de los vasos sanguíneos asociado a la disminución de capilares produce alteración del flujo sanguíneo, hipoxia y como consecuencia alteraciones audio-vestibulares en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES).
Objetivos: Determinar la frecuencia de compromiso audio vestibular y su relación con características clínicas y demográficas en pacientes con ES.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes entre 18 y 60 años de edad los cuales cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES. Se realizó evolución audio vestibular a todos los pacientes mediante audiometría tonal, logo-audiometría y valoración clínica vestibular mediante prueba Romberg, Unterberg, Babinski Weil e Índice de Barany. Se expresaron los umbrales de audición en decibelios (dB) de nivel de audición. Se clasificó la pérdida de audición como: Leve: 20-40 dB, moderada: >40-60 dB, severa: >60-90 dB y profunda >90 dB. Se registraron datos demográficos, clínicos, serológicos y severidad de la enfermedad mediante el Score de Medger. Fueron excluidos pacientes mayores de 60 años, que se encuentren recibiendo drogas ototóxicas o tengan antecedentes de trauma acústico.
Resultados: Fueron evaluados 20 pacientes de sexo femenino, de las cuales 20 % (n= 4) tenían una enfermedad difusa y 80 % (n= 16) limitada. La edad media fue de 46 años (SD 10,03), la media de duración de la enfermedad fue 8,6 años (SD 5,80). Todos los pacientes presentaban otoscopia normal. Refirieron vértigo 40 % (n=8) de las pacientes, hipocausia 35 % (n=7), acufenos 25% (n= 5), sensación oscilante 30% (n= 3), inestabilidad 35 % (n= 7), visión borrosa 30% (n=6), inseguridad 20% (n=4), mareos 15 % (n=6), latero pulsión 5 % (n=1) fluctuaciones auditivas 5% (n=1), sensación de oído tapado 5% (n=1). El 55% (n=11) presentó leve inestabilidad en la prueba de Romberg y el 35 % (n=7) presentó leve inestabilidad en la prueba Unterberg respectivamente, 20% prueba de Babinski Weil alterada (n=4), en el 5% (n=1) índice de Barany con desviación. La caída media de decibelios fue de 28.42 (SD =18.42). La audiometría fue anormal en 55% (n= 9) pacientes, siendo la alteración leve en el 15 % (n= 3) y moderada en el 30 % (n= 6). El tipo de hipocausia fue neurosensorial en el 95 % (n= 8) de los pacientes y mixta en el 5 % (n=1). La logaudiometría fue anormal en 3 pacientes. No se encontró relación con los hallazgos en la valoración audio vestibular, severidad de la enfermedad ni hallazgos en la capilaroscopia.
Conclusiones: Las pacientes con ES presentan frecuentemente hipocausia neurosensorial, en su mayoría leve a moderada. La misma se ha relacionado con la duración de la enfermedad, no así con la edad de las pacientes, siendo el síntoma referido por los mismos hipocausia y acufenos. Se necesitan realizar estudios con mayor número de pacientes que nos permitan arribar a más conclusiones sobre alteraciones audiovestibulares en ES.

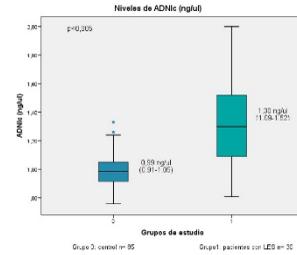
	Audiometría Normal (n)	Audiometría Alterada (n)	P
Edad, media (SD)	43.09 (10.82)	49.55 (8.16)	0.15
Años de duración de la enfermedad, media (SD)	6.18 (3.95)	11.56 (6.54)	0.05
RODAN, media (SD)	5.18 (7.05)	8.78 (9.55)	0.46
Dosis de MTX, Media (SD)	10.80 (SD 6.37)	7.21 (SD 6.70)	0.51
SD pattern tardío, % (n)	27.3 % (3)	55.6 % (5)	0.36
Centromérica positiva, % (n)	54.5 % (6)	44.4 % (4)	1
En. Difusa, % (n)	9.1 (1)	33.3 % (3)	0.28
Criterios ACR/EULAR media (SD)	12.36 (3.07)	16.22 (6.20)	0.18
Hipocausia % (n)	9.1 (1)	66.7%	0.02
Acufenos % (n)	0	55.6% (5)	0.008
Logaudiometría % (n)	0%	33.3% (n=3)	0.07

132

0132 - ADN LIBRE CIRCULANTE Y POLIMORFISMO DE LA ADNSAI EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: LES
 Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología
PORTA, Sabrina Valeria (1) | PERES, Silvia(2) | MICELLI, Marina Laura(1) | ARANDA, Federico(2) | CANIZARES CALDERÓN, Ana Noemí(1) | EGUEZ, María(1) | LUCERO, Ana(2) | MOIANA, Mauro(2) | KERZBERG, Eduardo(1) | DE LARRANAGA, Gabriela(2)
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGIA Y COLAGENOPATÍAS (1); HOSPITAL DE INFECCIOSAS FRANCISCO J. MUÑOZ, LAB. DE HEMOSTASIA, TROMBOSIS Y BIOLÓGICA MOLECULAR (2)
Introducción: INTRODUCCION. Las Trampas Extracelulares de Neutrófilos (NETs) son estructuras en red compuestas por ADN, histonas y otras proteínas liberadas por los neutrófilos activados. En algunos trabajos se ha sugerido que los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tendrían la capacidad de producir mayor cantidad de NETs que individuos control y, a su vez, presentarían una menor tasa de remoción de las mismas. El resultado final implicaría unos niveles elevados de NETs circulantes, que podrían causar injuria endotelial y tisular, además de ser una fuente potencial de autoantígenos. Se cree que la degradación deficiente de las NETs podría deberse a alteraciones en los niveles de actividad de la enzima ADNasa I humana. Los niveles de ADN libre circulante (ADNlc) han sido postulados como un marcador subrogante de NETs.

Niveles ADNlc (ng/ml)	No	SI	p
Neftitis lúpica	1,31 (1,03-1,42)	1,29 (1,09-1,50)	n=1 0,483
Manifestaciones neurológicas	1,24 (1,06-1,42)	1,42 (1,18-1,54)	n=8 0,241
Anemia hemolítica autoinmune	1,29 (1,09-1,43)	1,31 (1,25-1,56)	n=3 >0,50
Lupus cutáneo agudo/subagudo	1,31 (1,06-1,53)	1,26 (1,07-1,43)	n=21 0,591
Lupus cutáneo crónico	1,25 (1,06-1,53)	1,32 (1,20-1,40)	n=4 >0,50
Sinovitis	1,25 (1,09-1,40)	1,32 (1,09-1,53)	n=22 0,763
Serositis	1,25 (1,09-1,40)	1,16 (1,04-1,43)	n=7 0,390
Úlceras orales y/o nasales	1,28 (1,05-1,53)	1,32 (1,24-1,44)	n=10 0,809



Objetivos: OBJETIVO. En la búsqueda de biomarcadores tempranos y de fácil implementación nuestro objetivo fue analizar la posible asociación entre los niveles plasmáticos de ADNlc y la variante genética Q222R de la ADNasa I humana con el desarrollo de nefritis lúpica y otras complicaciones clínicas del LES.

Materiales y Métodos: MATERIALES Y METODOS. Se estudiaron 30 pacientes con LES según criterio SLICC 2012 (mediana de la edad: 31 años (23-40), mujeres: 95%) y 95 sujetos control (mediana de la edad: 30 años (25-39), mujeres: 56,5%). El 96% (46/48) de los pacientes estudiados recibían tratamiento con hidroxicloroquina y el 60% (28/44) con prednisona. La variante genética Q222R se analizó mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa seguida de digestión con enzimas de restricción (rs1053874=Q222R A/G donde el alelo A codifica una variante enzimática con mayor actividad). Se registró sexo, edad, actividad actual de la enfermedad (SLEDAI), presencia y número de crisis lúpicas, índice de daño acumulado (SLICC), y las variables clínicas: presencia de daño renal clínico e histopatológico, manifestaciones neurológicas y cutáneas agudas y/o crónicas, presencia de anemia hemolítica, sinovitis, serositis, y úlceras orales y/o nasales.

Resultados: RESULTADOS. La mediana para los niveles de ADNlc en el grupo de pacientes con LES presentó diferencias significativas con respecto al grupo control [1,30ng/ml (1,09-1,52) vs 0,99ng/ml (0,91-1,05), p<0,005]. Sin embargo al dividir al grupo LES según las diferentes variables clínicas registradas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ADNlc (Tabla 1). Estos tampoco mostraron asociación con el SLEDAI, el SLICC de los pacientes o el número de crisis lúpicas. Las frecuencias genotípicas de la variante genética Q222R de la ADNasa I en el grupo con LES fueron AA=8,0% (2/30), AG=44% (13/30) y GG=48% (15/30), sin embargo número de pacientes incluidos en el estudio hasta el momento no nos permitió hacer un análisis con el suficiente poder estadístico de la relación de estereotipo genético con las complicaciones del LES, ni con otros indicadores de la enfermedad. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS versión 23.

Conclusiones: CONCLUSIONES. Como está descrito en la literatura los pacientes con LES tendrían niveles aumentados de ADNlc, sin embargo esto no sería de utilidad para delimitar grupos de riesgo en estos pacientes. Cabe destacar que se trata de un grupo de pacientes con fuerte adherencia al tratamiento. Los resultados son preliminares y se continuará incorporando pacientes al estudio.

135

0135 - FACTOR REUMATOIDE EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)
 Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología
CASTRO COELLO, Vanessa Viviana | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana | BALCAZAR, Ruth | MALDONADO, Federico Nicolás | BRIGANTE, Jorge Alejandro | CAMARGO SERRUDO, Fabiola Natalia | GÓMEZ, María Gimena | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana
SANATORIO GÜEMES

Introducción: Los síntomas articulares en esclerosis sistémica (ES) son comunes, se consideran factores de mal pronóstico y se asocian con aumento de morbi-mortalidad. La afectación musculoesquelética está presente en 24 a 97% de artralgias en 90%, artritis en 34%. En algunos casos, la artritis es difícil de distinguir del síndrome de superposición de ES-AR en presencia de FR y anti-CCP. Avouac et col en su estudio EUSTAR (European League Against Rheumatism Scleroderma Trials and Research) encontraron la positividad de FR en 30% de los pacientes con ES, sin embargo, esta revisión concluyó que la presencia de FR no está relacionado con manifestaciones articulares ni signos radiográficos de artritis. En estudios posteriores se evidenció que el FR está relacionado con la presencia de artralgias y que la positividad de FR y anti-CCP podría asociarse con artritis erosiva.

Objetivos: - Evaluar la frecuencia de FR en pacientes con ES. - Determinar la asociación de FR con las características clínicas de los pacientes con ES.

Total 38	FR +	FR -	p (ORIC 95%)
ES (26)	8	18	0,715 (1,330; 282-6,279)
ESD (12)	3	9	0,133 (0,750; 159-5,3)
Tabaquismo (20)	6	14	0,659 (1,390; 319-6,078)
Artralgias (35)	11	24	0,249 (0,889; 0,778-1,016)
Artritis (20)	10	10	0,489 (0,407; 0,241-0,89)
Erosiones (10)	8	2	0,001 (7,6; 112-80,3)
Raynaud (29)	8	21	0,913 (1,143; 103-12,6)
Frote tendinoso (17)	8	9	0,064 (5,331; 13-25,1)
Úlceras (10)	5	5	0,076 (4,0; 82-19,4)
ERS (29)	20	9	0,611 (1,575; 0,772-9,131)
HTP (7)	3	4	0,389 (2,060; 37-11,3)
EPI (19)	6	13	0,800 (1,200; 292-4,93)

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con ES (ARA 1980 y ACR/EULAR 2013) de una cohorte de pacientes >18 años, en seguimiento desde 01/2011 a 06/2019. Se recolectaron datos clínicos: artralgia, artritis, frote tendinoso, compromiso esófago-gástrico, cardíaco, HTP, EPI. Laboratorio: Factor reumatoideo IgM por inmunoturbidimetría, anti-CCP de 3ra generación. Imágenes: Rx manos presencia de erosiones (DIF, PIF, MCF), tomografía de tórax de alta resolución para evaluar compromiso pulmonar y dilatación

esofágica. Se excluyeron pacientes con superposición con AR. Análisis Estadístico: se presenta como medias ± DS (variables continuas) y porcentaje (variables categóricas). Prueba T Test o Mann Whitney para comparar variables independientes de acuerdo a su distribución. Para estadística inferencial: prueba t de Student y Chi Cuadrado (χ²) para variables cualitativas. Estadísticamente significativo: p < 0,05. Se usó Software SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, femenino 45 (86,5%), edad 57,3 años (20-82), tiempo de evolución 5,9 años (0-18), ESL 36 (70%), ESD 16 (30%), tabaquismo 31 (60%), artralgias 42 (81%), artritis 20 (38,5%), erosiones 11 (44%), frote tendinoso 21 (49,4%), Raynaud 47 (90%), úlceras 15 (30,6%), distalgia/reflujo 41 (79%), dilatación esofágica 18 (53%), HTP 9 (17,6%), EPI 26 (51%), FAN + 42 (82,4%), Centrómetro 25 (48%), SCL70 9 (17%). FR solicitado en 38, FR (+) 11/38 (29%), título: media 87 mg/dl (32-318), FR (-) 27/38 (71%). Características según FR: Tabla 1.

Conclusiones: La frecuencia de FR en nuestra cohorte fue similar a la descrita en la bibliografía. Encontramos relación entre FR y la presencia de erosiones, la mayoría de estos tuvieron artralgias y/o artritis, sin cuadro clínico típico de AR (las erosiones fueron en DIF y asimétricas). No se encontró relación entre los síntomas articulares ni el compromiso orgánico con el FR. Se recomienda realizar FR y anti-CCP para todos los nuevos pacientes con ES ya que son marcadores diagnósticos útiles para identificar a aquellos pacientes con ES que podrían desarrollar artritis erosiva.

133

0133 - FACTORES ASOCIADOS AL COMPROMISO AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REACTIVA DE LA COHORTE ARGENTINA-GUATEMALA

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: EsPA
BENEGAS, Mariana (1) | SOMMERFLECK, Fernando Andres(1) | OROZCO, Celeste(2) | SCHNEEBERGER, Emilee(2) | BANDE, Juan(3) | MEDINA, Alejandra(4) | IRAHETA, Isabel(5) | AIROLDI, Carla(6) | GIRARD BOSCH, Paula(7) | RILLO, Oscar(8) | DIEZ, Marcela(8) | SCARAFIA, Santiago(9) | GUINSBURG, Mara(10) | I MARTIRE, Victoria(7)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU (3); HEMODEL DE AGUDOS ENRIQUE TORNU (4); ASOCIACIÓN GUATEMALTECA ANTINFEMERDADES REUMÁTICAS (5); HTAL PROV ROSARIO (6); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (7); HOSPITAL PIROVANO (8); HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN FERNANDO (9); HOSPITAL GLASSMAN (10); CONSULTORIO PARTICULAR (11)

Introducción: Las Espondiloartritis se dividen en dos grandes grupos, según el compromiso predominantemente axial o periférico. El compromiso axial es menos frecuente en artritis psoriática, reactiva y en las vinculadas a Crohn/Colitis ulcerosa y suele estar asociado al género masculino y al HLA B27. Existen escasos estudios sobre el compromiso axial en Artritis Reactivas (ARe).

Objetivos: cuantificar la frecuencia del compromiso axial y los factores asociados al mismo, en los pacientes de la cohorte Argentina-Guatemala de ARe
Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de ambos sexos; mayores de 18 años, con ARe (según Calin'79) y post infecciosa de la cohorte Argentina-Guatemala de ARe. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento. Se realizaron cuestionarios de actividad de la enfermedad (DAS28, BASDAI), capacidad funcional (HAQs, BASFI) y calidad de vida (EQSD). Se consignaron ERS y PCR. El examen físico consistió en recuento de articulaciones dolorosas (68) y tumefacciones (66), puntos de entesitis (MASES) y el score radiológico utilizado fue el BASRI. Análisis estadístico: estadística descriptiva de las variables en estudio. Para evaluar los factores asociados a compromiso axial se utilizó chi2 y test de Mann-Whitney según corresponda.

Resultados: se incluyeron 40 pacientes, 36 con ARe y 4 con Artritis post infecciosa. El 60% hombres, mediana edad de 37 años (RIC 28-47) y mediana de tpo de evolución de 16 meses (RIC 2-44,7). El origen más frecuente de la ARe fue urogenital en un 64% y gastrointestinal 18%. De 20 pacientes que se realizaron HLA B27, el 50% fue positivo. El 92,7% de los pacientes presentaba compromiso periférico, 37,5% axial, 17,5% dactilitis, 45% entesitis con una mediana de MASES de 0 (RIC 0-2) y 10% uveítis. Un solo paciente presentó compromiso axial exclusivamente, del 37,5% de los pacientes que presentaban compromiso axial, tenían una mediana de BASDAI de 3,4 (RIC 1,7-5,8), BASFI 2,6 (RIC 1,3-4,3), BASRI 2 (RIC 0-4,5), HAQs 0,25 (RIC 0-0,85). Las dimensiones que presentaron mayor compromiso en el EQ-5D fueron dolor y malestar (62,8%), movilidad (43%) y dificultad en actividades cotidianas (43%). El 90% de los pacientes recibían AINEs, 45% DMARDs y 7,5% Anti TNF alfa. Cuando se evaluaron los distintos factores asociados al compromiso axial, se observó que estos pacientes tenían significativamente más entesitis, tanto por examen físico como por MASES (p=0,005 y p=0,002 respectivamente), mayor valor del HAQs (p=0,003) y del HAQ (p=0,004), mayor dificultad en el cuidado personal (p=0,043), mayor EVA médico (p=0,03) y presencia de HLA B27 positivo (p=0,006) y menor valor de ERS (p=0,05). No hubo diferencias entre los pacientes con compromiso axial y periférico en relación a la frecuencia de tabaquismo, sexo, edad, tiempo de evolución, uveítis, ni PCR.

Conclusiones: en nuestra cohorte se observó que un 37,5% de nuestros pacientes presentaban compromiso axial y significativamente mayor compromiso de entesitis, peor capacidad funcional y mayor presencia de HLAB27.

137

0137 - ALBÚMINA SÉRICA COMO PREDICTOR A LARGO PLAZO DE EVOLUCIÓN RENAL EN NEFRITIS LÚPICA

Modalidad: Póster
 Unidad Temática: LES
 Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología
CASTRO COELLO, Vanessa Viviana (1) | BRIGANTE, Jorge Alejandro(1) | PORTA, Sabrina Valeria(2) | AVILA, Andrea(2) | MICELLI, Marina Laura(2) | HAMAUI, Adriana(1) | KERZBERG, Eduardo(1) | DUBINSKY, Diana(1)
SANATORIO GÜEMES (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA (2)

Introducción: La enfermedad renal en etapa terminal (ERT) se desarrollará en 10-30% de los pacientes con nefritis lúpica (NL) a pesar del tratamiento estándar. Un biomarcador con excelente sensibilidad y especificidad para predecir la evolución de la NL, determinaría la intensidad y la duración del tratamiento como un punto final primario en ensayos clínicos. Se demostró que la proteinuria a los 12 meses tiene sensibilidad de 71% y especificidad de 75% para predecir los resultados renales a los 7 años. Existe evidencia de que la albúmina sérica podría predecir la evolución renal, el fundamento de esta premisa es la observación clínica de que, a pesar de la proteinuria, la albúmina sérica conservada se asocia con la función renal mantenida.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la albúmina sérica basal y a 12 meses con la evolución renal a dos años.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, retrospectivo en pacientes con LES (SLICC 2012) con NL estandarizada por biopsia, entre enero/2015 a enero/2019. Se evaluaron los niveles de albúmina sérica, complemento, sedimento urinario y proteinuria al diagnóstico y a los 12 meses. Se definió resultado renal adverso (ARO) a la duplicación de la creatinina sérica basal, o creatinina >4 mg/dL si la inicial es de >2,5 mg/dL, ERC con necesidad de terapia de hemodiálisis (HD) o trasplante. Se realizó análisis de curva ROC para valor de albúmina inferior a 3 g/dL como valor de corte. Los pacientes debían tener al menos una visita de seguimiento adicional a los 24 meses del diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 87% mujeres con edad media de 32 años (SD +/- 11), FAN positivo en todos los pacientes. Anti-DNA 63%, Anti-Sm 24%, Anti-Ro 37%, ACL IgM 5%, IgG 6,7%, B2-Glicoproteína IgM 5%, IgG 8,3%. El 10% Hipocomplementemia 89% (C3 63%, C4 89%). NL: II 16%; III 26%; IV 45%; V 11%; VI 2%. El 54% de los pacientes con NL recibieron pulsos de esteroides. Terapia de inducción: CFD 61%, RTX 6,5% y MMF 25%. Terapia de mantenimiento: MMF 70%, AZA 20%. Recibieron HCQ 96,7%. Al diagnóstico de NL: proteinuria 4,3 g/d (SD +/- 3), albúmina sérica 3,4 g/dL (SD +/- 0,9 IC 95% 2,6-4,2); Albúmina a los 12 meses 4,2 g/d (SD +/- 0,57 IC 95% 3,7-4,6). Asociación hipalbuminémica basal con ARO p=0,44 (aumento de creatinina: p=0,45; ERC p=0,43; HD p=0,93). Hipalbuminemia a los 12 meses con ARO p=0,003 (aumento de Creatinina p=0,007; ERC p=0,001; HD p=0,61). Se realizó una curva ROC tomando como valor de corte valores de albúmina por debajo de 3 g/dL AUC=0,77 p=0,001, sensibilidad 61% y especificidad 93%.

Conclusiones: Encontramos una asociación entre el nivel de albúmina sérica a los 12 meses y la evolución renal a los dos años, por lo que debería tenerse en consideración ya que es un estudio rápido, fácil y barato. La hipalbuminemia presenta una moderada sensibilidad y buena especificidad para predecir mala evolución renal. La asociación entre la albúmina sérica al diagnóstico y la evolución renal no fue significativa. Son necesarios estudios prospectivos en grandes cohortes para validar esta asociación, investigar causalidad y su utilidad en el seguimiento y decisiones terapéuticas.

141

0141 - DETERMINANTES DE RESPUESTA RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA Y COMPROMISO RENAL.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

PERROTTA, Natalia Andrea | BAT TAGLIA, Ana Cecilia | MARINO, Diego | YAHUITA, J | PINO, M | DE ROSA, M | DUBINSKY, D
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN"

Introducción: En la vasculitis asociada a anticuerpo anticoplasma de neutrófilos (ANCA) (AVV) con compromiso renal la clasificación histopatológica es el indicador más útil de la respuesta renal. Sin embargo, frecuentemente no se cuenta con la anatomía patológica, por lo cual se intentan encontrar marcadores pronósticos no histológicos.

Objetivos: Evaluar algunos de los indicadores pronósticos no histológicos cuantales.

Características basales de la cohorte según fenotipo ANCA	MPO-ANCA n 13/24 (53.3%)		PR3 ANCA n 7/26 (26.9%)		P
	3 (DS 0.64)	2.8 (DS 0.89)	70 (DS 30)	0.3	
Albuminas	83 (DS 34)	70 (DS 30)	0.3	0.3	0.3
VSC media 74 mm/h	58%	42%	0.7	0.7	0.7
HDL mg/dL (media 50.3±24.7)	50.5 (DS 24)	59.6 (DS 26)	0.6	0.6	0.6
HDL bajo	4/8 (62.7%)	2/8 (33.3%)	1	1	1
RD1 (SR1 %) (PR3 y MPO -)	2/8 (25)	1/8 (12.5)	1	1	1
Hipocomplementemia 8/20 (40%)	13/19 (68.4%)	6/19 (31.6%)	0.35	0.35	0.35
Anemia 13/24 (83.3%)	3.4 (RIQ 2.3-7)	1.6 (RIQ 1.4-2.5)	0.07	0.07	0.07
Creatinina basal mg/dL (mediana)	1.6 (DS 1.5)	1.8 (DS 2.02)	0.4	0.4	0.4
Proteinuria/24 hs media 1.06 (rango 0.13-6)					

Materiales y Métodos: Biopsias renales > 18 años (2012-2019): glomerulonefritis paucimune o histopatología característica. Exclusión: ANCAp, ANCAc, MPO-ANCA o PR3-ANCA - Características demográficas, diagnóstico (GPA, EGPA, VLR y PAM). ANCA y tratamiento. BVAS y FFS. IRC: >=3 meses CClr < 60 ml/min/1.73 m2. ERT: CClr < 15 ml/min o diálisis. Análisis estadístico Epi Info: media y mediana. Se compararon medias de variables continuas. Se compararon variables dicotómicas y poltómicas. Estadísticamente significativo: p<0.05.

Resultados: Veintiséis pacientes. Mujeres 16 (61.54%). Tasa MV: 1.6.

Media de edad: 49.4 años (18). Comorbilidad más frecuente HTA (38.5%), luego TBQ (19.2%). Mediana de seguimiento 12.5 meses (RIQ 8.5-36). Trece de 26 (53.8%) tuvieron MPO-ANCA +, 7/26 PR3-ANCA + (30.8%), 1/26 (3.85%) MPO y PR3 + (3.85%), 5/26 (19.23%) presentaron MPO y PR3 -, pero tuvieron ANCAp o ANCAc + (4 y 1 respectivamente). GPA 14/26 (53.9%), PAM 7/26 (27%) y VLR 5/26 (19.2%). FFS media 1.27 (DS 0.7) (MPO 1.2 y PR3 1.3 (p=0.7)). BVAS media 9.9 (DS 5.94) (MPO 11.7 y PR3 7.9 (p=0.1)). VDI media 2.1 (DS 1.8). Clases histológicas: esclerótica 9/26 (34.6%), crescénica 11/26 (42.4%), focal y mixta en 3/26 (11.5%). No hubo asociación estadística entre el tipo de ANCA y la clase histológica. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides, ciclofosfamida; 24/26 (92.3%), plasmáferesis: 6/26 (23.1%) y rituximab: 4/26 (15.4%). IECA recibieron 4/24 pacientes (15.4%). Nueve pacientes requirieron hemodiálisis (34.6%), 2/9 (22.2%) en forma permanente. No hubo diferencia estadística entre MPO y PR3 +. IRC y laboratorio: 13/24 (54.2%): 10 (77%) MPO-ANCA y 2 (15.4%) PR3-ANCA y 1 ANCA p (7.7%) (p=0.16) y 7/13 (53.8%). Todos los IRC y ERT tuvieron anemia (p=0.08 y p=0.54). En IRC hipocomplementemia en 1/8 (12.5%) (p=0.058), HDL bajo en 4/12 (33.3%) (p=1) e hipalbuminemia en 8/12 (66.7%) (p=0.68). IRC y clase histológica: crescénica 6/13 (46.1%) (p=0.94), esclerótica 5/13 (38.4%) (p=0.68), focal y mixta 1 cada una (7.7%). ERT y marcadores de laboratorio: ninguno con hipocomplementemia, HDL bajo 3/6 (p=0.63) e hipalbuminemia 5/6 (83.3%) (p=0.34). ERT y clase histológica: crescénica 4/7 (57.1%) (p=0.4), esclerótica 2/7 (28.6%) (p=1), focal 1/7 (14.3%). Ningún paciente falleció.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes evolucionaron con IRC y casi un tercio con ERT, siendo principalmente MPO-ANCA +. Como en otras series, todos presentaron anemia. El HDL bajo (vinculado a la evolución renal) se observó en un tercio de los IRC y mitad de ERT. A diferencia de lo publicado, hubo pocos pacientes con hipocomplementemia, aunque no se contó con dicho resultado en todos los casos. La hipalbuminemia, fue frecuente en ambos grupos sin diferencias significativas. Se describió que es un marcador de mal pronóstico. La mayoría de los que evolucionaron a IRC presentaron clase histológica crescénica, a diferencia de lo encontrado en la bibliografía que lo más frecuente es esclerótica. Ninguno de los datos fueron estadísticamente significativo probablemente por ser retrospectivo y bajo número de pacientes.

143

0143 - MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN Y TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progressiva)

MARENGO ROMERO, Zully Paola | PERTUZ REBOLLEDO, María Milena | PERROTTA, Natalia Andrea | PISKORZ, María Marta | LOPEZ MEILLER, María José | OLMOS, Jorge | DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLINICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Comparación síntomas GI y hallazgos MEAR

	Normal (n=7)	Hipotonicidad del EEI (n=23)	Ausencia de contractilidad esofágica (n=14)
lcSSc (n=23)	5/7 (71%)	16/23 (69.2%)	10/14 (71.5%)
dcSSc (n=8)	1/7 (14%)	7/23 (30.4%)	4/14 (28.5%)
ssSSc (n=2)	1/7 (14%)	1/23 (4.3%)	0
ACA	3/7 (42%)	10/23 (43.4%)	7/14 (50%)
Scl-70	0	8/23 (34.7%)	5/14 (36%)
EPI	2/7 (29%)	9/23 (39%)	7/14 (50%)
HTP	0	3/23 (13%)	2/14 (14%)
Manifestación GI			
Disfagia	5/7 (71.4%)	14/23 (61%)	7/14 (50%)
Pirois	3/7 (43%)	18/23 (78%)	12/14 (85.7%)
Regurgitación	2/7 (28.5%)	17/23 (74%)	11/14 (78.5%)
Saciedad Precoz	3/7 (43%)	11/23 (48%)	8/14 (57%)
Náuseas/Vómitos	0	4/23 (17%)	4/14 (28.5%)
Distensión Postprandial	4/7 (57%)	10/23 (43%)	7/14 (50%)

Introducción: En Esclerosis sistémica más de 90% de pacientes experimentan algún síntoma gastrointestinal (GI) con gran impacto sobre la calidad de vida. La disfunción esofágica ocurre en 50-90% siendo la complicación visceral más frecuente. Es la tercera manifestación clínica luego del fenómeno de Raynaud (FR) y del compromiso cutáneo.

Objetivos: Determinar los patrones de compromiso motor del esófago por MEAR en los diferentes tipos de esclerodermia, y evaluar los síntomas GI encontrados en MEAR.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes de ambos sexos, mayores 18 años, con diagnóstico de esclerodermia (criterios ACR/EULAR 2013), que concurren a Reumatología y Gastroenterología de 2008 a 2016, a quienes se realizó una MEAR.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 31 (94%) mujeres, 2 (6%) varones, relación 15:1. 23 (69%) presentaron lcSSc, 8

(24%) dcSSc y 2 (6%) ssSSc. La mediana de edad fue 63 años RIQ 51-71. El tiempo evolución de la enfermedad 8 años RIQ 6-11 y desde el inicio del Raynaud 9 años RIQ 5.5-15. 33/33 presentaron ANA positivo, 16/33 (48%) ACA positivo y 8/33 (24%) Scl-70 positivo. Compromiso pulmonar intersticial en 12/33, 8/23 (35%) en lcSSc, 3/8 (37.5%) en difusa y 1/2 (50%) en ssSSc. Hipertensión pulmonar en 1/23 (4%) lcSSc y 3/8 (38%) difusa. Manifestaciones GI: 21 (63%) pacientes presentaron disfagia, 26 (78%) pirois, 24 (72%) regurgitación, 16 (48%) saciedad precoz, 5 (15%) náuseas/vómitos y 15 (45%) distensión postprandial. MEAR: 7/33 (21%) normales, 23/33 (67%) hipotonia del EEI, 14/33 (42%) ausencia de contractilidad esofágica. En lcSSc los síntomas GI más frecuentes: pirois 19/23 (82.6%), regurgitación 17/23 (74%) y disfagia 14/23 (61%). En dcSSc disfagia 7/8 (87.5%), regurgitación 6/8 (75%) y pirois 5/8 (62.5%). En MEAR normales los pacientes principalmente tuvieron disfagia, siendo otros síntomas poco frecuentes, en MEAR patológicas presentaron pirois y regurgitación como síntomas más frecuentes. Los síntomas GI fueron similares en dcSSc y lcSSc. Las lcSSc tuvieron más afectación esofágica determinada por MEAR.

Conclusiones: Los trastornos motores del esófago son una manifestación sumamente frecuente en la esclerodermia, siendo los hallazgos principales el EEI Hipotensivo y la peristalsis ausente. Los pacientes con MEAR normal, presentaron menos manifestaciones clínicas comparado con pacientes con MEAR patológica. Así mismo, pacientes con MEAR normal se observó menor compromiso de EPI, coincidente con los reportes que plantean asociación entre la afección esofágica y la afección pulmonar.

142

0142 - ASPECTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y FACTORES DE RIESGO DE LA OSTEoarTRITIS EN LATINOAMÉRICA - REPORTE PRELIMINAR

Modalidad: Póster

Unidad Temática: OA/Osteopatías/Osteoartritis

GARCIA COELLO, Adriana (1) | NASSWETTER, Gustavo(2) | BRIGANTE, Alejandro(3) | PAPASIDERO, Silvia(4) | RIOPIEDRE, Augusto(5) | PEREIRA, Dora(6) | RILLO, Oscar(1) | GRUPO, Oa Panlar(7)

HOSPITAL PIROVANO (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS (2); SANATORIO GÜEMES (3); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (4); HOSPITAL ARGERICH (5); HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ, LA PLATA (6); GRUPO OA PANLAR (7)

Introducción: La osteoartritis (OA) es la enfermedad reumática más frecuente y la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares. Latinoamérica (LA) es una región heterogénea. Recientemente se han comunicado los resultados epidemiológicos y las recomendaciones de tratamiento en 13 países de LA.

Objetivos: Describir la frecuencia del diagnóstico de la OA por diferentes médicos especialistas, factores de riesgo, calidad de vida, aspectos del tratamiento y cumplimiento del mismo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal basado en el método Delphi. Encuesta cuali-cuantitativa a médicos de LA relacionada con la atención primaria de la OA.

Resultados: Durante la primera etapa, se entrevistó a 39 médicos y en la segunda etapa se enviaron 1000 encuestas; de estos, 53% eran ortopedistas, 20% reumatólogos, 17% médicos y 10% otros. La frecuencia diagnóstica por los reumatólogos fue del 44.6%. Factores de riesgo: edad 95.2%; obesidad 84%; género femenino 80%; Menopausia 57%. El dolor estuvo presente en el 98%. El cumplimiento del tratamiento fue del 41% para los reumatólogos. Tratamientos no farmacológicos: las recomendaciones más frecuentes fueron ejercicio de bajo impacto y nutrición. Tratamiento farmacológico: analgésicos 66%; AINEs 54%; glucosamina + condroitina: 46%; viscosuplementación (VS) 29% (reumatólogos 33% - ortopedistas 41%).

Conclusiones: a) El dolor afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes con OA grado 2 a la clasificación de Kellgren-Lawrence (KL2). b) El cumplimiento del tratamiento es moderado. c) Los analgésicos y los AINEs son los fármacos más utilizados d) La VS se considera altamente efectiva en pacientes KL2.

148

0148 - CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS ACR 2017 DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN UNA POBLACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Op - Osteoporosis - Densidad Mineral ósea - Metabolismo Fosfocálcico

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

CUCCHIARO, Natalia Lili (1) | BUSCHIAZZO, Emilio(1) | ACIAR, Mariana Mabel(1) | ESTRELLA, Natalia(1) | BELBRUNO, Leila(1) | ALASCIO, Lucia(2) | PICCO, Eugenia(1) | JUAREZ, Ricardo Vicente(1) | LENICINA, María Veronica(1) | ROJAS TESSEL, Romina Ivana(1) | GUZMAN QUINONES, Mariana(1) | LECUMBERRI, Belen(1) | PAPASIDERO, Silvia Beatriz(3) | CRESPO ESPINDOLA, María Elena(1)

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (1); HOSPITAL E. TORNÚ (2); HOSPITAL TORNÚ (3)

Introducción: La artritis reumatoidea (AR), la ingesta de glucocorticoides y otros factores, contribuyen al riesgo de desarrollo de osteoporosis y fracturas patológicas con aumento importante de la morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Determinar si el tratamiento actual de los pacientes con AR del Hospital Señor del Milagro, cumple las recomendaciones de la 2017 American College of Rheumatology Guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (Guía ACR 2017).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de junio del 2018 a junio del 2019, incluyendo pacientes que cumplían criterios para AR ACR 1987 o ACR/EULAR 2010 de entre 18-50 años y con una duración de la enfermedad menor a los 10 años, de ambos sexos, consecutivos de la consulta ambulatoria del servicio de Reumatología del Hospital Señor del Milagro y del Hospital Tornú de Buenos Aires. Se excluyeron pacientes con condiciones que induzcan osteoporosis. Se registraron datos socio-demográficos, ingesta de calcio, ejercicio físico, tabaquismo, consumo de alcohol, comorbilidades, datos en la esfera hormonal y paridad en mujeres, fracturas previas, antecedente de osteoporosis y fracturas femorales. Datos sobre las características de la AR, actividad, tratamiento, densitometría ósea (DMO) lumbar y femoral, y radiografías de columna para el rastreo de fracturas vertebrales asintomáticas.

Resultados: Se analizaron 24 pacientes con densitometría ósea, 80% sexo femenino, con una media de edad de 40 años (DE 8.25), el 50% eran menores de 40 años, 76% de etnia mestiza. La media en años de estudio 10.45 (DE 4.5), 44% es sedentario, 40% realiza ejercicio 3 o más veces a la semana, 12% fuma. La media en tiempo de evolución de la AR fue 5 años (DE 3.5), 96% seropositiva para FR y 36% ACPA positivo, el 80% usa metotrexato y 87.5% corticoides en los últimos 6 meses con una dosis media de 8.8 mg (DE 3) y media acumulada en los últimos 6 meses de 1525 mg (DE 591). La media de DAS28 3.6 (DE 1.5) y de HAQ2 0.9 (DE 0.6). Análisis de resultados para < 40 años: 100% sexo femenino, con una media en edad de 33.8 años (DE 6.64). Por DMO se registraron 2 (16.7%) pacientes con osteopenia, ninguno con osteoporosis. Cuatro reportaron fracturas por mecanismo de bajo impacto, calificándose en el grupo de alto riesgo (33.3%), 33.3% fueron riesgo moderado y 33.3% de bajo riesgo de fractura. Solo 2 pacientes de cumplen con las recomendaciones. Análisis de ≥ 40 años (n=12): 67% de sexo femenino, media de edad de 46 años (DE 3.9). Dos pacientes (16.7%) presentaron osteoporosis por alteraciones en la DMO lumbar y 6 (50%) osteopenia. Este grupo presentó un FRAX para fractura mayor osteoporótica (corregida por la ingesta de prednisona) con una media de 3.21 (DE 0.99) y FRAX para fractura femoral 0,62 (DE 0.25), observándose un paciente de riesgo moderado y el resto de riesgo bajo. Cuatro pacientes presentaron fracturas patológicas, 2 de ellos en la columna dorsal hallados por rastreo con las radiografías. Según las recomendaciones, 4 pacientes presentan alto riesgo, 6 mediano riesgo y 2 bajo riesgo. Solo tres pacientes cumplen las recomendaciones.

Conclusiones: Se observa una baja adherencia a la profilaxis y tratamiento de la osteoporosis, en pacientes en su mayoría con riesgo alto y moderado de presentar fracturas patológicas.

150

0150 - MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: DISPONIBILIDAD DIAGNOSTICA-NUESTRA REALIDAD.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Miopatias / Miositis

ANTONIOL, Maria Noelia (1) | BARRIOS, Belén Itatí(2) | COLLADO, María Victoria(3) | COSTI, Ana Carolina(4) | KISLUK, Boris(5) | PERANDONES, Carlos Edgardo(1)

FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI) (1); HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ (2);

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (3); HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA (4); HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN. ROSARIO (5)

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por inflamación y debilidad muscular asociado o no a otras manifestaciones sistémicas. Actualmente contamos con nuevas clasificaciones, métodos diagnósticos y tratamientos.

Objetivos: Analizar la disponibilidad de técnicas diagnósticas en MI, en nuestro país.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta virtual anónima, de 10 preguntas sobre MI a los socios de la SAR. Las variables analizadas fueron cantidad MI en seguimiento, disponibilidad y preferencia de métodos diagnósticos disponibles para MI, frecuencia de biopsia muscular realizadas y causas de no realización, interés en el aprendizaje de toma de biopsia muscular.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 149 socios. De ellos 59 (39.60%) tienen menos de 5 pacientes en seguimiento y 60 (40.27%) tienen de 5 a 10 pacientes en seguimiento. De los encuestados, 72 (48.32%) ante la sospecha clínica de MI utiliza como métodos de diagnóstico pruebas de laboratorios (CPK, aldolasa, Anticuerpos), electromiograma (EMG), resonancia muscular (RM) y biopsia de musculo. Anticuerpos específicos o asociados a miopatías, EMG y RM para >= 50% de sus pacientes lo pueden solicitar 86 (57.71%), 108 (72.48%) y 81 (54.36%) de los encuestados respectivamente. En contraste, solo 50 (33.55%) de los encuestados pueden utilizar la biopsia muscular en >= 50% de sus pacientes y 16 (10.74%) no tiene disponibilidad para utilizarla. Las mayores dificultades para la realización de la biopsia muscular es la falta de disponibilidad de quien tome y analice la muestra. Con respecto al interés de realizar talleres de toma y análisis de biopsia muscular, 118 (79.19%) encuestados respondieron que sí.

Conclusiones: La disponibilidad de los métodos diagnósticos es variable, la biopsia muscular es el que presenta menos disponibilidad, siendo la toma de la muestra y el análisis anatomopatológico sus principales limitantes.

151

0151 - COMPROMISO PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

ANTONIOL, Maria Noelia (1) | PÉREZ BERTANA, María N.(2) | MARTÍNEZ, Cintia B.(2) | GARCIA, Agustín(1) | TUHAY, Graciela(1) | KLEIN, Francisco(1) | FAVALORO, Liliana E.(1) | CANEVA, Jorge O.(1) | PERANDONES, Carlos E.(1)

FUNDACIÓN FAVALORO (1); FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI) (2)

Introducción: La esclerodermia sistémica produce compromiso de diferentes parénquimas incluido el pulmonar, con una frecuencia que varía en las diferentes cohortes.

Objetivos: Evaluar el compromiso pulmonar en una población de pacientes (pts) con esclerodermia de un único grupo médico.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pts evaluados por reumatología durante el periodo 2015-2019. Se analizaron variables demográficas, compromiso cutáneo, de diferentes órganos y sistemas, laboratorios y estudios complementarios.

Características	EPI	HAP	Mixto	DP	Controles	p
# Pacientes	19	5	9	10	27	
Edad años (± DS)	58,35 (10,34)	69,20 (12,79)	67,11 (12,90)	62,30 (9,84)	62,73 (13,67)	NS
Sexo F (%)	19 (100)	5 (100)	8 (88,89)	10 (100)	24 (88,89)	NS
Edad Inicio años (± DS)	42,39 (16,55)	49,75 (6,90)	52,14 (17,81)	47 (9,98)	51,13 (18,61)	NS
Forma Clínica # (%)						
Temprana	-	-	-	-	2 (7,41)	
Limitada	6 (31,58)	3 (60)	4 (44,44)	5 (50)	14 (51,85)	NS
Difusa	10 (52,63)	1 (20)	4 (44,44)	4 (40)	7 (25,93)	NS
Sin Esclerodermia	3 (15,79)	1 (20)	1 (11,11)	1 (10)	4 (14,81)	NS
Úlcera Digital # (%)	9 (47,37)	3 (60)	3 (33,33) *	7 (70)	18 (66,67)	
Artritis # (%)	8 (42,11) *	2 (40)	5 (55,56) **	5 (50) *	5 (18,52)	
FAN Nuclear # (%)	6 (37,50)	-	1 (12,50)	1 (12,50)	6 (30)	NS
Sc1 70 # (%)	7 (53,85) *	-	1 (12,50)	2 (25)	4 (22,22)	
ACA # (%)	3 (18,75) **	3 (75)	4 (50)	4 (50)	11 (55)	
S.Rodnan # (± DS)	4,07 (4,83)	7,67 (6,66)	5,20 (4,82)	6,63 (5,21)	1,92 (2,78)	NS
CVF (± DS)	73,19 (17,93)	87,33 (10,53)	67,91 (18,15)	85,13 (23,37)	88,21 (15,72)	NS
DLCO (± DS)	51,13 (14,70)	47,50 (10,50)	33,50 (10,42)	58 (17,98)	63,54 (14,41)	NS
CVF/DLCO (± DS)	1,52 (0,54)	1,86 (0,60)	2,42 (1,00)	1,71 (0,54)	1,43 (0,34)	NS
		* p 0.05	** p 0.03			

Resultados: Se evaluaron 64 pacientes, 60 mujeres (93.8%), edad media años (± DS) 62.2 ± 12.4, que correspondían a formas Temprana (Te) 3.1%, Limitadas (Li) 46.9%, Difusas (Di) 35.9% y Esclerodermia sin Esclerodermia (EsE) 14.1%, con una la edad de inicio de 47.7 (± 16.5).

Conclusiones: Los pts con Compromiso Mixto presentan menos úlceras digitales y más artritis. Los pts con EPI y DP presentan más artritis que el grupo control. El EPI se asocia a más Sc1 70 y menos ACA.

152

0152 - EVALUACIÓN POR INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (IFI) DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y ASOCIADOS DE MIOSITIS (INFORME PRELIMINAR)

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología

Unidad Temática 2: Miopatias / Miositis

GARGIULO, Maria de Los Angeles (1) | GÓMEZ, Graciela Noemi(1) | SUAREZ, Lorena(1) | PÉREZ, Nicolas(1) | GRANEL, Amelia(2) | ACIAR, Mariana(3) | GÓMEZ, Ramiro(4) | CRESPO, Mariela(3) | BARRIOS, Belen(5) | PAPA SIDERO, Silvia(5)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (1); HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET LA PLATA (2); HOSPITAL NRO SEÑOR DEL MILAGRO (3); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (4); HOSPITAL TORNÚ (5)

Introducción: La Inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células HEP-2 es el método de elección para la detección de anticuerpos antinucleares (ANA), sin embargo esta metodología no es suficiente para detectar anticuerpos asociados (AAM) y específicos (AEM) de miositis. Se sugiere usar IFI-HEP2 solo para validar los resultados de anticuerpos obtenidos por Inmunoblot ya que aun es motivo de debate que imágenes de IFI-HEP-2 se observan en el contexto clínico de pacientes con miopatías

Objetivos: Describir las características de las imágenes de fluorescencia de IFI-HEP-2 observada para AEM y AAM en un grupo de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MI).

Materiales y Métodos: Se estudiaron grupos de pacientes mayores de 18 años con MI según criterios de clasificación de Bohan y Peter y/o ACR/EULAR 2017 que forman parte del GESAR de Miopatías. Las muestras elegidas para este estudio pertenecían a tres centros de CABA, uno de la Plata y uno de Salta. Se evaluaron 30 sueros de suero con resultado negativo o con un único AEM y AAM positivo detectado por un inmunoblot comercial que mide anticuerpos anti Mi2 (alfa y beta), SAE1, NXP2, MDA5, TIF1Gamma, Ku, Pm-Sc175/100, Ro, Jo1, PL7, PL12, OJ, EJ y SRP (EUROIMMUN). En una etapa posterior estos 30 sueros fueron evaluados por IFI en células HEP2 (KALLESTAD). La dilución de tamiñaje fue de 1/40. Las imágenes de fluorescencia fueron observadas por dos operadores entrenados en la lectura de patrones de fluorescencia. De estar disponible, se recupero el resultado de ANA al ingreso al registro

Anticuerpo positivo	MDA5 (n:5)	TIF1 gamma (n:6)	Jo-1 (n:4)	Mi-2 (n:2)	NXP2 (n:1)	SRP (n:1)	Ku (n:2)
Fluorescencia en núcleo	Negativa	Positivo punteado	Negativa	Positivo punteado	Negativa	Negativa	Positivo punteado
Fluorescencia en citoplasma	Dudosa	Negativa	Negativa	Negativa	Positivo Dots	Positivo	Negativa
Fluorescencia en nucleolo	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa
Fluorescencia en mitosis	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	positivo	Negativa

Resultados: Se evaluaron 30 sueros sobre un total de 190 muestras de suero. En la tabla se muestra cuales AEM y AAM fueron positivos por inmunoblot y las características de la fluorescencia encontrada por IFI. Se encontró que 9 pacientes fueron AEM/AAM negativos por inmunoblot pero en 6 se observo por IFI, fluorescencia positiva sin un patron específico. El dato de ANA al ingreso a la base estaba disponible en solo 15/30 sueros. El resultado de ANA de los pacientes con TIF1 Gamma positivo fue el que genero mayor numero de resultados discordantes respecto al ANA informado al ingreso al registro.

Conclusiones: En este pequeño numero de pacientes con MI se encontró que los sueros anti Tif 1 gamma, Mi-2 y anti Ku positivos por inmunoblot tuvieron fluorescencia punteada en el núcleo, el SRP y el NXP2 fluorescencia positiva en el citoplasma de las células HEP2. El anti MDA5 y el Jo1 no mostraron tinción fluorescente. acciones. En 9 pacientes con AEM/AAM negativos se observó fluorescencia inespecífica, tal vez por presencia de otros anticuerpos aun no detectados. Se sugiere analizar resultados de la IFI en el contexto clínico de MI.

153

0153 - CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y HALLAZGOS DEL ECODOPPLER CAROTÍDEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo I DE LA VEGA, Maria Celina | MATA, Dario I | PEON, Claudia I | BLANCO, Eliana I | VIOLA, Malena I | BENAVIDEZ, Federico I | BENITEZ, Alejandro I | GARBARINO, Maria Cecilia I | MOLINA, Hernan I | RIOPEDE, Augusto Martin I | MESSINA, Osvaldo Daniel

HOSPITAL COSME ARGERICH

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) presentan mayor riesgo cardiovascular que la población general, teniendo como sustrato un estado inflamatorio crónico. Asimismo, presentan factores de riesgo clásicos como tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial (HTA), dislipemia y sedentarismo, constituyéndose como principal causa de muerte la de origen cardiovascular. Trabajos previos han mostrado la utilidad de índices de estimación de riesgo cardiovascular desarrollados para población general, en pacientes con AR. El QRISK3 es un algoritmo desarrollado en Inglaterra, por el Servicio de salud del Reino Unido, que evalúa la posibilidad de desarrollar un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular en los próximos 10 años, y que incluye entre sus variables el padecer o no AR. Otro índice muy utilizado es el desarrollado por el American College of Cardiology, llamado ASCVD PLUS, que no solo evalúa el riesgo a 10 años de desarrollar enfermedad cardiovascular, sino que estratifica a los pacientes y brinda opciones terapéuticas para los mismos. Además de estos índices, la medición de la íntima media de las arterias carótidas y la presencia de placas de ateroma en el ecodoppler carotídeo también se utilizan para evaluar el compromiso vascular en estos pacientes.

Objetivos: El objetivo primario de nuestro trabajo fue correlacionar la estimación de riesgo cardiovascular, utilizando los índices QRISK3 y ASCVD PLUS, con los hallazgos a nivel del ecodoppler carotídeo en pacientes de nuestra población, con diagnóstico de AR

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR por criterios ACR-EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de otra enfermedad autoinmune y analfabetos.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes de los cuales el 87 % fueron de sexo femenino, 74 % eran postmenopáusicas. El tiempo de evolución promedio fue de 17 y 11 años para mujeres y hombres, respectivamente. El 74 % presentó seropositividad para APCA y el 91 % para FR. El 8 % era tabaquista. La presencia de placas correlaciono con ambos índices, aunque fue estadísticamente significativa sólo con QRISK3. El riesgo relativo de presentar placa en función de QRISK3 y ASCVD PLUS fue de 1,12 ±0,004 y de 1,07 ±0,001, respectivamente. Se registró tendencia a la correlación entre el grosor íntimo máximo y los índices QRISK3 y ASCVD PLUS, sin embargo, la misma fue baja (2 y 3% respectivamente).

Conclusiones: Se evidencio correlación estadísticamente significativa entre la presencia de placas ateromatosas y QRISK3. Se observó una tendencia a la correlación entre el grosor de la íntima media con los índices QRISK3 y ASCVD PLUS. Se podría inferir que el QRISK3 podría ser usado para evaluar riesgo cardiovascular y presencia de placas en pacientes con AR con difícil acceso al ecodoppler carotídeo.

156

0156 - LUPUS NEONATAL: PREVALENCIA Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS CASOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

VELLOSO, María Sofía | MARTIRE, Victoria | ARIZPE, Fernando | SAVY, Florencia | GARCIA VAR, Lucila | COSENTINO, Maximiliano | RASCHIA, Alan | TESTI, Adriana | GARCIA, Mercedes Argentina

HIGA S. MARTIN LAPLATA

Introducción: El Lupus Neonatal (LN) es un síndrome infrecuente que afecta al 2% del producto de la gestación en mujeres que presentan auto anticuerpos dirigidos contra los antígenos SsA/Ro y SsB/La

SSA/Ro (+) n(%)	11 (100)
SSB/La (+) n(%)	5 (45,5)
MORTALIDAD TOTAL n(%)	3 (27,3)
TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO n(%)	3 (27,7)
CORTICOIDES FLUORADOS n(%)	3 (27,7)
ANTIPLAQUETARIOS n(%)	3 (27,7)
COMPROMISO CARDIACO n(%)	7 (63,3)
BRADICARDIA n(%)	2 (28,5,3)
BLOQUEO AV COMPLETO n(%)	4 (57,1)
REQUERIMIENTO DE MARCAPASOS n(%)	3 (42,8)
PR ALARGADO n(%)	1 (14,2)
TRATAMIENTO n(%)	3 (42,8)
MORTALIDAD n(%)	2 (28,5)
CITOPENIAS n(%)	2 (18,1)
TRATAMIENTO n(%)	0 (0)
MORTALIDAD n(%)	1 (50)
COMPROMISO CUTANEO n(%)	2 (18,1)
TRATAMIENTO n(%)	0 (0)
MORTALIDAD n(%)	0 (0)

(anti-SSA/SSB) asociadas o no a una enfermedad autoinmune. Puede presentar afectación cutánea, cardíaca, del sistema nervioso, citopenias y/o alteraciones hepáticas. El compromiso cardíaco no sólo es el más frecuente sino también el de mayor morbimortalidad

Objetivos: Describir la prevalencia en nuestra población de LN, las características clínicas maternas, del feto y/o recién nacidos. Evaluar el desenlace a largo plazo de los casos detectados.

Materiales y Métodos: estudio observacional retrospectivo en el cual se evaluaron mujeres que hayan cursado al menos un embarazo, en seguimiento en un centro de referencia de 3er nivel, entre 1990 hasta julio de 2019. Se recolectaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, perfil inmunológico, datos de embarazo, fetales y tratamientos realizados. En cuanto al seguimiento clínico de los recién nacidos vivos se evaluaron de forma transversal por medio de una encuesta telefónica o se consignó una visita. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje (%) y las continuas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC) según distribución.

Resultados: Se evaluaron 20 embarazos de las cuales 58 presentaron SsA/Ro y SsB/La. La mediana de edad al momento del embarazo fue de 27 años (RIC 19-36) Lupus Neonatal se presentó en 5,4% (9/202). El 45,4% (5/11) se presentó como debut de su enfermedad Reumatológica y solo 2 pacientes de las 11 aun permanecen asintomática.

El diagnóstico de Lupus Neonatal se realizó en el 54,5% (5/11) durante el embarazo y postnatal en el 45,5% (6/11) En cuanto a las manifestaciones en el producto de la gestación, la afectación cardíaca fue la más frecuente 63,3% (7/11) de los cuales dos requirieron colocación de marcapasos. Le sigue en

frecuencia las citopenias: dos de los 9 presentaron plaquetopenia y dos casos presentaron manifestaciones cutáneas. En cuanto a la mortalidad alcanzó 27,3% (3/11), dos durante el primer mes de vida y un caso durante la gestación. Tabla 1. Características clínicas, tratamiento y mortalidad de los fetos afectados. Tabla 2. Seguimiento de fetos afectados con Lupus neonatal. * muerte dentro del primer mes de vida ** feto muerto (26 semanas de gestación) *** actualmente 3 meses de edad - sin seguimiento

Conclusiones: En nuestra experiencia encontramos que la afectación cardíaca es la más frecuente y la que presenta mayor mortalidad. Manifestaciones clínicas como citopenias o afectación cutánea parecen desarrollarse de forma leve y transitoria, y que, en nuestros casos resulten por completo dentro del primer año de vida. En cuanto a la alta prevalencia de dicho síndrome, lo podemos atribuir a que pertenecen a un centro de derivación de embarazo de alto riesgo de la zona.

158

0158 - DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTISINTETASA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Miopatías / Miositis

BARRIOS, Celina Vanesa | BARRIOS, Gozalo | GOMEZ, Ramiro | MARINO, Diego | POCCARD, Andrea | PINO, María | DUBINSKY, Diana

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

Introducción: Las miopatías inflamatorias autoinmunes son un grupo de enfermedades sistémicas que afectan el músculo y otras estructuras. Son poco frecuentes, con una incidencia estimada de 1/30.000 personas/año. El síndrome anti-sintetasa (SAS) es una sub-clasificación de MIA, se caracteriza por: anticuerpos anti-sintetasa asociado a diversas manifestaciones como enfermedad pulmonar intersticial, manos de mecánico, artritis, miositis, fenómeno de Raynaud (FRy).

Objetivos: Describir las características clínicas, serológicas y de tratamiento de pacientes con SAS en nuestro centro y comparar con los pacientes del registro Euromyositis.

Tabla 1	Euromyositis	Euromyositis
SAS (%)	16,9	17
Mujeres (%)	77,7	69
Etnia más frecuente (%)		
Mestizo	77	1
Caucásicos	5,5	86
Otros	16,6	13
Od en meses (RIC)	23,9 (0-75)	7(3-13)
Neoplasias (%)	5,5	12
Síntomas (%)		
EPI	77,7	71
Artritis	77,7	50
Fry	61,1	59
Debilidad muscular	54,4	26
Disfagia	44,4	90
Manos de mecánico	33,3	38
Tratamientos (%)		
GC	83	98
Azatioprina	33	60
Micofenolato	33	31
Hidroxicloroquina	33	16
Metotrexato	22	3
Leflunomida	22	3
Ciclofosfamida	22	39
Gammaglobulinas	11	7
bDMARs	11,1	25

debilidad muscular (55,5%), disfagia (44,4%) y manos de mecánico (33,3%). Los autoanticuerpos más frecuentes fueron: FAN en 78% de los pacientes (patrón citoplasmático en el 33%), Anti-Jo1 (61%), anti-PL12 (16,6%), anti-PL7 (16,6%) y anti-EJ (5,5%). El 83% de los pacientes recibió GC, 17% via endovenosa, se utilizaron DMARs en el 77,7%: micofenolato (33%), azatioprina (33%), hidroxicloroquina (33%), seguidos por metotrexato (22%), leflunomida (22%), ciclofosfamida endovenosa (22%), gammaglobulinas (11%) y bDMAR (11%) (1 abatacept y 1 rituximab). Los pacientes que recibieron gammaglobulina y rituximab fueron predominantemente por EPI refractaria a otros tratamientos. En el paciente con Abatacept, el compromiso predominante fue la artritis. Hubo un caso de neoplasia asociada a miopatía (cáncer de mama), 88% continuó en seguimiento activo, no se registraron muertes por SAS en el seguimiento. En la tabla 1 se observa la comparación con el registro Euromyositis.

Conclusiones: El porcentaje de SAS en nuestra cohorte concuerda con el registro Euromyositis. La demora diagnóstica en nuestra cohorte podría ser explicada por el elevado porcentaje de artritis al inicio y en la evolución de la enfermedad, síntoma que muchas veces no es jerarquizado en esta patología, asociado a que es frecuentemente, la presentación inicial en otras enfermedades del tejido conectivo. La desigualdad en frecuencias de los síntomas, al comparar con el registro EUROMYOSITIS podría atribuirse a diferencias étnicas y resalta la necesidad y relevancia de tener registros nacionales. En nuestra cohorte el uso de bDMAR fue poco habitual lo que refleja la dificultad de acceso a dicha medicación en nuestro medio. Al igual que en el registro Euromyositis el compromiso orgánico más importante y frecuente es la EPI, lo que motivo tratamientos más agresivos como bDMAR y gammaglobulinas.

157

0157 - RESULTADOS JORNADAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO Y ESPONDILOARTRITIS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín | BEJARANO, Vanesa | ROMANINI, Felix | TAMBORENA, Natalia | SECCO, Anastasia

HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: Las Espondiloartritis (EsPA) son un grupo heterogéneo de entidades que se caracterizan por la presencia de signos y síntomas comunes, siendo el dolor lumbar inflamatorio (DLI) el más característico. Si bien con la aparición de los criterios ASAS en 2009 se logró una disminución en el retraso diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA), el cual era entre 6 a 8 años, al tratarse de una enfermedad poco prevalente y sumado a su lenta progresión del compromiso radiológico la demora diagnóstica persiste. Las jornadas de detección y campañas masivas de difusión son una herramienta para acortar este retraso diagnóstico.

Objetivos: Describir los resultados de las jornadas de detección de DLI y EsPA realizadas por el Servicio de Reumatología del Hospital Rivadavia.

Materiales y Métodos: Los días 24 de agosto de 2018 y 14 de mayo de 2019 se realizaron jornadas de detección temprana de DLI y EsPA en el Hospital Rivadavia, en Capital Federal. Durante los meses previos a las mismas se llevó a cabo una campaña de difusión mediante medios gráficos y audiovisuales. Se consignaron datos demográficos de todos los participantes. Se diseñó un cuestionario para pesquisar síntomas de DLI y Spa, el cual aplicó a los pacientes participantes de las jornadas. Los síntomas pesquisados fueron para DLI: mejoría con el ejercicio, empeoramiento con el reposo, asociación con rigidez matinal y duración mayor a 3 meses y para EsPA: psoriasis cutánea, entesitis, uveítis, artritis periférica y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Se solicitó pruebas de laboratorio que incluyeron reactantes de fase aguda como VSG y PCR además de radiografías de sacroilíacas a aquellos pacientes con alta sospecha de EsPA y los mismos fueron derivados a un consultorio de seguimiento conducido por un médico reumatólogo experto.

Resultados: Se evaluaron 118 pacientes en las dos jornadas. La media de edad fue 54,07 años (DS + 13,45). Noventa y cuatro de los participantes (79,66%) fueron mujeres. Respecto a los motivos de consulta 62 pacientes (52,54%) consultaron por la presencia de dolor lumbar, 35 (29,66%) referían tanto dolor lumbar crónico como dolor articular periférico. Los restantes de los pacientes (21, 17,80%) consultaron por dolor periférico sin dolor lumbar. Al interrogatorio 43 pacientes (36,44%) manifestaron compromiso articular tanto de grandes como de pequeñas articulaciones, siendo la afectación simétrica en el 79,04 % de los casos y asociada a rigidez matinal mayor a 1 hora en un 23%. En lo que respecta a las características de EsPA 56 pacientes (47,46%) refirieron dolor lumbar de inicio antes de los 45 años, 39 (33,05%) dolor que empeoraba con el reposo y 50 (42,37%) dolor que mejoraba con la actividad. Cuarenta y dos participantes (35,59%) manifestaron rigidez matinal al despertar. Se observó la presencia de dolor lumbar de duración mayor a 3 meses en 82(69,49%) participantes de la jornada. Luego de la evaluación inicial 25 pacientes (21,19%) fueron derivados para continuar estudio por presentar alta sospecha de EsPA al consultorio de DLI. Seis pacientes concurren a una segunda evaluación al consultorio de DLI. Un paciente presentaba psoriasis cutánea con reactantes de fase aguda elevadas y radiografías sugestivas de EsPA. De los restantes pacientes que concurren a la visita de seguimiento ninguno presentaba DLI, ni radiografías o laboratorios sugestivos, siendo descartado como diagnóstico a las EsPA.

Conclusiones: Fueron evaluados 118 pacientes que se presentaron espontáneamente a la jornada de detección de DLI siendo confirmada la presencia de EsPA en solamente uno de ellos. Al ser enfermedades de baja prevalencia es fundamental la difusión y la realización de campañas de detección temprana para evitar tanto el retraso en el diagnóstico como la falta del mismo.

159

0159 - PRODUCTIVIDAD LABORAL EN UNA COHORTE ARGENTINA DE ARTRITIS REACTIVA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

BENEGAS, Mariana (1) | OROZCO, Celeste(2) | SCHNEEBERGER, Emilce(2) | BANDE, Juan(3) | MEDINA, Alejandra(3) | AIROLDI, Carla(4) | GIRARD BOSCH, Paula(5) | SCARAFIA, Santiago(6) | RILLO, Oscar(7) | DIEZ, Marcela(7) | GUINSBURG, Mara(8) | COWAN, Patricia(9) | PICOVESAN, Mercedes(9) | MARTIRE, Victoria(5)

SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL TORNU (3); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (4); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (5); HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN FERNANDO (6); HOSPITAL PIROVANO (7); HOSPITAL GLASSMAN (8); CONSULTORIO PARTICULAR (9)

Introducción: La Artritis Reactiva (AR), al igual que la Artritis Reumatoidea y la Artritis Psoriásica, es una enfermedad articular inflamatoria que afecta principalmente a individuos en edad productiva. En el año 2012 se realizó un estudio preliminar y actualmente se presentan los datos finales del estudio.

Objetivos: valorar el compromiso de la productividad laboral en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR e post-infecciosa y su correlación con actividad de la enfermedad, calidad de vida, capacidad funcional y daño radiológico

Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de ambos sexos, > de 18 años, con diagnóstico de AR (Calin 79) y artritis post-infecciosa. Se recolectaron datos sobre el estado laboral y se utilizó el cuestionario "Work Productivity and Activity Impairment Spndiloarthritis" (WPAI SpA) para valorar la productividad laboral. Se registró el tipo de trabajo según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, el grado de demanda física (escala de Pujol) y la clase funcional (clasificación de Hochberg'91). Se evaluó dolor, actividad de la enfermedad por paciente, rigidez matinal (RM) y fatiga a través de una escala visual analógica (EVA), actividad de la enfermedad (DAS-28 y BASDAI), capacidad funcional (HAQ y BASFI) y calidad de vida según EuroQol (EQ-5D). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio y correlación entre variables numéricas con coeficiente de correlación de Spearman (rs).

Resultados: se incluyeron 35 pacientes, 68,6% género masculino, mediana de edad: 38 años (RIC 29-49) y mediana de tiempo de evolución: 18 meses (RIC 2-45). La mediana de DAS 28 3,07 (RIC 1,87-3,78), BASDAI 2,87 (RIC 1,3-6), HAQ 0,5 (RIC 0-1). Las dimensiones con mayor compromiso en el EQ-5D fueron: dolor/malestar (62,8%) y ansiedad/depresión (48,6%). El 65,7% se encontraban trabajando, los trabajos más frecuentes fueron empleados no calificados, de oficina y trabajadores de servicios y vendedores de comercio, la mayoría tenían un trabajo sedentario (26%) y el 57% correspondían a una clase funcional 1. La mediana de hs trabajadas fue 35 (RIC 12-40), 39% perdieron hs de trabajo con una mediana 20 (RIC8-39). La mediana de ausentismo fue de 0% (RIC 0-42,5), de presentismo 20% (RIC 0-40), pérdida de la productividad 22,5% (RIC 0-86) y del compromiso de las AVD de 25% (RIC 10-50). La pérdida de productividad correlacionó con n° de articulaciones dolorosas (rs = 0,61 p <0,003) y tumefactas (rs0,74 p <0,001), EVA dolor (rs = 0,69 p <0,001), EVA actividad por el paciente (rs = 0,66 p <0,001), EVA médico (rs = 0,60p <0,003), EVA RM (rs = 0,59p <0,003), DAS 28 (rs = 0,51 p <0,02), HAQ (rs = 0,63 p <0,002) y con el compromiso de las AVD (rs = 0,79 p <0,001) El compromiso de las AVD correlacionó con n° de articulaciones dolorosas (rs = 0,56 p <0,001) y tumefactas (rs = 0,62 p <0,001), EVA dolor (rs = 0,69 p <0,001), EVA actividad por el paciente (rs = 0,67 p <0,001), EVA actividad por el médico (rs = 0,75p <0,001), EVA RM (rs = 0,53 p <0,002), DAS 28 (rs = 0,57 p <0,001) y EVA fatiga (rs = 0,60 p <0,001).

Conclusiones: en esta cohorte de pacientes la pérdida de productividad laboral fue del 22,5%, correlacionó con parámetros de dolor, actividad de la enfermedad y capacidad funcional, al igual que el compromiso de las AVD que además se correlacionó con EVA fatiga.

161

0161 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL COMPROMISO PULMONAR EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA Y SU RELACION CON LA ESPECIFICIDAD ANTIGENICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

PENA, Claudia Elizabeth | GARCIA, Lucila | COSTI, Carolina | SAVY, Florencia | AGUILA MALDONADO, Rodrigo | GARCIA, Mercedes Argentina

HIGA SAN MARTIN DE LA PLATA

Afección Pulmonar	%
Consolidaciones	37
opacidades en vidrio esmerilado	72
Reticulado	15
Panel de abeja	9
Nódulos no cavitados	41
Nódulos cavitados	20.7
compromiso de vía aérea superior	9.4
Engrosamientos peribronquiales	11.3
Bronquiectasias	9.4
Derrame Pleural	7.7

Introducción: En las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA), el pulmón se ve afectado en un 20-80 % de los casos. Las características clínicas del compromiso pulmonar varían de acuerdo al tipo de vasculitis y algunos estudios han demostrado su asociación al subtipo de Anticuerpos anti-citoplasma de Neutrófilos (ANCA) o especificidad antigénica (MPO-ANCA) y/o (PR3-ANCA).
Objetivos: A- Primario: -Describir las características clínicas y tomográficas del compromiso pulmonar en vasculitis asociadas a anca y su asociación según los subtipos de ANCA B- Secundario: -Evaluar desenlaces, recaídas y mortalidad asociada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. La recolección de datos de los pacientes se obtuvo de las historias clínicas y de los archivos de imágenes tomográficas evaluados en un servicio de Reumatología, en un hospital de nivel terciario en un período de 12 años (2007-2019) Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VAA, mayores de 18 años que reunían criterios de clasificación ACR 1990 según nomenclatura de Chapel Hill 2012. La Tomografía Computarizada (TC) de pulmón se utilizó como método diagnóstico y, en todos los pacientes se realizó dosaje de anticuerpos PR3 y MPO por técnica de ELISA. Las imágenes tomográficas fueron evaluadas por un médico neumonólogo e imagenólogo. Se evaluaron características demográficas, subtipo de vasculitis, compromiso orgánico asociado, actividad de la enfermedad evaluado por Birmingham Vasculitis Activity Score versión 3 (BVAS v3) y tiempo de evolución de la VAA al momento de la evaluación del compromiso pulmonar. Los datos de laboratorio recolectados fueron: Eritrosedimentación (ERS), Proteína C Reactiva (PCR), Creatinina sérica y anticuerpos ANCA determinados por técnica de ELISA.

Se evaluó por TC de tórax los siguientes hallazgos en parénquima pulmonar: consolidación, opacidades en vidrio esmerilado, reticulado, panel de abejas, nódulos cavitados o no cavitados, compromiso de vías aéreas superiores (engrosamiento o estenosis), bronquiectasias, engrosamiento peribronquial y derrame pleural. Se determinaron los siguientes patrones de enfermedad pulmonar: Neumonía Intersticial Usual (NIU), Neumonía Intersticial No Específica (NINE), Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) y Bronquiolitis Obliterante (BO)

Resultados: Se incluyeron 66/87 pacientes, 59 % de sexo femenino, con una edad media de 51 (DE14) años. Los subtipos de enfermedad fueron: Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) 46.9 %, Poliangeitis Microscópica (PAM) 13.6 % y Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeitis (GPEA) 39.4 %, con una mediana de tiempo de seguimiento de 36 meses (RIC 12-77). La media de BVAS al inicio de la enfermedad de la vasculitis fue de 17.8 (DE7.5). Según especificidad antigénica, el 40.9% de los pacientes fueron positivos para PR3, 47.6% para MPO y un 11.5% de los casos fueron ANCA negativos. El 74% de las GPA fueron positivas para PR3 y el 58 % de los pacientes con diagnóstico de PAM fueron positivos para MPO. El compromiso pulmonar se presentó en un 81.8% de los pacientes seguido por un 77% de los casos con afectación sistémica, 57.6% renal y 43% compromiso otorrinolaringológico (ORL). El 54% de los pacientes con enfermedad pulmonar lo manifestaron al inicio de su enfermedad. En la tabla 1 se presentan los principales hallazgos en pulmón en pacientes con VAA. El patrón tomográfico más frecuentemente observado fue la HAD en un 36.5% de los casos, seguida por la NIU en un 9.6%, la NINE en un 7.8% y la Bronquiolitis Obliterante en 1.5% de los casos. La positividad de MPO se asoció de manera significativa a la presencia de panalización (p 0.017) y NIU (p 0.018). No hubo asociaciones significativas con la presencia de PR3. La mortalidad fue del 17%. No se encontró asociación en relación a la mortalidad ni la frecuencia de recaídas entre los pacientes con afectación pulmonar PR3 ni MPO positivos.

Conclusiones: La frecuencia de compromiso pulmonar en esta cohorte de pacientes fue 82%, similar a la reportada en la literatura y se presentó al inicio de la enfermedad en la mitad de los casos. La presencia de MPO positivo se asoció a mayor frecuencia de neumonía intersticial usual.

163

0163 - ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial

OTAOLA, María(1) | CAZENAVE, Tomás (1) | MARTIRE, María Victoria(1) | GASER, Adrian(2) | SCHNEEBERGER, Emilce(1) | QUADRELLI, Silvia(3) | PAGOTTO, Vanina(3) | ROSEMPFET, Marcos(1)

IPEC (1); DIAGNOSTICO MEDICO (2); HOSPITAL BRITANICO (3)

Introducción: La ultrasonografía pulmonar (UP) es un método no invasivo, preciso, de bajo costo y no ionizante. Su uso en la evaluación de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) consiste en la detección y cuantificación de las líneas B y de irregularidades pleurales. El rol de la UP en el diagnóstico de la EPI asociada a la Artritis Reumatoidea (AR) continúa en estudio.
Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la UP para el diagnóstico de EPI asociada a AR

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal de pacientes consecutivos mayores a 17 años edad con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, evaluados en el servicio de reumatología y derivados a neumología por distintos motivos de consulta. Se excluyeron los pacientes con situaciones clínicas que invalidan el uso de la UP. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. A todos los pacientes se les realizó UP por 3 operadores ciegos a los resultados de la TACAR y a la historia clínica o antecedentes del paciente. La afectación pulmonar intersticial por TACAR fue valorada según el índice de Warrick (vidrio esmerilado, irregularidades pleurales, líneas septales, panalización y/o quistes subpleurales) y la extensión del mismo (número de segmentos involucrados), con un puntaje de 0 a 30. El intervalo de tiempo entre ambos estudios fue menor a 30 días. La UP se realizó analizando 14 áreas en cada paciente (4 por lado en posición supina para evaluar la región anterolateral y 3 por lado en posición sentada para evaluar la región posterior), constatándose en cada una de ellas el número de líneas B y la presencia de irregularidades pleurales. Se consideró UP positiva para EPI cuando la sumatoria de líneas B fue = 5 y/o existieran irregularidades pleurales en =2 sitios. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2. Test T de Student. Correlación por Spearman. Cálculo de sensibilidad, especificidad y valores predictivos considerando la TACAR como gold standard.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes con una edad mediana (m) 59 años (RIC 48,4-68), 34 (89.5%) de sexo femenino y un tiempo de evolución m 10 (RIC 2,9-20). FR positivo en 34 (89.5%) y anti-CCP positivo en 16/35 (42.1%). Tabaquistas 37,8%. DAS28 m 3,5 (RIC 2,7-4,8). Los pacientes en el momento de la evaluación estaban recibiendo: MTX 26 (68%), LFN 7 (18.4%), DMARb 14 (36.8%) y DMARSd 2 (5.3%). Los motivos principales de derivación a neumología fueron disnea, rales velces y tos en 21 (56.8%), 18 (48.6%), 12 (32.4%), respectivamente. Un total de 18 (47.4%) pacientes tuvieron diagnóstico de EPI confirmada por TACAR, con un índice de Warrick m 7 (RIC 3,7-11). La UP fue positiva en 22 pacientes (57.9%). La sumatoria de líneas B correlacionó positivamente con el índice de Warrick (Rho: 0.60, p=0,0001). Los pacientes con EPI por TACAR presentaron mayor promedio en los índices ecográficos pulmonares: sumatoria de líneas B (44,3 vs 3,4), ausencia de líneas A (5,7 vs 0,9) y alteraciones pleurales (6,2 vs 0,9), p=0,0001. La sensibilidad y la especificidad para la UP fue de 88,9% (IC 95%: 65,3%-98,6%) y 70% (IC 95%: 45,7%-88,1%), respectivamente. El valor predictivo positivo fue de 72,7% (IC 95% 49,8%-89,3%) y el valor predictivo negativo fue de 87,5% (IC 95% 61,7%-98,4%).

Conclusiones: La UP presenta buena correlación con el índice tomográfico de Warrick para EPI y aceptable sensibilidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico de EPI en pacientes con AR. Esta técnica permitiría identificar EPI en pacientes con AR de una forma más sencilla, rápida y menos costosa.

167

0167 - ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE ENFERMEDAD DE POMPE Y ENFERMEDAD DE GAUCHER EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: FB - Reumatismo Partes Blandas/fibromialgia

PEREIRA, Dora (1) | SCUBILNSKY, D(2) | GIORDANO, F(3) | PENDON, G(4) | COSTI, C(5) | RIVERO, M(6) | TROBO, R(7) | GOBBI, C(8) | CUSA, A(9) | PETKOVIC, I(10) | FLORES BALVERDI, J(8)

H GUTIERREZ LP (1); SUIZO ARG (2); H GUTIERREZ LP (3); H GUTIERREZ LP (4); H MARTIN LP (5); ALBERTI (6); H G RODRIGUEZ (7); CORDOBA (8); SAN FERNANDO (9); MENDOZA (10); H NIÑOS LP (11); H RIVADAVIA (12); S.MENDEZ (13); S. GUEMES (14); H BAGORRIA (15); H ALLENDE (16); H PADILLA (17); H EP SAN MARTIN (18); HSMILAGRO (19); H PENA (20); H CULLEN (21); H CAMPANA (22); H MILITAR (23); CABA (24); FORMOSA (25); NEQUQUEN (26); H ROSSI LP (27); H R MADARIAGA (28); I M PLATENSE (29); TANDIL (30); OSEP CUYO (31); H TORNU (32); C R PLATENSE (33); SAN LUIS (34); CABA (35); CHACABUCO (36); BARILOCHE (37); H EL CRUCE (38); PARANA (39); POSADAS (40)

Introducción: La fibromialgia(FM)presenta signosintomatología que puede simular otras enfermedades.Podría ser el caso de la Enfermedad de Gaucher (EG) o la Enfermedad de Pompe (EP) de inicio tardías.Son enfermedades metabólicas que pueden comprometer músculos, estructuras óseas y generar dolores osteomusculotendinosos.La EP es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, con déficit de la actividad de la enzima-glicosidasa ácida de los lisosomas. La EG es una enfermedad congénita autosómica recesiva provocada por el déficit de la enzima beta-glicosidasa.Dado la baja frecuencia en el diagnóstico , y a casos descriptos en la literatura como errores diagnósticos (EP diagnosticado como FM inicialmente), evaluamos la frecuencia de EP y EG en pacientes con FM

Objetivos: 1-Analizar sistemáticamente la frecuencia de EP y EG en pacientes con FM. 2-Describir aspectos epidemiológicos de la enfermedad

Materiales y Métodos: Estudio observacional , de corte transversal para evaluar la frecuencia de EP y de EG en pacientes con FM. Se incluyeron pacientes con FM , criterios 2010,de numerosos centros de Argentina.Los datos se obtuvieron a través de un formulario.Se midió la actividad de las enzimas alfa-glicosidasa ácida (Enf. De Pompe) y b-glicosidasa ácida (Enf. De Gaucher), según correspondiera, en gota de sangre fresca (DBS, dried blood spot). Las muestras se enviaron a un laboratorio de neuroquímica especializado. Dentro de las variables, se definió :Presencia EG y EP , Sexo ,Edad , Plaquetopenia ,Anemia ,Esplenomegalia ,Hepatomegalia ,Crisis óseas ,Infiltración ósea ,Deformidad Erlenmeyer.El análisis se realizó utilizando STATA versión 10.1 (Stata Corporation ,TX, EE. UU.)Los registros médicos obtenidos se analizaron para calcular frecuencias de EP y EG con IC del 95%.Las características basales de los pacientes se informaron como porcentajes para los datos categóricos y la media con su desviación estándar (DE) para los datos continuos

Resultados: Se incluyeron 757 pacientes, provenientes de 40 centros de reumatología.Un total de 40 (5.2%) pacientes fueron de sexo masculino mientras que 717 (94.7%) fueron mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 50 IC 95% (49.1-51.0) Rango 80 (12-92). Se evaluó la frecuencia de la EP y EG en la muestra evaluada. No se encontró ningún caso de EG (frecuencia 0.0 IC 95% 0.00 - 4.37) y solo un caso de EP fue identificado (frecuencia de 1.32 .IC 95% (0.33 - 7.36).
Conclusiones: Del análisis de 757 pacientes con FM , se identificó un caso de EP y ningún caso de EG. Dada la baja frecuencia de la enfermedad se necesita una muestra mayor, para obtener resultados más precisos

168

0168 - COMPROMISO PULMONAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA Y ASOCIACIÓN CON SEROLOGIAS, TACAR Y PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial

BENAVIDEZ, Federico Lujan (1) | PAULIN, Francisco(2) | CARO, F(2) | SASAKI, Patricia(3) | SECCO, Anastasia(3) | RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo(1) | CARBALLO, G(4) | BENITEZ, Cristian Alejandro(1) | GARBARINO, María Cecilia(1) | VIOLA, Malena(1) | RIOPEDED, Augusto M.(1) | MOLINA, H(1) | CACERES, Agustina(3) | MATA, Darío Oscar(1) | BLANCO, Eliana Soledad(1) | PEON, Claudia(1) | ALBERTI, L(4) | FERNANDEZ, M(4) | ROSSI, S(5) | DE LA VEGA, M(1) | CEIM (1); HOSPITAL MARIA FERBER (2); HOSPITAL RIVADAVIA (3); HOSPITAL DURAND (4); CENTRO DIAGNOSTICO ROSSI (5)

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es la enfermedad autoinmune más frecuente en adultos, con una prevalencia que se encuentra entre 0.4 y 1.3% en la población general. En la AR el pulmón puede verse afectado tanto a nivel paraneumático como en vías aéreas. Representa la segunda causa de muerte después de la enfermedad cardiovascular. La forma más severa de compromiso pulmonar es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La EPI clínicamente evidente afecta entre el 10 y 42% de los pacientes en distintas series, dependiendo fundamentalmente del método utilizado para su estudio. Los pacientes con EPI presentan una mortalidad tres veces mayor, siendo responsable del 7% de las muertes asociadas a AR. El compromiso de la vía aérea pareciera ser más frecuente que el intersticial (hasta en un 92% en una serie), aunque la evidencia disponible al respecto es escasa. Los pacientes con compromiso pulmonar parecerían tener valores más elevados de anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados. Un grupo de investigadores demostró que el monitoreo activo de enfermedad pulmonar con Tomografía de alta resolución (TACAR) en pacientes con AR puede mostrar anomalías intersticiales en el 33% de los casos. Esto constituye lo que este grupo de investigadores denominó EPI subclínica, y la definirían como la presencia de anomalías intersticiales en TACAR, en un grupo de pacientes asintomáticos, o con síntomas no atribuidos a una EPI.
Objetivos: Identificar la prevalencia de compromiso pulmonar en pacientes con AR temprana sin enfermedad pulmonar previa conocida. Determinar asociación entre TACAR, hallazgos clínicos, test funcionales respiratorios y serologías.

Materiales y Métodos: respiratorios y evaluación clínica por reumatólogo y neumólogo. Estudio de corte transversal, multicéntrico en pacientes con AR de hasta un año de evolución sin enfermedad pulmonar diagnosticada previamente, ni tratamiento con Dmards biológicos o sintéticos dirigidos. Se realizó a todos los pacientes TACAR, laboratorio inmunológico, test funcionales

Resultados: Se evaluaron 53 pacientes. Por TACAR 5 pacientes (9.43%) presentaron opacidades compatibles con enfermedad intersticial, 35 (66.04%) compromiso de vía aérea, y 6 (11.32%) enfisema. Al examen físico, 8 pacientes (15%) presentaban auscultación patológica (1 sibilancias, 2 roncus, y en 5 casos crepitantes). Cuatro pacientes (7.55%) presentaban uñas en vidrio de reloj. Por examen funcional respiratorio, la media (DE) de capacidad vital forzada (CVF) fue de 93.13%, la capacidad pulmonar total (CPT) de 107%, y la de difusión de monóxido (DLCO) de 95%. Siete pacientes (13.2%) presentaron CVF menor a 80%, 5 pacientes (13.2%) relación VEF1/CVF menor al 70%, 4 (7.55%) relación (volumen residual/capacidad pulmonar total) RV/CPT mayor al 120%, y 12 (22.64%) DLCO menor a 80%. El 86,5% de los pacientes presentaron Ac anti CCP positivo. En el análisis bivariado no se encontró diferencia en los valores de media (DE) de CDAI entre los pacientes con y sin compromiso pulmonar [20.63 vs 20.07; p=0.88], tampoco en cuanto al DAS28 [4.68 vs 4.35; p=0.42]. No se encontraron diferencias significativas en los valores media (DE) de CCP (U/ml) entre los pacientes con y sin compromiso en TACAR [118.78 vs 148.36; p=0.124]. La capacidad vital disminuida fue más frecuente en los pacientes con hallazgos patológicos en la TACAR (0% vs 18.4%; p=0.074), con tendencia a la significancia estadística. La presencia de hallazgos positivos al examen físico (auscultación patológica o clubbing digital) o disnea grado 2 o mayor en la escala mMRC, se asoció con mayor prevalencia de compromiso en TACAR en forma significativa (0% vs 39.4%; p=0.004).

Conclusiones: Este estudio mostró una alta prevalencia de compromiso pulmonar por TACAR en pacientes con AR de menos de un año de evolución que no reportaban enfermedad pulmonar previa. Los valores de Ac anti CCP no presentaron diferencias significativas entre pacientes con y sin compromiso en TACAR. Se evidenció una asociación significativa entre TACAR y los hallazgos del examen físico. Estos resultados revalorizan la importancia del examen clínico respiratorio en pacientes con AR temprana.

169

0169 - VALIDACIÓN DEL CLINSSDAI PARA ARGENTINA.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

RODRIGUEZ, Maria Florencia (1) | SASAKI, Patricia(1) | CACERES, Agustina(1) | PAPANASIO, Silvia(2) | ALASCIO, Lucia(2) | DEMARCHI, Julia(3) | ZALLES, Silvia(3) | SECCO, Anastasia(1)

HOSPITAL RIVADAVIA (1); HOSPITAL TORNUÉ (2); HOSPITAL BRITANICO (3)

Introducción: El síndrome de Sjogren primario (SSp) es un trastorno sistémico que puede afectar a cualquier órgano. Para evaluar las manifestaciones sistémicas se ha desarrollado el índice de actividad de la enfermedad EULAR SS (ESSDAI). Recientemente se ha desarrollado un nuevo índice para evaluar actividad en pacientes con SSp: ClinESSDAI, herramienta que cuenta con los mismos dominios que el ESSDAI excepto el dominio biológico. Un estudio mostró que es una herramienta válida, reproducible y sensible al cambio, que proporciona una evaluación independiente de los biomarcadores de células B.

Objetivos: Validar el ClinESSDAI en pacientes con SSp que concurren a diferentes centros de Reumatología de Argentina.

Materiales y Métodos: Se llevo a cabo un estudio observacional, analítico, de corte transversal. Debido a que el ClinESSDAI presenta los mismos dominios del ESSDAI exceptuando el dominio biológico, se utilizó la traducción del ESSDAI realizada en su adaptación transcultural y validación en Argentina. Se realizó entrenamiento de los investigadores, y una prueba piloto, con el fin de lograr un uso correcto del ESSDAI, ClinESSDAI y Eva (escala visual análoga). Esto se llevó a cabo evaluando 10 casos clínicos. Luego de la misma se evaluó el grado de acuerdo entre los evaluadores. Se citaron pacientes a una primera visita para evaluar la validez de constructo convergente del instrumento, para ello y en ausencia de un Gold Standard, se tomó como referencia la EVA en escala del 0-10 para evaluar actividad de la enfermedad, por dominio del ClinESSDAI y Eva de actividad global de la enfermedad, mientras que otro profesional en la materia realizó el ESSDAI y ClinESSDAI. También se evaluó la validez del ClinESSDAI comparándola con el ESSDAI. Diez días después se citaron nuevamente a un subgrupo de los pacientes, para repetir las evaluaciones realizadas en la primera consulta, a fin de evaluar reproducibilidad. Todos los médicos fueron ciegos a la evaluación del otro.

Resultados: El grado de acuerdo entre evaluadores (kappa) fue de 0,80 entre evaluadores del ClinESSDAI y de 0,7 para los expertos que realizaron la EVA por dominio del ClinESSDAI y de actividad global de la enfermedad. Se evaluaron 47 pacientes, de los cuales 46 eran mujeres y 1 hombre. La media de edad fue de 57, con un DS de 14,13. El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) entre la EVA y el ClinESSDAI de actividad global fue de 0,7 (p < 0,001); El Rho entre la EVA y el ClinESSDAI de síntomas constitucionales fue de 0,7 (p < 0,001); entre la EVA y el ClinESSDAI de linfadenopatías fue de 0,71 con una p < 0,0, entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio glandular fue de 0,70 con una p < 0,0; El Rho entre la EVA y el ClinESSDAI de actividad fue de 0,51 con una p < 0,0; entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio cutáneo fue de 1 con una p < 0,0; entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio respiratorio fue de 1 con una p < 0,0; El Rho entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio renal fue de 0,71 con una p < 0,0; entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio de SNP fue de 1 con una p < 0,0. El coeficiente de correlación de Spearman (RHO) entre la EVA y el ClinESSDAI de dominio hematológico fue de 0,76 con una p < 0,0. Los dominios musculares y SNC no se evaluaron porque ningún paciente presentó dicho compromiso. El CCI entre el ESSDAI y el ClinESSDAI fue 0,98 (IC95%: 0,96-1). Al evaluar reproducibilidad se observó un CCI para el ClinESSDAI de 0,93 (IC95%: 0,82-1).

Conclusiones: El ClinESSDAI demostró a través de este trabajo, ser una herramienta equiparable al ESSDAI, la cual podría ser útil en la práctica diaria para evaluar la actividad de pacientes en centros en los cuales el acceso a marcadores de actividad biológico no es posible, permitiendo obtener durante la consulta una valoración objetiva del compromiso sistémico del paciente con bajo costo para el sistema de salud.

173

0173 - EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

REBAK, Jonathan Eliseo | YUCRA BOBARIN, Demelza Viviana | SORRENTINO, Laura Julieta | MOTTA, Maria Fernanda | PALIZAS, Fernando Jorge | DUBINSKY, Diana

SANATORIO GÜEMES

Introducción: El LES representa entre el 38-61% de internaciones de todas las enfermedades autoinmunes. Aproximadamente 13% de los pacientes con LES internados requieren estancia en UCI, siendo la mayor causa las infecciones respiratorias bajas, secundario a la enfermedad y/o al uso de inmunosupresores. Otras causas son actividad con compromiso pulmonar, cardiovascular, renal, neuropsiquiátrico; y otras no relacionadas al LES. La mortalidad en pacientes ingresados a UCI es 20-79%. Estudios previos describen mortalidad en relación a APACHE II elevado, disfunción multiorgánica, shock, pancitopenia y edad avanzada.

Objetivos: Describir la presentación y evolución clínica de los pacientes con LES admitidos en UCI.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron historias clínicas electrónicas de pacientes con LES (ACR 1997/SLICCC 2012) internados en UCI (01/2014-07/2019) mayores de 18 años, consignando variables clínicas y epidemiológicas. Características de internación: motivo, diagnóstico, días de internación previo a UCI, mortalidad, APACHE II dentro de las 24 horas de ingreso. Mortalidad fue definida como muerte hasta 30 días del alta de UCI. Características asociadas a LES: tiempo de evolución, SLEDAI al ingreso, tratamiento en los 6 meses previos: dosis media de corticoide, inmunosupresores, uso de HCQ.

	Vivos (n=13)	Fallecidos (n=3)
Edad (años)	41 (+/- 13)	49 (+/- 26)
Tiempo evolución LES (meses)	178.85 (0-312)	44.6 (0-132)
Inmunosupr previo (15)	12	3
Hipocompl. (11/23)	9	2
SLEDAI	15.3 (+/- 16.2)	5.3 (+/- 2.30)
SLICCC	3.2 (+/- 2.29)	0.33 (+/- 0.57)
APACHE II	15.45 (+/- 9)	14.7 (+/- 6.66)
ARM (14/23)	11	3

Resultados: Motivo de Internación: Infección 10/23 (43.5%), actividad 8/23 (34.8%), infección + actividad 2/23 (8.7%), trastorno metabólico 2/23 (8.7%), TEP 1/23 (4.3%). Se incluyeron 16 pacientes con 23 internaciones. Mujeres 15/16 (93.7%). Edad media 42.2 años (19-75). Comorbilidades e

inmunosupresores en tabla 1. Tiempo de evolución de LES: 106.9 meses (0-312). Diagnóstico de LES en UTI : 4/23 (17.4%). Hidroxicloroquina 14/23 (60.9%). Días de internación previo a UCI 7.96 (0-108). Anti DNA + 10/23 (43.5%) SLICCC 3.08 (0-6), SLEDAI 14 (1-45), Hipocomplementemia 11/23 (47.8%), APACHE II 15.35 (3-36). Días en UTI 11.7 (1-49), ARM 14/23 (61%), días en ARM 10.6 (0-62), inotrópicos 12/23 (52.2%). Tratamientos en 23 internaciones: antibiótico 16 (69.6%), pulsos de GC 11 (47.8%), CFD 4(17.4%), IVlg 3 (13%), plasmaféresis 2 (8.7%), RTX 1 (4.3%). Mortalidad 3/16 pacientes (18.7%) por shock séptico: 2 foco respiratorio, 1 cutáneo.

Conclusiones: En nuestra cohorte evidenciamos una mortalidad más baja que otras series. Al igual que otros estudios la principal causa de internación y mortalidad fue infección respiratoria. En los fallecidos se observó menos tiempo de evolución del LES, menor actividad y daño de órgano, todos con tratamiento inmunosupresor previo. Consideramos que la mortalidad por infección se debió probablemente a la virulencia de los patógenos más que a inmunosupresión de los pacientes, por lo que el tratamiento antibiótico temprano y adecuado es de vital importancia, así como la evaluación por la especialidad e intervención terapéutica oportuna. Futuros trabajos con mayor número de pacientes son necesarios para determinar factores pronósticos de muerte en UCI.

170

0170 - DISMINUCIÓN DEL ACPA Y FR EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE ARTRITIS REUMATOIDEA (SEGUIMIENTO A UN AÑO). PRIMERO PASOS EN LA BÚSQUEDA DE LA REMISIÓN INMUNOLÓGICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología

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

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: Hasta hace algunos años, se consideraba al factor reumatoideo (FR) y los anticuerpos anti citrulinados (ACPA) como el resultado de la respuesta inmune en la artritis reumatoidea (AR). Su utilidad estaba basada en permitir el diagnóstico de los pacientes. Recientemente se ha demostrado que cumplen un rol central en la fisiopatología de la AR, y mediante el tratamiento, se podría lograr la disminución de los títulos con los consecuentes beneficios clínicos: remisión inmunológica.

Objetivos: Estimar la incidencia de la disminución de los títulos de FR y/o ACPA al año de tratamiento, en una cohorte de pacientes con AR que ingresaron al programa reumacheck. Evaluar si existen variables basales que se asocian a su disminución y cuales a una mejoría en la cinimetría al año.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaban al programa Reumacheck. En la primera visita se realizaba estudios de: laboratorio (incluyendo FR y ACPA), Rx de manos y pies, ecografía de manos, y entrevista médica, donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos), datos clínicos (nivel de evolución, comorbilidades, antecedentes familiares) y cinimetría (recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios y evaluaciones. Los niveles de ACPA se midieron en títulos y se los dividió en cuartiles (1: 0-5, 2: 5-50, 3: 50-200, 4: >200). A los pacientes que se le diagnóstico AR en la evaluación inicial, se les realizó al año, un nuevo control de laboratorio (FR y ACPA), clínico y de tratamiento. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2 y prueba exacta de Fisher. Test T de student y Mann Whitney. Regresión logística múltiple, se considero un p significativa menor a 0,05.

Diag meses 12 meses (%)	22,7	Edad (RHC)	57 (49-64)
Femenino (%)	83	Educación (RHC)	12 (85-15)
Rta (%)	68,4	Evolución meses (RHC)	48 (12-84)
ACPA (%)	59,7	FR (DS)	34,6 (18,8)
Doble sero (%)	54	FR (RHC)	34 (13,9-53,2)
Seronegatividad (%)	26,3	ACPA (RHC)	28 (0,5-194)
PCR (%)	27,6	Corticoide (RHC)	185 (103-233)
Comorbilidades (%)	55,2	ERS (RHC)	25 (10,5-40,2)
Enf. Pulmonar (%)	10,5	PCR (RHC)	3 (0-7)
Infección (DMSA) (%)	89,5	CDAI (RHC)	14,4 (8,6-20,5)
Prednisona <10 (%)	22,4	SDAI (DS)	15,9 (9,3)
Prednisona >10 (%)	4	DAS28 (DS)	3,88 (3,2)
Diagn. (DMSA) (%)	75		

Resultados: De los 140 pacientes diagnosticados con AR entre 2017 y 2018, 76 realizaron un nuevo chequeo al año. La características basales se observan en la tabla 1. Al año de seguimiento el 51,5% (IC-40-62) disminuyó los títulos de ACPA, al 50 % (IC-39-61) el FR, y el 38% (IC-28-49) ambos anticuerpos; la mediana de disminución de los títulos fue: 38,7 (1-190) para ACPA y de 12,5 (3,6-77) para FR. Las variables basales que predijeron disminución fueron para ACPA:

diagnóstico menor a 6 meses p 0,003 RR: 6,6 (1,7-25), ACPA cuartil 1 p 0,006 RR 0,2 (0,1-0,7), ACPA cuartil 3 p 0,019 RR 4,1 (1,2-14), presencia de sinovitis por escala de grises en ultrasonografía (US) 0,02 RR 3 (1,1-9), menor tiempo de doppler de poder 0,05 RR 5,2 (RR 1,5-18). Para FR: el tabaquismo 0,025 RR 3,2 (1,1-9), menor tiempo de evolución (mediana de 24 meses vs 60, p 0,023). Para ambos: diagnóstico menor a 6 meses p 0,001 RR: 6,3 (2-20), ACPA cuartil 1 p 0,02 RR 0,3 (0,1-0,8), ACPA cuartil 3 p 0,047 RR 3 (1,1-9), presencia de doppler de poder 0,008 RR 4,1 (RR 1,4-12), bajas dosis de prednisona p 0,047 RR 3 (1,01-9). Se confeccionaron 3 modelos de regresión logística, donde se incluyeron las variables predictoras: sexo, edad y tratamiento: para disminución de ACPA se asoció a: diagnóstico menor a 6 meses p 0,007 expB: 9, para FR tabaquismo 0,04 expB: 3, y para ambos diagnóstico menor a 6 meses p 0,002 expB: 10,7. La disminución de anticuerpos se asoció con los siguientes parámetros de respuesta clínica al año: ACPA: SDAI 7 (3-17) vs 11 (5,5-24) p 0,043, para FR: SDAI 6,1 (2,8-18) vs 10,8(6,5-25) p 0,029, CDAI 5,5 (2-17,5) vs 11 (5,7-24) p 0,036, y para ambos: SDAI 6 (2-17) vs 10,8 (6-25) p 0,038, CDAI 6 (2-17) vs 10,5 (6-25) p 0,032.

Conclusiones: La disminución de los títulos ACPA y FR se produjo en el 50% de los pacientes, y de ambos anticuerpos en un 38% luego de 1 año de seguimiento. Esto se asoció a un menor tiempo de evolución de los síntomas (diagnóstico temprano), títulos basales más elevados de ACPA, presencia de signos ecográficos de actividad, bajas dosis de corticoide y tabaquismo, y en forma negativa a títulos bajos de ACPA. En los análisis ajustados solo el diagnóstico temprano se asoció en forma independiente. La disminución también se relacionó significativamente con respuesta favorable de los parámetros clínicos (CDAI y SDAI al año).

174

0174 - EVALUACIÓN DE LA MASA ÓSEA DE COLUMNA LUMBAR Y PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral Ósea- Metabolismo Fosfocálcico

BRANCE, María Lorena (1) | PONS-ESTEL, Bernardo A(2) | QUAGLIATO, Norberto J(3) | JORFEN, Marisa(4) | BERBOTTO, Guillermo(4) | CORTESE, Noel(5) | RAGGIO, Juan C(4) | PALATNIK, Mariano(6) | CHAVERO, Ignacio(1) | SOLDANO, Juan(7) | SANCHEZ, Ariel(8) | BRANCE, María Lorena(9)

REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS ROSARIO (1); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), ROSARIO (2); INSTITUTO CAICI (3); SANATORIO BRITANICO (4); REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO (5); CENTRO DE REUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN (6); SANATORIO PLAZA, ROSARIO (7); CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA (8); CONICET (9)

Introducción: Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria sistémica crónica con elevada prevalencia de osteoporosis y aumento del riesgo de fracturas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar la masa ósea y la prevalencia de fracturas vertebrales (VFX) en pacientes con artritis reumatoide.

Materiales y Métodos: Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide. Como grupo control (GC) se incluyeron sujetos sin AR y otras patologías y uso de drogas que pudieran afectar la masa ósea, apareados por edad, sexo e índice de masa corporal. Se realizó densidad mineral ósea (DMO) de columna lumbar (L1-L4) anteroposterior por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) con un equipo Hologic Discovery Wi. La microarquitectura ósea se evaluó por TBS (Trabecular Bone Score) sobre los scans de columna lumbar con el software TBS iNsight (Medimaps, Suiza). La prevalencia de fracturas vertebrales se analizó a través de densitometrías de columna lateral (T4-L4) por DXA (VFA, Vertebral Fracture Assessment). Las VFX se clasificaron en grado I, II y III de acuerdo al porcentaje de disminución de la altura vertebral (clasificación de Genant). Los datos se expresan como media±SD. Las diferencias entre los grupos se analizaron utilizando la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney según correspondía. La diferencia se consideró significativa si p<0,05.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 34 sujetos controles y 89 con AR sin diferencias en edad e IMC (edad= GC: 56.1±12.7; AR: 52.6±11.6 años; IMC= GC: 27.9±4.7; AR: 27.8±4.7). El grupo AR mostró significativamente menor DMO de columna lumbar (0.995±0.148 vs 0.928±0.144, -7.2%; p=0.02) respecto del grupo control sin diferencias en el TBS. La prevalencia de VFX fue significativamente mayor en el grupo AR (20.6 [5/34] vs 49.4% [44/89], OR: 5.6; p=0.0004). Los sujetos del GC con VFX (5/34) presentaron fracturas únicas (3 grado I, 2 grado II). Entre los pacientes con AR con VFX (44/89) el 61.4% (27/44) presentó fracturas únicas (70% grado I, 30% grado II) mientras que el 38.6% presentó fracturas múltiples (de 2 a 4; 67% grado I, 33% grado II). De la totalidad de fracturas solo un sujeto (2%) presentó VFX sintomáticas, mientras que el resto fueron asintomáticas. Los sujetos con VFX presentaron significativamente menor DMO de columna lumbar (GC: 0.973±0.137, AR: 0.911±0.155, p=0.02) y menor TBS (GC: 0.973±0.137, AR: 0.911±0.155, p=0.03).

Conclusiones: Conclusiones: La AR presenta alta prevalencia de VFX, mayoritariamente asintomáticas y con un elevado porcentaje de VFX múltiples. El uso del VFA y el TBS podría considerarse como un enfoque complementario a la DMO para la evaluación de la microarquitectura ósea y la presencia de fracturas en la AR.

179

0179 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN RELACION AL ÍNDICE DE COMORBILIDADES DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

PÉREZ CEPAS, Bárbara Cristina | ARIAS SAAVEDRA, Maira | PORTA, Sabrina Valeria | ALVAREZ, Damaris | KERZBERG, Eduardo
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJÍA. SERVICIO DE REUMATOLOGIA Y COLAGENOPATÍAS

Variable	ICER 0 n=85	ICER >1 n=59	p
Edad media (SD)	53,30 (13,64)	57,81 (12,36)	0,04
Femenino, % (n)	88,2 (75)	89,8 (53)	0,76
Años de duración de la enfermedad, media (SD)	13,82 (8,5)	13,78 (10,37)	0,98
DAS-28 ERS % (n) remisión/alta actividad	37,6 (32) /20,0 (17)	35,6 (21)/18,6 (11)	0,8
HAQ > 1,25 % (n)	38,8 (33)	45,8 (27)	0,4
PR % (n)	90,6 (77)	89,8 (53)	0,88
Erosiones % (n)	76,5 (65)	72,9 (43)	0,63
DMAR sintético % (n)	92,9 (79)	89,8 (53)	0,50
DMAR biológico % (n)	30,6 (26)	40,7 (24)	0,21
Glucocorticoides % (n)	18,8 (16)	10,2 (6)	0,25

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) son clínicamente complejos, y la interacción de las características de su enfermedad junto con otras condiciones asociadas pueden conducir a un peor pronóstico.

Objetivos: Evaluar las características de pacientes con AR en relación al índice de comorbilidades de enfermedades reumáticas.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las comorbilidades y características clínicas en un grupo de pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010. Se computó la prevalencia de las comorbilidades y se calculó el ICER para cada paciente. Se evaluó actividad de la enfermedad mediante Disease Activity Score 28 (DAS28), discapacidad mediante Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se dividió la muestra en dos grupos: ICER 0 (sin comorbilidades), ICER con puntaje >1 (una o más comorbilidades).

Resultados: Fueron evaluados 144 pacientes (edad media 55,15 +13,28 años, 88,89% de sexo femenino) la mediana de evolución de la enfermedad fue de 12 años (RI= 10,25). El 58,33% tenían un HAQ mayor de 1,25, el 36,81% se encontraban en remisión por DAS28 y el 19,44% con alta actividad. El 75% de los pacientes tenían erosiones y 90,28 % Factor Reumatoideo positivo. El 34,72 % se encontraban con terapia biológica y el 15,28% con glucocorticoides. La media del score de ICER fue 0,69 + 1,02. El 40,97 % de los pacientes tenían al menos una condición comórbida, siendo hipertensión arterial (22,2 %) y diabetes mellitus tipo 2 (16,7%) las condiciones más prevalentes en nuestra cohorte, seguidas por depresión (4,86 %), enfermedad pulmonar (4,17%), otras manifestaciones gastrointestinales (3,47 %), cáncer (2,8 %), IAM (2,08 %), Insuficiencia cardiaca (2,08 %), fracturas (2,08 %), úlcera GI (1,39 %). La edad media en grupo ICER 0 fue de 53,30 (SD 13,64) versus 57,81 (SD 12,36) en el grupo ICER >1 (p = 0,04). Al comparar aquellos pacientes con y sin comorbilidades no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las características clínicas de la enfermedad (Tabla 1).

Conclusiones: En nuestra cohorte la presencia de comorbilidades se encontró relacionada con la edad de los pacientes con AR. Creemos que es necesario un trabajo prospectivo para limitar sesgos de registro.

184

0184 - ENTESITIS ECOGRÁFICA Y SU RELACION CON EL COMPROMISO AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

Unidad Temática 2: Imágenes/eco/ US/ RM

MALDONADO, Federico Nicolás | BRIGANTE, Jorge Alejandro | RIZZO, Franco | ALMEIDA, Vanessa | HAMAUI, Adriana | DUBINSKY, Diana
S. GUEMES

Introducción: El conocimiento de la afectación axial en la artritis psoriásica (APs) proviene en su mayoría de estudios de espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis axial (SpA). El compromiso axial puede manifestarse por cambios imagenológicos, asociados o no con dolor, rigidez y/o limitación de su movilidad. Puede coexistir con el compromiso periférico en 25-70%, pudiéndose pasar por alto cuando prevalecen los síntomas periféricos. Otra dificultad para reconocer el compromiso axial radica en la menor prevalencia del HLA B27 (20-35 %) comparado con la EA. La entesitis es otra de las manifestaciones características en APs. La presencia de asociación entre los diferentes dominios es objeto de numerosos estudios. La medición de entesitis por ecografía ha sufrido cambios desde el advenimiento de esta técnica con diferentes scores para su evaluación.

Objetivos: Estudiar la asociación de la entesitis ecográfica evaluada por dos métodos, con el compromiso axial clínico y radiográfico en la APs.

Relación de la entesitis ecográfica con las variables clínicas y radiológicas del compromiso axial

	GUESS > 8			BUSES > 7		
	Si=21	No=7	p	Si=26	No=2	p
ASDAS (mediana-IC)	2,6 (0-3,2)	0 (0-2,7)	0,14	2,5 (0-3)	0,8 (0-1,6)	0,4
BASDAI (mediana-IC)	4,4 (0-5,4)	0 (0-4)	0,005	3,6 (0-5,3)	2 (0-4)	0,5
Lumbalgia inflamatoria (%N) n=14	11 (78,6)	3 (21,4)	0,6	13 (92,9)	1 (7,1)	1
Compromiso radiográfico (%N) n=11	11	0	0,003	11	0	0,5
BASRI (media-DS) n=11	5,7 (3)	N/A	N/A	5,7 (3)	N/A	N/A
PCR (mediana-IC)	3,7 (1,3-9)	4,7 (1,9-8,8)	0,69	4,7 (2,8-3)	1,2 (1,1-1,2)	0,1
VSG (mediana-IC)	10,5 (8-43)	19 (7-31)	0,97	16 (16-31)	6,5 (6-7)	0,1

Los hallazgos ecográficos se describieron e interpretaron de acuerdo a OMERACT por score de GUESS (EG) y de BUSES (EG y PD), con puntos de corte de >= 8 y >= 7 respectivamente (Cazenave y col. Militunovic y col). Se midió el BASRI en Rx de los últimos 2 años de columna cervical, lumbar, y articulaciones sacroiliacas. Análisis estadístico: variables continuas expresadas con media y desvío estándar (Ds) o mediana y rango intercuartilico 25-75%, según sean de distribución normal o anormal. Las variables categóricas en número (n) y porcentaje (%). Se usó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las medianas, t test para las medias y prueba exacta de Fisher para las variables categóricas. Significancia estadística p < 0,05. EPI info versión 7.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 28 pacientes, sexo femenino 57,1%, edad media de 58 años ± 14,7; duración de la APs mediana 5,95 años RIC25-75%: 1,95-13,5. Ver Tabla.

Conclusiones: Todos los pacientes con entesitis ecográfica definida por BUSES y GUESS presentaron daño radiográfico, siendo significativo para este último. Ninguno de los scores mostró asociación de entesitis con BASDAI, ASDAS, síntomas de lumbalgia inflamatoria ni reactivantes de fase aguda.

181

0181 - PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

GIORGIS, Pamela (1) | CAPELUSNIK, Dafne(1) | SCHNEEBERGER, Emilce(1) | CARRIZO ABAZAR, Virginia(1) | MACIAS OVIEDO, Leonela Lysseth(1) | SEVILLANO GUTIERREZ, Juan Manuel(1) | CORREA, María de Los Angeles(1) | ESPASA, Gabriela Vanesa(2) | CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HTAL PADILLA (2)

Introducción: La Espondiloartritis axial (EsPax) afecta la salud física y mental de los pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con EsPax y estudiar su asociación con diferentes variables sociodemográficas y clínicas.

Diag menos 12 meses (%)	22,7	Edad (RIC)	57 (48-64)
Femenino (%)	83	Escolaridad (RIC)	12 (8,5-15)
Rta (%)	68,6	Evolución media (RIC)	48 (12-86)
ACA+ (%)	59,2	Peso (DS)	76,4 (18,3)
Dobleser (%)	34	FR (RIC)	34,5 (11,1-121)
Sensometeo (%)	30,3	ACA- (RIC)	29 (5-54)
PCR+ (%)	27,6	Colesterol (RIC)	185 (63-223)
Comorbilidades (%)	89,2	ERS (RIC)	25 (10,5-40,7)
Inf. Autoinm (RIC)	10,6	PCR (RIC)	11,7
Incidencia DMAR (%)	50,4	COAI (DS)	14,8 (8,9)
Proteína C reactiva (%)	22,4	SMA (DS)	15 (9,3)
Proteína S (DS)	4	DAS28 (DS)	3,8 (1,7-7)
Biológico-DMAR (%)	75		

Materiales y Métodos: Estudio corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >= 18 años de edad, con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009). Fueron excluidos pacientes con comorbilidades descompensadas o con dificultad para completar cuestionarios. Se consignaron datos sociodemográficos y clínicos de la enfermedad, comorbilidades, diagnóstico previo de enfermedades psiquiátricas y tratamientos recibidos (psicofármacos y drogas modificadoras de la enfermedad). En el examen físico se evaluó rigidez matinal, número de articulaciones tumefactas (44) y sitios de entesitis (MASES). Se registraron: ERS, PCR y presencia de HLA-B27. Se evaluó dolor, actividad de la enfermedad según el paciente y el médico por Escala Visual Numérica (EVN). Se administraron auto cuestionarios: BASDAI, BASFI y ASQoL y para la valoración de depresión y ansiedad: PHQ-9 y GAD-7, respectivamente. Se calculó SASDAS ERS/PCR. Se definió depresión mayor a un PHQ-9 >= 10, y sus valores de corte: 5-9, 10-14, 15-19 y >= 20 determinaron depresión leve, moderada, severa y muy severa, respectivamente. La ansiedad fue categorizada según GAD-7 en: leve 5-9, moderada 10-14 y severa >= 15. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test de Chi2, test T de Student y ANOVA. Correlación por Spearman. Regresión lineal y logística múltiple. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se evaluaron 68 pacientes, con una edad mediana (m) de 47,5 años (RIC 37,5-59), 49 varones (72,1%), y tiempo de evolución de la enfermedad m 13,5 años (RIC 9,2-24,7). La escolaridad fue m 12 años (RIC 10-16), desocupación en 30,9% y práctica de actividad física en 29 pacientes (42,6%). 28 pacientes (41,2%) tenían comorbilidades y 14 enfermedad psiquiátrica (5 depresión, 6 ansiedad y 3 ataques de pánico). 36/51 pacientes (70,6%) HLA-B27 +, BASDAI m 3,45 (RIC 1,45-6,33) y SASDAS-PCR 14,8 (RIC 7,4-22,1). La prevalencia de depresión mayor fue de 30,9% (n=21), con una m de PHQ-9 de 6 (RIC 2-11). 18 pacientes (26,5%) presentaron depresión leve, 13 (19,1%) moderada, 5 (7,4%) severa y 3 (4,4%) muy severa. La prevalencia de ansiedad fue del 50 % (n=34), y la m del GAD-7 fue 4,5 (RIC 0-9). 18 pacientes (26,5%) presentaron ansiedad leve y 8 (11,8%) tanto moderada como severa. La depresión (PHQ-9) correlacionó principalmente con: GAD-7 (Rho: 0,83), ASQoL (Rho: 0,81), SASDAS-PCR (Rho: 0,68), BASDAI (Rho: 0,64), y en menor medida con dolor, BASFI y fatiga, y la ansiedad (GAD-7) con: ASQoL (Rho: 0,68), EVN global por el paciente y el médico (Rho: 0,54), y con BASDAI y SASDAS-PCR (Rho: 0,51). La depresión fue más frecuente entre los pacientes que no realizaban actividad física (43,6% vs. 13,8%, p= 0,016), mientras que, los pacientes con ansiedad realizaban con mayor frecuencia actividad física individual (65% vs. 0%, p=0,001). Los pacientes con depresión presentaron peor calidad de vida (ASQoL X 11,2 ± 3,4 vs X 4,3 ± 3,8, p=0,0001), mayor actividad de la enfermedad (BASDAI X 6 ± 2,3 vs X 2,9 ± 2,4, p<0,0001) y SASDAS PCR X 24,2 ± 7,4 vs X 11,8 ± 8,9, p<0,0001) y mayor MASES (X 2,9 ± 3,4 vs X 0,9 ± 2,2, p=0,02). Asociaciones semejantes fueron halladas en los pacientes con ansiedad: ASQoL X 9,3 ± 4,2 vs X 3,6 ± 3,6, p<0,0001. BASDAI X 5,1 ± 2,6 vs X 2,7 ± 2,3, p<0,0001 SASDAS PCR X 20 ± 9,4 vs X 11,2 ± 9,2, p<0,0001 y MASES X 2,5 ± 3,5 vs X 0,7 ± 1,8, p=0,009. En los análisis multivariados, ajustando por edad, sexo, tiempo de evolución de la EsPax, la actividad de la enfermedad fue la variable más fuertemente asociada a depresión [SASDAS-PCR coef B: 0,65 (IC95% 0,18-0,56), p= 0,0001, BASDAI OR: 1,6 (IC95% 1,1-2,3), p= 0,02] y ansiedad [SASDAS-PCR coef B: 0,59 (IC95% 0,13-0,53), p= 0,001, BASDAI OR: 1,7 (IC95% 1,2-2,5), p= 0,006].

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con EsPax padecen de depresión y un 50% de ansiedad. La mayor actividad de la enfermedad se asoció en forma independiente a ambos trastornos.

185

0185 - LA EXPRESIÓN DE GALECTINA -3 EN PIEL LESIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA SE CORRELACIONA CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

MORA, Gabriela Fernanda (1) | RODRIGUEZ ZUBIETA, Mariana(2) | MAGUNA LAVILLE, Marcelo(1) | RODRHO, Jose(3)

HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (2); FUCA-FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. INSTITUTO ALEXANDER FLEMING (3)

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de origen desconocido. Sus características clínicas son el engrosamiento y endurecimiento de la piel y la fibrosis de órganos internos. La fibrosis en la ES evoca un proceso descontrolado de curación de heridas. En el curso de la enfermedad se producen fibroblastos activados resistentes a la apoptosis, un incremento anormal de la matriz extracelular e interacciones célula-matriz. Las galectinas -1 y -3 son proteínas de unión a hidratos de carbono altamente conservadas, con varias funciones biológicas: activación y apoptosis celular, interacciones entre células y con la matriz extracelular en condiciones normales, autoinmunidad y cáncer. Gal-3 se incrementa en procesos fibroticos y niveles elevados de esta proteína se han documentado en pacientes con ES activa.

Objetivos: Evaluar la expresión de galectinas -1 y -3 en piel lesional de pacientes con ES, y correlacionarla con las características clínicas de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Pacientes con diagnóstico de ES de acuerdo con criterios ACR/EULAR fueron incluidos luego de su consentimiento informado. Se registraron las características clínicas y de laboratorio de los pacientes al momento del ingreso: tipo de ES, score de Rodnan modificado de 17 sitios (mRSS), autoanticuerpos (FAN, ACA, ATA); compromiso pulmonar por TCAR, presión arterial pulmonar estimada por ecocardiografía con doppler; función respiratoria por espirometría y DLCO. Biopsias cutáneas de piel lesional fueron incluidas en parafina y analizadas por inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales anti gal-1 y gal-3. La apoptosis de fibroblastos se evaluó por tinción con anticuerpos anti ADP-ribosa polimerasa clivada (c-PARP). Las muestras se compararon con piel normal de un paciente sano. Se realizó recuento de fibroblastos en 10 campos 1000X. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución. Se realizó estadística descriptiva, comparación de medias para variables consecutivas con prueba T de Student, y se utilizó coeficiente de correlación de Pearson. Se trabajó con un intervalo de confianza de 95% y p < 0,05.

Resultados: Se analizaron 10 biopsias de pacientes con ES (9 mujeres, 1 varón). La edad promedio fue 54,5 años (18-74). 4/10 pacientes ES difusa, 4/10 limitada y 1/10 enf. injerto vs huesped esclerodermiforme. El número promedio de fibroblastos por campo fue 13,2 en ES vs 7,2 en piel normal. La expresión promedio de gal-1 enEX fue 13% (0-56) y 47-5% para gal-3 (6-5-95-5); la piel normal expresó gal-1 en 93,5% (91-96). Hubo una menor expresión de gal-1 (0,28) y -3 (0,60) en fibroblastos ES respecto de piel normal (0,94) (p = 0,0017). Hubo una asociación entre la expresión de gal-3 y la presencia de hipertensión pulmonar (prueba T de Student p=0,004 (DS 1,04 ± 0,60) y con un mayor mRSS (coeficiente de correlación de Pearson 0,83; p=0,0003). La presencia de ACA se correlacionó con la expresión de gal-1 en fibroblastos ES (prueba T de Student p=0,04 (DS 19,21 ± 6,79)).

Conclusiones: Este es el primer reporte sobre la expresión de galectinas -1 y -3 en fibroblastos de piel lesional en pacientes con ES. Gal -1 y -3 tuvieron una menor expresión en ES respecto de la piel normal. Se encontró una correlación significativa entre la expresión de gal -3 en piel lesional ES y enfermedad severa medida (hipertensión pulmonar y mRSS alto). La expresión de gal -1 en fibroblastos ES se correlacionó con la presencia de anticuerpos anti-centrómero.

187

0187 - ¿ES EL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO UN MARCADOR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA? Metodología: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)
Unidad Temática 2: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología
ALVARADO, Rodolfo Nicolas | SCOLNIK, Marina | BROM, Martin | SORIANO, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La Esclerosis Sistémica (ES) es una patología caracterizada por fibrosis tisular asociada a daño endotelial, y si bien su fisiopatología no se conoce completamente, publicaciones recientes sugieren que la activación plaquetaria participa activamente de su patogenia. El volumen plaquetario medio (VPM) es un indicador indirecto de activación plaquetaria, de fácil acceso y que se realiza por técnicas estandarizadas.

Objetivos: Primario: comparar el VPM entre pacientes con ES y controles. Secundario: Estudiar si existe relación entre VPM y el compromiso pulmonar intersticial en los pacientes con ES.

Materiales y Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años con ES (criterios ACR 2013) afiliados al plan de salud de nuestro hospital que fueran atendidos por la Sección Reumatología desde el año 2000 hasta el 2018, y se los apareó por sexo y edad con 1 o 2 controles. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de enfermedad tromboembólica, oncohematológicas y/o microangiopatía trombótica. Cada persona fue seguida hasta su muerte, la finalización del estudio, o desvinculación del Plan de Salud. Se definió como masa plaquetaria máxima (MPM) al producto entre el VPM y el recuento de plaquetas. Se registró el máximo valor de MPM encontrado en el seguimiento de cada persona. Se realizó estadística descriptiva y se comparó el análisis entre ambos grupos. Posteriormente se realizaron análisis univariados y multivariados para evaluar la asociación del MPM con las manifestaciones clínicas.

Table with 4 columns: Variable, Control (n=150), Estudio (n=150), and P. Rows include: Sexo femenino (%), Masa plaquetaria máxima (MPM), Volumen plaquetario máximo (VPM), Tiempo de seguimiento en años, Hipertensión arterial (%), Tabaquismo (siguete o ex), BPOC (%), Diabetes (%), Colesterol total (%), Colesterol HDL (%), Colesterol LDL (%), Índice de masa corporal, Índice de masa corporal, Uso de antiagregantes, Enfermedad intersticial pulmonar, Hipertensión pulmonar, Compromiso radiológico, Tabaquismo, Masa plaquetaria máxima.

13.5-31.7 y 5.0-18.9 respectivamente) y el 19.8% (IC 95% 12.9-29.1) presentó HTF por ultrasonografía cardíaca. Los pacientes con ES tuvieron mayor prevalencia de enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar y uso de antiagregantes que los controles (Tabla 1), así como también valores significativamente mayores de VPM máximo y MPM que los controles (p= 0.02 y 0.03, respectivamente). En el análisis univariado de los pacientes con ES se encontró asociación de la MPM con el uso de antiagregantes (p= 0.02), el antecedente de enfermedad cerebrovascular (p=0.01) y con enfermedad pulmonar intersticial (p=0.04). A su vez, la enfermedad pulmonar intersticial se asoció con la forma difusa de la ES (p<0.0001), el SCL-70(p<0.0001), y con un valor mayor de MPM (p=0.047) (Tabla 2). El análisis multivariado no mostró asociación entre el MPM y ninguna manifestación de la ES, pero esto puede deberse al limitado número de pacientes estudiados.

Conclusiones: Los pacientes con ES tuvieron valores mayores de VPM máximo y MPM que los controles, y el compromiso intersticial pulmonar se asoció con valores más elevados de MPM en el análisis univariado.

193

0193 - ESTUDIO DE BIOSIMILARIDAD COMPARADA DE DOS PRODUCTOS CONTENIENDO ETANERCEPT, ENERCEPT®, CONTRA LA REFERENCIA ENBREL® LUEGO DE ADMINISTRAR UNA DOSIS ÚNICA DE 50 MG. EN VOLUNTARIOS SANOS Metodología: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: Farmacología/ Investigación
COHEN SABBAN, Hugo (1) | EZEQUEL, Klimovsky(2) | CORDEIRO, Lucas(3) | LAGO, Néstor(3)
C.R.O BIO SOLUTION S.A. (1); QUIL QUIL IN DRUGS AND DEVICES SRL (2); GEMA BIOTECH S.A.U. (3)

Table with 2 columns: Diagn mesos 12 meses (%) and Edad (RIC) / Evolución meses (RIC). Rows include: FRA (%), ACPA (+%), Doble-sero (+%), Seronegatividad (%), PCR (+%), Comorbilidades (%), Erit. Palmilar (%), Inician DMAR (%), Prediabetes <= 10 (%), Predisión > 10 (%), Biológico DMAR (%).

Introducción: Enereceptan® fue desarrollado como un producto biosimilar al Enbrel®, producto de referencia de Laboratorios Pfizer S.A.. El ejercicio de comparabilidad de manufactura de comparabilidad de manufactura halló que los atributos considerados críticos (CQAs), analizados con criterios estadísticos de comparabilidad entre el producto de referencia Enbrel® y Enereceptan® son similares. Parámetros como aspecto, pH y osmolaridad también fueron similares. Los estudios farmacocinéticos comparativa en ratas Wistar-WKAH/ en ratas Wistar) arrojaron similares resultados.

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la farmacocinética, la seguridad y la inmunogenicidad de una dosis de Enereceptan® en comparación con Enbrel®.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de Fase 1, abierto, aleatorizado, de dosis única, cruzado, con dos períodos de tratamiento, separados por un período de lavado de al menos 28 días en el cual se administró a cada sujeto por vía subcutánea 50 mg de Enereceptan, comparando los productos Enereceptan®, y Enbrel®. Se incorporaron 30 voluntarios sanos de ambos sexos entre 18 y 55 años. Luego del procedimiento de aleatorización, en cada período del estudio se obtuvieron 16 muestras de sangre a lo largo de 20 días con fines farmacocinéticos y 3 muestras para evaluar inmunogenicidad. Resultados: Luego de la administración, se observó una rápida absorción de etanercept, alcanzando picos máximos de concentración plasmática (Cmax) de 3.30±1.63 µg/ml para Enereceptan® versus 3.16±1.21 para Referencia. Respecto al tiempo al cual se alcanzó la concentración máxima, Tmax, el mismo fue 66.4±11.68 h para Enereceptan® y de 66.8 ±16.3 h para Referencia. La exposición a etanercept durante el tiempo de obtención de muestras de sangre del estudio fue estimada empleando el área debajo de la curva concentración-tiempo (AUC 0-t, siendo t= 480h), obteniéndose valores similares: 596.5±232.7 µg/ml x h para Enereceptan® versus 553.9±177.0 µg/ml x h para Referencia. El grado de exposición total a etanercept, estimado con el área debajo de la curva extrapolada al infinito (AUC 0-inf), fue similar para ambas formulaciones, obteniéndose 654.0±246.4 µg/ml x h para Enereceptan® versus 612.1±203.0 µg/ml x h para Referencia. Los resultados obtenidos para las medias geométricas de las relaciones µT/µR y sus respectivos intervalos de confianza al 90%, para etanercept fueron para Cmax 100.4 (IC 90% 88.6-113.7), AUC 0-t 105.8 (IC 90% 96.7-115.7) y AUC 0-inf 105.6 (IC 90% 96.7-115.3). Cuando se comparan estos resultados con los límites establecidos para bioequivalencia (90%-125%) se observa que los IC 90% de las relaciones µT/µR de todos los parámetros analizados se encuentran íntegramente incluidos en ellos. Las curvas de concentración plasmática obtenidas luego de una única dosis por vía subcutánea de Enereceptan® y Enbrel® resultaron similares para etanercept, con similares grados de exposición promedio (área debajo de la curva) y alturas de sus concentraciones pico (Cmax). No se reportaron eventos adversos serios. El total de las 90 muestras analizadas para evaluar inmunogenicidad dieron un resultado negativo.

Conclusiones: Se concluye que la formulación Enereceptan® (Etanercept 50 mg) jeringa prellenada presentó una farmacocinética similar al producto de referencia Enbrel®, autoinyector (Etanercept 50 mg).

194

0194 - ECOPAR 5º REPORTE: ESTUDIO FASE IV, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DE COHORTE ABIERTA CON RECOGIDA DE DATOS DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS NO BIOLÓGICAS (REPIS 1482) Metodología: Póster

Unidad Temática: Farmacología/ Investigación
JURADO, Raúl Artemio | GARCIA ORO, Agustina Milagros | WERNER, Marina Laura | ONETTI, Laura Beatriz | CADILE, Isaac Ignacio | MOYANO GARZÓN, María Elvira | HERRERA COMOGLO, Raquel | MUSSANO, Eduardo Daniel
HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA

Introducción: Este es el cuarto reporte de seguimiento de una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas (ER) inflamatorias autoinmunes tratados con fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad (DMAR) no biológicos. Desde la aparición de estas drogas y de los inmunosupresores el curso de muchas ER ha cambiado, ya que su uso precoz previene o retarda daños en estos pacientes. Como cualquier fármaco, también estos producen efectos colaterales o reacciones adversas (RA) que deben ser identificadas y notificadas. La intención es la continua vigilancia de RA, la aparición de nuevos RA y su posterior correlación con la patología de base.

Objetivos: Registrar el uso de terapias no biológicas (TNB) en ER y la aparición de RA bajo tratamiento. Identificar RA y su gravedad en pacientes con ER tratados TNB. Materiales y Métodos: Estudio observacional abierto donde se incluyeron pacientes con ER tratados con terapias biológicas desde el 02 de enero del 2005 al 31 de julio del 2019. Se estudiaron sus características, tratamientos asignados y EA. El análisis estadístico se realizó por Infostat.

Resultados: Fueron evaluados 352 pacientes. 293 eran mujeres y 59 hombres, con una media etaria de 56,95 años (rango 90-18). Las patologías prevalentes fueron: artritis reumatoidea:249, lupus eritematoso sistémico:31 y artritis psoriásica:26. Los 352 pacientes utilizaron en total 502 TNB: metotrexato (MTX) en 272 casos, hidroxilcloroquina (HCQ) en 103, leflunomida (LFN) en 70, azatioprina (AZA) en 34, sulfasalazina (SSZ) en 20 y micofenolato mofetil (MMF) en 3 tratamientos. En 128 tratamientos se utilizó la combinación de fármacos, siendo MTX+ LFN (43) y MTX+HCQ (40) las asociaciones más frecuentes. En 352 pacientes tratados con TNB se observaron durante el seguimiento RA en 79 pacientes (en algunos más de 1 RA a diferentes fármacos), a saber: RA digestivas:30, infecciones:15, dermatológicas:14, neoplasias:9, hematológicas:8, y otras: 9. Los fármacos que presentaron con mayor frecuencia de RA fueron MTX: 51, HCQ:7 y LFN:7, seguidos por AZA:5, SSZ y MMF:1 cada uno. Se observaron RA en terapias combinadas siendo MTX el más frecuentemente observado en la presentación de RA (9 con LFN, 3 con HCQ y 1 con SSZ). La mayoría de las RA fueron leves sin requerimiento de internación. Tres pacientes fallecieron bajo tratamiento con TNB (1 leucemia y 1 linfoma bajo AZA y 1 neumonía bajo MMF, se desconoce si estas interurrencias fueron causa directa de óbito).

Conclusiones: Este quinto reporte confirmaría que, si bien los fármacos inmunomoduladores e inmunosupresores han demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, la aparición de reacciones adversas es frecuente y se debe estar atento a su prevención, rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación a ANMAT.

196

0196 - CRIOGLOBULINEMIAS DE HOY: ESTUDIO DESCRIPTIVO Metodología: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR
CHIARVETTO PERALTA, María Victoria | SCOLNIK, Marina | SCAGLIONI, Valeria | BROM, Martin | LOBEZON, María Victoria | SORROCHE, Patricia Beatriz | SORIANO, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La crioglobulinemia es una enfermedad infrecuente, existiendo escasos datos epidemiológicos al respecto

Objetivos: Describir las características de los pacientes con crioglobulinas positivas en un hospital universitario y establecer el porcentaje de las mismas que se asocian a enfermedades del tejido conectivo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron a todos los adultos atendidos en un hospital universitario entre el 01/01/2010 y el 01/06/2019, que presentaron crioglobulinas positivas. Se excluyeron a los pacientes que no hubiesen tenido al menos de 6 meses de seguimiento. Se recolectaron los siguientes datos de la historia clínica electrónica: demográficos, tipo de crioglobulinemia, manifestaciones clínicas atribuidas a las crioglobulinas al momento del diagnóstico y durante el seguimiento, mortalidad, enfermedades asociadas y tratamientos recibidos. Se definió como crioglobulinemia mixta esencial a aquellos casos en estudio que tuvieran manifestación clínica vasculítica sin enfermedad asociada. Luego se agruparon los pacientes con enfermedades reumatológicas asociadas, enfermedades hematológicas, hepatitis B o C y crioglobulinemia mixta esencial; y se compararon las características entre grupos. Se realizaron análisis de regresión logística multivariados para identificar factores asociados con el diagnóstico de crioglobulinemia esencial y enfermedad reumatológica asociada.

Resultados: Se incluyeron 254 pacientes con crioglobulinas positivas, de los cuales 153 fueron mujeres (60.2%, IC 95% 54.0-61.1), con una media de edad al diagnóstico de 59.9 años (DS 15.6) y una media de seguimiento de 8.9 años (DS 5.5). Las enfermedades asociadas fueron: hepatitis virales en 141 pacientes (55.9%) (135 hepatitis C, 3 hepatitis B y 3 presentaron coinfección de B y C); enfermedades reumatológicas en 46 pacientes (18.5%) (20 lupus, 15 Sjögren, 3 artritis reumatoidea, 6 vasculitis, 1 dermatomiositis y 1 por enfermedad mixta del tejido conectivo), las enfermedades hematológicas fueron 26 casos (10.7%) (12 linfoma no hodgkin, 3 leucemia linfocítica crónica, 11 gammapatías monoclonales) y en 31 pacientes fueron consideradas crioglobulinemias esenciales (12.8%). Otras causas fueron: cirrosis alcohólica (n=3), hepatitis autoinmunes (n=3), CBP (n=3) e infecciones (n=2). Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Se realizó tipificación de las crioglobulinas por inmunofluorescencia en 102 pacientes (40.2%) 147 pacientes (57.8%, IC95% 51.7-63.8) no presentaron manifestaciones vasculíticas por crioglobulinas. De los 107 pacientes que, si presentaron clínica, 51 (47.7%, IC 95% 38.3-5.2) no recibieron ningún tratamiento específico. 78 pacientes (30.7%) si recibieron tratamiento inmunosupresor, 67 (26.6%) recibieron corticoides, 18 (7.1%) rituximab, 15 (5.9%) ciclofosfamida y 18 (7.1%) otros inmunosupresores. En el análisis multivariado ningún factor clínico ni de laboratorio se asoció al diagnóstico de crioglobulinemia esencial. En el análisis multivariado los pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica asociada fueron significativamente más jóvenes (OR 0.97, IC 95% 0.95-0.99, p=0.02), mayor proporción de mujeres (OR 3.49, IC 95% 1.32-9.18, p=0.01), presentaron más raynaud (OR 5.42, IC 95% 1.34-21.91, p=0.02) y presentaron C3 bajo en mayor proporción (OR 2.8, IC 95% 1.97-7.32, p=0.03).

Conclusiones: En esta cohorte, un 42.1% de los pacientes presentaron manifestaciones clínicas debido a las mismas. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron las hepatitis virales (58.0%). En el 18.5% se asociaron a enfermedades reumatológicas y estos pacientes fueron significativamente más jóvenes, mujeres, con mayor proporción de Raynaud y C3 bajo.

197

0197 - VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

PEREZ, Nicolas | GARGIULO, M.A | SUAREZ, L | COLLADO, M.V | KHOURY, M | GÓMEZ, G.

INSTITUTO LANARI

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA son un grupo heterogéneo de entidades autoinmunes con compromiso sistémico caracterizado por inflamación y necrosis de vasos de pequeño y mediano tamaño de etiología desconocida.

Objetivos: Describir las características clínicas al momento del diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con vasculitis asociadas a ANCA diagnosticados en los últimos 35 años en un hospital universitario.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años a quienes se diagnosticó vasculitis asociada a ANCA confirmada por biopsia y/o positividad para ANCA por (IFI y/o ELISA) entre 07/1984 y 03/2019. Se recolectaron datos: demográficos, manifestaciones clínicas, tipo de vasculitis y tratamientos. Se calculó score BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score) y FFS 2009 (Five Factor Score).

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes, 28 mujeres (60%) y 19 varones. Edad promedio al momento del diagnóstico de 53,5 ± 16,8 años. En 20 pacientes se diagnosticó GPA (42,5%), en 17 PAM (36,2%), 6 VLR (12,8) y 4 EGPA (8,5 %). Demora diagnóstica de 2,46 (0-411) meses. Tratamiento de inducción: 28 (59,6%) pacientes recibieron pulsos de esteroides y todos recibieron corticoides vía oral (1 mg/kg). En 7 (14,9%) pacientes, fue el único tratamiento, 20 (42,5 %) CF EV, 14 (29,8 %) CF oral, 3 AZA (6,4%) y 2 rituximab (4,2%). Plasmaféresis 6 pacientes y diálisis en 12 (4 en forma transitoria). Luego se rotó de inmunosupresor a 7 pacientes con AZA y 2 micofenolato. En una mediana de seguimiento de 35,5 (0,14-234) meses, se registraron 24 recaídas en 15 pacientes (7 con PAM, 6 GPA, 2 con EGPA). La tasa de recaídas fue de 6,51 por mil personas-mes de seguimiento. BVAS promedio de 14,5±8. Todas recibieron corticoides, la mitad CF VO, 9 CF EV, 2 AZA y 1 metotrexate. Mantenimiento con AZA en 4 pacientes, plasmaféresis y diálisis en 2, respectivamente. Fallecieron 9 pacientes (4 GPA y 5 PAM), 5 por actividad de la enfermedad; 2 por infección y 2 de causa cardiovascular.

Tabla 1. Clínica al diagnóstico n (%)	Total (n=47)	GPA (n=20)	PAM (n=17)	EGPA (n=4)	VLR (n=6)
Asesna (D< 12 h y <13 m)	33 (70.2)	11	16	2	4
Hematuria/ritinitis	33 (70.2)	7	11	2	3
Neutrofilia	33 (70.2)	12	9	2	1
Perdida de peso	35 (74.2)	7	6	0	2
Síndrome nasal anguitante/mucopurulenta	6 (12.8)	1	1	0	0
Hipuras papilares	12 (25.5)	7	4	1	0
Nódulos cutáneos pulmonares	9 (19.1)	7	2	0	0
Hemorragia alveolar	14 (29.8)	5	9	0	0
Deficiencia de la función renal (creatinina por valor de Creatinina)	18 (38.3)	9	13	0	4
Compromiso renal confirmado por biopsia	18 (38.3)	6	6	0	6
Neurolitis múltiple	6 (12.8)	4	1	1	0

	Total (n=47)	GPA (n=20)	PAM (n=17)	EGPA (n=4)	VLR (n=6)
BVAS Mediana (rango)	14 (4-42)	14,5 (4-42)	14 (6-24)	6 (6-11)	12 (12-12)
FFS n (%)					
FFS = 0	11 (23,4)	6	2	2	1
FFS = 1	19 (40,4)	5	9	2	3
FFS = 2	17 (36,2)	9	6	0	2
ANCA n (%)					
ANCA negativo	4 (8,6)	2	1	1	0
ANCA c-PR3	20 (42,5)	15	0	3	2
ANCA p-MPO	23 (48,9)	3	16	0	4

otras series, la edad, la demora diagnóstica y la frecuencia de cada entidad fue similar, sin embargo se observó predominio femenino y menor score BVAS.

de inmunosupresor a 7 pacientes con AZA y 2 micofenolato. En una mediana de seguimiento de 35,5 (0,14-234) meses, se registraron 24 recaídas en 15 pacientes (7 con PAM, 6 GPA, 2 con EGPA). La tasa de recaídas fue de 6,51 por mil personas-mes de seguimiento. BVAS promedio de 14,5±8. Todas recibieron corticoides, la mitad CF VO, 9 CF EV, 2 AZA y 1 metotrexate. Mantenimiento con AZA en 4 pacientes, plasmaféresis y diálisis en 2, respectivamente. Fallecieron 9 pacientes (4 GPA y 5 PAM), 5 por actividad de la enfermedad; 2 por infección y 2 de causa cardiovascular.

Conclusiones: Comparando con

198

0198 - IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

CARRISO ABARZA, Virginia (1) | ISNARDI, Carolina Ayelen(1) | SCHNEEBERGER, Emilee Edith(1) | BARBICH, Tatiana(1) | LUNA, Gisele Alejandra(1) | DAPENA, Joan Manuel(2) | CAVALIERI, Magdalena Ida(1) | CITERA, Gustavo(1)

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); H TORNU (2)

Introducción: La ansiedad y la depresión son comorbilidades frecuentes en pacientes con Artritis Psoriásica (APs), asociándose con una prevalencia de 36,6 % y 22,2%, respectivamente. Un menor nivel educativo, menor frecuencia de realización de actividad física, dolor crónico, fatiga, mayor actividad de la enfermedad y menor capacidad funcional se han asociado a las mismas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con APs y estudiar la asociación con diferentes factores sociodemográficos y clínicos.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >=18 años de edad, con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Aquellos pacientes con dificultades para responder los cuestionarios (analfabetos, ciegos) y/o con comorbilidades descompensadas fueron excluidos. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades según el índice de Charlson modificado, características clínicas, tiempo de evolución, características de la APs y del compromiso cutáneo. Se evaluó dolor, actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico y fatiga mediante EVN (cm), recuento articular (6/6/6), la presencia de rigidez matinal y su duración, daclititis, compromiso ungueal, antestis (MASES) y compromiso en piel (BSA). Se consignó al diagnóstico tanto de enfermedades psiquiátricas como de fibromialgia y sus respectivos tratamientos. Se calcularon DAPSA, MDA y VLDL. Se registraron los valores de ERS y PCR. Se administraron los autoquestionarios: EQ-5D-3L, PsAQoL, DLQI, HAQ-A y, para depresión y ansiedad, PHQ-9 y GAD-7, respectivamente. Se definió depresión mayor a un resultado PHQ-9 >=10 y ansiedad GAD-7 >=5. La depresión, a su vez, fue categorizada según los valores de PHQ-9 en: leve (5-9), moderada (10-14), severa (15-19) y muy severa (>=20). Y la ansiedad según los valores de GAD-7 en: leve (5-9), moderada (10-14), severa (15-21). Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student, ANOVA y Chi². Correlación por Spearman. Regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, con una edad mediana (m) de 57 años (RIC 45.5-65.5), 61,5% eran mujeres, y un tiempo de evolución de la APs m de 12 años (RIC 5-17.5). La escolaridad fue m 12 años (RIC 7-13), 24 pacientes (36,8%) estaban desocupados, 32,3% carecían de cobertura social y 60% padecían comorbilidades. DAPSA m 14,6 (RIC 7.6-22.3), 16 (24,6%) pacientes se encontraban en MDA. 14 (21,5%) tenían diagnóstico de alguna patología psiquiátrica y 10 se encontraban en tratamiento. La m de PHQ-9 fue 6 (RIC 1-10,5) y de GAD-7 fue 5 (RIC 1-10). La prevalencia de depresión mayor fue 26,2% y de ansiedad 56,9%. Según categorías de depresión: leve 19 pacientes (29,2%), moderada 7 (10,8%), severa 9 (13,8%) y muy severa 1 (1,5%) y de ansiedad: leve 17 pacientes (26,2%), moderada 12 (18,5%) y severa 8 (12,3%). PHQ-9 correlación, entre otras, con: GAD-7 (Rho: 0,75), DLQI (Rho: 0,62), PsAQoL (Rho: 0,65), fatiga (Rho: 0,42) y DAPSA (Rho: 0,35). Y GAD-7 con: PsAQoL (Rho: 0,57), DLQI (Rho: 0,52), fatiga (Rho: 0,41) y DAPSA (Rho: 0,31). Los pacientes con depresión mayor tenían menor escolaridad (X 8,7±3,6 vs X 11,6±3,4, p=0,004), peor calidad de vida (PsAQoL X 11,6±5,7 vs X 5,3±4,6, p<0,0001 y DLQI X 6,8±4,9 vs X 2,4±2,6, p<0,0001) y mayor ansiedad (X 12,9±5,4 vs X 4,4±4,1, p<0,0001). Los pacientes con ansiedad también mostraron mayor dolor (EVN X 5,5±2,7 vs X 4,2±8, p=0,03) y fatiga (EVN X 5,6±2,7 vs X 3,2 ± 2,7, p=0,001) y peor calidad de vida (PsAQoL X 8,8±5,7 vs X 4,6±4,5, p=0,003 y DLQI X 5±4,3 vs X 1,6 ± 1,8, p<0,0001) y capacidad funcional (HAQ-A X 1,1±0,7 vs X 0,67±0,7, p=0,02). Los pacientes que no se encontraban en MDA tenían más prevalencia de depresión y ansiedad (32,7% vs 6,3%, p=0,049 y 67,3% vs 25%, p=0,004, respectivamente). En el análisis multivariado, ajustando por edad, sexo, tiempo de evolución de la APs y BSA, la depresión se asoció a ausencia de MDA [coef β -0,32, IC95% -7,64 -1, p=0,01] y menor escolaridad [coef β -0,26, IC95% -0,79 -0,03, p=0,04] y la ansiedad a ausencia de MDA [coef β -0,31, IC95% -7,5 -0,71, p=0,02] y a mayor actividad por DAPSA [coef β 0,27, IC95% 0,01 -0,28, p=0,04].

Conclusiones: Más de un cuarto de los pacientes con APs padece de depresión mayor y más de la mitad de ellos de ansiedad. La actividad de la enfermedad fue la variable más fuertemente asociada con estos trastornos.

200

0200 - REABER: ESTUDIO FASE IV, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, DE COHORTE ABIERTA CON RECOGIDA DE DATOS DE REGISTRO DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS (REIPS 1481): 5º REPORTE

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Farmacología/ Investigación

GARCIA ORO, Agustina Miliagos | CADILE, Isaac Ignacio | ONETTI, Laura Beatriz | WERNER, Marina Laura | AUDISIO, Marcelo José | PY, Guillermo Enrique | MOYANO GARZÓN, María Elvira | BULIUBASICH, Sandra | SANTAELLA, Patricia Alejandra | HERRERA COMOGLIO, Raquel | MUSSANO, Eduardo Daniel

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA

Introducción: desde la aparición de los tratamientos llamados "biológicos" para la terapéutica de varias enfermedades reumáticas (ER) se han publicado numerosos trabajos y ensayos clínicos probando su eficacia y seguridad. Muchos de estos reportes tienen algunas limitaciones y dentro de ellas el sub-registro de reacciones adversas. Registros como Biobadaser y Biobadaser tratan de mostrar una realidad en cuanto a estos eventos adversos (EA). El tener un registro propio ayudaría al mejor conocimiento de los probables EA en nuestra población y su prevención.

Objetivos: Registrar el uso de terapias biológicas (TB) en ER y la aparición de EA. Identificar EA y su gravedad en pacientes con ER tratados con fármacos biológicos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional abierto donde se incluyeron pacientes con ER tratados con terapias biológicas desde el 02 de enero del 2005 al 31 de julio del 2019. Se estudiaron sus características, tratamientos asignados y EA. El análisis estadístico se realizó por Infostat.

Resultados: El número de tratamientos biológicos (TB) fue de 527 en 316 pacientes, 258 mujeres y 58 hombres con una edad promedio de 58.46 años (23-94). Las patologías incluidas fueron: artritis reumatoidea 268, artritis psoriásica 27, espondiloartritis 10, vasculitis sistémicas 4 (3 granulomatosis con poliangeítis y 1 panarteritis nodosa), artritis idiopática juvenil 3, lupus eritematoso sistémico 2, Ruppis 1, y Sind de Sjögren 1. Los TB más utilizados fueron: etanercept (157/527) seguido por adalimumab (83/527) y certolizumab pegol (71/527). 199 pacientes utilizaron un solo biológico, 68 recibieron dos, 33 tuvieron tres, 12 pacientes cuatro, 3 cinco y 1 solo se expuso a 6 biológicos diferentes. 126 pacientes (39,87%) presentaron algún EA con uno o más tratamientos. Los EA prevalentes fueron: infecciosos (77/161), dermatológicos (21/161), neoplasias (14/161), cardiovasculares (11/161), neurológicos (10/161), hematológicos (10/161), digestivos y "transaminitis" (9/161), alergias y reacciones cutáneas (7/161), y otras (2/161) y se registraron 14 óbitos bajo TB: 8 diagnósticos de neumonía, 1 diverticulitis, 1 infección protéica, 1 infección urinaria, 1 cuadro de sepsis con injuria renal aguda, 1 vasculitis y 1 cáncer de estómago. Las TB más frecuentes en óbitos fueron los antiTNF en 10 casos. 20 pacientes presentaron pérdida de eficacia, 10 a un solo fármaco, 8 a 2 fármacos y 2 a 3 tratamientos diferentes. Específicamente hubo fallo a etanercept en 13 casos, a adalimumab en 6, a abatacept en 5, a tofacitinib en 3, a certolizumab pegol en 2 y a ustekinumab, golimumab e infliximab en 1 caso para cada medicamento.

Conclusiones: Este quinto reporte de EA en ER tratadas con TB confirma que si bien estos fármacos han demostrado su eficacia en el tratamiento de las ER, la aparición de EA es frecuente y se debe estar atento a su prevención (ej: vacunación, screening), rápido diagnóstico (monitoreo permanente), su tratamiento y notificación (ANMAT).

201

0201 - EVALUACIÓN DE MASA ÓSEA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

Unidad Temática 2: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral ósea- Metabolismo Fosfocálcico

MAZZA, Susana Marcela | BARBAGLIA, A | SUELDO, H | GONZÁLEZ LUCERO, L | BERTOLACCINI, M | SORIA CURI, Y | LEGUIZAMÓN, M | ESPASA, G | BELLOMIO, V. HOSPITAL A.C. PADILLA

Introducción: Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tienen más riesgo de tener densidad mineral ósea (DMO) disminuida en comparación con la población general. Los factores de riesgo tradicionales, sumados a la inflamación sistémica crónica que altera el balance osteoblastos/osteoclastos, y el uso de medicamentos como corticoides e inmunosupresores, serían las causas de la pérdida de masa ósea en estos pacientes.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de densidad mineral ósea (DMO) baja en pacientes con LES y analizar los factores asociados.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y se incluyeron pacientes mayores de 18 años con LES (criterios ACR 1982/97 y/o SLICC 2012) que asistieron al consultorio de reumatología entre diciembre de 2017 y junio de 2019. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, relacionadas a la enfermedad, menopausia y uso de fármacos relacionados a baja masa ósea. Se realizó densitometría ósea por DEXA a todos los pacientes y se recolectaron variables relacionadas a metabolismo fosfocálcico. Baja DMO se definió en premenopáusicas por puntaje Z score >= -2,0 DE y en postmenopáusicas por puntaje T score >= -1. Se excluyeron pacientes < 18 años, con enfermedad oncológica, enfermedad renal crónica distinta a nefropatía lúpica, enfermedades óseas metabólicas, diagnóstico de osteoporosis o densidad mineral ósea baja previo al diagnóstico de LES.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (67% mujeres, edad media 44.5 ± 11.5 años, duración media de la enfermedad 13.9 ± 8.6 años). El 50% de las pacientes (n=33) eran menopáusicas y 14 tuvieron menopausia precoz. El tiempo medio de evolución de la misma fue 10.3 años. Un 10.5 % presentó fracturas patológicas. El 62% presentó sobrepeso (IMC 25-29.9). De los fármacos asociados a baja densidad mineral ósea, el más frecuente fue el uso de inhibidores de la bomba de protones en 62%. La dosis media de corticosteroides acumulada fue 13.4 g (±14,2). Los valores de vitamina D, PTH y calcemia fueron similares entre las pacientes con y sin menopausia. La prevalencia de densidad mineral ósea baja fue 75.8% [IC95% 65.4-86.1]. De ellas, 8 fueron premenopáusicas y 42 postmenopáusicas. Sexo femenino se asoció a baja densidad mineral ósea (p<0.05). Densidad mineral ósea cortical baja estuvo presente en 38 pacientes (33 con osteopenia y 5 con osteoporosis). Densidad mineral ósea trabecular baja se encontró en 38 pacientes (29 osteopenia y 9 osteoporosis). Baja densidad mineral ósea (osteoporosis y osteopenia) no se asoció a dosis acumulada de corticoides, presencia ni tiempo de menopausia (p NS). Tampoco se encontró asociación con niveles de PTH, Vit D y calcemia (p NS).

Conclusiones: La prevalencia de baja densidad mineral ósea fue alta (75.8%) y se asoció a sexo femenino.

203

0203 - FACTORES PRONÓSTICO DE VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

PEREZ, Nicolas | GARGIULO, M.A | SUAREZ, L | COLLADO, M.V | KHOURY, M | GOMEZ, G.

INSTITUTO LANARI

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA (GPA, PAM, EGPA y VLR), afectan vasos de pequeño y mediano tamaño causando inflamación y necrosis con manifestaciones sistémicas.

Objetivos: Identificar factores pronóstico en pacientes con vasculitis asociadas a ANCA seguidos en un hospital universitario.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA confirmada por biopsia y/o con positividad para ANCA por IFI y/o PR3/MPO por ELISA, entre julio de 1984 a marzo de 2019. Se recolectaron datos al momento del diagnóstico: edad, género, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, tipo de vasculitis y tratamientos recibidos. Se calculó score de BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score) y FFS 2009 (Five Factor Score). Se informan media \pm desvío estándar o mediana y rango para variables numéricas y porcentaje en las categóricas. El análisis de supervivencia se realizó con técnicas de Kaplan-Meier. Se definió el tiempo de seguimiento en años desde el diagnóstico hasta el fallecimiento o hasta la última evaluación clínica disponible en la historia clínica. Para analizar relación de diferentes factores con mortalidad se utilizó análisis proporcional de Cox. Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (28 mujeres y 19 varones), edad promedio al momento del diagnóstico de 53,5 \pm 16,5 años. En A 20 pacientes se diagnosticó GPA (42,5%), en 17 PAM (36,2%), 6 con VLR (12,8) y en 4 EGPA (8,5 %). La mediana de BVAS al diagnóstico fue 14 (4-42). FFS de 0 en 11 pacientes (23,4%), 1 en 19 (40,4%) y 2 en 17 (36,2%). El 29,7% presentó hemorragia alveolar. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 35,5 (0,14-234) meses. Fallecieron 9 pacientes (4 GPA y 5 PAM), con una tasa de mortalidad de 3,5 por cien pacientes-año de seguimiento en todo el grupo y fue similar en subgrupos según género y BVAS al diagnóstico. Según tipo de diagnóstico, las tasas fueron de 6,9 por cien personas-año en PAM y 2,9 por cien personas-año en GPA (p=0,074). Según FFS, las tasas fueron 2,4 por cien personas-año con FFS=1 y 10,3 por cien personas-año con FFS= 2(p=0,07). Las tasas de mortalidad fueron 1,1 y 8,7 por cien personas-año en menores de 55 años y \geq 55 años, respectivamente (p=0,029). Las tasas de mortalidad fueron 10,2 y 1,1 por cien personas-año en quienes tuvieron hemorragia alveolar y los que no, respectivamente (p=0,011).

Conclusiones: Si bien por el tamaño de la muestra no se pudo ajustar resultados en un modelo multivariable, los datos sugieren que los mayores de 55 años, los pacientes con hemorragia alveolar, aquellos con FFS de 2 y con PAM presentan peor pronóstico.

206

0206 - COHORTE DE SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE INICIAN O CAMBIAN TRATAMIENTO BIOLÓGICO O SINTÉTICO DIRIGIDO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

DAL PRA, Fernando | ISNARDI, Carolina Ayelen | MACIAS OVIEDO, Lysseth Leonela | CAPELUSNIK, Dafne | LUNA, Gisele Alejandra | SEVILLANO, Juan | CARRIZO ABAZAR, Virginia | CAVALIERI, Magdalena | GIORGI, Pamela | CORONEL ALE, Andrea Luján | BARBICH, Tatiana | SCHNEEBERGER, Emilee Edith | CITERA, Gustavo | ROSEMFET, Marcos

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: Las Drogas Modificadoras de la Artritis Reumatoidea (DMAR) biológicas (-b) y sintéticas dirigidas (-sd) han cambiado significativamente la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo, su alto costo y sus potenciales efectos adversos restringen su uso habitual. Algunos estudios en nuestro país han descrito el patrón de uso de estos medicamentos, con la limitante de estar basados en revisiones retrospectivas o cohortes con potenciales sesgos de inclusión.

Objetivos: Describir los datos iniciales de la cohorte Unidad Terapéutica Organizada Para la Indicación Adecuada de medicación biológica (UTOPIAmb), desarrollada para el seguimiento prospectivo de pacientes que inician o cambian DMAR-b o -sd.

Materiales y Métodos: La cohorte UTOPIAmb incluyó pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de AR ACR/EULAR2010, en que se efectivizó el inicio o cambio de DMAR-b o -sd. Se registraron datos sociodemográficos, relacionados a la enfermedad y comorbilidades, así como tratamientos previos y concomitantes. En cada visita se consignaron datos de actividad de la enfermedad por DAS28 y de capacidad funcional por HAQ. Se registraron datos ultrasonográficos basales y a los 3 a 6 meses, mediante un score semicuantitativo de sinovitis por escala de grises y de señal Doppler de poder (0 a 3 por articulación, de un total de 28). Se consignó la suspensión del tratamiento y su causa. Se utilizó estadística descriptiva para expresar los datos y las comparaciones entre grupos se realizaron por chi2, test-T o Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes. El 90,2% fueron mujeres con una mediana de edad de 61 años (RIC: 49-68). La mediana de escolaridad fue de 8 años (RIC: 6-12). Un 83,7% contaba con prepa y obra social y un 81,2% poseía certificado de discapacidad. Un 42,4% eran jubilados, 25% ocupados, 18,5% desocupados y 12% amas de casa. Respecto a la AR, 96,7% eran FR+ y 93,8% anti-CCP+, 81,2% presentaban erosiones. La mediana de tiempo de evolución fue de 14 años (RIC: 8-22). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (44%), osteoporosis (27,8%), dislipemia (23,1%), diabetes (10%) y tuberculosis latente (11%). Todos los pacientes recibieron previamente DMAR-c incluyendo metotrexato (97,8%), leflunomida (67,8%), hidralocloroquina (44%) y sulfasalazina (27,4%). Un 96,7% recibieron corticoides sistémicos. Basalmente los pacientes se encontraban con moderada a alta actividad de la enfermedad (media de DAS28: 5,02 \pm 1,26) y marcada discapacidad (media de HAQ: 1,65 \pm 1,5). Un 53,3% de pacientes fueron naive de DMAR-b o DMAR-sd y en ellos se inició tratamiento con anti-TNF (36,7%), abatacept (30,6%), inhibidores JAK (22,4%), anti-IL6 (6,1%) o rituximab (4,1%). Un 46,7% de pacientes recibieron previamente DMAR-b o DMAR-sd, y en ellos se indicó cambio a abatacept (32,6%), inhibidores JAK (27,9%), anti-IL6 (18,6%), anti-TNF (16,3%) o rituximab (4,7%). Tras 6 meses de seguimiento 11 de los pacientes (12%) suspendieron el tratamiento (5 por eventos adversos, 4 por falta de eficacia, 1 por decisión del paciente y 1 por falta de suministro). Se contaron con datos de eficacia a los 6 meses en 58% de los pacientes restantes, alcanzándose un DAS28<3,2 en un 44,7% de los mismos y un DAS28<2,6 en un 25%. Hubo una mejoría significativa del DAS28 (basal: 4,87 \pm 1,24; 6 meses: 3,6 \pm 1,22; p<0,001), que también se observó en el HAQ (basal: 1,67 \pm 0,69; 6 meses: 1,22 \pm 0,75; p=0,004). Desde el punto de vista ultrasonográfico en 16 pacientes, se observó una reducción significativa en el score de Doppler de poder (basal: 13,6 \pm 12,7; 3 a 6 meses: 4,6 \pm 4,7; p=0,005), sin hallarse diferencia en el score

213

0213 - PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS AXIAL Y PERIFÉRICA: DATOS DE UNA COHORTE NACIONAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EspA

AIROLDI, Carla Antonela (1) | MARTIRE, María Victoria(2) | GIRARD BOSCH, P(3) | BENEGAS, M(4) | SCARAFIA, S(5) | DUARTE, V(6) | COSENTINO, V(7) | MARIN, J(8) | BANDE, J(9) | GAMBA, J(10) | SOMMERFLECK, F(4) | AGUILA, R(2) | GARCIA, M(2)

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); H SMARTIN LP (2); IMP (3); SANATORIO MENDEZ (4); HOSPITAL SAN CAYETANO (5); CLÍNICA MONTE GRANDE (6); HOSPITAL RAMOS BERRI (7); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (8); H TORNU (9); H POSADAS (10); H POSADAS (11); CENTRO MÉDICO GINECOLÓGICO (12); HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (13); SANATORIO FINOCHETTO (14); SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (15); H R MEJIA (16); HOSPITAL DEL MILAGRO (17); CEMIC (18); IREP (19); IREP (20)

Introducción: Las limitaciones laborales son un punto importante a considerar en el tratamiento de la Espondilartrosis (EspA) ya que esta enfermedad afecta a personas en la etapa más productiva de la vida. La pérdida de productividad laboral conlleva costos sustanciales para los pacientes y la sociedad.

Objetivos: Valorar la productividad laboral en una cohorte de pacientes con EspA axial (EspAax) y periférica (EspAp) y su relación con actividad de la enfermedad, capacidad funcional, estado de salud y calidad de vida.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos > de 18 años con diagnóstico de EspAax y EspAp, según criterios ASAS. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características de la enfermedad y tratamientos recibidos. Se evaluó número de articulaciones dolorosas y tumefactas, entesitis según score LEI, valoración de la actividad por el paciente y médico a través de una escala visual analógica (0-100), capacidad funcional (HAQ y BASFI), actividad de la enfermedad (DAS28 y BASDAI), estado de salud (ASAS Health Index) y calidad de vida (ASQoL). Se calculó ASDAS y SASDAS. Se utilizó el cuestionario "Work Productivity and Activity Impairment Spondyloarthritis" (WPAI SpA) para valorar la productividad laboral. Análisis estadístico de los datos: Las variables numéricas se resumieron como media y desvío estándar, o como mediana y rango intercuartil (RIC). Las variables cualitativas se presentaron como distribución de frecuencia y porcentajes (%). Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para evaluar la correlación con el % de pérdida de productividad laboral total.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes, 113 presentaban EspAax (47,5%) y 125 EspAp (52,5%), 137 eran de sexo masculino (57,6%), con una media de 44,7 DE 14,4 años para EspAax y 52 DE 13 años para EspAp. En el grupo con compromiso axial el 46% estaban empleados, mientras que un 36,3% refirió haber dejado de trabajar por la enfermedad de base. La mediana de horas trabajadas fue 40 (RIC 26-45). La mediana de ausentismo fue de 0% (RIC 0-2), de presentismo 20% (RIC 5-40), la pérdida de la productividad laboral 30% (RIC 7,5-42,5) y el compromiso de las actividades de la vida diaria (AVD) 30% (RIC 10-45). Se encontró una correlación positiva entre el % de pérdida de productividad laboral y las siguientes variables: BASFI (r:0,40, p<0,004), BASDAI (r: 0,55, p<0,0002), ASDAS (r: 0,52, p<0,001), ASQoL (r:0,67, p<0,0001), BASFI (p<0,001), DAS28 (r:0,38, p<0,001), LEI (r: 0,31, p<0,002) y ASAS health index (r:0,61, p<0,001). Mientras que la correlación fue negativa con el tiempo de evolución de la enfermedad (r:-0,42, p<0,002). En cuanto a los pacientes con compromiso periférico el 47,2% estaban empleados, mientras que un 26,4% refirió haber dejado de trabajar por la enfermedad de base. La mediana de horas trabajadas fue de 30 (RIC 8-40). La mediana de ausentismo fue de 0% (RIC 0-5), de presentismo 30% (RIC 0-50), de pérdida de la productividad total 30% (RIC 5-52) y del compromiso de AVD 20% (RIC 0-40). Se evidenció una correlación positiva entre el % de pérdida de productividad total y las siguientes variables: Índice de masa corporal (r:0,31, p<0,021), Tabaquismo (paquetes/año) (r:0,30, p<0,026), EVA del paciente (r: 0,45, p<0,001), EVA del médico (r:0,46, p<0,001), HAQ (r:0,41, p<0,002), ASDAS (r: 0,58, p<0,001), ASQoL (r:0,59, p<0,0001), DAS28 (r:0,49, p<0,001), LEI (r: 0,39, p<0,003) y ASAS health index (r:0,41, p<0,001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de % de ausentismo (p<0,41), % de presentismo (p<0,64), % de pérdida de productividad laboral (p: 0,64), y compromiso de AVD (p:0,11) entre los pacientes con EspAax vs EspAp.

Conclusiones: Este estudio demostró que la pérdida de productividad laboral en esta cohorte nacional fue del 30% en ambos grupos, la misma correlación tanto en los pacientes con EspAax como EspAp con parámetros de actividad, entesitis, estado de salud, calidad de vida y capacidad funcional.

216

0216 - PREVALENCIA Y DIFERENCIAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE PACIENTES CON LUPUS, SEGÚN ETNIA, GÉNERO Y EDAD DE INICIO TARDIO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

ROJAS TESSEL, Ivana Romina | PICCO, Eugenia | BUSCHIAZZO, Emilio Andres | JUAREZ, Ricardo Vicente | ACIAR, Mariana Mabel | CUCHIARO, Natalia Lili | LENCINA, María Verónica | BELBRUNO, Leila | LECUMBERRI, Belen | CRESPO ESPINDOLA, María Elena

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es considerada la enfermedad sistémica autoinmune con mayor diversidad clínica y serológica, con curso y pronóstico variable. Las diferencias entre las manifestaciones de la enfermedad y autoanticuerpos según etnia, género y edad de inicio se han demostrado en diferentes estudios pero no siempre son consistentes entre los mismos. En la corte Latinoamericana, Gladel, 17% fueron mestizos , 10% de la población fue de sexo masculino y 5% de inicio tardío. Datos sugieren inicio más temprano en mestizos con mayor enfermedad renal y linfopenia. Los de sexo masculino se asocian a mayor fiebre, pérdida de peso y nefropatía renal, mientras que los ancianos presentarían menor compromiso de sistema nervioso central y renal.

Objetivos: Determinar la prevalencia y características clínicas de pacientes con LES de raza mestiza, sexo masculino y edad de inicio tardío en un grupo de pacientes de la ciudad de Salta.

Materiales y Métodos: se analizaron en forma retrospectiva historias clínicas de pacientes con diagnóstico de lupus según criterios ACR 82/ Eular 2012, pertenecientes tanto al Sector Público como privado de la ciudad de Salta. Se consideraron variables demográficas como edad al momento del diagnóstico, sexo, etnia, nivel de alfabetización; variables clínicas y de laboratorio presentes en cualquier momento de la evolución, tiempo de seguimiento, muerte, tratamiento previo y actual. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje, y las cuantitativas en mediana y rangos intercuartiles. Se realizaron comparaciones de variables categóricas mediante Chi2 o Test exacto de Fisher según correspondiera.

Resultados: Se analizaron 75 historias clínicas, la mediana de edad de diagnóstico de la enfermedad fue de 33 años (RIC 24-44), la mediana de seguimiento de 5 años (RIC 2-8). Diez pacientes (13,3%) de sexo masculino, 64 eran mestizos (85,3%), 7 (9,3%) fueron de inicio tardío. En cuanto a las comorbilidades 31 (41,4%) eran hipertensos, 1 (1,3%) eran diabéticos. Los pacientes de etnia mestiza vs blanca tuvieron menor prevalencia de úlceras orales (22,2% vs 71,9% p 0,006), los de inicio tardío vs temprano tuvieron menor prevalencia de Anticuerpo Sm (0 % vs 38,8% p 0,041), y los de sexo masculino menor prevalencia de rash malar (20% vs 56,9% p 0,042) y alopecia (40% vs 76,6% p 0,026). Los pacientes de sexo masculino tuvieron mayor positividad de Anticuerpos antiDna nativo (80% vs 40% p 0,036). La mortalidad global fue 5,3%, sin diferencias en género, etnia ni edad de inicio.

Conclusiones: La prevalencia de formas de inicio tardío y lupus en sexo masculino fueron similares a las encontradas en otras cortes. La raza mestiza fue mayor. Las diferencias clínicas y serológicas entre las poblaciones descriptas fueron escasas probablemente debido a un bajo número de pacientes.

219

0219 - PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: EsPA
CASALLA, Luciana | ZARATE, Lucia | GAMBIA, María Julieta | GONZALEZ, Paula Alejandra | CONLON, María Carolina | SPIAZZI, Renata Alina | MILANO, María Claudia | CAPOZZI, María Nieves
HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS
Introducción: La Espndiloartritis (EspA) asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se manifiesta de forma clínicamente heterogénea, pudiendo presentar tanto compromiso articular periférico (artralgias, artritis, dactilitis, entesitis) como axial, y con una frecuencia que oscila entre el 10-40% de los casos de EII. A nivel local, un estudio realizado en el año 2002 en nuestro país comunicó una frecuencia similar de manifestaciones reumatológicas en EII. Recientemente describimos en forma preliminar en 56 pacientes con EII, una prevalencia de EspA del 21% al aplicar los criterios de clasificación ASAS periférico y axial y los de Nueva York modificados (Nym) para espondilitis anquilosante. En esta comunicación presentamos los datos finales de dicha evaluación.
Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de EspA en pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC) según criterios ASAS y Nym. 2) Describir las características clínico-radiológicas de estos pacientes.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico de CU y EC, en seguimiento por la Sección Tubo Digestivo del Servicio de Gastroenterología de nuestra Institución, los cuales fueron derivados a la Sección Reumatología para su evaluación. Datos registrados: demográficos, características de la afección intestinal (tipo, tiempo de evolución, actividad de la enfermedad). La evaluación reumatológica incluyó antecedentes de dolor e inflamación articular, dolor lumbar inflamatorio (DLI), dolor sacroiliaco y en sitios de entesis, dactilitis, psoriasis, uretritis/cervicitis o diarrea en el mes previo, uveítis, antecedentes familiares de EspA. Se registraron datos clínicos, de laboratorio y radiológicos. En caso de requerirse, se realizó ecografía (ECO) y/o resonancia magnética (RM) articular. Se definió EspA en aquellos pacientes que cumplieran criterios ASAS periférico, ASAS axial y/o Nym. Método estadístico: estudio descriptivo de corte transversal.
Resultados: Se incluyeron 120 pacientes con EII, promedio de edad 45±15 años, 58.3% mujeres. Mediana de evolución de la EII 54 (RIC 12-108) meses; 88 (73.3%) pacientes presentaban diagnóstico de CU (83% en remisión), y 32 (26.7%) diagnóstico de EC (73% en remisión). Antecedentes de: artralgias 45%, lumbalgia 37.5% (de ellos DLI 15%), dolor sacroiliaco 4.2%, dolor en sitios de entesis 17.5%, dactilitis 2.5%, psoriasis 4.2%, uveítis 0.8%. Presentaron FR positivo el 6% de los pacientes, y se determinó HLA B27 en 27, siendo positivo en 1 de ellos. En 5 pacientes se observó sacroileítis radiológica aislada. Del total de pacientes con EII, 24 (20%) cumplieron criterios de clasificación para EspA: 20 ASAS periférico, 3 ASAS axial y Nym, y 1 paciente ASAS periférico y axial. De los 21 pacientes con EspA periférica, 12 presentaron entesitis, 8 artritis (62% en miembros inferiores), 1 dactilitis, 2 psoriasis y 1 historia de uveítis. Uno de ellos presentaba DLI y sacroileítis por RM pero no cumplió criterios ASAS axial por edad de inicio de síntomas.
Conclusiones: Observamos una prevalencia de EspA en EII del 20%, siendo la entesitis y artritis periférica las manifestaciones más frecuentemente halladas. Estos datos demuestran una frecuencia similar a la reportada en otras series. Considerando estos resultados destacamos el rol del manejo interdisciplinario de estos pacientes para el diagnóstico temprano del compromiso articular.

226

0226 - VALORACIÓN DE LA MICROARQUITECTURA ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral Ósea- Metabolismo Fosfocálcico
FLORES REYGO, Alba Daniela | LARROUDE, María Silvia | CAVALLIO, Andrea | PORTA, Sabrina Valeria | ANGELON, Erick I | ALVAREZ, Damaris I | KERZBERG, Eduardo
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJÍA. SERVICIO DE REUMATOLOGIA Y COLAGENOPATÍAS
Introducción: El estado inflamatorio sistémico de la Artritis Reumatoidea (AR), así como también algunos de los tratamientos instaurados, contribuyen a la pérdida ósea progresiva con el consiguiente aumento del riesgo de fracturas. Sin embargo, las mismas ocurren aún en pacientes con DMO normal o levemente alterada por alteración de la calidad ósea. El Trabecular Bone Score (TBS) es un índice que proporciona información sobre la microarquitectura ósea y el riesgo de fractura independientemente del resultado de la DMO.
Objetivos: Estudiar la microarquitectura ósea medida por TBS por DXA en pacientes con AR y su relación con las características de la enfermedad.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes de sexo femenino postmenopáusicas y hombres mayores de 50 años con diagnóstico de AR de acuerdo a criterios de clasificación ACR/EULAR 2010. Se realizó DMO con un equipo Lunar Prodigy advance a todos los pacientes, se consideró osteoporosis aquellos que presentaban T-score de columna lumbar o cuello femoral o cadera total < -2.5 SD, osteopenia > -1 y < -2.5 SD. Se evaluó microarquitectura ósea. Se dividió a los pacientes en dos grupos: alterada aquellos que tenían valores < 1350 y normal con TBS >1350. Se registraron variables clínicas y demográficas.
Resultados: Se incluyeron 91 pacientes (edad media 57.02 ±11.5 años, 87.91% mujeres postmenopáusicas) una mediana de evolución de la enfermedad de 11 años (RI=10). El 13.19 % tenían nódulos reumatoides, 70.33% erosiones y 96.7 % Factor Reumatoideo positivo. La actividad de la enfermedad mediana medida por DAS 28 fue de 3.17 (RI= 1.76). El 38.04% de los pacientes se encontraban recibiendo prednisona, siendo la dosis media de 2.6 mg +0.1 mg por día. De los pacientes que recibían corticoides. El 27.47% tenían osteoporosis y 42.86 % osteopenia por DMO. Recibían prednisona el 40 % de los pacientes con diagnóstico de osteoporosis, 39.5% de los que presentaban osteopenia y el 34.5% de los que tenían DMO normal. La microarquitectura ósea se encontró alterada en el 39.56% de los pacientes, siendo la media de TBS de 1.374 ± 0.12. La media de TBS en los pacientes con osteoporosis fue de 1.320 ± 0.09; en los pacientes con osteopenia 1.360 ± 0.11 y en aquellos con DMO normal 1.444 ± 0.12. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de TBS de los pacientes con osteopenia y normales (p = 0.006)
Conclusiones: El TBS es una herramienta importante para detectar pacientes con alteraciones de la calidad ósea sobre todo en aquellas que presentan un DMO normal u osteopéncia.

	TBS normal	TBS Alterado	P
Edad, media (SD)	53.49 (11.5)	62.42 (9.6)	<0.01
Sexo femenino, N (%)	67 (87%)	14 (93.3%)	0.68
Tabaquistas n (%)	8 (30.6%)	11 (14.5%)	0.06
Años de AR, media (SD)	12.14 (9.03)	12.72 (7.29)	0.76
CDAI, media (SD)	9.47 (7.90)	11.24 (11.72)	0.33
DAS28, media (SD)	3.18 (1.33)	3.50 (1.65)	0.25
IMC, media (SD)	29.70 (6.10)	27.19 (4.10)	0.03

	Media de TBS (SD)	Media de TBS (SD)	p
Erosiva	1.376 (0.11)	No erosiva 1.458 (0.19)	0.02
FR positivo	1.369 (0.12)	FR negativo 1.498 (0.15)	0.06
Corticoides < 1.377 (0.12)	Sin cortica terapia 1.368 (0.12)	0.73	
Metotrexato < 1.374 (0.12)	Sin metotrexato 1.370 (0.10)	0.91	
Biológicos < 1.411 (0.15)	Sin biológicos 1.372 (0.16)	0.49	

222

0222 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Póster
Unidad Temática: EsPA
HOJBERG, Noelia (1) | IZAGUIRRE, María Pia(1) | QUAGLIA, María Fernanda(1) | COSENTINO, Vanesa Laura(1) | TOIBARO, Javier(2) | KERZBERG, Eduardo(1) | DAFENA, Joan Manuel(3) | GONZALEZ, Paula Alejandra(4) | BENEGAS, Mariana(5) | PISSANI DELGADO, María Pia(6) | FENUCCI, Maximiliano(6) | ALONSO, Carla Gimena(7)
HOSPITAL RAMOS MEJÍA, SERVICIO DE REUMATOLOGIA Y COLAGENOPATÍAS (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); HOSPITAL E. TORNU (3); H POSADAS (4); S. MENDEZ (5); HOSPITAL CESAR MILSTEIN (6); HOSPITAL CORDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA (7)

CARACTERÍSTICA	
EDAD media (SD)	58.2 (14.2)
DURACIÓN DE APS mediana (RI) EN AÑOS med(7)	7 (4)
IMC media (SD)	29.9 (5.6)
DISTANCIA AL CENTRO EN KM mediana (RI)	12 (5)
SEXO FEMENINO (%)	58.6
EDUCACIÓN FORMAL Primaria (%)	37
EDUCACIÓN FORMAL secundaria (%)	38
EDUCACIÓN FORMAL terciario o > (%)	24

Introducción: A pesar de la importancia de la adherencia al tratamiento en las enfermedades autoinmunes, pocos estudios han examinado este tema en condiciones reumáticas crónicas y la mayoría de estos estudios han sido focalizados en el tratamiento de la AR. Hay evidencia que sugiere que una mejor adherencia al tratamiento está asociada con una reducción en la severidad de la psoriasis, aun así hay muy pocos estudios que examinen la adherencia en pacientes con dicha enfermedad. Con respecto a la Artritis Psoriásica (APs), no hemos encontrado estudios que evalúen específicamente la adherencia en esta enfermedad, tanto a nivel mundial

como en Latinoamérica.
Objetivos: 1- Describir el nivel de adherencia en una cohorte de pacientes con APS. 2- Evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento con el grado de actividad de la enfermedad. 3- Describir el grado de conocimiento que presentan los pacientes con APS sobre su enfermedad y su asociación con la adherencia al tratamiento.
Materiales y Métodos: Es un estudio transversal, multicéntrico en donde se incluyeron pacientes que cumplieran con Criterios CASPAR con al menos 6 meses desde el diagnóstico de la enfermedad. Se les proporcionó el cuestionario validado de adherencia en enfermedades Reumáticas, Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR), el cuestionario de Morisky-Green (MMS 4) y el test de batalla. Los mismos fueron evaluados por el mismo reumatólogo en una sola visita. Se recolectaron datos demográficos como edad, sexo, duración de enfermedad en años, nivel socioeconómico (años de educación, Graffar, Cobertura médica, certificado de discapacidad), actividad de enfermedad por DAPSA, capacidad funcional por HAQ, Distancia al centro de atención en KM, obesidad por IMC, comorbilidades, tabaquismo, ansiedad y depresión medidas por HADS. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.
Resultados: Se recolectaron datos de 157 pacientes con diagnóstico de APs de 4 centros de Buenos Aires y uno de Córdoba. El porcentaje de pacientes adherentes de nuestra muestra fue del 62,4% medida por MMS 4, 129 pacientes completaron correctamente el CQR arrojando un porcentaje de adherentes de 40%. El porcentaje de pacientes que cumplieran con los tres interrogantes del Test de Batalla fue de 42,6%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la actividad de la enfermedad medida por DAPSA, discapacidad funcional medida por HAQ y nivel de conocimiento de la enfermedad, medida por Test de Batalla. Hubo una tendencia a mayor adherencia en el sexo masculino y en aquellos pacientes con cobertura médica y mayor nivel de educación formal.
Conclusiones: Se considera una muestra representativa de pacientes con APs, el 62,4-40% de los pacientes fueron adherentes según MMS 4 y CQR respectivamente. Ninguna de las variables analizadas arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes. Aunque sí se observó una tendencia de mayor adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que poseían cobertura médica y mayor nivel de educación formal. Es de destacar que el 57,4% de los pacientes fueron no conocedores de su enfermedad de acuerdo al test de Batalla.

232

0232 - COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CAPILAROSCÓPICAS PERIUNGUEALES EN DIFERENTES ENFERMEDADES DE TEJIDO CONECTIVO CON O SIN FENÓMENO DE RAYNAUD: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL.

Modalidad: Póster
Unidad Temática: Estudios Complementarios
Unidad Temática 2: ETC
LIM, Romina | LONGO, Analía I | HU, María I | FLORES, Andrea | RETAMAL, Enrique I | ALVAREZ, Analía H | PENA

Tabla 1. Características demográficas (n=70)

EDAD MEDIA (SD)	Sexo
54 (11.5)	Femenino 70 (100%)
	Varón 0 (0%)
	Edad media (SD)
	60 (14.2)
	58 (14.2)
	59 (14.2)
	57 (14.2)
	56 (14.2)
	55 (14.2)
	54 (14.2)
	53 (14.2)
	52 (14.2)
	51 (14.2)
	50 (14.2)
	49 (14.2)
	48 (14.2)
	47 (14.2)
	46 (14.2)
	45 (14.2)
	44 (14.2)
	43 (14.2)
	42 (14.2)
	41 (14.2)
	40 (14.2)
	39 (14.2)
	38 (14.2)
	37 (14.2)
	36 (14.2)
	35 (14.2)
	34 (14.2)
	33 (14.2)
	32 (14.2)
	31 (14.2)
	30 (14.2)
	29 (14.2)
	28 (14.2)
	27 (14.2)
	26 (14.2)
	25 (14.2)
	24 (14.2)
	23 (14.2)
	22 (14.2)
	21 (14.2)
	20 (14.2)
	19 (14.2)
	18 (14.2)
	17 (14.2)
	16 (14.2)
	15 (14.2)
	14 (14.2)
	13 (14.2)
	12 (14.2)
	11 (14.2)
	10 (14.2)
	9 (14.2)
	8 (14.2)
	7 (14.2)
	6 (14.2)
	5 (14.2)
	4 (14.2)
	3 (14.2)
	2 (14.2)
	1 (14.2)

Introducción: La capilaroscopia es una técnica diagnóstica no invasiva, fácil y segura, diseñada para evaluar la microcirculación de pliegue ungueal. Su principal indicación es el diagnóstico diferencial entre el fenómeno de Raynaud (FR) primario y secundario. Las alteraciones de la arquitectura vascular, tales como microhemorragias, ectasias, angiogénesis y las zonas avasculares, constituyen el característico SD pattern, que se puede observar en más del 95% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Los aspectos capilaroscópicos observados en dermatomiositis (DM) y en la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC), se informan como SD pattern similar a la ES. También se han observado cambios capilaroscópicos en lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido (SAF), vasculitis y síndrome de Sjogren (SS).
Objetivos: • Comparar las características capilaroscópicas de pacientes con enfermedades de tejido conectivo (ETC) con y sin fenómeno de Raynaud. • Conocer en nuestra población, la distribución del SD pattern en las distintas enfermedades de tejido conectivo. • Determinar las manifestaciones capilaroscópicas de los pacientes con Esclerosis sistémica vs otras enfermedades de tejido conectivo.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional, realizado en el período entre abril a julio de 2019, en la sección de Reumatología del Hospital General de Agudos J. M. Penna. Criterio de inclusión: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedades de tejido conectivo (ES, DM, LES, SAF, AR, EMT, vasculitis asociado a ANCA, SS, EITC), con o sin presencia de fenómeno de Raynaud. Criterio de exclusión: Pacientes con otras enfermedades que presentan compromiso de la microvasculatura (diabetes mellitus, dislipidemia, vaculopatía periférica, enfermedades ateroscleróticas, etc). Se utilizó video-capilaroscopia (Digital Microscope, Electronix Magnifier, 500X), realizando el procedimiento 2 operadores ciegos.
Resultados: En nuestra muestra, de un total de 70 pacientes, 43 pacientes (61.5%) presentaron fenómeno de Raynaud y 27 (38.5%) ausencia del mismo; la duración del FR fue 9,9 años (118,8 meses) y una duración de la enfermedad de base de 8,1 años (97,2 meses) (Tabla 1). Las características capilaroscópicas más frecuentemente observadas en los pacientes con FR fueron: dilataciones 27 (62.8%), tortuosidades 26 (60.5%), ectasias 24 (55.8%), megacapilares 22 (51.2%), microhemorragias 13 (30.2%) y zonas avasculares 12 (27.9%), en contraposición con los pacientes sin FR donde los entrecruzamientos, ectasias, tortuosidades fueron las imágenes más observadas, con una ausencia de megacapilares, microhemorragias y zonas avasculares (Tabla 2). El SD pattern característico se observó con una amplia predominancia en la esclerosis sistémica 19 (65.5%), seguido de dermatomiositis 4 (13.7%), 3 (4.2%) de ellos correspondiendo a síndrome antinietásta (1 PL12, 2 MDAs positivos). Los patrones predominantes fueron SD pattern temprano y activo. Los patrones capilaroscópicos en la ES fueron disminución del número de capilares, ectasias, dilataciones, megacapilares y zonas avasculares (SD pattern) mientras que en las otras ETC las características más observadas fueron tortuosidades, ectasias, entrecruzamiento y dilataciones no conformando el SD pattern característico.
Conclusiones: En nuestro estudio se pudo observar que la mayoría de los pacientes con FR presentan características capilaroscópicas compatibles con SD pattern, siendo las más frecuentes: los capilares dilatados, tortuosidad, ectasias, megacapilares, microhemorragias y zonas avasculares. Esto indica que la presencia de FR se encuentra en relación con los cambios capilaroscópicos a diferencia de los que no presentan FR. Los pacientes con hallazgos compatibles con SD pattern poseen mayormente diagnóstico de esclerosis sistémica seguido de dermatopolimiositis, en especial aquellos con síndrome antinietásta, mientras que las otras enfermedades del tejido conectivo presentaron patrones inespecíficos. Dichos resultados fueron concordantes con lo observado en la bibliografía preexistente. Si bien la capilaroscopia es un estudio útil, accesible y no invasivo, todavía es necesario una mayor cantidad de estudios epidemiológicos y clínicos para poder estandarizar mejor los patrones capilaroscópicos, ya que aún no se cuentan con herramientas de clasificación y/o diagnóstico en otras enfermedades de tejido conectivo.

Tabla 2. Comparación de diferentes características capilaroscópicas en presencia o no de fenómeno de Raynaud.

	Comparación de la presencia o no de fenómeno de Raynaud	
	Raynaud (n=43)	Raynaud (n=27)
Ectasia	21 (49%)	11 (41%)
Entrecruzamiento	26 (60%)	11 (41%)
Tortuosidad	26 (60%)	11 (41%)
Megacapilares	18 (42%)	0 (0%)
Microhemorragias	13 (30%)	0 (0%)
Zonas avasculares	12 (28%)	0 (0%)

233

0233 - SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES CON ANTICUERPOS ANTI CÉLULA PARIETAL POSITIVO.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Laboratorio/ Anticuerpos/ Serología

GÓMEZ, María Gabriela | BOTTINELLI, Yanina | FERREYRA MUFARREGUE, Leila Romina | LOAYZA REYNOLDS, Grace Beatriz | SORRENTINI, Stefania Andrea | VIJODITZ, Gustavo | CAPUTO, Marina

H POSADAS

Introducción: La anemia perniciosa es la causa más frecuente de anemia megaloblástica. Se produce por disminución o ausencia del factor intrínseco (FI), generando atrofia de la mucosa gástrica, o por destrucción autoinmune de las células parietales productoras de éste a nivel de la bomba protón-potasio (anticuerpos anti célula parietal-APCA). Con frecuencia se asocia a otras enfermedades de origen inmunológico como tiroiditis autoinmune, vitiligo, Diabetes mellitus, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo, agammaglobulinemia o lupus eritematoso sistémico (LES), entre otros. Para su diagnóstico se requiere un hematócrito bajo, volumen corpuscular medio (VCM) elevado y concentraciones séricas de cianocobalamina (B12) menor a 200 pg/ml. El tratamiento tiene como objetivo no solo corregir la anemia, sino también prevenir la atrofia gástrica, el adenocarcinoma gástrico y trastornos neurológicos.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con APCA + con enfermedades autoinmunes en nuestro servicio.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 62 pacientes con enfermedades autoinmunes y APCA +, atendidos en un hospital público. Se definieron las siguientes variables: 1. Género, 2. Enfermedad autoinmune. 3. Dosis de vitamina B12: se define déficit de B12 a un dosaje = 180 Pg/ml, 4. Hematócrito: se define anemia a un hematócrito =36%, 5. VCM: se define macrocitosis a un VCM = 92 Fl, 6. Video endoscopia digestiva alta (VEDA): Gastritis atrófica, gastropatía eritematosa, gastropatía erosiva, metaplasia intestinal, 7. Presencia o ausencia de Helicobacter Pylori.

Resultados: El 96.67% de los paciente APCA + son de género femenino. La mediana de vitamina B 12 en los pacientes APCA + es de 226 pg/ml (rango IC de 155 a 343 pg/ml). La mediana de hematócrito es de 38.85% (rango IC de 36-41.15%) y el volumen corpuscular medio es de 87.35 fl (rango IC de 82-90fl). El 30% de estos pacientes presenta Helicobacter pylori en la VEDA. Las enfermedades autoinmunes asociadas fueron LES 27%, tiroiditis autoinmune 25%, Esclerodermia 20%, Sjögren 13%, vasculitis sistémica 12%, Dermatomiositis 7%, enfermedad celíaca 3%, hepatitis autoinmune 3%, síndrome Antifosfolípido 2%, miopatías inflamatorias 2%, y Enfermedad relacionada con IgG4 2%.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con enfermedades autoinmunes y APCA positivas, hemos encontrado que solo el 25% tiene anemia, el 18 % macrocitosis, y el 63% déficit de vitamina B12. En esta población se observa que la forma de presentación clásica (anemia megaloblástica con déficit de vitamina B12), no es la más frecuente. Por lo tanto, podemos concluir que es importante la sospecha y el screening en pacientes con patología inmunológica.

236

0236 - ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y SU RELACION CON FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

COLLADO, María Victoria (1) | GIORGIS, Pamela(2) | KIRMAIR, Karín Ingrid(3) | LENCINA, María Verónica(4) | PONCE DELGADO, Yessica María(5) | RILLO, Oscar L.(5) | CITERA, Gustavo(2) | INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARIUBA (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE (3); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (4); HTAL PIROVANO (5)

Introducción: El tratamiento temprano y las nuevas terapéuticas han mejorado el pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR), sin embargo, pueden existir diversos motivos que limiten la accesibilidad al mismo. Según Putrik (1) el acceso a la salud se compone de 3 dimensiones: disponibilidad (del médico y prescripción del tratamiento), asequibilidad (tipo de cobertura del paciente) y aceptabilidad (aspectos culturales del paciente).

Objetivos: Evaluar cuales son los factores que dificultan el acceso al tratamiento en pacientes con AR y al tratamiento biológico en particular.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes entre 18 y 90 años de edad, que cumplieran criterios de clasificación para AR del Colegio Americano de Reumatología 2010 y concuerdan a la consulta en forma consecutiva en 5 centros de reumatología de nuestro país, durante los meses de mayo a junio de 2019. Se excluyeron pacientes analfabets y sin tratamiento activo. Se evaluaron datos demográficos, examen físico y clinimetría. Análisis estadístico: estudio observacional de corte transversal. Estadística descriptiva, las variables continuas se compararon por prueba de t o ANOVA y las categóricas por Chi cuadrado o test exacto de Fischer. Un valor de p menor a 0,05 se consideró significativo.

Resultados: Se evaluaron 111 pacientes (87,4% mujeres). Edad mediana 56 años (RIC 45-67) y una mediana de tiempo de evolución de 86 meses (RIC 50-206). Etnia: caucásica 6,3%, mestiza 38,7%, amerindia 50,5%, no sabe 4,5%. Escolaridad: < 7 años: 27%, 7-13 años: 43,2%, >13 años: 29,7%. Trabajo: empleado 38,7%, desempleado 6,3% (3,6% a causa de la enfermedad), jubilado 30,6% (6,3%por discapacidad), ama de casa 14,4%. El 49,5% de los pacientes tenían obra social, 14,4% prepaga y 36% asistencia pública. Atención en hospital público 22,5%, hospital universitario 27%, hospital privado 35,1% consultorio particular 15,3%. Lugar de residencia: Provincia Bs. As.: 53,2%, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) 22,5% otras provincias: 24,3%. Distancia al lugar de atención: mayor a una hora 47,7% menor de una hora 52,3%. El 52,3% tenían certificado de discapacidad, el 63,8% eran FR positivo y el 66,7% anti CCP positivo. El 23,4% eran fumadores y el 48,6% presentaban AR erosiva. El 40,9% estaban en remisión por DAS28, baja actividad 13,6%, moderada actividad 32,7% y alta actividad 12,7%. Tratamiento actual: Metotrexato (MTX) 64,9%, Leflunomida 23,4%, Hidroxicloroquina 20,7%, Sulfasalazina 2,7%, corticoides 34,2%, AINES 12,6%, tratamiento biológico o sintético dirigido 33,3% (Adalimumab 29,7%, Etanercept 21,6%, Golimumab 2,7%, Certolizumab 13,5%, Tocilizumab 2,7%, Abatacept 13,5%, Rituximab 2,7%, Tocifatinib 13,5%). El tiempo de demora en conseguir el agente biológico fue significativamente mayor que en conseguir DMAR clásico (MTX el más usado) 110 ±166 vs 8.5 ±15 días respectivamente, p=0.016. De igual manera la demora en conseguir agentes biológicos de los pacientes de provincia de Bs. As. fue significativamente mayor que los de CABA (145±112 vs. 35±29, respectivamente p=0.024). No encontramos diferencias significativas en la demora al tratamiento en relación a la cobertura de salud, lugar de atención, escolaridad o etnia. Tanto los médicos como los pacientes, consideraron que hubo demora para acceder al tratamiento. Según el médico: 37,8% por demora en el diagnóstico de la AR, 31,5% demora en la derivación al reumatólogo, 11,7% falta de disponibilidad de la droga, 23,4% cuestiones administrativas, 6,3% demora en la realización de los estudios de pesquisa, 5,4% demora en conseguir turno con otros especialistas, 4,5% por razones relacionadas al paciente. Ninguno consideró que hubiese restricción para la indicación por las guías Argentinas de AR. Según el paciente, las causas de demora fueron: 11,7% por falta de cobertura, 19,8% costo elevado del tratamiento, 19,8% cuestiones administrativas, 7,2% falta de disponibilidad en farmacias.

Conclusiones: Tanto los pacientes como los médicos refirieron que hubo demora en el acceso al tratamiento, siendo la misma mayor para los tratamientos biológicos que para los DMAR clásicos. Las causas de la demora fueron diversas y con variaciones según la opinión del médico y del paciente. (1) Ann Rheum Dis 2014;73:198–206.

238

0238 - ANEURISMA CORONARIO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

BENZAQUÉN, Nadia (1) | CAVALLASCA, Javier Alberto(2) | RIERA, Julia(2) | COSTA, Cecilia Alejandra(2) | LICHERI, Alberto(1) | QUARCHONI, Esteban(1) | MUSURUANA, Jorge Luis(2) | SANATORIO DIAGNÓSTICO (1); HOSPITAL J. B. ITURRASE (2)

Introducción: Los aneurismas de la arteria coronaria (AAC) se definen como una dilatación segmentaria del vaso, con un diámetro mayor a 1,5 veces, siendo una manifestación rara de las enfermedades del tejido conectivo. Fisiopatológicamente la vasculitis coronaria causa engrosamiento de las arterias conduciendo a su oclusión y debilitando de esta forma a la capa medial de la pared del vaso. Los AAC tienen predominio masculino. El tratamiento se basa en inmunosupresores para disminuir el proceso inflamatorio subyacente.

Objetivos: Se reporta un caso de AAC en paciente con Artritis Reumatoidea (AR).

Resultados: Caso clínico Varón, 58 años. Consultó por dolor precordial de 2 horas de evolución, irradiado a miembro superior izquierdo, de aparición seriosa a esfuerzo físico. Antecedentes personales: artritis reumatoidea de 10 años de evolución, seropositiva, nodular, dislipemia; ex tabaquista. Medicación habitual: metotrexato 15 mg/semana VO, ácido fólico 5 mg/semana, leflunomida 20 mg/día, atorvastatina 10 mg/día. Examen físico: PA 115/80 mmHg, FC 100 lpm, sat O2 98%. Hiperventilación pulmonar bibasal. Resto del examen físico: normal. DAS28: 3,64. ECG: Ritmo sinusal. FC 100 lpm. Supra desnivel del ST en DII, DIII, aVF. Laboratorio: CPK MB 28 U/l. Troponina 394 ng/l. (VN: hasta 40 ng/l). Hb 13,8 gr%. GB 17.200 (N 92% L4% M 4%). Creatinina 1,20 mg%. Urea 0,36 g/l. GOT 50 U/l, GPT 54 U/l, FAL 244. VSG 68 mm/h. PCR positiva. Con diagnóstico de infarto hiper agudo Killip y Kimball I se realizó CCG: Circunfleja dilatada desde su segmento proximal a su segmento distal. En su segmento medio presenta un diámetro de 7,8 mm, considerándose dilatación aneurismática. En su segmento distal lesión que disminuye la luz del vaso de manera severa. Coronaria derecha hipoplásica con ateroma difuso. Fx de manos y pies: sin erosiones. Eco doppler de vasos del cuello: Placa ateromatosa fibroelástica que no reduce la luz en forma significativa en bulbo carotídeo derecho y carótida interna. Arterias vertebrales con flujo conservado. Eco cardiograma doppler: Función del VI conservada (60%). Insuficiencia aórtica leve. Insuficiencia mitral severa. Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado. HVI leve a moderada. Cavidades derechas normales. Hipoxiemia inferior y posterior. Disfunción diastólica grado II. TAC de cuello, tórax y abdomen: Enfisema centro lobulillar y para septal extenso. Leve derrame pericárdico. Aorta de calibre conservado a nivel torácico y abdominal. Laboratorio: Ag HBs negativo, Ac HBe negativo, VHC negativo, VDRL negativa. FR positivo. Ac anti-CCP mayor a 200 UI. ANCA negativo. Se inició anticoagulación. Por sospecha de vasculitis coronaria se decidió iniciar pulsos EV con metilprednisolona 1 gr/día por 3 días, seguidos de prednisona 1 mg/kg VO con descenso paulatino. Se inició ciclofosfamida 1 gr/mes por 6 meses. Durante el segundo pulso de ciclofosfamida, el paciente presentó cuadro de dolor urente de inicio agudo en miembro inferior derecho asociado a dificultad en la dorsiflexión del pie. EMG: signos deficitarios neurogénicos motores con denervación actual del territorio del nervio peroneo común (clático popliteo externo) compatible con lesión axonal del mismo. Tras 6 meses de pulsos con ciclofosfamida, se realizó nueva CCG, sin progresión aneurismática de arteria circunfleja. Se inició tratamiento con rituximab.

Conclusiones: La AR Se ha asociado con manifestaciones cardiovasculares que incluyen pericarditis, isquemia coronaria, amiloidosis cardíaca, arritmia, valvulopatía. La vasculitis reumatoidea sistémica se incluye dentro de las manifestaciones extra articulares. Reporta una mortalidad del 30%. Los AAC son de baja frecuencia y se requiere una alta sospecha diagnóstica. La tasa de ruptura es impredecible por lo que el tratamiento inmunosupresor es crucial.

241

0241 - CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progressiva)

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

ELIÁ MOREIRA, María Janina (1) | PORTA, Sabrina(1) | MONTOYA, Fabiana(1) | QUIROGA, Tatiana(2) | KERZBERG, Eduardo(1) | KIPRISLIAN, Juan(2) | TEIMBLUM, Marcelo(2) | VIÑAS, Anahí(2) | DERAMO, Luciana R(2) | SQUASSI, Aldo(2)

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJÍA. SERVICIO DE REUMATOLOGÍA Y COLAGENOPATÍAS (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA (2)

Introducción: En la Esclerosis Sistémica (ES) la restricción de la apertura bucal, debido al depósito excesivo de colágeno en los tejidos periorales, asociada a las complicaciones musculoqueléticas y a la sequedad oral, ocasionan aumento de anomalías orales.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes con ES. Estudiar la relación entre el compromiso oral y las características clínicas de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes que cumplieran los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES. Se registraron las anomalías orales encontradas en el examen odontológico. Se midió la apertura bucal mediante la utilización de regla curva – recta y el flujo salival estimulado y no estimulado. Se evaluó la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante la utilización de Oral Health Impact Profile- 14 (OHIP-14) el cual consta de 14 preguntas organizadas en 7 siete dominios: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía. Mediante un formato tipo Likert se determinó qué tan seguido ha ocurrido cada problema en una escala con 5 opciones: muy a menudo (4), bastante frecuente (3), ocasionalmente (2), casi nunca (1), nunca o no sabe (0). El resultado final se obtuvo de la suma de los puntajes de cada dominio. Se registraron datos demográficos, clínicos, serológicos. Se evaluó la severidad de la enfermedad mediante de Score de Medger. Se evaluaron las diferencias entre el grupo de pacientes con ES limitada y difusa.

Resultados: Fueron evaluadas 22 pacientes de sexo femenino. La edad media fue de 58.50 años (SD=13.34). El 77.27 % (N= 17) presentaban ES limitada siendo la mediana de evolución de la enfermedad de 5.50 años (RI= 4.5). Las pacientes tenían una mediana de compromiso cutáneo medido por score de Rodan mayor de 3.5 (RI=9.25). El 13.64% (n=3) eran fumadores. La mediana de años de escolaridad fue de 6 años (RI=6). El impacto de la salud bucal medido por OHIP mostró una relación estadísticamente significativa con el nivel socioeconómico medido por escala de Graffar (coeficiente de correlación de Pearson -0.3860, P =0.03). El flujo salival no estimulado mostró una relación estadísticamente significativa con la puntuación obtenida en los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 (coeficiente de Correlación de pearson -0.4377, p= 0.04)

Conclusiones: Los pacientes con ES presentan frecuentemente alteración de la calidad de vida oral, la cual se encuentra relacionada con el nivel socioeconómico. El flujo salival no estimulado se encontró más disminuido en aquellos pacientes que tenían mayor puntuación en los criterios de clasificación para ES. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la severidad de la enfermedad y en compromiso oral.

Variable	Mediana	RI
Apertura bucal ,mediana (RI) mm	40,00	8,75
Dientes con Caries	2	4
Dientes afectados	22	8,25
Numero de dientes obturados	0	3,75
Numero de dientes Perdidos	14,50	19,75
OHIP	13,00	5,44
Recuento salival no estimulado en ml	1,00	1,95
Recuento salival estimulado en ml	2,75	4,50

	ES limitada (n=17)	ES difusa (n=5)	P
Rodan, mediana (RI)	2 (6)	13(3)	0,03
Apertura bucal, mediana (RI)	35 (5)	44 (10)	0,02
Dientes afectados, mediana (RI)	22 (15)	27 (4)	0,72
OHIP, mediana (RI)	13 (5)	16 (4)	0,3
Recuento salival no estimulado, mediana (RI)	0,6 (2)	0,7 (3)	1
Recuento salival estimulado, mediana (RI)	3 (1,5)	2,5 (6,5)	0,78

242

0242 - "CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LUMBALGIA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN ESPONTÁNEA DE LA SALUD"

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

BAZZALO, Ignacio (1) | HOJBERG, Noelia(1) | GAONA, María Elena(1) | COSENTINO, Vanesa Laura(1) | ÁVILA, Andrea(1) | D'ALVIA, Lorena(1) | TOIBARO, Javier(1) | CAPANI, Francisco(2) | PEREZ LLORET, Santiago(2) | KOLLIKER FRERS, Rodolfo(1) | KERZBERG, Eduardo(1)

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J. M. RAMOS MEJÍA (1); ININCA (INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLÓGICAS (2))
Objetivos: Primario: Describir la proporción de médicos de atención espontánea que clasifican en forma correcta el dolor lumbar. Secundarios: Evaluar manejo en cuanto al diagnóstico, inicio de tratamiento, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, criterios de derivación a especialistas. Así mismo se evaluará, el grado de acierto y de equivocación, en signos de banderas rojas en dolor lumbar agudo, entre los médicos de atención y como proceden ante esta urgencia.

Materiales y Métodos: Se confeccionó un cuestionario de tipo elección múltiple dirigido a médicos que ejerzan sus actividades en atención espontánea y servicios de guardia, tanto en instituciones públicas y/o privadas del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense. Se realizó en forma anónima, a través de Survey Monkey y encuestas impresas. Las preguntas contenidas en el mismo fueron desarrolladas por médicos especialistas en Reumatología del Hospital Ramos Mejía.

Variables	Incorrecta (n=170)	Correcta (n=71)	Odds ratio (OR) (IC95%)	Valor p
Manejo inicial del dolor lumbar agudo correcto	80 (49%)	49 (69%)	DR 2.72 (1.52-4.88)	0.0006
Manejo banderas rojas	3 (2%)	1 (1%)	DR 0.83 (0.08-8.14)	0.74
Métodos diagnósticos iniciales	107 (60%)	48 (68%)	DR 1.36 (1.52-3.88)	0.293
Indicaciones de reposo	94 (53%)	47 (66%)	DR 1.75 (0.98-3.1)	0.054
Clasificación de Dolor Lumbar: Ininflamatorio	86 (48%)	37 (52%)	DR 1.16 (0.67-2.01)	0.88
Criterios de Derivación a Reumatología	55 (31%)	27 (38%)	DR 1.37 (0.77-2.43)	0.27
Manejo correcto de manifestaciones clínicas asociadas a Dolor lumbar inflamatorio	16 (9%)	10 (14%)	DR 1.65 (0.71-3.4)	0.235
Manejo de manifestaciones clínicas extraarticulares asociadas a dolor lumbar inflamatorio	26 (15%)	16 (23%)	DR 1.70 (0.84-3.40)	0.131
Manejo terapéutico inicial no farmacológico	30 (20%)	24 (34%)	DR: 1.54 (IC 95% 0.88-2.70)	0.12

Resultados: RESULTADOS: Un total de 249 médicos respondieron el cuestionario, tanto del sector público (53% como privado (49%). 148 (59%) fueron de sexo femenino, con 9.3±6.9 en promedio de años de recibido, de distintas especialidades. Los especialistas que respondieron en forma INCORRECTA ante la pregunta de cómo clasificar una lumbalgia fueron: 19 (57,6%) de los especialistas en Medicina familiar; Traumatólogos 16 (100%); Clínica médica 74 (67,3%) y otros (Cirugía General, Dermatología, Emergencia, Terapia Intensiva, Nefrología, Infectología, Urología, Otorrinolaringología) 69 (76,7%). Así mismo se evaluó si aquellos que sabían clasificar correctamente a la lumbalgia en aguda, subaguda o crónica, respondían correctamente las preguntas referentes al manejo de la misma, manejo inicial de dolor lumbar, métodos diagnósticos, criterios de reposo, criterios de clasificación y manejo de dolor lumbar inflamatorio así como conocimiento de banderas rojas. Así mismo se evaluó el manejo del dolor lumbar y su asociación de estas respuestas correctas con aquellos que clasificaban bien el dolor lumbar Tabla.

Conclusiones: A pesar de que la lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la guardia la mayoría de los médicos de atención inmediata no saben clasificarla en aguda, subaguda o crónica. Esto tiene implicancias directas en el manejo inicial de la misma y se observa una tendencia marcada a la correcta indicación del reposo y a la solicitud de métodos diagnósticos iniciales.

247

0247 - ESTUDIO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | HAYE, María | BAENAS, Diego | RISCANEVO, Nadia | NOVATTI, Elisa | SAURIT, Veronica | ALVARELLOS, Alejandro | ALVAREZ, Cecilia | CAEIRO, Francisco

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica de etiología desconocida, caracterizada por fibrosis en la piel, vasos sanguíneos y órganos internos. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es la principal causa de morbi-mortalidad en estos pacientes debido al curso progresivo donde aparecen hipertensión pulmonar (HTP) y cor pulmonar secundariamente. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el compromiso pulmonar en los pacientes con ESP a través de pruebas funcionales y tomografía pulmonar de alta resolución (TACAR).

Objetivos: ¿ Conocer la prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con ESP en nuestro medio ¿ Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes y alteraciones de pruebas funcionales asociadas a compromiso pulmonar en ESP. ¿ Identificar los patrones más comunes de EPI en TACAR. ¿ Investigar si existen diferencias demográficas, serológicas y terapéuticas en los pacientes con ES con compromiso pulmonar con relación a los pacientes con SSP sin afectación de este órgano.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo en un hospital de tercer nivel de Córdoba (Hospital Privado Universitario Córdoba) desde enero de 2009 hasta junio de 2019. La institución cuenta con un sistema de historia clínica electrónica en la cual se registran todos los datos clínicos y métodos complementarios realizados. En este estudio se va a incluir pacientes con diagnóstico ES según criterios del American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) La afectación pulmonar confirmada con TACAR, presencia de signos y síntomas respiratorios: tos seca y disnea de > 3 meses de evolución y/o alteraciones de las pruebas funcionales. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes con trastornos pulmonares no relacionados con ESP como: asma, EPOC, infecciones, neoplasias, aquellos con enfermedad de tejido conectivo subyacente y ESP sin tomografía de pulmón realizada. Análisis estadístico Se representaron las variables categóricas en porcentaje y las continuas en media y desvío estándar. Han sido comparadas con test de Chi cuadrado y exacto de Fisher y ycon tes student. Se considera p significativa aquella menor o igual 0.050.

Resultados: De 49 pacientes con ESP que contaban con tomografía pulmonar de alta resolución, se incluyeron 30 (61.2%) pacientes con diagnóstico de EPI. 29 (96.7%) fueron mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 49 ± 14.5 años, 19 (63.3%) pacientes tenían compromiso cutáneo difuso y 11 (36.7%) ES limitada. 13 (43.3%) de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo. 47% presentaron síntomas respiratorios, los más frecuente fueron: 14 (46.7%) disnea, 9 (30.0%) tos seca. El patrón tomográfico más frecuente de EPI fue NSIP 73.3%, seguido de UIP 26.7%; 24 (80%) de estos pacientes tenían espirometría realizada, 18 (75%) con patrón restrictivo, la media CVF fue de 67.6 %. De acuerdo con la severidad CVF 10 (41.7%) leve, 4 (16.7%) moderado, 4 (16.7%) severo. 22 (73.3%) fueron evaluados con DLCO, según la gravedad de la alteración 9 (40.9%) fue severa, 6 (27.3%) leve, 3 (13.6%) moderado. Test de la caminata de 6 minutos, 14 (46.7%) tenía disminución de 4 puntos sobre S02 basal. 10 (33.3%) tenían hipertensión pulmonar. Fallecieron 3 pacientes durante los 10 años de seguimiento. Se observó asociación de HTP con patrón de UIP (p: 0.0001). La comparación entre los pacientes con y sin afectación pulmonar en el análisis univariado se relacionó la presencia de compromiso intersticial pulmonar con hipertensión pulmonar y la forma difusa de la enfermedad (tabla 1).

Conclusiones: La enfermedad pulmonar intersticial en ESP se asoció a HTP y la forma difusa de la enfermedad.

244

0244 - ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CUADROS DE MONOARTRITIS AGUDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Cristalicias

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | RISCANEVO, Nadia | MILANESIO, Martín | RODRIGUEZ, Andres | AUGUSTO, Douthat | SAURIT, Veronica | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco | SAAD, Emanuel | BAENAS, Diego

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: La monoartritis es definida como la patología inflamatoria que afecta a una sola articulación, que se considera por consenso como aguda cuando tiene menos de 6 semanas de evolución. El análisis del líquido sinovial (LS) constituye una herramienta fundamental para su estudio. **Objetivos:** ¿ Determinar la frecuencia de los episodios de monoartritis aguda (MA) valoradas por el servicio de Reumatología, Traumatología e Infectología de un centro de tercer nivel de atención durante un periodo de 3 años. ¿ Valorar los sitios de monoartritis más frecuentemente afectados; describir las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y del LS en el subgrupo de MA con artrocentesis y análisis de LS ¿ Establecer el grado de correlación entre hallazgos radiográficos y del LS.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo entre enero de 2015 a junio de 2017. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con episodios de MA para el análisis descriptivo. Se realizó un subanálisis de las variables clínicas, epidemiológicas y analíticas en aquellos pacientes en los que se realizó artrocentesis y estudio de LS. Los datos se analizaron con SPSS 19; se expresaron las variables continuas como medias y desviación estándar (DS), las categóricas como frecuencias (%), se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondiera, tomando como significativo un valor de p < 0.05 con IC 95%.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes. El 75.2% (n=179) fueron hombres. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron: rodilla en 142 pacientes (59.7%), 1ª metatarsfalángica (MTF) en 47 (19.7%), hombro en 21 (8.8), codo en 17 (7.14%). Las etiologías más frecuentes fueron: gota en 30.3%, artritis séptica en 29.4%, osteoartritis en 12.2%, artritis por CPPD en 11%, traumática 6.3%, artritis seronegativa (EASN) 5%, artritis reumatoidea (AR) 2.9%, y mixta en 2.9%. En 44 pacientes con podagra no se realizó artrocentesis. Al analizar los 194 casos con artrocentesis y estudio de LS, se mantuvo la predominancia masculina (n: 135/194, 69.6%), con una edad media de 61.2 ± 17.5 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial (52.6%), hiperuricemia (26.6%), diabetes tipo 2 (23.2%), gota (17%), alcoholismo (15.8), enfermedad renal crónica (14.4%), daño renal agudo (10.3%), insuficiencia cardíaca (7.7%), trasplantes (5.1%). Un 26.6% de los pacientes tomaban diuréticos. Un 15% de los pacientes tenían prótesis articular. En los pacientes que requirieron artrocentesis, 46.4% fueron de manejo ambulatorio y 53.6% se estudiaron en el contexto de internación hospitalaria (en 11.9% de los pacientes el episodio de MA se produjo en el período perioperatorio por una causa no articular). En el grupo de pacientes con artritis séptica y cultivo microbiológico positivo (n: 70), sólo 58.6% fueron positivas en el examen directo con test de gram. El germen más frecuente fue staphylococcus aureus en 39 pacientes (55.7%). Sólo 51 pacientes fueron cultivados simultáneamente en LS y sangre; de éstos, 16 pacientes (31.4%) presentaron bacteriemia por el mismo germen aislado en LS. En 74 pacientes se realizó toilette articular (38.5%), y en un 23% de ellos (n:17) hubo un retraso en el procedimiento por no realizar estudio de LS completo en el momento de la valoración inicial, y un 2% de los pacientes sometidos al procedimiento se diagnosticó artritis microcristalina por estudio posterior del LS. Sólo hubo correlación radiológica con el LS estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con hallazgos de condrococalciosis (p<0.0001).

Conclusiones: Los episodios de MA fueron más frecuentes en hombres. Las etiologías más frecuentes fue gota, seguido por artritis séptica y artritis por CPPD. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron rodilla y 1ªMTF, pero la frecuencia de esta última disminuye drásticamente al analizar pacientes con artrocentesis y estudio de líquido sinovial, donde la rodilla y el hombro son las más afectadas. El análisis inicial de LS puede evitar el retraso terapéutico en artritis séptica o un procedimiento quirúrgico inadecuado. Sólo hubo correlación radiológica con el LS en el subgrupo de condrococalciosis.

249

0249 - FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ERRORES EN LA REALIZACIÓN DE DENSITOMETRÍA POR DXA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral ósea- Metabolismo Fosfocálcico

DÍAZ, Juan | BENITEZ, Cristian | Alejandro | BETANCUR, Graiel | VELASCO ZAMORA, Jorge | AMARILLO, Cristian

INSTITUTO CER

Introducción: La osteoporosis es un importante problema de salud pública en el mundo, con gran trascendencia clínica y socioeconómica. Es generalmente aceptado que la técnica DXA es el estándar de oro para la medición de la densitometría ósea (DMO). Este estudio permite valorar el riesgo relativo de fracturas e iniciar medidas preventivas, confirmar el diagnóstico de fragilidad ósea o monitorear respuesta al tratamiento. La calidad de la medición dependerá de factores dependientes del equipo (Técnica densitométrica), del paciente y de la imagen obtenida. El aumento del número de equipos de DXA, y técnicos operando y diferentes médicos interpretando los resultados, exige conocer las pautas actuales para elaborar un adecuado informe en base a los datos proporcionados por el equipo. Las variaciones que presentan los estudios de densitometría ósea, pueden afectar el criterio de tratamiento del paciente.

Objetivos: Evaluar la frecuencia y clasificar los errores técnicos en la realización de DMO.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes = a 18, consecutivos, que concurrían a realizarse un nuevo estudio de DMO a un centro de Reumatología entre marzo y julio de 2019. Se solicitó a los mismos resultado del estudio densitométrico previo. fueron evaluados por un técnico radiólogo ciego a los datos clínicos, diagnóstico y nuevos resultados densitométricos. Se evaluaron las densitometrías y se analizaron errores en la técnica. En columna lumbar se consideraron fallas en alineación o centrado, mala delimitación de bordes óseos, ROI (Region of interest) mal colocado, LIV (Linea intervertebral) mal colocada, No exclusión de vertebra, error en numeración de vertebrae, presencia de artefactos o movimiento y la falta de visualización de las crestas ilíacas. En cadera se consideraron fallas en centrado, Bordes Óseos, presencia de rotación deficiente o abducción, ROI mal colocado, inclusión de isquion y presencia de artefactos o movimiento. Se clasificaron por tipo de error

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes, 99,1 % de sexo femenino, con una m de edad de 64.6 años (RIC 61-69). Se analizaron 123 densitometrías de columna lumbar y 121 de cadera. En columna lumbar se hallaron errores de medición en el 84,6% de los informes. Los errores detectados fueron falta de exclusión de vertebra 48% (n=59); LIV mal colocada 42,3% (n=52); Bordes óseos mal delimitados 28,5% (n=35); Fallas de centrado 26,8% (n=33); fallas en alineación 11,4% (n=14) ;falta de visualización de las crestas ilíacas 11,4% (n=14) ROI mal colocado 8,9% (n=12), error en numeración de vertebrae 7,3% (n=9) y presencia de artefactos 0,8% (n=1). En cadera se hallaron errores de medición en el 86,7% de los informes. Los errores se clasificaron en ROI mal colocado 42,5% (n=51);Falla de centrado 30,8% (n=37), abducción/Aducción 30,8 (n=37),presencia de rotación deficiente 20% (n=24),inclusión de isquion 19,2% (n=23) y Bordes óseos mal delimitados 5% (n=6).

Conclusiones: Se detectaron errores en un 80% de las DMO analizadas acorde a lo reportado en la bibliografía. Los errores más frecuentes fueron la falta de exclusión de vertebra en columna lumbar y ROI mal colocado en cadera. Se precisan controles más estrictos para evitar errores diagnósticos. La capacidad de leer un estudio densitométrico, más allá de los datos proporcionados por el informe y detectar errores de medición ofrecen un beneficio adicional para el médico.

250

0250 - ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DE LA ENFERMEDAD PSORIASICA EN ARGENTINA. COHORTE GEMINIS.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

BENITEZ, Cristian Alejandro | BETANCUR, Graciela V. | RETA, Nadia | OGGERO, Marina | VELASCO ZAMORA, Jorge

INSTITUTO CER

Introducción: La artritis psoriasisica es una enfermedad multisistémica y las guías internacionales aconsejan un abordaje multidisciplinario. Se reportó que hasta el 29% de los pacientes con Psoriasis cutánea (PS) atendidos en clínicas de dermatología tenían APs (Artritis psoriasisica) no diagnosticada. Los datos publicados han reportado menor retraso diagnóstico, mayor número de tratamientos sistémicos y niveles elevados de satisfacción entre los pacientes. En la actualidad no existen reportes de este tipo de atención en nuestro país.

Objetivos: Desarrollar una unidad de abordaje multidisciplinario para pacientes con enfermedad psoriasisica (APs y/o Ps).

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con PS y/o APs según criterios CASPAR o ASAS 2009 según corresponda. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, compromiso extrarriticular, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento. Se realizaron los índices cutáneos PASI, BSA y NAPSÍ y los cuestionarios DLQI y HAQ.

Resultados: Se evaluaron 55 pacientes continuos con enfermedad psoriasisica de los cuales el 58,2% (n= 32) fueron mujeres. La m de edad fue 50,8 años (RIC 42-59), la mediana de tiempo de evolución de enfermedad fue de 18 años (RIC 1,5-32) para Ps y de 1 año para APs (RIC 1-5). La frecuencia de APs fue 60% (n=33) y de PS de 40% (n=22). Se observó un 20% (n=11) de HTA, DBT 5,5% (n=3) y una frecuencia de pacientes con ambas patologías de 5,5% (n=3), no se registraron eventos cardiovasculares. La frecuencia de tabaquismo actual fue de 21,8% (n=12), ex tabaquista 21,8, % (n=12) y la media de pack years fue de 21,43 (RIC 5-41). El 88,2% (n=45) de los pacientes fue sedentario y el 5,9% (n=3) de los pacientes realizaban actividad física regularmente. Se reportó una m BMI de 29 (RIC 25-33). Entre los pacientes con APs el 6,1% (n=2/33) fueron HLAB27positivos y Presentaron dolor Lumbar inflamatorio 21,8% (n=12), Dactilitis 14,6% (n=13) y no se observaron uveítis ni entesitis. La m de BASDAI fue 3,7 (RIC 1,6-6,7); BASFI m 2,8 (RIC 0,7-4,2), DAS28 m 2,3 (RIC 1,8-2,5) y alcanzaron respuesta MDA el 30% (n=9). La m de BSA fue 4,4% (RIC 1-8,2); NAPSÍ m 3,8 (RIC 0-4), DLQI m 2 (RIC 0-4). Recibían Metotrexato el 38,2% (n=34), Corticoides orales 1,8% (n=1) y DMARDb 18,2 % (n=10) de los cuales el 40% (n=4) recibió Etanercept, Adalimumab 30% (n=3), Secukinumab 30% (n=3). Los tratamientos tópicos fueron calcipotriol 48,1% (n=13), corticoides tópicos 29,6% (n=8), ácido salicílico 11,1% (n=3) y tratamientos tópicos combinados 7,4% (n=2)

Conclusiones: En este estudio observamos una baja actividad de enfermedad cutánea y articular, con mayor frecuencia de tratamiento sistémico y menor indicación de DMARDb, lo que podría reflejar los beneficios del abordaje multidisciplinario.

251

0251 - SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

MARTINEZ, María Florencia (1) | ARGENTO, María Cecilia(1) | RUFFINO, Juan Pablo(1) | RINGER, Ariana(1) | CUADRANTI, Nadia(1) | ROLLA, Ignacio(1) | CHULIBERT, Serenela(1) | CARBONE, Diana(1) | MILANESIO, Julieta(1) | ROMBO, Graciela(1) | CORTESE, Noel(1) | PALATNIK, Mariano(1) | LAGRUTTA, Mariana(2) | PARODI, Roberto(2) | GRECA, Alcides(2) | ABDALA, Marcelo(1)

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (1); SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CENTENARIO, ROSARIO (2)

Introducción: El síndrome metabólico (SM) se caracteriza por un grupo de alteraciones metabólicas como la adiposidad central, dislipidemia, hiperglucemia y presión arterial elevada. Actualmente es considerado como un factor de riesgo para stroke, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular. La prevalencia en adultos de Argentina es del 27,5%. La Artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por inflamación poliarticular. El desarrollo de SM en pacientes con AR se debería a la alteración de la grasa corporal que se asociaría con estados de inflamación crónica, dado que las citocinas inflamatorias podrían inducir resistencia a la insulina en los tejidos adiposos y musculares. Sin embargo su relación con la prevalencia de SM aún no ha sido aclarada totalmente, por lo que es de suma importancia identificar la situación actual en nuestro medio.

Objetivos: Determinar la frecuencia de SM en pacientes con AR y describir sus características demográficas, clínicas, analíticas, terapéuticas y evolutivas. Analizar las características que se asocian al desarrollo del SM su relación con eventos cardiovasculares (CV).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y analítico, de corte transversal, observacional. Se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes que acudieron a los consultorios externos de reumatología desde el 1 julio al 30 noviembre de 2018 que cumplieran con criterios ACR/EULAR 2010 para el diagnóstico de AR y que brindaron su consentimiento informado para participar en el estudio. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades inflamatorias concomitantes. Se definió SM según las recomendaciones de las guías de Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 2010. Análisis estadísticos realizados: Chi cuadrado, test de Fisher o prueba t de Student, utilizando el programa IBM SPSS. Se consideró significativo p<0,05.

Resultados: Se recolectó información de 99 pacientes con AR. La edad media fue 50,2 ± 11,6 años, siendo 85,9% mujeres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue 8,58 ± 7,64 años. Un total de 55% presentan SM. El 76% presenta obesidad abdominal, 53% triglicéridos elevados, 52% colesterol HDL bajo, 68% presión arterial elevada según la definición de síndrome metabólico y 22% alteración en la regulación de glucosa. El 31% de los pacientes tenía diagnóstico previo de hipertensión arterial, y el 10 % de los pacientes usaba estatinas. No encontramos relación entre la presencia de SM y la edad, sexo, evolución o actividad de la enfermedad, ni los marcadores biológicos de actividad. En cuanto al tratamiento en el último año, 86% de los pacientes estaban bajo tratamiento con una dosis de prednisona de 5 mg. No encontramos diferencias significativas en la dosis actual de corticoides entre los pacientes con y sin síndrome metabólico (p=0,944). El DMARD más utilizado fue el metotrexato (MTX) en 91%, siendo significativamente menor su uso en pacientes con SM (p=0,037). Se observó la presencia de enfermedad CV en 3 de 54 pacientes con SM versus 1 de 45 pacientes sin SM, sin significación estadística (p=0,624).

Conclusiones: Dada la alta prevalencia del SM en pacientes con AR, destacamos la importancia la importancia de considerar el SM en el manejo de todo pacientes con artritis reumatoide.

252

0252 - LEUCEMIA DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES QUE SIMULABA UN SÍNDROME DE FELTY EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

AICARDI, Pedro I | DELLA MAGGIORA, Maricel | MORON, María Ines | NOYA, Laila | TAKASHIMA, Lorena | VERANDO, Marcela

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Introducción: La Leucemia de Células Grandes Granulares es poco frecuente, representa el 2 - 5 % de todos los trastornos linfoproliferativos y se presenta en el 0,6 % de los pacientes con Artritis reumatoidea. En general se observa en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) de larga evolución. Clínicamente se presentan con neutropenia, incremento de infecciones bacterianas y esplenomegalia. Se diferencia del Síndrome de Felty por presencia en sangre periférica y médula ósea de una expansión clonal de linfocitos atípicos con fenotipo específico.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con Leucemia e Células Grandes Granulares en un paciente con AR de larga data.

Materiales y Métodos: Paciente con Síndrome de Felty que desarrolla una leucemia de Células Grandes Granulares en contexto de Artritis reumatoridea de largo tiempo de evolución.

Resultados: Paciente de 71 años con artritis reumatoidea de 20 años de evolución con buena respuesta a metotrexato 15 mg/sem y ácido fólico sin requerimiento de antiinflamatorios. En los últimos 2 años se agrega neutropenia y esplenomegalia por lo que se lo asume como Síndrome de Felty en primera instancia pero ante reiteradas infecciones se realizan estudios de sangre periférica y de médula ósea en la que se observa expansión clonal de linfocitos atípicos con fenotipo específico para Leucemia e Células Grandes Granulares (CD3 y CD8). Se lo medica con ciclofosfamida con buena respuesta durante 5 meses pero luego presenta neumonía sin respuesta a múltiples tratamientos con el consecuente óbito en la última intención.

Conclusiones: La Leucemia e Células Grandes Granulares es un desorden linfoproliferativo cuya presentación clínica es similar a la del Síndrome de Felty que debe ser valorado en los pacientes con Artritis reumatoidea ya que es la asociación más frecuente. Si bien la LCGG por sí es un desorden linfoproliferativo de bajo grado sus complicaciones debido a la neutropenia severa pueden ser fatales.

253

0253 - MANIFESTACIONES DIGESTIVAS EN ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Esp (esclerosis Sistémica Progresiva)

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | BAENAS, Diego | RISCANEVO, Nadia | NOVATTI, Elisa | ALVAREZ, Cecilia | ALVARELLOS, Alejandro | CAEIRO, Francisco | SAURIT, Veronica

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica de etiología desconocida, caracterizada por fibrosis en la piel, vasos sanguíneos y órganos internos. La afectación de tracto gastrointestinal se ha visto hasta 90 % de los pacientes y representa la primera causa de morbilidad y la tercera causa más común de mortalidad.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar el compromiso del tracto gastrointestinal en los pacientes con ESP a través de los siguientes estudios: tránsito esofagogastroduodenal, endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo en un hospital de tercer nivel de Córdoba (Hospital Privado Universitario Córdoba) desde enero de 2009 hasta junio de 2019. La institución cuenta con un sistema de historia clínica electrónica en la cual se registran todos los datos clínicos y métodos complementarios realizados. En este estudio se va a incluir pacientes mayores de 18 años con diagnóstico ES según criterios del American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism (ACR/EULAR), los cuales presentaban síntomas digestivos con los siguientes estudios realizados: tránsito esofagogastroduodenal, endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja. Análisis estadístico Se representaron las variables categóricas en porcentaje y las continuas en media y desvío estándar. Han sido comparadas con test de Chi cuadrado y exacto de Fisher y con tes student. Se considera p significativa aquella menor o igual 0.050.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes con diagnóstico de ESP, 63 (86,3%) pacientes presentaban síntomas gastrointestinales, los más frecuentes fueron: reflujo 27 (42,8%), disfagia 17 (27%), trastornos de hábito evacuatorio constipación 10 (15,9%), diarrea xx (%), alternación de hábito evacuatorio xx (%). Al analizar los 40 (63%) casos que fueron estudiados, se mantuvo la predominancia femenina (n: 39, 97,5%), con una edad media de 47,6 ± 15,9 años. Tránsito esofagogastroduodenal 12 (30%) presentaban alteración de la motilidad. VEDA 13 (32,5%), lesión en esófago 45% (esofagitis 32,5%, esofagitis infecciosa 7,5%, esófago Barrett 5%) gastritis 9 (22,5%), GAVE 4 (10%), telangiectasia 2 (5%). Colonoscopia 35%: divertículos 7 (17,5%), pólipos 4 (10%) y angiodisplasia 3 (7,5%). 2 casos con diagnóstico de hepatitis autoinmune con anticuerpos antimitocondrial positivo, 2 casos sobrecrecimiento bacteriano. La comparación entre los pacientes con y sin compromiso gastrointestinal se encontró correlación con anemia.

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales en ESP fueron más frecuentes en la forma limitada de la enfermedad, el órgano más afectado el esófago. El compromiso gastrointestinal se asoció con anemia.

255

0255 - DAÑO ORGÁNICO (SLICC / ACR DI) A 20 AÑOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

CALVO, Romina Andrea (1) | GALLO, Jessica(2) | BENAVENTE, Emilio(3) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | PAIRA, Sergio(1) | CARRERA, Elena(4) | COSTA, Lucas(4)

HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (1); HOSPITAL RECONQUISTA (2); UNIDAD DISTRITAL N° 8 EVA PERÓN (3); UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA UNL-FCM (4)

Introducción: La mortalidad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ha disminuido en las últimas décadas, presentando una mayor supervivencia. Esta mayor supervivencia conlleva un mayor daño acumulativo (por la enfermedad y/o por el tratamiento) Muchos de los estudios de daño realizados han sido transversales y se han seguido a los pacientes por períodos relativamente cortos.

Objetivos: Realizamos este trabajo para observar el patrón de daño acumulado en una cohorte de pacientes seguidos durante 20 años.

Materiales y Métodos: Estudio de una cohorte de seguimiento retrospectivo. Se incluyeron pacientes con LES (Criterios ACR 1982 y 1997) vistos entre los años 1988 y 1998. Se consideraron sexo, edad al momento del diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad hasta la primera visita y tiempo de seguimiento, tratamientos recibidos, índice de actividad (SLEDAI) al momento del diagnóstico y el índice de daño durante los 20 años de seguimiento, evaluando dominios comprometidos e ítems dentro de cada dominio. Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar. Cuando se consideró adecuado, la media fue acompañada de su respectivo intervalo de confianza del 95%. Las variables cualitativas se describen con frecuencias relativas porcentuales.

Resultados: Se evaluaron 66 pacientes, de los cuales 22 fueron seguidos por 20 años. El 95,5% fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico de 26,8 años y una media de tiempo de evolución hasta la primera consulta de 57,8 meses. La media de SLEDAI fue de 9,7 ± 4,2. La prednisona fue indicada en el 95,5% de los pacientes y los antiinflamatorios en el 91% de ellos. La media de SDI de la cohorte fue aumentando en el tiempo desde 0,23 durante el primer año hasta 3 en el año 20 de evolución. Los dominios renal, Musculoquelético, neuropsiquiátrico y cardiovascular fueron los más comprometidos durante el seguimiento; y los ítems proteinuria, artritis, deterioro cognitivo y afectación valvular, predominaron dentro de éstos.

Conclusiones: El Daño acumulado en nuestros pacientes fue creciendo gradualmente durante los años de seguimiento, con una media de SDI desde 0,23 a 0,27; 1,0; 2,32; 2,55 y 3,0 en el 1°, 2°, 5°, 10°, 15° y 20° años, respectivamente. Opuestamente al estudio de Gladman y Col., el compromiso renal y Musculoquelético fueron los dominios más comprometidos en nuestra serie. Ambos dominios fueron predominantes durante toda la evolución de los pacientes. Los dominios ocular, gonadal, malignidad y diabetes fueron menos comprometidos. Este grupo fue seleccionado para evaluar las consecuencias a largo plazo de los pacientes con LES.

257

0257 - EFECTO DE TOFACITINIB EN LA ACTIVACIÓN DE LINFOCITOS T EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ALAMINO, Vanina Alejandra (1) | ONOFRIO, Luisina(1) | ZACCA, Estefanía Raquel(1) | FERRERO, Paola Virginia(1) | ACOSTA, Cristina(1) | COSTANTINO, Alicia Beatriz(1) | GARCIA ORO, Agustina Milagros(1) | RETA ARBO, Lucas(1) | WERNER, Marina Laura(1) | CADILE, Isaac Ignacio(1) | ONETTI, Laura Beatriz(1) | MUSSANO, Eduardo(1) | GRUPPI, Adriana(2) | ACOSTA RODRIGUEZ, Eva(2)

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC-CIBICI (2)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune de etiología desconocida. La inflamación y el daño del tejido característicos están mediados por varios tipos de células, incluidos los linfocitos (L) T y B, monocitos, macrófagos, fibroblastos y osteoclastos. El tratamiento actual de la AR puede incluir fármacos biológicos como los inhibidores de TNF (anti-TNF) o moléculas pequeñas inhibidoras de Janus quinasas (Jak) que complementan la terapia estándar con metotrexato (MTX) u otros DMARDs. Tofacitinib (Tofa) es un inhibidor selectivo de Jak-1 y Jak-3 involucradas en la señalización intracelular de múltiples citoquinas relacionadas con la patogenia de AR. Tofa se utiliza en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerante a uno o más DMARDs. Los efectos adversos más comunes consisten en infecciones, de gravedad leve o moderada con incremento en la incidencia de infección por herpes zoster. Los LIT tanto CD4+ como CD8+ son células inmunes involucradas en la patogenia de la AR cuya activación requiere señales a través de su receptor antígeno (TCR) en concierto con señales costimuladoras mediadas por las moléculas CD27 y CD28. La disminución y pérdida en la expresión de CD27 y CD28 identifican el estadio final de diferenciación de los LIT, caracterizado por una pobre respuesta efectora y susceptibilidad a la muerte celular. A pesar de los numerosos estudios sobre el efecto de Tofa en el sistema inmune, el conocimiento sobre los efectos del mismo en la diferenciación y activación de los LIT en AR es escaso.

Objetivos: Estudiar el efecto de Tofa en la activación y diferenciación de los LIT in vivo en pacientes con AR y en experimentos in vitro con células de donantes sanos (CS).

Materiales y Métodos: Para el estudio observacional en pacientes con AR, se reclutaron 31 individuos controles sanos y 106 pacientes con AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, 41 sin Tx (AR), 35 tratados con DMARDs, 22 con anti-TNF+/DMARDs y 8 tratados con Tofa+/DMARDs. Criterios de exclusión: infecciones en curso, otras enfermedades autoinmunes, vacunación en los 2 meses previos a la extracción de sangre, embarazo. Los individuos reclutados firmaron un consentimiento informado y se les extrajo sangre por punción venosa. Se estudiaron 82 variables bioquímicas e inmunológicas que incluyeron estudios fenotípicos de LIB y T mediante citometría de flujo en células de sangre entera y cuantificación de mediadores séricos por ELISA. Se realizó un análisis multivariado a través de un análisis de componentes principales (ACP). También se realizaron ensayos in vitro para evaluar el efecto directo de Tofa en la activación de LIT CD4+ y CD8+ purificados con perlas magnéticas a partir de células monoclonales de sangre periférica de CS. Las poblaciones puras fueron estimuladas con mitógenos (anti-CD3 y anti-CD28) en presencia de distintas concentraciones de Tofa (1, 10 y 25 µM) durante 3 días, y luego se analizaron marcadores de diferenciación (CD27 y CD28), activación (CD25) y proliferación (Ki-67) mediante citometría de flujo.

Resultados: El ACP demostró que las 82 variables analizadas explican aproximadamente el 70% de la varianza. Las principales variables que diferencian a los grupos CS, AR, DMARDs, anti-TNF+/DMARDs y Tofa+/DMARDs están relacionadas con la activación y diferenciación de los Li. En este sentido, los pacientes tratados con Tofa presentaron un aumento significativo en el porcentaje de LIT CD4+ con características de diferenciación terminal (CD27-CD28- p<0.01) y disminución significativa de la citoquina inflamatoria IL-22 (p<0.001). Por otro lado, resultados obtenidos del ensayo in vitro demostraron que Tofa redujo la activación de los LIT CD4+ y CD8+, evidenciado por la disminución de expresión de CD25 y la frecuencia de células Ki-67+. Además, Tofa aumentó el porcentaje de células CD27-CD28- en LIT CD4+ y CD8+ e incrementó la muerte en dichas células de acuerdo ensayos de viabilidad. Los efectos observados fueron dosis-dependientes.

Conclusiones: A través del estudio observacional en pacientes y los ensayos in vitro, concluimos que Tofa sería capaz de alterar la diferenciación y activación de los LIT. Hipotetizamos que éste podría ser un mecanismo adicional subyacente a la eficacia de esta droga en AR, como así también participar en sus conocidos efectos secundarios.

259

0259 - LOS TÍTULOS DE ACPA Y LOS NIVELES DE COLESTEROL COMO PREDICTORES DE BUENA RESPUESTA CLÍNICA AL AÑO DE TRATAMIENTO. ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICO EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Laboratorio / Anticuerpos / Serología

TORRES CHICHANDE, Jessica Carolina I | RUTA, Álvaro I | SANCHEZ PRADO, Einer I | RUTA, Santiago I | SALVATORI, Facundo I | AGUIERRE, Dario I | MAGRI, Sebastian I | GARCIA SALINAS, Rodrigo

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: La positividad de auto anticuerpos, las erosiones, el nivel de actividad y la capacidad funcional fueron clásicamente definidos como criterios de mal pronóstico en artritis reumatoide. Sin embargo muchos de ellos también predicen buena respuesta al tratamiento. La paradoja de los lípidos también nos puede dar un indicio del nivel de actividad.

Objetivos: Estimar la proporción de pacientes que logran remisión o baja actividad por CDAI y SDAI al año en una cohorte de pacientes con AR. Evaluar el impacto de los títulos de ACPA basales y el nivel de colesterol total en la respuesta al tratamiento.

Diag menos 12 meses (%)	22,7	Edad (RIC)	57 (43-64)
Femenino (%)	83	Escalaridad (RIC)	12 (8,5-15)
FR+ (%)	68,4	Evolución meses (RIC)	48 (12-84)
ACPA + (%)	59,2	Pos (DS)	7,64 (3,3-13,3)
Doble-sero+ (%)	54	FR (RIC)	34,5 (11,8-132)
Seronegativo(%)	26,3	ACPA (RIC)	28 (0,5-184)
PCR + (%)	27,6	Colesterol (RIC)	185 (163-223)
Comorbilidades (%)	59,2	ERS (RIC)	25 (10,5-40,7)
Enf. Pulmonar (%)	10,5	PCR (RIC)	3 (1-7)
Iniciar DMAR (%)	89,5	CDAI (DS)	14,4 (8,9)
Prednisona < 10 (%)	22,4	SDAI (DS)	15 (9,3)
Prednisona > 10 (%)	4	DAS28 (DS)	3,88 (1,2)
Biológico-DMARD (%)	75		

Materiales y Métodos: Estudio observacional, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaban al programa Reumacheck, en la primera visita se realizaba estudios de laboratorio (incluyendo CDAI y colesterol total: CT). Rx de manos y pies, ecografía de manos, y entrevista médica, donde se recabaron datos sociodemográficos

(edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos), datos clínicos (tiempo de evolución, comorbilidades, antecedentes familiares) y climétrica (recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios y evaluaciones, los niveles de ACPA se midieron en títulos y se los dividió en cuartiles (1: 0-5, 2:5-50, 3:50-200, 4:>200). A los que se le diagnóstico AR al año se le realizó un nuevo control (FR y ACPA) donde se recabaron los mismo datos de laboratorio, clínicos y de tratamiento, y se calculó CDAI y SDAI remisión y baja actividad (LDA). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2 y prueba exacta de Fisher. Test T de student y Mann Whitney. Regresión logística múltiple, se considero un p significativa menor a 0,05. Análisis de curva ROC para estimar los valores de corte para ACPA y colesterol.

Resultados: De los 140 pacientes diagnosticados con AR entre 2017 y 2018, 76 realizaron un nuevo chequeo al año. La características basales se observan en la tabla 1. Lograron al año CDAI – SDAI remisión, CDAI-SDAI LDA (%): 21, 22,4, 55,3, 55 respectivamente. Alcanzar CDAI LDA (≤ 10) se asoció en basal: a CDAI (si-no) 64,4% p 0,05 RR 2,5 (1,02-6,4), ACPA cuartil 3-4 76,5% p 0,016 RR 3,3 (1,2-11,5), ACPA título 79,5 vs 3,95 p 0,04, inicio de anti TNF 66% p 0,04 RR 2,6 (1,3-6), niveles CT 185 vs 207 p 0,04, HAQ 0,5 vs 0,8 p 0,047 y articulaciones inflamadas 1 (0-3) vs 2 (0-6) p 0,05. CDAI remisión (≤ 8) se asoció solo a niveles de colesterol total basal menores: 170 (38) vs 202 (47) p 0,025. Alcanzar SDAI LDA (≤ 11) se asoció en basal a: ACPA (si-no) 69% p 0,05 RR 2,5 (1,01-6,4), ACPA cuartil 3-4 76% p 0,016 RR 3,3 (1,2-11), ACPA título 80 vs 3,45 p 0,047, inicio de anti TNF 67,7% p 0,04 RR 2,6 (1,2-6), niveles CT 184 vs 206 p 0,04, HAQ 0,5 vs 0,78 p 0,047 y articulaciones inflamadas 1 (0-3) vs 2 (0-6) p 0,05. SDAI remisión (≤ 3,3) se asoció solo a niveles de colesterol total basal menores: 168 (36) vs 203 (47) p 0,025. Se confeccionaron 2 modelos de regresión logística, donde se incluyeron las variables predictoras: sexo, edad, dislipemia, uso de estatinas y tratamiento, tanto para CDAI y SDAI - LDA: se asoció en forma independiente con ACPA cuartil 3-4 p 0,02 expB 3 y colesterol elevado p 0,016 expB 0,21 En el análisis de curva ROC se estimó el mejor valor de corte para el nivel de CT basal que predicía LDA: ABC 0,67 (0,54-0,8); valor 180 (S: 70% E: 50%) para ambos.

Conclusiones: Los pacientes con AR en seguimiento a un año alcanzaron CDAI – SDAI remisión, CDAI-SDAI LDA (%): 21, 22,4, 55,3 respectivamente. Los títulos altos de ACPA y los niveles bajos de colesterol se asociaron al logro de la remisión y LDA por estos scores.

261

0261 - ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CUADROS DE MONOARTRITIS AGUDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Cristicos

FLORES BALVERDI, Janet Pamela | RISCANEVO, Nadia I | MILANESIO, Martín I | RODRIGUEZ, Andrés I | DOUTHAT, Augusto I | HAYE, María I | NOVATTI, Elisa I | SAURIT, Veronica I | ALVARELLOS, Alejandro I | CAEIRO, Francisco I | SAAD, Emanuel I | BAENAS, Diego

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

Introducción: La monoartritis es definida como la patología inflamatoria que afecta a una sola articulación, que se considera por consenso como aguda cuando tiene menos de 6 semanas de evolución. El análisis del líquido sinovial (LS) constituye una herramienta fundamental para su estudio. **Objetivos:** • Determinar la frecuencia de los episodios de monoartritis aguda (MA) valoradas por el servicio de Reumatología, Traumatología e Infectología de un centro de tercer nivel de atención durante un período de 3 años. • Valorar los sitios de monoartritis más frecuentemente afectados; describir las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y del LS en el subgrupo de MA con artrocentesis y análisis de LS • Establecer el grado de correlación entre hallazgos radiográficos y del LS.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo entre enero de 2015 a junio de 2017. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con episodios de MA para el análisis descriptivo. Se realizó un subanálisis de las variables clínicas, epidemiológicas y analíticas en aquellos pacientes en los que se realizó artrocentesis y estudio de LS. Los datos se analizaron con SPSS 19; se expresaron las variables continuas como medias y desviación estándar (DS), las categóricas como frecuencias (%), se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondiera, tomando como significativo un valor de p < 0,05 con IC 95%.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes. El 75,2% (n=179) fueron hombres. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron: rodilla en 142 pacientes (59,7%), 1° metatarsofalángica (MTF) en 47 (19,7%), hombro en 21 (8,8%), codo en 17 (7,14%). Las etiologías más frecuentes fueron: gota en 30,3%, artritis séptica en 29,4%, osteoartritis en 12,2%, artritis por CPPD en 11%, traumática 6,3%, artritis seronegativa (EASN) 5%, artritis reumatoide (AR) 2,9%, y mixta en 2,9%. En 44 pacientes con podagra no se realizó artrocentesis. Al analizar los 194 casos con artrocentesis y estudio de LS, se mantuvo la predominancia masculina (n: 135/194, 69,6%), con una edad media de 61,2 ± 17,5 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión arterial (52,6%), hiperuricemia (26,6%), diabetes tipo 2 (23,2%), gota (17%), alcoholismo (15,8%), enfermedad renal crónica (14,4%), daño renal agudo (10,3%), insuficiencia cardíaca (7,7%), trasplantados (5,1%). Un 26,8% de los pacientes tomaban diuréticos. Un 15% de los pacientes tenían prótesis articular. En los pacientes que requirieron artrocentesis, 46,4% fueron de manejo ambulatorio y 53,6% se estudiaron en el contexto de internación hospitalaria (en 11,9% de los pacientes el episodio de MA se produjo en el período perioperatorio por una causa no articular). En el grupo de pacientes con artritis séptica y cultivo microbiológico positivo (n: 70), 50,8% fueron positivos en el examen directo con test de gram. El germen más frecuente fue staphylococcus aureus en 39 pacientes (55,7%). Sólo 51 pacientes fueron cultivados simultáneamente en LS y sangre; de éstos, 16 pacientes (31,4%) presentaron bacteriemia por el mismo germen aislado en LS. En 74 pacientes se realizó toilette articular (38,5%), y en un 23% de ellos (n:17) hubo un retraso en el procedimiento por no realizar estudio de LS completo en el momento de la valoración inicial, y un 2% de los pacientes sometidos al procedimiento se diagnosticó artritis microcristalina por estudio posterior del LS. Sólo hubo correlación radiológica con el LS estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con hallazgos de condrocálcicos (p<0,001).

Conclusiones: Los episodios de MA fueron más frecuentes en hombres. Las etiologías más frecuentes fue gota, seguido por artritis séptica y artritis por CPPD. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron rodilla y 1°MTF, pero la frecuencia de esta última disminuye drásticamente al analizar pacientes con artrocentesis y estudio de líquido sinovial, donde la rodilla y el hombro son las más afectadas. El análisis inicial de LS puede evitar el retraso terapéutico en artritis séptica o un procedimiento quirúrgico inadecuado. Sólo hubo correlación radiológica con el LS en el subgrupo de condrocálcicos.

273

0273 - DENSIDAD MINERAL ÓSEA CON MEDICIÓN FOCALIZADA EN PACIENTES CON DISTRÓFIA SIMPÁTICA REFLEJA: UTILIDAD CLÍNICA.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral ósea- Metabolismo Fosfocálcico
Unidad Temática 2: Estudios ComplementariosBRANCE, María Lorena (1) | DI GREGORIO, Silvana(2) | DEL RIO BARQUERO, Luis(2)
CONICET (1); CETIR- ASCIRES (2)**Introducción:** La distrofia simpática refleja (DSR) es un complejo doloroso que afecta la parte distal de las extremidades, que puede estar asociada con un complejo de signos y síntomas que resultan en la disfuncionalidad motora asociada con osteoporosis regional. El centellograma óseo en tres fases (CO) constituye un estudio complementario utilizado en esta entidad.**Objetivos:** Evaluar la utilidad clínica de la densidad mineral ósea (DMO) y el contenido mineral óseo (CMO), medidos por DXA en pacientes con Distrofia Simpática Refleja.**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 39 pacientes con SDRC. Se realizó DXA de cuerpo entero con equipo iDXA. La región afectada fue comparada con la contralateral no afectada mediante un ROI específico. Así mismo se incluyó un análisis manual de la articulación más cercana de extremidad afectada y se comparó con la contralateral. Se realizó al mismo tiempo, un centellograma óseo en tres fases. Se obtuvieron datos del evento causante, las características clínicas y tiempo de evolución. En base a estudios previos se tomó como criterio diagnóstico de asimetría BMC >=3% para miembros inferiores y >=10% para los miembros superiores. Los cambios en BMC de las extremidades superiores entre 5-10% fueron considerados como probables.**Resultados:** Se incluyeron mujeres (n = 25) y hombres (n = 14). Los sitios afectados más frecuentes fueron: muñecas (57.9%), tobillos (7.9%), pies (7.9%) y otros (26.3%). El tiempo medio entre el evento óseo y la exploración fue de 4 meses en pacientes sin cambios en la DMO focal (35%) y de 6,5 meses en pacientes con cambios significativos en la DMO focal (65%) en comparación con su extremidad contralateral. El BMC fue -17.6% y el BMD -11.8% en la región afectada, mientras que BMC fue -11.5% y la BMD fue -8.3% en la extremidad total. La concordancia diagnóstica entre DXA y CO 32/39 (82%). Concordancia DXA y parámetros clínicos: 32/39 (82,1%). Concordancia parámetros clínicos y CO 29/39 (74,3%).**Conclusiones:** La DXA es útil para la evaluación de la pérdida ósea unilateral causada por extremidad DSR. Permite cuantificar, y evaluar así mismo cambios evolutivos de la enfermedad y de las estrategias terapéuticas.

279

0279 - DIFERENCIAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS, ACTIVIDAD, DAÑO Y MORTALIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

CALVO, Romina Andrea (1) | GALLO, Jéssica(2) | BENAVENTE, Emilio(3) | ORTIZ, Alberto(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | PAIRA, Sergio(1) | CARRERA, Elena(4) | COSTA, Lucas(4)

HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (1); HOSPITAL RECONQUISTA (2); UNIDAD DISTRITAL N° 8 EVA PERÓN (3); UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA- UNL-FCM (4)**Introducción:** La incidencia de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en hombres varía desde el 4 al 22%; siendo más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación 9:1 respectivamente, pero con un peor pronóstico. La presencia de artritis (53%), anticuerpos anti DNAn (46%), serositis (34%) y rash malar (27%) son las características más prevalentes en hombres.**Objetivos:** Describir y comparar las características demográficas, manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, tratamientos recibidos, índices de actividad (SLEDAI) y de daño acumulado (SLICC/ACR DI), y la evolución de pacientes mujeres y hombres con diagnóstico de LES.**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1982 y 1997) y se registraron las siguientes variables: sexo, edad al momento de la primera consulta y del diagnóstico de la enfermedad, tiempo de seguimiento, datos clínicos, laboratorios, índice de actividad (SLEDAI) y de Daño acumulado. Se compararon dichas variables en ambos grupos: mujeres y hombres.**Resultados:** Se registraron 267 mujeres y 34 hombres, con una edad similar al momento del diagnóstico (29 años). Las mujeres presentaron mayor tiempo de seguimiento (5,87 versus 3,14 años, p= 0,0001) y mayor tiempo desde la aparición de los primeros síntomas hasta la primera consulta (40 versus 14 meses, p = 0,001) que los hombres. Los pacientes hombres presentaron más alopecia que las mujeres (47 vs 29,6%, p = 0,039), pero menos rash malar 32 vs 64%, p = 0,0001) y anticuerpo Anti Ro positivo (17,6 vs 31,5%, p = 0,02). No se registraron diferencias en cuanto a los tratamientos recibidos, SLEDAI, SLICC/ACR DI y evolución.**Conclusiones:** De manera similar a lo descrito por la cohorte de GLADEL, nuestros pacientes de sexo masculino comenzaron la enfermedad a la misma edad y el tiempo de demora hasta el diagnóstico fue más corto que en las mujeres. Los pacientes hombres con LES de ambas cohortes, GLADEL y Taiwán mostraron el compromiso renal, con disminución de C3 y mayor mortalidad que las pacientes femeninas, mientras que los nuestros presentaron mayor alopecia, con similar evolución.

282

0282 - VALOR DE LA IL13 COMO INDICADOR DE SEVERIDAD Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EPID- Enfermedad Pulmonar Intersticial

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

PAULLIN, Francisco (1) | PERLI, Matías(2) | ALBERTI, María Laura(3) | CARO, Fabian(3) | FERNANDEZ, Martin(3) | GEFFNER, Jorge(2)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNÁNDEZ (1); CÁTEDRA DE MICROBIOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, UBA (2); HOSPITAL MARÍA FERRER (3)**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación frecuente (10/42%) en pacientes con artritis reumatoidea (AR), con importante impacto en la sobrevida y la calidad de vida. La IL13 es una citoquina del perfil Th2 que suele mediar fenómenos de reparación y fibrosis en enfermedades inflamatorias. Por este motivo nos propusimos estudiar su rol en EPI asociada a AR.**Objetivos:** Conocer el rol de la IL13 como indicadora de severidad y pronóstico en pacientes con artritis AR y EPI.**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR y EPI evaluados en el consultorio de compromiso pulmonar de enfermedades autoinmunes del Hospital María Ferrer entre enero de 2017 y diciembre 2018. Posteriormente se realizó seguimiento de los mismos con espirometría. Se realizó al inicio examen funcional respiratorio (EFR), tomografía de tórax de alta resolución (TACAR), evaluación de la enfermedad articular (DAS28). Se extrajo sangre para realizar las determinaciones de biomarcadores. Las muestras de sangre fueron tomadas en tubos con EDTA, se centrifugaron, se separaron plasma y células, y se congelaron a una temperatura de -20 grados centígrados. En cuanto a los biomarcadores, se realizó la determinación de IL13 mediante ELISA (Legend Max Human ELISA kit, BioLegend). Se realizó el análisis de estadística descriptiva de los datos clínicos de la enfermedad articular y pulmonar, de laboratorio pulmonar (espirometría, pletismografía y DLCO), de TAC de tórax de alta resolución y del biomarcador medido (IL13). Se estudió la correlación entre los valores séricos de los biomarcadores y los valores arrojados por la evaluación de la TACAR (extensión total, grado de fibrosis e inflamación) y el examen funcional respiratorio (FVC y su cambio en el tiempo).**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes, 28 mujeres (59.5%), 31 tabaquistas o ex tabaquistas (65.9%). La mediana (RIC) de tiempo de disnea era de 6 (3-12) meses. En cuanto a la evaluación articular, la media (DE) DAS 28 de 3.71 (1.42). La media (DE) de ESD fue de 45.1 (30.8). En cuanto al laboratorio inmunológico, el 95.3% (41/43 pacientes) fue positivo para factor reumatoideo, y el 97.8% (45/46 pacientes) para CCP. El 65% (30 pacientes) habían recibido metotrexate previamente. En relación al laboratorio pulmonar, la media (DE) de CVF% fue de 76.76 (19.51), y la de DLCO de 62 (23). Se consiguió el seguimiento de 32 pacientes, con una mediana de tiempo de seguimiento de 12.5 (9-16). La mediana de cambio de FVC% en el tiempo fue 0 (-4 a 5). Al evaluar la TACAR, hallamos una mediana (RIC) de extensión total de 19% (12-28), una mediana de inflamación de 3.4% (1.2-8), y una mediana de fibrosis de 16% (6-22). En cuanto al patrón, 16 (34%) pacientes presentaron patrón de NIU típica, 11 de NIU posible (23.5%), y 20 (42.5%) un patrón inconsistente con NIU. La media (DE) de valor sérico de IL13 fue de 187.03 pg/ml (145.63). Analizamos la correlación entre los valores de IL13 y el score en TACAR. En cuanto al score de Goh para la extensión total del compromiso en TACAR, obtuvimos un valor de r de 0.03 (p=0.80). En cuanto al score de fibrosis en TACAR, obtuvimos una r de 0.03 (p=0.83) y en cuanto al score de inflamación, obtuvimos un valor de r de -0.16 (p=0.28). Finalmente, la correlación entre niveles de IL13 y cambio en la CVF en el tiempo arrojó un valor de -0.1 (p=0.53).**Conclusiones:** No hallamos correlación entre el compromiso pulmonar (evaluado por TACAR y cambio de la CVF en el tiempo) y los valores plasmáticos de IL13.

285

0285 - INFLUENCIA DEL EMBARAZO SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

CALVO, Romina Andrea (1) | ORTIZ, Alberto(1) | SAGER, Lorena Ayeleén(1) | REIBALDI, Alejandro(1) | ROVERANO, Susana Graciela(1) | PAIRA, Sergio(1) | CARRERA, Elena(2) | COSTA, Lucas(2)

HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (1); UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA- UNL-FCM (2)**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) puede influenciar al embarazo y viceversa ocurriendo cambios en la inmunidad durante el mismo. La mayoría de las publicaciones se basan en series retrospectivas, mientras que los trabajos prospectivos no cuentan con un número significativo de pacientes. Además hay dificultades en definir actividad de la enfermedad y existen escasos datos sobre daño producido por el embarazo.**Objetivos:** Evaluar actividad y daño orgánico del LES durante el embarazo y puerperio, influencia de variables socio-demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Observar los desenlaces obstétricos en pacientes con LES y la relación con variables socio-demográficas, clínicas (incluyendo actividad y daño orgánico), de laboratorio y terapéuticas del LES.**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de LES (Criterios ACR 1997), mayores de 16 años, embarazadas, con un seguimiento prospectivo. Se estudio: edad de inicio del embarazo; tiempo de evolución (desde que cumple criterios); tiempo de seguimiento (desde 1° consulta) al momento del embarazo; manifestaciones clínicas previas, durante el embarazo y puerperio (1 mes posterior al final del embarazo); laboratorio (mensual): hemograma, VSG (Westergreen), urea, creatinina, uricemia, glucemia, hepatograma, proteinograma, orina completa, proteinuria de 24 horas, clearance de creatinina; inmunológico: FAN (Hep-2), anti-DNAn (Crithidia), C3-C4 (Nefelometría) (trimestral), aCL IgG e IgM, AL, anti Ro / SSA anti La / SSB: al inicio del embarazo. Actividad del LES previa al embarazo y puerperio: mediante SLEDAI, considerando actividad un puntaje ≥ 3. Daño orgánico por el LES previo y posterior al embarazo (SLICC ≥1). Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar; cuando se consideró adecuado, la media fue acompañada de su respectivo intervalo de confianza del 95%. Las variables cualitativas se describen con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. La comparación de medias se realizó por Prueba T de muestras independientes. La comparación de proporciones se realizó con prueba Chi cuadrado o Test exacto de Fisher. El nivel de significancia fue fijado en α = 0,05.**Resultados:** 47 pacientes y 63 embarazos (año 1997-2018). Edad promedio pacientes 27 ± 6 años, tiempo promedio de evolución: 5 años, tiempo promedio de seguimiento previo al embarazo 3 años. Desenlaces obstétricos patológicos 25 de 63 embarazos (Partos prematuros 6, Amenazas de aborto 5, Abortos 4, Malformaciones congénitas 4, bajo peso al nacer 5, pérdida fetal 1) 35% de los embarazos tuvieron flare previo al embarazo, 22% en primer trimestre, 30% segundo trimestre, 27% tercer trimestre y 40% durante todo el embarazo y puerperio. Sin flares durante el puerperio. Solo en 2 embarazos se observó aumento del SLICC de 1 punto, en el resto no hubo cambios en el daño. Todos los pacientes con LES recibieron antipalúdicos y uno se encontraba con Ciclofosfamida, la cual se suspende al momento del diagnóstico del embarazo. No encontramos relación entre los desenlaces obstétricos y variables clínicas, de laboratorio, SLICC previo o actividad previa o durante el embarazo.**Conclusiones:** No encontramos aumento de la actividad en pacientes con LES durante el embarazo, ni predominio de ésta en algún trimestre o puerperio. No encontramos mayor daño orgánico en pacientes con LES al finalizar el embarazo. Las complicaciones obstétricas fueron menores a las descriptas en la literatura y no encontramos variables que las influenciaran.

289

0289 - DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN ARTRITIS PSORIASICA Y ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPA

Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

MATELLÁN, Carla Eugenia (1) | **ZELAYA, David**(1) | **AVILA, Paola**(1) | **ALVAREZ, Damaris**(1) | **TOIBARO, Javier**(1) | **COSENTINO, Vanesa**(1) | **KERZBERG, Eduardo**(1) | **DAPENA, Joan**(2) | **PAPASIDERO, Silvia**(1) | **ISNARDI, Carolina**(3) | **SCHNEEBERGER, Emilce**(3) | **MERCÉ, Aixa**(4) | **HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJIA, SERVICIO DE REUMATOLOGIA Y COLAGENOPATIAS** (1); **HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNU** (2); **INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA** (3); **HOSPITAL RIVADAVIA** (4)

Objetivos: 1-Comparar el grado de discapacidad funcional en una población de pacientes con Artritis Psoriásica (APs) y Artritis Reumatoidea (AR). 2-Describir las diferencias en la actividad de enfermedad, daño radiológico y productividad laboral en ambas patologías.

Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Se llevo a cabo un estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de APs que cumplieran criterios CASPAR y pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/ EULAR 2010, ambos con al menos 6 meses de evolución de enfermedad. Se excluyeron aquellos pacientes con otra colagenopatías, osteoartritis de manos, fibromialgia, enfermedades crónicas altamente discapacitantes: Accidente cerebrovascular (ACV), Enfermedad obstructiva crónica severa (EPOC severo), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), traumatismo mayores y aquellos que presentaban alguna condición que impidiera la lecto-comprensión de cuestionarios. Se consignaron datos demográficos (sexo, edad, nivel educativo), factores de riesgo para eventos cardiovasculares (EVC) tradicionales, características de la enfermedad, clinimetría, daño radiológico, tratamiento recibido al momento actual y previo. Trabajo de cuestionarios auto reportados HAQ (Health Assessment Questionnaire), cuestionario Work productivity and activity impairment (WPAI).

Resultados: Fueron evaluados 93 pacientes en total, siendo el 71 % (n:66) de sexo femenino y de los cuales un 21,52% (n:20) correspondían APs y 49,5% (n:46) AR. Mientas 29% (n:33) eran de sexo masculino, de los cuales 20,2% (n:23) APs y 8,8% (n:10) AR. La edad promedio entre ambos grupos fue de 56,68 años (SD 12,11) y la media de duración de enfermedad 147 meses (SD 96,26). En lo que respecta a años de educación, la media fue de 10 años (SD 3,34), con un nivel socioeconómico perteneciente a un estrato medio bajo en un 39,8 % (n:37) y 50,5 % (n: 47) al estrato obrero. Así también un 26,9% (n: 25) se encontraban laboralmente activos y 73,1% (n:68) desocupados. En cuanto el certificado de discapacidad el 66% (n:33) APs lo poseían y 55,8% (n:24) AR. Con respecto al tratamiento farmacológico se observó que en APs el 39,5% consumía AINES versus un 94 % en AR (p<0,01), glucocorticoides orales en 18% en APs versus 70% en AR (p< 0,01), DMARDs 74.4% en APs en comparación con AR 96 % (p<0,01), y terapia biológica 44.2% en APs mientras 36% AR. Al evaluar Discapacidad funcional se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con APs y AR, siendo mayor en APs con el OR 3.9 (IC 95% 1.25-12) p 0.01. En lo que respecta objetivos secundarios se observó que la APs presentaba menor cantidad de erosiones y menor productividad laboral siendo para AR el OR 3.9 (IC 95% 1.36 - 11.3) p 0.01 y OR: 3,7 (IC 95% 1,34 - 10,6) p 0,01 respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre actividad evaluada por DAS 28 entre ambas patologías OR 1.94 (IC 95% 0.85 - 4.45) p 0.11 y pizamiento radiológico

Conclusiones: Clásicamente la APs fue considerada por muchos autores como una enfermedad más benigna que la AR, sin embargo en nuestra muestra de pacientes hemos encontrado que esta enfermedad puede presentar mayor probabilidad de discapacidad funcional que la AR, a pesar de tener menor compromiso radiológico.

290

0290 - COMPARACIÓN CLÍNICA, SEROLÓGICA, ACTIVIDAD Y DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

CALVO, Romina Andrea (1) | **GALLO, Jéscica**(2) | **BENAVENTE, Emilio**(3) | **ORTIZ, Alberto**(1) | **ROVERANO, Susana Graciela**(1) | **PAIRA, Sergio**(1) | **CARRERA, Elena**(4) | **COSTA, Lucas**(4) | **HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE** (1); **HOSPITAL RECONQUISTA** (2); **UNIDAD DISTRITAL N° 8 EVA PERÓN** (3); **UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA- UNL- FCM** (4)

Introducción: Muchos cambios ocurridos en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son debidos a factores como etnia, sexo, educación, adherencia al tratamiento y características socioeconómicas. La mortalidad existe en dos o tres veces al promedio de la población general, y aún más sobre algunos grupos con desventajas socioeconómicas. Pocos son los datos que comparan la presentación clínica, datos de laboratorio, tratamientos administrados y evolución en la población de pacientes con LES atendidos en un centro público, con los de un centro privado

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir y comparar las características demográficas, manifestaciones clínicas, resultados de laboratorio, tratamientos, índice de actividad y daño acumulado y desenlace de los pacientes con LES tratados en un centro público con los de un centro privado

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 301 pacientes con diagnóstico de LES que cumplieran criterios ACR 1982, mayores de 16 años, desde el año 1988 a 2018, del Servicio de Reumatología del Hospital J. M. Cullen (sistema público de salud) y de Centro de Reumatología (privado), con al menos un año de seguimiento. Se evaluaron variables demográficas como sexo, edad media al momento de la consulta, edad media al momento del diagnóstico, duración de la enfermedad y tiempo de seguimiento; índice de actividad al momento del diagnóstico (SLEDAI), índice de daño acumulado SLICC ACR/ DI en los años 1, 2, 5, 10, 15, 20 y 25 de evolución de la enfermedad; datos de laboratorios y tratamientos recibidos, y evolución de estos pacientes. Método estadístico: Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar; cuando se consideró adecuado, la media fue acompañada de su respectivo intervalo de confianza de 95%. Las variables cualitativas se describen con frecuencias relativas porcentuales. La comparación de medias se realizó por Prueba T de muestras independientes. La comparación de proporciones se realizó con Prueba Chi cuadrado o Test exacto de Fisher. El nivel de significancia fue fijado en $\alpha = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes, de los cuales 228 (75,7%) fueron atendidos en el sector público y 73 (24,3%) en el privado; no habiendo diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes y el tiempo de evolución hasta la primera consulta. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la media de edad de consulta (30,6 ± 11,2 años, público y de 38,3 ± 15 años, privado); en la edad de inicio (media) de la enfermedad (27,6 ± 10,6 años público y de 34,9 ± 14,6 años, privado); el compromiso renal fue más significativo al inicio de la enfermedad en el sector público (p= 0,007) y con la evolución de la enfermedad, en compromiso hematológico adquirió mayor relevancia (p= 0,009) El índice de Daño Acumulado (SDI/ ACR) evidencia un ascenso gradual del mismo en ambos grupos; siendo mayor (estadísticamente significativos) en los cortes realizados al 1°, 2°, 5° y 10° años de evolución de la enfermedad, en los pacientes del sector público. No se encontraron diferencias en el Índice de actividad al diagnóstico, ni en la evolución de ambos sectores.

Conclusiones: En la literatura se describe que los pacientes del sector público son afectados por problemas socioeconómicos que dificultan los controles periódicos y la adherencia y acceso al tratamiento. Pocos son los datos publicados sobre diferencias en ambos grupos; en ellos, se comunica con mayor frecuencia la presencia de serositis, insuficiencia renal y hematuria en los pacientes del sector público y fenómeno de Raynaud, en el sector privado. Podemos decir entonces, que los pacientes del sector público de nuestro trabajo iniciaron su enfermedad a una edad más temprana, llevándolos a una consulta a una menor edad, como los datos presentados por Dubois; que su enfermedad fue más agresiva que la del sector privado, predominantemente en los primeros 10 años. Pero esto, no influyó en el desenlace de su enfermedad. Es importante resaltar que ambos grupos de pacientes fueron tratados por el mismo grupo de médicos especialistas, utilizando los mismos métodos diagnósticos y tratamientos.

291

0291 - PRODUCTIVIDAD LABORAL Y COMPROMISO DE ACTIVIDADES EN LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: FB - Reumatismo Partes Blandas/fibromialgia

CALLAHUARA GOIBURU, Noel Agustín | **SECCO, Anastasia** | **ROMANINI, Félix Enrique** | **HOSPITAL RIVADAVIA**

Introducción: La Fibromialgia (FM) es un síndrome de Sensibilización Central caracterizado por dolor crónico musculoesquelético difuso, la cual puede impactar en la calidad de vida de los pacientes, generando dificultades en la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. Por esta razón se investigó la relación de la FM con estas dos últimas.

Objetivos: Describir el deterioro en la productividad laboral y el compromiso en las actividades de la vida diaria en pacientes con FM. Evaluar la asociación entre el deterioro de la vida diaria y la severidad de los síntomas de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico de corte transversal. Se incluyeron individuos mayores a 18 años con diagnóstico de FM según criterios ACR 1990 y 2010 del servicio de reumatología de un hospital público en Argentina, incluidos desde junio del 2018 a junio del 2019. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades crónicas severas u otras enfermedades reumatológicas autoinmunes. Se utilizó el cuestionario WPAI (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire) el cual evalúa el compromiso en el ausentismo y presentismo laboral, así como el compromiso en las actividades de la vida diaria (AVD) fuera del trabajo, debido a la enfermedad en la semana previa (a mayor porcentaje, mayor compromiso), y el cuestionario FIQ (Fibromialgia Impact Questionnaire) (puntuación de 0 - 100) donde un mayor puntaje refleja mayor impacto en la severidad de los síntomas en FM. Para el análisis descriptivo las variables continuas se informaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil (RIC) según distribución. Las variables categóricas se reportaron en porcentajes. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando el deterioro de las AVD como variable dependiente, ajustado por potenciales confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo (supuestos, observaciones atípicas, multicolinealidad).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, 98,36% mujeres, con una edad media de 52,16 años (+/- 9,21). Las actividades laborales más frecuentes fueron empleadas domésticas (44,26%) y cuidadoras (11,47 %). La mediana del porcentaje de tiempo laboral perdido debido a la salud fue de 25,29% (RIC: 12,51-72%); de discapacidad durante el trabajo debido a la salud fue de 70% (RIC: 60-80%); porcentaje total de discapacidad laboral debida a la salud fue de 79,95 (RIC: 72-91%) y la mediana de deterioro de las AVD de 70% (RIC: 60-80%). La mediana del FIQ fue de 65,45 (RIC: 55,62-75,43) y como variable categórica los resultados del FIQ fueron: 1,64, 31,15 y 67,21% para impacto leve, moderado y severo, respectivamente. El FIQ (coeficiente beta: 0,56, IC 95%: 0,26-0,86), y la rigidez matutina medida por escala visual analógica (coeficiente beta: 1,65, IC 95%: 0,18-3,12), mostraron asociación significativa e independiente con el deterioro de las AVD en el análisis multivariado; ajustado por edad, sexo, ocupación, comorbilidades, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes se encontró una disminución en la puntuación en todas las escalas del WPAI y un alto impacto en la severidad de los síntomas de FM. Estos resultados son un aporte para concientizar acerca de la importancia de un abordaje óptimo de la enfermedad y un seguimiento multidisciplinario para mejorar estos aspectos en los pacientes con FM.

293

0293 - EFECTO PROTECTOR DE LOS ANTIPALÚDICOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: LES

CALVO, Romina Andrea (1) | **SAGER, Lorena Ayele**(1) | **REIBALDI, Alejandro**(1) | **ORTIZ, Alberto**(1) | **ROVERANO, Susana Graciela**(1) | **PAIRA, Sergio**(1) | **CARRERA, Elena**(2) | **COSTA, Lucas**(2)

HOSPITAL JM CULLEN SANTA FE (1); **UNIDAD DE BIOESTADÍSTICA APLICADA- UNL- FCM** (2)

Introducción: Se ha demostrado que los antipalúdicos disminuyen el número de brotes y de daño orgánico, protege de la ocurrencia de osteoporosis, de eventos trombóticos y vasculares, tiene un efecto antiinflamatorio, hipolipemiante y juega un rol protector en la supervivencia de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Además de tener un bajo costo, es una droga segura y eficaz, presentando una buena tolerancia. Solo el 5-10% de los pacientes presenta efecto adversos gastrointestinales y cutáneos, siendo menor al 0,1 % de la ocurrencia de toxicidad ocular.

Objetivos: Evaluar el efecto beneficioso de los antipalúdicos en las manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, actividad, daño acumulado y desenlace del LES.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron 246 pacientes, > 16 años, que cumplieran al menos 4 criterios (ACR 1982) para diagnóstico de LES, con al menos 1 año de seguimiento, controlados en el Servicio de Reumatología del Hospital José María Cullen de Santa Fe, desde el año 1988 a 2019. Se evaluaron variables como sexo, edad media al momento del diagnóstico y de la primera consulta, duración de la enfermedad, tiempo de seguimiento, índice de actividad (SLEDAI) al inicio, índice de daño acumulado (SLICC/ ACR DI), tratamientos recibidos y evolución de estos pacientes. Se definieron 2 grupos de pacientes: Tomador: paciente que recibió tratamiento con antipalúdicos por más del 70% del tiempo de evolución de su enfermedad (desde el diagnóstico hasta la última consulta) No tomador: paciente que nunca recibió tratamiento con antipalúdicos y/o que lo tomó menos del 70% del tiempo de evolución. Se consideró el tiempo que el tratamiento permaneció suspendido, por diferentes motivos, como falta de controles oculares, efectos adversos o por decisión del paciente. Método estadístico: Las variables cuantitativas se describen con media y desvío estándar; acompañadas de su respectivo intervalo de confianza de 95%, cuando se consideró adecuado. Las variables cualitativas se describen con frecuencias relativas porcentuales. La comparación de medias se realizó con Prueba T de muestras independientes. La comparación de proporciones, con Prueba Chi cuadrado o Test Exacto de Fisher. Nivel de significancia $\alpha = 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 246 pacientes con diagnóstico de LES; de ellos, 134 (54,5%) tomaron antipalúdicos $\geq 70\%$ del tiempo de evolución de su enfermedad, y 112 (45,5%) no tomaron o lo hicieron durante un menor tiempo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de consulta (p= 0,032) y de inicio del LES (p= 0,000) y en el tiempo de evolución de la enfermedad; siendo menor la edad y mayor el tiempo de evolución para los pacientes tomadores. La toma de antipalúdicos se relacionó a menos compromiso renal (p=0,007) y a menos hipertensión arterial (p=0,000) de manera significativa. No se encontraron diferencias significativas entre sexo, tiempo de seguimiento e índice de daño acumulado entre ambos grupos. En cuanto al desenlace de estos pacientes, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (p= 0,000) en los pacientes que recibieron antipalúdicos, quienes tuvieron menor porcentaje de mortalidad.

Conclusiones: Podemos decir entonces, que los pacientes que recibieron antipalúdicos por $\geq 70\%$, iniciaron su enfermedad a una edad más temprana y presentan mayor tiempo de evolución de la enfermedad, con menor compromiso renal y menores registros de hipertensión arterial. También registraron menor porcentaje de pacientes fallecidos. Comparados con otros inmunosupresores, los antipalúdicos son económicos, con buena disponibilidad, buena tolerancia y baja toxicidad. Por lo cual, concordamos con la literatura, en el uso temprano y amplio de esta

295

0295 - FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS CON VASCULITIS INTERNADAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Vasculitis/ PMR

SAVY, Florencia | PENA, Claudia | RUTA, Santiago | ARIZPE, Fernando | VELLOSO, Sofía | GARCÍA, Lucía | MARTIRE, Victoria | RASCHIA, Alan | COSENTINO, Maximo | AGUILA MALDONADO, Rodrigo | GARCÍA, Rocio | PERA, Mariana | SETIEN, Florencia | REID, Luciana | COSTI, Carolina | SANSINANEA, Pierina | TESTI, Adriana | MENDEZ, Rocio | GARCÍA, Nadia | GARCÍA, Mercedes

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS ¿GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN?

Objetivos: Estimar la frecuencia de mortalidad en pacientes con diagnóstico de vasculitis primarias que requirieron hospitalización y evaluar sus posibles factores predictores.

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 2019 en un centro de tercer nivel. Se evaluaron características demográficas, subtipo de vasculitis, compromiso orgánico asociado, tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la internación, actividad de la enfermedad, causas y días de internación, interurrencias infecciosas y datos de laboratorio.

Resultados: Se registraron 132 internaciones en 82 pacientes en un período de 19 años, predominando el sexo femenino 65.9%, con una edad media al momento de la internación de 48.6 años (DE: 16.2) y una media de días de internación de 17.3 (DE: 16.3). Entre los subtipos de vasculitis que requirieron hospitalización se encontraron la Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) 40.9%, la Poliangeítis Microscópica (PAM) 25.0%, la Vasculitis indiferenciada asociada a ANCA 8.3%, la Arteritis de Takayasu 9.0%, la Vasculitis por IgA 3.7%, la Enfermedad de Behcet 3.0%, la Poliarteritis Nodosa (PAN) 2.2% y la Vasculitis Crioglobulinémica 0.7%. Se realizó diagnóstico inicial de vasculitis durante la internación en 31 pacientes (23.4%). La causa de internación más frecuente fue la actividad de la enfermedad (80.3%), a nivel pulmonar 25.7%, renal 20.4%, SNP 7.5%, SNC 5.3%, afectación cutánea 6.8% y compromiso ocular 6.6%. El Score de actividad promedio calculado por BVASv3 tuvo una media de 11,06 (DS 6,89). Las infecciones representaron la segunda causa de internación (34.0%) (respiratoria 22.7%, tracto urinario 5.3 %, gastrointestinal 3.0%, artritis séptica/osteomielitis 2.2%, piel y partes blandas 0,7%). Otros motivos de internación fueron: cirugía 2.27%, estudio/diagnóstico 22,1%, TVP el 4.5% y pancytopenia farmacológica 3.0%. Requirieron ingreso en Unidad coronaria el 7.58% y en Terapia Intensiva el 15.9% de las internaciones, con un 78.5% de mortalidad entre aquellos que requirieron UTI. Se registraron un total de 14 muertes (10.6%) durante las 132 internaciones. En el análisis bivariado la mortalidad durante la internación se asoció a la edad (58.1 años, DE: 15.3 en los pacientes que fallecieron vs 47.7 años, DE: 16 en los que no fallecieron, p= 0.03), al sexo masculino (64.2% de los que fallecieron fueron hombres vs 35.7% que fueron mujeres, p=0.017), a los días de internación (media de días de internación en los pacientes que fallecieron de 27.4, DE: 11.9 vs 16.1, DE: 14.4 en los pacientes que no fallecieron) y a la presencia de infecciones respiratorias (57.1% en los pacientes que fallecieron vs 18.6% en los que no fallecieron, p= 0.0012). En el análisis multivariado de regresión logística la única variable que se asoció con mortalidad durante la internación fue la presencia de infecciones respiratorias con un OR: 8.75 (IC 95%: 1.9-39.9), mientras que la única variable que se mostró como protectora de mortalidad fue el sexo femenino con un OR: 0.13 (IC 95%: 0.30-0.61).

Conclusiones: En nuestro centro la vasculitis asociada a ANCA fue el tipo de vasculitis primaria predominante que requirió internación, registrándose una mortalidad total durante la misma asociada al sexo masculino y a las infecciones respiratorias. Remarcamos la importancia de estas últimas debido a que se tratan de complicaciones relacionadas al tratamiento inmunosupresivo de la enfermedad.

296

0296 - UVEÍTIS ANTERIORES NO INFECCIOSAS ¿CUÁNDO SUSPECHAR ESPONDILOARTRITIS? REVISIÓN DE 128 CASOS.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPa

Unidad Temática 2: Estudios Complementarios

CASALI, Verónica | LUTGEN, Sophia | MORALES ROLDAN, Victor | BELLON, Marcela | GANDINO, Ignacio | DODDS, Emilio

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ

Introducción: Las uveítis anteriores son las más frecuentes e involucran el compromiso del iris y el cuerpo ciliar. Si bien pueden ser infecciosas o idiopáticas las principales etiologías reumatológicas son las asociadas a las espondiloartritis. En variadas ocasiones los reumatólogos y oftalmólogos desconocen en profundidad las enfermedades asociadas, pudiendo retrasar su estudio adecuado y su derivación temprana.

Objetivos: Analizar los factores asociados a espondiloartritis en los pacientes que consultaron por uveítis anterior no infecciosa.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los enfermos con uveítis anterior que consultaron en nuestro hospital en los últimos quince años. Se excluyeron las causas infecciosas. Los pacientes se dividieron en dos grupos: uveítis anteriores secundarias a espondiloartritis, y uveítis anteriores de causa idiopática y otras enfermedades autoinmunes. Se analizaron entre grupos las características clínicas y de laboratorio. Se realizó un análisis, de regresión logística múltiple explicativo, para estimar la asociación de las distintas variables estudiadas con las uveítis anteriores secundarias a espondiloartritis.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes con uveítis anterior no infecciosa, 80 (62.5%) de sexo femenino. La media de edad al diagnóstico fue 36.2 años (DS 19.24). Las causas fueron: 88 (68.7%) Idiopáticas, 22 (17.2%) espondiloartritis, 7 (5.5%) sarcoidosis, 5 (3.9%) artritis idiopática juvenil, 2 (1.56%) artritis reumatoideas, 2 (1.56%) vasculitis ANCA, 1 (0.8%) lupus eritematoso sistémico, 1 (0.8%) Vogt-Koyanagi-Harada. Las características clínicas se presentan en la tabla 1. La tabla 2 muestra el modelo de regresión logística de las variables estudiadas, y sus asociaciones con uveítis anterior

Variable	OR	IC 95%	p valor
Sexo masculino	1.26	0.27 a 5.94	0.77
Edad al Diagnóstico < 40 años	1.02	0.98 a 1.05	0.4
Disminución grave de la agudeza visual	3.31	0.14 a 79.1	0.46
Aguda	1.08	0.25 a 4.67	0.91
Bilateral	0.27	0.04 a 1.82	0.18
Recurrente	2.46	0.51 a 11.8	0.26
Compromiso extraocular al diagnóstico de uveítis	104.3	16.5 a 657.5	<0.001
HLA B27	15.2	2.6 a 90.3	0.003

secundaria a espondiloartritis como variable dependiente. Podemos observar que la presencia de HLA B27 (OR 15.2; IC95% 2.6-90.3; p 0.003) y el compromiso extraocular al diagnóstico (OR 104.3; IC95% 16.5-657.5; p <0.001) tienen fuerte asociación con espondiloartritis.

Conclusiones: El compromiso extraocular y/o la presencia de HLA B27 tienen una fuerte relación con las espondiloartritis. La búsqueda de ambos fenómenos, en individuos que consultan por uveítis anterior, permitiría aproximar tempranamente a su diagnóstico. En la Argentina

carecemos de información sobre estos pacientes, y conocer las diferencias regionales y las variables asociadas son claves para alcanzar el diagnóstico final, dado que pueden dejar secuelas severas siendo entidades potencialmente tratables.

299

0299 - PURPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ETC

QUAGLIA, María Isabel (1) | ALONSO, Carla Gimena(1) | TISSERA, Yohana Soledad(1) | MALDINI, Carla(1) | SAVIO, Veronica(1) | ALBIERO, Juan Alejandro(1) | GOBBI, Carla Andrea(2) | ALBA, Paula Beatriz(1)

H CORDOBA (1); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CORDOBA, FCM, UNC (2)

Introducción: La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) constituye una diátesis hemorrágica adquirida. Puede ser primaria (80%) o secundaria (20%); dentro de las que se encuentran las enfermedades autoinmunes (EAI), de ellas el 7-30% se asocia a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y 10-70% tienen anticuerpos antifosfolípidos (APL) positivos. La primer línea de tratamiento son los esteroides; sin embargo el 70-80% no responden. Según la gravedad y respuesta, se indican inmunoglobulinas endovenosas, Rituximab o esplenectomía. En relación a la respuesta al tratamiento, la PTI primaria presenta menores tasas comparada con la secundaria.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir las características PTI asociadas a EAI (PTI-EAI) y su respuesta al tratamiento en una unidad de Reumatología.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo donde se evaluaron los pacientes con PTI derivados de una unidad de Reumatología por sospecha de EAI en los últimos 2 años. Se analizaron características demográficas, manifestaciones clínicas, serología autoinmune (anticuerpos antinucleares (ANA), anti doble cadena de ADN (antiDNA), Ro/La, RNP, Sm, anticoagulante lúpico (AL), anticardiolipina (ACL) IgG e IgM y anti beta2 glicoproteína 1 (antiB2GP1) IgG e IgM) y el tratamiento utilizado. Las diferentes EAI se definieron según criterios ACR. Se consideró "no respondedor" si el recuento plaquetario era <30x10⁹/l o presentaba un aumento <2 veces el valor inicial o sangrado activo. Las variables cuantitativas fueron expresadas en mediana y rango intercuartil y las cualitativas en proporción y porcentaje. Se utilizó el programa Infostat.

Resultados: Se hallaron 35 pacientes derivados por PTI, 24 tuvieron PTI-EAI (15 LES, 5 Sjögren, 2 síndrome antifosfolípico primario (SAF) 1° y 2 con SAF secundario a LES). 19 (79%) de sexo femenino, con una edad mediana 44 años (30–52 años). ANA fue positivo en 21. Del resto de anticuerpos fueron positivos: DNA 3, Ro/La 8, Sm 2 y RNP 3. Dentro de los APL, 8 tuvieron AL positivos, ACL-IgG 9 (3 positivo fuerte), ACL-IgM 9 (3 positivo fuerte), antiB2GP1-IgG 6 y antiB2GP1-IgM 5. 17 pacientes presentaron otras manifestaciones clínicas asociadas a la EAI; las más frecuentes: cutánea (8), hematológica (7), articular y livedo (5 cada una). De los 24 pacientes, el 70% debutó con sangrado; 16 presentaron sangrado mucocutáneo y 7 visceral. El recuento plaquetario fue 14500/mm³ (8000–36000/mm³). Las respuestas al 1° y 2° tratamiento constituyeron el 29% y 47% respectivamente, ninguno respondió al 3° esquema. De los pacientes con APL positivos (66,6%), 4 presentaron SAF criterio y 8 manifestaciones no criterio (SAF-NC), sin encontrar diferencias en el perfil de anticuerpos ni en el recuento plaquetario entre ellos. 2 SAF tuvieron sangrado, mientras que hubo 6 en el grupo SAF-NC. En cuanto a la respuesta terapéutica, 1 (25%) de los paciente con SAF y 3 (37,5%) con SAF-NC respondieron al 1° tratamiento, 66,6% y 40% al 2° tratamiento respectivamente y ninguno al 3° escalón terapéutico.

Conclusiones: El LES fue la EAI más frecuentemente asociada a PTI. En esta cohorte, las PTI asociadas a EAI no respondieron a la primera línea terapéutica, requiriendo terapia con Rituximab o esplenectomía. La mayoría de los sujetos con SAF y SAF-NC tuvieron sangrado y fueron refractarios al tratamiento.

301

0301 - FRECUENCIA DE SINDROME METABOLICO EN ARTRITIS PSORIASICA

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EsPa

ALONSO, Carla Gimena (1) | SAVIO, Veronica(1) | QUAGLIA, María Isabel(1) | TISSERA, Yohana Soledad(1) | ALBIERO, Juan Alejandro(1) | MALDINI, Carla(1) | ALBIERO, Eduardo(1) | GOBBI, Carla(1) | ALBA, Paula(1) | DEMARCHI, Marcela(2) | NEME, Viviana(2) | CHIAPELLO, Ignacio(3)

UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CORDOBA. CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, FCM,UNC (1); H CORDOBA (2); Universidad Nacional de Córdoba (3)

TABLA 1. Características clínicas de los casos con y sin SM

	SM (n 16)	NO SM (n 7)	P
PASI	7,094 (11,50)	5,50 (15,43)	0,083
BSA	12,0 (20,66)/15	10,95 (18,96)/6	0,9136
DA5.28	4,997 (8,90)/15	4,361 (1,84)	1*
DAPSA	19,21 (4,80)/15	15,39 (3,96)/5	0,3441
ÍNDICE PLACAS	15 (19,8)	6 (85,7)	0,0257*
LINGÜEAL	9 (56,25)	4 (57,14)	1*
PERIFÉRICO MONO/OLIGOARTICULAR	1 (6,25)	0 (0)	1*
PERIFÉRICO POLIARTICULAR	14 (87,5)	7 (100)	1*
ANAL	8 (50)	2 (28,57)	0,405*
DACTILITIS	8 (50)	4 (57,14)	1*
ENTESITIS	8 (50)	3 (42,86)	1

Introducción: La Psoriasis (Ps) afecta entre 1-3% de la población general y el 6-39% de estos pacientes pueden presentar artritis psoriásica (APs). Ps y APs comparten comorbilidades como obesidad, síndrome metabólico (SM), dislipemia (DLP), diabetes (DBT) o insulinorresistencia y esteatosis hepática que contribuyen a aumentar la

mortalidad de causa cardiovascular.

Objetivos: Estimar la frecuencia de SM en pacientes con APs y su relación con la actividad de la enfermedad

Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles, observacional. Se estudiaron pacientes con APs seguidos en una clínica de Espondiloartritis desde Enero de 2018 hasta la actualidad. El grupo control fue una población sana apareados por edad y sexo. Se recolectaron datos demográficos, examen clínico y de laboratorio. El SM fue evaluado bajo 3 clasificaciones: IDF, OMS y ATPIII. La actividad de la enfermedad fue medida por PASI, BSA, DAS 28, DAPSA y BASDAI.

Resultados: Se incluyeron 23 casos y 23 controles. La media de edad fue de 51.74 +/- 12.52 en casos y 49.7 +/- 11.18 en controles. Casi el 70% fueron mujeres. La media de IMC en los casos fue de 32.15 +/- 5.71 y en los controles de 28.63 +/- 6.68. El tabaquismo fue más frecuente en casos que en controles (47.83% vs 8.7%) similar al antecedente de dislipemia (30.4 vs 4.3%) La frecuencia de SM fue significativamente mayor en los casos utilizando las 3 definiciones: OMS: 60.9% vs 13.4% (p 0.00078), ATPIII: 59.21 vs 17.4% (p 0.00598), IDF: 69.6 vs 17.4 (p 0.00036). La media de BASDAI fue de 6.5 +/- 2.1, BASFI 5.5 +/- 2.6 y BASMI 19.45 +/- 3.65. La relación de SM con la clínica y la actividad de la enfermedad se muestran en Tabla 1

Conclusiones: La frecuencia de SM en APs es alta en este estudio y se relaciona con mayor actividad de la enfermedad. El manejo multidisciplinario es de vital importancia para mejorar el abordaje terapéutico, disminuir las comorbilidades y la mortalidad de causa cardiovascular.

311

0311 - ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE EN PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN PRIMARIO

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Síndrome Sjogren

RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine | NOVATTI, Elisa | CEBALLOS, F | FLORES, J | BAENAS, D | SAURIT, V | ALVARELLOS, A | COLAZO, M | FIORENTINO, S | VASAROTTO, N | CAEIRO, F
HTAL PRIVADO CORDOBA

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por destrucción e infiltración por células linfoplasmocitarias de las glándulas exocrinas asociado a queratoconjuntivitis y xerostomía que ocurre principalmente en mujeres en edad media. Se ha destacado la existencia de manifestaciones hepáticas, como un trastorno común en el síndrome de Sjögren, siendo las más frecuentes la colangitis biliar primaria (CBP) y la hepatitis autoinmune (HAI). La prevalencia de enfermedad hepática autoinmune (EHA) en pacientes con SSp oscila entre el 4 al 47%.

Objetivos: - Determinar la prevalencia de enfermedad hepática autoinmune. - Describir las características clínicas y serológicas de los pacientes con y sin compromiso hepático y determinar las diferencias entre los grupos. - Determinar y comparar la mortalidad entre los grupos con y sin enfermedad hepática autoinmune.

Materiales y Métodos: En este estudio fueron incluidos pacientes con diagnóstico de SSp que cumplieran los criterios de clasificación europeo - americanos de 2002, en dos centros de atención de tercer nivel durante un período de 10 años (2009-2018). Se realizó una evaluación retrospectiva de las historias clínicas. El diagnóstico de enfermedad hepática fue establecido por la presentación clínica, datos de laboratorio (Elevación de FAL, GOT/GPT, presencia de anticuerpos antimitocondriales, Anti musculo liso, Anti LKM) y/o biopsia hepática compatible con CBP y HAI. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de SS secundario además de infección viral, quedando un total de 157 pacientes. Las variables continuas se compararon con Test de Mann Whitney y las categóricas con Test Fisher, con un IC del 95%, considerándose significativa una p menor a 0.05. El análisis se realizó en forma global y por comparación con el grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática asociada (EHA). Se calculó la prevalencia de EHA.

Resultados: El número de pacientes incluidos fue de 157, 95% de sexo femenino (n=150). Con una edad media al diagnóstico de 52.1 años (DS 13.5). Del total de pacientes 9(5.7%) presentaron diagnóstico de EHA, 4 de CBP y 5 de HAI, El 100% era de sexo femenino, con una edad media al diagnóstico de SSp de 46.5 años (DS: 17.2) y 44.8 años (DS: 16.2) al diagnóstico del compromiso hepático. Con una media de seguimiento global de 10.2 años (DS: 9.8). En cuanto a las manifestaciones clínicas, el Raynaud fue significativamente más frecuente en el grupo de pacientes con compromiso hepático (44%, n: 4/9) que en pacientes con SSp sin compromiso hepático (6.8%, n: 10/149) (P 0.004). No hubo diferencias significativas en el resto de manifestaciones clínicas, hallazgos en el laboratorio, grado en la biopsia de glándula salival ni en el tratamiento entre ambos grupos. La mortalidad en todo el período analizado fue nula en ambos grupos con una pérdida de seguimiento global del 17.7% de los pacientes (n: 28/157).

Conclusiones: La prevalencia a 10 años fue del 5.6%, similar a lo publicado en otras series. -Se encontró una asociación entre la presencia de fenómeno de Raynaud y la enfermedad hepática autoinmune -No hubo ningún fallecido en los dos grupos.

314

0314 - COMPARACIÓN ENTRE ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA Y ESPONDILOSITIS ANQUILOSANTE EN UNA COHORTE NACIONAL

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EspA

MARTIRE, María Victoria (1) | AIROLDI, C(2) | BENEGAS, M(3) | GIRARD BOSCH, P(4) | SCARAFIA, S(5) | COSENTINO, V(6) | MARIN, J(7) | DUARTE, V(8) | BANDE, J(9) | GAMBA, M(10) | SOMMERFLECK, F(3) | GARCÍA, L(1) | KERZBERG, E(6) | GARCÍA, M(1)

HOSPITAL SAN MARTÍN (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); SANATORIO MENDEZ (3); IMP (4); HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO (5); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (6); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (7); CLÍNICA MONTE GRANDE (8); HOSPITAL TORNÚ (9); HOSPITAL POSADAS (10); HOSPITAL POSADAS (11); CENTRO MÉDICO GINECOLÓGICO (12); HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (13); SANATORIO FINOCHETTO (14); SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (15); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (16); CEMIC (17); IREP (18); IREP (19); HOSPITAL DEL MILAGRO (20)

Introducción: La Espondiloartritis Axial no radiográfica (EspAax-nr) es una entidad relativamente nueva que incluye a los pacientes con EspAax que no cumplen criterios radiológicos de Nueva York para Espondilitis Anquilosante (EA) (sacroileitis bilateral mayor o igual a grado 2 unilateral grados 3 o 4). Existen discrepancias en las similitudes y diferencias entre estas dos entidades.

Objetivos: Comparar las características sociodemográficas, clínicas, laborales y datos de cuestionarios autorreportados (PRO) entre los pacientes con EspAax-nr y EA en una cohorte de EspA de diferentes provincias del país.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes > de 18 años de edad con EspAax según criterios ASAS 2009 de una cohorte de EspA. Se consignaron variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y tratamientos recibidos. Se evaluó: ASDAS, SASDAS, score LEI de entesitis, y cuestionarios auto-administrados (HAQ, BASDAI, BASFI, ASQOL, ASAS Health index). Se evaluó la productividad laboral por WFPI SpA. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2 o test exacto de Fisher y Mann Whitney. Regresión logística múltiple.

Resultados: Se identificaron 113 con EspAax de 238 pacientes con EspA, de los cuales 85 (75.2%) EA, y 28 (24.8%) EspAax-nr. El 71.7% (81 pacientes) eran hombres con una edad media de 44.7 (DE 14) y un tiempo de evolución mediana (m) de 68 meses (RIC 42-144). No se encontraron diferencias en cuanto sexo, edad, índice de masa corporal, tabaquismo (pack/year), desocupación por enfermedad de base, % de ausentismo, % de pérdida de la productividad laboral total, % de presentismo, % de afectación en actividades de la vida diaria, historia familiar de EspA, criterios CASPAR, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea/cervicitis/uretritis, entesitis, psoriasis, dactilitis, artritis, hipertensión arterial, diabetes, depresión, ansiedad, uso de AINES, uso de biológicos, evaluación global del paciente, índice de LEI, HAQ, BASDAI, ASDAS, SASDAS, ASQOL ni ASAS health index (p >0.05). Sin embargo, los pacientes con EspAax-nr vs aquellos con EA presentaron: menor tiempo de evolución de la enfermedad [m 43 meses (RIC 22-66) vs m 97 meses (RIC 36-225), p<0.0001], menor demora en el diagnóstico [m 12 meses (RIC 3-21) vs m 27 meses (12-96), p<0.0001], y menor BASFI [m 2.35 (RIC 0.8-5.3) vs m 4.5 (RIC 0.73-5.43), p=0.03]. En el análisis de regresión logística, menor tiempo de evolución (OR: 1.02 IC95% 1.002-1.019, p=0.01) y menor demora al diagnóstico (OR: 1.014 IC95% 1.001-1.027, p=0.04) se mantuvieron asociadas de manera independiente a EspAax-nr.

Conclusiones: En esta cohorte Argentina con EspAax se sigue observando como en cohortes internacionales que no existen diferencias significativas en cuanto a la carga de la enfermedad entre la EspAax-nr y EA. Tampoco observamos un impacto diferente en la productividad laboral. Los pacientes con EspA-nr tuvieron menor tiempo de evolución y menor demora para el diagnóstico, esto último podría atribuirse a la mayor concientización de la presencia de esta entidad en los últimos años.

316

0316 - DETECCIÓN DE ARTRITIS PSORIASICA. EXPERIENCIA DE UN AÑO EN UNA CLINICA DE ESPONDILOARTRITIS

Modalidad: Póster

Unidad Temática: EspPA

ALONSO, Carla Gimena (1) | SAVIO, Verónica(1) | QUAGLIA, María Isabel(1) | TISSERA, Yohana Soledad(1) | ALBIERO, Juan Alejandro(1) | MALDINI, Carla(1) | PEREYRA, Susana(1) | GALLERANO, Verónica(1) | ALBIERO, Eduardo(1) | RUIZ DIAZ, Alejandra(1) | GOBBI, Carla(1) | ALBA, Paula(1) | RACCA, María Agustina(2) | DEMARCHEY, Marcela(2)
UNIDAD DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL CORDOBA. CATEDRA DE SEMIOLOGIA. FCM. UNC (1); H CORDOBA (2)

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes evaluados con PASE positivo con y sin APs

	APs (n=26)	No APs (n=4)
DMAR	19 (73.07)	2 (50)
Biológico	4 (15.38)	0 (0)
PASEI (media +/- DE)	8.85 +/- 12.2	1.8 +/- 2.26
DAS-28 (media +/- DE)	4.20 +/- 1.26	-
BASDAI (MEDIA +/- DE)	6.5 +/- 2.24	-
Pentícnico monoarticulador	3 (11.53)	0 (0)
Pentícnico poliarticulador	22 (84.6)	3 (75)
Asal	13 (50)	0 (0)
Dactilitis	11 (42.3)	0 (0)
Entesitis	13 (50)	0 (0)
Uveítis	1 (3.8)	0 (0)
Compromiso ungueal	15 (57.7)	1 (25)

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria que afecta el 6-39% de los pacientes con Psoriasis (Ps). Se han desarrollado clínicas conjuntas entre dermatólogos y reumatólogos para mejorar el diagnóstico temprano de APs, así como el manejo terapéutico y de las comorbilidades asociadas.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes valorados para diagnóstico precoz de APs en una clínica de Espondiloartritis

Materiales y Métodos: Se estudiaron pacientes con Ps de dos servicios de Dermatología que completaron el cuestionario PASE (Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation) durante 2018. Los pacientes con PASE positivo (≥34 puntos) fueron citados para ser evaluados en la Clínica de Espondiloartritis. Se consideró diagnóstico de Aps de acuerdo a criterios CASPAR. Se analizaron datos demográficos y clínicos

Resultados: Se evaluaron 96 cuestionarios PASE, 52 fueron positivos. De los 30 evaluados, 26 cumplieron criterios de APs. 22 aun no se han evaluado. La media de edad fue de 51.09 +/- 15.77 y el 55.2% fueron mujeres. El tipo de Ps más frecuente fue en placas (80%) y 57.7% tuvieron compromiso ungueal. El tiempo de evolución de Ps fue de 12.77 +/- 14.71 años y el tiempo de evolución del compromiso articular fue de 5.59 +/- 5.78 años. El 60% de los pacientes con APs eran obesos.

Conclusiones: El trabajo conjunto entre los dermatólogos y reumatólogos facilita el diagnóstico de APs en forma temprana y mejora el manejo. El tiempo entre el comienzo de los síntomas articulares y la primera valoración reumatológica continúa siendo prolongado por lo cual es necesario seguir trabajando para lograr una detección más temprana.

317

0317 - OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES: ANÁLISIS DE LAS GUÍAS INTERNACIONALES PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. GESAR OSTEOPOROSIS.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Op - Osteoporosis- Densidad Mineral ósea- Metabolismo Fosfocálcico

BRANCE, María Lorena (1) | LARROUDE, María Silvia(2) | MENESES LUNA, Narsaline(3) | KOHAN, María Paula(4) | CURTI, Ana Carolina(5) | FINUCCI CURRI, Pablo(6) | SATLER, Emilia(7)
REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES OSEAS. ROSARIO.CONICET (1); CENTRO ROSSI (2); REUMATOLOGIA Y ENFERMEDADES OSEAS. ROSARIO (3); HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (4); HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE (5); HOSPITAL SAN MARTIN. PARANA. (6); SANATORIO BRITÁNICO. (7)

Introducción: La osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIG) es la segunda causa de osteoporosis luego de la osteoporosis postmenopáusica y la causa más frecuente de osteoporosis secundaria. Las guías del American College of Rheumatology (ACR), American Society of Bone and Mineral Research (ASBMR) y de la International Osteoporosis Foundation (IOF) presentan diferencias en cuanto a cual es el momento óptimo para indicar tratamiento, en: edad de los pacientes, presencia de fractura por fragilidad, dosis de glucocorticoides utilizada, estratificación del resultado obtenido por la herramienta FRAX, presencia de fracturas osteoporóticas, deseo o no de embarazo. Todas presentan diferentes criterios para indicar prevención y tratamiento para OIG, dejando entonces diferentes porcentajes de la población sin criterios de prevención o tratamiento cuando un mismo paciente es evaluado según las diferentes guías/consensos.

Objetivos: El objetivo de es comparar las guías/consensos internacionales más importantes en pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con glucocorticoides y evaluar las diferencias en cuanto a diagnóstico y tratamiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con enfermedades reumatológicas tratadas con glucocorticoides (prednisona o equivalente a dosis de 2.5 mg/día o mayor por un período mayor de tres meses). Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban otra patología que afectara el metabolismo como hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica, asma, diabetes, otras enfermedades autoinmunes, hipertiroidismo, pacientes con alteración de la absorción intestinal, osteomalacias, cáncer, tratados con anticonvulsivantes, antirretrovirales. Se revisaron 300 historias clínicas y se incluyeron 177 pacientes en este estudio. Se calculó FRAX, y FRAX corregido para glucocorticoides en cada paciente y se clasificaron cada uno de los pacientes para cada una de las 4 guías/consensos mencionadas.

Resultados: De los pacientes incluidos el 84.25% eran mujeres (21.3% premenopausicas) y el 15.75% eran hombres, con una edad promedio de 57.1 años (rango: 18-86). El 74 % de los pacientes presentaba diagnóstico de artritis reumatoidea, mientras que el 24% presentaba conectivopatías y el 2% restante otras causas. De acuerdo a la clasificación de la OMS el 28.8% presentó densidad mineral ósea normal, el 30.5% baja masa ósea (osteopenia), y el 40.7% osteoporosis. El 27.7% de los pacientes presentó fracturas osteoporóticas: 22.2% en pacientes con osteoporosis y 26% en pacientes con baja masa ósea. 11.3% presentó fracturas no vertebrales (40% muñeca, 15% cadera, 45% otras) y el 16.4% presentó fracturas vertebrales. La dosis promedio de glucocorticoides de los últimos tres meses fue de 5.92±0.43 g/día en pacientes sin fracturas y del 8.43 ±0.99 en pacientes con fracturas (p=0.03). Luego del análisis de las diferentes guías sobre OIG encontramos que el 88% de los pacientes no cumplía criterios para recibir tratamiento acorde a las recomendaciones IOF, el 51.4% con las guías ACR 2010, el 31.6% con ASBMR 2011, y el 69.5% según ACR 2017. Con lo cual solo el 22% de los pacientes debería ser tratado según IOF, 48.8% según ACR 2010, 68.4% según ASBMR 2011, y solo el 30.5% acorde a ACR 2017. Con la herramienta FRAX el 17% de los pacientes no pudo ser analizado por ser menores de 40 años o presentar solo DMO de columna lumbar.

Conclusiones: Encontramos amplia diferencia en las guías/consensos más importantes a respecto. Las mayores limitaciones se encuentran en la población joven (mujeres pre menopausicas u hombres menores de 50 años), la necesidad de que el paciente ya presente el evento (fractura por fragilidad) para poder indicar prevención o tratamiento, la consideración de Z-score menor o igual -3, el largo período sugerido para realizar la densitometría (con lo cual no se pueden detectar disminución de la DMO en tiempo óptimo), son aspectos que deberían ser revisados para un mejor abordaje de la OIG.

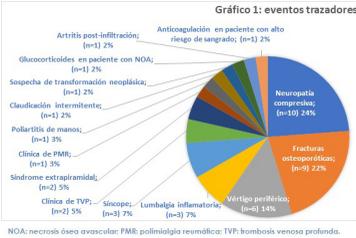
318

0318 - IMPORTANCIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA EN LA ADMISIÓN A REHABILITACIÓN KINÉSICA OSTEO-ARTRO-MUSCULAR.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: Rehabilitación

CASTORINO GRANDÍA, Gerardo Antonio | GUZZANTI, Fernanda | NASI, Silvana | SANCHEZ ALCOVER, Jimena | VALERIO, María Del Carmen | GARCIA CICCARELLI, Agustín | CIVIT, Emma de Garignani
HOSPITAL EL CARMEN



Introducción: La rehabilitación kinésica es fundamental en el tratamiento de la patología osteo-artro-muscular, siendo vital que los profesionales de la salud conozcan sus beneficios y deriven adecuadamente a los pacientes que así lo requieren. Es imprescindible la valoración integral del individuo para un abordaje terapéutico óptimo, considerando no sólo la patología que originó la derivación, sino también las comorbilidades y los tratamientos indicados. En este trabajo cobra relevancia la utilización de indicadores trazadores. Se consideró evento trazador a aquella patología prevalente no severa de fácil diagnóstico, cuya evolución natural es evitable mediante tratamiento factible.

Objetivos: Determinar las características de la población de pacientes que asisten a rehabilitación, evaluar cuáles son las especialidades médicas que derivan con mayor frecuencia, correlacionar el diagnóstico inicial con el diagnóstico obtenido luego de la consulta de admisión y detectar eventos trazadores.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio

descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años que asistieron a un consultorio de admisión a rehabilitación, atendido por médicos reumatólogos, entre el 1 de junio de 2018 y el 31 de julio de 2019. Se consignaron datos como comorbilidades, especialidad del médico derivador, diagnóstico de derivación, tipo de rehabilitación indicada y presencia o ausencia de evento trazador. Análisis estadístico: Microsoft Office Excel 365; MedCalc versión online; medidas de tendencia central y dispersión; Chi2; criterio de significación error alfa menor a 5%.

Resultados: Se incluyeron 293 pacientes, 76.8% mujeres, edad media 62.3 años (DS ± 1.67 años), 9.2% de los pacientes deambulan con auxiliar. La comorbilidad más frecuente en nuestra serie fue hipertensión arterial (39.6%). Otras como osteoporosis, fibromialgia, artritis reumatoidea, osteopenia, artritis crísticas, artritis psoriásica, polimiositis, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico y RS3PE, se presentaron en 14.3%, 6.1%, 5.5%, 4.1%, 2.4%, 1.0%, 0.7%, 0.3% y 0.3%, respectivamente. 57.7% de los pacientes fueron derivados por Reumatología, 26.6% por Traumatología, 6.1% por Clínica médica, y 6.8% por otras especialidades. En 7 pacientes derivados no coincidió el diagnóstico del médico derivador con el del auditor, 5 de los mismos fueron eventos trazadores. Los diagnósticos finales fueron: artrosis 68.6%, algia raquíal 47.4%, tendinitis del manguito rotador 36.2%, post-quirúrgico 11.9%; post-fractura 4.8%. Las terapias de rehabilitación que se indicaron fueron: kinesioterapia 96.2%, hidroterapia 33.4%, terapia ocupacional 17.1%, fisioterapia 14.0%, rehabilitación de la marcha 4.8%, prevención de caídas 3.8%. Se detectaron 42 eventos trazadores (14.3%) detallados en el Gráfico 1. En la tabla 2 se muestran los eventos trazadores en las dos especialidades que con mayor frecuencia derivan pacientes a rehabilitación.

Conclusiones: La rehabilitación kinésica osteo-artro-muscular es prescripta mayoritariamente por reumatólogos y traumatólogos, resultando en una herramienta útil intravalorada por médicos de atención primaria y de otras especialidades. En línea con los resultados obtenidos en nuestro trabajo, destacamos la importancia de la auditoría médica en la admisión a rehabilitación, ya que permite identificar y corregir diagnósticos erróneos y terapias no adecuadas, además de detectar eventos trazadores pasibles de ser corregidos.

Eventos trazadores	Reumatología	Traumatología	Significancia estadística
Neuropatía compresiva	1 (0.6%)	8 (10.3%)	P=0.0020
Fracturas osteoporóticas	3 (1.8%)	6 (7.7%)	P=0.0220
Lumbalgia inflamatoria	0 (0.0%)	3 (3.8%)	P=0.0109
Clinica de tromboembolia venosa profunda	0 (0.0%)	2 (2.6%)	P=0.0357
Otros eventos trazadores	9 (5.3%)	3 (3.8%)	P=0.6099

321

0321 - ANÁLISIS DE HUESO TRABECULAR Y CORTICAL POR RECONSTRUCCIÓN 3D DEL FÉMUR PROXIMAL POR DXA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA CON DIFERENTES ESQUEMAS TERAPÉUTICOS.

Modalidad: Póster

Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

Unidad Temática 2: Op- Osteoporosis- Densidad Mineral ósea- Metabolismo Fosfocálcico

BRANCE, María Lorena (1) | PONS-ESTEL, Bernardo A(2) | QUAGLIATO, Norberto J(3) | JOFFEN, Marisa(4) | BERBOTTO, Guillermo(5) | CORTESE, Noel(6) | RAGGIO, Juan Carlos(7) | PALATNIK, Mariano(8) | CHAVERO, Ignacio(9) | SOLDANO, Juan(6) | DIEGUEZ, Carolina(4) | SANCHEZ, Ariel(10) | BRUN, Lucas R(1)

REUMATOLOGÍA Y ENFERMEADES ÓSEAS. CONICET (1); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR) (2); INSTITUTO CAICI (3); REUMATOLOGÍA Y ENFERMEADES ÓSEAS (4); SANATORIO BRITÁNICO (5); FACULTAD CS MÉDICAS.UNR (6); SANATORIO BRITÁNICO (7); CENTRO DE REUMATOLOGÍA (8); REUMATOLOGÍA Y ENFERMEADES ÓSEAS (9); CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA (10); CETIR- ASCIRES (11)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria sistémica crónica con elevada prevalencia de osteoporosis y aumento del riesgo de fracturas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la DMO y el hueso cortical y trabecular de la cadera a través de 3D-DXA en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con drogas modificadoras de enfermedad clásicas (c-DMARD) o biológicos (b-DMARD).

Objetivos: El objetivo secundario fue evaluar los parámetros 3D en función del tiempo de duración de la enfermedad y el tiempo de uso de glucocorticoides.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal de 105 pacientes adultos con AR (c-DMARDs [n=75]; b-DMARDs [n=30]) y 100 sujetos como grupo de control (GC) apareado por edad, sexo y IMC sin patologías o uso de drogas que pudieran afectar la masa ósea. La densidad mineral ósea (DMO) se midió mediante DXA en cuello femoral (CF) y cadera total (CT) con un equipo Hologic Discovery Wi. El análisis 3D se realizó con el software 3D-Shaper (Galgo Medical, España). Los datos se expresan como media±SD. La prueba t de Student o el test de Mann-Whitney se utilizaron según la distribución de los datos para la comparación entre dos grupos. ANOVA o el test de Kruskal Wallis se utilizó para la comparación de más de dos grupos. La diferencia se consideró significativa si p<0.05.

Resultados: La DMO en CF y CT fueron significativamente más bajas en pacientes con AR, principalmente en el grupo c-DMARD. Después del análisis 3D, los c-DMARD mostraron un hueso trabecular y cortical significativamente más bajo en comparación con el GC. A pesar de los valores más bajos, los b-DMARD no mostraron diferencias significativas en la mayoría de los parámetros en comparación con el GC. A pesar de que la DMO estándar no mostró diferencias, los parámetros trabeculares y corticales 3D fueron significativamente más bajos en el grupo con 1 a 5 años de duración de la AR en comparación con el GC y la DMO volumétrica trabecular fue significativamente más baja en comparación con los controles en el grupo de 1 a 5 años de terapia con glucocorticoides.

Conclusiones: Los pacientes con AR presentaron un riesgo 3 veces mayor de baja DMO u osteoporosis. Los pacientes con AR bajo tratamiento con c-DMARD mostraron una DMO significativamente más baja en comparación con los controles, mientras que no se encontraron diferencias significativas con los b-DMARD. El 3D-DXA permitió demostrar cambios en el hueso trabecular y cortical en función del tiempo de evaluación de la AR y el tiempo de uso de glucocorticoides.