

X CONGRESO de Reumatología del Cono Sur

I JORNADAS INTERNACIONALES de Educación al Paciente Reumático

5 AL 8 DE OCTUBRE DE 2005 HOTEL DEL MAR
VIÑA DEL MAR - CHILE

Resúmenes de trabajos presentados

1. EXPERIENCIA CLINICA KINESITERAPIA EN DOLOR CERVICAL CRONICO POST LATIGAZO

Rodrigo Jordán Díaz
Email: rjordan@123click.cl

Introducción: El 70% de la población sufrirá de dolor cervical en algún momento de su vida, con un gran impacto socioeconómico. Se ha descrito que el latigazo cervical (whiplash) puede causar dolor cervical crónico en un 40-50% de los casos. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de un plan de estabilización en pacientes con dolor crónico cervical post latigazo, y su influencia sobre el dolor, discapacidad funcional y control motor cervical. **Material y Método:** 31 pacientes con dolor cervical crónico, 19 mujeres (X de 56) y 12 hombres (X de 47), se someten a tratamiento kinésico durante seis semanas. Como grupo control participaron 30 pacientes asintomáticos de dolor cervical, 15 hombres y 15 mujeres. Como método de evaluación de

la evolución clínica se utiliza la escala visual análoga, el índice de discapacidad cervical y dos tests de control motor. **Resultado:** Al término del tratamiento los valores de la escala visual análoga y el índice de discapacidad cervical evidenciaron una disminución estadísticamente significativa ($p > 0.001$). La evaluación del control motor cervical evidencia una mejoría en el tiempo de mantención de la isometría cervical estadísticamente significativa ($p > 0.001$). **Conclusión:** El dolor crónico cervical post latigazo se puede acompañar de un déficit neuromuscular tanto de la musculatura cervical profunda como superficial. La mejoría en el control motor cervical ayuda a reducir el dolor y la discapacidad funcional cervical.

2. EXPERIENCIA CLINICA KINESITERAPIA EN ESPONDILOLISTESIS

Rodrigo Jordán Díaz
Email: rjordan@123click.cl

Introducción: La espondilolistesis degenerativa es un proceso patológico que se acompaña de un déficit propioceptivo lumbo pélvico y de una disfunción en el timing de la musculatura estabilizadora lumbar y de las extremidades inferiores. **Objetivos:** Evaluar la efectividad de un plan de estabilización en pacientes con espondilolistesis sobre el dolor, discapacidad funcional y control motor. **Método:** 25 pacientes con espondilolistesis L5-S1, 11 hombres (X de 43 años) y 14 mujeres (X de 51 años) diagnosticada por RX, RNM o TAC, se someten a un tratamiento kinésico durante ocho semanas. 20 pacientes asintomáticos de dolor lumbar (10 hombres y 10 mujeres) participan como grupo control. Como métodos de evaluación se utilizan la escala visual análoga, el índice de discapacidad funcional de

Oswestry, y un test de control motor lumbo pélvico. Las evaluaciones se realizan al inicio del tratamiento, a la cuarta y octava semana. **Resultados:** Al finalizar el tratamiento los valores de escala visual análoga y el índice de discapacidad funcional de Oswestry evidenciaron una disminución estadísticamente significativa ($p > 0.001$). El test de control motor evidenció un aumento en el tiempo de mantención isométrico, mostrando una progresión estadísticamente significativa. ($p > 0.001$) **Conclusión:** La aplicación de un plan de estabilización progresivo, complementado con un trabajo propioceptivo dinámico es útil para reducir el dolor, mejora la discapacidad funcional, y el control motor lumbo pélvico en pacientes con espondilolistesis degenerativa.

3. ANGIOMATOSIS DIFUSA CON COMPROMISO OSEO, DE PARTES BLANDAS Y VISCERAL

Autores: G. B. Castro de Delrío; *D. J. Delrío.
Unidad Reumatología Hospital de San Miguel. Bs. As., Argentina
Dr. Daniel Jorge Delrío
Email:reumatologia@reumatologiadelrio.com

Introducción: Se presenta un paciente con diagnóstico de Angiomatosis, con expresión clínica en la 2ª infancia a partir de su localización ósea. Posterior compromiso de partes blandas y visceral, hasta la actualidad. **Caso Clínico:** Paciente S. O. de 29 años, sexo masculino, que refiere cefaleas desde los 8 años de edad, lesiones maculares rojo-vinosas en la piel. En su evolución presentó coxalgia izquierda, con hipertrofia del muslo homolateral. Estudios radiológicos realizados en el año 1984 evidenciaron: RX de cráneo: lesión única en sacabocado en parietal derecho, radiografía RX de pelvis: zonas de rarefacción ósea con lesiones quísticas a predominio de fémur y hueso coxal izquierdo, RX lesiones osteolíticas en costillas. Biopsia de hueso femoral del año 84 compatible con Angiomatosis Quís-

tica. En el año 99 raquialgia y coxalgia bilateral. En la nueva RX de pelvis a las lesiones descritas se suma la anquilosis coxofemoral bilateral. Resonancia magnética de pelvis y abdomen: proceso infiltrativo en región glútea derecha y pared lateral del abdomen hasta retroperitoneo, imágenes tubulares con vacío de flujo. En columna lumbar y huesos pélvicos imágenes focales hipointensas en T1 e hipertensivas en T2. Formaciones tubulares en pleura derecha con derrame. **Conclusiones:** La Angiomatosis difusa es una proliferación de vasos de calibre pequeño a mediano de forma irregular que infiltran difusamente piel, celular subcutáneo, músculo, vísceras y huesos. Su diagnóstico está determinado por la conjunción de criterios clínicos, radiológicos e histológicos.

4. LA CICLOFOSFAMIDA AUN TIENE UN LUGAR EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LUPICA

F. González; V. Wolff; M.J. Villar; C. Muñoz; S. Palma
Universidad de Chile Santiago, Chile
Email: drsergiopalma@yahoo.es

No existe consenso en el mejor tratamiento para la nefropatía lúpica. Esto fue analizado por Contreras et al. (NEJM, marzo 2004). Comparó la terapia a largo plazo con azatioprina, micofenolato y ciclofosfamida, concluyendo que azatioprina y micofenolato son más eficaces y seguros que ciclofosfamida a largo plazo. Comparamos la eficacia y seguridad de ciclofosfamida empleada en un grupo de nuestros pacientes con aquellos tratados por Contreras et al. Método Análisis retrospectivo de un grupo de 18 pacientes comparables a los enrolados por Contreras et al. Resultados: Las características de nuestro grupo fueron similares a las del grupo de Contreras et al. Las únicas diferencias estadísticamente significativas consistieron en un mayor índice de actividad y menor cronicidad en nuestros enfermos.

No hubo diferencias en la sobrevida renal acumulada ni en el end point combinado sobrevida del paciente/sobrevida renal. En relación a la sobrevida del paciente nuestro grupo obtuvo resultados similares a azatioprina y micofenolato, y claramente mejores que ciclofosfamida del grupo de Contreras ($p = 0.003$). No se observó diferencia estadística importante en la tasa de recurrencia de ambos estudios. Conclusión: La terapia a largo plazo con ciclofosfamida intravenosa es una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la nefropatía lúpica. Creemos que Contreras et al. obtuvieron resultados desfavorables con ciclofosfamida, lo que resaltó las características beneficiosas de azatioprina y micofenolato.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LOS ADOLESCENTES DE FENOTIPO MARFANOIDE (MF), POR EL RIESGO DE PRESENTAR UNA FORMA FRUSTA DE LAS ALTERACIONES HEREDITARIAS DE LA FIBRA COLAGENA (AHFC), EL SINDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR (SHA)

J.F. Bravo y C. Wolff
Email: jaim.bravos@gmail.com

Introducción. En nuestra práctica clínica los AHFC representan el 34,6%, de éstos 92,9% son SHA y de éstos 14% son MF. La alteración genética del colágeno produce problemas músculo-esqueléticos y síntomas derivados de fragilidad de otros tejidos. **Objetivo.** Demostrar necesidad de estudiar los MF. **Pacientes y Método.** MF=33, SHA=197, controles (C)

64. Se usó el Criterio de Brighton (CB) que incluye el Score de Beighton (ScB). **Resultados.** En C/SHA MF son el 4,7/14,4%. Edad promedio en C/MF/SHA: 44/30/47 años. MF tienen menor edad y mayor estatura que los SHA. Proporción de mujeres en C/MF/SHA 83/61/82%. Proporción de hombres en MF fue significativamente mayor que en otros grupos. Comparación

C/MF/SHA: artralgias 27/67/55%; dorso-lumbalgia 39/61/61%; tendinitis 19/48/53%; hernias 6/3/14%; prolapso-válvula-mitral 0/0/4 %. ScB positivo: 23/42/65%. Los C presentaron alto porcentaje de laxitud (ScB) y de SHA (CB positivo en 39% de los C). Otros síntomas-signos MF vs. SHA: osteopenia-osteoporosis 19/26%; disautonomía 42/22%; dislipidemia 9/13%; escoliosis 30/12%; pie plano 52/33%; Raynaud 3/2%; complicaciones en enfermos y familiares: aneurisma cerebral 6/3%; neumotórax espontáneo 3/2%; Prune-Belly 3/1%; muertos

jóvenes 3/1%. **Conclusiones.** Existe alta prevalencia del SHA en la población general (que incluye alrededor del 14,4% de MF), con elevado subdiagnóstico. Los MF presentaron disautonomía, pie plano, artralgias, tendinitis, dolor dorso-lumbar, escoliosis y osteopenia-osteoporosis. Se recomienda usar el CB ya que el ScB mostró ser insuficiente. Familiares presentaron ocasionalmente complicaciones graves. Raynaud debe hacer descartar una artritis asociada. Se destacan las características fenotípicas de MF y SHA.

6. ALTERACION DE LA DENSIDAD MINERAL OSEA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON SINDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR: ESTUDIO CLINICO PRELIMINAR DE 36 ENFERMOS

Bravo J, Wolff C. y Rojas P.

Introducción. El Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA), o Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) tipo III, es una forma frustra de las Alteraciones Hereditarias de la Fibra Colágena (AHFC). La osteoporosis es frecuente en las AHFC (SED, Síndrome de Marfan, Osteogénesis Imperfecta (OI), llegando en ésta y SED - VI al 100%).

Objetivo. Describir las alteraciones de densidad mineral ósea (DMO) en adolescentes y adultos jóvenes con SHA.

Pacientes y método. En 500 pacientes con AHFC (criterio de Brighton) de ≤ 50 años, estudiados en los últimos 4 años, se encontró 36 con DMO baja. Se descartó osteoporosis secundaria, según cuadro clínico y/o exámenes de laboratorio.

Resultados. Edad promedia 33 años (13-50). Sexo masculino 39%. El 44% eran Marfanoides. Exámenes de laboratorio fueron normales, excepto por un leve aumento de la HPT en 8 de 16 pacientes.

DMO según localización en 36 pacientes con SHA:				
	DMO	COLUMNA %	CADERA %	% TOTAL
Normal	(> -1,00)	16,67	19,44	14,29
Osteopenia:				
Leve	(-1,00 a - 1,49)	8,33	11,12	25,71
Moderada	(- 1,50 a - 1,99)	16,67	25,00	20,00
Severa	(- 2,00 a - 2,49)	33,33	19,44	20,00
Osteoporosis	(= < - 2,5)	25,00	25,00	20,00

Conclusión. Los pacientes con SHA, especialmente Marfanoides presentaron una significativa disminución porcentual de la DMO. El 39% fueron hombres y comprometió con igual fre-

cuencia al hueso esponjoso que al cortical. El compromiso óseo se presentó desde edades muy tempranas, planteando la necesidad de profundizar el estudio en esta muy frecuente patología.

7. DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTIPEPTIDO CITRULINADO (AAPC) EN EL SUERO DE NIÑOS CHILENOS CON ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ)

M. Iglesias, M. Ladino, V. Yañez, M. Miranda
melitza iglesias
Email: melitza_iglesias@merck.com

La AIJ, es un grupo heterogéneo de afecciones crónicas, que afectan a niños menores de 16 años. Su diagnóstico es clínico, después de la exclusión de infecciones u otra enfermedad inflamatoria, no existiendo un marcador serológico específico.

Su tratamiento precoz es de vital importancia. Se ha descrito la presencia de AAPC en adultos con artritis reumatoidea FR + y niños con AIJ poliarticular. **Objetivo:** Evaluar la presencia de AAPC en niños con AIJ y su asociación con la presencia de

FR, ANA y severidad de la presentación clínica. **Material y Métodos:** AAPC fueron medidos por ELISA en muestra de sueros de 21 niños con AIJ (18 niñas y 3 niños) con un promedio de edad de 9,3 años y un promedio de duración de enfermedad de 24 meses. Como grupos control se tomaron muestras de 13 niños con LES, 11 niños con otras Mesenquimopatías y 18 niños controles sanos. **Resultados:** Los AAPC fueron (+) en el 14% de

los pacientes con AIJ poliarticular y FR (+) y (-) en los controles o con otras Mesenquimopatías. No se encontró asociación con ANA (+), HLA B 27, ni con Hipergammaglobulinemia, pero si con actividad de la enfermedad. **Conclusión:** Este estudio se confirma la presencia de AAPC en niños con AIJ poliarticular FR(+). Además sugiere que los AAPC son marcadores de enfermedad activa y pudieran tener un rol en la patogénesis de la AIJ.

8. PERSISTENCIA DE PARVOVIRUS B19 EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL

Benito González M.
Email: benitogonzalez4@hotmail.com

Objetivos. Determinar la presencia de infección por Parvovirus B19 (PV B19) en pacientes portadores de Atritis Idiopática juvenil (AIJ) mediante estudio de IgM, IgG y DNA viral. **MÉTODOS.** Muestras de suero procedentes de 50 pacientes con diagnóstico de AIJ y 39 controles sanos fueron analizados mediante técnica de ELISA (Focus Technologies, USA) para detectar anticuerpos específicos anti IgG e IgM para PV B19. La presencia de genoma viral se estudió mediante la técnica Nested PCR. El promedio de edad de los enfermos fue de 9.6 años (2-14 años), 30 eran de sexo femenino (60%) y 20 masculino (40%). Las formas de presentación correspondieron a 19 casos con AIJ sistémicas (38%), formas pauciarticular 11 casos

(22%) y poliarticular 20 (40%). El promedio de edad del grupo control fue de 7.8 años (2-16 años) y la distribución por sexo correspondió a 25 mujeres (64%) y 14 hombres (36%). **Resultados.** IgM para PV B19 fue detectada en el 20% de los pacientes (10 casos), IgG en el 32% (16 pacientes) y PCR positivas en el 48% (24 pacientes). Ninguno de los niños del grupo control tuvo PCR e IgM positivas para PV B19. Sin embargo, en el 43.5% (17/39) hubo evidencia de infección antigua por PV B19 (IgG positivas). **Conclusiones.** Este estudio confirma observaciones recientes relacionadas con la alta prevalencia de DNA viral en pacientes con AIJ así como su posible rol del PV B19 en la patogenia de esta enfermedad.

9. FENOMENO DE RAYNAUD Y PATRON FOTOPLETISMOGRAFICO

Alberto M., Capozzi M.N., Rebecchi D.A., Gette F., Leczycki H.V.
Hospital A. Posadas. Haedo, Buenos Aires, Argentina
Dr. Alberto Mauricio
Email: reumaposadas@yahoo.com.ar

Objetivo: Hallazgo de un patrón fotopletismográfico de fenómeno vaso espástico en pacientes con clínica de Fenómeno de Raynaud. Evaluar la respuesta a la exposición al frío en pacientes con una sola fase de Raynaud. **Material y método:** Fueron evaluados con fotopletismografía digital 129 pacientes con por lo menos una fase del Fenómeno de Raynaud. **Resultados:** Presentaron; una sola fase; de Raynaud 30 pacientes, 6 tuvieron PPG Grado 0 y 10 PPG Grado 0¹; , registrando marcada disminución de la amplitud de las ondas, incisura dicrota conservada y recuperación fotopletismográfica precoz; 5 presentaron PPG Grado 1 y 9 Grado 2. Presentaron; dos fases; de Raynaud 78 pacientes; 70 tuvieron PPG Grado 2 y 8, PPG

Grado 3. Presentaron; tres fases; de Raynaud 21 pacientes; 18 tuvieron PPG Grado 2 y 3, PPG Grado 3. Todos los pacientes presentaron alteraciones PPG. 19% estuvieron asigno-asintomático al examen. 31% tiene colagenopatía asociada. El patrón constante fue la ausencia de incisura dicrota en las ondas fotopletismográficas. **Conclusiones:** 1) El Fenómeno de Raynaud predominó en el sexo femenino. 2) La pérdida de la incisura dicrota se considera como patrón de vaso espasmo patológico en pacientes con clínica de Fenómeno de Raynaud. 3) La respuesta exagerada al frío no siempre es Fenómeno de Raynaud 4) El vaso espasmo sostenido (VES) persiste, a pesar de la desaparición de la signosintomatología Presentación en póster.

10. RUPTURA ESPONTANEA DE AMBOS TENDONES ROTULIANOS EN PACIENTE PORTADORA DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Dra. Capozzi M.N., Dr. Rebecchi D.A., Dr. Cupito J., Dr. García Artemio, Dr. Leczycki H.V.
Hospital Posadas. Haedo, Bs. A.s, Argentina
Dra. Capozzi María Nieves
Email: reumaposadas@yahoo.com.ar

Objetivo: Presentar una complicación no descripta en Enfermedad de Still del adulto. Revisión bibliográfica Caso Clínico: Paciente, sexo femenino, de 25 años de edad, peso 130 Kgr., portadora de Enfermedad de Still del adulto de 12 meses de evolución, compromiso poliarticular simétrico, extensa afectación cutánea, derrame pericárdico leve y afección broncopulmonar restrictiva severa. Medicada con prednisona 25 mg./día, hidroxicloroquina 200 mg/día y sulfasalazina 2 grs/día. En septiembre de 2003, presenta dolor e impotencia funcional de ambas rodillas de aparición brusca, ocurrida al incorporarse de una silla. El diagnóstico fue dificultoso debido a sinovitis

bilateral, aumento del tejido adiposo local, presencia de hematomas y a la infrecuencia de esta complicación. **Conclusiones:** La afectación de partes blandas en la enfermedad reumática es frecuente, pero la asociación de Enfermedad de Still del adulto con ruptura espontánea de ambos tendones rotulianos no fue hallada en la literatura consultada. La revisión bibliográfica realizada reporta escasos casos de ruptura de tendones rotulianos, todos ellos bilaterales, espontáneos y en su mayoría asociada a Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoidea, altas dosis de corticoesteroides y otros no relacionados a ninguna patología de base ni corticoideoterapia Presentación en póster.

11. COMPROMISO DEL RETROPIE EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Cupito J., Leczycki H.V., Capozzi M.N., Rebecchi D.A., Gomez H.
Hosp Posadas, Haedo. Bs. As., Argentina
Dr Cupito Jorge
Email: reumaposadas@yahoo.com.ar
Pte. Illia y Marconi, Haedo, Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Detectar la presencia de insuficiencia del tibial posterior en pacientes portadores de pie reumático. **Material y Método:** Se evaluaron 14 ptes. (25 pies), 13 ptes. de sexo femenino y 1 pte. de sexo masculino, portadores de artritis reumatoidea, con compromiso de retropié, durante el período Enero-Junio del 2004. La edad promedio fue de 52,4 años, con una media de 12,4 años de evolución. **Resultados:** De los 14 ptes. evaluados, 11 ptes. tuvieron compromiso bilateral y 3 ptes. compromiso unilateral. De los 25 pies estudiados: 16 pies (64%) tuvieron compromiso de más de una zona topográfica; 9 pies (36%) exclusivamente compromiso de retropié. Las lesiones halladas en el retropié fueron: insuficiencia tibial posterior 14 pies (56%), insu-

ficiencia tibial posterior, pie contracturado y sinovitis de tobillo: 3 pies (12%), pinzamiento tibioastragalino: 2 pies (8%), impingement peroné con rigidez subastragalina 2 pies (8%), artrosis tibioastragalina y subastragalina: 2 pies (8%) y anquilosis subastragalina: 2 pies (8%). El 68% de los ptes. tuvo compromiso del tibial posterior, de ellos el 90% en estadio de ruptura avanzada, coincidiendo en general con tiempos de evolución prolongado de la enfermedad de base. **Conclusiones:** La evaluación correcta del retropié, tanto estática como dinámica permite el diagnóstico precoz de la insuficiencia del tibial posterior, que sumada al compromiso de la articulación subastragalina favorecen el desarrollo del pié plano secuelear severo. Presentación en Póster.

12. PATRON DE CITOKINAS SERICAS EN PACIENTES CON RESPUESTA ATENUADA AL PPD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D Ponce de León, C Pastor Asurza, E Acevedo-Vásquez, J Alfaro Lozano, Y Beraun, R Gamboa, M Cucho, A Sánchez Torres, C Gutiérrez Villafuerte, R Perich Campos, C Sánchez Schwartz, M Medina
Email: dariopio2000@yahoo.com
Av. Grau 800. La Victoria, Lima, Perú

Introducción En un reciente estudio, demostramos una baja positividad al PPD en pacientes con AR (30%), comparado con controles (70%). **Objetivos:** Comparar los niveles séricos de IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, FNT a e IFN g en pacientes con AR con reactividad positiva y negativa al PPD. Determinar el patrón

de citokinas séricas en pacientes con AR. **Métodos:** Se estudiaron 40 pacientes con AR y 21 individuos sanos. Las citokinas se determinaron por citometría de flujo utilizando el Kit Multiplex Cytometric Bead Array. **Resultados:** De los pacientes con AR, 27 (67.5%) eran PPD negativos y 13 (32.5%) PPD positivos,

ambos grupos similares en edad (50.8 vs 49.3 años; $p=0.66$), género femenino (92.6% vs 92.3%; $p=0.97$) y enfermedad activa según DAS28 (66.6% vs 76.9%; $p=0.71$). Los pacientes con AR presentaron valores mayores de IL-6 y menores de IL-4 comparado con los controles. No se encontraron diferencias significativas en las citocinas entre los grupos con PPD positivo y PPD negativo. El grupo con AR activa presentó niveles más elevados de IFN- γ (7.3+/-3.7 vs 3.2+/-3.0) e IL-6 (18.1+/-22.9 vs 9.5+/-10.8) comparado con los AR inactivos. Comparado

con los controles, los AR activos presentaron niveles mayores de IL-6 ($p=0.001$) y menores de IL-4 ($p=0.03$). El IFN- γ ($r=0.433$; $p=0.005$) y la IL-6 ($r=0.325$; $p=0.041$) fueron las únicas que mostraron correlación positiva con la actividad de la enfermedad. **Conclusiones:** El patrón de citocinas séricas en los pacientes con respuesta atenuada al PPD es similar a aquellos con una adecuada respuesta al PPD. Los pacientes con Artritis Reumatoide presentaron niveles más elevados de IL-6 y menores de IL-4 comparado con los controles.

13. EPIDEMIOLOGIA DE LAS VASCULITIS SISTEMICAS PRIMARIAS EN UNA POBLACION LATINOAMERICANA

A Sánchez Torres, E Acevedo Vásquez, C Sánchez Schwartz, C Pastor Asurza, R Perich Campos, J Alfaro Lozano, M Cucho Venegas, C Gutierrez Villafuerte, R Gamboa Cárdenas.
Email: asanchez151@yahoo.com, asanchez151@hotmail.com
Av. Grau 800. La Victoria, Lima, Perú

Objetivo: Evaluar la epidemiología de Las Vasculitis Sistémicas Primarias (VSP): Poliangeitis Microscópica (MPA), Granulomatosis de Wegener (GW) Poliarteritis Nodosa (PAN) y Síndrome de Churg Strauss (SCS) en una población latinoamericana bien definida. **Métodos:** Entre Enero de 1990 y Diciembre del 2004 se registraron todos los casos de estas VSP identificados en una población de 930306 personas mayores de 15 años asignadas a la red del Hospital Almenara (9 hospitales en 20 distritos de la ciudad de Lima). Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a las definiciones del Consenso de Chapel Hill. **Resultados:** Se identificaron 72 pacientes con VSP (56 MPA, 7 GW, 7 PAN y 2 SCS), 49 mujeres y 23 varones, con promedio de edad 56.42 ± 13.77 años. La incidencia anual de VSP entre 1990-2004 fue 5.16/millón (95% IC 5.12-5.20). Fue

mayor en mujeres 6.98/millón (95% IC 6.91-7.05) que en varones 3.32/millón (95% IC 5.12-5.20) y en pacientes >50 años que <50 años (13.96/millón vs 1.96/millón). La incidencia de MPA fue 4.01/millón (95% IC 3.97-4.05), de GW 0.50/millón (95% IC 0.49-0.51), de PAN 0.5/millón (95% IC 0.49-0.51) y de SCS 0.14/millón (95% IC 0.13-0.15). Por quinquenios la incidencia de VSP fue 3.44/millón (95% IC 3.40-3.48) entre 1990-1994; 4.73/millón (95% IC 4.69-4.77) entre 1995-1999 y 7.31/millón (95% IC 7.26-7.36) entre 2000-2004. **Conclusiones:** En nuestros pacientes la MPA es la más común de las VSP. GW, PAN y SCS son raras en nuestro medio. La incidencia de estas VSP es mayor en mujeres y se incrementa con la edad. La incidencia de VSP ha aumentado progresivamente a través de los años.

14. VERTEBROPLASTIA PERCUTANEA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR POR FRACTURA OSTEOPOROTICA

M. Medina Chinchón¹, E. Acevedo-Vásquez¹, R. Gamboa Cárdenas¹, C. Gutierrez Villafuerte², E. Quevedo Rojas³, J. Alfaro Lozano¹, C. Pastor Asurza¹, D. Ponce de Leon Pandolfi¹, M. Cucho Venegas¹, A. Sánchez Torres¹, C. Sánchez Schwartz¹, R. Manrique Cruz¹ (1) Red Asistencial Almenara, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud, Lima-Perú (2) Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. (3) Servicio de radiología intervencionista del HNGAI.
Email: marimed76@yahoo.es
Av. Grau 800. Lima Perú

Introducción: La vertebroplastia (VTP) es una técnica nueva en el tratamiento de fracturas vertebrales osteoporóticas. **Material y métodos:** Serie histórica de casos. Fueron incluidos pacientes con diagnóstico de osteoporosis severa (OS) a quienes se les realizó VTP entre Agosto del 2003 a Enero del 2005. Se revisaron las historias clínicas y se aplicó una entrevista personal que incluía la escala análoga visual del dolor de Stanford (EVA). Se obtuvo registro de EVA 24 horas antes de la VTP (EVA 0) y post VTP: EVA 1 (6 hr), EVA 2 (24 hr), EVA 3 (6 meses) y EVA 4 (12 meses). Se analizó la necesidad de analgésicos y antiinflamatorios antes y después del procedimiento. **Método estadístico:** prueba de Wilcoxon para comparación de

las EVA. **Resultados:** Doce pacientes fueron tributarios de VTP (edad promedio: 64,8 años). La OS por corticoides (10/12) fue la más frecuente. Se realizó VTP en 17 vértebras (9/17 en columna dorsal). Disminuyeron significativamente los EVA: EVA 0 vs 1 (9 vs 4, $p=0.002$), EVA 0 vs 2 (9 vs 4, $p=0.002$), EVA 0 vs 3 (9 vs 3, $p=0.003$), y entre EVA 0 y 4 (9 vs 4, $p=0.017$). Antes de la VTP todos los pacientes usaban AINES, paracetamol el 83.3% y el 50% además usaba opioides. Luego del procedimiento el 33,3% necesitó paracetamol condicional hasta 6 meses de seguimiento y 2/12 continuaron AINES y opioides (por radiculopatía posterior a la VTP). **Conclusiones:** La VTP produjo una disminución significativa del dolor en los pacientes de la serie.

15. TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. ESTUDIO CASO CONTROL

G Valenzuela Rodríguez, E Acevedo-Vásquez, A Sánchez Torres, M Cucho, J Alfaro Lozano, R Perich Campos, C Sánchez Schwartz, C Pastor Asurza, D Ponce de León Pandolfi, R Gamboa, M Medina
Email: dariopio2000@yahoo.com
Av Grau 800. Lima, Perú

Introducción: La incidencia de Tuberculosis (TBC) en la población general peruana es 133,6 x 100000 habitantes, donde predomina la localización pulmonar (80%) **OBJETIVOS:** Describir la prevalencia de TBC en pacientes con LES y comparar las características clínicas del LES en pacientes con TBC activa y sin TBC. **Métodos:** Evaluación retrospectiva de pacientes con LES y TBC atendidos en el Servicio de Reumatología del HNGAI entre los años 1990-2002. Por cada caso se obtuvieron dos controles, siendo estos, pacientes con LES sin TBC activa, pareados por año de atención y edad. **Resultados:** Se registraron 14 casos de TBC en 357 pacientes con LES (3.9%), todas mujeres con edad promedio de 38.50+/-14.7 años. Los pacientes con TBC presentaron mayor dosis acumulada de prednisona (23.2 vs 6.54 gr) y mayor tiempo de enfermedad lúpica (80 vs 43 meses) comparada con los controles (LES sin TBC). En los

pacientes con TBC y sin ella no se encontraron diferencias en el score MEX-SLEDAI (6 vs 11), dosis acumulada de ciclofosfamida (15.28 vs 5.5gr), azatioprina (7.4 vs 24gr), antecedente de TBC (28.5% vs 10.7%), profilaxis con isoniazida (21.4% vs 42.8%), glomerulonefritis (100% vs 57.1%), leucopenia (40% vs 60.7%) o hipocomplementemia (55.5% vs 67.8%). La localización de la TBC fue extrapulmonar en 50% de casos, correspondiendo a compromisos osteoarticular, meníngea, pleural, endobronquial, renal, pericárdica y cutánea. El seguimiento de pacientes fue posible en 13 casos, curándose 11 (84.6%) y dos desarrollaron multidrogoresistencia. **Conclusiones:** Los pacientes lúpicos con TBC presentan alta prevalencia de compromiso extrapulmonar. Los pacientes con TBC tuvieron mayor tiempo de LES y recibieron mayor dosis acumulada de corticoides.

16. RIESGO DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN PAIS CON ALTA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS

R.Gamboa Cárdenas¹, E. Acevedo Vasquez¹, C. Gutierrez Villafuerte², D. Ponce de León Pandolfi¹, C. Pastor Asurza¹, R. Perich Campos¹, J. Alfaro Lozano¹, M. Cucho Venegas¹, A. Sánchez Torres¹, C. Sánchez Schwartz¹
(1) Red asistencial Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima Perú.(2) Servicio de Epidemiología y Estadística. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
Email: rvgc@yahoo.com
Av Grau 800. la Victoria, Lima, Perú

Introducción: Los estudios sobre riesgo de enfermedad tuberculosa (ET) en artritis reumatoide (AR) son controversiales. **Objetivo:** Evaluar AR como factor de riesgo independiente para ET. **Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo. Una cohorte AR (cumplimiento de criterios del ACR para AR y ausencia de terapia biológica) fue pareada por edad y género con una cohorte control (pacientes con desórdenes no inmunológicos). El seguimiento para la cohorte AR se inició en el diagnóstico de AR y culminó en la entrevista o en el diagnóstico de ET (los controles fueron seguidos el mismo período de tiempo). Se calculó la densidad de incidencia (DI) y el Hazard ratio (HR) para ET. La probabilidad de ET de acuerdo al tiempo de enfermedad se comparó mediante curvas de Kaplan Meir. Se

aplicó un modelo de Cox'Hazard para ajustar drogas y patologías predisponentes. **Resultados:** La cohorte AR y los controles (667 y 664 pacientes) tuvieron 6940.75 y 6666.53 personas-año de seguimiento. La edad al diagnóstico de AR fue 46.65 años. Un 29.7% de 195 pacientes AR fueron PPD positivos. Quince pacientes AR y ocho controles desarrollaron ET (DI de 216.1/100 000 y 122.1/100 000 personas/año). El HR para TBC fue 1.8 (IC 95% = 0.8-4.2; p=0.2) y luego del ajuste para drogas y comorbilidades predisponentes de ET fue 1.69 (IC 95% = 0.26-10.93). No hubo diferencia al comparar las curvas de Kaplan Meier (valor p = 0.19). **Conclusión:** AR no se correlacionó de manera significativa con riesgo de ET luego de ajustar variables confusoras.

17. TROMBOSIS MESENTERICA, SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS Y ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA PACIENTE CON SINDROME DE RENDU OSLER WEBER (ROW)

Drs. G. Gil, J. Basualdo, O. Neira.
Sección Reumatología, Hospital Salvador, Universidad de Chile, Santiago
José Germán Gil La Rotta
Email: germangil2002@yahoo.com.mx

El síndrome de ROW se caracteriza por telangiectasias y malformaciones arteriovenosas en piel, mucosas, pulmones, cerebro y tracto digestivo; un 71% presenta epistaxis recurrente y un 33% hemorragia digestiva. La trombosis es anecdótica y de presentarse es secundaria a trombofilia como el déficit de proteína S e hiperfibrinogenemia. Presentamos una mujer de 75 años con antecedentes de epistaxis recurrente y hermana con ROW. Desde 1980 presenta diarrea intermitente con estudio normal. En 1998 presentó abdomen agudo y hematoquezia; la laparotomía evidenció trombosis venosa mesentérica y necrosis del ileon, requiriendo resección de 1,24 m. Un mes después presentó nueva trombosis venosa y necrosis de ileon, resecándose 2 m. Estudio de trombofilia congénita (-). Fibrinógeno normal.

ACL: IgG (+) 44,4 GPL, IgM (-) (repetido). ANA, AMA, AML, ANCA, VHB, VHC y VIH: negativos. La gastroscopía evidenció múltiples telangiectasias de fácil sangrado. Evoluciona con epistaxis recurrente de difícil manejo. Recibe terapia anticoagulante manteniendo INR 2-2.5. Desde 2003 presenta poliartritis periférica simétrica con rigidez matinal y FR(+) 1/320 UI/ml. Se inicia terapia con prednisona 7.5 mg/día, metotrexato 7.5 mg/semanal, con buena respuesta. Destacamos el caso de una paciente con síndrome de ROW que evoluciona con Síndrome Antifosfolípidos y trombosis mesentérica recurrente, esta inusual forma de presentación se describe en forma aislada. No hay reportes previos de su asociación con Artritis Reumatoídea.

18. ARTRITIS POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS: CASO CLINICO

Drs. G. Gil, C. Foster, O. Neira, S. Palma, C. Heredia, A. Fernández, C. Juliet, TM J. Tapia
Sección Reumatología, Unidad de Microbiología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. Santiago
José Germán Gil La Rotta
Email: germangil2002@yahoo.com.mx

Un 5 a 10% de los pacientes con criptococosis presentan osteomielitis; siendo la artritis criptocócica infrecuente. Presentamos una mujer de 92 años, con monoartritis de rodilla derecha de dos meses de evolución. **Antecedentes:** TBC y Linfoma Gástrico tratados. **Examen:** enflaquecida, con importante sinovitis y limitación funcional de rodilla. Laboratorio: Hematocrito: 32%, leucocitos: 7000/mm³, VHS 83mm/hora, PCR 56mg/dl, perfil bioquímico y hepático normal. Radiografía: pinzamiento femoro-tibial, pequeñas erosiones y aumento de partes blandas. Líquido Sinovial: turbio, leucocitos 32.000 mm³, sin cristales. Gram: sin microorganismos. **Cultivo:** desarrollo de levaduras capsuladas, identificadas como *Cryptococcus neoformans* (API para levaduras 20C AUX Biomérieux), multisensibles. En hemocultivos y

una segunda muestra articular sembrada en frasco de hemocultivo automatizado se confirma *Cryptococcus*; además se evidenció su cápsula mediante Tinta China. Los antígenos capsulares en suero fueron positivos. La artroscopia mostró proliferación sinovial y la histopatología granulomas, células gigantes y abundantes *Cryptococcus*, el cultivo de sinovial fue también positivo. Se excluyeron otros posibles reservorios de *Cryptococcus*. Se descartó TBC osteoarticular y recidiva del Linfoma. Hubo buena respuesta clínica al tratamiento con fluconazol oral, el que fue posteriormente discontinuado, falleciendo en domicilio. **Conclusión:** La artritis por criptococo es una infrecuente causa de monoartritis crónica. Su baja incidencia y curso insidioso dificultan su diagnóstico, pese al tratamiento tiene una importante mortalidad.

19. ARTRITIS REUMATOIDE: MANIFESTACIONES CLINICAS Y DE LABORATORIO, CLASE FUNCIONAL Y TRATAMIENTO. ESTUDIO PILOTO MULTIHOSPITALARIO. GUAYAQUIL

Sara Vargas, Claudia Vera, Carlos Ríos, José González, Mario Moreno
SERLI, Hospital Luis Vernaza, Hospital de la Policía
E-mail: drasvargas@hotmail.com

Objetivo. Estudiar las manifestaciones clínicas, de laboratorio, clase funcional y modalidades de tratamiento en 70 pacientes con Artritis Reumatoide.

Material y método. Estudio transversal de 70 pacientes con Artritis Reumatoide, atendidos en la consulta externa y

hospitalización de los hospitales arriba mencionados en los últimos tres años. Se revisaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, laboratorio y tratamiento. A todos los pacientes se les realizó un HAQ al momento de la evaluación.

Resultados. Se estudiaron 70 pacientes, 62 (88,6%) sexo

femenino, edad x 49 a, edad x de comienzo de la enfermedad 45 a, edad x al diagnóstico 48 a, duración x de enfermedad 4 a. Nivel educativo con cualquier nivel de enseñanza 92,86%, casado/a 51,4%, nivel socio-económico bajo 63%, población urbana 81%. Las manifestaciones más frecuentes fueron: fiebre 46%, poliartritis 96% la cual fue simétrica en 96% de ptes y aditiva en el 62%; nódulos subcutáneos 2,8%, queratoconjuntivitis seca 14%, hipertensión 11,4%, hipotiroidismo 8,5%, anemia 34,28%, ERS >30mm/h 54,28%, PCR alta 88,57%, RF positivo 88,5% y ANA positivo 11,11%. Recibieron en

algún momento AINES 94,28%, esteroides 100%, antimaláricos 14,2%, Methotrexato 100%, terapia biológica 4%, Bisfosfonatos 21%. Capacidad funcional HAQ: <=1 40%, >1 <=2,5 45,71% y >2,5 14,28%.

Conclusiones. Nuestros hallazgos son similares a los señalados por otros autores, pero con una prevalencia mucho mayor en mujeres en relación a los hombres (7,75:1) Destaca la baja frecuencia de nódulos subcutáneos. Con los tratamientos empleados la mitad de nuestros pacientes presentan discapacidad moderada a severa, el medicamento más usado es el metotrexate.

20. NEFRITIS LUPICA: ESTUDIO EN 50 PACIENTES

Dr. Mario Moreno Alvarez

Email: mmoren28@hotmail.com

Hurtado 202 y Machala. Piso 1 Oficina 8.Guayaquil, Guayas, Ecuador

Objetivos. Estudiar las manifestaciones clínicas y de laboratorio, tratamiento y complicaciones en pacientes con nefritis lúpica. **Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de 50 pacientes con nefritis lúpica atendidos en el área de reumatología, Hospital Luis Vernaza, en los últimos 30 meses. **Resultados.** 47 pacientes (94%) mujeres. Edad x 33 a(17-53), edad de inicio 29 a(12-51), edad al diagnóstico 29 a(12-51), tiempo x de evolución 46 meses, tiempo de seguimiento x 11 meses (2-30). Proteinuria de 24h > 500 mg 42 ptes (84%); proteinuria 500 - 3g 28 ptes (56%) y proteinuria >3g 14 ptes (28%). Cilindruria 25 ptes (50%), IRA 14 ptes (28%), IRC 4 ptes (8%). Biopsia renal se realizó en 22 ptes (44%): grado I= 2 ptes (9%), grado II= 7 ptes (32%), grado III= 6 ptes (27%) y grado IV 7 ptes

(32%). Manifestaciones acompañantes relacionadas al LES fueron: artritis 74%, compromiso de piel 94%, cardiovascular 49%, respiratorio 31%. Laboratorio: ANA positivo 98%, DNA 78%, C3 bajo 87%, C4 bajo 92%, LAC 11%, ACA IgG 21%, ACA IgM 50%. Tratamientos: corticoides vo 93%, pulsos de metilprednisolona 23%, ciclofosfamida 23%, azatioprina 18%, antimaláricos 63%, antiagregantes 45%, antihipertensivos 43%, hemodiálisis 2%. La complicación más frecuente fueron las infecciones 27 pacientes (54%). Fallecidos 6 pacientes (12%). **Conclusiones.** Nuestros hallazgos confirman a la nefritis como una complicación frecuente y severa en pacientes con LES. La proteinuria fue la manifestación más frecuente. La tasa de mortalidad en esta serie es alta.

21. RETRASO DIAGNOSTICO EN DISCOESPONDILITIS

Spangenberg E(*), Dantaz A(**), Palleiro D(**)

Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo, Uruguay. Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina. (*)Postgrado de Reumatología

(**)Reumatólogo. Asistente de Reumatología

Email: emispangenberg@hotmail.com

Introducción: La discoespondilitis es una infección que requiere un alto grado de sospecha clínica para lograr un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En una serie de 5 casos internados entre abril 2003 y marzo 2004 el retraso diagnóstico promedio fue de 4.8 meses. **Objetivos:** Analizar los factores intervinientes, intentando identificar aquellos potencialmente modificables. **Metodología:** Se efectuó un análisis retrospectivo de las historias clínicas elaborándose cronogramas individuales con las fechas del primer síntoma, primera consulta al médico general y al especialista, y fecha del diagnóstico. Se distinguieron factores inherentes al paciente, médico general, especialista y administración, aislados o asociados entre sí. **Resultados:** Exceptuando un

caso posdiscectomía con retraso diagnóstico mínimo de 15 días, éste osciló entre 4 y 8 meses. Radicó fundamentalmente en el paciente y médico general, asociándose trabas administrativas. Se excluyó de la responsabilidad del médico general y especialista un caso con presentación clínico-radiológica sugestiva de otra patología. **Conclusiones:** Se jerarquiza la necesidad de impartir al médico general la sospecha de discoespondilitis ante cualquier raquialgia pertinaz y su pronta derivación al especialista, así como la difusión de las vías de canalización adecuadas. Se propone ampliar la muestra para validar las conclusiones extraídas, y aplicar la metodología empleada a otras patologías reumatológicas con el fin de plantear nuevas estrategias de salud.

22. UTILIDAD CLINICA DEL ANTICUERPO ANTI-PCC (PEPTIDO CICLICO CITRULINADO) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS

Carlos Ríos Acosta
Email: riosacosta@intramed.net.ar
Clínica Kennedy Alborada, Torre Norte, Nivel 5. Consultorio 509
Guayaquil Guayas, Ecuador

Objetivos. Determinar la frecuencia de anti-PCC en un grupo de pacientes con diversas afecciones reumáticas. **Material y métodos.** Se estudiaron 189 pacientes atendidos en tres centros reumatológicos de atención pública. A todos se les realizó anti-PCC (Elisa 2da generación) y Factor Reumatoide (FR) por nefelometría. Se revisaron las historias clínicas para ver datos demográficos y los diagnósticos respectivos. **Resulta-**

dos. En Artritis Reumatoide (AR), la sensibilidad del anti-PCC fue 65% y la especificidad 94,4%, mientras que para el FR la sensibilidad fue 76% y la especificidad 82,4%. Solo 2 de 22 pacientes (10%) con AR FR negativo fueron positivos para anti-PCC. La presencia simultánea de FR y anti-PCC incrementó la sensibilidad para el diagnóstico de AR a 80%. **Conclusiones.** Anti-PCC es una prueba útil para el diagnóstico de AR más que nada debido a su alta especificidad.

23. DISCOESPONDILITIS: UN DESAFIO CLINICO. A PROPOSITO DE 5 CASOS

Dres. Dantaz A*, Spangenberg E**, Palleiro D*.
Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo, Uruguay Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina.
* Reumatólogo. Asistente de Reumatología **Postgrado de Reumatología
Email: dezeta05@adinet.com.uy.
Avenida Italia s/Nº esquina Las Heras, Montevideo, Uruguay

Se estudiaron la totalidad de los pacientes con discoespondilitis internados en el Instituto de Reumatología entre abril 2003 y marzo 2004. Fueron 4 mujeres y 1 hombre con una edad media de 63 años. Se constataron factores de riesgo en 2 casos (diabetes, discectomía). Todos presentaban patología degenerativa axial previa. La raquialgia constituyó la manifestación clínica inicial predominante, sin fiebre. Se asoció repercusión general (4 casos). Al momento del ingreso la velocidad de eritrosedimentación estuvo elevada promedialmente 110 mm (rango de 30 -150mm). La radiología simple mostró afectación del disco y los cuerpos vertebrales adyacentes (3 casos), revelando en etapas precoces desaparición de puentes osteofíticos

en un caso. La localización más frecuente fue lumbar seguida de torácica. Se obtuvieron muestras biópsicas con aguja en todos los pacientes, con confirmación histopatológica en 2 casos. El agente etiológico se reconoció en 2 pacientes: *St. aureus* en sangre y *Myc. tuberculosis* en absceso osifluente. La demora diagnóstica promedio fue de 4.8 meses. Con los datos clínico-imagenológicos se inició el tratamiento conservador en 4 pacientes; el restante recibió terapia antituberculosa tras la confirmación etiológica. Se enfatiza la necesidad de un alto grado de sospecha clínica para lograr un diagnóstico precoz y evitar la aparición de complicaciones y secuelas. Palabras claves: discoespondilitis, diagnóstico.

24. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: ESTUDIO DE MANIFESTACIONES CLINICAS, LABORATORIO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

Claudia Vera Barrezueta
Email: claudiaverab@yahoo.com.ar
Av Luis Orrantía y Calle Nahim Isaias. 5to piso Of 501. Kennedy Norte.
Guayaquil. Ecuador

Objetivos. Estudiar las manifestaciones clínicas, de laboratorio, pautas de tratamiento y complicaciones en pacientes con LES. **Material y métodos.** Estudio retro y prospectivo de 100 pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1987) atendidos en las áreas de CE y hospitalización del Hospital Luis Vernaza en los últimos 24 meses. Para ser incluido en el estudio el paciente debió ser atendido por uno de los autores. **Resultados.** De 100

pacientes 93% fueron mujeres, edad media 34,8 a, edad x de inicio de la enfermedad 30 a, edad x al diagnóstico 31 a, tiempo x de evolución 50 meses. 84% era población urbana, 96% raza mestiza, años x de educación 10,8 a. **Manifestaciones clínicas:** Articular 93%, síntomas sistémicos 95%, dermatológicos 88,7%, compromiso renal 50%, hematológico 57%, cardiovascular 37%, SNC 30%, respiratorio 27%, ocular 28% y ginecobstétrico 16%.

FAN positivo 96%, DNA 73%, C3 bajo 68%, C4 bajo 76%, Ro 14/54 (26%), La 5/53 (9%), Sm 17/54 (31%), RNP 17/54 (31%), LAC 6/34 (18%), ACA IgG 9/37 (24%), ACA IgM 18/37 (49%). Tratamiento actual: esteroides vo 90%, pulsos MTP 13%, inmunosupresores 30%, antimaláricos 67%. Infección fue la complicación más frecuente (46%). Fallecidos 6 pacientes

(6%). Se encontró asociación significativa entre nefritis y C3 o C4 bajos ($p=0,001$), nefritis y fallecidos ($p=0,01$), trombosis y presencia de LAC ($p=0,02$) o ACA IgG ($p=0,02$), AHA y ACA IgM ($p=0,03$) y manifestaciones oculares y Ro ($p=0,04$). **Conclusiones.** Manifestaciones clínicas y de laboratorio similares a otras series. Hemos encontrado una alta tasa de infecciones.

25. METASTASIS OSEAS DE PRIMITIVO RENAL. ANALISIS DE UN CASO CLINICO

Palleiro D.(*) (**), Giménez M.(*), Dantaz A.(*)

(**)Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay. (*)Reumatólogo. (**)Asistente Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina

Email: nordani@adinet.com.uy

Avenida Italia s/Nº esquina Las Heras, Montevideo, Uruguay

Se presenta el caso de un hombre de 64 años, tabaquista intenso, bronquítico crónico, ex-alcoholista, portador de fístula coccígea multioperada de evolución tórpida con ulceración glútea secuelar. Consulta por lumbalgia de 7 meses de evolución, mixta, permanente y progresiva, con componente nocturno; parestias en ambos MMII, Valsalva positivo e intensa repercusión general. Al examen, facies tóxico, caquéctico; úlcera fétida, supurada, que abarca toda la región glútea derecha. Dolor a la palpación de raquis lumbar, coxofemoral derecha en flexión, de imposible movilización. Clínicamente se planteó infección osteoarticular lumbar con absceso de psoas, a descartar secundarismo óseo. Paraclínica: VES 34 mm. Hemograma normal. Funcional hepático normal. Fosfatasa alcalina

normal. VDRL negativo. Exudado de úlcera glútea: infección polimicrobiana. Urocultivo: infección a Proteus. Hemocultivos negativos. Chequeo negativo para infección por BK. Radiografía de tórax normal. Imagenológicamente se evidenció extensa sustitución ósea en pelvis y raquis torácico y lumbar. La TAC abdomino-pélvica no demostró lesiones. Se realizó TAC de pelvis con punción biopsica cuyo estudio anatomopatológico determinó la existencia de metástasis de primitivo renal indiferenciado. Interesa destacar la presentación clínica, la rápida evolución (el paciente falleció dos meses luego del alta), y jerarquizar la necesidad de efectuar el estudio imagenológico mínimo y precoz ante cuadros de raquialgia. Palabras clave: secundarismo óseo.

26. ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA, UN PROBLEMA PERSISTENTE

P. Kusnir, R. Araos, F. Figueroa, C. Esquivel, C. Garreaud, O Neira

Secciones Reumatología e Infectología, Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Paula Yael Kusnir Avendaño

Email: paulayael@vtr.net

Objetivo: La espondilodiscitis infecciosa (EI) suele diagnosticarse tardíamente con una alta morbimortalidad. **Método:** Analizamos fichas clínicas de 28 pacientes con EI diagnosticada desde 1998 a la fecha. **Resultado:** Son 15 mujeres, 13 hombres, edad promedio 60,5 años. El 53,6% tienen diabetes tipo 2 con 17,5 años de enfermedad, cuatro con catéter de hemodiálisis. En 21,4% de los pacientes no identificamos factor predisponente. El síntoma inicial más frecuente fue dolor axial 71,4%, sólo 32,1% presentó fiebre, un paciente debutó con paraparesia. Latencia diagnóstica desde el inicio de síntomas 44,6 días y desde la hospitalización 28,4 días. Laboratorio (promedios): VHS: 91mm, PCR: 101mg/dl, leucocitos: 9.296mm³, hemoglobina 10mg/dl. En 67,9% hubo radiografía, que siempre permitió sospechar el

diagnóstico. En 71,4% realizamos cintigrama óseo y en 75% RNM, que evidenciaron la lesión. Localización EI lumbar en 53,6%, dorsal en 35,7%. Un 21,4% tuvo absceso epidural. Se identificó germen en 20 pacientes 71,4%, predominando Staphylococcus aureus en 65%, aislado por hemocultivos en 10 y punción en 2 casos. Dos pacientes tuvieron E. Coli y Klebsiella, no encontramos tuberculosis. La punción permitió aislar microorganismos en 3/14 casos. Se usó antibióticos promedio 11 semanas. El 17,8% tuvo cirugía para descompresión y/o estabilización. Un 21,4% se complicó con compromiso motor de extremidades, la mortalidad fue 7,1%, el promedio de hospitalización 75,3 días. **Conclusión:** La EI debe sospecharse precozmente en diabéticos de larga evolución con dolor axial.

27. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN 67 PACIENTES DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO

Dr. Taricco C, Grünholz D, Lackington C, Sepúlveda T, Sobrazo E, Moncada JC, Yañez F
Unidad de Reumatología CDT, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago
Email: carolinataricco@vtr.net

Introducción: La Esclerosis Sistémica (SSc) es una enfermedad de etiología desconocida, mediada por inmunidad, caracterizada por inflamación, fibrosis y cambios degenerativos generalizados. Tiene una incidencia de 20 casos por millón de habitantes, mayor frecuencia en mujeres y edad de inicio entre los 30 y 50 años. **Objetivo:** Describir y determinar las características clínicas de los pacientes portadores de Esclerodermia en la población controlada en la UR, CDT, SSMS. **Método:** Se identificó los pacientes asistentes a control o derivados a la UR durante los años 1980-2005 que cumplieran con los Criterios Preliminares para el Diagnóstico de Esclerodermia propuestos por ACR. **Resultados:** En los 67 pacientes evaluados (66 mujeres) el promedio de edad fue de 58,4 y el promedio de años de evolución

fue de 17,32. Un 79% fue portador de SSc limitada (CREST), un 4,4% correspondió a ENCTC y un 16,4% a variedad Sistémica Difusa. El índice cutáneo promedio fue 12,25 en la variedad CREST y 19,27 en la variedad difusa. El "Health assessment questionnaire" promedio fue 1,107 (CREST) y 0,988 (Difusa). En relación al compromiso de órganos este fue más severo en las variables difusas comprometiendo principalmente pulmón, riñón y esófago. **Conclusiones:** Las características clínicas de nuestros pacientes son similares a las de publicaciones internacionales. El resultado de los índices de medición de destrezas es similar tanto para las variedades limitadas como para las difusas. La severidad y características clínicas varían de acuerdo a la forma clínica de SSc, siendo esta más agresiva en las variantes difusas.

28. OBTENCIÓN, CULTIVO Y DIFERENCIACIÓN IN VITRO DE CELULAS MADRES MESENQUIMÁTICAS (MESENCHYMAL STEM CELLS) A LÍNEA CONDROIDEA

Mardones R, Martínez R, Díaz C, Araya C
Email: rmardone@med.puc.cl, rmartine@med.puc.cl
Marcoleta 390, Santiago Reg Metropolitana. Chile

Introducción: La artrosis es la causa más frecuente de incapacidad en mayores de 18 años en países desarrollados. Se asocia a degeneración del cartílago de las articulaciones afectadas. Este cartílago tiene una limitada capacidad de regeneración. Se han probado diversos procedimientos para su regeneración: microfractura, trasplante de condrocitos o tejidos que contengan precursores de condrocitos y recientemente de células madres mesenquimáticas (mesenchymal stem cells, MSCs). Las MSCs son una fuente atractiva de reparación de cartílago articular por su accesibilidad y ser inducibles a diferenciación condral. **Objetivo:** Obtener, cultivar y diferenciar in vitro MSCs a línea condroidea. **Métodos:** Se obtuvieron muestras de médula ósea de conejos (cresta ilíaca). Por centrifugación diferencial se obtuvo una fracción enriquecida de células mononucleares que se cultivaron en

medio condicionado hasta confluencia de 70%. Se procedió a la formación de pellet celular para cultivo tridimensional en medio condicionado (TGF- β 1) para obtener diferenciación condroidea. Se evaluó: cantidad de muestra obtenida, eficiencia, tiempo de confluencia y calidad de la diferenciación (score histológico-histoquímico). **Resultados:** Se obtuvo un promedio de 29 ml de muestra, una eficiencia de los cultivos de 80%, tiempo promedio de confluencia (70%) de 18 días. El cultivo diferenciador tuvo una eficiencia de 80% y una calidad de diferenciación óptima. **Conclusiones:** Cultivo de MSC de médula ósea es una técnica reproducible y mediante estímulo adecuado es posible la obtención in vitro de células condroideas. Este modelo permite estudiar el proceso de diferenciación condral y podría tener aplicación clínica directa en la reparación de lesiones osteocondrales.

29. FRECUENCIA DE INFECCIONES EN ENFERMOS REUMATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS QUE INICIAN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR/CITOTÓXICO. SEGUIMIENTO A 7 MESES

Maité Fuentes D., Mariela Herrera R., Cristina Ajenjo y Loreto Massardo
Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile
Email: msfuente@puc.cl, mcherreb@puc.cl, massardo@med.puc.cl

Objetivos. Describimos la frecuencia de infecciones (I) (mayores o menores) en los pacientes reumatológicos que inician terapia citotóxica/inmunosupresora (TX) y en pacientes reumatológicos hospitalizados en un mismo período. **Método.** Estudio prospectivo de 35 pacientes que iniciaron TX, hospitalizados entre

mayo y diciembre 2004. Se hizo entrevista estandarizada en la hospitalización, entrevista telefónica y revisión de fichas clínicas al mes 1, mes 3 y mes 6 post alta. Las I se documentaron mediante historia, exámenes de laboratorio o imágenes. **Resultados.** Los 35 pacientes iniciaron TX por: enfermedad del tejido conectivo

19, Vasculitis: 9, artritis reumatoide 3 y otras: 5. Los TX fueron: corticoides orales sin citóxicos: 17, Citotóxicos: 12. Biológicos: 6. Al seguimiento 22 (63%) pacientes tuvieron 33 episodios de I. Presentaron un episodio de I: 11 pacientes, dos I: 11 y tres I: 0. Las I mayores: 5 (neumonía: 4 y una ITU por *Pseudomona* spp. Multiresistente e I menores: 28. De los 65 que no iniciaron TX, 14 (22%) ingresaron por I, de ellos 6 (43%) presentaron neumo-

nía o septicemia, 3 fallecen. 22 (34%) presentaron I durante la hospitalización. Al seguimiento, tuvieron I: 13 pacientes, con 8 reinfecciones y 1 letal. **Conclusiones.** La frecuencia de infecciones en los pacientes que iniciaron TX en los primeros 6 meses al alta fue elevada: 63%. Sólo 5 casos fueron infecciones mayores. De los pacientes crónicos que se hospitalizaron el 22% lo hizo por infecciones, de los cuales 71% es atribuible al tratamiento.

30. LOS EFECTOS DE METOTREXATO SOBRE LA EXPRESION DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES NO SON MEDIADOS POR ADENOSINA

Molina ML, Gatica H, Goecke IA.

Servicio de Reumatología, Dpto Medicina, Universidad de Chile y PDFB, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Molina ML

Email: mlmolina@med.uchile.cl

Hemos demostrado que metotrexato (MTX), favorece la expresión del receptor de glucocorticoides (RGC) alfa (activo) e inhibe la de beta (inhibitorio). Esto favorecería la acción antiinflamatoria de glucocorticoides. Adenosina media gran parte de los efectos del MTX **Objetivos:** Evaluar si adenosina media los efectos de MTX sobre la expresión de los RGCs. **Métodos:** Se cultivaron células CEM en presencia de adenosina (0, 10, 50, 100 y 150 uM) Se evaluó la expresión de los RGC alfa y beta mediante western blot. Se estudió el efecto de un bloqueador del receptor de adenosina A2 (DMPX) solo o con MTX sobre la expresión de estos receptores. Las bandas se analizaron

mediante el programa Scion Image. Análisis estadístico: Test de Wilcoxon. **Resultados:** Adenosina no modificó la expresión del RGC beta. La expresión del RGC alfa solo varió significativamente con adenosina 150 uM (disminución de 45+16,56 %, v/s control $p < 0.05$). DMPX aumentó la expresión del RGC alfa y disminuyó la de beta remediando el efecto de MTX. DMPX no inhibió los efectos de MTX sobre la expresión de los RGC. **Conclusión:** Los efectos de MTX sobre la expresión del RGC no son mediados por adenosina. Adenosina pudiera inducir una disminución de la expresión del RGC alfa pudiendo contribuir a un estado de cortico-resistencia en inflamación.

31. ALTOS NIVELES DE IGG DEGLICOSILADA ANTI-ACIDO LIPOTEICOICO Y ALTA PRODUCCION DE IL-8 POST ESTIMULACIÓN CON ACIDO LIPOTEICOICO (ALT) EN SINDROME DE BEHCET (SB)

M. Cuchacovich¹, F. Sabugo¹, G. Merino², J. Yamamoto³, F. Villarroel⁴, T. Saavedra¹, S. Jofre¹, H. Gatica¹, V. Velásquez¹, S. Pizzo⁵, M. Gonzalez-Gronow⁵. ¹Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile; ²Universidad Católica de Chile, Chile; ³Universidad de Sao Paulo; Brasil; ⁴Fundación Oftalmológica Los Andes, Chile; ⁵Duke University, USA

Miguel Cuchacovich

Email: mcuchaco@yahoo.com

Objetivos: El ALT puede inducir algunas características clínicas del SB en modelos experimentales de ratón. Estudiamos la respuesta immune humoral y celular contra ALT y lipopolisacárido (LPS) en pacientes con SB y la comparamos con la de portadores de úlceras orales crónicas activas (UO) y controles sanos. **Métodos:** Se estudiaron los niveles de anticuerpos anti-ALT y anti-LPS, la capacidad de activar complemento de los complejos inmunes IgG anti-ALT-ALT y se analizó la glicosilación de las IgG anti-ALT en 12 pacientes con SB activo, 12 con SB inactivo, 12 con UO y 12 controles sanos. Se cuantificó la producción de IL-8 por células mononucleares post estimulación con ALT y LPS. **Resultados:** La capacidad de unir mannan binding protein de las IgGs anti-LTA

fue significativamente mayor en los pacientes con SB y UO que en los controles sanos ($p < 0.001$). Sólo los complejos inmunes IgG anti-ALT-ALT de pacientes con SB activo eran capaces de generar niveles significativamente mayores de C5a que los controles sanos ($p < 0.0001$). Las IgGs de SB mostraron una mayor especificidad por el ALT de *Streptococcus sanguis* o *Streptococcus faecalis*. El ALT estimuló la secreción de IL-8 en células mononucleares periféricas aisladas de SB activo. Los títulos de IgA e IgG anti-LPS sólo fueron significativamente mayores en los pacientes con UO en comparación con los controles sanos ($p < 0.0018$). **Conclusión:** Estos resultados sugieren que el ALT del estreptococo podría tener participación en la patogenia del SB.

32. SINDROME DE ACTIVACION MACROFAGICA (SAM) EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ) SISTEMICA

Dra. Mabel Ladino, Dra. M Toso, Dr. L Lira, Dra. M Miranda
Email: mladinor@hotmail.com

La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) sistémica forma parte de un grupo heterogéneo de artritis crónicas. El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación grave que pone en riesgo la vida del paciente. Se caracteriza por pancitopenia, insuficiencia hepática, coagulopatía y síntomas neurológicos.

Objetivo: Describir la frecuencia, características clínicas, de laboratorio y evolutivas de los eventos de SAM en AIJ sistémica.

Pacientes y método: Se analizó las historias clínicas de 24 niños de 3 hospitales de Santiago de Chile en el período de enero 1990 a mayo 2005. Análisis estadístico: prueba no paramétrica para muestras pareadas de Wilcoxon (Medcalc) nivel de significación $< 0,05$. **Resultado:** Tiempo de seguimiento promedio: $5,6 \pm 4,8$ años. El SAM se presentó en 8 niños (33.3%), con 10 eventos en

total. Antecedentes desencadenantes posibles: cuadros infecciosos en 90% de los casos, asociación con fármacos en 77,7%. Clínica: fiebre remitente y eritema fijo en todos; el 90% presentó hepatoesplenomegalia; el compromiso neurológico y coagulopatía, se presentaron en 60% cada uno. Descenso de leucocitos, plaquetas y VHS en 100%, con significación estadística ($p 0,0039, 0,0039$ y $0,0156$, respectivamente). En todos se administró corticoides, en 7 gamaglobulina y en 5, ciclosporina A. La respuesta fue favorable en 90%. Una paciente fallece por shock séptico y coagulopatía de consumo. **Conclusión:** El SAM estuvo presente en un tercio de los pacientes. Para su diagnóstico se requiere un gran índice de sospecha con objeto de iniciar un tratamiento precoz antes de que la enfermedad se desarrolle en su forma completa.

33. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO Y ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA: ANALISIS COMPARATIVO BASADO EN CASOS CLINICOS

M.A. Carreño; M. Ladino; A. Carvallo; M. Miranda; L. Lira; M. Toso; C. Martínez; F. Ballesteros
Departamento Reumatología, Hospital San Juan de Dios y San Borja Arriarán
Dra. M. Angela Carreño Nigro
Email:angelanigro@yahoo.com

Objetivos Analizar retrospectiva y comparativamente clínica, laboratorio, terapéutica y evolución de estas afecciones en nuestro medio. **Material y Método** ESA: 14 pacientes; AIJs: 20 pacientes. Se analiza edad, sexo, diagnósticos previos, clínica, laboratorio, tratamiento y evolución. Criterios diagnósticos: Cush, Yamaguchi, Edmonton 2001. Estadística: test de Fisher ($p \leq 0,05$). **Resultados** Mediana de edad: 36.5 y 7.35 años respectivamente, sin predominio de sexo. Evolución prediagnóstico mayor en adultos (mediana: 2,5 v/s 1.41 meses). Adultos (70%) y niños (85%) tuvieron otros diagnósticos y tratamientos previos. Todos presentaron fiebre; compromiso general 85%-94%; artritis 78,5% adultos y 100% niños; dolor faríngeo y esplenomegalia mayor en

adultos ($p \leq 0.05$). Resto manifestaciones sistémicas, similares. VHS, pruebas hepáticas y ferritina más alteradas en ESA. FR negativo en 12/13 ESA y 18/18 AIJs. ANA negativo en 10/14 ESA y 19/19 AIJs. Poca respuesta inicial a aspirina en adultos y nula en niños. 7% de ESA y 35% de AIJs requirieron corticoides; 35% de adultos y 70% de niños Metotrexato, con mejor respuesta en adultos ($p \leq 0,05$). 60% de AIJs necesitó otra terapia asociada. 50% de ambos grupos tuvo evolución monocíclica, resto recurrente (21% ESA, 15% AIJs) o persistente (28-35%). Síndrome de activación macrofágica sólo en AIJs (60%). **Conclusiones:** Afecciones de difícil diagnóstico, con evolución semejante, más grave en AIJs.

34. COHORTE LATINO AMERICANA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE RECIENTE COMIENZO (ARRC). GRUPO LATINO AMERICANO DE ESTUDIO DE ARTRITIS REUMATOIDEA (GLADAR).

Dr. Bernardo Pons-Entel y GLADAR

Objetivos: conformar una cohorte de pacientes latinoamericanos con ARRC para obtener datos epidemiológicos regionales.

Pacientes y métodos: entre marzo 2004 y julio 2005, en un protocolo preestablecido 45 centros de 14 países de América Latina incorporaron hasta 30 pacientes consecutivos, >18 años, con ARRC (<1 año comienzo síntomas) evaluando variables demográficas, clínicas, laboratoriales y terapéuticas.

Resultados: se reclutaron 989 pacientes, 85% mujeres.

Mestizos 46%, caucásicos 30%, afro-latinoamericanos 17%, amerindios 4%, otros 3%. Edad media de comienzo de síntomas (DS): 46 (14) años, siendo más temprana en mujeres (45 vs. 49; $p=0,0005$). No hubo diferencias significativas en edad y sexo entre los países o etnias. Demora mediana en el diagnóstico: 5 meses (RI: 2,97-7,7). Mediana años educación: 9 (RI: 5-12), analfabetos 13%. Nivel socioeconómico: medio bajo 42%, medio 27% y bajo 16%. Cumplieron ≥ 4 criterios ACR 1987: 874 pacientes (88%). Manifestaciones clínicas: artritis simétrica

92%, fatiga 49%, fiebre 11%, nódulos subcutáneos 6%, factor reumatoide +: 73%, anemia 45%, anticuerpos antinucleares +: 28%. Cambios radiográficos típicos (ACR): 31%. Recibieron corticoides 69%, metotrexate 73%, antipalúdicos 39%, sulfazalacina 9%, leflunomida 6%, agentes biológicos 1,5% y tratamientos combinados 41%.

Conclusiones: primera cohorte de ARRC en América Latina. La prevalencia fue mayor en mujeres (relación 6:1) y su comienzo más temprano. El seguimiento de esta cohorte permitirá conocer el comportamiento clínico de nuestros pacientes (multi-étnica) y el eventual desarrollo de otras enfermedades del tejido conectivo.

35. REPARACION DE LESIONES OSTEOCONDRALES ICRS 4 CON TECNICA COMBINADA DE IMPLANTE PERIOSTAL MAS USO DE CELULAS MADRES MESENQUIMATICAS DE MEDULA OSEA AUTOLOGA. EXPERIENCIA EN TRES PACIENTES

Dr. Rodrigo Mardones, Dr. Luis Valenzuela, Dr. Cristian Ortiz, Dr. Pedro Pablo Amenábar, Dr. Rafael Martínez, Int. Claudio Díaz
Email: rmardone@med.puc.cl, rmartine@med.puc.cl

Introducción: Las lesiones del cartílago articular tienen reducido potencial de curación espontánea y los tratamientos de lesiones osteocondrales (LO) actuales distan de resultados óptimos. Entre las técnicas descritas no se ha reportado el uso combinado de implante periostal (IP) más células madres mesenquimáticas (CMM) de médula ósea autóloga (MOA) en humanos. **Objetivo:** Describir la técnica y resultados de reparación de LO con técnica combinada de IP más CMM de MOA. **Métodos:** Tres pacientes con LO mayores 10cm² (2 de domo talar y una de cabeza femoral, escala ICRS: nivel 4), fueron sometidos a debridamiento quirúrgico (tejido fibroso) en el área lesionada. Posteriormente se utilizó injerto óseo, cubriendo la lesión e IP en la zona condral afectada. Luego se obtuvo una fracción rica

en CMM desde sangre de MOA que combinada en un coágulo de fibrina fue introducida bajo el IP, cerrando luego este flap. Se realizó seguimiento clínico y radiológico (LO talar: 3 años; LO de cabeza femoral: 6 meses). **Resultados:** En el seguimiento, los pacientes han recuperado funcionalidad articular; pacientes con lesiones talar: aumento promedio de 37 puntos en la escala de la academia americana de cirugía de tobillo y pie (AOFAS), sin evidencias radiológicas de progresión de LO ni de progreso de osteoartritis. **Conclusiones:** En un número reducido y seleccionado de pacientes demostramos éxito en reparar LO combinando IP más CMM de MOA en un mismo tiempo quirúrgico, proponiendo esta técnica como alternativa de salvataje en el tratamiento de LO clasificadas como ICRS 4, de gran tamaño.

36. MOTIVOS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES REUMATOLOGICOS. SIETE MESES DE OBSERVACION

Mariela Herrera R., Maite Fuentes D., Loreto Massardo
Email: mcherreb@puc.cl, msfuente@puc.cl, massardo@med.puc.cl
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Objetivos: Describimos las causas de hospitalización y diagnóstico de pacientes reumatológicos que ingresaron al Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en un periodo de 7 meses. **Pacientes y métodos:** Se revisó el registro de visitas de reumatología entre los meses de mayo y diciembre del 2004. El seguimiento se realizó retrospectivamente mediante la revisión de sus fichas clínicas. Se compararon estos datos con el total de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el mismo período. **Resultados:** 2256 pacientes se hospitalizaron en el servicio de medicina durante este período. 100 pacientes presentaron Enfermedad Reumatológica (ER), 78% mujeres y 22% hombres. La mediana de la edad fue 51

años (DE +/- 20). La mediana de la estadía fue 7 días (DE +/- 16). Los diagnósticos fueron: Lupus (LES):26%, Artritis reumatoide (AR): 15%, Vasculitis :22%, artritis por cristales: 8%, Síndrome de Sjögren primario: 5%, Esclerodermia: 4%, Enfermedad del Mesénquima: 4% y otros 16%. Los motivos de hospitalización fueron: inicio de ER: 41%, reactivación ER: 23%, Infección (I):16%, administración de medicamento: 6%, y otros: 14%. Fallecieron 3 pacientes. **Conclusiones:** Del total de pacientes ingresados al servicio de medicina un 4 % son pacientes con ER, de los cuales la causa más frecuente de hospitalización fue inicio de ER. La ER que tuvo la mayor tasa de hospitalización fue LES.

37. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) EN HOMBRES. ANALISIS CLINICO BASADO EN 14 CASOS

C. Trejo, C. Rodas, L. Jiusán, I. González, C. Wolf, A. Carvallo

Departamento de Reumatología, Servicio de Medicina, Hospital San Juan de Dios. Objetivo: Describir clínica y evolución de LES en hombres. Área Occidente, Región Metropolitana.

Cecilia Trejo

Email: trejoceci@hotmail.com

Material y Métodos: Estudio transversal descriptivo. Revisión historias clínicas, 14 pacientes con LES (según ACR), controlados entre 1995 y 2005. Según protocolo se analizó edad, diagnósticos previos, características clínicas, laboratorio, actividad de enfermedad (Mex- Sledai), tratamiento y evolución.

Resultados: Mediana de edad al diagnóstico 22 años (14-68), tiempo de evolución prediagnóstico 6 meses (1-36). Manifestación inicial: fiebre, CEG y compromiso cutáneo-articular en 50%. Poliserositis, compromiso del sistema nervioso central y úlceras orales 50%. Destaca 43% adenopatías. Linfopenia 72%, anemia hemolítica con Coombs (+) 65%, VHS 100 en 57%. ANA (+) 11/13, Sm (+) 3/11, Acs anti DNA (+) 9/11, hipocom-

plementemia 9/12. Compromiso de función renal 29%. Requiere Prednisona 0.5 mg/Kg el 95%, pulsos de Metilprednisolona 55% y 45% Ciclofosfamida. Mediana Mex-Sledai al diagnóstico 11,5 (4-32), disminuyendo a 7 a los 6 meses de diagnóstico (0-16). Mejoría síntomas iniciales, excepto fotosensibilidad, edema, linfopenia y anemia hemolítica, a los 6 -12 meses. Requieren diálisis 2/14, trasplante renal 2/14 y uno fallece. Redujo prednisona el 54%, asociado al uso de otros inmunosupresores. **Conclusiones:** LES en hombres se describe como infrecuente, de presentación agresiva y evolución tórpida. Nuestros resultados coinciden con la literatura, destacando el compromiso renal y hematológico como factores de mala evolución.

38. TERAPIA CON INMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA: EXPERIENCIA EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS

M.E. Nass, M.E. Martínez, F. Radrigán, S. Jacobelli, E. Talesnik, J.I. Vargas, M. Cisternas, L. Massardo, M.A. Gutiérrez

Pontificia Universidad Católica de Chile

Email: menass@puc.cl

Introducción: La terapia con Inmunoglobulina endovenosa (IgEV) en enfermedades reumatológicas se indica en pacientes graves, refractarios al tratamiento convencional. Sin embargo su eficacia terapéutica es controvertida. Se utiliza en un amplio espectro de diagnósticos, su efecto es transitorio y puede requerir aplicaciones periódicas. Su mecanismo de acción incluye bloqueo de receptores Fc, inhibición del complemento, modulación de la producción de citoquinas, inducción de apoptosis en linfocitos y monocitos y neutralización de autoanticuerpos patogénicos. Se presenta la experiencia con IgEV en pacientes reumatológicos de 2 centros hospitalarios.

Métodos: Se revisaron fichas de 15 pacientes reumatológicos tratados con IgEV entre 1995 y 2005, hospitalizados en los hospitales Sótero del Río (2) y Clínico de la Universidad Católica (13). **Resultados:** 11 mujeres y 4 hombres, edad promedio

al recibir IgEV de 35 años (17-59). Diagnósticos de base: LES (7), SAF primario (3), Dermatomiositis (2), Wegener (1), Crioglobulinemia (1), Inmunodeficiencia combinada (1). Principales indicaciones de uso: actividad de la enfermedad refractaria a tratamiento, hipogamaglobulinemia asociada a sepsis y SAF refractario. EL esquema más usado fue 400 mg/kg/día por 5 días. Las reacciones adversas fueron infrecuentes: hipotensión que respondió a volumen e hipertensión leve. La respuesta clínica según la evaluación de sus médicos, fue beneficiosa en todos los casos. **Conclusiones:** La IgEV es un tratamiento de segunda línea, con perfil costo beneficio aparentemente favorable y pocos efectos adversos. En nuestra experiencia, los resultados a corto plazo fueron buenos. Su uso estaría indicado en pacientes con fracaso a terapias habituales o contraindicación al uso de inmunosupresores.

39. EPIDEMIOLOGIA DEL PIE CAVO (ETIOLOGIA)

Dres: Ramagli A, Dantaz A, Perna A.

Alicia Ramagli

Email: aramagli@adinet.com.uy

Ellauri 757 apto 601. Montevideo, Uruguay

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo durante 6 meses, en una población de 140 pacientes portadores de pie cavo que consultaron en policlínica neurológica y policlínica del pie. Se aplicó un protocolo clínico (reumatológico y neurológico) y paraclínico (imagenología, EEMM, laboratorio).

Resultados: 127 fueron mujeres; con edad mediana de 52 años. Predominaron los AP reumáticos 45,7%, de los cuales 37% eran Artritis Reumatoidea; Sólo 5% Neuropáticos, sin antecedentes 12,85% y con otros antecedentes 38,5%. Predominó la metatarsalgia (63,57%). Sólo 12% eran asintomáticos. 30% presentaban

pie cavo grado I, 32.8% grado II, 37.1% grado III. Retropié sin alteraciones en 75.5%. El 50% de las Artritis Reumatoidea presentaron pie cavo grado III a los 5 años de evolución. El antepié rígido causa dolor independientemente del grado de pie cavo. Presentaron alteración neurológica clínica 18.5% de los pacientes (con signos motores 86% y signos sensitivos 74%). Correlacionamos el grado de pie cavo con el examen neurológico patológico y obtuvimos: grado I 23.8%, grado II

19.5%, grado III 15.5%. De los estudios eléctricos realizados a pacientes con examen neurológico alterado sólo uno fue normal. **Comentarios:** En contraposición a lo clásicamente descrito en la bibliografía, el pie cavo de etiología reumática inflamatoria (37%) predominó sobre la neuropática (18,5%). No encontramos correlación entre el grado evolutivo del pie cavo y etiología neuropática. El mayor sufrimiento aparece cuando el antepié se vuelve rígido. Palabras claves: Pie cavo, metatarsalgia.

40. MICOFENOLATO SODICO EN ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA: CASO CLINICO

M. Grisanti

(Prof. Reumatología U. Chile) y M. Badilla (Nefróloga U.FT)

Mujer blanca 61 años, en 02/95 Diagnóstico “Esclerosis Sistémica Progresiva” (ESP) (USA): Raynaud, Esclerosis cutánea, biopsia +, capiloscopia +; Pulmones: Infiltrado alvéolo-capilar basal bilateral. AAN 1/100 moteado (m). Primera consulta Chile (Dra. M. Grisanti) 07/95. Presenta además: Compromiso Esofágico (RGE, Disfagia lórica, Cintigrafía Esofágica +); Compromiso Renal (Clearance Creatinina (Cl.crt) 15 ml/min); Depresión Mayor y Angustia Severa). Tratamiento: Deflazacort (Dflcrt) 30mg./d; Cisaprida 10mg,3/d, Pantoprazol 40 mg.3/d. A Siquiatra y Rehabilitación. Evolución buena 09/95, todo (-), Cl.crt 87.6ml/min. Hasta 09/96. Reactivación (tomando 9mg. Dflcrt.): Raynaud severo, acrocianois, Vasculitis periungueal difusa. RGE. AAN1/160 m., a-ACL (+): IgG 116 Ul. Diagnóstico “asociación con S.APL”, “HTA esencial”(Cardiólogo: Holter +); y “Tiroiditis autoinmune” (Endocrinólogo:bocio nodular, ac-tiroideos +). Se agrega aspirina 325mg./d y hidroxycloquina 200mg./d; enalapril 20mg/d;

nitrendipino 30mg./d; levotiroxina 100mg./d; Siquiatra cambia terapia y va a Sicoterapia. Muy bien hasta 05/99 (Separación Matrimonial Definitiva y Trabajo 8 hrs./d desde 6 meses antes): Vasculitis Necrotizante digital severa, AAN 1/80 m.,a-ACL IgG 21 Ul., a-ANCA MPO 38 Ul. Aumento Dflcrt a 36mg./d, (7 meses). “Pensión de Invalidez total”. Buena evolución y disminución lenta Dflcrt a 12 mg./d (Cl. Crt 90ml/min.) hasta 04/02. Alza de creatinemia a 1,81mg/dl: Proteinuria 100mg/24 h.: Cl.crt. 39ml/min.: Ecografía renal: aumento ecogenicidad y pérdida de la definición corticomedular. Se acuerda con Nefróloga “Tratamiento con Micofenolato Na 360 mg. 2/d desde 06/02”, al año (08/03): creatinemia 0,9 mg/dl.: Cl.crt 95 ml/min. Sin compromiso renal, cutáneo, esofágico, ni pulmonar hasta 08/05.

Conclusión: ESP grave, evolución tórpida por 10 años, que tratada con Micofenolato Na, presenta mejoría total y sostenida por 3 años.

41. GALECTINA-8 ES UN AUTOANTIGENO QUE A TRAVES DE INTEGRINAS INDUCE EL REMODELAMIENTO DEL CITOESQUELETO DE ACTINA HACIA UN FENOTIPO POLARIZADO EN CELULAS T JURKAT

Claudia Cárcamo¹, Evelyn Pardo², Claudia Oyanadel², Loreto Massardo¹, Sergio Jacobelli¹, Alfonso González^{1,2} y Andrea Soza^{1,2}
1Dept. Reumatología, Fac. Medicina. 2Centro de Regulación Celular y Patología, Fac. Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile

Objetivo: Definir si la lectina Gal-8 ejerce una función adherente y estimulante de los linfocitos T a través su interacción con integrinas β -1.

Métodos: Clonamos el cDNA humano de la Gal-8 en un sistema de expresión bacteriano. Utilizando esta proteína como matriz realizamos ensayos adhesión, de interacción con integrinas y de activación de vías de señalización de PI3K, ERK y Rac en las células T Jurkat. Además, analizamos los cambios morfológicos mediados por el citoesqueleto de actina y la propiedad autoantigénica de la Gal-8.

Resultados: La Gal-8 unió las integrinas α 1-, α 3- y α 5- β 1 e indujo adhesión y esparcimiento celular, involucrando un remodelamiento del citoesqueleto de actina con formación de lamelipodios a través de la activación de la PI3K, Rac y ERK. Encontramos autoanticuerpos anti-Gal-8 en el 30% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), que inhibieron la unión de Gal-8 a integrinas y la adhesión celular.

Conclusión: La Gal-8 y los autoanticuerpos anti-Gal-8 podrían regular funciones de los linfocitos T dependientes de las integrinas β 1, modulando la activación de vías de señalización de PI3K, ERK1/2 y Rac-1.

42. TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN ARGENTINA

Eimon A, Pons-Estel BA, Arana RM, Alarcón-Riquelme ME. En representación de GEN-AR.

Objetivos. Crear una cohorte para evaluar los medicamentos y esquemas utilizados en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) en Argentina.

Material y Métodos. 22 centros incluyeron 1193 pacientes consecutivos, >18 años, con ≥ 4 criterios ACR 1987 y con una enfermedad ≥ 2 años.

Resultados. Frecuencia de indicaciones: antiinflamatorios no esteroides 82%, corticoides 70% y drogas modificadoras AR (DMARs) 94%: metotrexato 72%, hidroxicloroquina 22%, leflunomida 17%, cloroquina 10%, sulfazalazina 3%, sales de oro 1%, azatioprina 1% y agentes biológicos 6%. Se detallan resultados con diferencias significativas ($p < 0.05$). Los corticoides fueron más frecuentemente indicados en mestizos>caucásicos>amerindios (73% vs. 67% vs. 60%) y en pacientes con NSE medio bajo/bajo>medio>medio alto/alto (74% vs. 63%

vs. 58%). DMARs: la hidroxicloroquina se indicó en pacientes caucásicos>mestizos>amerindios (27% vs. 20% vs. 17%), de igual manera la leflunomida (27% vs. 12% vs. 8%) y agentes biológicos (9% vs. 5% vs. 3%). Por el contrario, la cloroquina se indicó en amerindios>mestizos>caucásicos (16% vs. 12% vs. 5%). Los pacientes con NSE más alto recibieron más frecuentemente hidroxicloroquina, leflunomida y agentes biológicos, y los más bajos cloroquina y metotrexate. Los DMARs fueron más frecuentemente indicados como monoterapia que como terapia combinada (62% vs. 38%, $p < 0.001$). La terapia combinada más utilizada fue: hidroxicloroquina-metotrexate (n:136).

Conclusiones. Este estudio revela que el criterio de selección de drogas para el tratamiento de la AR en Argentina está estrechamente vinculado con las variables sociodemográficas poblacionales.

43. PREVALENCIA DE INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE POR ARTRITIS REUMATOIDE EN USUARIOS DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

M. Medina Chinchón¹, R. Gamboa Cárdenas¹, E. Acevedo Vasquez¹, C. Gutierrez Villafuerte², C. Pastor Asurza¹, J. Alfaro Lozano¹, R. Perich Campos¹, M. Ugarte Gil¹, M. Cucho Venegas¹, A. Sánchez Torres¹, C. Sánchez Schwartz¹, R. Manrique Cruz¹, D. Ponce de León Pandolfi¹ (1) Red Asistencial Almenera. Hospital Nacional Guillermo Almenera Irigoyen. EsSalud, Lima-Perú (2) Servicio de Epidemiología y estadística. Facultad de Medicina. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú
Email: marimed76@yahoo.es

Objetivo: Determinar la prevalencia de incapacidad laboral permanente por artritis reumatoide (ILPAR) en un hospital de referencia nacional de la seguridad social y analizar factores de riesgo asociados. **Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes AR que cumplieran criterios ACR, atendidos entre enero a marzo 2005 y que contaran con un trabajo remunerado al momento del diagnóstico. Se revisaron las historias clínicas y se administró una entrevista. ILPAR se constató en todo paciente que abandonó el trabajo a causa de la enfermedad. Se realizó un análisis bivariado y se calculó el OR para cada variable. Se aplicó un modelo de regresión logística para las variables que resultaron asociadas a ILPAR en el análisis bivariado. **Resultados:** De 374 pacientes, 300 cumplieron los criterios de inclusión. La edad al diagnóstico tuvo

una mediana de 40.36 años y el tiempo de enfermedad de 11,76 años (4202 años/persona de seguimiento). ILPAR representó el 34,3%. En el análisis bivariado (T test) se asociaron con ILPAR: Capacidad funcional (CF) III o IV ($p = 0,001$; OR=12.15; IC=6.87-21.48), uso de prótesis ($p < 0,001$; OR=3,24; IC=1.81-5.08); cirugías reconstructivas ($p = 0,009$; OR=2.16; IC=1.20-3.89) y menor número de años de instrucción ($p < 0,001$). En el análisis de regresión logística una pobre CF resultó asociada a riesgo ($p < 0,001$; OR=12,34; IC=6,7-22,5) y se observó menor ILPAR en pacientes con mayor número de años de instrucción ($p < 0,001$; OR=0,18; IC=0,75-0,89). **Conclusiones:** La frecuencia de ILPAR en nuestra serie es concordante con otras series y se asoció a pobre CF. Un mayor número de años de instrucción se comportó como factor protector.

44. METABOLISMO OSEO EN HOMBRES CON DEPRIVACION HORMONAL SECUNDARIO A CANCER DE PROSTATA

Dres C. Hernández V., A. Reyes G., I. Castro E., C. Cuellar, P. Argos. J Godoy Reumatología Servicio de Medicina Interna y Urología Carmen Hernández V.
Email: carmenhernandez@surnet.cl

Objetivo: Evaluar impacto de orquiectomía en pacientes con cáncer de próstata sobre el hueso y factores que inciden. **Método:** 41 pacientes orquiectomizados: Tiempo de orquiectomía: grupo 1: de 0-12 meses grupo 2: 13-24 meses y grupo 3 :>24

meses, 2 grupos de edad 65-74,75-84 Se evaluaron factores de riesgo de osteoporosis, calcemia, fosfemia, FA, Rx de columna y caderas, cintigrafía ósea, BMD de columna, caderas cuerpo total, BMDct, BMC masa magra, grasa corporal. Controles: valores

de población normal chilena Clinder. Se calcula significación estadística con t de student, Chi cuadrado. **Resultados:** Por edad no hubo diferencias. Al comparar por grupos de orquiectomía se encontró disminución de la BMD de columna, caderas, cuerpo total y BMC que alcanzo niveles significativos, de igual manera aumento de osteoporosis y osteopenia en algunos casos niveles significativos **Conclusión.** La deprivación hormonal en pacientes con cáncer de próstata precoz redistribución corporal de grasa

y masa magra. Posterior a 24 meses de orquiectomía hay una disminución significativa de densidad ósea a nivel de columna, caderas y cuerpo total. Disminución del contenido óseo mineral pudiera reflejar el resultado de otros factores involucrados, ya descritos, sustancias símil a PTH entre otras. Sería conveniente hacer prevención en este grupo de pacientes considerando el aumento de sobrevida actual con el fin de evitar la morbimortalidad que le agrega la OP a este grupo de pacientes.

45. FACTORES PREDICTORES DE BAJA MASA OSEA EN PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

Dres Carmen Hernández V, Cecilia Cuellar Andrea Reyes Irene Castro E., Fabrizio Fasce. EU. MA Peña.

Carmen Hernández Vásquez

Email: ccarmenhernandez@sumnet.cl

Objetivos: En pacientes AR determinar factores predictores de baja masa ósea, con el objeto de intervenir en aquellos de más impacto. **Método:** Se estudian 100 pacientes AR criterios ACR en Reumatología. Se diseña un protocolo que incluye edad, IMC, Tpo evolución de AR Actividad AR: N° de episodios artritis /año, VHS; FR, Dosis total de esteroides, dosis total de Methotrexate, otros factores de riesgo de osteoporosis. Se determina BMD de caderas y columna con un Densitómetro óseo Lunar Prodigy. Osteoporosis definición de la OMS t score > 2.5 DS. Controles normales se usa las curvas de población normal hispana. Análisis estadístico: t de student; chi cuadrado y teorema de Bayes. **Resultados.** La BMD tuvo

una relación inversa con el tiempo de evolución p0.002 y 0.0007 en columna y caderas así como la edad de los pacientes y el IMC ambos factores estadísticamente significativos. A mayor dosis de esteroides una disminución significativa de BMD en columna y caderas. La presencia de OP se relaciona significativamente con edad de la paciente, presencia de FR, con años de evolución, con actividad de la enfermedad, con dosis acumulativa de esteroides. No hubo relación con dosis total de Methotrexate. **Conclusión:** tratamiento agresivo y precoz de la AR. En pacientes mayores de 50 años con tiempos de evolución mayor de 5 años y uso de esteroides es de regla hacer una DO.

46. VASCULITIS PARANEOPLASICA DE PRIMITIVO GASTRICO A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Dres. Palleiro D.(1), Maciel G.(1)(2), Spangenberg E.(3)

Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo, Uruguay. Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina. (1)Reumatólogo. Asistente Cátedra de Reumatología. (2)Internista. (3)Postgrado de Reumatología

Email: nordani@adinet.com.uy

Avenida Italia s/N° esquina Las Heras, Montevideo, Uruguay

Se presenta el caso de una paciente de 56 años de edad, con antecedentes personales de fumadora intensa, bronquítica crónica, nódulo mamario benigno operado hace varios años y gastritis congestiva aguda, que instala un mes antes de su ingreso síndrome de poliartritis con compromiso de rodillas y manos en forma bilateral y simétrica, fenómeno de Raynaud en manos, lesiones de vasculitis periungueales e intensa repercusión general. Se inició tratamiento con AINE y Prednisona a bajas dosis con rápida remisión de los elementos articulares. Las manifestaciones cutáneas se exacerbaron y progresaron a los cuatro miembros pese al tratamiento instituido (Prednisona

1,5 mg/kg/día Metilprednisolona i/v, Ciclofosfamida i/v, Pentoxifilina i/v, Nifedipina Retard v/o, Bloqueo simpático cervical), requiriendo la amputación de lesiones necróticas digitales. Con el planteo de vasculitis paraneoplásica se efectuó búsqueda de primitivo, confirmándose adenocarcinoma gástrico túbulo-papilar en pequeña curva. Se hizo gastrectomía total a los dos meses del ingreso con rápida mejoría de los elementos clínicos de vasculitis cutánea, constatándose remisión completa al mes de seguimiento. Se destaca la excepcional asociación de vasculitis como manifestación paraneo-plásica de primitivo digestivo.

47. PRIMEROS CASOS EN CHILE DE CIFOPLASTIA, NUEVA TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA EN FRACTURAS POR APLASTAMIENTOS VERTEBRALES

Dr. Marcos Baabor Aqueveque(1), Dr. Rodrigo Vallejo Geiger(2)
Hospital Dipreca(1,2), Hospital Clínico Universidad de Chile(1), Instituto de Neurocirugía Asenjo(2), Santiago
Dr. Marcos Baabor Aqueveque
Email: marcosbaabor@yahoo.com

La Cifoplastia (Kyphoplasty) es una reciente técnica percutánea para el tratamiento de las fracturas por aplastamiento vertebrales en diferentes etiologías. A diferencia de la vertebroplastia realizada en nuestro equipo desde el año 2002, con buenos resultados, esta realiza primero una reducción del aplastamiento y luego inyecta el cemento al cuerpo vertebral, con mayor seguridad y mejor corrección anatómica. Se presentan los primeros dos casos realizados en nuestro país, con excelente respuesta de tratamiento del dolor, y corrección anatómica del aplastamiento. **Objetivos:** Presentar primeros casos en nuestro país de esta técnica con buenos resultados en tratamiento del dolor y resultado anatómico. **Método:** Se realiza técnica con

set de cifoplastia "discotech" de origen israelí, en un paciente con fractura traumática T 12 y una paciente con fractura T11 osteoporótica. A través de incisión de 3 mm. bilateral, por punción bilateral, se introduce canal de trabajo realizando fresado, reducción del aplastamiento e introducción del cemento bajo visión fluoroscópica. **Resultados:** Se logra una excelente respuesta en la disminución del dolor inmediata en ambos casos. Control posterior no muestra recidiva de fractura local con ausencia de dolor vertebral. **Conclusión:** Esta técnica permite un buen resultado y se agrega a la vertebroplastia en el tratamiento de aplastamientos vertebrales. Se discutirán sus ventajas e indicaciones.

48. EA REFRACTARIA Y TALIDOMIDA

Enrique Ferreira R., Sergio Iacobelli G.
Email: efr_aineltda@hotmail.com

La EA es la artropatía seronegativa más frecuente de evolución muy variable, a menudo leve y autolimitada, con buena respuesta a terapia antiinflamatoria convencional. En raras ocasiones muestra actividad persistente sin respuesta a tratamiento. CASO 1 Hombre 37 años, EA B27(+), compromiso axial y SI bilateral. Primer brote (1992) controlado con AINEs. Segundo brote (1995) mejora con Azulfidina. Un tercer episodio (1996) mejora parcialmente con Azulfidina+FBZ, manteniendo actividad inflamatoria hasta el año 2000, donde recrudece con VHS > 100 mmHr. La combinación MTX+Azulfidina y más tarde ARAVA+Azulfidina no logran controlar la enfermedad. El 2001 se agrega Infliximab con buena respuesta pero de corta duración. El 2002 se agrega Pamidronato, sin respuesta. Agosto 2003 inicia Talidomida 200-300 mg/d+MTX+FBZ. Mejoría completa hasta

la fecha. CASO 2 H, 66 años, Nov 2003, DMNID, EA B27(+), compromiso axial y periférico, SI bilateral, PCR 243 mg% VHS 98 mmHr. Se adiciona al Aine, MTX+azulfidina+Pdn, más tarde Solumedrol en pulsos (3). Al 6° mes recibe AZA+CsA+PDN. Actividad persistente y progresiva VHS 126 mmHr y PCR 123 mg%. Noviembre 2004 inicia Talidomida 200 mg/d (Monoterapia) con muy buena respuesta. Al 6° mes asintomático VHS 15 mmHr y PCR 4 mg%. Vuelve a su vida laboral. Talidomida, antihistamínico, antiinflamatorio, sedante, inhibe producción de TNF α , citoquinas proinflamatorias, aumenta IL2 e IF γ . Inmunodesviación a Th1 con buena respuesta en enfermedades inflamatorias y neoplásicas. **Conclusión:** La talidomida puede ser una herramienta terapéutica eficaz en EA persistentemente activa y refractaria.

49. COHORTE ARGENTINA DE ARTRITIS REUMATOIDEA. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS, CLINICAS Y LABORATORIALES

Pons-Estel B, Eimon A, Paíra S, Alarcón-Riquelme ME. En representación de GEN-AR.

Objetivos. Crear una cohorte para estudiar características sociodemográficas, clínicas y laboratoriales de pacientes argentinos con artritis reumatoide (AR).

Material y Métodos. 22 centros incluyeron 1193 pacientes consecutivos, >18 años, con ≥ 4 criterios ACR 1987 y con una enfermedad ≥ 2 años.

Resultados. Se analizaron 1158 pacientes pertenecientes a grupos étnicos mayoritarios: mestizos 53.8%, caucásicos

37.6%, amerindios 8.6%. Mujeres 85%, con una relación: 5.7:1, que varió según la etnia: amerindios 6.7:1, mestizos 6.6:1 y caucásicos 4.5:1 ($p=0.068$). Edad media comienzo síntomas: 42 años (18-83), siendo más temprano en mujeres (41 vs. 45, $p<0.001$) y en amerindios y mestizos que en caucásicos (39 vs. 41 vs. 45, $p<0.001$). Demora diagnóstica (mediana): 7 meses (1-576), siendo en amerindios>caucásicos>mestizos (11 vs. 8 vs. 6, $p=0.007$) y en nivel educación bajo/medio>alto

(7 vs. 5, $p < 0.001$). Criterios ACR: 4=4%, 5=19%, 6=48% y 7=29%. Manifestaciones acumuladas: artritis 100%, rigidez matinal 96%, fatiga 50%, anemia 46%, nódulos subcutáneos 33%, queratoconjuntivitis sicca 33%, pérdida peso 32%, fiebre 19%, neurodocitis 10%, subluxación atlanto-axoidea 8%, necrosis ósea avascular 2%. Manifestaciones extraarticulares (≥ 1) 58%, infecciones 13% y neoplasias 1%. El análisis

por sexo y etnia mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) en algunas manifestaciones clínicas. Factor reumatoide + 86%, siendo su prevalencia en amerindios > mestizos > caucásicos ($p < 0.05$).

Conclusiones. Este estudio representa la 1° cohorte que pone en evidencia las diferencias sociodemográficas y clínicas en la AR de los 3 grupos étnicos mayoritarios de Argentina.

50. COMPARACION ENTRE LA ECOGRAFIA CON TRANSDUCTOR DE ALTA RESOLUCION Y LA RADIOGRAFIA SIMPLE EN LA DETECCION DE EROSIONES EN LA MANO REUMATOIDEA

J.I. Vargas, C. Ortega, A. Burdiles, O. Contreras, L. Massardo
Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Objetivos: Comparar la capacidad de dos métodos imagenológicos: ecografía y radiografía simple en la detección de erosiones en las manos de pacientes con artritis reumatoidea de reciente comienzo.

Métodos: Se enrolaron nueve mujeres que cumplían criterios ACR para artritis reumatoidea, de dos años o menos de evolución, en tratamiento con metotrexate y prednisona, cuyas radiografías de mano fueron informadas como normales por un primer médico radiólogo.

A cada paciente se le examinaron ambas manos realizando un conteo de articulaciones hinchadas y dolorosas previo a la realización de una ecografía con transductor 15-7 mhz por un segundo radiólogo ciego al examen físico y a la radiografía.

Resultados: Tres pacientes de nueve tuvieron una erosión que no se visualizó en la radiografía y que se ubicaba en la cabeza del segundo metacarpiano de la mano derecha.

Conclusión: La ecografía con transductor de alta resolución detecta erosiones óseas en manos de pacientes con artritis reumatoidea de reciente diagnóstico no visualizadas con la radiografía.

El detectar precozmente erosiones en pacientes con artritis reumatoidea seleccionará a un grupo con riesgo de enfermedad más destructiva y susceptible de ser tratados con terapias más potentes como los anti-TNF α .

Financiado por fondos de la Dirección de Investigación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Proyecto de investigación PG-09-05).

51. PRESENCIA DE ADN BACTERIANO EN EL TEJIDO VALVULAR DE PACIENTES CON CARDITIS REUMÁTICA CRÓNICA.

Fernando Figueroa E., S. Viviana Valenzuela M., Eduardo Turner, Cristian Aceitón E., Flavio Carrión A.
Laboratorio de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

La Enfermedad Reumática Activa (ERA) se considera el prototipo de afección autoinmune desencadenada por "mímica molecular" entre el Estreptococo β Hemolítico Grupo A (EBGA) y los antígenos cardíacos del huésped. En un estudio previo de pacientes con cardiopatía reumática crónica (CRC) observamos una restricción del uso de genes de región variable de los linfocitos T que infiltraban el tejido valvular, incluso años después del último episodio conocido de ERA. **Objetivo:** Por esa razón, decidimos analizar la persistencia del EBGA en el tejido valvular de pacientes con CRC. **Metodología:** Investigamos mediante PCR la presencia de ADN bacteriano en 15 válvulas de pacientes con CRC y 6 válvulas de controles no reumáticos. Se emplearon partidores específicos para la región 16sRNA pan bacteriano, con controles positivos (EBGA) y negativos (blanco) y control interno de la reacción con producto

de PCR de hormona de crecimiento. Los pacientes cumplían criterios clínicos y ecocardiográficos característicos de CRC, incluyendo enfermedad mitral o mitro-aórtica con presencia de calcificaciones y/o fusión comisural valvular, sin antecedentes de ERA reciente. Los controles presentaban mayoritariamente cardiopatías congénitas. **Resultados:** En el 73% (11 de 15) de los especímenes valvulares de pacientes con CRC, pero en ninguna de las válvulas de los controles no reumáticos, se detectó la presencia de ADN bacteriano.

Conclusión: Estos resultados sugieren que el EBGA puede persistir en el tejido valvular de pacientes con ERA e inducir un fenómeno inflamatorio persistente responsable de las secuelas cardiovasculares de la enfermedad.

Palabras clave: Autoinmunidad, Enfermedad Reumática, Cardiopatía reumática, Estreptococo Beta.

52. MIELOPATIA EN SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. PRESENTACION DE DOS CASOS

Drs. Omar Valenzuela Letelier(*), Mario Díaz Sepulveda(**) y Germán Gaete Camus(*)
Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (*)Sección de reumatología, (**)Departamento de Neurología y Neurocirugía
Email: ovalenzuelal@hotmail.com

Se presentan 2 casos de mielopatía en SS. Primario. Ambas pacientes de sexo femenino (41 y 54 años). Se describen sus formas de presentación clínica, hallazgos en RNM y el estudio inmunológico realizado. Las dos pacientes cumplieron con los criterios formales de SS primario. El primer paciente se presenta como una paraparesia lentamente progresiva y fue catalogada

inicialmente como una esclerosis Múltiple. El segundo caso presenta un síndrome de Brown-Sequard de evolución larvada. Las imágenes iniciales plantearon la posibilidad de un glioma de bajo grado. Los casos presentados demuestran que la mielopatía asociada al SS. Primario puede simular otras entidades neurológicas, por lo que debe buscarse dirigidamente.

53. COMPROMISO NEUROLOGICO EN EL PACIENTE REUMATOLOGICO. MODELO DE UNA BASE DE DATOS

Drs. Omar Valenzuela Letelier(*), Mario Díaz Sepulveda(**), José Luis Manterola Vencis(**) y Germán Gaete Camus(*)
Hospital Clínico de la Universidad de Chile. (*)Sección de reumatología, (**)Departamento de Neurología y Neurocirugía
Email: ovalenzuelal@hotmail.com

Dado el enorme polimorfismo en la presentación de las manifestaciones neurológicas del paciente con enfermedades del mesénquima y la dificultad para el neurólogo de realizar el estudio de éstos paciente, se hizo necesario la creación de un grupo interdisciplinario para el enfrentamiento de estas patologías. Se presenta el modelo de una base de datos relacionada

(File-Marker) de pacientes reumatológicos con enfermedad del SNC y su asociación con una base digital de imágenes y una seroteca que permita la realización de estudios posteriores y su seguimiento. La realización de bases de datos es la primera etapa en el enfrentamiento de patologías complejas y cuya incidencia real desconocemos.

54. ARTRITIS REACTIVA POR LEPTOSPIROSIS. CASO CLINICO

Drs. J. Betti, J. Basualdo, G. Gil, O. Neira
Sección Reumatología, Hospital Salvador, Santiago
Judith Betti Bravo
Email: judithbetti@yahoo.com

La artritis reactiva es causada principalmente por patógenos gastrointestinales o genitourinarios y menos frecuentemente por otros microorganismos, entre ellos *Leptospira*, con dos casos descritos en la literatura. Presentamos un hombre de 37 años. Refiere mialgias y artralgiás desde 10 días y fiebre desde cinco días asociada a cefalea, coluria e ictericia. Al examen se encontró ictericia y polipnea. Laboratorio: leucocitos: 19.400/mm³, baciliformes 32%, VHS: 83 mm/h, PCR: 34,7mg/dl (VN:<0,5), BT: 10,82 mg/dl. GOT: 127, GPT: 62, FA: 163, GGT: 126 U/Lt. Se descartó hepatitis por VHA, VHB, VHC, EBV, CMV, PVB19 y VIH. Serología para *Mycoplasma* y antígeno de *Legionella Pneumophila* urinario fueron negativos. Por antecedente de baño en aguas estancadas se realizó serología para leptospirosis, resultando

inicialmente negativa y luego positiva IgM e IgG 1/200 por hemaglutinación indirecta. Evoluciona febril en UTI, sin asistencia ventilatoria. Se inició tratamiento empírico con Imipenem-Penicilina hasta confirmación de leptospirosis, cambiándose entonces a Doxiciclina. Al noveno día de hospitalización, aún febril, hay descenso de la bilirrubinemia y transaminasas; presenta importante aumento de volumen en rodilla derecha. Líquido sinovial: 3.250 células; 80% PMN, con cultivos negativos. Recibió prednisona 15 mg. por 10 días, con regresión de la artritis y fiebre. Completó tratamiento antibiótico por tres semanas. La leptospirosis es una rara causa de artritis reactiva. Debe plantearse en pacientes con antecedente epidemiológico, artritis y síndrome febril asociado a hepatitis sin demostración de causa viral.

55. ARTRITIS PARANEOPLASICA ASOCIADA A LEUCEMIA E HIPERNEFROMA

Drs. G. Gil, J. Basualdo, P.C. Foster, J. Betti, O. Neira
Sección Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. Santiago
José Germán Gil La Rotta
Email: germangil2002@yahoo.com.mx

La artritis puede presentarse un 4 a 6% de los pacientes con leucemia aguda o crónica e incluso puede preceder el comienzo de la enfermedad. La asociación de artritis e hipernefroma es excepcional. Presentamos un hombre de 54 años, garzón, sano hasta octubre de 2003. Consulta por cefalea pulsátil, astenia, adinamia, baja de peso de 7 kilos. Laboratorio: Hto: 12,3%, leucocitos: 3.700mm³, linfocitos: 91% con 42% de blastos, plaquetas: 6.000mm³. Mielograma: 63% de mieloblastos. Se confirmó leucemia mielóide aguda cariotipo 8 trisomía 13. Al mes de su primera quimioterapia presentó neutropenia febril y monoartritis de rodilla izquierda. El líquido sinovial fue turbio, con recuento de 11.900 células/mm³. En paralelo a antibioterapia y quimioterapia el recuento descendió gradualmente a 1.600 células/mm³.

Los cultivos corriente, Koch y baciloscopías de líquido sinovial fueron siempre negativos. Evolucionó con fiebre, lumbago inflamatorio y un nuevo episodio de monoartritis de rodilla. En el líquido sinovial hubo recuento de 500 células/mm³, con cultivo negativo. Una Eco abdominal evidenció imagen heterogénea hipocogénica de contorno mal definido sugerente de hipernefroma, el que se confirmó con TAC de Abdomen. Se realiza nefrectomía derecha; la histología evidenció adenocarcinoma. Posterior a la quimioterapia y nefrectomía la artritis desapareció por completo. Destacamos esta inusual forma de presentación de una monoartritis paraneoplásica en simultaneidad con una leucemia e hipernefroma. No hay reportes previos de esta asociación.

56. POLICONDRITIS RECIDIVANTE: REPORTE DE CUATRO CASOS

Jarpa, E., Gutiérrez MA, Burgos P, Silva F, Borzone G, Pertusse J, Pérez P, Jacobelli S.
Email: epjarpa@puc.cl
Marcoleta 352. Santiago Chile

Introducción: La policondritis es una enfermedad autoinmune poco frecuente caracterizada por inflamación recurrente y destrucción de los tejidos cartilagosos, principalmente auricular, nasal y laringotraqueal. Su diagnóstico es difícil y su patogenia y óptimo tratamiento es desconocida. **Objetivos:** describir la presentación clínica y diagnóstico de cuatro pacientes con policondritis recidivante **Pacientes y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de las manifestaciones clínicas y de laboratorio de cuatro pacientes en quienes se diagnosticó una policondritis recidivante. **Caso 1:** Paciente que debutó con fiebre de dos meses, tos seca, fatiga, artralgias y dolor parrilla costal. Examen pulmonar normal y sin dolor pabellón auricular. TAC de tórax con engrosamiento circunferencial de la traquea. Broncofibroscopia con aumento del grosor muscular-mucosa de la traquea y bronquios mayores. Serología para vasculitis

negativa. Se inició tratamiento con prednisona 60 mgr/día y metotrexate 12,5 mg/semanal. **Caso 2:** Paciente mujer de 39 años que debutó con uveitis bilateral, posteriormente artralgias, tos seca y disfonía. Tres meses después tuvo neumonía basal bilateral y obstrucción bronquial severa. El FR, anticuerpos anti-MPO y anti-PR3 fueron negativos. Curva flujo volumen mostró colapso vía aérea. TAC de tórax: marcado engrosamiento de la pared de todo el árbol bronquial, con estrechez más marcada supracarinal. Se trató con Prednisona y Ciclofosfamida. **Caso 3:** Paciente hombre de 67 años que debutó con fiebre de un mes de evolución, CEG, baja de peso de 15 kilos y aumento de volumen pabellón auricular, cuya biopsia mostró condritis crónica inespecífica. **Conclusión:** hay que considerar el diagnóstico de policondritis recidivante en todo paciente con síndrome febril prolongado.

57. OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN NIÑOS, ESTUDIO MULTICENTRICO Y DE SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

Eduardo Talesnik, María Isabel Hernández, Alejandra King, Ana María Vinet, Andrea Voge, Eda Lagomarsino, Verónica Mericq, Cecilia Méndez, Raúl Barria, María Loreto Reyes.
Email: raulbarria@123mail.cl
Marcoleta 352. Santiago, Chile

Introducción: La evolución de la Densidad Mineral Ósea (DMO) y presencia de fracturas vertebrales en niños expuestos por más de 6 meses a corticoterapia sistémica ha sido poco estudiado. **Objetivos:** Reportar en niños con osteoporosis

inducida por corticoides (OIC) seguidos por 2 años, respuesta a bifosfonatos en aquellos con fracturas vertebrales, evolución DMO en aquellos sin fracturas y valor de corte del puntaje Z de densitometría volumétrica de columna (ZvC) para el diagnóstico

de fractura vertebral. **Métodos:** Estudio prospectivo, multicéntrico en niños en corticoterapia sistémica. Se evaluó DMO y Radiografía de columna. Test de Friedman y regresión logística. **Resultados:** 55 niños fueron evaluados, 19 (34,5%) tenían fracturas vertebrales, éstos recibieron bifosfonatos y DMO mejoró significativamente: ZvC tiempo 0=-2,69; 1 año=-1,92; 2 años=-1,39; p<0,001. En 31 sin fracturas vertebrales que completaron seguimiento a 2 años, DMO no cambió significativamente: ZvC

tiempo 0=-0,09; 1 año=-0,35; 2 años=-0,31; p=0,25. El valor de corte de ZvC para el diagnóstico de fractura vertebral fue -2,0. **Conclusión:** El riesgo de fractura vertebral aumenta exponencialmente con un ZvC < -2,0; OIC mejora significativamente con bisfosfonatos, y muestran reexpansión de cuerpos vertebrales, pacientes que no desarrollan OIC en los primeros meses de corticoterapia sistémica, la mayoría no lo hará en los 2 años posteriores.

58. SINDROME DE SJÖGREN EN PEDIATRIA. CASO CLINICO

Raúl Barria, Ana Ortega, Tamara Viviani, Eduardo Talesnik y Cecilia Méndez
Email:raulbarria@123mail.cl
Marcoleta 352, Santiago Centro

Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune de etiología desconocida, caracterizada por infiltración progresiva de células plasmáticas y linfocitos de glándulas exocrinas, principalmente salivales y lacrimales, con grados variables de compromiso sistémico, raramente descrito en la infancia. La inflamación parotídea recurrente es la presentación clínica más frecuente y los síntomas sicca y sistémicos ocurren en un porcentaje menor. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, de laboratorio, ultrasonido y biopsia de glándulas salivales. El tratamiento está dirigido a prevenir secuelas de la queratoconjuntivitis sicca y el seguimiento para pesquisar el compromiso sistémico. El pronóstico es variable. Se describe el caso clínico de una escolar de 11 años con antecedentes familiares de lupus

eritematoso sistémico y artritis reumatoídea y personales de hipotiroidismo. Desde hace 2 años con episodios de parotiditis recurrente, asociado a boca y ojos secos y adenopatías cervicales. Posteriormente se agrega dolor en manos y muslos. Se confirma hiposialia e hipolacrimia. Exámenes: Hemograma y perfil bioquímico normales. ANA (+) 1/160. AntiRo y AntiLa negativos, C3 51, C4 1,5 mg/dL. Ecotomografía parotídea compatible con diagnóstico de SS y biopsia de glándulas salivales menores confirma diagnóstico. Se inició recientemente tratamiento con prednisona, lágrimas artificiales y manejo odontológico. Se debe considerar al SS en el diagnóstico diferencial de la parotiditis recurrente de la infancia, aún antes de la aparición de síntomas sicca especialmente en adolescentes mujeres.

59. AGREGACION FAMILIAR DE ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES (EAI) EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Scherbarth HR, Pons-Estel B, López JA, Alarcón-Riquelme M. En representación de GEN-AR.

Objetivos. Crear una cohorte para estudio genético de la AR y estimar grado de agregación familiar de AR y otras EAI en familiares de pacientes con AR.

Material y Métodos. 22 centros incluyeron 1193 pacientes consecutivos, >18 años, con ≥ 4 criterios ACR 1987 y con una enfermedad ≥ 2 años. Los pacientes fueron entrevistados en relación a la historia familiar de EAI. Se evaluaron grados de parentescos de los familiares afectados y etnia y sexo de los pacientes índices.

Resultados. 356 pacientes (29,8%) tuvieron al menos 1 familiar con EAI y 290 (24,3%) al menos un familiar con AR. Los pacientes amerindios presentaron la mayor frecuencia de

familiares con AR de 1° grado (20%), disminuyendo en mestizos 16,4% y en caucásicos 14,9%. De los pacientes con AR el 16,4% tenía al menos un familiar de 1° grado con AR, disminuyendo la frecuencia al 8,6% en familiares de 2° grado y al 2% en los de 3° grado, sugiriendo un modelo multiplicativo de herencia. Después de la AR, las enfermedades más frecuentemente encontradas en los familiares fueron diabetes tipo 1 (2,7%), tiroiditis AI (2,4%), psoriasis (1,5%) y lupus 1,3%.

Conclusiones. En nuestra cohorte se observó una alta frecuencia de EAI (29,8%) y de AR (24,3%) en familiares de pacientes con AR. Encontramos que la herencia de AR parece seguir un modelo multiplicativo.

60. PAQUIMENINGITIS CON MÚLTIPLES NEUROPATIAS CRANEALES: MANIFESTACION DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Burgos P., Martínez ME., Fadic R., Rosenberg H., Huete I., Gutiérrez MA.
Email: paulaburgos@yahoo.com

Reportamos mujer de 73 años, con historia de Neuritis Múltiples (NM) de pares craneanos, cuya biopsia de meninges demostró Granulomatosis de Wegener (GW). Caso Reporte: Paciente de 73 años, que en el año 2001 inicia hipoacusia. En Junio del 2004 desarrolla, en 3 oportunidades, parálisis facial periférica derecha. En Octubre presenta dificultad en la protusión de la lengua y trastorno en la deglución. En Noviembre con alteración del IX-X-XI par, e importante cefalea, comienza tratamiento con prednisona 60mg/día. En Marzo del 2005, se realiza RNM que muestra mastoiditis. Biopsia mastoidea no concluyente. En Abril por infecciones respiratorias se realiza gastrectomía y traqueotomía. En Julio es ingresada en nuestro hospital, por NM de pares Craneanos VII, IX, X, XI. Sus exámenes muestran parámetros inflamatorios alterados. Una nueva RNM de cráneo demuestra

engrosamiento de la meninges. Por sospecha de Carcinomatosis, se realizan múltiples imágenes, todas normales. Anticuerpos positivos: cANCA(+/-) 1/20, ANA(+)1/160 patrón moteado. En análisis del LCR destaca 20 células/mm, proteínas 73 mg/dl, citometría de flujo del LCR sin monoclonalidad, células neoplásicas(-). Biopsia meninges: Granulomatosis de Wegener. Discusión: Los síntomas neurológicos de GW se presentan en un 23% a 34% de los pacientes, lo más frecuente es mononeuritis múltiple. Meningitis ocurre en aproximadamente 1%. En estos pacientes fue característico el dolor de cabeza, aparición del compromiso de nervios craneanos y examen del líquido cefalorraquídeo alterado. Un cANCA débilmente positivo y el ELISA PR3 negativo no descartan el diagnóstico ya que se ha reportado en las formas limitadas una sensibilidad de cANCA/PR3 de un 67%.

61. PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) (INFORME PRELIMINAR)

Autores: Claudio Díaz¹, Francisco Radrigán², Enzo Castiglione³, Francisco Silva², Alex Vargas², Sergio Iacobelli⁴.
¹Interno de Medicina. ²Unidad de Reumatología y ³Servicio de Oftalmología, Hospital Sótero del Río (HSR). ⁴Depto. de Reumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Francisco Radrigán A.
Email: fradriga@puc.cl

El compromiso ocular de la AR puede ocurrir tanto por la enfermedad, el tratamiento y la asociación con Síndrome de Sjögren (SS). **Objetivo:** Evaluar prevalencia y características de patología oftalmológica en pacientes con AR. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo de una muestra consecutiva de pacientes con AR atendidos en el Policlínico de Reumatología del HSR. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento de la AR. Fueron evaluados por oftalmólogo, quien estudió la presencia de maculopatía, escleritis y epiescleritis, glaucoma, catarata, agudeza visual y pruebas de ojo seco. **Resultados:** 26 pacientes (22 mujeres y 4 hombres) fueron incluidos dentro de

los resultados preliminares de nuestro estudio. Edad promedio $53,5 \pm 12,2$ años, con $15,6 \pm 10,5$ años de evolución de AR. El 34% de los los pacientes usó Cloroquina (CQ). La dosis actual de PDN fue $7,9 \pm 4,4$ mg/d y de MTX $14,3 \pm 6,6$ mg/semana. El 34% era portador de SS. El 27% tenía indicadas lágrimas artificiales. El 73% tuvo test de fluoresceína positivo para lesiones corneales. En 6 pacientes se pesquizó catarata y en 4 presencia de maculopatía (3 de los cuales eran usuarios de CQ). 30% tuvo al menos un ojo seco según test de Schirmer. **Conclusiones:** La patología oftalmológica es una frecuente manifestación de la AR y requiere de control seriado, no sólo en los usuarios de cloroquina.

62. PREVALENCIA DE DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y OSTEOARTRITIS (OA)

Dr. Francisco Radrigán A.
Unidad de Reumatología, Hospital Dr. Sótero del Río (HSR)
Email: fradriga@puc.cl

El dolor es la principal manifestación de la AR y la OA, siendo su tratamiento parte importante de la terapia integral de estas enfermedades. **Objetivo:** Conocer la magnitud del dolor en pacientes con AR y OA. **Pacientes y Métodos:** Se encuestaron en forma prospectiva pacientes en forma consecutiva atendi-

dos en el policlínico de Reumatología del HSR, que registraran diagnóstico de AR u OA de cadera o rodilla. Se registraron datos epidemiológicos y clínicos. Se midió el dolor de la última semana medido por escala visual-análoga (EVA). **Resultados:** Se encuestaron 69 pacientes, 57 mujeres y 12 hombres, con edad

media $55,5 \pm 12,66$ años (rango 34 – 77). Hubo 51 pacientes con AR y 18 con OA. No hubo diferencias en edad ni en consumo de antiinflamatorios según diagnóstico. Todos los pacientes con AR eran usuarios de metotrexate y prednisona. El dolor medido por EVA fue $59,7 \pm 28,98$ mm (rango 0 – 98 mm). Los pacientes con OA presentaron más dolor que los pacientes con AR, $71,17$

$\pm 26,3$ versus $55,65 \pm 29,03$ ($p = 0,03$). No hubo otros factores que afectaran la magnitud del dolor. **Conclusiones:** El dolor no está siendo manejado en forma satisfactoria en pacientes con AR y OA. Llama la atención que los pacientes con OA presenten más dolor, lo que contrasta con la percepción más benigna de la enfermedad.

63. FRACTURAS VERTEBRALES EN MUJERES OSTEOPOROTICAS POSTMENOPAUSICAS

Int. Claudio Díaz, Dr. José Adolfo Rodríguez, Dr. Patricio Trincado
Centro de Investigaciones Médicas. Departamento de Endocrinología. Pontificia Universidad Católica de Chile
Claudio Díaz Ledezma
Email: claudioadiaz@gmail.com

Introducción: Las fracturas vertebrales osteoporóticas prevalentes (FVOP) están asociadas con la presentación de nuevas fracturas osteoporóticas y disminución de la expectativa de vida. En mujeres chilenas osteoporóticas postmenopáusicas (MOP) no se han identificado los factores de riesgo asociados con FVOP. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo para que una MOP sea portadora de FVOP. **Material y Método:** Mediante un estudio caso-control post-hoc, recogimos 16 variables desde la historia clínica de 60 mujeres portadoras de Osteoporosis (diagnosticada mediante DMO de columna lumbar o cuello femoral izquierdo (CFI), T score < -2.5). A todas se les realizó una radiografía toracolumbar (T4 a L4) digitalizada, diagnosticando FVOP según método morfomé-

trico cuantitativo. Se realizó análisis estadístico univariado, con significancia $p < 0.05$. **Resultados:** La edad promedio fue 67.5 ± 7.9 años. El 35% (21 pacientes) resultaron portadoras de al menos 1 FVOP (Rango 1-3). Las pacientes con FVOP tienen significativamente mayor edad (69.6 ± 4.6 vs 66.4 ± 6.3), menor valor de DMO en CFI (0.67 ± 0.6 vs 0.73 ± 0.6), menor T score a nivel del CFI (-2.07 ± 0.5 vs -2.51 ± 0.5) y más historia de fracturas no espinales previas (26% vs 2%) que aquellas sin FVOP. **Conclusiones:** Las FVOP deben sospecharse en MOP con mayor edad, historia de fracturas no espinales previas y con menor valor DMO en CFI. Recomendamos el método morfométrico cuantitativo como herramienta diagnóstica de FVOP en nuestro medio.

64. PLEURITIS: PRESENTACION ATIPICA DE UNA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

Iris Guerra H, Javier Basualdo
Email: iguerrah@vtr.net
Tobalaba 8079 B, Stgo. Reg. Metropolitana, Chile

Pleuritis: Presentación atípica de una arteritis de la temporal. Mujer, 63 años, sin morbosos conocidos. Consulta por dos meses de evolución de fiebre hasta $37,7^{\circ}\text{C}$, intenso compromiso del estado general progresivo, cefalea bitemporal, alteraciones visuales transitorias, dolor de hombros, enlentecimiento de conciencia, baja de peso no objetivada y disnea progresiva en el tiempo. Al examen físico se objetiva: Raynaud de lengua y manos, pulsos temporales disminuidos y un síndrome de ocupación pleural bilateral. Del laboratorio destacaba: Líquido pleural: exudado predominio mononuclear. Hemograma: sin leucocitosis ni anemia, pero plaquetas y VHS altas. EFP, orina completa, LCR, y scanner de cerebro: normales. Hemocultivos,

urocultivo, IFI virus respiratorios: negativos. FR. ANA. ENA. ANCA.DNA. Anti CCP y Crioglobulinas: negativos. Complemento: normal. Mielograma: hiperplasia megacariosítica leve. Rx y scanner de tórax: derrame pleural moderado sin condensación. Con diagnóstico de probable arteritis de la temporal, se realiza biopsia de arteria temporal, la que resulta compatible con lo planteado. Se inicia prednisona 20 mg/d, que se reduce paulatinamente hasta 10 mg/d de mantención, consiguiéndose mejoría significativa de los síntomas, resolución del derrame pleural y normalización de parámetros inflamatorios. Se presenta el caso para llamar la atención sobre la pleuritis como forma atípica de presentación en la arteritis de la temporal.

65. ALTERACION DE LA FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-SUPRARRENAL Y SU RELACION CON GENOTIPO HLA DRB1 EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDEA ACTIVA Y SUS FAMILIARES DE PRIMER GRADO

F. Silva, L. Llanos, C. Campusano, P. García, X. Soza, M. Rosas, K. Elgueta, A. Vargas, M. Cisternas, S. Jacobelli, M. Gutiérrez
Pontificia Universidad Católica de Chile
Email: fsilvalabra@hotmail.com

Introducción. La patogenia de la Artritis Reumatoidea (AR) incluye factores genéticos y hormonales. La principal asociación genética es con HLA-DRB1 ("epítotope compartido", EC). Además se ha propuesto una deficiencia de hormonas suprarrenales antiinflamatorias (cortisol, DHEA-S), reflejando una respuesta inapropiada del Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HHS) a la inflamación. **Objetivo.** Estudiar la relación entre susceptibilidad genética y la presencia de una disfunción del eje HHS en pacientes con AR, familiares de primer grado y controles. **Métodos.** Estudiamos 26 pacientes con AR activa, sin tratamiento esterooidal, 9 familiares de primer grado y 23 controles sanos. Se determinaron concentraciones de ACTH, Cortisol, DHEA-S e IL-6 basales y post-estimulación con CRH. Se tipificaron haplotipos HLA-DRB1. Los resultados son expresados como cociente hormona/IL6. Resultados.

Hubo al menos un alelo HLA-DRB1*01 o DRB1*04 en 11/21 pacientes (52%), 5/8 controles (62%) y 3/6 familiares (50%). La respuesta hormonal frente a CRH expresada como cortisol/IL6, DHEA-S/IL6 y ACTH/IL6 fue menor en pacientes versus controles ($p < 0.05$), similar en familiares versus controles y fue independiente de la presencia o no del EC tanto en pacientes como en familiares. La respuesta de ACTH en pacientes fue mayor en los portadores del EC versus no portadores ($p = 0.023$). **Conclusiones.** Estos resultados apoyan la existencia de una disfunción del eje HHS glucocorticoideo y androgénico en los pacientes con AR, en relación al estímulo inflamatorio. Los pacientes con AR portadores del EC podrían tener una mayor hiporeactividad suprarrenal glucocorticoidea. Los familiares de primer grado de los pacientes con AR no parecen presentar disfunción del eje HHS.

66. METOTREXATO INTRAMUSCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDEA ¿REPORTA BENEFICIOS?

V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, C. Ulloa, V. Riesco.
Unidad Reumatología. Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile.
Verónica Aguirre Hohmann
Email: vaguirre@uach.cl

El uso de MTX i.m. se ha sugerido como una alternativa potencialmente útil en pacientes con A.R. refractaria o que presentan intolerancia gástrica al MTX oral. **Objetivo:** Analizar los resultados obtenidos en el tratamiento con MTX i.m. Material y Método: 50 pacientes con A.R. de nuestro Hospital han recibido MTX i.m.: 23 por intolerancia gástrica y 27 por ineficacia al MTX v.o. Se comparó dosis, duración del tratamiento, respuesta ACR 20 y ACR 50 durante la terapia con MTX v.o. y MTX i.m. en cada paciente. Los efectos adversos fueron consignados. **Resultados:** 90% son mujeres, con edad $X \pm DS$ 52.2 ± 10.3 años, duración de la A.R. $X \pm DS$ 10.8 ± 6.4 años, todos seropositivos, FR $X \pm DS$ 356 ± 134 UI/l y 86% erosivos. Un número significa-

tivamente mayor de pacientes tratados con MTX i.m. alcanzaron respuesta ACR 20 y ACR 50 que con MTX v.o. (42 vs 31 $p = 0.005$ y 17 vs 3 $p = 0.03$). La dosis y duración del tratamiento con MTX i.m. también fue significativamente mayor que con MTX v.o. (19.8 ± 3.6 vs 11.2 ± 2.8 mg/sem. $p = 0.03$ y 57.3 ± 23.2 vs 34.3 ± 20.8 meses $p = 0.03$). Los efectos adversos del MTX i.m. fueron: 2 pacientes con intolerancia gástrica y 13 con elevación de transaminasas, 5 de los cuales debieron suspender el tratamiento. **Conclusiones:** El cambio en la vía de administración del MTX a i.m. en pacientes con A.R. severa ha permitido alcanzar dosis mayores, con mejor control de la inflamación, pocos efectos adversos y escasos abandonos.

67. DESCRIPCION CLINICA DE 80 PACIENTES CON ARTRITIS PSORIATICA EN DOS CENTROS CHILENOS

Silva F., Gutiérrez F., Rubio R., Salinas J., Radrigán F., Gutiérrez M.
Email: fsilvalabra@hotmail.com
Marcoleta 367. Santiago, Chile

Objetivo: Evaluar retrospectivamente las características clínicas de un grupo de pacientes con Artritis Psoriática (AP) de 2 centros de Santiago de Chile. **Método.** Se revisó la ficha de 80 pacientes durante el año 1998. Se utilizó un protocolo

que incluía aspectos demográficos, tipo de psoriasis, tipo de compromiso articular, edad de inicio de la AP, compromiso extraarticular, laboratorio, capacidad funcional y tratamiento. **Resultados.** El grupo tuvo edad promedio de 46 ± 15 años y

53% eran varones. El compromiso cutáneo antecedió a la artritis en promedio 7,5+9 años. En 62,5% de los pacientes el compromiso cutáneo antecedió a la artritis, en 21,3% el inicio fue concomitante y sólo en 3,8% la artritis precedió al compromiso cutáneo. El 31% tuvo antecedente familiar de psoriasis. El patrón de artritis periférica fue oligoarticular (64%), poliarticular (31%) y monoarticular (3,8%). El 32% de los pacientes tuvo compromiso axial clínico, con 22% sacroilítis, 12% compromiso cervical, 3,8% dorsal y 7,5% lumbar. La artritis periférica fue simétrica en 36(45%). Hubo factor

reumatoideo positivo en 4/57 (14%) y anticuerpos antinucleares positivos en 3/33 (9%). Ningún paciente cumplía criterios de AR. La capacidad funcional fue I en 44%, II en 34%, III en 14% y IV en 4%. Los tratamientos más frecuentes fueron: AINEs (89%), Metotrexato (55%) y prednisona (24%). **Conclusiones.** En el grupo analizado destaca la proporción elevada de casos con compromiso poliarticular y presencia de un subgrupo de pacientes con positividad de FR. La AP conlleva limitación funcional moderada o severa en una importante fracción de los casos.

68. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA EXPERIENCIA LOCAL

V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, S. Mellado
Unidad Reumatología. Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile
Verónica Aguirre Hohmann
Email: vaguirre@uach.cl

El uso de CF ha tenido un gran impacto en pacientes reumatológicos, con una importante mejoría en su sobrevida. Sin embargo su gran limitante es sus potenciales efectos adversos. **Objetivo:** Analizar la frecuencia y tipo de complicaciones del tratamiento con CF y sus posibles factores asociados. **Material y Método:** Se estudiaron pacientes reumatológicos tratados con CF oral por 3 meses y CF e.v. 3 pulsos entre los años 1999-2004. Se consignaron los efectos adversos y asociación con variables demográficas y terapias concomitantes. **Resultados:** 38 pacientes han recibido CF: 19 vía oral y 19 en pulsos e.v. El grupo con CF e.v. corresponden principalmente a pacientes con LES (68,4%), con número X 7,4 pulsos (r:3-13), dosis X 0,92 g/m² y duración X 9,32 meses (r:3-27). El grupo con CF oral a

pacientes con Vasculitis Sistémicas (63,2%) con dosis X 1,62 mg/Kg/d y duración X 27,11 meses (r:3-96). Un número similar de pacientes en ambos grupos presentaron complicaciones infecciosas (47,4%) fundamentalmente pulmonares (23,7%), TBC se observó en 8%. De las complicaciones no infecciosas: citopenias sólo en pacientes con CF oral (26,3%). Amenorrea en 7,8% y no se presentaron cistitis hemorrágicas. La mortalidad atribuible al tratamiento fue similar en ambos grupos (10,5%). No encontramos asociación estadísticamente significativa en la aparición de complicaciones con ninguna variable estudiada. **Conclusiones:** La alta frecuencia de complicaciones encontradas señala la importancia de una estricta monitorización de estos tratamientos.

69. DISFUNCION HORMONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA: ASOCIACION A PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y DURACION DE LA ENFERMEDAD

F. Silva, K. Elgueta, M. Rosas, L. Llanos, M.A. Gutiérrez.
Email: fsilvalabra@hotmail.com
Marcoleta 367. Santiago, Chile

Introducción: Se ha encontrado una disfunción del eje Hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) con bajos cuocientes cortisol/IL-6 y DHEA-S/IL-6 en Artritis Reumatoidea (AR), siendo discutido si tiene un papel patogénico o es secundaria a la inflamación crónica. **Objetivo:** Estudiar la correlación entre disfunción del eje HHS con parámetros de actividad, duración de la enfermedad y otras determinaciones hormonales en pacientes con AR, como forma de evaluar su posible rol patogénico. **Método:** Evaluamos 48 mujeres con AR activa, sin tratamiento esteroideal, edad promedio 49 años (20-72), duración 16 meses (2-72), 35/48 FR (+). Los parámetros de actividad evaluados fueron: número de articulaciones inflamadas, HAQ, EVA para dolor, VHS y PCR. Se midieron niveles plasmáticos de cortisol, DHEA-S, ACTH, testosterona e IL-6. **Resultados:** La EVA para dolor presentó correlación inversa con los cuo-

cientos DHEA-S/IL6 y cortisol/IL-6 (r=-0.6, p=0.004; r=-0.5, p=0.015, respectivamente) y correlación positiva con los niveles de testosterona. El HAQ presentó una correlación negativa con el cuociente DHEAS/IL-6 (r=-0.3, p=0.039). Los niveles de testosterona presentaron correlación directa con ambos cuocientes hormona/citoquina (r=0.5, p=0.049; r=0.6, p=0.008, respectivamente), y correlación inversa con el nivel de IL-6 (r=-0.598, p=0.007.). No hubo correlación entre parámetros hormonales y los otros parámetros de actividad o la duración de la enfermedad. **Conclusiones:** La actividad de la AR representada por EVA para dolor e índice HAQ se correlaciona con la disfunción del eje HHS expresada por los cuocientes DHEA-S/IL6 y cortisol/IL-6. Menores niveles de testosterona se correlacionan disfunción del eje y a mayor inflamación expresada por IL-6.

70. ARTRITIS POR TRIPANOSOMA CRUZI

Caeiro Francisco

Email: reumatologia@hospitalprivadosa.com.ar

Naciones Unidas 346. Córdoba, Argentina

Introducción: La enfermedad de Chagas es endémica en América. En pacientes trasplantados hay evidencia de transmisión de la enfermedad a través del injerto. Las manifestaciones clínicas en trasplantados son: Miocarditis/Pericarditis/Endocarditis, Paniculitis, Menigoencefalitis/Meningitis, Compromiso Ocular, Compromiso muscular esofágico. No encontramos en la literatura descripciones de artritis por T. Cruzi. Presentación de caso: Varón, 63 años con Insuficiencia renal crónica, en hemodiálisis hace 3 años. Recibió trasplante renal de donante vivo. PCR para Chagas (-). Al 5° día: Biopsia Renal: Necrosis tubular aguda (NTA)+. Requirió Hemodiálisis y Pulsos de Metilprednisolona e Inmunoglobulina hiperinmune. 50 días post trasplante: Deterioro de función renal: Bx renal: NTA moderada. Consulta por dolor en rodillas progresivo sin fiebre ni otros síntomas de infección. Anemia Crónica con

múltiples Transfusiones, Serología + Chagas (HIA/TIF) sin evidencia de enfermedad T° 36°C, derrame articular bilateral, dolor e impotencia funcional a la movilización activa y pasiva. Ecografía: Derrame articular moderado y proliferación sinovial en rodilla izquierda. Artrocentesis: 25 cc (RI) y 15 cc (RD) líquido translúcido, viscosidad disminuida. 300 células por ul. 53% neutrófilos y moderada cantidad hematíes. Punciones diarias por 4 días Al examen directo: “estructura flagelar, de movimientos rítmicos, rápidos y ondulantes. Coloración de Giemsa: tripomastigotes de T Cruzi. Gota gruesa: tripomastigotes de T Cruzi en sangre periférica. Hemocultivos y urocultivos negativos. PCR para T Cruzi en Liq Sinovial y sangre periférica: positivos **Conclusiones:** Resaltar la necesidad de buscar artritis causadas por microorganismos no comunes en pacientes con inmunosupresión.

71. MANIFESTACIONES CLINICAS E HISTOLOGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL

Francisco Caeiro

Email: reumatologia@hospitalprivadosa.com.ar

Naciones Unidas 346. Cordoba, Argentina

Objetivos: Describir las características clínicas de sospecha diagnóstica de AT. Destacar hallazgos anatomopatológicos. Correlacionar datos clínicos con las biopsias. **Material y método:** se analizaron retrospectivamente historias clínicas (HC) de pacientes sometidos a biopsia de AT entre 1995 y 2005. Se registraron, manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio, y anatomopatológicos. Se compararon características clínicas y de laboratorio de pacientes con biopsia positiva y negativa analizados con Chi Cuadrado y Test Exacto de Fisher. **Resultados:** Fueron 27 biopsias, 22 mujeres y 5 varones. Síntomas de sospecha: síntomas generales (70,4%), cefalea (59,3%), síntomas visuales (51,9%), polimialgia (37%), alteraciones clínicas de AT (33%), VSG mayor a 50 (70,4%). Biopsias positivas en el 51,9% y probables en el 7,1%. El grupo biopsia positiva: cefalea (71,4%), síntomas generales (71,4%), compromiso visual (64,3%), alteraciones clínicas de la AT (42,9%), hipersensibilidad del cuero cabelludo (21,4%), claudicación mandibular, diferencia del pulso y TA de MMSS (14,3%), claudicación de MMSS (7,1%), VSG > a 50 (78,6%). Hallazgos anatomopatológicos: disrupción de lámina elástica (85,7%), alteraciones de la íntima (64,3%), infiltrado mononuclear (64,3%), células gigantes (35,7%), infiltrado polimorfonuclear (42,9%), necrosis fibrinoide (14,2%) y trombosis (7,1%). Biopsias negativas: síntomas generales (81%), cefalea (54,5%), polimialgia (45,5%), fiebre (36,7%), anorexia (36,7%), compromiso visual (36,7%), alteraciones clínicas AT (27,3%), VSG mayor 50 (63,6%). No hubo diferencias significativa entre ambos grupos. **Conclusiones:** la VSG > a 50, síntomas generales, cefalea y trastornos visuales son datos mas frecuentemente observados en las biopsias positivas. Los hallazgos anatomopatológicos observados: disrupción de lámina elástica, alteraciones de la íntima y el infiltrado mononuclear perivascular.

72. “¿ES LA FIBROMIALGIA TAN DISCAPACITANTE COMO LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)”

L. Soto, F. Sabugo, A. Sepúlveda, M. Antolini, P. Vallejo, AM. Madrid, M. Cuchacovich
Hospital Clínico.Universidad de Chile

Introducción: La FM es un trastorno de dolor generalizado donde la inflamación no es detectable y la discapacidad es generalmente subestimada. La AR produce inflamación y destrucción articular objetivable. Las herramientas para medir la pérdida funcional y de calidad de vida de los afectados por AR son muy difundidas, no así en FM.

Objetivos: Caracterizar un grupo de pacientes FM y compararlos en parámetros de Health assesment questionnaire(HAQ) y encuesta de salud Short Form-36(SF-36) de pacientes AR activos. **Método:** 43 pacientes con AR activa y 28 con FM a quienes se les realizaron encuestas: HAQ y SF-36. Los puntajes tuvieron una distribución normal en ambos grupos, se utilizó t-test.

Resultados:

	HAQ	EVA	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
AR	1,29	6,85	39,64	23,21	30,82	36,76	43,3	55,35	47,56	55,21
FM	1,17	7	41,42	20,53	28,73	33,6	38,21	46,87	29,75	48,14
p<0.05										

Se encontraron diferencias significativas en función social, rol emocional y salud mental.

Conclusiones: La FM, aunque carece de secuelas físicas, puede deteriorar significativamente la calidad de vida y dar una percepción de discapacidad equivalentes a la AR activa. Estos

aspectos deben considerarse en al búsqueda de terapias efectivas para la FM.

Parece conveniente buscar la presencia de FM en pacientes con AR previo a la aplicación de estas encuestas por el efecto sumatorio de síntomas presentes en las entidades estudiadas.

73. EL VALOR DIAGNOSTICO DE LA PROTEINURIA MEDIDO POR TIRA REACTIVA EN NEFROPATIA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMATICAS

Caeiro Francisco
Email: reumatologia@hospitalprivadosa.com.ar
Naciones Unidas 346. Cordoba, Argentina

Objetivo: Comparar la frecuencia de proteinuria medida por tira reactiva vs la relación proteínas/creatinina en MAO. **Material y Método:** se analizaron retrospectivamente muestras de orina recolectadas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, Vasculitis Sistémica, Esclerodermia y Síndrome de Sjogren, entre el año 2003 y 2004, a las que se le realizó la medición de proteinuria por tira reactiva, y presentaban dentro de las dos semanas de la misma una medición de proteinuria por MAO. Se definió como proteinuria significativa a un valor de 0.5 o más en la relación proteínas/creatinina por MAO. El grado de proteinuria por tira fue de: Nulo, Trazas 1+, 2+, 3+, 4+. **Resultados:** Se analizaron 1092 muestras de las cuales 301 cumplían

con los criterios de inclusión. De estas 301 muestras, 115 tenían proteinuria significativa mayor a 0.5 (38.2%). Se encontró proteinuria significativa en el 8.5 % de las muestras que tenía tiras reactivas negativas, en el 50% de las muestras que tenían trazas, en el 91.6% de las que tenían 2+, en el 94.3 % de las que tenían 3+ y en el 100% de las que tenían 4+. **Conclusiones:** En este trabajo se muestra que un porcentaje importante de pacientes con valores de proteinuria por negativos y trazas por tiras reactivas (8.5% y 50%), pueden tener proteinuria significativa. En base a estos hallazgos creemos que las tiras reactivas no son una buena técnica para la detección de proteinuria en enfermedades reumatológicas con compromiso renal.