

185. APLASIA PURA DE CÉLULAS ROJAS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Olivera R. Leiva R. Miraval T. Ramos P.
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Todos). Perú

La anemia es una de las alteraciones hematológicas más frecuentes en Lupus eritematoso sistémico (LES).

OBJETIVO. Se describe el cuadro de un paciente con aplasia pura de células rojas entidad de poco frecuente presentación en LES.

CASO CLINICO. Mujer de 43 años antecedente de Síndrome de Mikulicz, Hipertiroidismo y oftalmopatía de graves (sometida a Tiroidectomía total luego Levotiroxina VO).

Inicia en setiembre del 2007 con sinovitis en manos, alza térmica, exámenes auxiliares revelaron anemia (Hb:10.7) normocítica normocromica, presenta ANA (+) 1/160 Patrón moteado, FR (+) 512, manejo como artritis reumatoide recibe deflazacort 15 mg/d, en octubre del 2007 cursa con anemia severa (Hemoglobina :5.8) normocítica normocromica, además reticulocitopenia, se inicia metilprednisolona EV, y luego prednisona 1 mg/kg/día, en enero 2008 presento poliartritis, ANA positivo, ANTI SM positivo, proteinuria persistente (diagnóstico de LES), manejo con prednisona y Micofenolato sin adhesión a tratamiento .

En octubre 2008 presenta anemia severa, recibe Metilprednisolona y hemoderivados además trombosis venosa profunda en miem-

bro inferior izquierdo y Anticardiolipinas (+) inicia warfarina por Síndrome antifosfolipidico; inicia ciclofosfamida en dosis mensuales por proteinuria persistente, en noviembre 2008 cursa con anemia severa, continua con ciclofosfamida mensual, Aspirado de medula ósea revelo crisis hemolítica (normoblastos gigantes), Reacción de cadena de polimerasas sérica para parvovirus B19 negativa, en diciembre del 2008 se practica Biopsia de Medula ósea con celularidad del 50%, con presencia de tres series, pero con disminución de las forma eritroides maduras, presencia de eritroblastos muy grandes y algunos con cambios nucleares sugestivos de estigmas virales, Aspirado de medula ósea con hiper celularidad de la serie eritroide, se cataloga cuadro como aplasia pura de células rojas continua con ciclofosfamida mensual y prednisona VO, por persistir anemia se inicia Ciclosporina 100 mg/d, con estabilización de hemoglobina.

CONCLUSION. La aplasia pura de células rojas, es una manifestación poco frecuente en LES, con base inmunológica, el manejo incluye corticoides e inmunosupresores, siendo la terapia de elección ciclosporina.

186. LOW LEAN MASS: A MAJOR FACTOR FOR LOW BONE MASS IN PRE-MENOPAUSAL WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Costa LP, Bonfá E, Caparbo VF, Borba EF, Muniz LF, Paupitz JA, Pereira RMR.
Division of Rheumatology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is associated with bone loss related to a number of factors. The aim of this study was to analyze the frequency of low bone mineral density and risk factors for low bone mass in pre-menopausal women with SLE.

Methods. Ninety-three SLE patients, pre-menopausal women, < 11 years disease duration were evaluated and had the bone mineral density (lumbar spine, total femur and whole body) analyzed by dual-energy X-ray absorptiometry (DXA). Low bone mass for chronological age was defined if Z-score was ≤ -2 SD. Body composition was also analyzed by DXA. Vertebral fractures were analyzed at entry by VFA (vertebral fracture assessment) using DXA software. Demographic, clinical and laboratorial data related to SLE and risk factors for OP/fractures (personal or familial history of fracture, age, smoking, glucocorticoid dose, physical activity and calcium intake) were obtained from an ongoing electronic database protocol and interview. Laboratory evaluation included calcium, phosphorus, alkaline phosphatase, parathormone and vitamin D.

Statistical analysis was performed using Fisher's, t Student's tests and logistic regression analysis.

Results. Twenty nine (31.2%) patients presented low bone mass for chronological age in any site evaluated (lumbar spine, femoral neck and total femur). The comparison of SLE patients with Z-score ≤ -2 SD (Group 1) with patients with Z-score > -2 SD (Group 2) revealed comparable findings for OP/fractures risk factors, either for traditional or for disease and treatment related factors. The frequency of vertebral fractures by VFA was low and comparable in Groups 1 and 2 (0 vs. 3%, $p=0.31$). Body composition evaluation demonstrated that lean mass was significantly lower in the group with low bone density (37.8 \pm 4.9 vs. 41.6 \pm 6.2g, OR 1.14, CI 1.04 – 1.26, p 0.007) whereas fat mass and % of fat were similar in both groups.

Conclusions. Low lean mass is a major risk factor for low bone mineral density in pre-menopausal women with SLE reinforcing the relevance of a nutritional and exercise program for these patients.

187. ANTI C1Q AND ANTINUCLEOSOME ANTIBODIES (Ab) IN THE CLINICAL TRIAL IN LUPUS NEPHRITIS

Hermanova Z, Zadrazil Z, Dostal C, Olejarova M, Zavada J, Tesar V, Rysava R, Pesickova S, Rovensky J, Lukac J, Hrcir Z, Vlasakova V, Vitova J.
III. Department of Internal Medicine, University of Olomouc- Investigator of Cyclofa-lune study, Czech and Slovak Republics

Anti C1q and anti-nucleosome Ab are extensively studied in the SLE, particularly in lupus nephritis. Serum levels of anti C1q antibodies and antinucleosome antibodies in clinical trial comparing capacity of Cyclosporine A (CsA) and cyclophosphamide (CFA) to

induce and maintain remission of proliferative lupus nephritis (LN) were tested.

Methodology: 43 (33 females) patients with proliferative LN class III or IV were included in the trial. The mean age was 34,

mean duration of SLE 3 years and of renal disease 1.6 year. Patients were randomized to two treatment arms (CsA- 20 patients, CFA 23 patients). Sera were collected at the month 0 (V1), month 9 (V9) and month 18 (V18) and tested for levels of anti C1q and antinucleosome Ab by commercial ELISA kits and compared with clinical and laboratory markers of SLE activity and therapy response (SLEDAI, C3, C4 complement components, anti dsDNA antibodies, 24 hours proteinuria, creatinine, glomerular filtration, erythrocytes sedimentation rate, damage index SLICC).

Results: A partial or complete remission was achieved at 9 month and at 18 month in 40 patients. The SLEDAI development was 20,5 7,1 (V1), 5,4 5,0 (V2) and 6,6 8,4 (V3), proteinuria 2,9 4,05 g/24h (V1), 0,58 1,04 g/24h (V2) and 1,21 2,55 g/24h (V3), anti dsDNA 206 180,9 IU/ml (V1), 81 119 IU/ml (V2). Anti C1q antibodies levels were initially 201,9 169,1 IU/ml, dropped to

136,8 142,8 IU/ml (V9) and 169 167 IU/ml respectively (V18). Antinucleosome antibodies titers fluctuated from 131,1 80,6 IU/ml (V1) to 100,7 82,0 IU/ml (V9) and 120,8 88,6 IU/ml (V18). Changes between series of measurement of antibodies did not reach statistical significance. Significant changes between series of measurement were seen for decrease of SLEDAI (p= 0.0001), of proteinuria (p=0.01) and increase of C3 (p=0.008). Analysis found correlations between anti C1q Ab and SLEDAI (r=0,32, p <0,05), anti C1q and anti nucleosome Ab (r=0,68, p<0,001), anti C1q and C3 (p=-0,43, p<0,01).

Conclusion: There is a trend to decrease as a result of therapy response in levels of anti C1q and antinucleosome Ab, but they are not reliable markers of therapy response. Despite the clinical effect they remain elevated in considerable number of patients.

188. ATORVASTATIN THERAPY REDUCES AN INTERFERON REGULATED CHEMOKINE CXCL9 PLASMA LEVELS IN SLE PATIENTS

Ferreira GA.,1 Teixeira AL.,1 Sato El.2

1Rheumatology Division, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, 2Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil

To evaluate the efficacy of atorvastatin to reduce the plasma levels of IFN-regulated chemokines (CCL2, CCL3 and CXCL9) in SLE patients. **Methods:** Eighty-eight SLE women were divided into 2 groups: 64 received atorvastatin 20 mg/day for 8 weeks (intervention group) and 24 without intervention were followed for the same period (control group). Chemokines plasma levels were measured by ELISA sandwich technique using commercial kits (DuoSet, R & D Systems MN, USA) at baseline and after 8 weeks for all participants. **Results:** 64,8% of patients were white, the mean age was 32±8 years and mean disease duration was 8.9±4.8 years. The mean SLEDAI and SLICC scores were 4.16 and 1.06, respectively. Table 1 shows chemokines levels in all SLE patients at baseline. The plasma levels of CCL2 were higher in patients with dyslipidemia, CHD risk factors and with current serositis, vasculitis and nephritis. Patients with current serositis and nephritis presented a

higher plasma level of CXCL9. In an univariate analysis we find a correlation between CCL2, CCL3 and CXCL9 plasma levels and SLEDAI score. In the intervention group we observed a significant decrease in the plasma levels of CXCL9 when comparing baseline and at the end of 8 weeks (p=0.04). However no differences were observed regarding CCL2 neither CCL3 plasma levels along the study. No significant difference was observed in the plasma levels of these chemokines in the control group. **Conclusion:** atorvastatin use was associated with a significant decrease in the plasma levels of CXCL9 in SLE patients. As the plasma levels of CXCL9 correlated with the SLEDAI score, we question whether reducing levels of this chemokine could help to control SLE activity.

Table 1 – Chemokines level in 88 SLE patients with and without clinical and laboratory abnormalities, at baseline,

	CCL2			CXCL9			CCL3		
	Present	Absent	p	Present	Absent	p	Present	Absent	p
Dyslipidemia	648.5 (465.7-1190.9)	442.9 (299.1-599.9)	0.003	1113.9 (408.3-2098.0)	931.6 (460.7-1357.5)	0.29	2.0 (0-136.2)	0 (0-20.0)	0.18
Obesity	648.5 (480-1050.3)	464.6 (331.3-798.6)	0.05	736.2 (111.5-1320.3)	1029.8 (507.8-1545.4)	0.30	0 (0-53.0)	1.18 (0-40.4)	0.54
Risk factors (CHD)	540.6 (410.3-1077.8)	423.0 (311.5-582.8)	0.01	985.3 (211.5-1877.3)	1005.2 (506.1-1386.7)	0.83	0.5 (0-58.1)	0 (0-19.7)	0.49
Active Serositis	1173.4 (737.7-4951.6)	477.6 (333.2-865.1)	0.02	3072.3 (1385.2-5101.5)	977.7 (423.1-1542.5)	0.03	45.5 (11.5-51.2)	0 (0-37.9)	0.21
Active Vasculitis	1613.1 (582.0-4374.1)	475.3 (332.8-882.1)	0.02	1181.4 (854.8-4158.6)	980.5 (419.2-1587.3)	0.34	79.2 (44.7-388.6)	0 (0-32.1)	0.01
Active nephritis	1050.3 (480.1-1639.2)	470.4 (333.2-655.6)	0.01	1304.4 (853.3-2130.7)	888.4 (411.4-1387.2)	0.04	45.5 (0-200.7)	0 (0-22.3)	0.13
Anti-dsDNA antibodies	748.6 (478.3-1955.3)	469.1 (332.2-776.2)	0.02	1029.1 (507.1-1708.3)	977.7 (415.3-1431.0)	0.66	21.2 (0-151.0)	0.54 (0-34.0)	0.43

Data expressed in median (interquartile range). Mann-Whitney Test

Risk factors (CHD) = traditional coronary heart disease risk factors: hypertension, dyslipidemia and/or obesity

189. EVALUATION OF DEPRESSION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Soroceanu A., Mazur M., Darciuc O., Soroceanu S.

State Medical and Pharmaceutical University N. Testemitanu, Military Hospital, Republic of Moldova

In systemic lupus erythematosus (SLE) patient's depressive symptoms can be attributed to the lupus condition as inactivity, loss of energy and interest, insomnia, diminished sexual interest and/or performance. Depression has a direct effect on an individual's functional status and degree of disability. Several measures of depression have been used in rheumatology; some of these are based on clinical interviews and ratings Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). This tool has research support for quantitatively evaluating depression, relatively the new method for determining meaningful change.

Objective: The purpose was to evaluate the occurrence of depression, sleep disturbances, decreasing appetite, lack of interest and to use the depression inventory in SLE patients. **Methods:** We examined thirty-six consecutive SLE patients (30 female) age range 17 to 53 (mean 30.5 ± 10.02) years. Disease activity was assessed

by SLEDAI and depressive symptoms were evaluated by Hamilton Rating Scale for Depression.

Results: Depressive symptoms (HRSD > 26) were present in 38.8% of the patients and were associated with poor sleep quality (66.7%), loss of appetite (30.4%), irritability (16.7%), inability to concentrate (56.7%), diminished memory and recall (24.3%), seizures occurred only in one patient (3.6%). Depression score range has from 7 to 28 points. Low score was in 41.6%, medium - 38.8% pts. and high depression score was 19.4% patients. Depression was associated by physical symptoms as heart palpitations - 14.3%, diminished sexual interest, constipation, and headache - 21.8%. SLEDAI values ranged from 4 to 42 (mean 23.6 ± 11.4), qualified as medium activity. **Conclusions:** Our findings show an increased prevalence of psychological symptoms of depression in SLE patients. Hamilton Rating Scale for Depression is utility tool and research support for quantitatively evaluating of depression and adequate treatment.

190. ENFERMEDAD DE KIKUCHI FUJIMOTO: FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Suárez L, Maldonado R, Faugier F, Mendiola K, Olivera F, Perezpeña M.

Hospital Infantil de México Federico Gómez. Departamento de Reumatología Pediátrica. México

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una linfadenitis histiocítica necrosante subaguda descrita en Japón en 1972 por Kikuchi y Fujimoto. Se caracteriza por fiebre y adenopatías. Afecta principalmente mujeres jóvenes y muy rara vez aparece en edad pediátrica. De curso benigno y autolimitado, tendencia a la remisión espontánea en 2-6 meses, se han descrito casos recurrentes así como el desarrollo de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en su evolución.

REPORTE DE CASO. Femenino, 13 años de edad previamente sana, ingresa por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por fiebre intermitente, 3-4 picos de 38-40°C, pérdida de 4kg, dolor abdominal en mesogastrio con vómito de contenido alimentario y distensión abdominal que se acentúa previo a ingreso. Tomografía reporta masa retroperitoneal y conglomerados ganglionares. Se toma biopsia de ganglio, reporte histopatológico linfadenitis aguda necrosante, negativo para microorganismos y células neoplásicas. Serología para Parvovirus B19, Toxoplasma, CMV, VEB, VIH negativos. Desarrolla posteriormente criterios para LES en base a 1) Alteración hematológica: anemia hemolítica y trombo-

citopenia severa, 2) Eritema malar, 3) Anticuerpos antinucleares + 1:320 patrón moteado fino, 4) Serositis (derrame pericárdico), 5) Alteración inmunológica: anticardiolipinas IgG e IgM positivas. 6) Alteración neurológica (alucinaciones).

DISCUSION. La etiología de la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es desconocida, han involucrado factores infecciosos y autoinmunes. Tiende a ser considerada una reacción hiperinmunitaria de localización ganglionar, frente a diversos agentes, entre ellos virus. La enfermedad se puede presentar aislada, pero también puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes, sobre todo LES. La semejanza del grupo poblacional afectado con el del LES ha alentado a la sospecha de que la enfermedad de Kikuchi refleje una condición similar al lupus, pero autolimitada, y causada por linfocitos transformados por una infección viral. Se debe hacer diagnóstico diferencial con cuadro infeccioso o tumoral. Su evolución hacia procesos autoinmunes como el LES, meses o años después del episodio, exige un seguimiento evolutivo a largo plazo. Esta posibilidad sería mucho más frecuente en niños que en adultos.

191. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Suárez L, Montiel M, Villalpando S, Faugier E.

Hospital Infantil de México Federico Gómez. México

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos. Los niños usualmente tienen una enfermedad más grave al diagnóstico, con mayor involucro de órganos y un curso clínico más agresivo. La supervivencia a 5 años ha ido mejorando a casi el 100%.

Al incrementar la esperanza de vida, surgen complicaciones por cronicidad y el tratamiento. **MÉTODOS:** Pacientes con diagnóstico de LES que ingresaron y fallecieron en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Estudio retrospectivo, observacional con revisión de expedientes clínicos y registro de variables demográficas,

fecha y criterios diagnósticos, actividad lúpica, afección orgánica, tratamiento, motivo de ingreso, complicaciones y causa de muerte. **RESULTADOS:** 32 defunciones, 26 mujeres y 6 hombres, edad comprendida entre los 8 y 16 años. El motivo principal de ingreso a la UTIP fue infección en el 56.3% de los casos, actividad en el 25% y otras causas en el resto. Se encontró actividad lúpica en el 81.3% de los casos. No encontrando correlación significativa entre tiempo de evolución de la enfermedad y actividad lúpica. Los sistemas más frecuentemente afectados fueron el neurológico y renal. El puntaje promedio de la escala de riesgo de mortalidad pediátrica (PRISM) ubicó a la mayoría de los pacientes en riesgo bajo y moderado de fallecer, no correlacionando con la condición final del paciente. La

mitad de los pacientes falleció por complicaciones infecciosas, otras causas fueron actividad, hemorragia, trombosis. **DISCUSION.** Hay pocos datos acerca de las características clínicas y el pronóstico del paciente pediátrico con LES cuando ingresa UTIP. Un tercio de la población con enfermedades reumáticas en población pediátrica podrían necesitar manejo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Las infecciones son uno de los factores de gran impacto en el pronóstico de un paciente crítico, especialmente en nuestros pacientes con gran compromiso sistémico por patología de base. La valoración del paciente crítico en la UTIP es difícil debido a la gran cantidad de variables a considerar. La escala PRISM evalúa el riesgo de mortalidad en niños, sin embargo en nuestro estudio no resultó con valor predictivo.

192. ANÁLISIS EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Trejo C.,¹ González I.,¹ Jadue N.,¹ Grau M.,¹ Carvallo A.,¹ Alonso F.,²
¹Unidad de Reumatología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile
²Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

El LES afecta a mujeres en edad reproductiva. El embarazo en LES provoca debate en la literatura; estudios encuentran aumento de actividad lúpica. En la gestación se ve: 1/3 terminan en cesáreas, 1/3 presentan parto prematuro, 20% presentan preeclampsia y 20% pueden terminar en aborto. Sin embargo, la mayoría de reactivaciones son leves a moderadas y solo el 15 a 30% severas.

OBJETIVOS: Análisis retrospectivo de presentación clínica, laboratorio, evolución, actividad de enfermedad previo, durante y post embarazo, tratamientos y complicaciones asociadas a la enfermedad.

METODOLOGÍA: 17 pacientes (criterios LES según ACR) retrospectivo, por protocolo establecido. Se analizó edad, características clínicas y laboratorio, actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI) tratamiento, evolución y complicaciones previo, durante y post embarazo.

RESULTADOS: Edad 17-60 años, mediana 31 años; años evolución LES 1-42 años, mediana 9 años. 41% de los embarazos terminó en cesárea. 26% terminó en aborto, un 77% durante el 2º y 3º trimestre; 41% partos prematuros; 35% restricción crecimiento

intrauterino y 23% oligohidroamnios. Sin relación de las complicaciones obstétricas y presencia de síndrome antifosfolípidos (SAF). 29% de pacientes antiRo (+), un caso de bloqueo aurículo-ventricular fetal. Baja frecuencia de complicaciones maternas: 5% Preeclampsia, 17% Hipertensión arterial, sin asociación con SAF. Baja frecuencia de diabetes gestacional (5%) aunque 65% usó dosis >10 mg de prednisona. Mex-SLEDAI preembarazo 8,8; disminuyó en gestación 5,7; y 6,2 en lactancia, no significativo. 100% de pacientes con ANA (+). 11% y 14% antes del embarazo presentan DNA elevado o C3-C4 disminuido, respectivamente; varió a 5% y 41% en embarazo, sin falla renal. Prednisona > 10 mg/día, aumentó de 41 a 64% previo e intra embarazo. 41% usó Hidroxicloroquina, un caso azatioprina e inmunoglobulina por proteinuria, con feto vivo.

CONCLUSIONES: En el estudio existió 26% abortos 2º y 3º trimestre que está de acuerdo a la literatura internacional. Baja presencia de diabetes gestacional, con uso de dosis mayores de prednisona en el embarazo. El Mex-SLEDAI fue variable, con tendencia a actividad leve a moderado. El laboratorio no encontró relación entre niveles DNA o Sm con falla renal.

193. ASSOCIATION BETWEEN DISEASE DAMAGE AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN A PERUVIAN POPULATION WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Ugarte M, Gamboa R, Diaz K, Cucho M, Medina M, Zevallos F, Sanchez A, Pastor C, Alfaro J, Sanchez C, Perich R, Rodriguez Z, La Madrid K, Acevedo E. UCSur. HNGAI-UNMSM. HNGAI. HNGAI-UNMSM. H Vitarte-UNMSM. HNGAI. HNGAI-UNMSM. HNGAI-UNMSM. HNGAI-UNMSM. HNGAI-UNMSM. HNGAI-UNMSM. HNGAI-UNMSM. HNGAI. HNGAI-UNMSM. Perú

To determine the association between disease damage and health related quality of life (HRQoL) in a Peruvian population with Systemic Lupus Erythematosus (SLE).

Methods: A cross-sectional study was performed. Patients with SLE who were evaluated in the Rheumatology Department since January to September 2009 were included. An interview, chart review, physical exam and laboratory exams were done. HRQoL was evaluated using SF-36. Disease damage was measured using the SLICC ACR damage index (SDI). Disease activity was mea-

sured using SLEDAI. Socioeconomical level was evaluated using Graffar's Score. Association between HRQoL and SDI was evaluated using Spearman's correlation. After that a linear regression model was performed for evaluating the association between the subcategories of SF-36 and SDI, adjusted to age, sex, disease duration, socioeconomical level and disease activity.

Results: 128 patients were evaluated, 95.3% were female, with an average age 42.04 (SD: 13.88) years. Socioeconomical level was high in 2.3%, middle high in 34.4%, middle in 30.5%, middle low

in 30.5% and low in 2.3% patients. Disease duration was 7.23 (SD: 6.67) years, disease activity was 6.78 (SD: 4.83). SDI was 1.16 (SD: 1.40). In the univariate analysis, SDI was associated with lower physical function (R: -0.394, p<0.001), lower emotional role (R: -0.186, p: 0.049) and lower mental health. Of the 2 main subcategories, SDI was associated with lower physical health (R:-0.237, p: 0.012), and also, SDI was associated with a lower general SF-36 (R:

-0.232, p:0.014). After the adjustment for age, sex, disease duration, socioeconomical level and disease activity, SDI only remained associated with physical function (: -0.302, p:0.001).

Conclusion: Higher levels of disease damage are associated with a poorer HRQoL. It seems to be more important in physical than in mental health.

194. RENAL INVOLVEMENT IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) ACCORDING TO WHO AND ISN/RPS CLASSIFICATIONS

Veloso VSP; Pereira ERS; Moreira MRA; Silva NA.
Federal University of Goiás, Goiânia-GO, Brazil

To evaluate the renal involvement in SLE, determining the frequency of lupus nephritis (LN) according to clinical, laboratory, and histopathological criteria; to classify LN according to WHO (1982) and ISN/RPS (2003); to correlate all the data obtained.

Methods: From April 2005 to March 2006, 80 patients diagnosed with SLE were analyzed. LN was defined by the presence of proteinuria (>200 mg/24 h) and/or hematuria (>8,000 red blood cells/mL) associated to sterile leukocyturia and/or cylindruria. Renal insufficiency (RI) was defined by the presence of serum creatinine > 1.3 mg/dL and/or creatinine clearance < 60 mL/min/1.73 m² body surface area. All the patients presenting with LN and/or RI underwent renal biopsy. The patients were divided into two groups: G1 – SLE with LN; and G2 – SLE without LN. G1 was subdivided into two subgroups: G1a – LN with normal renal function; and G1b – LN with RI.

Results: Prevalence of LN was 45%. The comparison of clinical and laboratory data between G1 and G2 revealed higher prevalence of hypertension, higher proteinuria, higher cholesterol levels, lower creatinine clearance, and more renal involvement at the moment of diagnosis of the disease in G1. The presence of RI was observed only in G1. Positive ANA were more frequent in G1b. The most frequent histological type was class IV, observed both by WHO (1982) and ISN/RPS (2003) classifications, having occurred a predominance of class IV-G (A) in the latter, which was the most associated to RI. No correlations between class V and RI were found. The prevalence of RI in this study was 20%, and for G1 patients, 44%.

Conclusions: The new ISN/RPS (2003) classification gave detailed histological information about LN and helped to identify patients at risk of progression to RI.

195. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND PREGNANCY

Vera C, Moreno M.
Hospital Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that affects particularly, women of childbearing age. SLE patients are at risk of obstetric complications and SLE flare during pregnancy. There are no recent reports at our country on SLE and pregnancy in series of patients.

Objectives. To evaluate outcome of SLE pregnancies of our SLE patients database.

Patients and methods. Retrospective study of our 250 SLE patients (1997 American College of Rheumatology Criteria) database at a single center (Hospital Luis Vernaza, Guayaquil) since 2003 to date.

Results. 27 pregnancies in 25 SLE patients. Mean age at pregnancy: 27.4 years (range 16-38). Mean time between SLE diagnosis and pregnancy was 44.6 months (range 0-120). Prior to pregnancy: 13/27 patients (48 %) had nephritis, 8/27 hypertension and thrombosis 4/27 patients. 40 % were treated with immunosuppressive drugs before pregnancy, the most common drug used was azathioprine. Laboratory prior to pregnancy: 10/22 had positive antiphospho-

lipid antibodies (aPL) tests and only one patient had high serum creatinine levels. Fetal outcome: 13 premature births, 7 births to term, 2 embryonic losses, 2 fetal deaths and 1 neonatal death. Three pregnancies still ongoing today. Ten patients had SLE flares, 9 during pregnancy and 1 during the postpartum period. 5 exacerbations were because of nephritis. Complications during pregnancy: 3 patients had preeclampsia, 2 thrombosis. Treatment. 17 patients received low dose steroids (≤ 10mg/d), 6 patients ≥ 20 mg/day. Four patients did not receive steroids. Also thirteen pregnancies were treated with hydroxychloroquine and two received azathioprine. At long term follow up any of the patients have significant renal function impairment. There were not congenital malformations or neonatal lupus.

Conclusions. In spite of being considered the SLE pregnancies of high risk, in our series we got a good fetal and maternal outcome, with a living birth rate of 80%, similar to the reported by other centers. However, these pregnancies are at high risk of preeclampsia and prematurity.

196. SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION AS THE FIRST MANIFESTATION OF A CONNECTIVE TISSUE DISEASE

Vergara C.,¹ Mezzano V.,¹ Baeza R.,² Mendez M.²

¹ Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. ² Departamento de Cardiología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

Case presentation: A 44-year-old female patient with no cardiovascular risk factors is admitted to the hospital because of a sudden oppressive retrosternal pain radiating to both arms. ECG showed an ST elevation, without elevation of cardiac enzymes. She referred the use of sibutramine occasionally, but not illicit drugs. Coronary angiography showed a critical stenosis of the anterior descending artery secondary to a vessel dissection, which was managed with the placement of 3 stents with a good angiographic result. After angioplasty she presented a new episode of chest pain that was attributed to coronary spasm. She coursed satisfactorily and she was discharged.

On interrogation, she gave a positive history of xerostomia, xerophthalmia and photosensitivity; without Raynaud's phenomenon, skin lesions, alopecia, oral ulcers, arthralgias, spontaneous abortions or thrombotic events.

Laboratory studies revealed: CBC with mild anemia with hemoglobin of 12.7 g/dL, leukopenia of 3,100 with 1,100 lymphocytes, normal platelets and ESR of 6 mm/h; positive antinuclear antibodies (ANA) in a 1/160 dilution with spindle pattern, posi-

tive anti-Ro and C3-C4 hypocomplementemia. Anti-La, Sm, RNP, DNA, ANCA, anticardiolipins, anti-B2 glycoprotein I and lupus anticoagulant were negative, and renal function and urinalysis were normal. The ophthalmologic evaluation confirmed dry eye. She was diagnosed with undifferentiated connective tissue disease and started on hydroxychloroquine 200 mg daily.

Discussion: Spontaneous coronary artery dissection is a rare condition with high risk of an acute myocardial infarction because of vessel occlusion. There are few reports of coronary dissection as a manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE). In this patient the presence of sicca symptoms, photosensitivity, positive ANA and Anti-Ro, hypocomplementemia and leukopenia / lymphopenia suggests the diagnosis of SLE.

Sibutramine has been associated with myocardial infarction in young patients because of thrombosis but not arterial dissection. This case shows the importance of considering connective tissue diseases within the causes of coronary dissection in young female patients.

197. PATRONES MORFOLÓGICOS DE LESIONES UNGUEALES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Bernard Medina AG, Ulloa Minjares GA, Cerpa Cruz S, Gutiérrez Ureña S, Martínez Bonilla G, Rodríguez Jiménez E. Servicio de Reumatología. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". México

Las espondiloartropatías (EA) son un grupo de enfermedades en las cuales se involucra la presencia de entesitis, artritis y afección del esqueleto axial. Se ha documentado afección ungueal en EA, específicamente en la artritis psoriásica (APS), confundiendo con onicomiosis.

MÉTODOS: Estudio de tipo transversal, descriptivo, se incluyeron pacientes con criterios diagnósticos de CASPAR en APS y EULAR en EA. Se realizó tinción con hidróxido de potasio (KOH). El objetivo fue describir las lesiones ungueales de pacientes con EA. Se desarrolló estadística descriptiva en el programa SPSS 12.

RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes, 21 mujeres (87.5%) y 3 hombres (12.5%), con promedio de edad de 55 ± 11.6 años. Trece (54%) pacientes con espondiloartropatía indiferenciada (EI) y 11 con APS (46%). Ocho (33%) pacientes presentaban dactilitis actual, 4 con APS y 4 con EI. Todos los pacientes presentaban entesitis y rigidez. Doce (92%) pacientes con EI presentaron hiperqueratosis subungueal, 3 (25%) con KOH positivo, todos los pacientes con APS la presentaron y 3 (27%) KOH positivo, dos pacientes con APS (18%) presentaron hemorragias en astilla y KOH

negativo, ninguno con EI las presentó. Diez (91%) pacientes con APS presentaron estriaciones longitudinales, 9 KOH negativo y uno no valorable, 10 (77%) pacientes con EI las presentaron y 3 con KOH positivo, 5 (45 %) pacientes presentaron onicólisis con APS y un KOH positivo, 5 (38 %) con EI presentaron onicólisis y 2 KOH positivo. Presentaron puntillero, 3 (27%) pacientes con APS y KOH positivo, solo un paciente con EI lo presentó y KOH positivo. Desmoronamiento ungueal se presentó en todos los pacientes con APS, 3 (27.2%) con KOH positivo, en EI se presentó en 9 (69%) pacientes y 3 (33%) con KOH positivo. De los pacientes con APS 10 (91%) presentaron coloración amarillenta ungueal y 3 (30%) con KOH positivo, 8 (61.5%) pacientes con EI presentaron coloración amarillenta y 3 (37.5%) KOH positivo.

CONCLUSIÓN: Los principales patrones ungueales asociados fueron: hiperqueratosis subungueal, estriaciones longitudinales y onicólisis, un tercio de los pacientes presentaron onicomiosis, relacionándose la afección ungueal del resto de los pacientes con proceso inflamatorio de la entesis.

198. ESPONDILOARTROPATIAS COMO CAUSA DE SINDROME CONSTITUCIONAL

Liliana Candia¹, Rafael Valle², Luis R Espinoza³ y Javier Marquez⁴

¹ Reumatologa Hospital Militar, ² Reumatologo Hospital Militar ³ Luis R Espinoza, Jefe del servicio de Reumatología, Universidad del Estado de Louisiana,

⁴ Reumatologo Hospital Pablo Tobon Uribe. Colombia

Las espondiloartropatías (SpA) son un grupo de enfermedades caracterizadas por oligoartritis y afección axial, entre las manifes-

taciones extraarticulares se cuentan la uveitis y la psoriasis, Estas enfermedades están asociadas a elevaciones de los reactantes de

fase aguda, los síntomas constitucionales no son frecuentemente reconocidos **Objetivo:** describir casos de pacientes con SpA cuyas manifestaciones iniciales fueron síntomas constitucionales.

Caso 1 Femenino de 67 años referida al servicio de reumatología por osteoporosis fracturaria, y dolor toraco-lumbar, fiebre de predominio nocturno, diaforesis, anemia y pérdida de peso de 10 kg, no se demostraron masas, ni adenomegalias, se descartaron cáncer y linfoma, reactantes de fase aguda elevados. La radiografía de columna lumbar demostró sacroileitis y HLA-B27 confirmó diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA), la paciente recibió antiinflamatorios (AINES), sin respuesta y se instaló terapia anti-factor de necrosis tumoral (TNF), la paciente mejoró dramáticamente de sus síntomas constitucionales Caso 2 Paciente masculino de 27 años con dolor lumbar inflamatorio intenso y dolor en los tendones de Aquiles, el paciente se quejaba de pérdida de peso de 8

kg en 5 meses, palidez, y fatigabilidad extrema, el test de Schober fue de 16 y tenía dolor en los tendones de Aquiles e infratrotulianos, tenía elevación de los reactantes de fase aguda y anemia normocítica normocrómica. Dada la falta de respuesta a los AINES se inició terapia anti-TNF, pero dada la pérdida de peso y la sudoración nocturna, se descartó cáncer y linfoma, los estudios no revelaron tuberculosis. El paciente respondió a los anti-TNFs **Discusión:** Los síntomas constitucionales no son comúnmente conocidos como manifestaciones de las SpA como lo son en la artritis reumatoidea. Estas manifestaciones se han descrito en pacientes con SpA en las formas juveniles y seniles de la enfermedad, sin embargo nosotros presentamos un caso en un hombre joven. **Conclusión:** En pacientes con síntomas constitucionales en quienes se hayan descartado neoplasias, se debe considerar SpA en el diagnóstico diferencial del síndrome constitucional

199. ASSESSMENT OF SPONDYLOARTHROPATHIES CLASSIFICATION CRITERIA IN A COHORT OF PATIENTS

Benegas M, Chaparro del Moral R, Rillo OL, Casalla L, Zárate L.
Servicio de Reumatología. "Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú". Buenos Aires. Argentina

Seronegative spondyloarthropathies (SpA) share clinical, serological and radiological characteristics. B. Amor and those from the European Spondyloarthropathies Study Group (ESSG) are the most accepted classification criteria. In our knowledge the performance of these criteria has not been evaluated in our population.

Objective: To describe clinical and radiological characteristics of SpA patients, and to assess the sensitivity (S) and specificity (E) of Amor and ESSG classification criteria in our cohort of SpA patients.

Materials and methods: patients (≥ 18 years old), with diagnosis of psoriatic arthritis (PsA), ankylosing spondylitis (AS) and reactive arthritis (ReA) according to Caspar, modified "New York" and Calin criteria, respectively, were included; control group: rheumatoid arthritis (RA) patients (ACR87). Exclusion: other inflammatory arthropathies. Clinical, laboratory and radiological characteristics employed by the different criteria were registered (except for HLAB27). Each patient was classified according to ESSG and Amor criteria. S and E for each criterion were assessed. Statistical analysis: descriptive analysis. S, E, positive predictive

value (PPV) and negative predictive value (NPV) for each criterion were calculated (double entry table).

Results: 32 SpA patients (26: PsA, 5: AS, 1: ReA) were included, 50% female, mean (SD) age 50 ± 14 years, median (IQR) disease duration 82 (21-152) months. Of all patients, 87.5% had peripheral arthritis (53% symmetrical polyarthritis), 41% dactylitis, 62% enthesopathy, and 37.5% clinical sacroiliitis as well as spinal inflammatory pain. Radiological features: 25% had syndesmophytes, 16% vertebral squaring and 25% sacroiliitis. Control group: 34 patients with erosive RA; mean (SD) age 55 ± 12 years; median (IQR) disease duration 84 (57-240) months; 88% positive rheumatoid factor. When criteria were applied to SpA patients, ESSG ones showed: S 47%, E 94%, PPV 88% and NPV 65%, whereas Amor criteria had: S 78%, E 100%, PPV 78% and NPV 100%.

Conclusions: Both criteria showed high specificity for SpA classification. The higher Amor sensitivity with respect to ESSG criteria might be due to the different hierarchy given to variables by both criteria and to the greater APs proportion in our cohort of SpA patients.

200. QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS IN THE CZECH REPUBLIC

Forejtova Sarka¹, Mann Herman¹, Pavlik Tomas², Chroust Karel², Vedral Karel³, Pavelka Karel¹

¹Institute of Rheumatology Prague, ²Institute of Biostatistics and Analysis, Medical Faculty of Masaryk University Brno, ³Bechterew Disease Patients Club, Czech Republic

The aim of the study was to evaluate quality of life, health status and work disability in patients with ankylosing spondylitis (AS) in the Czech Republic.

Methods: The research was initiated and organized by patients AS organization. Data were collected in a retrospective fashion directly from patients with AS using mailed questionnaires containing questions regarding sociodemographic characteristics of patients, the course of their disease, therapy, physical therapy, quality of life and ability to work. HAQ-DI, BASDAI, SF-36, ASQol and EuroQol were also included in the questionnaires.

Results: 509 questionnaires were suitable for further statistical analysis. The average age of patients was 52.5 years (median 55.0 years), the average symptom duration was 26.4 years (median 28 years). Mean time from first symptoms to diagnosis was 10.0 years. Full disability had been awarded to 162 subjects (31.8%) at some point of their disease, 39.5% reported receiving full disability pension for 10 or more years. 257 subjects (50.5%) are currently or had been previously receiving partial disability pension. The mean value of HAQ-DI was 0.83 (median 0.75), the mean value of EuroQol was 0.66 (median 0.77) and average value of ASQol was 8.0 (median

0.8). Women had higher BASDAI ($P < 0.001$), HAQ-DI ($P < 0.001$), ASQoL ($P = 0.12$) scores a lower EuroQoL ($P = 0.34$) scores. BASDAI and HAQ-DI scores correlated with age and duration of illness, younger patients and those with shorter disease duration had lower values. The patients treated with anti-TNF α therapy had lower value of BASDAI and HAQ-DI, but the difference was not significant ($P = 0.850$ and $P = 0.240$). 372 patients (average age 52,9 years) underwent spa treatment in the previous year. 96% of them

experienced improvement of their health condition.

Conclusions: This cross sectional cohort study has documented a delay of 10 years from first symptoms to diagnosis. AS was associated with full work disability in significant proportion of patients (32%). The quality of life was also significantly decreased, especially in women. Effect of anti TNF- α ; therapy is discussed.

Supported by Research Project from Ministry of Health in the Czech Republic NO: 000 000 23728.

201. EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ESPONDILIOARTRITIS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. "MANUEL NÚÑEZ TOVAR", MATORÍN, VENEZUELA

Granados, Y, Marchán, J, Figuera, Y.

Servicio de Reumatología, Hospital DManuel Núñez Tovar, Maturín, Venezuela

Evaluar parámetros cardiovasculares en pacientes con Espondiloartritis en la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Dr. "Manuel Núñez Tovar" y compararlos con pacientes con artritis reumatoide (AR) y controles. Se realizó estudio de campo, prospectivo, comparativo, descriptivo, observacional directo, corte transversal, seleccionándose una muestra de 30 pacientes con Espondiloartritis, según ESSG y Grupo de AMOR, 25 con AR según ACR y 21 controles sanos. 60% corresponden al sexo masculino en espondiloartritis. Edad promedio $53,9 \pm 13,5$ para las espondiloartritis. Subtipos de espondiloartritis: Espondilitis Anquilosante 11(36,67%); Artritis Psoriasisica 11(36,67%); Artritis Asociada a Enfermedades Inflamatorias Intestinales 2(6,66%); Espondiloartritis Indiferenciada 3(10%); Artritis Reactiva 3(10%). No hubo diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los grupos para edad, presión arterial, IMC, ITB. Los pacientes con espondiloartritis y con AR tuvieron similares valores de homocisteína, glicemia pre y postprandial, LDL, colesterol, triglicéridos, VSG y circunferencia abdominal (CA) pero mayor a aquellos de los controles sanos ($p \leq 0,005$).

En espondiloartritis: LDLc promedio $108,85 \pm 24,73$ mg/dL. CA: 20 pacientes por encima del valor normal (66,67%); 5(16,67%) presentaron glicemias pre-prandiales ≥ 100 mg/dL. En electrocardiograma de 12 derivaciones pocos pacientes presentaron alteraciones. La evaluación de los hallazgos del ecocardiograma doppler modo B, 18(60%) de los pacientes con espondiloartritis presentaron alguna alteración no significativa al compararse con AR. El síndrome metabólico según IDF; se presentó en 8(26,67%) pacientes con espondiloartritis siendo no significativa con respecto a AR. Homocisteína con $12,37 \pm 5,71$ μ mol/L; 10(33,33%) de pacientes presentaron valores mayores de 12 μ mol/L. PCRus con $6,67 \pm 6,44$ mg/L; 22(73,33%) con valores > 3 mg/L. Entre Artritis Psoriasisica y Espondilitis anquilosante; no se presentó significación estadística. Sin embargo fue mayor la homocisteína ($15,16 \pm 7,34$ μ mol/L en AP, y PCRus para EA con $6,46 \pm 3,70$ mg/L. La PCRus es sugestiva de alto riesgo cardiovascular en espondiloartritis. Relación lineal entre LDL-c y PCRus, en espondiloartritis. Es mayor el riesgo cardiovascular a los 10 años por el cálculo de la escala de Framingham.

202. PSORIATIC ARTHRITIS PREVALENCE IN MEXICAN PATIENTS WITH PSORIASIS ATTENDING A THIRD LEVEL DERMATOLOGICAL INSTITUTE

Barba F,¹ Guevara E,¹ Zolano M,¹ Briseño G,¹ Villanueva G,¹ Tlacuilo A,² García JL,³ Sámano G,³ Terán L,³ Galván F,³ Cerpa S,⁴ Gutiérrez S,⁴

¹ Instituto Dermatológico de Jalisco SSl, ² UMAE Hospital de Pediatría IMSS, ³ Colegio Mexicano de Reumatología, ⁴ Hospital Civil de Guadalajara. México

AIMS. To determine the prevalence of psoriatic arthritis in a mestizo-Mexican population.

MATERIAL Y METHODS. In a cross-sectional study, during January to June 2008, we included all patients with a clinical and histopathology diagnosis of psoriasis. The study was divided in 3 phases, a) diagnosis and type of psoriasis, PASI determination and joint symptoms, b) laboratory analysis, including RF, ESR, CRP, and radiographs of hands, feet and pelvis, c) confirmation and classification of PsA diagnosis by rheumatologists; the diagnosis was established on the CASPAR criteria.

RESULTS. We included 90 patients with psoriasis, 46 (53%) had a PsA diagnosis, female in 60% and a mean age of 50.43 ± 15.46 years. The variants were 50% axial, 40% oligo-monoarticular, 8% polyarticular and 2% mutilant. The type of psoriasis was plaques

83%, palmo-plantar 13%, erythroderma 4%. The mean PASI score was 12.02 ± 11.13 . The articular manifestations included arthralgias 79%, enthesitis 39.5%, arthritis 37.5%, low back pain 35%, cervical neck pain 33%, dactylitis 23% and tendonitis 2%. The laboratory data displayed RF negative in 100%, ESR elevated 40%, and CRP positive 44%. The radiological evaluation showed juxtaarticular new bone formation in 93%, sacroiliitis in 68%, bone erosions and reduced articular space in 45%, osteopenia in 25%, ankylosis in 14% and tip pencil deformation in 6%.

CONCLUSION. In all patients with a diagnosis of psoriasis we must search for articular involvement, because in many occasions neither the clinician nor the patients suspect such affection. This is the first study involving a mestizo-Mexican population.

203. THE ELECTRONIC VERSION OF THE PSORIATIC ARTHRITIS SCREENING QUESTIONNAIRE (EPASQ) IS AN EFFECTIVE TOOL IN DETECTING PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Khraishi M, Mong J.

Nexus Clinical Research. Memorial University of Newfoundland

PsA is a serious disease that can cause significant joint damage, disability and co-morbidities. Early PsA detection and effective treatment may reduce these serious problems. We developed the Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire (PASQ) as a tool for reliable diagnosis of PsA in patients with psoriasis. Canada

To examine the sensitivity and specificity of an electronic version of the PASQ and validate it against the original paper version.

Methods: The EPASQ was developed using Adobe Creative Suite 4 software, and was based on the previous paper version of the PASQ. The EPASQ was programmed to provide a maximum of 15 points. The PASQ contained 10 differently weighted questions as well as a diagram where patients marked where they had or have had pain and or swelling. The same questions were included in the EPASQ in addition to a diagram. The diagram and the questionnaire can be electronically marked similar to the original version. Validation was conducted using questionnaires from 42 patients with confirmed PsA (mean disease duration 12 months). Questionnaires from 12 psoriasis patients were used as a control. Comparison of scores obtained from the manual and the electronic versions were conducted. A receiver operating curve (ROC) was determined for both the paper version and the electronic version

using MedCalc® software.

Results: The original PASQ, data was collected from 87 patients (58 with PsA meeting the CASPAR criteria and 29 with psoriasis and no evidence of arthritis). Analysis of the PASQ score yielded an optimal cut-off score of 9, with 86.27% sensitivity and 88.89% specificity. A score of 8 would yield a sensitivity of 91.16% and a specificity of 77.78%.

The EPASQ Data was collected prospectively from 42 patients with early PsA, and from 12 psoriasis patients. All but one of the PsA patients scored 8 or more in the paper PASQ. Concordance of the paper and electronic scores was very high. The ROC Curve of the entire group yielded an optimal 97.62% sensitivity and 75.00% specificity for a cut-off score of 7.

Conclusion: The EPASQ is a simple self-administered and scored program with a high sensitivity and specificity. It can be an effective tool to screen for early and established PsA patients.

204. PATTERNS OF DISABILITIES IN EARLY AND ESTABLISHED PSORIATIC ARTHRITIS (PSA)

Khraishi M, Mugford G.

Nexus Clinical Research and Memorial University of Newfoundland. Canada

PsA is a serious disease associated with progressive joint damage and significant disability. Effective therapy appears to halt the progress of joint damage and maintain function of patients. The disability status of early stages of PSA is not well defined.

Objectives: To examine changes in disability in a cohort of patients with PsA with a subset of early disease.

Methods: A review of PsA patients meeting the CASPAR criteria who were followed in a rheumatology clinic was conducted. A subset of these patients are part of a prospective early PsA cohort. This group had less than 2 years duration of arthritis symptoms. The epidemiologic, clinical and laboratory parameters of the patients were recorded. Their treatment and HAQ score at the beginning of the follow up period and at the last visit were documented. The HAQ was also recorded in the early PsA patients initial presentation. Observational analysis of the data was conducted.

Results: By the time of this report, 146 patients with PsA were reviewed including 38 patients with early disease. A retrospective data collection was completed on 108 patients (57.4% male)

and prospective analysis was also completed on 38 patients with early psoriatic arthritis (39.5% males). The established PsA patients group had similar age of onset as those with early disease. However, over 50% of the established group received biologic DMARD (nearly all are TNF antagonists) and 71% received methotrexate. The mean HAQ score in the initial available assessment was 0.748 (0.62) in the established disease as compared to 0.617 (0.55) in the early group. After a mean duration of 44 months (range: 11-153), the mean HAQ in the established group was down to 0.605 (0.61). The median duration follow-up was 41 months. No difference was noted between those who received biologics and those who were on traditional DMARDs.

Conclusions: Our data suggest that significant disability in PsA patients is present at early stages of the disease. In a real life setting, our patients' HAQ scores remained stable or even improved over the observation period of nearly four years. Effective therapy may prevent further deterioration of function in patients.

205. ETANERCEPT IS SIGNIFICANTLY MORE EFFECTIVE THAN SULFASALAZINE IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Guzman R.,¹ Burgos-Vargas R.,² Braun J.,³ Freundlich B.,⁴ Vlahos B.,⁴ Koenig AS.⁴

¹Saludcoop Clinic, Bogota. Colombia. ²Hospital General de México and Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico. ³Rheumatology Medical Center, Ruhrgebiet, Herne, Ruhr-University, Bochum, Germany. USA

Etanercept (ETN) is a fully human tumor necrosis factor soluble receptor effective in the treatment of ankylosing spondylitis

(AS). Despite limited data to support its use in the spine, sulfasalazine (SSZ) is recommended for treatment of AS in patients with

associated peripheral arthritis.

METHODS: In this 16-week randomized, multinational double-blind study, subjects with AS were treated with ETN 50 mg once weekly (N=379) or SSZ up to a target dose of 3g daily (N=187). Eligible subjects had active AS based on 1) BASDAI VAS \geq 30; 2) morning stiffness VAS \geq 30; 3) VAS \geq 30 for 2 of the following: patient global assessment of disease activity; pain; BASFI; and had to be candidates for SSZ treatment (ie, presence of peripheral joint symptoms) and ETN. Main exclusion criteria: complete ankylosis of the spine; previous ETN treatment; and SSZ treatment within 6 months of screening. Primary endpoint: proportion of patients achieving 20% improvement from baseline in Assessment of AS (ASAS 20) at 16 weeks. LOCF was used for imputation of missing

values on the modified intention-to-treat population.

SUMMARY: Of the 566 subjects included in the study, 29 were from Latin America. Mean age for the overall population was 41y, 74% were male, and average disease duration was 7.6y. In the overall study population, ETN was significantly more efficacious than SSZ for all endpoints assessed (P<0.001) at week 16 (Table). However, the differences were not always apparent in the subanalysis, possibly due to the small sample size. Overall, similar proportions of subjects, 7 (1.8%) in the ETN group and 4 (2.1%) in the SSZ group (P=0.758), reported serious adverse events. There were no new safety signals. Etanercept was significantly more effective than sulfasalazine in improving signs and symptoms of ankylosing spondylitis.

	All Number (% improvement)		Latin American Subjects Number (% improvement)	
	ETN N=379	SSZ N=187	ETN N=19	SSZ N=10
ASAS 20	287/378(75.9)	99/187(52.9)	15/19 (79.0)	8/10 (80.0)
ASAS5/6	166/365(45.5)	38/179(21.2)	6/19 (31.6)	3/9 (33.3)
Partial Remission	126/379(33.3)	29/187(15.5)	9/19 (47.4)	3/10 (30.0)
BASDAI 50	239/379(63.1)	71/187(38.0)	13/19 (68.4)	6/10 (60.0)

206. ADALIMUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA CUANDO FALLAN OTROS ANTI-TNF

López-Moyado AL, Cervantes-Solano JI, Rodríguez-Tamariz WL, Bañuelos-Ramírez D. Medicina Interna y Reumatología. Hospital Especialidades IMSS. UMAE. Puebla, México

La artritis psoriásica (APs) no es una entidad infrecuente en la práctica de la reumatología; tiene subgrupos diferentes y en ocasiones se diagnostica con retraso, por el desfase entre las lesiones cutáneas y articulares. Es sensible a inductores de remisión (FARMES) y a agentes anti-TNF. En nuestra población atendida en una unidad médica de alta especialidad, ocupa el 3er sitio para indicación de agentes anti-TNF y ahora es el primer fármaco que utilizamos para APs con base a la respuesta sostenida cuando han fallado otros agentes de terapia biológica. Presentamos la experiencia en 18 pacientes con APs.

Metodología: Estudio serie casos, siendo ellos mismos sus propios controles (por tratamiento previo con anti-TNF diferente). 10 varones, 8 mujeres, edad media 44a, poliarticular, donde las alteraciones cutáneas se dan previa a la artritis en la 3era parte de los casos. Promedio de Dx de APs: 18 meses, respuesta inicial a Infliximab 12 pacientes, que se detiene a los 2 años, los restantes 6 con Etanercept que se ve disminuida a los 3 años, por lo que efec-

tuamos cambio a Adalimumab. Actualmente 2 años con respuesta sostenida y tratamiento intermitente desde el inicio de Adalimumab (6 meses agente biológico+Mtx o Lef, y 6 meses solo FARME sin biológico). Modificación en: clase funcional, EVA, % Piel afectada, reactantes fase aguda, y grado satisfacción paciente-médico. Ver figuras 1,2,3,4 y tabla 1 donde se resumen resultados.

Comentarios: En tanto existen mecanismos de “resistencia” para la terapia anti-TNF y anti-CD20 documentados y mediados por anticuerpos específicos, es plausible que ocurran mecanismos semejantes en la APs que son responsables de que se “detenga” la respuesta terapéutica. Por ello la necesidad de cambio. Al tiempo estudiado parece mostrar ventajas el Adalimumab por la posibilidad de tratamiento intermitente que se traduce en ventajas diversas, incluyendo costos a considerar en la medicina institucional, como en la práctica privada. Los responsables de esto, pueden estar en la estructura del fármaco.

207. ESPECTRO CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE LAS ESPONDILOARTRITIS DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE EN EL HOSPITAL PABLO TOBON URIBE (Medellín-Colombia)

Candia DL⁽¹⁾, Velasquez CJ⁽²⁾, Pinto LF⁽²⁾, Restrepo M⁽³⁾, Rincón O⁽⁴⁾, Aristizabal B⁽⁴⁾, Márquez JD⁽²⁾
1. Reumatóloga, Audifarma. Bogotá, Colombia. 2. Reumatólogos, Hospital Pablo Tobon Uribe. 3. Reumatólogo, Reumatología SA. 4. Biología molecular, Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín, Colombia

Las espondiloartritis comparten un contexto ambiental, genético y clínico. Se han presentado avances importantes en la última

década con relación al diagnóstico temprano y al tratamiento eficaz.

Objetivo: Conocer y describir el comportamiento demográfico, clínico y radiológico de pacientes con espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobon desde el 1 de Enero de 2005 hasta el 31 de Diciembre de 2008.

Materiales y Métodos: Este es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, en su evaluación incluimos un aspecto retrospectivo y otro prospectivo. Se empleó estadística descriptiva para las variables demográficas, clínicas, radiológicas y los diversos tipos de tratamiento.

Resultados: Un total de 71 pacientes fueron identificados. Las principales características demográficas, se pueden observar en la Tabla 1.

Las características clínicas más importantes fueron dolor lumbar inflamatorio en el 84% de los pacientes, entesopatía 67%, artritis periférica 64% y dolor glúteo alternante 57%.

Las articulaciones comprometidas con mayor frecuencia fueron: sacroilíacas 62%, tobillos 32%, rodillas 30%, tarso 14%. 64% presentaron sacroiliitis radiológica.

Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron dactilitis 22%, uveítis 19%, el compromiso renal 5% y fibrosis pulmonar 1%.

Los índices de actividad (BASDAI) de 4.82 y función (BASFI) de 4.54% y 34%, de los pacientes tenían eritrosedimentación y PCR elevada, respectivamente. El HLA B 27 + en el 52%.

Los DMARDs (sulfasalazina y metotrexate) fueron los medica-

mentos más usados en el 68% de los casos. Le siguieron los AINES en el 52% y los medicamentos anti-TNF en el 42% de los pacientes (Infliximab 20%, adalimumab 16% y etanercept 6%).

Conclusión: Se encontró un alto porcentaje de pacientes con espondiloartritis indiferenciada. Los pacientes tenían una enfermedad activa y con limitación funcional. La dactilitis fue la manifestación extraarticular más frecuente, el compromiso radiológico fue similar al descrito en la literatura.

Tabla.1
Datos demográficos. Espondiloartritis HPTU Enero de 2005 a Diciembre de 2008

Variable	N (%) o X±DE
Hombres	45 (63.4)
Mujeres	26 (36.6)
Edad promedio	42.79 años ± 12.73
Tiempo de evolución	5 años ± 5.435
Inicio de síntomas hasta dx	5.761±8.649
EA	31 (43.66%)
USpA	21(29.6%)
PsA	13 (18.3%)
Are	4 (5.6%)
EII	3 (4.2%)

208. AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITE ATENDIDOS NO NHU/UFMS

Mayer VM, Costa, IP, Souza, JA.

Departamento Clínica Médica/UFMS. Departamento Clínica Médica/UFMS. Departamento Clínica Médica/UFMS. Brasil

As Espondiloartrites são afecções caracterizadas por quadro clínico, inflamatório, de evolução crônica, com acometimento das articulações e ênteses periféricas e axiais, podendo acarretar incapacidade funcional e psicossocial. Entre as suas comorbidades estão os transtornos psiquiátricos. **Objetivo:** Verificar as comorbidades psiquiátricas em pacientes atendidos no ambulatório de Espondiloartrites do Serviço de Reumatologia do Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Métodos, materiais e procedimento analítico usado: Trata-se de estudo descritivo, onde cada paciente com Espondiloartrite foi submetido ao instrumento de triagem para Transtornos Psiquiátricos, QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos), com ponto de corte em sete questões positivas. Foram avaliados 30 pacientes com diagnóstico de Espondiloartrite, sendo 25 (83,3%) do sexo masculino e 5 (16,7%) do sexo feminino. Como grupo

controle foram avaliadas 123 pessoas saudáveis, sendo 63 do sexo masculino (51,2%) e 60 do sexo feminino (48,8%).

Resultados: Dos pacientes com Espondiloartrite, 23 apresentaram Espondilite Anquilosante (76,7%), 2 apresentaram Artrite Psoriásica (6,7%), 4 apresentaram Artrite Reativa (13,3%) e um paciente apresentou Espondiloartrite Indiferenciada. Desses pacientes, 23 (76,7%) apresentaram QMPA positivo, enquanto que no grupo controle 44 (35,8%) apresentaram QMPA positivo, apresentando diferença significativa ($p < 0,001$) através do teste Qui-quadrado (≥ 2). Após avaliação psiquiátrica dos pacientes com QMPA positivo, constatou-se predominantemente casos de Depressão e Ansiedade em 44,0% dos casos (verificação clínica).

Conclusão: Este estudo concluiu que a presença de QMPA positivo é significativamente maior em pacientes com Espondiloartrite em relação aos pacientes do grupo controle ($p < 0,001$), com respectivas prevalências de 76,7% e 35,8% para cada grupo.

209. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES COLOMBIANOS CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Mora S, Jaimes DA, Romero-Sánchez C, Mora A, Parra SL, Londoño J, Valle-Oñate R.

Reumatología, Universidad Militar Nueva Granada /Universidad de la Sabana/ Grupo de Espondiloartropatías, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

La contribución de las alteraciones cardiovasculares hacia la morbilidad y mortalidad en Espondiloartropatías (EAS) no está totalmente determinada. Los datos sobre los factores de riesgo en

pacientes con EAS son limitados y no existen acerca de la relación entre la inflamación presentada en espondiloartropatías y enfermedades cardiovasculares. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia

de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes colombianos con espondilo artropatías METODOS: Se evaluaron 62 pacientes con EAS según criterios del Grupo Europeo para el estudio de Espondiloartropatías (ESSG). Se realizó medición de factores tradicionales de riesgo cardiovascular: Colesterol total, HDLc, LDL, triglicéridos, glicemia, índice aterogénico, índice de masa corporal, porcentaje de Riesgo Cardiovascular por Framingham, adicionalmente los siguientes factores no tradicionales: TNF alfa, IL-6, IL- 1 alfa, PCR ultrasensible. Los resultados para colesterol fueron registrados en mg/dl para las citoquinas en pg/ml y reportados en medianas y rangos intercuartiles (RIQ), además de evaluar correlación por medio del coeficiente Kendall-Tau **RESUL-**

TADOS: La distribución por género fue 69% hombres, con media de edad de 29 años con RIQ 15.5, La distribución por subtipo de enfermedad correspondió a 53% Espondiloartropatía Indiferenciada, 30% Espondilitis Anquilosante y 17% Artritis Reactiva, Ninguno de los pacientes era diabético ni fumaba. Los demás factores de riesgo son analizados en la Tabla 1, no hubo correlación entre los factores de riesgo convencionales, no convencionales y los índices de actividad de la enfermedad **DISCUSION:** Este es un primer acercamiento que pretende describir la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en pacientes Colombianos con espondiloartropatías, se requieren estudios analíticos que permitan establecer o no la relación de Espondiloartropatías con riesgo cardiovascular.

210. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SPA EN UMSN. QUITO-ECUADOR

Camacho M, Núñez J.
Unidad de Salud Norte. Ecuador

Determinar las características demográficas, clínicas y radiográficas de las espondiloartritis (Spa) en la Unidad de Salud Norte (UMSN) de Quito Ecuador. METODOS: se incluyeron pacientes atendidos en la consulta externa de la UMSN que cumplieran criterios del Grupo Europeo de Estudio de Espondiloartritis (ESSG) y los de New York de 1984 para Espondilitis Anquilosante. RESULTADOS: Se identificaron 27 pacientes, 78% (21) fueron varones, y 22% (6) fueron mujeres, relación varón mujer 4:1, media de edad 41 años (23-68). TIPO DE ESPONDILOARTRITIS: Espondiloartritis indiferenciada (EI) 26% (7) Espondilitis Anquilosante (EA) 22% (6) Artritis Psoriásica (APs), Artritis Reactiva (ARe) y Espondiloartritis Juvenil (EAJ) 15% (4). Artropatía Inflamatoria Intestinal (AII) 7% (2). MANIFESTACIONES INICIALES: artritis oligoar-

ticular miembros inferiores 70% (19), lumbalgia inflamatoria 48% (13), entesitis y artritis miembros superiores 37% (10); síndrome sacroiliaco 22% (6); dactilitis, cervicalgia y tarsitis 11% (3), MANIFESTACIONES ARTICULARES: rodillas 63% (17), sacroiliacas 56% (15) columna lumbar 44% (12). MANIFESTACIONES ASOCIADAS: tarsitis 15% (4), dactilitis 11% (3), uveítis, balanitis y afección cardíaca 7% (2). AFECCION RADIOGRAFICA: sacroileítis 61% (14/23), aletraciones columna lumbar 25% (6/24), caderas 33% (8/24). CONCLUSIONES: La mayoría de pacientes fueron varones, la EI fue la presentación más frecuente. Los síntomas iniciales más prevalentes fueron artritis miembros inferiores y lumbalgia. Las rodillas y las sacroilíacas fueron las más afectadas.

211. ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE E INCAPACIDAD LABORAL EN URUGUAY

Palleiro D, Mederos D, Spangenberg E.
Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología. Uruguay

La espondiloartritis anquilosante (EAA) afecta a pacientes jóvenes, laboralmente activos. La incapacidad laboral (IL) tiene frecuencia variable, con un impacto individual y social aún no bien determinado.

Interesa establecer la prevalencia de pacientes con EAA e IL pertenecientes al GUES y describir sus características.

Metodología: Se efectuó un corte transversal de la base de datos GUES en octubre 2009, seleccionándose las EAA (criterios de Nueva York modificados). Se consideró IL acorde al Baremo Uruguayo del Banco de Previsión Social (BPS), que se clasificó en permanente o transitoria (2 años). Se obtuvieron datos demográficos, ocupacionales y de la enfermedad.

Resultados: De un total de 169 pacientes GUES, 116 correspondieron a EAA, con IL en 16 casos (13.8 %): 8 permanentes, 5 transitorias y 3 desconocidas. Todos los casos fueron hombres, predominando las clases media-baja y baja (escala de Graffar), con esfuerzo laboral moderado (64%). Promedialmente la edad de inicio fue 24.7 años (10-49), duración de la enfermedad 18.7 (8-34) y retraso diagnóstico 7.9. El 25% tuvo inicio juvenil. Prevalenció

el tipo mixto (94%), con entesitis (62.5 %). Los índices promedio fueron: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index- BASFI 6.9 (2.2-9.6); Disease Activity Index -BASDAI 5.0 (1.5-7.7); Metrology Index-BASMI 7 (5-10); expansión torácica 3.1 cm (1.5-5); Global score -BASG últimos 6 meses 7.1 (2-10); Quality of Life-ASQoL 11 (4-16) y valoración global por el médico 5.6 (1-8). La sacroileítis clínico-radiológica fue 75% grado IV y 25% grado III; con coxitis en 87% de los casos, prótesis de cadera en 25% y afectación de hombros en 50%. La velocidad de eritrosedimentación promedio fue 50 mm (10-120).

Conclusiones: La prevalencia de la IL en EAA fue inferior a los datos internacionales (25%), predominando en hombres de clase social media-baja a baja, con edad de inicio joven, elevado retraso diagnóstico y compromiso mixto con entesitis. Tanto la clínica como la radiología demostraron un severo deterioro.

Se plantea un subdiagnóstico de IL, a determinar en estudios prospectivos interdisciplinarios que permitirán identificar factores de riesgo predictivos y establecer medidas preventivas.

212. ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE: EXPERIENCIA URUGUAYA CON ADALIMUMAB

Palleiro D, Spangenberg E, Corbacho I.

Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología (SUR). Instituto Nacional de Reumatología (INRU), Ministerio de Salud Pública (MSP). Uruguay

En Uruguay el uso de biológicos en espondiloartritis anquilosante (EAA) se rige por Protocolo del GUES, refrendado por SUR e INRU. Desde noviembre 2008 el único anti-TNF α validado disponible por el MSP es Adalimumab. Se presenta la experiencia uruguaya con Adalimumab en EAA.

Metodología: Pacientes con EAA del GUES ingresaron a biológicos entre noviembre 2008 y julio 2009, con consentimiento informado y aprobación del Comité de Auditoría. Basal- y trimestralmente hasta octubre 2009 se consignó: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Functional Index (BASFI), Metrology Index (BASMI), AS Quality of Life (ASQoL), dolor global y nocturno por escala visual análoga (EVA); valoración global paciente (VGP) y médico (VGM); entesitis (Maastrich AS Enthesal Score MASES); articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT); velocidad de eritrosedimentación (VES) y proteína C reactiva (PCR). Se aplicaron criterios de mejoría BASDAI 50, ASAS 40 (Assessment of SpondyloArthritis international Society) y remisión parcial. Adalimumab se administró 40 mg subcutáneo cada 14 días. Se efectuó registro en la base de datos de eventos

adversos BIOBADAURUGUAY.

Resultados: De 116 EAA se incluyeron 10: 9 primarias, 1 asociada a psoriasis. Completaron 3 meses 10 pacientes, 6 meses 5 y 9 meses 3. 80% fueron varones HLA B27 positivo; con edad de inicio promedio 24.2 años, evolución 10.8 y retraso diagnóstico 5. Los valores basales, 3, 6 y 9 meses fueron: BASDAI 7.0, 4.2, 3.4 y 3.4; BASFI 7.8, 4.9, 3.8 y 3.6; BASMI 3, 2, 2 y 2; ASQoL 12.3, 5.1, 2 y 1; EVA dolor diurno 8.1, 4.6, 2.8 y 2; nocturno 7.8, 4.1, 2.6 y 1.3; VGP 8.1, 4.4, 3.9 y 2.8; VGM 7.7, 3.3, 2.4 y 2.7; MASES 4, 1,1 y 0; NAD 2, 1 y 0; NAT 2 y 0; VES 24, 12,14 y 11 mm/h; PCR 20.3, 2.7, 6.8 y 3.1 mg/l. BASDAI 50 22%, 20% y 33%; ASAS 40 33%, 60% y 67%, remisión parcial ASAS 11%, 20% y 33%. El 60% presentó PPD positivo y recibió quimioprofilaxis. No hubo eventos adversos serios.

Conclusiones: Adalimumab mejoró los índices de actividad, función, calidad de vida, sueño y metrología. Un tercio alcanzó BASDAI 50 y dos tercios ASAS 40 a los 9 meses. Hubo alta prevalencia de PPD positivo y ausencia de eventos adversos. Estudios ampliados permitirán confirmar los resultados preliminares.

213. EXACTITUD DE LOS CRITERIOS DE ASAS PARA CLASIFICAR ESPONDILOARTRITIS EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES COLOMBIANOS CON ENFERMEDAD TEMPRANA

Infección

Porras MB,¹ Londono J,¹ Villar JC,¹ Calvo E,² Santos P,¹ Jaimés DA,¹ Bello JM,¹ Romero-Sánchez C,¹ Avila M,¹ Valle-Oñate R,¹

Grupo de Espondiloartropatías Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar/Universidad de La Sabana . Universidad Nacional de Colombia. Colombia

Evaluar la exactitud diagnóstica de los criterios de ASAS para espondiloartritis (SpA) axial y periférica.

Justificación: El diagnóstico de los estados tempranos de las SpA continúa siendo un reto clínico. Para superar este problema, el grupo ASAS ha propuesto unos nuevos criterios de clasificación.

Métodos: Se evaluaron los criterios de ASAS para SpA axial/periférica en una cohorte de 228 pacientes colombianos con diagnóstico establecido. Los pacientes se incluyeron sí, en presencia de dolor lumbar tenían imágenes de las sacroiliacas; tenían < 45 años en el momento de aparición de los síntomas; y fueron vistos por primera vez después del 1 de Enero de 2000. Un solo lector (radiólogo con experiencia en SpA), ciego a la información clínica, interpretó las resonancias magnéticas y las radiografías siguiendo las recomendaciones de ASAS.

Resultados: Cumplieron los criterios de elegibilidad 74 pacientes (27.6±8.2 años en la primera visita; 25±7.6 años a la aparición de los síntomas; 1.9±1.8 años de tiempo de evolución; 58 hombres). Hallazgos clínicos relevantes: entesitis en 57, artritis en 55, sacroileitis en cualquier imagen en 50, dolor lumbar inflamatorio en 48, HLA-B27 positivo en 29, infección previa en 27, dactilitis en 14, e historia familiar en 4. Tablas con la concordancia entre expertos y los criterios de ASAS:

		Criterio expertos		Total
		Axial	No axial	
Criterios ASAS axial	Cumple	41(78.8%)	15	56
	No cumple	11(21.2%)	7	18
	Total	52(100%)	22	74

		Criterio expertos		Total
		Periférico	No periférico	
Criterios ASAS periférico	Cumple	54(96.4%)	10	64
	No cumple	2(3.6%)	8	10
	Total	56(100%)	18	74

Conclusiones: En una cohorte Colombiana con SpA temprana, los criterios de ASAS parecen discriminar bien las formas axial y periférica.

214. USO DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REACTIVA

Porrás MB., Londono J., Romero-Sánchez C., Santos P., Reyes E., Yu D., Valle-Oñate R.

Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar / Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. Division of Rheumatology, UCLA, Los Angeles, USA. Colombia

El manejo de la artritis reactiva (ReA) continúa siendo un reto. Según nuestro conocimiento menos de 20 pacientes con ReA refractaria manejados con anti-TNF han sido descritos en la literatura. No encontramos ningún caso en Latinoamérica. Presentamos la respuesta a esta alternativa en nuestro servicio. **Objetivo:** Describir la experiencia en el uso de terapia anti-TNF para el manejo de pacientes con ReA refractaria al manejo convencional. **Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de ReA y se recopiló la información de aquellos que hubieran recibido manejo con anti-TNF. Se realizó el diagnóstico de ReA en quienes se presentaran con clínica de artritis asimétrica y un proceso infeccioso no mayor a 4 semanas antes del inicio de la artritis. Se consideró manejo convencional, el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE's), fármacos antirreumáticos modificadores de la enferme-

dad, terapia física y medidas locales.

Resultados: De un total de 38 pacientes con ReA, 5 han usado terapia anti-TNF. En 4 casos se observó descenso en el valor de los marcadores inflamatorios y en los puntajes de índice funcional (BASFI) y de actividad de la enfermedad (BASDAI), en el 5°, el corto tiempo de exposición al anti-TNF no permite definir conclusiones. El Infliximab se usó como primera opción en 4 de los 5 casos, y en el otro debió usarse debido a falla terapéutica después de 30 meses de uso de Etanercept. El 2° paciente ha requerido un tercer anti-TNF después de presentar reacción anafiláctica al Infliximab y falla terapéutica con el Etanercept. Tabla 1. Uso de anti-TNF en el manejo de pacientes con Artritis Reactiva. **Conclusiones:** La terapia anti-TNF es una alternativa terapéutica en el caso de ReA refractaria al manejo convencional.

Caso	Sexo	Edad al inicio de los síntomas (años)	Infección previa	Presentación	Laboratorios	Tratamiento inicial	Tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de anti-TNF (años)	Anti-TNF	Comentarios
1	Hombre	21.70	T.G.I.*	Artritis asimétrica de predominio en miembros inferiores.	PCR: 6.24mg/dL. HLA-B27: Negativo.	AINE's. Corticoides orales. Sulfasalazina.	1.1	Infliximab 3mg/Kg.	Requirió aumento de la dosis a 5mg/Kg después de 3 años.
2	Hombre	36.00	T.R.S.⌘	Artritis simétrica de predominio en miembros inferiores. Dolor lumbar inflamatorio. Fascitis plantar.	VSG: 5mm/hora.	AINE's. Corticoides orales. Corticoides intra-articulares. Sulfasalazina. Terapia física.	0.83	Infliximab 3mg/Kg	Requirió cambio a Etanercept 25mg 2 veces por semana a los 14 meses. Requirió cambio a Adalimumab 40mg cada 15 días a los 26 meses.
3	Mujer	23.53	T.R.S.⌘	Artritis asimétrica de predominio en miembros inferiores. Entesitis.	VSG: 20mm/hora. PCR: 6.00mg/dL. HLA-B27: Negativo.	AINE's Corticoides orales. Corticoides intra-articulares. Sulfasalazina. Terapia física.	10.8	Etanercept 25mg.	Requirió cambio a Infliximab 3mg/Kg después de 30 meses.
4	Hombre	24.27	T.G.I.*	Artritis asimétrica de predominio en miembros inferiores. Dolor glúteo.	PCR: 18.55mg/dL.	AINE's. Metotrexate. Terapia física.	0.17	Infliximab 3mg/Kg	Abandonó tratamiento después de 3 dosis por excelente respuesta. Reconsulta a los 26 meses por dolor lumbar inflamatorio.
5	Mujer	40.02	T.R.S.⌘	Artritis asimétrica de predominio en miembros inferiores. Fascitis plantar.	VSG: 53mm/hora. HLA-B27: Negativo.	AINE's. Corticoides orales. Corticoides intra-articulares. Sulfasalazina.	6.25	Infliximab 3mg/Kg	No ha presentado respuesta clínica después de 4 dosis.

215. OSTEOPOROSIS IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Povoroznyuk W.

Department of clinical physiology and pathology of locomotor apparatus, Institute of Gerontology AMS Ukraine

Resumen: Aim. To study the structural-functional state of bone tissue of patients of different age with ankylosing spondylitis (AS).

Materials. 71 patients aged 19-46 years (mean age 29,3±1,1) with AS and 63 representatives of control group (CG) aged 20-48 years (mean age 31,7 ± 1,2) are examined. Duration of diseases in group patients with AS is 9,5±0,6. Besides, patients of group with AS were divided in three sub-groups on age: 20-29 years - 30 persons, 30-39 years - 18 persons, 40-49 years - 15 persons; patients of CG were divided in three in three sub-groups on age: 20-29 years - 20 persons, 30-39 years – 20 persons, 40-49 years - 20 persons.

Methods. Structural-functional state of bone was evaluated by means of an ultrasound bone densitometer (“Achilles+”, (Lunar Corp., Madison, WI)). The speed of sound (SOS, m/s), broadband

ultrasound attenuation (BUA, dB/MHz) and a calculated “Stiffness” index (SI, %), T and Z-range were measured.

Results. Basic anamnestic, anthropometric characteristics and indices of ultrasound densitometry in patients with AS and CG are presented in Table 1.

Patients with AS have revealed a reduction of SI of bone tissue by 11,1% in comparison with CG; osteoporosis – in 17,5% of all group patients with AS; sub-group 20-29 years – 15,8%; 30-39 years – 14,3% and 40-49 years – 18,2% in accordance criteria WHO .

Conclusion. Considerable structural-functional disorders of bone tissue in patients with AS require densitometral monitoring and respective means of prophylaxys and treatment for this part population.

Table 1.
Basic anamnestic, anthropometric characteristics and indices of ultrasound densitometry in patient with AS and CG.

Indices	Control group	Patients with ankylosing spondylitis	P
n	63	71	
Age (years)	31,7±8,6 (20-48)	29,3±7,9 (19-46)	>0,05
Duration of diseases (years)	–	9,5±5,0 (1-22)	
Hight (sm)	176,4±6,3 (165-194)	172,3±6,0 (161-185)	<0,05
Mass (kg)	80,3±12,7 (57-95)	78,9±10,5 (55-94)	>0,05
IMB (кг/м²)	25,8±3,6 (17,6-31,7)	24,2±3,1 (18,4-30,1)	>0,05
SOS, m/s	1572±40 (1516-1680)	1555±45 (1424-1668)	<0,05
BUA, dB/MHz	118±15 (72-137)	88±21 (24-130)	<0,05
SI (%)	99±20 (72-137)	88±21 (24-130)	<0,05
T, SD	-0,12±0,64 (-2,42-3,49)	-0,85±1,70 (5,91-3,03)	<0,05
Z, SD	0,62±1,81 (-1,97±4,14)	-0,45±1,75 (-5,87-4,05)	<0,05

Notice:

1. MB– index mass body; SOS – speed of sound; BUA broadband ultrasound attenuation; SI - “Stiffness” index.
2. Data are presented in ± SD.

216. ESPONDILOATROPATÍAS Y FACTORES DE SEVERIDAD EN PACIENTES ECUATORIANOS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN. QUITO – ECUADOR

Villacís R, Villacís V.

Médico tratante de Reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín Quito-Ecuador. Médico postgradista de reumatología Universidad Central del Ecuador. Ecuador

Las espondiloartropatías (SpA) son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias. Edad de inicio, sexo masculino, velocidad de sedimentación (VSG) >30mm/h, dactilitis, HLA B27 positivo, entre otras, se relacionan con enfermedad más severa.

Objetivos

–Determinar la relación entre sexo, VSG y HLA B27 con cambios radiográficos.

–Determinar que subtipo de SpA tiene mayor relación con los factores de severidad estudiados.

Metodología

–Estudio descriptivo transversal.

–Participaron 52 pacientes, 38 hombres y 14 mujeres, con una media de edad de 42 años; con diferentes subtipos de SpA (según ESSG) de la consulta externa de reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín.

–Los factores de severidad analizadas fueron: sexo, VSG y HLA B27 que se correlacionaron con cambios radiográficos: Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y codifi-

cados en una base de datos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi-info 3.5.1.

Resultados

–Los pacientes que presentaron cambios radiográficos fueron 31, 24 (77%) eran hombres, 14 (45%) presentaron VSG >30mm/h y 13 (42%) fueron HLA B27 positivo.

–La espondilitis anquilosante fue la patología más frecuente 26 casos (50%).

–Los pacientes con espondilitis anquilosante 89% eran hombres de los cuales 14 (54%) tenían VSG >30mm/h y HLA B27 positivo; 22 pacientes (85%) presentaron cambios radiográficos.

–Es importante anotar que 21 pacientes no se realizaron HLA B27.

–Se trato de analizar otros factores de severidad pero no fueron estadísticamente significativas en este grupo de pacientes.

Conclusiones

–De los factores de severidad el que más se relaciona con daño articular fue el sexo masculino.

–Los pacientes con espondilitis anquilosante fueron los que presentaron mayor daño articular y de éstos más del 50% se relacionaron con factores de severidad, predominando el sexo masculino.

–Una de las limitantes de este estudio fue que no todos los pacientes se realizaron el HLA B27.

Tabla.
Espondiloartropatías y factores de severidad

	Aps N = 16	Are N= 8	U-SpA N= 2	EA N= 26	TOTAL N= 52
SEXO	F: 6 M: 10	F: 3 M: 5	F: 2 M: 0	F: 3 M: 23	
VSG >30mm/h	6	3	1	14	24
HLA B27 POSITIVO	1	2	0	14	17
HLA B27 NEGATIVO	5	2	1	6	14
NO HLAB27*	10	4	1	6	21
CAMBIO RX	7	1	1	22	31

NO HLA B27*: pacientes que no se realizaron HLA B27. **EA:** espondilitis anquilosante. **Aps:** artritis psoriásica. **Are:** artritis reactiva. **U-SpA:** espondiloartropatía indiferenciada.

217. DESCOMPENSAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA POR INFLIXIMAB EM PACIENTE PREVIAMENTE ASSINTOMÁTICO

Castro GRW, Neves FS, Zimmermann AF, Fialho SCMS, Pereira IA.

Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, Brasil. Hospital Governador Celso Ramos - Florianópolis, Brasil

Descompensação de insuficiência cardíaca pelo uso de infliximab tem sido relatada na literatura, mas, a despeito do papel do fator de necrose tumoral alfa na insuficiência cardíaca congestiva (ICC), não está clara a existência de relação causal entre o infliximab e a piora da função cardíaca. Alguns autores consideram que o principal causador da descompensação cardíaca é a sobrecarga hídrica no momento da infusão da droga. Os protocolos atuais não consideram necessário realizar ecocardiografia antes da administração de infliximab e essa droga é contraindicada apenas para pacientes que apresentem insuficiência cardíaca de classe III ou IV (NYHA).

Relato de caso Paciente de sexo masculino, de 51 anos, portador de espondilite anquilosante de longa data. Quatro anos antes, esse paciente já havia recebido duas doses de infliximab que resultaram em melhora importante, mas transitória e que não causaram efeitos adversos. A área cardíaca era normal ao RX, o paciente não apresentava sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. A primeira infusão de infliximab transcorreu sem intercorrências, a segunda, em duas semanas, desencadeou reação infusional. Seis dias após

a segunda infusão, o paciente foi internado com quadro de edema agudo de pulmão. Radiografias revelaram aumento de área cardíaca; ecocardiografia mostrou hipocontratibilidade difusa e fração de ejeção de 27%. Tratamento para insuficiência cardíaca congestiva resultou em melhora importante do quadro. Nova ecocardiografia, realizada quando o paciente estava assintomático, 1 mês após a primeira, demonstrou persistência do quadro cardíaco.

Discussão Os autores relatam a exacerbação de insuficiência cardíaca previamente compensada após o uso de infliximab. O período transcorrido entre a administração da droga e o efeito adverso exclui a possibilidade de descompensação por sobrecarga hídrica. Apesar da exacerbação insuficiência cardíaca ser uma complicação rara do uso de infliximab, sua administração deve ser evitada a pacientes com baixas frações de ejeção, ainda que assintomáticos. A simples observação das contraindicações àqueles com sintomas de ICC grave/moderada pode não ser suficiente para evitar a ocorrência de efeitos colaterais potencialmente fatais em um grupo de pacientes.

218. GRANULOMATOSIS DE WEGENER GRAVE: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE 31 PACIENTES

Allievi A, Muñoz S, Kastianovski A, Basta MC, Orden A.

Autoinmunidad. Hospital Juan A Fernández. Servicio de Reumatología. Hospital Aeronáutico Central. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Describir los hallazgos clínicos, los tratamientos, las complicaciones y el pronóstico de los pacientes con Enfermedad de Wegener grave (EW). **Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las HC de los pacientes (P) con diagnóstico de EW entre los años 1987 y 2009

en dos hospitales terciarios de la CABA. Todos los P incluidos en el análisis cumplían con los criterios de clasificación del ACR (1990). **Resultados:** 31 P fueron analizados para este estudio. Media de edad al diagnóstico 47.2 años. 54.8% masculinos y 45.2% femeni-

nos. Media de seguimiento 53.4 meses (4.4 años). Treinta (96.7%) tuvieron una forma clínica sistémica. Clínica al diagnóstico: Sintomatología general (SG): 13 P (41.9%). ORL: 8 P (25.8%). Ocular: 6 P (19.3%). Pulmón: 20 P (64.5%). Riñón: 21 P (67.7%). Síndrome pulmo-renal: 11 P (35.5%). Evolución de la enfermedad: SG: 27 P (87%). ORL: 17 P (54%). Ocular: 7 P (22.5%). Pulmón: 25 P (80.6%). Riñón: 27 P (87%). Veintinueve (93.5%) pacientes ANCA positivos, 27 (87.1%) presentaron ANCA C, 2 (6.41%) ANCA P. Correlación positividad ANCA y recaída fue del 50%. Tratamiento de Inducción (TI): Esteroides: 31 P (100%). CF: 26 P (83.8%). MTX: 1 P (3.2%). Gammaglobulina: 3 P (9.6%). Infliximab 2 P (6.4%), Rituximab: 1 P (3.2%). Plasmaferesis: 1 P (3.2%). Diálisis: 5 P (16.1%). Respuesta al TI: Remisiones totales: 26 P (83.8%), completas: 19 P (61.3%) y parciales: 7 P (22.5%). No respuestas: 5

P (16.1%). 12 P (38.7%) presentaron una o más recaídas. Sobrevida Renal (SR): de 27 P con compromiso renal, 5 murieron, 4 evolucionaron a IRC no en diálisis, 4 en diálisis crónica (Total 8 P: 29.6%) y 19 (70.4%) pacientes recuperaron o mantuvieron la funcionalidad renal. Hemorragias Alveolares: 16 P, 5 muertes (31.25%) y 11 P vivos (68.75%). Murieron 11 P (35.5%), 5 (16.12%) debidas a la enfermedad, 3 por complicaciones del tratamiento, 2 por causas cardiovasculares. Una muerte de causa desconocida. Conclusiones: Las formas clínicas graves tienen bajo compromiso de ORL al inicio y alta participación renal y pulmonar. De once pulmo-renales al inicio solo 1 presentó compromiso ORL. La mortalidad estuvo estrechamente relacionada a la afección pulmonar y renal. La SR fue del 70.4% y la mortalidad de los pacientes con hemorragia alveolar del 31.2%.

219. VENA CAVA THROMBOSIS CAUSED BY VENOUS INFLAMMATION IN BEHCET'S DISEASE

Aponte CJ, Arshad S.
Fairview Hospital, Cleveland, Ohio, USA

Vasculitis of Behcet's disease (BD) is more intense in veins than in arteries. An uncommon manifestation is Vena Cava Thrombosis (VCT). We describe two patients with VCT and BD.

Case 1: A 15-year-old male presented with meningoencephalitis, peritonitis and oral ulcers. He was diagnosed with BD and improved with intravenous steroids. Hydroxychloroquine (Hychl) and colchicine were added. He developed arthritis, skin lesions with painful scrotal ulcerations and neuropsychiatric symptoms. Three years later, he had Superior Vena Cava (SVC) Syndrome. Computed Tomography (CT) showed Superior and Inferior VCT, mediastinal lymph node (LN) enlargement. He was anticoagulated and developed a hemothorax. At thoracotomy, there was no evidence of enlarged LNs. Workup for malignancy was negative. He continued to have symptoms despite warfarin, azathioprine, prednisone, Hychl and colchicine. Three years later, he was lost to follow-up.

Case 2: A 52-year-old male presented with swelling and pain of the left lower extremity. He also complained of low back pain, fever and chills. He previously had erythema nodosum, scrotal, gluteal and oral ulcers. A tender mass was felt in the left groin, suggesting

enlarged LNs. Ultrasound showed a clot in the left Femoral and Iliac veins. Non-Contrast CT showed a clot from the left femoral vein to the Inferior Vena Cava (IVC). The IVC wall was blending into a large mass, giving the appearance of enlarged LNs. BD was diagnosed and prednisone was added to heparin. Contrast CT showed VCT, venous collaterals and no LN enlargement. There were changes suggestive of inflammation in the IVC. Positron Emission Tomography showed mildly increased metabolic activity and no LN enlargement. He had a dramatic response to prednisone, Hychl and colchicine. CT four months later showed partial resolution of the clots, and no LN enlargement. Prednisone was tapered. He is asymptomatic on warfarin, colchicine and Hychl.

In both cases, leucocytosis and C-reactive protein levels correlated with the degree of inflammation and improved with therapy. Workup for hypercoagulable states was negative.

Thrombotic events are common in BD. Large vein clots are less common. We emphasize the importance of considering BD in the differential diagnosis of VCT.

220. ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER

Curti A, Berón AM, Laborde H, Fernández D, Dubinsky D, Nasswetter G.
Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Argentina

La estenosis subglótica (ES) es una manifestación frecuente del compromiso de vía aérea en Granulomatosis de Wegener (GW). Puede presentarse en el contexto de enfermedad sistémica o como única manifestación representando un desafío diagnóstico.

OBJETIVOS: 1-Describir manifestaciones clínico/serológicas y tratamiento en pacientes con estenosis subglótica por GW.

2-Relacionar con los criterios de clasificación (ACR 1990) las manifestaciones de este grupo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional.

Se revisaron 34 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de GW asistidos en nuestro hospital (Marzo 2006-Marzo 2009).

Se analizaron criterios de clasificación (ACR 1990), manifestaciones clínicas/serológicas y tratamiento. Los datos fueron volcados a una base de datos (Microsoft Excel 2007) y analizados empleando el paquete estadístico (VCstat 2.0).

RESULTADOS: Se incluyeron 17/34 (50%) pacientes con ES (diagnosticados por laringoscopia), 14/17 (82,4%) mujeres, edad promedio 40 años (20-57), tiempo de evolución de la enfermedad 6 años (1-16); 11/17 (64,7%) GW limitada.

Un paciente (5,9%) falleció por sepsis.

Síntomas de inicio: 8/17 (47,1%) presentaron síntomas asociados a ES (disnea, estridor laríngeo y/o tos).

ANCAc (+): 8/17 (47,1%).

Criterios ACR: 1/17 (5,9%) 4 criterios, 5/17 (29,4%) 3 criterios, 5/17 (29,4%) 2 criterios y 6/17 (35,3%) 1 criterio.

Tratamiento: 17 (100%) recibieron corticoterapia y ciclofosfamida EV, 13/17 (76%) dilatación subglótica, 4/17 (23,5%) traqueostomía, 1/17 (5,9%) plasmaféresis, 1/7 (5,9%) mitomicina y corticoides de depósito intralesional, 2/17 (11,7%) Rituximab.

CONCLUSIONES: Nuestra serie presenta alta prevalencia de pacientes con estenosis subglótica. Este hallazgo orienta al diagnóstico de GW a través de la realización sistemática de laringoscopia incluso en pacientes asintomáticos o que no cumplen criterios de clasificación. La respuesta incompleta al tratamiento inmunosupresor de la ES obligó a realizar dilataciones o traqueostomía en casi un 80% de los pacientes.

221. GLOMERULONEFRITIS PAUCIIMMUNE EN ESCLERODERMIA SISTÉMICA

Mauri M, Chávez Otoy V, Curti A, Beron AM, Dubinsky D, Nasswetter G.
División de Reumatología Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Argentina

La manifestación renal en esclerodermia es habitualmente secundaria a daño vascular hipertensivo generando isquemia glomerular (5-10%). En aisladas ocasiones se presenta compromiso glomerular inflamatorio. Cuando es pauci-immune presenta ANCA(+) y se caracteriza por escasos o nulos depósitos glomerulares de inmunoglobulinas.

Objetivo: Describir dos casos de glomerulonefritis pauciimmune en pacientes con esclerodermia.

Caso Clínico 1: Paciente de 61 años, femenino, esclerodermia limitada con compromiso intersticial pulmonar de 4 años de evolución. Se interna en 2009 por síndrome nefrótico con insuficiencia renal. FAN (+) 1/640 patrón moteado, Scl 70 (+), ANCA p (+) 1/160, MPO (+), Ro/SSB (+), FR (+). Centrómero, DNAn, Sm, La/SSA, crioglobulinas, cardiolipinas IgM/IgG e inhibidor lúpico negativos. Ecografía abdominal: disminución del tamaño renal con aumento de la ecogenicidad. Biopsia renal glomerulonefritis extracapilar pauciimmune. Tratamiento: hemodiálisis, 3 pulsos de metilprednisolona 1g/día, seguidos de meprednisona 60 mg/día y ciclofosfamida 750mg/EV/mensual con respuesta favorable.

Caso Clínico 2: Paciente de 46 años, femenino, esclerodermia limitada de 20 años y compromiso intersticial pulmonar reciente. Se interna en 2008 por síndrome nefrótico. FAN 1/320 homogéneo y moteado, Scl 70 (+), ANCA atípico 1/160. DNAn, MPO, PR3, SS-A/Ro, SS-B/La, crioglobulinas, cardiolipinas IgM/IgG e inhibidor lúpico negativos. Ecografía renal: normal. Biopsia renal: glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria pauciimmune, nefritis tubulointersticial focal. Tratamiento: 3 pulsos de metilprednisolona 1g/día, 6 pulsos de ciclofosfamida 1g/mes, mantenimiento con micofenolato mofetil 750 mg/día con respuesta favorable.

En ambos casos se descartan otras causas de glomerulonefritis.

Discusión: Tanto el compromiso glomerular isquémico como el inflamatorio pueden presentar manifestaciones clínicas similares, aunque difieren en la conducta terapéutica.

A diferencia de lo que sucede en la crisis renal esclerodérmica, ambos pacientes presentaron compromiso glomerular inflamatorio que requirió tratamiento inmunosupresor.

Destacamos la importancia de la biopsia de riñón en pacientes con compromiso renal y falta de respuesta terapéutica a los IECA.

222. GRANULOMATOSIS DE WEGENER SEVERA, MANEJO Y RESPUESTA CON EL USO DE ANTI-CD20

Felipe-Díaz OJ, Velásquez CJ, Vargas FI, Zapata AL.
Clínica Universitaria Bolivariana - Escuela de Ciencias de la Salud Universidad Pontificia Bolivariana

Wegener's granulomatosis (WG) is a systemic necrotizing vasculitis affecting small and medium-sized blood vessels and, frequently, necrotizing glomerulonephritis. The standard treatment is with systemic steroids, cyclophosphamide (CY) and methotrexate (MTX). Rituximab (RTX) is a chimeric monoclonal anti-CD20 antibody which has been proved to be effective in rheumatoid arthritis, but in WG we found only series of patients, and the results have been variable.

Patients: We describe two patients with severe and refractory disease to standard treatment that had an excellent response to RTX.

CASE 1: Woman, 44 years old, diagnosis in 2005, with previous lobectomy, hearing loss, HBP and new lesions in lung with involvement of the eye although was in treatment with prednisone (PDN) (25 mg), oral CY and MTX (20 mg), high ESD and CRP. CASE 2: Women, 69 years old, diagnosis in 1998, with history of use of CY, MTX (30 mg), PDN (30 mg) and even Sirolimus (ordered by Nephrology), with poor response. In the history she has compromised of the upper respiratory system (previous tracheostomy), ambulatory O2, and developed new images in the lung and

had previous renal and cardiac involvement, high CRP and ESD, poor quality of life.

Summary: In these 2 patients, with poor control with the use of high doses of PDN and MTX, history of failure to CY and evidence of active disease we had taken the decision of RTX 500 mg each week for 4 wks. The patients had a very good response, with absence of systemic symptoms, normalization of CRP and ESD, disappearance or control in the enlargement of the lung lesions, the second patient could remove ambulatory O2 and improve the quality of life. The first patient with the normal CRP and ESD, asymptomatic and with adequate control we authorize the Otolaryngologist to performance reconstructive nose surgery, with adequate evolution, without complications.

Discussion: We present 2 cases of successful response to RTX in GW, with normalization of CRP, ESD and radiologic lesions, but even better with total absence of systemic symptoms and improvement in the quality of life. We didn't find these kind of report in Latin America and believe that is necessary create trials with the intention of establish the utility at least in severe forms.

223. HYPOCOMPLEMENTEMIC URTICARIAL VASCULITIS SYNDROME AND SCLEROUVEITIS: CASE REPORT

Stephanie Voorduin(1), Wendolyn Rodríguez(1), Martin Becerril(2), Antonio Isita(2), Luis J. Jara(2).

1Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz. 2Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. Mexico City, Mexico.

Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome (HUVS) is a rare disease characterized by urticarial skin lesions and hypocomplementemia. Ophthalmologic complications are uncommon. We describe a new case of HUVS, presented with sclerouveitis. México

CASE REPORT: In September 2009, a 40 year old female presented with ocular pain, blurred vision and eye redness in both eyes 4 week prior to her visit. She had a history of 6 months with recurrent urticarial rashes. The patient also had marked swelling of lips and face. The ophthalmologic examination showed scleritis and uveitis. She had not clinical manifestations of systemic lupus erythematosus, malignancies, or another autoimmune disease. Laboratory tests showed: hemoglobin level, 13.1 g/dL; white blood cell count, 5,600, platelets 230,000, urea, 46 mg/dL, creatinine, 0.82 mg/dL; urinary analysis showed protein > 1 gr; red blood cells +++ and a few granulo-casts. Antinuclear antibodies were detected (speckled, 1:160), cANCA 1:160 and pANCA 1:40. Complement levels were: C3 41.1 mg/dL (normal range, NR: 52.8 – 170.9), C4 3.28 mg/dL (NR: 12.1

– 39.5), CH50 < 10 U/ml (NR: 31 – 66), C1q, 2.0 mg/dL, (NR: 7 – 48), and C1q esterase inhibitor, 37 mg/dL (NR: 21-39), allergy tests: non reactive. Skin biopsy revealed leukocytoclastic vasculitis. The diagnostic criteria of HUVS were fulfilled by our patient: urticaria of > 6 months' duration with hypocomplementemia; and leukocytoclastic vasculitis, uveitis, glomerulonephritis, and low levels of C1q. The patient was treated with prednisone, hydroxychloroquine, and azathioprine with improvement of HUVS manifestations.

CONCLUSION. Although HUVS is relatively rare, the medical specialists that might encounter it-ophthalmologists, rheumatologists, nephrologists, allergologists, dermatologists, etc, -should include HUVS in their differential diagnoses whenever appropriate.

224. GLOMERULONEFRITIS PAUCIIMUNE ANCA NEGATIVO. CASO CLÍNICO

Fariña M, Fernández A, Maciel G, Taroco R, Leizagoyen F, Larre Borges A, Consani S.

Clínica Médica "11", Hospital Maciel, UDELAR, Montevideo, Uruguay

Las glomerulonefritis rápidamente progresivas (GNRP) son un grupo de entidades que se caracterizan por deterioro rápido de la función renal, sedimento activo e histología común. Pueden formar parte de enfermedades como granulomatosis de Wegener y síndrome de Churg-Strauss.

CASO CLINICO: paciente de 65 años, diabética desde hace 1 año, hipertensa bien controlada. Consulta por orina hipercoloreada y espumosa de 2 semanas de evolución y adelgazamiento de 6 kilos en 1 mes. Examen: se destaca desnutrición proteico calórica y anemia clínica. Paraclínica: insuficiencia renal (IR) severa (cifras previas normales), anemia normocítica normocromática, sedimento urinario con hematíes, leucocitos y cilindros granulosos, proteinuria de rango nefrítico e hipoalbuminemia. Ecografía renal: riñones normales. **DISCUSIÓN:** Por presentar una IR severa de rápida instalación con sedimento urinario activo, en una paciente diabética de inicio reciente, con hipertensión controlada y riñones de tamaño normal se planteó GNRP. ANCA y anticuerpos antimembrana basal glomerular negati-

vos. Punción biopsia renal: glomerulonefritis pauciimune (GNPI). En suma: GNPI ANCA negativo. Se trata con metilprednisolona y ciclofosfamida sin éxito. Ingresó a plan de hemodiálisis crónica. Es una entidad poco frecuente y grave que habitualmente debuta a edades más tempranas y que suele tener un mal pronóstico funcional, evidente en nuestra paciente que no recuperó función renal pese al tratamiento agresivo con inmunosupresores. Se puede acompañar de otros síntomas como artralgias, dolores musculares y adelgazamiento que pueden preceder al evento renal. Puede ser expresión clínica de vasculitis de pequeño vaso (VPV) (granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg Strauss, poliangeítis microscópica).

CONCLUSIONES: la GNPI es una enfermedad grave que puede verse asociada a patologías de la esfera reumatológica como VPV, por lo cual, en estas enfermedades, debemos estar atentos a la instalación de síntomas y signos que hagan sospechar la evolución hacia un deterioro funcional renal progresivo y cuando este es el debut plantear la posibilidad de estas entidades clínicas.

225. PSEUDOVASCULITE SIMULANDO DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE CASO

Costa LP, Carvalho JF, Lianza A, Pereira MAA, Pereira RMR.

Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Pseudovasculite descreve uma variedade de condições (como infecção, tromboembolismo, drogas e doenças malignas) com características clínicas, radiológicas e laboratoriais semelhantes a vasculites sistêmicas. Nós relatamos um caso de feocromocitoma em uma criança do sexo feminino cuja hipótese inicial era Doença de Kawasaki (DK).

Relato do caso: Uma menina de 8 anos previamente saudável apresentou-se na sala de emergência com a visão turva, cefaléia e convulsões tônico-clônicas generalizadas. Dois meses antes, ela apresentara eritema difuso e febre. Sua fundoscopia mostrou hemorragias. Realizada ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo, que mostrou alterações compatíveis com vasculite de sistema

nervoso central. Iniciado pulso de metilprednisolona com término das convulsões. Ecocardiograma mostrou aneurismas de artérias coronárias, sendo feito diagnóstico de DK. Ela recebeu imunoglobulina intravenosa e foi encaminhada ao nosso departamento. Seu exame físico revelou livedo reticular, papiledema e hipertensão arterial sistêmica (230x140mmHg). Avaliação laboratorial mostrou VHS alta (108mm/h), proteína C-reativa elevada (129mcg/L), hipoalbuminemia (2.6g/dL), e hipergamaglobulinemia (2.1g/dL). Ela não teve resposta à terapêutica anti-hipertensiva e persistência de marcadores inflamatórios elevados. Devido a este quadro clínico, foi realizada uma tomografia computadorizada tóraco-abdominal que demonstrou um tumor em adrenal esquerda. Norepinefrina urinária (300mcg/24h) e metanefrina urinária (76,67mg/24h) estavam

elevadas e foi confirmado o diagnóstico de feocromocitoma. Sua adrenal esquerda foi retirada, e ela evoluiu com desaparecimento do livedo reticular e normalização da pressão arterial e das anormalidades laboratoriais. Após 6 meses, a nova RNM de encéfalo estava normal, e estudos periódicos com ecocardiografia revelaram melhora progressiva das anormalidades coronarianas, com completa normalização após 8 meses.

Conclusão: Feocromocitoma é uma entidade clínica rara em crianças e pode apresentar-se com uma variedade de sintomas e deve ser sempre pensado como diagnóstico diferencial nos casos suspeitos de vasculite sistêmica em que hipertensão arterial é um achado dominante.

226. TESTICULAR INVOLVEMENT IN RHEUMATOID VASCULITIS – A CASE REPORT

Buosi ALP, Oliveira ACD, Rosa DP, Machado NP, Natour J, de Souza AWS.
Rheumatology Division – Universidade Federal de São Paulo, Unifesp/ EPM, São Paulo-SP, Brazil

Testicular vasculitis may be observed in systemic vasculitis such as Henoch-Schönlein purpura, polyarteritis nodosa, Churg-Strauss syndrome and Wegener's granulomatosis. There are also few case reports in idiopathic juvenile arthritis. Nonetheless, this extra-articular complication was described in only one case report in rheumatoid arthritis (RA) to date in literature. Male gender, HLA genes as the DRB1*04 allele, rheumatoid factor and environmental agents like smoking are predictors for extra-articular manifestations of RA. The objective is to describe a patient with RA who developed testicular vasculitis as a manifestation of rheumatoid vasculitis.

Case report a 53 year-old man was admitted to the university hospital with an acute bacterial meningitis, leg ulcers and peripheral neuropathy with a left drop foot. He had a diagnosis of RA for 8 years with a positive rheumatoid factor (640UI/mL) and negative anti-profillagrin antibodies. He was a poor compliance patient and had been taking 20mg daily prednisone during the previous 4 years with no associated DMARD therapy. At the time of the admission, he was experiencing a severe articular flare with polyarthrits invol-

ving small and large joints. A skin biopsy showed medium-vessel vasculitis and a nerve conduction study showed motor and sensitive axonal polyneuropathy. He was treated with antibiotics and received methylprednisolone 500mg intravenous pulse daily for 3 days followed by oral cyclophosphamide 2mg/kg/day, what resulted in an overall improvement of meningitis, joint complaints and peripheral neuropathy. Fifteen days after hospital discharge, he was admitted to the hospital once again due to the recurrence of meningitis and was treated with a new course of antibiotics. Three days after admission, he developed pain and enlargement of his left testicle with signs of gangrene soon after. Orchiectomy was then indicated and pathological exam displayed transmural lymphocytic vasculitis in justa-funicular arterial branches, intimitis with myointimal proliferation and semi-occlusion of the vascular lumen. The patient died two days after surgical procedure due to aspirative pneumonia.

Conclusion this case report illustrates a rare and severe manifestation of rheumatoid vasculitis.

227. ANTIPLATELET THERAPY FOR THE PREVENTION OF ARTERIAL ISCHEMIC EVENTS IN TAKAYASU ARTERITIS

Machado NP, Pereira VM, Arraes AED, Reis Neto ET, Mariz HA, Sato EI, de Souza AWS.
Rheumatology Division – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM) São Paulo-SP, Brazil

Takayasu arteritis (TA) is large vessel vasculitis affecting the aorta and its main branches. Systemic manifestations, pain over the affected arteries and symptoms and signs of regional ischemia from stenotic or occluded arteries are the main manifestations of TA. Vessel wall inflammation, atherosclerosis and hypercoagulability may be responsible for acute ischemic events in TA. To date no study has evaluated the effect of antiplatelet therapy in the prevention of ischemic events in TA.

Methods: Forty-eight patients who met ACR Classification Criteria for TA under follow-up at Vasculitis Unit of Unifesp were evaluated for clinical manifestations, extension of vascular lesions, risk factors for cardiovascular disease, therapy and arterial ischemic events in a retrospective observational study.

Results: The mean age at study was 38.0 years [95% confidence interval (CI) 34.3–41.7] and the mean age at TA diagnosis was 29.1 years (95% CI 26.0–32.2). Women comprised for 89.6% and 60.4% of patients were Caucasian. TA patients were under follow-up in the Vasculitis Unit of Unifesp-EPM for a mean of 76.5 months (95% CI: 58.5–94.5). Risk factors for cardiovascular disease were found in 44 (91.7%) TA patients and hypertension (77.1%), high low-density lipoprotein (LDL) (45.8%) and obesity (16.7%) were the most common. Antiplatelet therapy was used by 62.5% of patients whereas anticoagulants were used by 12.5%. Acute ischemic events occurred in 29.2% of patients. Ischemic stroke and transient ischemic attack were found in 4 (8.3%) and in 3 (6.3%) TA patients, respectively. Acute myocardial infarction occurred in 6 (12.5%)

and unstable angina in 2 (4.2%) cases. TA patients with ischemic events used significantly less antiplatelet agents (14.3%) than those without ischemic events (82.4%), $P < 0.0001$. No difference concerning ischemic events was observed in patients on anticoagulant therapy ($P = 0.339$). The three deaths of TA patients were observed only

in those who had presented ischemic events ($P = 0.021$). Antiplatelet agents had a protective effect against ischemic events (hazard ratio = 0.053, 95% CI: 0.06-0.438; $P = 0.006$).

Conclusion Antiplatelet therapy is associated with a lower frequency of acute ischemic events in patients with TA.

228. BEHÇET'S DISEASE: CLINICAL FEATURES AND THERAPY IN A BRAZILIAN CENTER

Oliveira ACD, Buosi ALP, Arraes AED, Andrigueti FV, de Souza AWS.
Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Brasil:

Behçet's disease is a systemic vasculitis that afflicts small and large vessels and involves both arteries and veins. It is characterized by recurrent oral aphthous and genital ulcers, uveitis, skin lesions, vascular and/or neurological involvement. It is more prevalent in those of Mediterranean and Eastern origin, mainly along the Silk Road. The prevalence of clinical patterns differs among gender and populations. In Brazil, Behçet's disease is a rare disease and there is few data about clinical manifestations and therapy.

Methods sixty patients who met the International Study Group Criteria for Behçet's disease and who were under follow-up at Vasculitis Unit of Unifesp-EPM were evaluated for clinical manifestations and therapy in a retrospective observational study.

Results mean age at study was 40.0 years (± 10.7) and the mean disease duration was 8.6 years (± 6.4). They were 33 women and 27 men with a female:male ratio of 1.2:1.0. The frequency of each disease manifestation was oral ulcers (100%), genital ulcers (93.3%), for ocular manifestations (63.3%), arthritis (46.7%), cutaneous lesions (71.7%), positive pathergy test (22.7%), throm-

bosis (13.3%) and gastrointestinal involvement (3.3%). Arthritis was more prevalent among women (63.6% vs. 25.9%, $P = 0.004$). Although not significant, males presented a higher frequency of ocular involvement. Other manifestations had similar rates between genders. The frequency of each drug was colchicine (78.3%), colchicine and penicilline (21.7%), thalidomide (26.7%), dapsone (8.3%) and pentoxifylline (8.3%) indicated for mild disease manifestations, mainly mucocutaneous. Immunosuppressive drugs were prescribed for 70% of patients, including azathioprine (35.0%), cyclophosphamide (28.3%), cyclosporine (21.7%), methotrexate (18.3%) and chlorambucil (6.7%). They were indicated for severe manifestations such as ocular and neurological disease. The anti-TNF alpha agent used was infliximab (5.0%) only in male patients who were refractory for conventional therapy.

Conclusion this is the first study evaluating disease manifestations and therapy in Brazilian patients with Behçet's disease. Except for arthritis found more frequently in women, our results are similar to those found in medical literature.

229. TAKAYASU ARTERITIS: A COHORT STUDY EVALUATING DISEASE FEATURES AND TREATMENT RESPONSE

Freitas DS, Camargo CZ, Mariz HA, Arraes AE, de Souza AWS.
Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP-EPM, São Paulo-SP, Brazil

Takayasu arteritis (TA) is a chronic, inflammatory disease of unknown etiology that primarily affects large vessels. Clinical features and the pattern of arterial involvement seem to be variable. Serial imaging studies such as arteriography or magnetic resonance angiography are important for monitoring disease progression. Corticosteroids and immunosuppressive agents are the treatment of choice for arterial inflammation and may reverse early vascular lesions, but some cases may require surgical treatment. **Methods:** A retrospective longitudinal cohort study was done with 52 TA patients who were on regular follow-up at the Vasculitis Unit of Unifesp between 2003 and 2009. Demographic data, clinical manifestations, distribution of vascular lesions and therapy were evaluated. **Results:** TA patients were followed for a median 54.5 months. Angiographic type V was observed in 42.0% of TA patients at diagnosis and during follow-up the majority of them evolved into type V (61.5%). A relapse-remitting course was observed in 41 patients (78.8%) whereas 9 (17.3%) had a monophasic course and only 2 (3.8%) patients

were considered chronic-active. Disease remission of any duration was achieved in 50 patients (96.2%). In our cohort, the most affected arteries were the left subclavian (60.0%) and left common carotid (58.0%). Stenosis was the main lesion found. Tuberculosis Skin Test (PPD) had been performed in 30.8% of the patients and we found level more or equal to 5mm in 27.0% of them. Eight-two percent of patients in our study used methotrexate, followed by cyclophosphamide (26.9%), azathioprine (25.0%), anti-TNF (5.8%) and leflunomide (5.8%). Although, forty patients (76.9%) used prednisone and methotrexate as initial treatment, 75% of them developed new vascular lesions and 25% changed their arteriographic type. Eighteen TA patients (34.6%) needed to change immunosuppressive therapy due to failure or toxicity, among them 83.3% presented new lesions and 33.3% changed arteriographic type along disease follow-up. Surgical treatment was performed in 33.0% of patients and restenosis was observed in 13.5% roughly 16 months after surgery.

Conclusion: Besides methotrexate is largely used in TA, the majority of patients still develop new arterial lesions along time.

230. EVENTOS ADVERSOS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES REUMÁTICOS DE LA REGIÓN SUR ORIENTAL DE VENEZUELA. SEGUIMIENTO DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Acosta C, Macías E, Maldonado I, Rondon J, Granados I, Bellorin O, Azocar M, Lara N, Sanabria L, Hernandez P, Mundarain L. Unidad de Reumatología Hospital Universitario Ruiz y Paez. Centro Fragachan Puerto Ordaz. Hospital Manuel Nuñez Tovar Maturin. Hospital Luis Ortega Porlamar. Clínica Chilemex Puerto Ordaz. Venezuela

Las terapias biológicas han demostrado su eficacia en monoterapia y principalmente en combinación con FARMES en pacientes con enfermedades reumáticas. **OBJETIVO:** Determinar los eventos adversos de la terapia biológica en pacientes reumáticos de la región del sur y oriente del país, durante el periodo 2006-2009. **PACIENTES Y METODOS:** médicos reumatólogos (14/29) pertenecientes a diversos centros de atención enviaron los datos solicitados. Fueron incluidos en la base de datos 582 pacientes reumáticos. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, procedencia, diagnóstico, tratamiento, motivo de inicio del biológico, biológico utilizado, eventos adversos y cambio a otro biológico. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 11.5. **RESULTADOS:** De los 582 pacientes que reciben terapia biológica, procedencia: Anzoátegui 63(10,8%), Bolívar 328(56,5%) Monagas 89(15,3%), Nueva Esparta 72(12,4%); Sucre 29(29%); beneficiarios del IVSS o seguro privado 317(54,5%). Femeninos 437(75,1%) y 147(24,9%) masculino, la edad promedio 46,8 años (4-78 años). Los diagnósticos: Artritis Reumatoide 398 (68,4%); EAP 71 (12,2%); Psoriasis

76(13,1%); LES 6 (1,0%); AIJ 29 (5,0%) Y 2(0,3%) ESP. Tipo de terapia biológica, 163 (28,0%) pacientes recibieron Infliximab, 162 (27,8%) Etanercept, 238 (40,9%), Adalimumab y 19 (3,3%) Rituximab. Motivo de inicio de la terapia biológica: fracaso de FARME 235 (40,4%) 15 (2,6%) intolerancia al FARME, 327 (56,2%) severidad de la enfermedad y 5 (0,9%) otras. En 97 (16,7%) pacientes se presentaron eventos adversos: infecciones 31(5,3%) incluyendo 5 pacientes con TBC, en segundo lugar la urticaria 22(3,8%) reacciones en el sitio de la aplicación 10 (1,7%), disnea/broncoespasmo 9 (1,5%), dolor lumbar 6 (1,0%), lesiones psoriasiformes 6 (1,0%). A 66 (11,3%) pacientes se les suspendió el biológico por la gravedad del evento adverso y a 37(8,8%) pacientes se les hizo cambio a otro biológico: Rituximab 18 (3,1%); Adalimumab 16 (2,7%); Etanercept 12 (2,1%).

CONCLUSION: Los registros de pacientes que reciben terapias biológicas son útiles ya que nos permiten mantener una vigilancia fármaco-epidemiológica de los pacientes incluidos en estas modalidades terapéuticas en nuestro medio.

231. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS TIENEN LOS PACIENTES CON CRIOGLOBULINAS?

Alonso F, Jadue N, Roessler P, Abumohor P. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Inmunología, Hospital San Juan de Dios; Inmunología, Hospital Clínico Universidad de Chile; Inmunología/Reumatología, Clínica Las Condes. Chile

Las crioglobulinas son inmunoglobulinas que precipitan reversiblemente con temperaturas bajo 37°C y se asocian a patologías inmunes, infecciosas y neoplásicas.

Objetivos: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con crioglobulinas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. Revisión de registro sobre crioglobulinas entre 1989-2008 (n=1649) y fichas clínicas disponibles de los pacientes. Se obtuvo información sobre criocrito, edad y sexo para los exámenes positivos y procedencia, patología asociada al diagnóstico, sintomatología y laboratorio básico e inmunológico para los pacientes intrahospitalarios.

Resultados: 1552 pacientes fueron analizados, un 8,12% tenían crioglobulinas positivas. 81% tenían valores de criocrito iguales o menores a 1%. La edad fue de 49,8±18,1 años (similar por sexo).

61,9% eran mujeres. Respecto a patologías asociadas a diagnóstico, en las mujeres destacan la Hepatitis por VHC y el Lupus Eritematoso Sistémico, en hombres Hepatitis por VHC y las Nefropatías. En ambos sexos las principales manifestaciones asociadas fueron nefropatía, compromiso del estado general y púrpura palpable. Un 68,9% tenían anemia. Las transaminasas y creatinina eran concordantes con la presencia de hepatitis y nefropatías, respectivamente. Un 58,8% de las hepatitis tenían factor reumatoideo (+). Respecto a la electroforesis, lo más común fue un patrón normal y luego una hipergamaglobulinemia monoclonal.

Conclusiones: Porcentaje de crioglobulinas positivas es similar en la literatura. La distribución por edad y sexo es explicable por la patología asociada. La existencia de protocolos se asocia a una mayor solicitud de crioglobulinas. Esta es la primera caracterización de pacientes con crioglobulinas en Chile.

232. REVISIÓN DE 495 INTERCONSULTAS ENVIADAS A LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO (CABL) Y HOSPITAL LUCIO CORDOVA (HLC)

E. Sobarzo*, J. Arroyo**, T. Sepúlveda*, L. May*, J.C. Moncada*, J. Iribarren**
*Reumatología, Servicio de Medicina, CABL. **Internos de Medicina, Universidad de Chile. Chile

La Unidad de Reumatología (UR) del CABL realiza periódicamente evaluaciones a pacientes hospitalizados, tanto en el CABL

como en el HLC, a través de solicitud de interconsultas enviadas desde estos establecimientos. **Objetivo:** conocer las características

y patologías reumatológicas más frecuentes de los pacientes hospitalizados. **Material y Método:** se analizaron las interconsultas enviadas a la U R desde CABL y HLC durante el período comprendido entre enero 2006 y diciembre 2008. **Resultados:** se recibieron 495 interconsultas en este período, 420 de ellas procedían del CABL y las 75 restantes del HLC. La distribución según demanda en los servicios de CABL fue: Medicina (56%), Neurología (12%), Unidad de Paciente Crítico (7%), Cirugía (5%) y U de Emergencia (5%). La proporción entre los sexos fue 3:1 (M:H), con una edad promedio de 49 años (edades entre 15 y 91 años). Los diagnósticos de sospecha más frecuentes fueron Lupus Eritematoso Sistémico (22%), Artritis Reumatoide (15%), Vasculitis (14%), otras Mesenquimopatías (11%) y Artralgias inespecíficas (11%). De las 495 interconsultas cursadas, 433 pacientes fueron evaluados por la U R, confirmando un diagnóstico reumatológico en un 79% de los casos. De los

62 pacientes no evaluados (12,5 %), 34 habían sido dados de alta (6,86%), 9 habían fallecido antes de ser evaluados (1,8%) y 19 (3,83 %) no fueron encontrados en el servicio de origen de interconsulta (por traslados a otra unidad clínica o recinto asistencial). El tiempo transcurrido entre el envío de la interconsulta y la recepción de ésta fue de 1 día en promedio, mientras que el tiempo de respuesta promedio entre la recepción y evaluación fue de 3 días. Conclusiones: El 79% de los casos diagnosticados como pacientes reumatológicos fueron confirmados por la U R. Pese a la preocupación por una respuesta oportuna, la latencia en la evaluación de interconsultas, se considera alta durante los fines de semana y víspera de festivos. Nos parece importante mejorar en este aspecto como Unidad, incrementando nuestra planta a 5 integrantes con posibilidad de turno de interconsultas de llamada durante los fines de semana. De esta manera, se puede optimizar la calidad de la atención de nuestros pacientes hospitalizados.

233. FARMACOVIGILANCIA Y SEGURIDAD EN TERAPIA BIOLÓGICA: EXPERIENCIA Y PROPUESTAS

Bañuelos-Ramírez D, Santos-García C, Sánchez-Alonso S, Jardines de la Luz G. Reumatología y Medicina Interna. Unidad Médica Alta Especialidad. IMSS y M en Cs IPN Puebla, México

En sentido estricto, seguridad es ausencia de peligro, situación que no se cumple para los tratamientos en medicina en general ni en la reumatología en particular. Sin embargo, ante la posibilidad de otorgar un beneficio mayor que el riesgo potencial, vale la pena emplear la mayoría de tratamientos actuales, incluyendo DMARDs, AINES, y por supuesto, los agentes biológicos. La literatura mundial refiere subreportes de EAdv., y en nuestro país y especialidad ha sido un área subatendida.

Objetivo: evaluar en el rubro seguridad, 4 agentes biológicos con indicación en diversos padecimientos en reumatología, empleados a lo largo de 7 años en una unidad especializada.

Metodología: Revisión de registro de número de eventos adversos reportados en expedientes y en formatos SSA-1 y conforme a la NOM SSA 2002 y formatos IMSS en forma retrospectiva de 2009 a 2001, clasificación en serios, menores, temporalidad de los mismos, asociación con fármaco específico o co-morbilidad, vía de administración del fármaco, núm. dosis; dx de los pacientes, tipo

de reacción presentada, reversibilidad, secuelas, desenlaces y resto de criterios para eventos adversos en la literatura. Los fármacos productores se clasificaron en 4 posibilidades: ++/+/-/-/+. El modelo contempla 3 temporalidades para producción de EAdv: inmediata, mediata y tardía.

Resultados: Los anti-TNF de aplicación intravenosa ocupan el 1er lugar en producción de EAdv, inmediatos, mediatos y tardíos y tiende a ser sustituido; el agente antiCD 20 iv ocupa el segundo lugar en EAdv inmediatos, y mediatos, pero no tardíos; los agentes subcutáneos de aplicación semanal ocupan el primer lugar en seguridad y el de aplicación quincenal el segundo. Presentamos IC al 95%, OR, RR y RA obtenidos de la contrastación.

Conclusiones: existen parámetros para evaluar la bioseguridad de los agentes biológicos en reumatología y la propuesta del modelo se basa en la combinación de 4 posibilidades básicas más 3 posibilidades adicionales basadas en temporalidad de aparición de los efectos.

234. PREVALENCIA DE LA DISLIPIDEMIA EN PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN EL ESTADO DE AMAZONAS, CONFORME LA IV DIRECTRIZ BRASILEÑA DE DISLIPIDEMIA(SBC)

Boechat AL, Moura L, Raposo M, Amorim L, Dos-Santos MC. Fundación Hospital Adriano Jorge/Manaus/Brazil

La Artritis Reumatoídea (AR) es una enfermedad autoinmune que afecta del 0.2 al 1% de la población brasileña, siendo que estos pacientes tienen mayor morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. El objetivo de este trabajo es obtener la prevalencia de la dislipidemia y factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en portadores de AR en el estado de Amazonas. **METODO:** A partir de una muestra aleatoria de 94 pacientes de AR provenientes del Ambulatorio de Artritis Reumatoídea, Fundación Hospital Adriano Jorge en Manaus, AM, fueron recolectados de la historia clínica, en modelo padronizado, datos demográficos y biométricos,

historia de tabaquismo, diabetes, hipertensión o historia familiar de enfermedad cardiovascular. Además de eso, fueron anotados el perfil lipídico, glicemia, índice de actividad de la enfermedad (DAS28-Disease Activity Score of 28 joints), score de calidad de vida (The Health Assessment Questionnaire-HAQ). Fueron calculados el índice de masa corporal (IMC) y el Escore de Riesgo de Framingham (ERF). Los pacientes fueron entonces estratificados en dislipidémicos y no dislipidémicos conforme los criterios de la IV Directriz Brasileña sobre Dislipidemia y Prevención de Ateroesclerosis – Sociedad Brasileña de Cardiología. Fueron comparadas

las medias de DAS28 entre dislipidémicos y no dislipidémicos utilizándose el test t de Student. Fue evaluada la correlación entre DAS28 y los niveles de LDL, triglicéridos, HDL, IMC a través de regresión lineal. Resultados: Entre los pacientes con AR fue observada una frecuencia de 56.4% de dislipidémicos contra 43,6% sin dislipidemia. La dislipidemia más frecuentemente observada fue HDL Bajo (43.1 entre los dislipidémicos) e hipertrigliceridemia (20.4%). Además de esto fue observada una prevalencia del 9.1%

de obesidad y 20.4% de sobrepeso entre los dislipidémicos. Entre los pacientes con AR dislipidémicos 20.4% tenían historia de tabaquismo. **CONCLUSION:** Considerando el alto riesgo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con AR, los datos del presente trabajo evidencian la necesidad de un abordaje específico para tratamiento de dislipidemias, en función de la alta frecuencia de dislipidemia y factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares entre pacientes con AR.

235. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Bedran Z, Rosa JE, Sabelli M, Garcia MV, Imamura PM, Soriano ER, Catoggio LJ. Sección Reumatología, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Instituto Universitario Escuela de Medicina, HIBA. Argentina

Analizar los diagnósticos de los pacientes atendidos en consultorios externos de Reumatología de un Hospital de alta complejidad y comparar lo actual con datos de 1997 y 2000.

Material y Métodos: En forma manual se registraron los diagnósticos de los pacientes adultos atendidos por todos los médicos de la Sección Reumatología (7) entre el 1 de mayo y el 30 de mayo de 2009. Se analizaron los diagnósticos de los pacientes (totales, y divididos en pacientes de primera vez y consulta posterior) y se comparó con datos obtenidos en 1997 y 2000.

Resultados: Se vieron en total 895 pacientes de los cuales 161 (18%) fueron de primera vez.

Los diagnósticos más frecuentes realizados (%) y comparados con 1997 y 2000 fueron:

En este lapso (1997 a 2009) se incrementaron las horas semanales de consultorio de 65 a 111 (71%) y los médicos de 3 a 7 (133%). El total de pacientes vistos aumento un 150% pero el total de pacientes de primera vez aumento solo un 55%, bajando de 30 a 18 % (p<0,05). Los diagnósticos más frecuentes en pacientes de primera vez fueron OA y fibromialgia.

En el periodo 2009 aumentaron significativamente con respecto al 2000 el porcentaje de pacientes vistos con diagnósticos de OA, FM, y AR disminuyendo el porcentaje de pacientes con dolor regional.

Conclusión: De estos datos surge un ligero cambio en el patrón de diagnósticos. Por otro lado el aumento de la oferta de horas y de médicos no se reflejó en un aumento proporcional de pacientes nuevos, sino en mayor número de consultas ulteriores.

Año	Osteoartritis (OA)	Fibromialgia (FM)	Artritis Reumatoidea (AR)	Polimialgia Reumática (PMR)	Enfermedad tejido conectivo (ETC)	Dolor regional
2009 (IC 95%)	31 (28-34)	10 (8-12)	15 (13-17)	14 (11-16)	10 (8-12)	7 (5-9)
2009 1era vez (IC95%)	40 (33-49)	24 (17-31)	6 (3-10)	5 (2-10)	4 (1-8)	6 (3-10)
2000	21 (20-22)	18 (17-19)	8 (7-9)	–	–	14 (13-15)
1997	25	21	5	3	–	13

236. USO DO RITUXIMABE EM DOENAS REUMATICAS AUTO-UMUNES DE DIFCIL CONTROLE

Poubel R, Fialho SCMS, Castro GRW, Zimmermann AF, Ribeiro GG, Neves FS, Pereira IA. Ncleo de Reumatologia do Hospital Universitario da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianopolis-SC. Brasil

Os linfcitos B desempenham papel importante na atividade inflamatória das doenças auto-imunes. O anticorpo monoclonal contra o antígeno CD-20 das células B (Rituximabe) permitiu modular a atividade destas células e abrandar a atividade das doenças auto-imunes de difícil controle. A eficácia deste medicamento em diversas condições foi sugerida baseada apenas em relatos de casos. Metodologia: Vinte e um pacientes portadores de doenças auto-imunes refratárias a tratamento convencional que fizeram uso do Rituximabe

(RTX) foram arrolados. Através da análise de prontuários, foram coletados dados relativos tolerância ao tratamento e resultados curto prazo. Resultados: Houve redução significativa da atividade da doença nos nove indivíduos portadores de artrite reumatóide. Dos cinco pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico, dois pacientes com nefrite grave beneficiaram-se com reduções de 75% e 26% da creatinina sérica. Uma paciente com poliartrite obteve resposta clínica completa. Uma paciente portadora de vasculite e pancitopenia não apresentou mel-

hora, no entanto outra paciente com aplasia medular apresentou grande resposta clínica. Dois dos quatro pacientes com síndrome de Sjögren responderam ao tratamento. Três casos de vasculite foram tratados com RTX. O portador de granulomatose de Wegener conseguiu redução de 45% da creatinemia. Também houve melhora importante das complicações renais e hemorrágicas alveolares do indivíduo com

poliarterite microscópica. O paciente com poliarterite nodosa obteve melhora da vasculite cutânea, mas apresentou recidiva das lesões. Conclusão: Reforça-se a necessidade de realização de ensaios clínicos randomizados para confirmar a eficácia e segurança em longo prazo com o uso desta medicação.

237. ¿SON EFICACES LAS GUÍAS VENEZOLANAS PARA LA BÚSQUEDA DE TUBERCULOSIS (TBC) EN PACIENTES PROVENIENTES DE ÁREAS ENDÉMICAS RECIBIENDO TERAPIAS BIOLÓGICAS?

Maldonado I, Acosta C, Macías E, Rondón J, Bellorín O, Granados I, Azocar M, Lara N, Hernández P, Sanabria L.

Capítulo Sur-Oriental de Reumatología: Unidad de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez"; Ciudad Bolívar, Centro Fraguachan; Puerto Ordaz, Hospital Luis Ortega; Porlamar, Hospital Manuel Núñez Tovar; Maturín, Hospital Luis Razeti; Barcelona. Venezuela

La prevalencia de TBC en Venezuela es de 52.0/100.000 hab. (OMS-2006) correspondiendo a la zona Sur-Oriental del país, 26.1/100.00 en 1999 y 23.8/100.00 en 2006. Por esta razón el CNER, SVR y la División de TBC del MSDS, han establecido guías para el descarte de TBC, con la finalidad de proteger a la población de enfermos reumáticos que recibirán terapias biológicas. **OBJETIVO:** Evaluar la eficacia de las guías venezolanas en la prevención de TBC pulmonar en pacientes que reciben terapias biológicas en la zona Sur-Oriental del país. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Fueron evaluados 582 pacientes sin TBC activa de una cohorte de pacientes reumáticos tratada con agentes biológicos, años 2006- 2009. Variables analizadas: diagnóstico y despistaje de TBC, uso profiláctico de Isoniazida (ISN), terapia biológica y activación de la TBC durante la terapia. Todos los pacientes asintomáticos con PPD=0 > 5mm ó Rx tórax con cambios residuales sugestivos de infección TBC previa o historia pasada de exposición recibieron ISN (300mg) durante un mes previo al inicio del biológico y durante 1 año. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 11.5. **RESULTADOS:** De los 582 pacientes que

reciben terapia biológica: femeninos 437(75,1%) y 145(24,9%) masculinos, edad promedio 46,8 años (4-78 años) DE ± 14,0 años. Los diagnósticos fueron los siguientes: Artritis Reumatoide 398 (68,4%); EAP 71 (12,2%); Psoriasis 76(13,1%); LES 6 (1,0%); AIJ 29 (5,0%) y 2(0,3%) ESP. En cuanto al tipo de terapia biológica: Infliximab, 163 (28,0%) pacientes, Etanercept 162 (27,8%), Adalimumab 238 (40,9%) y Rituximab 19 (3,3%); 47(8,1%) pacientes recibieron más de un agente biológico. PPD positivo en 36 (6,2%) pacientes, todos ellos asintomáticos. De ellos 4, presentaron cambios indicativos de infección previa en la Rx tórax. La terapia con ISN fue administrada a 40(6,9%) pacientes incluyendo 4 pacientes con datos epidemiológicos positivos. De este grupo de pacientes que recibieron ISN, 4 desarrollaron TBC activa. De los 546 pacientes que tuvieron PPD negativo, 1 de ellos desarrolló TBC. En total 5 pacientes desarrollaron TBC durante la terapia con medicamentos biológicos. **CONCLUSIÓN:** A pesar de la alta prevalencia de TBC en la zona Sur-Oriental de Venezuela, creemos que las guías han sido de gran utilidad en la prevención de esta complicación infecciosa en los pacientes que reciben terapia biológica.

238. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NA PRÁTICA REUMATOLÓGICA

Marques Filho José

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento obrigatório nas pesquisas com seres humanos. Brasil

Sua obrigatoriedade apenas foi formalizada em um documento oficial no final da década de quarenta do século passado no Código de Nuremberg e referendada pela Declaração de Helsinque em 1964 e em todas as suas revisões posteriores.

A informação e o esclarecimento são direitos do paciente aceitos universalmente por todos os autores e contemplados na maioria dos Códigos de Ética médica dos países ocidentais. Discuti-se hoje é a necessidade ou a adequação de um documento formal, com as mesmas características do TCLE na prática médica.

OBJETIVO: refletir e discutir sobre a conveniência da adoção do TCLE na prática médica reumatológica.

MÉTODO: pesquisa da literatura especializada e das normas éticas e legais atuais vigentes no Brasil.

RESULTADOS: a literatura médica e legal tem demonstrado que alguns países têm legislação específica tornando obrigatória a adoção do TCLE na prática médica para determinados procedimentos.

No Brasil, a Portaria SAS 865/2002 do Ministério da Saúde tornou obrigatório o TCLE para a dispensa gratuita de medicamen-

tos de alto custo para tratamento de doença reumatóide e posteriormente para outras doenças reumatológicas.

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina não publicaram nenhuma resolução à respeito da obrigatoriedade do TCLE na prática da medicina no Brasil.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: A obrigatoriedade do TCLE na prática médica em geral e especialmente da reumatologia tem sido defendida e adotada por diversos países, sendo o TCLE considerado como um documento que tem dupla função: proteger o paciente, no uso de sua autonomia, e o médico, na demonstração formal da concordância do paciente para a prática de determinados procedimentos.

Nossa posição é que o TCLE não é uma garantia que o paciente foi adequadamente esclarecido, condição que é obrigatória na prática reumatológica atual. A sua adoção obrigatória tornaria a ação médica uma atividade burocrática, bem diferente da visão hipocrática, que vê a atenção médica como uma relação de confiança, onde a relação médica – paciente é um pilar fundamental para a prática do ato médico.

239. TRENDS IN HIP FRACTURE RATES IN ECUADOR, 1999-2007

Orces CH.
Laredo Medical Center. USA

Although recent studies have reported decreasing hip fracture rates in North America, it is uncertain whether the incidence of hip fracture has declined in Latin America. Thus, the main objective of this study was to examine recent trends in hip fracture rates in Ecuador.

Methods: The Anuario de Egresos Hospitalarios was used to identify persons aged 50 years or older hospitalized with a diagnosis of hip fracture (ICD-10 S72) between 1999 and 2007. Incidence rates per 100,000 persons were calculated using estimates of the Ecuadorian population as the denominator. Hip fracture rates were then standardized to the Census population of Ecuador in 2001.

The Cochran-Armitage test was used to examine age-specific trends over time. Linear regression analysis was used to evaluate whether the change in age-adjusted rates was constant across the years of observation.

Results: A total of 7,581 hip fractures occurred in Ecuador from 1991 through 2007. The number of hip fractures increased from 703 in 1999 to 1013 in 2007, a 44% increase. After controlling by age and sex, hip fracture rates increased by 3.2% (95% CI, 0.1 to 6.3) per year from 46.4/100,000 in 1999 to 49.9/100,000 in 2007 (Figure 1). The incidence of hip fractures increased predominantly among men and women aged 80 years or older at an annual rate of 4.4% (95% CI, 1.3 to 7.6) and 4.1% (95% CI, 1.4 to 6.8), respectively (P Trend < 0.001). Although the age-adjusted rates among women increased by 3.3% (95% CI, -0.2 to 6.9) per year, there was a trend toward decreasing rates from 2004 onwards. Among men, the rates steadily increased by 2.2% (95% CI, -0.6 to 5.2) per year.

Conclusions: The results of this study indicate that hip fracture rates increased in Ecuador during the study period. Further research is needed to identify risk factors for hip fracture in this country.

240. RECOMENDACIONES Y GUÍAS DE PANLAR PARA EL ENTRENAMIENTO EN ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO DE REUMATÓLOGOS EN EL CONTINENTE AMERICANO

Grupo de Estudio de Ultrasonido Musculo-esquelético de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR). México

Desarrollar guías para el entrenamiento de reumatólogos en ultrasonido musculo-esquelético (US) en el continente americano.

Método: Veinticinco reumatólogos de 19 países del continente americano participaron en un proceso interactivo basado en consenso utilizando dos cuestionarios electrónicos consecutivos. El primer cuestionario incluía: la relevancia de organizar cursos para enseñar US a los reumatólogos, el modelo educativo más efectivo, los niveles de entrenamiento, los objetivos educacionales, requerimientos para aprobar el(los) nivel(es) del curso, sedes de los cursos, número de participantes por instructor y porcentaje de tiempo utilizado en las sesiones prácticas. El segundo cuestionario estaba compuesto por preguntas que no habían alcanzado consenso (<65%) en el primer cuestionario, además de los temas a ser cubiertos en cada nivel del curso.

Resultados: Se obtuvo un consenso general para que el curso se dividiera en tres niveles educativos: básico, intermedio y avan-

zado; debiendo ser impartido utilizando un modelo didáctico teórico-práctico. Adicionalmente, el grupo estableció los requerimientos mínimos para atender y aprobar cada uno de los niveles del curso de US, el número ideal de participantes en cada nivel por instructor (cuatro participantes por instructor), y los temas y patologías musculo-esqueléticas específicas a ser cubiertas. De la misma manera, el grupo concluyó que el 60-70% del tiempo del curso deberá ser enfocado en sesiones prácticas.

Conclusión: Un grupo multinacional de expertos en US utilizando un cuestionario basado en consenso, estableció las primeras guías y recomendaciones para los cursos de entrenamiento de US en el continente americano. El Grupo de Estudio de Ultrasonido de PANLAR insta a que estas recomendaciones sean adoptadas por instituciones involucradas en el entrenamiento de reumatólogos en la realización de US en el continente americano.

241. NEUMONÍAS TÍPICAS Y ATÍPICAS INCLUYENDO POR VIRUS H1N1 EN PACIENTES REUMÁTICOS

Sánchez-Alonso S, Bañuelos-Ramírez D.
Reumatología. Hospital especialidades Unidad Médica Alta Especialidad. IMSS. Puebla, Pue. México

Las enfermedades reumáticas por sí mismas cursan con alteraciones en la inmunidad frente al sujeto y frente a estímulos y agentes ambientales. Los tratamientos utilizados igualmente lo pueden hacer susceptible de infecciones por oportunistas y están contraindicados en situaciones específicas. Los brotes reconocidos en nuestro país (marzo-abril y agosto-septiembre 2009) de virus de Influenza H1N1 pueden afectar a pacientes reumáticos en tratamiento con terapia biológica (TBIol) de manera similar o diferente a otras poblaciones, dependiendo de la inmunocompetencia. Efectuamos una pesquisa y seguimiento de neumonías típicas, atípicas y por Influenza H1N1 en pacientes reumáticos desde la aparición del 1er brote.

Criterios: Pacientes con terapia TBIol en el periodo de tiempo estudiado, estudios radiológicos, pruebas presuntivas-rápidas y confirmatorias, Presentación de casos: 4 pacientes; 3 varones y una mujer con neumonía atípica, 3 con prueba rápida y confirmatoria para H1N1, uno solo con prueba rápida. Tiempo de recuperación similar a población no reumática; un varón con derrame pleural como secuela. El tratamiento incluyó antibióticos amplio espectro, expectorantes, suplementación O2 y esteroides locales más los antivirales aprobados. Mostramos Rx tórax con imágenes de afección pulmonar. El tratamiento de fármacos biológicos fue: Etanercept 2, Adalimumab 2. Los pacientes tenían indicación de suspenderlo ante fiebre o síntomas

gripales y acataron la indicación, reportando la eventualidad.

Comentarios: El índice reconocido de contagiosidad del VIH1N1 es de 1.8 y el de letalidad es 1.6; en el primer brote marzo-abril no contamos con información de casos en pacientes reumáticos y en tratamiento con terapia biológica. Sin embargo, la permanencia

del VIH1N1 posibilitará los contactos y los índices se pueden ver modificados. En nuestros pacientes no ocurrió letalidad y el tratamiento administrado surtió efecto en tiempo y resultados similares para quien no está sujeto a estas condiciones: enfermedad reumática y T Biol.

242. PERFIL DEL REUMATÓLOGO INTERESADO EN LA PRÁCTICA DEL ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Solano C1, Hernández-Díaz C1, León-Hernández S2, Bernal A2, Rodríguez-Henríquez P1, Marín-Arriaga N3, Chávez-López M4, Ventura-Ríos L5, Moya C6, Pineda C.2

1-3Instituto Nacional de Rehabilitación. 4Centenario Hospital Miguel Hidalgo Aguascalientes, 5Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, 6Práctica privada. México

Determinar el perfil del reumatólogo interesado en la práctica del ultrasonido musculoesquelético (US)

Material y métodos: Se realizó una encuesta mediante un cuestionario estructurado, a los asistentes a dos cursos internacionales de US. Los reactivos incluyeron datos demográficos, aspectos relacionados a la práctica profesional, capacitación previa en US y disponibilidad de equipo.

Estadística descriptiva: medidas de tendencia central, desviación estándar (ds) y proporciones. Estadística inferencial: prueba exacta de Fisher, χ^2 , T Student, curvas ROC y razón de momios (OR).

Resultados: Se entregaron 104 encuestas a los asistentes a cursos de US provenientes de 15 naciones de Latinoamérica y el Caribe, se contestaron 96 y se analizaron 87 que tenían datos com-

pletos. La edad promedio de los participantes fue 44.1 ± 8.6 años (65% masculino). Años de graduado como especialista: 12.4 ± 9.0 . Sesenta y nueve (79%) combinan práctica privada con institucional; solo privada 22 (25%) y solo institucional 5 (6%). Treinta y dos (37%) realizan docencia. La edad mayor de 42 años disminuye la posibilidad de practicar US. (área bajo la curva 0.707, $p = 0.03$). La edad mayor de 47 años incrementa la posibilidad de considerar el US innecesario en la práctica clínica. (área bajo la curva 0.757, $p = 0.004$). Participar en un programa de formación en reumatología, ser docente y tener acceso a un equipo de US son factores asociados a una mayor probabilidad de practicarlo.

Conclusiones: El perfil del reumatólogo latinoamericano interesado en US se caracteriza por tener una edad menor a 42 años, participar en un programa de formación en reumatología, ser docente y tener acceso a equipo de US.

243. ADENTRAMIENTO EN LA REUMATOLOGÍA A MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO: LA EXPERIENCIA DE UN REUMATOUR

Bañuelos-Ramírez D, González-Martínez A, Hernández-Vera I.

Reumatología/Medicina Interna Hospital Especialidades UMAE. IMSS y Maestría en Educación en Ciencias. BUAP Puebla, México

Introducción: Existen diferentes modalidades de educación médica continua no siempre de acceso fácil a médicos de primer contacto. Para una disciplina como la reumatología, compleja por la combinación y desarrollo de conocimientos en constante transformación, explicarla a médicos de primer contacto puede ser un reto y además, una necesidad urgente, dada la disparidad de reumatólogos eminentemente clínicos por número de habitantes y la accesibilidad por cobertura, geografía y otros determinantes. Recientemente se implementó un programa de adiestramiento con material uniforme, aval curricular e impartido en los sitios de atención a médicos de SP.

Objetivo: Evaluar el curso de adiestramiento en reumatología impartido a médicos del SP en un estado de la región centro-sur de la república mexicana.

Metodología: Evaluación por 3 partidas: a) médicos y personal de salud asistentes; b) impartidores del curso; y c) 3 observadores independientes no médicos. Aspectos evaluados en ponentes: claridad en exposición, posición ante el público, mantenimiento de la atención, generación de preguntas, respuesta, utilización adecuada

de medios y alternativas, posibilidad de ser considerados para nuevas exposiciones. Estas evaluaciones se efectuaron por el personal de salud asistente y por los observadores independientes. Escala evaluación en 3 rangos: bueno, regular, malo. Los ponentes evaluaron el curso por material, eficiencia, contenido, actualidad conceptual.

Resultados: 9 sesiones-sitios evaluados; según asistentes: material adecuado, conceptos actuales, sedes aceptables, la 4ta parte de los ponentes volvería a ser invitado (ponentes con ejemplos, analogías, motivante). Según observadores independientes: 3 ponentes adecuados, resto solo califican como suficiente. Según ponentes: curso adecuado, perfectible con inclusión de contrastes en imágenes, y casos clínicos. Evaluación global: buena asistencia, retención de conocimientos, generó expectativas de nuevos cursos y abrirlo a temas diferentes de la reumatología.

Conclusión: la modalidad de cursos a distancia con interacción directa a médicos primer contacto redundó en atención de pacientes, referencia temprana y modificación de la historia de la enfermedad, falta evaluar el impacto en medianos y largos plazos.

244. BODY MASS INDEX, DISEASE DURATION AND RHEUMATOLOGIC PRESENTATIONS IN DIABETES MELLITUS, GORGAN (NORTH PART OF IRAN)

Emadi B, Aghaie M, Bazrafshan H, Banikarim A, Behnampur N.
medical department of GOLESTAN university/GORGAN/IRAN

Diabetes mellitus has various characteristics in different organs. Some of the most important signs and symptoms are seen in joints and musculoskeletal system.

Objectives: This study was designed to evaluate the effect of Body Mass Index (BMI) on rheumatologic presentations of Diabetic patients in Gorgan, Northeast of Iran.

Methodology: This was descriptive- analytic study which was done on DM patients whom referred to endocrinology super specialty center in panjom azar hospital in Gorgan province (North part of Iran) from 2008 till 2009. Questioners were completed by patients after collecting data from clinical manifestations, examinations, laboratory test and x ray from lumbar spine. All data were recorded and all patients had consents.

Result: In this study 256 diabetics were recruited with a 50.41

12.29 years-old mean SD. Fasting blood glucose level was calculated as 186.2 69.54 ng/dl. BMI was reported 28.04 5.26 kg/m² and mean SD of duration of disease was 7.87 7.31 years. There was a 2 to 1 female/ male ratio. Knee and lumbar osteoarthritis and lumbar osteopenia were the most prevalent presentations. Knee and lumbar osteoarthritis had significant relationship with BMI (P-value). De Quervain contracture, trigger finger and reflex sympathetic dystrophic had a significant relationship with the duration of the disease (P-value).

Mean FBS level showed a significant difference between those with trigger finger and others (P-value).

Conclusion: Body mass index is an important risk factor for osteoarthritis especially in patients with an underlying disease like diabetes mellitus.

245. LA INVESTIGACIÓN DE LA REUMATOLOGÍA EN HISPANOAMÉRICA. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 2000-2008

1Romero GT, 1Medina G, 2Vera-Lastra O, 3Saavedra MA, 1Jara LJ.
1Dirección de Educación e Investigación en Salud. 2Medicina Interna. 3Reumatología. Hospital de Especialidades CMN La Raza. IMSS, México

Las actividades de investigación científica necesitan ser evaluadas para determinar si se cumplen sus objetivos.

OBJETIVO. Analizar la actividad de los investigadores hispanoamericanos en Reumatología durante el periodo 2000-2008 con el objeto de implementar nuevas estrategias de desarrollo en investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisaron los resúmenes del Congreso Americano de Reumatología (Arthritis and Rheum, sup. anual 2000-2008) y se incorporaron a una base de datos que incluyó España y Latinoamérica. Se realizó un subanálisis de México que incluyó enfermedades e instituciones. La eficacia terminal para México, se hizo utilizando PubMed, buscando los trabajos publicados en el periodo 2000-2005. La productividad de los países se clasificó en: Alta: >150 resúmenes. Intermedia: 30-149 resúmenes. Baja: < 30 resúmenes.

RESULTADOS. El total de trabajos presentados en el Congreso ACR desde 2000-2008 para Hispanoamérica fue de 1063 de los cuales 535 (49.6%) fueron de Latinoamérica y 528 (49.3%) de España. La distribución de la productividad por país fue de la

siguiente manera: Alta: España 528, México 199 y Brasil 203. Intermedia: Argentina 47 y Colombia 30. Baja: Chile 29, Venezuela 15 y Perú 12. Catorce países de Latinoamérica no tuvieron representatividad en el ACR durante los 9 años analizados. En México, las enfermedades más investigadas fueron: Lupus Eritematoso Sistémico (37%), Artritis Reumatoide (14%), Síndrome de Anticuerpos antifosfolípido (10%) y Espondiloartropatías (7%). En relación con la eficacia terminal en México, de 2000 a 2005 se presentaron 149 trabajos, se publicaron en revistas indizadas 61 (41%) y no se han publicado 89 (59%). Los centros con mayor número de publicaciones fueron: 1. INNSZ 29%, 2. HECM La Raza 14%, 3. HGM 13%.

CONCLUSIONES. 1. La investigación en Reumatología de Latinoamérica recae solamente en 7 países. La productividad de España es similar a la de Latinoamérica. 2. La mayoría de países de Latinoamérica no están representados en el ACR, debido al alto porcentaje de resúmenes no aceptados (40-60%). 3. PANLAR debe trazar una estrategia para incentivar la investigación en los reumatólogos latinoamericanos, mejorando la calidad de los trabajos y la eficacia terminal.

246. QUALIDADE DE VIDA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Vianna D L, Neto E B, Guedes L K N, Cavicchia R.
Universidade Paulista e Universidade Presbiteriana Mackenzie. Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Universidade Paulista. Brasil

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, auto-imune, com manifestações polimórficas que vão desde queixas em um único sistema ou multissistêmica com implicações variáveis da função orgânica. Como em todo pro-

cesso crônico as repercussões na qualidade de vida são inevitáveis. Dados e informações obtidos a este respeito podem contribuir para a tomada de decisões terapêuticas adequadas, segundo cada grupo, respeitando maior ou menor impacto no cotidiano dos pacientes.

O presente estudo teve como objetivo a avaliação da qualidade de vida dos pacientes com LES nos diferentes tipos de atividade sistêmica. Participaram do estudo 75 sujeitos de ambos os sexos, com diagnóstico de LES, idade média 36 anos (+/-11,7), subdivididos em grupos segundo o sistema acometido: Grupo Articular, Renal, Outros quando a atividade lúpica não se enquadrava nos demais e Remissão. O grupo controle foi constituído por 21 indivíduos sem a doença, de ambos os sexos, com idade média de 35 anos (+/- 8). Durante a consulta médica foi aplicado o SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), para avaliação da atividade da doença. A qualidade de vida foi avaliada pela aplicação do questionário SF-36 (Short-Form Health Survey) nos seguintes escores:

Capacidade Funcional (CF), Limitação por Aspecto Físico (LAF), Dor, Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade (VIT), Aspectos Sociais (AS), Limitações por Aspectos Emocionais (LAE) e Saúde Mental (SM). Não houve diferença estatística entre os grupos para o parâmetro idade ($p=0,116$). A atividade da doença pelo SLEDAI esteve leve, exceto renal com nível moderado. O grupo controle alcançou os maiores valores em todos os escores do SF-36 e o grupo articular se mostrou sempre com pior desempenho (Tabela 1). Foi possível concluir que a presença do LES interfere na qualidade de vida dos pacientes quando comparados com indivíduos sem a doença. A condição articular constitui um importante fator de interferência na qualidade de vida das pessoas com LES.

Tabela 1:
Valores médios dos escores SF-36 segundo os grupos avaliados

Grupos	N	CF	LAF	DOR	EGS	VIT	AS	LAE	SM
Controle	21	82,5*	86,5*	72,0*	73,4*	62,3	86,5*	74,5	79,4*
Articular	15	44,6*	31,6*	39,8*	55,3*	47,6	50,8*	39,9	53,6*
Renal	21	72,6	63,5	64,2*	60,8	64,0	74,4	66,6	65,9
Outros	17	10,5	57,3	49,4	55,4	55,5	54,4*	54,9	57,1
Remissão	22	68,6	59,0	62,3*	57,0	52,7	71,0	62,1	61,6

*N= número de indivíduos. CF=Capacidade Funcional; LAF=Limitação Aspecto Físico; EGS=Estado Geral de Saúde; VIT=Vitalidade; AS=Aspecto Social; LAE=Limitação Aspecto Emocional; SM= Saúde Mental. * Diferença estatisticamente significativa ANOVA (One Way), Kruskal – Wallis ($p < 0,05$).*

247. ARTRITIS REUMATOIDEA: EDUCACIÓN, UNA ESTRATEGIA PARA VIVIR MEJOR

Quinteros A, Leal M, Vásquez D, Espíndola M, Medina M, García G, Mabroyriñis R. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Centro Int. Reumatología. Argentina

La artritis reumatoidea (AR) es de alta prevalencia, su morbilidad y cronicidad la identifican como de alta malignidad funcional. Exige un tratamiento prolongado, complejo, de intervención multidisciplinaria, sustentado en la educación a fin de lograr un mejor y mayor impacto terapéutico.

Objetivos:

1. Promover en el paciente el conocimiento de la AR a fin de lograr su mejor tratamiento.
2. Generar contención integral desde la interdisciplina con una redefinición del abordaje terapéutico.

Método: Durante el año 2009 se realizaron talleres mensuales con la asistencia de un promedio de 45 pacientes con AR, quienes concurren voluntariamente. Los resultados de los talleres fueron evaluados con pre y post test de conocimientos. Los talleres tuvieron una metodología dinámica con activa participación de los asistentes, quienes trabajaron en grupos con consignas variadas para analizar y discutir los temas que posteriormente fueron consolidados en reuniones plenarias. Las actividades lúdicas cerraron los talleres, permitiendo la expresión corporal y una síntesis de la teoría y práctica con los aportes de los profesionales de cada disciplina:

reumatólogos, kinesiólogos, psicólogos, profesores de educación física y de música.

Resultados:

1. Conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad. 62% piensa que sufrirá deformaciones en su cuerpo; 73% tiene enfermedad diagnosticada con más de 5 años. 98% considera de interés tener conocimiento de su enfermedad para una mejor calidad de vida. Describen su enfermedad con un conjunto de sentimientos negativos.
2. Valoración de los talleres. Fue expresada positivamente (99%). Opinan que debieran ser más frecuentes porque permiten: “una mejor calidad de vida”, “contención”, “ayudar a la autoestima”, “manejar mejor sus emociones” y “sobrellevar la enfermedad”
3. Generación de un nuevo equipo, mediante diferentes miradas que se potencian entre sí.

Conclusión: Esta experiencia sintetiza lo que todo reumatólogo escucha cotidianamente y en soledad; se ve también el sentido de esperanza en búsqueda de respuestas conjuntas: paciente y equipo de salud.

248. PROYECTO: " PANLAR – EARLY ONSET ARTHRITIS "

Ramagli A, Teijeiro R, de Abreu P, Corbacho I, Souto R, Calegari M, Dapuetto J, González G, Grupo PANLAR-EOA. Sociedad uruguaya de Reumatología. Uruguay

El grupo PANLAR-EOA (Panamerican League of Associations for Rheumatology- Early Onset Arthritis) está dedicado al estudio y diagnóstico precoz de la enfermedad reumática inflamatoria y a promover su referencia temprana. Uruguay participa y coordina el grupo de estudio.

Objetivos: 1) educar a la comunidad, 2) educar al médico, sobre artritis de reciente comienzo (ARC) promoviendo la interconsulta precoz, 3) establecer una cohorte PANLAR de pacientes con ARC y determinar su evolución hacia una artritis autolimitada, persistente indiferenciada o persistente diferenciada (reumatoide u otras).

Material y Métodos: Como herramientas informativas utilizamos: Afiches, folletos y material on line (www.panlareoa.org) diseñados para la comunidad y para el médico. Así como cursos, y talleres. Se medirá el impacto de dichas acciones.

Se diseñaron: a) protocolos de primera visita y evolutivos para el paciente (valoración sicosocial, global de la enfermedad y del dolor, de la calidad de vida y repercusión funcional) y para el médico (variables demográficas, características de la artritis y manifestaciones extrarticulares, antecedentes, examen físico con clini-

metría, analítica e imagenología).

b) REPANARC (Registro Panamericano ARC) software del proyecto diseñado especialmente para registrar la información de los pacientes, está disponible on line. Permite el cálculo automático de índices (DAS 28, SDAI, HAQ, HADs, SF36 V2). Se descargará de modo periódico en un modelo operativo para análisis de los datos.

Los criterios de inclusión son: edad mayor de 16 años, duración de los síntomas igual o menor de 1 año, inflamación de una o más articulaciones, evamamiento matinal mínimo de 30 minutos.

Los criterios de exclusión son: enfermedad degenerativa, artritis séptica y antecedentes de traumatismo articular.

Los pacientes son protocolizados luego de aceptación mediante consentimiento informado en la visita 0 y en las siguientes a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.

En suma PANLAR-EOA es un proyecto que involucra a la reumatología panamericana para conocer cuál es nuestra realidad. Así a través de la educación a la comunidad y al médico lograr un diagnóstico y tratamiento precoz que permita modificar la historia natural de las enfermedades reumáticas inflamatorias.

249. ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS SISTÉMICAS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

Arias S, Fonsalía V, Lujambio A, Bartesaghi V, Asteggiant N. Hospital Maciel Policlínica de Colagenopatías Clínica Médica "3" Facultad de Medicina del Uruguay

La incidencia de trastornos depresivos acompañando a patologías médicas es elevada y tienen importancia pronostica para el curso de la mismas. Síntomas cardinales de las enfermedades inmunomediadas (EAS) como el dolor crónico y la fatiga pueden actuar como desencadenantes de depresión.

Objetivos: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes portadores de conectivopatías. Determinar la frecuencia del dolor, fatiga, trastornos del sueño en pacientes con EAS y su relación con la depresión.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes portadores de conectivopatías asistidos en el período del estudio. Se aplicó cuestionario de depresión CES-D, cuestionario de fatiga (FSS), e Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh. Se evaluó el dolor en escala analógica visual.

Resultados: Se evaluaron 58 pacientes portadores de EAS. El 90% se trató de mujeres con edades entre 16 y 76 años (46,19 +/- 12,6 años). Según el cuestionario CES-D 74% de los pacientes se encuentran deprimidos. El dolor se halló en 84% (n= 49), de los cuales 41 se

hallaban deprimidos (83,7%). Hay una relación estadísticamente significativa entre ambos (Fisher p=0,00057). Entre los pacientes deprimidos 93% eran malos dormidores, 66% entre los no deprimidos (p=0,002). La depresión se asoció en forma significativa a la fatiga 74% para deprimidos, y 26% para los no deprimidos (p=0,001). 24 pacientes (41%) tuvieron consulta con psiquiatra, 15 recibe tratamiento. Todos los pacientes tratados persisten deprimidos.

Discusión: Encontramos una incidencia de depresión muy alta en las EAS (74%), siendo comorbilidad más frecuente. La misma se encuentra significativamente ligada al dolor, la fatiga y los trastornos del sueño. El dolor genera depresión y ésta dolor. Ambos provocan trastornos del sueño y fatiga. La vinculación entre los mismos es compleja. Deterioran la calidad de vida y aumentan la morbimortalidad. Pocos pacientes fueron referidos a psiquiatra. 25% recibe tratamiento antidepressivo. El mismo fue ineficaz en todos los pacientes. Una combinación de factores dificulta el reconocimiento, evaluación y tratamiento de la depresión en la consulta sin embargo su sorprendente frecuencia lo torna imprescindible.

250. SÍNDROME DE TRAPS REFRACTARIO TRATADO EXITOSAMENTE CON ABATACEPT

Baccigaluppi G, Álvarez M, Gutiérrez M, Iacobelli S. Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología y Gastroenterología. Pontificia Universidad. Chile

Paciente de 44 años, con historia desde los 10 años de edad de fiebre, odinofagia y poli artralgiás intermitentes. Con diagnóstico de Enfermedad de Still recibió tratamiento con ácido acetil salicílico.

Se mantuvo asintomático durante varios años con recaídas a los 18 años, y a los 37 años, requiriendo tratamiento con corticoides. Dos años después reapareció poli artritis de muñecas y rodillas, diagnos-

ticándose Gota por la presencia de cristales de urato monosódico en el líquido articular. Se agregó a su tratamiento metotrexato y antiinflamatorios no esteroideos, con respuesta parcial. Por la persistencia de fiebre y artritis, el 2005 se trató con distintos antagonistas del TNF-alfa (adalimumab, etanercept e Infliximab) sin respuesta clínica ni de laboratorio. Posteriormente recibió clorambucil, con buena respuesta clínica que se mantuvo por casi un año, reapareciendo sintomatología. Además recibió Talidomida que no toleró, Rituximab y Micofenolato sin obtenerse ninguna respuesta.

El 2007 se planteó la posibilidad de un síndrome autoinflamatorio, demostrándose mutación del receptor del TNF-alfa (TRAPS).

En ese momento destacaba la persistencia de fiebre sobre 38°C, rash eritematoso en cara anterior de tórax y abdomen y poli artritis que comprometían las muñecas y rodillas. En sus exámenes de laboratorio destacan una velocidad de eritrosedimentación sobre 100mmHr, Proteína C reactiva sobre 89 (hasta 10) y ferritina mayor a 1500 ng/dl. Se decidió iniciar tratamiento con Abatacept 750 mg cada 6 semanas. Se obtuvo una respuesta clínica y de laboratorio muy favorable, con regresión completa de la fiebre, rash y artritis; además de normalización de sus exámenes de laboratorio; mejoría que se mantiene hasta la actualidad.

251. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA A CORTICOIDES Y METOTREXATO, TRATADA CON TOCILIZUMAB

Baccigaluppi G, Jarpa E.

Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

La Enfermedad de Still del adulto es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida. La interleukina 6 es una citoquina con varias actividades biológicas. En la Enfermedad de Still, la sobre producción de esta citoquina tiene un rol patogénico central. Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti receptor interleukina 6, que actúa bloqueando competitivamente la unión del ligando a su receptor.

Paciente de 18 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia. Inició en septiembre de 2009 cuadro de rash máculo-pápulo pruriginoso evanescente en cara anterior de tórax, abdomen, brazos y extremidades inferiores. Se agregó posteriormente artralgias en articulaciones interfalángicas proximales de ambas manos y luego artritis de rodilla derecha y codo derecho. Conjuntamente apareció fiebre hasta 38.5°C y sin otro síntoma sugerente de enfermedad reumatológica. Por estos motivos fue hospitalizado para estudio. Se realizó amplia búsqueda de agentes infecciosos, descartando agentes bacterianos y virales como causales de su cuadro clínico. Estudio de imágenes con tomografía axial computarizada de tórax,

abdomen y pelvis y evaluación por equipo de hematología descartó la posibilidad de síndrome linfoproliferativo. En el estudio reumatológico destacó la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos con título de 1/640 con patrón moteado y niveles de ferritina plasmática de 9843 ng/ml (22 – 322); los restantes exámenes reumatológicos fueron todos negativos.

Dado de alta con tratamiento en base a anti inflamatorios no esteroideos; el paciente evolucionó nuevamente febril y con rash de similares características clínicas a su cuadro inicial. Dentro de sus exámenes destacó una velocidad de eritrosedimentación de 57 mmHr (1 - 14) y proteína C reactiva de 23.3mg/dl (menor a 1.0). Se inició tratamiento con prednisona 1mg/kg/día y metotrexato 10mg semanales. A pesar de este tratamiento, el cuadro febril y rash cutáneo volvió a presentarse; razón por la cual se decidió iniciar tratamiento con agente biológico tocilizumab. Actualmente el paciente ha completado dos ciclos con esta terapia obtenido muy buena respuesta clínica y de laboratorio, normalizando los resultados de éstos últimos.

252. CASE REPORT: MORPHEA VERSUS EOSINOPHILIC FASCIITIS (EF)

Burgos PI, Navarro IY and Alarcón GS.

Pontificia Universidad Católica de Chile. The University of Alabama at Birmingham. Chile

EF is an uncommon disorder of unknown etiology characterized in its early phase by limb or trunk erythema and edema; eosinophilia is often a prominent early laboratory finding but it may persist over the disease course. CASE: In January 2006 a 29-year-old man with Juvenile Diabetes broke his left ankle. Swelling and then decreased range of motion (ROM) of the left hand ensued. Subsequently, tightening of the skin of his left ankle and right hand developed. By the end of 2006 involvement of all four extremities was present. Morphea was diagnosed by skin biopsy but a muscle biopsy taken from the left deltoid was normal. Laboratory work performed at that time included normal CBC, renal function, albumin, transaminases, CK, uric acid, RF and anti-CCP antibodies, a mildly elevated ESR and elevated aldolase and CRP. Lyme disease and Rocky Mountain spotted fever antibodies were negative; specific scleroderma antibodies were not tested. In the absence of other features of scleroderma (Raynaud's, dysphagia), the patient was diagnosed as having morphea and treated with methotrexate (10 mg/week). In 2007 he sought a 2nd opinion at

our institution; his skin lesions had progressed into the mid arms and mid thighs with other areas of induration present over his torso (fig 1). He also had limited ROM, especially on extension of fingers and elbows and flexion of both ankles. A MRI (fig 2) showed edema overlying the fascia and thickened subcutaneous tissue. Laboratory tests revealed peripheral eosinophilia (25% of 6000 WBC); ANA, aDNA and aCL were negative. A new skin biopsy showed thickening of the subcutaneous fibrous septa with presence of a moderately dense inflammatory infiltrate containing lymphocytes, histiocytes, plasma cells and scattered eosinophils (fig. 3). A diagnosis of EF was made and patient started on high doses of corticosteroids, plaquenil and physical therapy. Significant decrease of the swelling on his hands and feet and increased ROM of his hands, left elbow and ankles gradually occurred. Tacrolimus was added in 2009, with patient maintaining good function. CONCLUSION: A subacute course may occur in EF. In the absence of other scleroderma features, EF should be strongly suspected.

253. ANGIOEDEMA HEREDITARIO, FRECUENTE CAUSA DE REFERENCIA AL REUMATÓLOGO

Candia L.,¹ García V2., Giraldo P, Arias C, Patiño A, Márquez JD.³

¹Reumatóloga IPS Especializada Audifarma Bogotá Colombia ²Estudiante de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana Medellín ³Médico Internista Reumatólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín. Colombia

El angioedema es una condición caracterizada por edema epiléptico. Existen 2 formas El hereditario autosómico dominante, con dos tipos: Tipo I, disminución o ausencia del C1 inhibidor; 85% de los casos, y el Tipo II, el inhibidor es producido normalmente pero es disfuncionante. En el angioedema adquirido hay baja concentración de la proteína, es de inicio en adultos. Dos tipos: Tipo I, los pacientes tienen transformación a linfoma y el tipo II donde se presentan auto anticuerpos **Objetivo:** Describir describir casos de angioedema que fueron referidos para consulta reumatológica Descripción de Casos: Caso 1 Masculino 40 años, sin historia familiar relevante, se le diagnosticó artritis reumatoide por la presencia de unas grandes placas eritematosas, elevadas y dolorosas sobre las articulaciones de las manos y a veces sobre las rodillas. El interrogatorio dirigido reveló que las placas en ocasiones se presentan en los muslos y en otras zonas no articulares. Ha recibido altas dosis de prednisona y DMARDs que le han ocasionado osteoporosis secundaria y sin alivio de sus síntomas, dentro de sus parámetros, el factor reumatoide (FR) es positivo límite,

trofe, anti-CCPs negativos, ANAS, negativos y complemento normal, Rx de manos sin alteraciones. Caso 2 masculino de 38 años reporta la presencia de placas eritematosas sobre las articulaciones y es referido para descartar LES, en ocasiones presenta edema importante en la boca, la cara y ojos, relacionado con la ingesta de mantequilla, niega dificultad respiratoria, sus parámetros, ANAs y FR negativos, complemento normal. Tiene un Tío y un primo con el mismo problema. Caso 3 Femenino de 32 años con placas eritematosas elevadas, sobre las articulaciones, rash malar, y ataque al estado general, además de fotosensibilidad, acompañan a estos episodios edema de ojos o de boca, y se relacionan al stress o al consumo de alcohol, referida para descartar LES, sus ANAs y complemento normales, dexametasona y prednisona agravaron sus síntomas.

Conclusión: el AEH es una causa frecuente de referencia al reumatólogo por sus manifestaciones reumáticas. Es importante referirlos al alergólogo y prevenir iatrogenias como la osteoporosis inducida por esteroides

254. PREVALENCIA DE AMILOIDE EN BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE MÁS DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Castañes Menescardi MS, Kurpis M, Díaz Cuiza PE, Retamozo MS, Haye MJ, Alvarez AC, Saurit V, Alvarellos A, Cuestas E, Diller A, Caeiro F. Servicio de Reumatología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Córdoba. Argentina

La amiloidosis secundaria es una seria complicación de la artritis reumatoide (AR). La prevalencia en AR varía entre 7 y 30%. La mortalidad varía entre 1,5 y 24%, siendo las causas principales de muerte las infecciones y el fallo renal. Estos datos sugieren la necesidad de realizar screening en aquellos con riesgo de padecerla.

Existen distintos métodos para el diagnóstico de amiloidosis, entre los que se incluye la biopsia de glándulas salivales (BGS).

Objetivos: Conocer la prevalencia de amiloidosis secundaria diagnosticada por BGS en pacientes con AR de 10 ó más años de evolución. Describir las características clínicas y de laboratorio en estos pacientes.

Pacientes y Métodos: Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de AR (según los criterios del Colegio Americano de Reumatología) de 10 o más años de evolución, atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Privado de Córdoba.

Se registraron datos clínicos (edad, sexo, duración de la enfermedad, deformidades articulares, manifestaciones extraarticulares) y datos de laboratorio (VSG, factor reumatoideo (FR), creatinina). Se calculó el clearance de creatinina (CICr) con la fórmula MDRD. Se realizó BGS a todos los pacientes, y tinción con Rojo Congo de la muestra para la detección de amiloide.

Resultados: Se estudiaron 41 pacientes con AR de 10 ó más años de evolución: 36 mujeres (88%); edad media 64 años (DS ±10); duración media de la enfermedad al momento del estudio 24 años (DS ±12).

La prevalencia de amiloide diagnosticado por BGS fue de 14,6% (6 pacientes IC95% ±11,3). El 50% de los pacientes con BGS positiva presentaban alteración de la función renal (proteinuria, CICr alterado) (Tabla 1).

Conclusión: Estos datos muestran una prevalencia de amiloide del 14,6% diagnosticado por BGS en pacientes con AR de larga data. Solo un 50% de estos pacientes presentó deterioro de la función renal, lo cual sugiere investigar la presencia de amiloide en pacientes con AR de larga evolución aunque no tengan enfermedad renal aparente.

Tabla 1.
Características clínicas y de laboratorio de los pacientes con AR y BGS

	BGS + (n=6)	BGS - (n=35)
Edad (años ± DS)	64,7 ± 9	63,5 ± 10,7
Mujeres n (%)	5 (83)	31 (89)
Duración de la enfermedad (años ± DS)	26,2 ± 10	23,4 ± 13
Deformidades articulares n (%)	6 (100)	31 (89)
Manifestaciones extrarticulares n (%)	2 (33)	18 (51)
DAS 28 (promedio ± DS)	4,39 ± 1,5	4,05 ± 1,4
FR + n (%)	4 (67)	33 (94)
VSG (promedio ± DS)	33,5 ± 33	27,7 ± 22
Creatinina plasmática (promedio ± DS)	1,02 ± 0,7	0,86 ± 0,3
MDRD (promedio ± DS)	93 ± 61	81 ± 26
Proteinuria n (%)	3 (50)	2 (6)
Insuficiencia renal (MDRD < 60) n (%)	3 (50)	6 (17)

255. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIO A ANTI TNF Y ANTI CD20

Yucra D, Paris V, Parra M, Berón AM, Curti A, Dubinsky D, Nasswetter G.
División de Reumatología Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Argentina

La enfermedad de Still del adulto (eSA) es una afección inflamatoria sistémica poco frecuente y de causa desconocida. Diversas citoquinas (TNF, IFN, IL1B, IL6, IL18) se encuentran elevadas. Se considera a los agentes biológicos una opción terapéutica válida para aquellos casos refractarios al tratamiento convencional (AINES, DMARD, GC).

OBJETIVO: Se presenta un caso de eSA refractaria a DMARD y a 2 agentes biológicos con distintos mecanismo de acción (infliximab y rituximab).

CASO CLINICO: Paciente de 28 años, sexo femenino que presenta poliartritis, fiebre, rash cutáneo evanescente, odinofagia, linfadenopatías, leucocitosis, trombocitosis, ferritina 2100 ng/ml, FAN, FR y antiCCP negativo. Se diagnostica eSA e inicia tratamiento con AINES y meprednisona 1 mg/kg/día con mejoría parcial. Se agrega metotrexato 20 mg/semanal/IM y sulfazalasa 1500 mg/día.

Por continuar con inflamación articular (DAS28: 7.1) acompañada de fiebre, se agrega infliximab a dosis 4 mg/kg. Presenta mejo-

ría clínica transitoria (DAS28: 4.55) y posteriormente evoluciona con alopecia, fotosensibilidad, rash malar, úlceras orales indoloras y FAN (+) 1/200 homogéneo. Por el desarrollo de LES inducido por antiTNF y falta de respuesta, inicia antiCD20 (rituximab) en dosis de 1 gr (día 0 y 20).

Luego de 4 meses, se observa mejoría de alopecia, desaparición de fotosensibilidad, FAN, antiDNA, FR negativo, pero continúa con actividad de eSA (DAS28: 7.29 y fiebre). Al año de tratamiento continua febril, DAS28: 7.44, leucocitosis, trombocitosis (1026000/ml) y ferritina 12.8 ng/ml. Se indica tocilizumab.

DISCUSIÓN: La eSA es una entidad mucho menos frecuente en el adulto que en el niño. La respuesta al tratamiento puede ser también diferente. Ante la persistencia del cuadro puede ser necesaria la administración de agentes biológicos. En este caso refractario, la falta de respuesta a anti-TNF y anti-CD 20 y la no disponibilidad de anti IL-1, abre la posibilidad de la utilización de un anti-IL 6 como alternativa terapéutica.

256. CALCINOSIS TUMORAL. REPORTE DE UN CASO

Fuenmayor J, García Mac Gregor E, Nava A, Rojas M.
Residente Posgrado Reumatología Universidad del Zulia. Jefe Posgrado de Reumatología Universidad del Zulia. Residente Posgrado Reumatología Universidad del Zulia. Residente de Posgrado Reumatología. Venezuela

La Calcinosis Tumoral es una patología de etiología desconocida, de carácter benigno, que consiste en el desarrollo de calcificaciones en los tejidos blandos periarticulares. Se describen dos presentaciones clínicas de esta enfermedad: la idiopática propiamente dicha y la familiar. Se ha descrito la presencia de masas calcificadas periarticulares en otras patologías tales como insuficiencia renal crónica, hiperparatiroidismo primario y secundario, intoxicación con Vitamina D, síndrome de leche-alcali, dermatomiositis, esclerodermia y síndromes paraneoplásicos, pero estas entidades se diferencian de la calcinosis tumoral idiopática por la presencia de trastornos severos en el metabolismo del calcio y el fósforo. Caso: Paciente femenina de sesenta años de edad, de raza blanca, quien desarrolló progresivamente tumoraciones de consistencia firme sobre la tercera articulación interfalángica distal (IFD) de la mano derecha, la tercera interfalángica proximal (IFP) de la mano izquierda, el codo izquierdo, la axila derecha y los hallux de ambos

pies. En los rayos x simple se observan grandes masas calcificadas bien delimitadas, lobuladas, rodeando las articulaciones de las manos, los pies, codo izquierdo y axila derecha sin relación con las superficies óseas. Se realizaron exámenes de laboratorio que incluyeron entre otros: creatinina, urea, calcio, fósforo, paratohormona, hormona tiroidea, ácido úrico, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, complemento, los cuales resultaron dentro de los límites normales. Durante el interrogatorio y en el examen físico no se encontraron signos y síntomas compatibles con neoplasias, colagenopatías u otros trastornos autoinmunes. Discusión: La historia clínica, los hallazgos radiológicos y de laboratorio de ésta pacientes son consistentes con el diagnóstico de Calcinosis Tumoral Idiopática. La existencia de masas calcificadas en pequeñas articulaciones de las manos y los pies es poco frecuente en la calcinosis tumoral idiopática, de ahí la relevancia del caso que se presenta.

257. ERITEMA PERNIO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.LIMA- PERÚ

García E, Yupari M, Morales I.
Universidad nacional mayor de san marcos. Servicio de reumatología del hospital nacional arzobispo loayza. Perú

El eritema pernio (EP) es una patología dérmica inflamatoria asociado a la exposición al frío. Esta afecta principalmente las extremidades distales, pabellón auriculares y región nasal. METODOLOGIA: Reporte de casos. Se describe las características demográficas, clínicas, laboratoriales y el tratamiento brindado en pacientes con EP evaluados en el invierno del 2007 en el servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima

Perú. RESULTADOS: Fueron evaluados 3 varones y 6 mujeres, encontrándose la gran mayoría entre los 15 a 20 años (66.6%). El 66.6% presentó compromiso en los dedos de las manos (bilateral), 22.2% en pabellón auricular (unilateral), 44.4% en dedos de los pies (bilateral). Todos presentaron eritema, el 66.6% presentó prurito, 66.6% dolor, 66.6% cianosis en la zona afectada. Ninguno presentó elevación de la velocidad de sedimentación globular, la proteína

C reactiva fue negativa, el ANCA y los anticuerpos antinucleares fueron negativos. Siete pacientes recibieron cetirizina, nifedipino y meloxicam con respuesta adecuada, dos habían pentoxifilina pero no obtuvieron respuesta, por lo que se les indicó cetirizina y nifedipino obteniéndose mejoría. **CONCLUSIÓN:** El EP se presentó pre-

dominantemente en mujeres jóvenes, localizándose mayormente en las extremidades en forma bilateral, ningún paciente presentó alteración en las pruebas de laboratorio, así mismo todos respondieron satisfactoriamente a la asociación de nifedipino y cetirizina.

ERITEMA PERNIO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE LABORATORIO

Paciente	Edad	Sexo	Antecedente	Localización	Síntomas y signos	Biopsia	PCR	VSG	ANA	ANCA
1	18	Masculino	N A	Dedos de la mano	Prurito, eritema y dolor	NR	Negativo	7	Negativo	Negativo
2	17	Femenino	N A	Dedos de las manos	Prurito , eritema y dolor	NR	Negativo	10	Negativo	Negativo
3	68	Masculino	Hipertensión arterial	Dedos del pie y pabellón auricular	Eritema y cianosis	NR	Negativo	5	Negativo	Negativo
4	71	Femenino	Diabetes mellitus	Dedos de las manos y pabellón auricular	Eritema, dolor, prurito y cianosis	Eritema pernio	Negativo	9	Negativo	Negativo
5	16	Femenino	N A	Dedos de las manos y pies	Eritema , cianosis y dolor	NR	Negativo	4	NR	Negativo
6	15	Femenino	N A	Dedos de las manos	Eritema, prurito y cianosis	NR	Negativo	7	NR	NR
7	19	Masculino	N A	Dedos de los pies	Eritema, dolor	Eritema pernio	Negativo	3	Negativo	Negativo
8	26	Femenino	N A	Dedos de los pies	Eritema, prurito y cianosis	NR	Negativo	2	Negativo	Negativo
9	20	Femenino	N A	Dedos de las manos	Cianosis , prurito y dolor	NR	Negativo	4	Negativo	Negativo

NR: No Realizado

NA: No Antecedente

258. RHUPUS; QUÉ HAY DE NUEVO Y REVISIÓN MÁS PROPUESTA DE EVALUACIÓN

Hernández-Vera I, Pérez-Aguila E, Bañuelos-Ramírez D.

Medicina Interna y Reumatología. Hospital de especialidades. Unidad Médica Alta Especialidad IMSS. Puebla, Pue. México

Se reconoce que es posible la coexistencia de dos o más enfermedades reumáticas en algún paciente y estas coexistencias o sobreposiciones tienen frecuencias de presentación ya determinadas; una puede anteceder a la otra o bien, estar ambas desde el inicio, predominando los signos, síntomas y parámetros de laboratorio y gabinete de una de ellas.

Presentación de casos: 4 casos de Rhupus (coexistencia de lupus y artritis reumatoide) con criterios suficientes para cada una de estas entidades consideradas por separado (Criterios ACR), cumplidos en los 6 primeros meses. Los resumimos en la siguiente tabla.

Comentarios: La afección renal se observó más en Rhupus femenino, con gran proteinuria, pero sin daño permanente, y los títulos de anti-DNA fueron bajos. No fue posible determinar anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados en la mitad de los casos.

Paciente	1	2	3	4
Género	F	F	M	F
Artritis inicial				
Característica	SI	SI	SI	SI
Derrame pleural	+	+	-	+
Afección renal	SI	SI	NO	SI
ANA	+	+	+	+
FR	+	+	+	+
AntiCCP	ND	ND	+	+

Los pacientes 3 y 4 sí los tuvieron y a títulos altos. Es posible que en Rhupus existan otros marcadores no estudiados previamente como los Anti-CCP y el papel que ellos desempeñan en cuando a Dx y pronóstico en el Rhupus aún queda por dilucidarse.

259. EFFICACY AND SAFETY OF CANAKINUMAB IN A LARGE COHORT OF PATIENTS ACROSS DIFFERENT SEVERITY PHENOTYPES OF CRYOPYRIN-ASSOCIATED PERIODIC SYNDROME (CAPS)

Lachmann HJ(1), Kuemmerle-Deschner JB(2), Hachulla E(3), Kone-Paut I(4), Hoyer J(5), Smith J(6), Leslie K(7), Patel N(8), Preiss R(8), Hawkins PN.(1) (1)JRFUCMS, London, UK (2)Univ-clinic, Tuebingen, Germany (3)Hôpital CH, Lille, France (4)Hôpital Kremlin Bicetre, France (5)Univ-clinic, Marburg, Germany (6)Univ-Wisconsin, Madison, WI (7)UCSF, SF, CA (8)Novartis, EH, NJ. UK

CAPS is associated with IL-1 β overproduction. Canakinumab, a fully human monoclonal antibody, achieves selective and prolonged blockade of IL-1.

Method: Patients were canakinumab-naïve or rolled-over from Phase II/III studies. Patients received canakinumab s.c. 150 mg or 2 mg/kg (≤ 40 kg) every 8 weeks. Primary objective was to assess long-term safety and tolerability of canakinumab in CAPS patients. Secondary objectives included assessment of complete response (CR) (for naïve patients), maintenance of response, and dose adjustment. Relapse was defined as serum CRP and/or SAA levels >30 mg/L and physician's global assessment of disease activity (PGDA) $>$ minimal or PGDA =minimal plus skin assessment $>$ minimal. Reported are results from an interim analysis.

Results: Of 98 (19 pediatric) enrolled patients (19 FCAS; 69 MWS; 9 MWS/NOMID; 1 cold urticaria/protocol deviation) aged

5-69 years, 44 were canakinumab-naïve and 54 received canakinumab previously. Median duration of exposure was 113 days. Mean number of injections per patient was 2.9. A CR by Day 8 was observed in 41/44 (93.2%) canakinumab-naïve patients. 77 had no relapse (90.6%), 5 experienced a relapse (5.9%), 3 naïve patients did not achieve a CR (1 achieved CR after dose adjustment) and 13 patients had missing relapse assessment data at the analysis cut-off. At least one dose adjustment was required in 16 patients (16.3%). Predominant adverse events were infections (31.6%), mostly mild-to-moderate in severity. Serious adverse events reported in 5 patients resolved on-treatment. 94.9% had absent injection site reaction. None developed anti-canakinumab antibodies.

Conclusion: 8-weekly administration of canakinumab provided rapid improvement of symptoms and sustained remission in nearly all CAPS patients across all disease severity phenotypes.

260. MACROAMILASEMIA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Leiva C, Mora C, Olivera R, Pérez W, Zevallos R.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Perú

Macroamilasemia es una condición benigna adquirida, caracterizada por una amilasa sérica con un tamaño molecular anormalmente grande, que no puede ser depurada por los riñones. Este puede ser observado en enfermedades como diabetes mellitus, enfermedad celiaca, colitis ulcerativa, mieloma múltiple, infección por HIV, enfermedad hepática, linfoma y artritis reumatoide (AR). Se presenta el caso de un paciente con artritis reumatoide que cursó con hiperamilasemia asintomática.

Caso clínico: Varón, 72 años, diagnóstico de AR en base a poliartrosis simétrica de dos meses de evolución en metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales, muñecas, codos, hombros, rodillas; rigidez matutina (RM) mayor de 1 hora; factor reumatoide (FR) positivo, iniciando tratamiento con ibuprofeno 400 mg TID y paracetamol 500 mg TID, siendo referido a servicio de reumatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati por persistencia de síntomas. Al momento de admisión, no refiere síntomas gastrointestinales, no dolor abdominal, no dolor ni tumefacción en región parotídea. Al examen físico se encontraron 6 articulaciones tumefactas,

17 dolorosas; abdomen blando, no organomegalias, no doloroso; no signos inflamatorios en parótidas; el resto del examen fue no contributorio. Exámenes auxiliares: FR 205 UI/L (VN <15), amilasa sérica 1098 U/L (28-100 U/L), lipasa 34 U/L, proteína C reactiva (PCR) 6.5 mg/dl, velocidad de sedimentación globular (VSG) 74 mm/hr, hemoglobina 11.4 g/dl, leucocitos 4200 células/uL. Proteiograma electroforético: no gammapatía monoclonal. DAS28PCR 6.44. TAC abdominal sin alteraciones, ecografía abdominal sin alteraciones. Al no hallar evidencia de lesiones en el páncreas se solicitó un examen de macroamilasa sérica cuyo resultado fue positivo. Se decidió iniciar de sulfasalazina (SSF) 500 mg BID, con aumento de dosis luego de 4 semanas a 1 g BID; con evolución favorable: PCR 0.5 mg/dl, VSG 27 mm/hr, DAS28PCR 1.56, amilasa 470 U/L.

Conclusión: Macroamilasa se forma cuando la amilasa se une a otras macromoléculas como inmunoglobulinas y polisacáridos. En AR esto ocurre mayormente por la unión de moléculas de amilasa con inmunoglobulinas. En nuestro caso el inicio de SSF, así como redujo la actividad de la enfermedad, redujo los niveles de amilasa.

261. ACUTE ADULT-ONSET STILL'S DISEASE PRESENTING AS PULMONARY HEMORRHAGE, URTICARIA, ANGIOEDEMA AND LEUKEMOID REACTION

1. Mora Alfonso S, Londoño J, Santos P, Valle-Oñate R, 2. Quintana G.

Filiaciones: 1Reumatología, Universidad Militar Nueva Granada /Universidad de la Sabana/ Grupo de Espondiloartropatías, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.2. Medicine Department, Universidad Nacional de Colombia. Colombia

The diagnosis of adult-onset Still's disease (AOSD) can be very difficult. Reliance is usually placed on a symptom complex and the well described typical rash. In recent years, however, other cutaneous manifestations of AOSD have been reported but these are not so well known. Methods: In May 2009 a 40-year-old woman was admitted, with a fever of 39 C, generalised arthralgia involving the elbows, wrists, MCP, PIP, knees and ankles, fever and marked fatigue. Examination revealed angioneurotic edema detected on soles

and palms and a widespread urticarial rash and which demonstrated marked linearity in areas of mechanical stimulation. Followed 5 days later by fever the patient presented dyspnea and hypoxemia. A chest x-ray film showed a patchy right lower lobe infiltrate. An early bronchoscopy with bronchoalveolar lavage revealed siderophages in 80%. Bronchoalveolar lavage specimen was sent for routine cultures, all the results were negative. A skin biopsy demonstrated neutrophilic urticaria. Investigations revealed a normocytic anaemia, a

marked leucocytosis : $67.2 \times 10^9/L$, erythrocyte sedimentation rate 49 mm/hr, CPR 11,43 mg/L and ferritin 1650 $\mu g/L$. ALAT : 74 IU/L .ANA, rheumatoid factor, immune complexes and serum electrophoresis were unremarkable. There was no serological evidence for active or recent infection, Blood cultures were negative. In the bone marrow aspiration, we found remarkable hyperplasia and granulocytes of each mature state, without an increase of myeloblasts, the neutrophil alkaline phosphatase score was normal, Ph chromosome was negative. A diagnosis of AOSD was made. Conclusion: Here we present a rare case with many unusual manifestations. As far

as we know this is the fifth case reported before of AOSD with an initial presentation as urticaria, and the third case as angioedema as initial presentation and the only case in the English literature that reported the association with acute pulmonary hemorrhage. We suggest to the clinicians to keep in mind these findings and the need to consider urticaria and angioedema in the differential diagnosis of cutaneous manifestations of AOSD, and recognize this new finding of pulmonary hemorrhage as another possibility in the differential diagnosis of acute infiltrates in AOSD.

262. USO DE INMUNOGLOBULINA G HUMANA ENDOVENOSA (IGEV) EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Mussano ED; Onetti LB, Barberis G, Gamron S y Onetti CM.

Servicio de Reumatología Hospital Nacional de Clínicas - UHMI 1, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, R. Argentina

Las preparaciones de inmunoglobulina endovenosa (IGEV) son utilizadas como terapia efectiva en diversas enfermedades como: inmunodeficiencias primarias (IDP) y secundarias (IDS), enfermedades autoinmunes (EAI) e inflamatorias sistémicas (ENFSIS), enfermedades infecciosas y enfermedades alérgicas entre otras.

Objetivo: presentar una casuística actualizada en el uso de IGEV en distintas enfermedades reumáticas.

Pacientes y métodos: se estudiaron en forma retrospectiva 10 mujeres y 3 varones con una edad media de 29 años con distintas enfermedades reumáticas, que por refractariedad a tratamientos convencionales, se les efectuaron pulsos de IGEV para tratar de lograr mejoría o remisión de su cuadro clínico previo. De los pacientes 6/13 cumplían con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) ACR 1997, 2/12 síndrome antifosfolípido primario (SAF 1°) Wilson 1999; 1 polidermatomiositis (PDM), 1 de artritis crónica juvenil (ACJ), 1 de panarteritis nodosa cutánea (PAN cutánea) ACR 1990, 1 con síndrome de Evans (S.E.) y 1 con uveítis autoinmune (UA).

Resultados: de 13 pacientes, 7 tuvieron respuesta positiva a la terapia con IGEV evaluada por parámetros clínicos, bioquímicos y de calidad de vida que se prolongaron en el tiempo de seguimiento de los mismos, los cuales quedaron con tratamientos convencionales, excepto una paciente que después de 24 meses recibió nuevo pulso de IGEV por reactivación de su paniculitis lúpica. En otros 6 pacientes se consideró que hubo fracaso terapéutico, ya que la respuesta clínica y bioquímica fue pobre en 4 y 2 pacientes fallecieron dentro del mes del último pulso: 1 por hemorragia pulmonar masiva y otro por sepsis.

Conclusión: si bien la terapia con IGEV es una opción valedera y efectiva para algunas patologías reumáticas como la enfermedad de Kawasaki, en otras ha sido utilizada como recurso terapéutico alternativo ante el fracaso de tratamientos convencionales, adoptando su uso solo en situaciones muy especiales debido a su alto costo y relativa eficacia.

Paciente Nro	Edad	Sexo	Patología	Tiempo de evolución (meses)	Índices de gravedad	Dosis	Evolución	Efectos colaterales	Pulsos
1 -P.J.	17	F	S. de Evans	12	trombopenia	400 mg	Mala	no	5
2 -B.N.	19	F	SAF 1°	3	trombopenia	400 mg	muy buena	no	5
3 -J.M.	35	F	PAN cutánea	24	progresión de lesiones	500 mg	† (sepsis)		6
4 -A.H.	27	M	SAF 1°	8	trombopenia	400 mg	Buena	no	5
5 -G.J.J.	63	M	DPM	72	miositis severa	500 mg	muy buena	no	4
6 -A.N.	17	F	LES	36	s. nefrótico	500 mg	Regular	no	3
7 -P.M.	19	F	LES + SAF	7	vasculitis + trombopenia	400 mg	† (HPM)		4
8 -L.F.	42	M	Uveítis autoinmune	8	progresión de lesiones	600 mg	muy buena	no	5
9 -O.N.	35	F	LES	36	dermatitis severa	400 mg	Bueno	no	5
10 -M.L.	26	F	ACJ	5	vasculitis + trombopenia	500 mg	muy buena	no	5
11 -S.J.	26	F	LES + SAF	6	trombopenia	400 mg	Mala	no	5
12 -A.P.	24	F	LES	48	dermatitis severa + GNDRP	400 mg	Mala	no	4
13 -F.E.	44	F	LES	84	paniculitis lúpica	400 mg	muy buena	no	5

263. ANGIOEDEMA HEREDITARIO, PRESENTACIÓN DE UN CASO FAMILIAR

Nass M, Nass L, Cisterna M, Aguayo C, Seguel M, Vergara P, Barriá R.
Universidad de Concepción. Hospital Higuera Talcahuano, Chile

El Angioedema Hereditario (AEH) es una enfermedad rara, grave, autosómica dominante, que se caracteriza por episodios recurrentes de edema indurado, unifocal, doloroso más que pruriginoso y no se acompaña de urticaria, con intenso dolor abdominal y vómitos causados por edema de la pared intestinal, que incluso pueden confundirse con un abdomen quirúrgico. Los síntomas de una inminente obstrucción de las vías respiratorias incluyen dificultad al tragar y un cambio en el tono de voz. De difícil diagnóstico por la aparición de crisis, a veces, sin razón aparente y con frecuencia por traumatismos o estrés emocional, notándose incremento de episodios en el embarazo. El estado puede causar una obstrucción mortal de las vías aéreas superiores. Su causa es un déficit del C1 inhibidor (C1 INH). Su diagnóstico se puede establecer midiendo C4 o C1 INH. Sus manifestaciones clínicas generalmente se presentan en la pubertad. Nosotros reportamos el caso de una madre y sus 2 hijos. La madre de 45 años, con síntomas desde los 17 años, con edema de manos y cara, laringe, lengua y piso de boca, vómitos y dolor abdominal severo. En sus 3 embarazos las crisis se intensificaron

en frecuencia y gravedad, siendo hospitalizada en repetidas oportunidades, requiriendo uso de Plasma fresco congelado e Inhibidor de la C1- Esterasa Humana endovenosa. El valor de C1 INH era 3 mg/dL, C4 5.9 mg/dL, que luego de tratarse con Danazol 400 mg/día aumentó C1 INH a 11.5 mg/dL y el C4 a 15.2 mg/dL. Su hija de 15 años, debutó con el cuadro a los 10 años, con la misma clínica de la madre, su C1 INH es 5.9 mg/dL, el C4 es 5 mg/dL. Su hijo de 20 años, presentó sus primeros síntomas a los 16 años, con edema facial, de manos, pies y escrotal marcado. Su C1 INH es 7.7 mg/dL y el C4 es 12 mg/dL. El hijo está recibiendo Ácido Tranexámico 250 mg/día desde noviembre 2009, con excelente respuesta. Los estudios confirman que los corticoides, antihistamínicos y la epinefrina no son eficaces en el tratamiento del AEH. Como el AEH se transmite en familias, es imprescindible el estudio de todos los familiares, particularmente antes de procedimientos dentales y cirugías, debiéndose tomar las precauciones necesarias ante la eventualidad de un edema de laringe.

264. FUNGUS AND VIRUS AS TRIGGERS OF MACROPHAGE ACTIVATION SYNDROME (MAS) IN AN ADULT WITHOUT CONNECTIVE TISSUE DISEASE (CTD)

Navarro IY, MD1; Burgos PI, MD1,2; Alarcón GS MD, MPH.1
1 University of Alabama at Birmingham; 2 Pontificia Universidad Católica de Chile. USA

MAS is a macrophage-related histiocytic disorder and a life-threatening complication of CTDs characterized by pancytopenia, fever, splenomegaly, hypertriglyceridemia and hypofibrinogenemia. Its pathogenesis is not well known but MAS cases triggered by viral, especially Epstein-Barr virus (EBV) and fungal infections have been described in adults without CTDs. CASE: A 71-year-old white woman with a history of diabetes mellitus was hospitalized with fever of four weeks in duration after a cholecystectomy. An abdominal abscess and bile duct leak were ruled out by computed tomography. Because of the presence of confusion and pancytopenia, an extensive workup was done including brain magnetic resonance, bone marrow (BM), temporal artery and liver biopsy, all of which were normal; however she was found to have Candida parapsilosis fungemia and Enterobacter aerogenes bacteremia; fluconazole and cefazolin were started. She developed progressive altered mental status and became obtunded. Despite appropriate antimicrobial treatment, she did not improve. She developed elevation in transaminases, coagulopathy, and hyperferritinemia. She was kept on broad

spectrum antibiotics, and tested for Erlichia, EBV, CMV, HSV, Bartonella, hepatitis A, B and C, Tropheryma whipplei, Rocky Mountain spotted fever, Parvovirus B19, HIV, JC virus, Treponema pallidum, Leptospira, West Nile virus, Legionella and Cryptococcus; all of these tests were negative as were surveillance blood cultures. The quantiferon test for tuberculosis was undetermined. Cerebrospinal fluid did not show evidence of infectious agents; rheumatoid factor and ANA were negative. A new BM biopsy showed CD163 positivity, an increase in macrophages and hemophagocytosis (fig1); EBV was positive in the BM biopsy by polymerase chain reaction. She was started on methylprednisolone, anakinra and cyclosporine A. Despite this treatment she developed multiorgan failure and died. CONCLUSION: The key to the successful treatment of MAS is a high degree of clinical suspicion. In patients without CTDs and bone marrow suppression, empirical antibiotic treatment should be started from the outset. EBV reactivation may be associated with a worse outcome. Further studies about the role of infections in MAS are needed.

265. ROSS SYNDROME ASSOCIATED WITH DIABETES TYPE 2

*M.R. Rodríguez Moreno; *M. Guzmán Úbeda; I. Rodríguez Moreno
*Rheumatology Service. Virgen de las Nieves University Hospital. Granada. Spain

Ross syndrome: Ross it's the first author that describe clinic triad: segmental progressive with Tonic pupil Adie and areflexia. Anhidrosis it's often asymmetric, and may have areas of compensatory hyperhidrosis in other part of the body. Pharmacological and Histopathological Studies have indicated a new Postganglionic neu-

ronal defect. Skin Biopsy revealed an absence of non-myelinated cholinergic pseudomotor fibers and a reduction in myelinated and non-myelinated sensory fibers.

Design: Clinical History: A 54 years-old-man with right lumbar Hyperhidrosis and Anhidrosis in the rest of the body. Hyporeflexia

of the deep reflex of the tendons and a Tonic pupil Adie of 7 years of evolution. Diabetes type 2 of 5 years of evolution treated with oral Antidiabetics. Chronic Inflammation of the tendons of the shoulder with capsular retraction.

Methods: Clinical History and Laboratory data.

Results:

– Clinical History: Ross Syndrome associated with Diabetes type 2.

– Laboratory data: Hyperglycemia (221mg/100ml); Hemoglobin A1: 8'1%; Thyroid Hormones: normality; Glycosuria (13'66 g/l).

Discussion: Distal Anhidrosis, may be often subclinical, we detect by clinical test of the sudoresis in numerous patients with peripheral Neuropathy. Diabetes mellitus, it's the most common

cause of Autonomic Neuropathy in the developed world, typically affect thermoregulation sweating in a distribution in glove and sock. When the Neuropathy progresses, may develop a truncal or global anhidrosis. But in our case, peripheral Neuropathy is not present and sweating disorder is only attributable at Ross Syndrome.

Conclusion:

1- We describe the association between a Ross Syndrome and Diabetes type 2.

2- Neuroanatomical distribution of the Hypohidrosis and Anhidrosis disorders involves lesions that covers since cerebral cortex even eccrine sudoriparous glands.

3- Chronic Inflammation of the tendons of the shoulder with capsular retraction is characteristic of the Diabetics with poor control.

266. UVEITIS IN A REFERRAL RHEUMATOLOGY CENTER. REPORT ON THE CLINICAL PATTERNS AND CHARACTERISTICS OF AUTOIMMUNE-DERIVED UVEITIS IN COLOMBIA

Rueda JC, Mantilla RD, Rueda JM, Gonzalez H, Lopez-Castillo CA, de-la-Torre A. Spondyloarthritis-Group Division of Rheumatology, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia

Uveitis is a complex intraocular inflammatory eye disease with a high risk of blindness and visual impairment. Systemic disease-related uveitis is known to be caused by autoimmune diseases, and uveitis tends to be the first manifestation of an undiagnosed disease; hence, rheumatologists are often consulted during the diagnosis of patients with uveitis. Autoimmune-related uveitis can be caused by an underlying autoimmune disorder, or can occur in the context of autoimmune diseases, including inflammatory bowel disease, Behçet's disease, Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) disease, and multiple sclerosis. **Materials and Methods:** We describe the clinical patterns and characteristics of uveitis and its relation to autoimmune diseases in two referral rheumatologic centers in Colombia. A retrospective analysis was carried out with the clinical records of 99 patients who were treated at the rheumatologic centers in Bogotá

and Cali, Colombia, between the years 2000 and 2007. Clinical data of gender, age, onset, etiology, and characteristics of uveitis were obtained and compared with the recently published literature. We found 99 cases of uveitis. Results: The mean age of onset for the first episode was 39.04 years (SD=15.77). Bilateral (54.5%), anterior (48.5%), and acute (33.3%) were the most common characteristics of uveitis observed in our sample. We could not find any etiology in 22.2% of the patients. The most common causes of uveitis in our study were spondyloarthropathies (21.2%), followed by undifferentiated connective-tissue disease (15.2%) and Vogt-Koyanagi-Harada disease (12.1%). **Conclusions:** Specific clinical patterns of uveitis have been related to certain autoimmune diseases, and therefore, early rheumatologic evaluation is necessary to assess the etiology and provide proper treatment when other causes of uveitis have been ruled out.

TABLE 1. Causes of uveitis according to anatomic classification

	Anterior Uveitis n (%)	Posterior uveitis n (%)	Intermediate uveitis n (%)	Panuveitis n (%)	Not defined n (%)	Total n (%)
Idiopathic	14 (29.2%)	1 (14.3)	2 (66.7)	5 (14.7)	0 (0)	22 (22.2)
Spa ⁽¹⁾	11 (22.9)	1 (14.3)	0 (0)	6 (17.6)	3 (42.9)	21 (21.2)
UCTD ⁽²⁾	12 (25)	1 (14.3)	1 (33.3)	1 (2.9)	0 (0)	15 (15.2)
VKH ⁽³⁾	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (35.3)	0 (0)	12 (12.1)
RA ⁽⁴⁾	2 (4.2)	0 (0)	0 (0)	3 (8.8)	0 (0)	5 (5.1)
Behçet	1 (2.1)	0 (0)	0 (0)	2 (5.9)	2 (28.6)	5 (5.1)
JRA ⁽⁵⁾	2 (4.2)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	3 (3)
Sjögren	2 (4.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	3 (3)
SLE ⁽⁶⁾	1 (2.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
SS ⁽⁷⁾	0 (0)	1 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
PAN ⁽⁸⁾	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	1 (1)
Wegener	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	1 (1)
Sarcoidosis	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	1 (1)
RP ⁽⁹⁾	1 (2.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Others	2 (4.2)	3 (42.9)	0 (0)	2 (5.9)	0 (0)	7 (7)

⁽¹⁾Spa: Spondyloarthropathies, ⁽²⁾UCTD: Undifferentiated connective tissue disease, ⁽³⁾VKH: Vogt-Koyanagi-Harada disease, ⁽⁴⁾RA: Rheumatoid arthritis, ⁽⁵⁾JRA: Juvenile rheumatoid arthritis, ⁽⁶⁾SLE: Systemic lupus erythematosus, ⁽⁷⁾SS: Systemic sclerosis, ⁽⁸⁾PAN: Panarteritis nodosa, ⁽⁹⁾RP: Relapsing polychondritis, ⁽¹⁰⁾Others: multifocal choroiditis, birdshot chorioretinopathy, serpiginous choroiditis, drug-induced uveitis, and sympathetic ophthalmia

267. SÍNDROME DE CINCA/NOMID, NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN CIAS1. CASO CLÍNICO

Cavagnaro F, Lizama M, Talesnik E.

Departamento de Pediatría Clínica Alemana de Santiago. Departamento de Pediatría Pontificia. Chile

El síndrome CINCA/NOMID es una enfermedad autoinflamatoria caracterizada por el inicio neonatal, fiebre recurrente, urticaria, artropatía crónica por sobrecrecimiento de las epífisis, dismorfia facial, compromiso del sistema nervioso central y sordera. El compromiso renal es raro. Se presenta el caso clínico de una paciente con síndrome de CINCA/NOMID con una nueva mutación del gen CIAS1.

Historia clínica: Paciente de 12 años, padres no consanguíneos. Desde el período de lactante presentó episodios de fiebre intermitente, autolimitados, exantema y elevación de parámetros inflamatorios. Evolucionó con paquimeningitis sin agente etiológico demostrado y ventriculomegalia secundaria que requirió de válvula derivativa ventrículo-peritoneal. A los 6 años se agregó hipoacusia sensorio-neural bilateral. Posteriormente presentó cefalea y episodio convulsivo. Recibió prednisona y metotrexate hasta los 11 años, con buena respuesta clínica y de laboratorio. A los 12 años presentó subitamente orinas oscuras y edema generalizado, con exámenes confirmatorios de hematuria macroscópica glomerular, proteinuria

en rango no nefrótico e insuficiencia renal aguda (creatinina 1,8 mg/dl). Evolucionó con deterioro de la función renal (creatinina 2,0 mg/dl), índice proteinuria/creatininuria 0,62 y hematuria glomerular). La ecografía mostró riñones de tamaño normal con pérdida de la ecoestructura. El estudio histológico renal fue compatible con nefropatía por depósito de IgA y nefritis túbulo-intersticial moderada. Recibió prednisona 2 mg/kg, con buena respuesta, logrando normalizar la función renal, proteinuria y hematuria en descenso. Evolucionó con hipertensión arterial. Anticardiolipinas IgM = 74 MPL, (VN: 0-15). C3, C4, IgD normales. ANCA PR3 y MPO, factor reumatoideo, anticuerpos DNA y ANA negativos. El estudio de síndrome CINCA/NOMID demostró una nueva mutación heterocigota 1336V, CIAS1/PYPAF1/NALP3.

Conclusión: Síndrome CINCA/NOMID confirmado por estudio genético, en que se demostró nueva mutación en el gen CIAS1. El compromiso renal glomerulo-tubular podría formar parte del espectro inflamatorio de esta particular mutación.

268. CLINICAL CHARACTERISTICS OF A GROUP OF PATIENTS WITH AUTOINFLAMMATORY SYNDROMES

Vergara C.,1, Jacobelli S.,1 Gutierrez M.,1 Talesnik E.,1 Martínez M.,1 Stange L.,1,3 Basualdo J.,2 Maluje V., 3 Jiménez R.,4 Arostegui J.,5 Yagüe J.,5 Álvarez M. 1 Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Hospital Salvador Universidad de Chile. 3 Hospital FACH 4. Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar. 5 Hospital Clinic. Barcelona. España. Chile

Autoinflammatory syndromes (AIS) are characterized by recurrent episodes of inflammation due to genetic defects associated with impaired innate immunity. Most common syndromes are familial Mediterranean fever (FMF) and tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome (TRAPS). Objectives: To describe clinical characteristics of a group of patients with suspected AIS. **Methods:** Genetic studies were performed in Spain according with published techniques. The cases with positive genetic mutations were analyzed for clinical manifestations.

Results: From a group of patient studies for mutations, five showed TNFRSF1A gene mutation associated with TRAPS and four with MEFV gene mutation associated with FMF. The diagnosis of AIS was done at 18.2 years on average since the onset of symptoms. Clinical features are described in the Table. Two patients with TRAPS were operated because of acute abdomen pain during crisis. In one patient the etiology was intestinal obstruction because of adhesions and the other one no etiology was found. Laboratory tests showed elevated ESR and PCR with negative autoimmune serology, except for one patient with FMF since age one who developed antinuclear antibodies with anti-centromere pattern (1/1280 dilution) at 21 years old. Four patients with TRAPS responded to steroids and one patient with refractory disease to steroids, anti-TNF blockers and Rituximab achieved remission with abatacept. Two patients with FMF responded to colchicine and two patients with refractory disease responded with infliximab. **Discussion:** The AIS are rare conditions and underdiagnosed, which determines the prolonged time before the diagnosis. It is necessary to consider AIS in patients with recurrent episodes of inflammation without attrib-

table autoimmune etiology. Current availability of genetic testing permits to confirm clinical suspicion and determine appropriate therapies.

	FMF n=4	TRAPS n=5
Age of symptoms onset (years)	1 - 35	0,5 - 12
Duration of attacks (days)	3	5 - 14*
Recurrence (months)	1 - 2	3 - 48
Latinamericans	4	5
Fever	4	5
Gastrointestinal**	2	3
Arthritis	4	2
Skin manifestations	4	3
Erythema	3	0
Maculopapular rash	2	3
Myalgias	4	4
Localized	2	2
Generalized	2	2
Ocular manifestations***	1	2
Other****	2	2

* One TRAPS patient presented crisis every 6 months ** Abdominal pain, diarrhea, vomiting, constipation *** FMF: conjunctivitis; TRAPS: periorbital edema **** FMF: one patient with homozygous mutation, and anti-centromere antibodies developed Raynaud's phenomenon and other patient developed pleuritic pain and oral ulcers. TRAPS: two patients with lymphadenopathy and headache, another patient referred orchialgia.

Table 1:
AE Incidence (rate per 100 pt-yrs)

	All belimumab-treated pts							
Interval (yrs)	1 (0-0.5 yr)	2 (0.5-1 yr)	3 (1-1.5 yr)	4 (1.5-2 yr)	5 (2-2.5 yr)	6 (2.5-3 yr)	7 (3-3.5 yr)	8 (3.5-4 yr)
No. Pts [pt-yrs]	424 [206]	398 [183]	353 [166]	314 [147]	284 [136]	261 [128]	252 [122]	237 [103]
Overall AEs	400 (194)	337 (184)	304 (184)	271 (184)	244 (179)	226 (177)	203 (166)	179 (173)
Serious AEs	43 (20.8)	33 (18.0)	28 (16.9)	25 (17.0)	24 (17.6)	26 (20.4)	13 (10.6)	17 (16.5)
Overall Infections	246 (119)	197 (108)	170 (103)	165 (112)	145 (107)	131 (103)	106 (87)	105 (102)
Serious Infections	14 (6.8)	10 (5.5)	6 (3.6)	8 (5.4)	4 (2.9)	5 (3.9)	2 (1.6)	5 (4.8)
Malignant Neoplasms	0 (0)	1 (0.5)	3 (1.8)	2 (1.4)	0 (0)	1 (0.8)	1 (0.9)	2 (2.1)