

03 MISCELÁNEA

041. MUJER CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Rojas E, Losanto J, Velázquez C, Colman N, Duarte M.

Hospital de Clínicas. Servicio de Reumatología. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La fascitis eosinofílica es un síndrome esclerodermiforme muy poco frecuente, de etiopatogenia desconocida que se caracteriza clásicamente por la presencia de induración cutánea, eosinofilia en sangre periférica, engrosamiento de la fascia muscular y la presencia de infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos y/o eosinófilos en la biopsia, hallazgos que ayudan a confirmar el diagnóstico de esta entidad poco frecuente.

Caso: Mujer de 46 años con historia de edema simétrico, frío, duro, sin fovea, de miembros inferiores, de un mes de evolución. Al ingreso, leucocitos de 12100, con eosinofilia del 41%, que persiste aumentado en controles posteriores, perfil tiroideo normal, anticuerpos para esclerodermia negativos, anticuerpos antinucleares negativos, VDRL y HIV no reactivos, complementos en rango, eritrosedimentación y factor reumatoideo aumentados, anemia leve, albumina levemente disminuida, biopsia de piel tardía, evidenciándose solamente la fibrosis de la fascia. Recibió tratamiento con corticoides e inmunosupresores, con mejoría en la piel y resolución del edema.

Conclusión: Se presenta una paciente sin historia personal ni familiar de enfermedades autoinmunes, con cuadro agudo de edema, habiéndose descartado todas las demás posibles causas, con clínica compatible con la patología descrita, mas eosinofilia y biopsia que evidenciaba un proceso inflamatorio en resolución y que tuvo una buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Hacemos énfasis en la importancia de la biopsia precoz y del diagnóstico temprano, en base a la buena respuesta terapéutica, de esta patología infrecuente.

042. POLIANGEITIS MICROSCÓPICA – A PROPÓSITO DE UN CASO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA-SERVICIO DE CLÍNICA MEDICA, HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Denis A, Mercado J, Galeano S, Benítez L, Paats A, Recalde A.

Instituto de Previsión Social - HC.

Introducción: La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica, inflamatoria y necrotizante, que afecta predominantemente a los vasos pequeños en múltiples órganos. La PAM afecta a vasos pequeños en cualquier órgano, dando lugar a una amplia variedad de síntomas inespecíficos. Las manifestaciones clínicas tempranas se deben a la inflamación sistémica: fiebre, artralgias, mialgias, fatiga o pérdida del apetito. Conforme progresa la enfermedad, el 90% de los pacientes muestra afectación renal, con una glomerulonefritis con semilunas y necrotizante, con escaso depósito de inmunocomplejos, que puede tener un curso rápidamente progresivo si no es tratada adecuadamente. La afectación pulmonar es frecuente y se manifiesta con disnea, tos o hemoptisis. La forma más grave es una combinación de enfermedad pulmonar y renal.

Caso Clínico: Hombre de 57 años de edad, hipertenso, con antecedente de tuberculosis pulmonar hace 10 años; ingresa al servicio con historia de un mes de evolución, con dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, insidioso y progresivo, acompañado quince días antes, de expectoración en moderada cantidad, amarillo-grisácea con estrías de sangre. Consulta por exacerbación de síntomas, principalmente dificultad respiratoria en reposo, persistente, por lo que queda internado. Ingresó con los siguientes signos vitales PA: 150/80; FC: 102 por minuto; FR: 24; Sat O₂: 92 %. Al examen físico, paciente taquipneico, taquicárdico, con cianosis periférica.

Laboratorialmente Gb 11700; N 77%; L 23%; Hb 6.8 mg/dl; Hto 20.9%; Pla_q 419.000; GPT 5; GOT 12; BT 0.61; FA 229; U 195; Cr 8.17. Orina Simple D 1030; PH 6; Prot ++++; sangre Hb ++; Leu 3-4/c; Hem 20-25/c; Cilindros granulosos 0-1/c.

Gasometría arterial Ph 7.341; pCO₂ 26.7; pO₂ 66.2; HCO₃ 14.1; BE -11; Sat 92.5%. En Rx y TACs torácica realizada se observa infiltrado alveolar bilateral, de predominio izquierdo, así mismo leve derrame pleural bilateral, por lo que se inicia tratamiento con antibiótico de amplio espectro. Es evaluado por el servicio de nefrología que indica Hemodiálisis de rescate.

Ante sospecha de reactivación de Tuberculosis Pulmonar se envían muestras seriadas de esputo para BAAR las cuales retornan negativas, y ante sospecha de vasculitis se envían muestras para ANCA-c, ANCA-p, C3, C4 y anti MBG. Retornan informes con datos + para ANCA-p.

Durante la internación presenta nuevamente episodios de expectoración hemoptoica, acompañado de empeoramiento de función renal, por lo que en un principio se indica bolos de metilprednisolona, concomitantemente se inicia tratamiento con Isoniazida por diagnóstico de tuberculosis latente.

El paciente no presenta mejoría del cuadro, se indican ciclos de ciclofosfamida, con lo cual mejoran los síntomas pulmonares y la función renal.

Paciente es dado de alta en buenas condiciones, en tratamiento con Isoniazida y hemodiálisis trisemanal, en planes de segundo ciclo de ciclofosfamida.

Conclusión: El caso que presentamos, sobre una Poliangeítis Microscópica con afectación renopulmonar es poco frecuente, asociado en el paciente a antecedente de haber padecido tuberculosis pulmonar, que nos obliga a plantear tratamiento profiláctico contra la tuberculosis, previo inicio de tratamiento con inmunosupresores.

043. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO Y MIELODISPLASIA

Montiel C, Peralta A, Orué C, Ferreira J, Lovera L.

I Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es infrecuente y su diagnóstico requiere descartar condiciones que produzcan un cuadro similar entre ellas los fenómenos paraneoplásicos.

Caso clínico: Mujer de 54 años hipotiroidea en tratamiento con Levotiroxina, desde hace 2 años dolores articulares tratada como artrosis. 2 meses de rash cutáneo pruriginoso evanescente a predominio en tronco y raíz de miembros tratada con antialérgicos, con empeoramiento progresivo de los dolores articulares, afectándose articulaciones de la mano, rodillas y tobillos, con rigidez matutina; 3 días antes fiebre sin escalofríos de 38° en varias oportunidades y síntomas respiratorios. Recibió ceftriaxona tras lo cual es ingresada

en otro centro por empeoramiento de la disnea y fiebre en picos, allí se le realiza TAC de tórax donde se constata bloque neumónico en base derecha con derrame pleural derecho, con características de exudado sin criterio para colocación de tubo de drenaje, recibió 5 días de Piperacilina Tazobactam con persistencia de picos febriles, cultivos negativos, ecocardiografía negativa, se agregó Vancomicina por Flebitis en brazo derecho que se resuelve pero persisten picos febriles con leucocitosis importante, trombocitosis, ferritina elevada, sin inestabilidad hemodinámica ni otros signos de sepsis, se solicitó perfil reumatológico que retorna negativo, se realizó diagnóstico de Enfermedad de Still y recibió 5 bolos de metilprednisolona 500 mg continuándose con prednisona 1 mg/kg/día con resolución de la fiebre y mejoría de los síntomas y analítica laboratorial. Considerando posibilidad de síndrome para neoplásico con cuadro compatible con Enfermedad de Still y ante la disminución de las plaquetas hasta 85 mil aún con esteroides y la frecuencia de síndromes linfoproliferativos asociados se realiza Biopsia de MO y citometría de flujo que informa Síndrome Mielodisplásico leve con menos de 1 % de blastos bilineal, por lo que se agregó ciclosporina, con buena evolución. Se realizó screening de neoplasias propias de la edad y el sexo que fue negativo.

Conclusión: Cuadros compatibles con enfermedad de Still se describen en relación a enfermedades infecciosas especialmente virales, neoplasias principalmente procesos linfoproliferativos, vasculitis y otras enfermedades autoinmunes. Presentamos este caso donde se asocian dos patologías infrecuentes, la enfermedad de Still del adulto y el Síndrome mielodisplásico, pudiendo ser el cuadro clínico secundario a la patología hematológica.

044. SARCOIDOSIS: PACIENTE CON ARTRALGIAS, DISNEA Y ERITEMA NODOSO

Baumann K, Acosta Colmán I, Duarte M.

Servicio de Reumatología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La Sarcoidosis es una enfermedad sistémica, inflamatoria, granulomatosa de causa desconocida, que se presenta generalmente entre los 20 y los 40 años de edad. Sus manifestaciones pueden ser endotorácicas, cutáneas, oculares, musculares, articulares y pulmonares, pudiendo cursar con dolor torácico, disnea y tos, revelando en la radiografía de tórax adenopatías mediastínicas o un patrón intersticial, cuyo diagnóstico se establece mediante la demostración histológica de granulomas no caseificantes tras excluir otras causas.

Presentación del Caso: Paciente de 29 años de edad, de sexo femenino sin patología de base previa, que presentó cuadro de seis meses de evolución de dolor y tumefacción articular de pequeñas y grandes articulaciones, disnea a moderados esfuerzos y eritema nodoso en miembros inferiores en una ocasión. Al examen físico no presentaba datos de valor, no se constató ni la afectación articular ni la cutánea. Se le solicitó estudios complementarios. El perfil reumatológico resultó negativo, aunque la VSG estaba elevada. En la Rx de Tórax se evidenció ensanchamiento mediastinal por lo que se le solicitó una TACAR de tórax. En este último estudio se constató múltiples adenomegalias a nivel mediastinal y en lóbulos inferiores una opacidad en vidrio esmerilado de distribución casi simétrica compatible con intersticiopatía. Se realizó una evaluación funcional respiratoria donde se constató leve disminución de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), 75,0 % (VR > 80%) con una espirometría se mantuvo dentro de límites normales. Se le solicitó dosaje de la Enzima Convertidora de la Angiotensina, la cual retornó aumentada. Se realizó una fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial en el servicio de neumología. El estudio de frotis y cultivo para gérmenes comunes, hongos y BAAR del lavado broncoalveolar resultó negativo. En la biopsia se constató un proceso inflamatorio crónico granulomatoso no necrotizante. Toda la evidencia sugirió el diagnóstico de sarcoidosis.

Conclusión: La Sarcoidosis es una patología poco frecuente, en nuestro caso, la paciente aunque se encontraba prácticamente asintomática, refirió una historia sugerente a este diagnóstico. Considerando que en esta enfermedad, frecuentemente se identifica afectación pulmonar y que un 15% de los casos evolucionan a una fibrosis pulmonar, es importante pensar entre nuestros diagnósticos diferenciales en esta patología a fin de obtener un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo que mejore el pronóstico de estos pacientes.

045. SINDROME DE PARRY-ROMBERG: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Baumann K, Colman N, Rojas E, Yinde Y, Duarte M.
Universidad Nacional de Asunción. Hospital de Clínicas. Dpto de Reumatología.

Introducción: El síndrome de Parry-Romberg, llamada también hemiatrofia facial progresiva, se solapa con la esclerodermia lineal "en golpe de sable". Es un síndrome neurocutáneo poco frecuente, de etiología desconocida, caracterizada principalmente por la atrofia de los tejidos blandos, y en ocasiones del hueso, en una mitad de la cara o parte frontal de la cabeza. Algunas

veces la atrofia se extiende a las extremidades, por lo general del mismo lado; acompañándose de complicaciones oftalmológicas y neurológicas.

Presentación del Caso: Varón de 39 años, casado, con seis hijos, encargado de mantenimiento de embarcaciones, conocido portador de hipertensión arterial y dislipidemia mixta en tratamiento. Presentaba cuadro de 11 años de evolución de hemiatrofia facial progresiva, con desfiguración del rostro. Al examen físico presentaba marcada asimetría facial, con disminución del tejido celular subcutáneo en la región frontal, temporal, maseterina y geniana izquierda, sin cambios de coloración, y deformidad orbitaria ipsilateral, con retracción del párpado superior, así como desviación de la comisura labial del lado afecto. En la analítica no hubieron datos relevantes de valor y la anatomía patológica sugería cambios compatibles con morfea. Se inició tratamiento con Metotrexate a evaluar evolución.

Conclusión: El manejo del síndrome de Parry Romberg es complejo, ya que no existe un estándar de tratamiento; aunque durante la fase activa de la enfermedad algunos autores recomiendan el uso de metotrexato asociado a esteroides y fototerapia con luz ultravioleta. El tratamiento quirúrgico como implantes también es una opción válida para mejorar las deformidades que ocasiona el síndrome. El Síndrome de Parry Romberg es un trastorno raro pero con alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, de ahí la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz.

046. VASCULITIS SECUNDARIA A HEPATITIS B AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO

Cynthia Benítez, Amado Denis, Jorge Amarilla, Juan Mercado, Sandra Galeano.

Instituto de Previsión social. Servicio de Clínica Médica.

Introducción: En algunos pacientes con hepatitis viral aguda de curso común aparecen signos de enfermedad extrahepática asociados a la clínica propia de la hepatitis. Son más frecuentes en la hepatitis B, en la que pueden aparecer durante la fase prodrómica o durante el período de estado como consecuencia del depósito en distintas estructuras de inmunocomplejos, formados por antígenos víricos y sus anticuerpos correspondientes y complemento. Las más comunes son artralgias, artritis y un exantema cutáneo urticariforme.

Caso Clínico: Varón de 64 años sin antecedentes patológicos. Refiere múltiples parejas ocasionales, no utiliza método de barrera. Ingresó por poliartalgias de 15 días de evolución y fiebre, automedicado con ibuprofeno. 3 días antes del ingreso presenta lesiones

purpúricas en ambos miembros inferiores. Al examen físico motilidad activa y pasiva disminuida en pequeñas y grandes articulaciones de los cuatro miembros; lesiones purpúricas en ambos miembros inferiores desde rodilla (las cuales se biopsian). Laboratorios: Hemograma, perfil proteico y renal normales. GPT 430 GOT 249. Serología para Hepatitis B. HBSAg +, Anticuerpo anti HBs +, Anticore IgM +/IgG -, HBeAg ++ Anti HBe +. Informe de lesiones en piel informa compatible con lesión vasculítica, se interpreta el cuadro como vasculitis secundaria a Hepatitis B, se inicia tratamiento con prednisona 75 mg / día con buena respuesta. En evaluación conjunta con servicio de gastroenterología y reumatología se decide disminución progresiva de prednisona y control de perfil hepático.

Conclusión: El tratamiento de las manifestaciones extrahepáticas por Hepatitis B con corticoterapia o inmunosupresores son muy controvertidos debido al riesgo de replicación del virus ya que pudiera ser un factor contribuyente importante a que la Hepatitis B se cronifique. Por estos motivos el descenso de corticoides debe ser gradual y progresivo hasta la suspensión total con controles de Transaminasas. A dos meses de la externación de nuestro paciente, y con tratamiento actual con 5 mg de prednisona, el paciente presenta una elevación considerable de GPT y GOT (1100/890), por lo que actualmente se encuentra en seguimiento por el servicio de gastroenterología para evaluar tratamiento para la Hepatitis B aguda. El paciente ya no volvió a presentar artralgiás ni lesiones en piel.

047. VASCULITIS POR PROPILTIOURACILO

Galeano A, Caballero T, Duart M, Cantero L, González M, Insua M, Fernández P, Yinde Y.

Instituto de Previsión Social (IPS).

Introducción: Se reporta caso de una paciente de 69 años, que presenta una complicación secundaria a la ingesta de Propiltiouracilo (PTU): correspondiente a afectación cutánea extensa sugerente de vasculitis.

Caso Clínico: Paciente femenina, 69 años. Hipertensa de larga data. Hipertiroides diagnosticada y tratada hace 13 años con Propiltiouracilo 50mg/día y Propanolol 20mg cada 12 horas.

Cuando se le realizó el interrogatorio clínico, la paciente refirió una historia previa de aproximadamente 7 días de evolución de sensación febril, de inicio insidioso, de predominio vespertino, precedido de escalofríos, que cede de forma espontánea, acompañada de sudoración profusa. Además de lesión macular, pruriginosa que inicia en tronco y que con el correr de los días se extiende a miembros superiores, en donde

umentan las lesiones en número y tamaño, propagándose a abdomen y miembros inferiores, volviéndose confluentes y formando una especie de placa extensa de coloración violácea, dolorosa al tacto con distribución generalizada respetando cara, palma de manos y planta de pies.

A su ingreso se le encontró con gran alteración del estado general, edematizada, hipotensa, taquicardia y taquipneica. Los laboratorios de rutina demostraron como hallazgos mas relevantes una hemoglobina de 9, 2 gr/dl, un hematocrito en un 27, 8%, un conteo total de plaquetas de 162000 cel/mm³, leucocitos en 9300/uL, con 67% de neutrófilos, 32% de linfocitos y 1% de monocitos: las pruebas de función renal muestran una creatinina en 0, 93 mg/ dl, y un nitrógeno ureico de 32 mg/ dl, con un sodio sérico de 135mmol/ dl y un potasio sérico de 3, 9 mmol/dl. El sedimento urinario fue normal.

Como terapéutica Inicial se decidió suspender Propiltiouracilo e iniciar antibioticoterapia cubriendo foco infeccioso a nivel de piel. (vancomicina 750mg c/ 8 hs). Una biopsia de piel demostró vasculitis trombosante + vasculitis leucocitoclastica focal.

Inmunología: ANCA-C: positivo (144 U/ML); ANCA-P: Positivo (133 U/ML).

Luego se decide iniciar bolos de metilprednisolona 1 gr/día por 5 días. Y el servicio de reumatología sugiere inicio concomitante de inmunoglobulinas 400 mg/ kp por 5 días.

Conclusión: El propiltiouracilo (PTU) es uno de los medicamentos de elección en la terapia del hipertiroidismo. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) representan un marcador específico de varias formas de vasculitis sistémicas que los ANCA de patrón perinuclear (pANCA) son menos específicos, siendo positivos en poliarteritis nodosa (PAN) y vasculitis por drogas. Ocurren más a menudo en pacientes que reciben tratamiento por más de 18 meses y en niños. La patología tiroidea más frecuentemente asociada es la enfermedad de Graves, pero también se ha descrito en bocio nodular tóxico. Afecta principalmente a arteriolas, capilares y vénulas poscapilares.

Las manifestaciones clínicas son variables, incluyendo compromiso renal (67%), artralgia (48%), fiebre (37%), piel (30%), tracto respiratorio (27%), mialgia (22%), escleritis (15%) y otras manifestaciones (18%)¹⁴, siendo el compromiso cutáneo la presentación clínica más frecuente y, dentro de éste, la vasculitis leucocitoclastica la lesión más común.

La vasculitis es una complicación poco frecuente del tratamiento del hipertiroidismo. El diagnóstico de vasculitis por PTU se apoya en la presencia de un ANCA MPO positivo, lo que confiere un alto porcentaje de especificidad (99%). La biopsia del órgano afectado

suele mostrar una vasculitis de pequeños y grandes vasos, con infiltración de polimorfonucleares en la pared de éstos y leucocitoclasia. En algunos casos puede verse trombosis intravascular e infartos de la dermis y epidermis. En la literatura las lesiones cutáneas corresponden a 30%. El tratamiento de este tipo de vasculitis comprende la suspensión del PTU y en algunos casos, el uso de corticoides o inmunosupresores.

048. PROYECTO PILOTO: FRECUENCIA DE ENFERMEDADES PERIODONTALES Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 2015

Mendez F¹, Escobar V¹, Meza L¹; Morinigo A¹, Diaz I¹, Portillo C¹, Carpinelli P¹, Maidana A¹, Acosta MI², Melo M², Duarte M², Acosta ME¹.

¹ Facultad de Odontología – Universidad Autónoma de Asunción

² Cátedra de Reumatología de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes son susceptibles a padecer enfermedades periodontales, caries y trastornos Temporomandibulares (TTM). Esta susceptibilidad puede ser debida en muchas ocasiones por la patología de base en si o por el tratamiento inmunosupresor que reciben. El objetivo del trabajo fue realizar un estudio piloto para determinar la frecuencia de enfermedades periodontales y TTM en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población accesible fueron 51 pacientes de ambos sexos que acudieron los días jueves del mes de junio del 2015 al Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo Paraguay. Todos participaron de manera voluntaria previo consentimiento informado. Se realizó una encuesta y la inspección bucal a cada paciente para determinar la presencia de enfermedades periodontales y el TTM. Se utilizó el Índice Anamnésico de Fonseca, el cual fue elaborado y validado por el Dr. Dickson da Fonseca en San Pablo, Brasil en 1992.

Resultados: De los 51 pacientes que participaron en el estudio el 80% (41/51) corresponde al sexo femenino, la edad media fue de 43±15 años (22-87 años) y 45% (23/51) eran de estado civil casado. En cuanto al diagnóstico de enfermedades autoinmune el 55% (28/51) presentó en diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, seguido por el 27% (14/51) de los

pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide y 18 % (9/51) otras como purpura, espondilitis, esclerodermia. El 49 % (25/51) presentó alguna enfermedad periodontal, siendo la más frecuente la gingivitis en un 49% (12/25) de los pacientes. También se observó la presencia de caries en esta población en un 24% (12/51). El 84% (43/51) presentó algún grado de TTM, entre ellos la mayoría presentó un TTM leve correspondiente al 51% (26/51), TTM moderado 27% (14/51) y TTM severo 6% (3/51), el 16% (8/51) no presentó ningún grado de TTM.

Conclusión: En esta población se aprecia enfermedades periodontales y TTM en su mayoría leve que deben ser tratadas debidamente sobre todo por la patología de base de estos pacientes y el tratamiento inmunosupresor que le predisponen a contraer mayor número de infecciones en relación a la población general. Con este estudio piloto observamos la importancia del trabajo multidisciplinario Médico–Odontólogo para el manejo de este tipo de pacientes y damos inicio a un proyecto a ser realizado a largo plazo entre estas dos instituciones.

049. EXPERIENCIA EN INFILTRACIONES EN EL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Losanto J, Rojas E, Bauman K, Roman L, Yinde Y, Ojeda A, Duarte M.

Hospital de Clínicas. Departamento de Reumatología. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: Las infiltraciones son herramientas útiles como coadyuvantes en el tratamiento de las artropatías inflamatorias y no inflamatorias. Su fácil aplicación, alta eficacia y bajos efectos adversos la convierten en una alternativa eficaz en la práctica diaria. El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia del Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas, en la utilización de este procedimiento.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, observacional, de registros de pacientes que recibieron infiltraciones en la Unidad de Infiltraciones del Departamento de Reumatología en el periodo de mayo de 2014 a mayo de 2015. Se analizaron variables epidemiológicas (edad, sexo, procedencia), clínicas (datos de base, enfermedad reumática asociada, topográficas (áreas infiltradas, áreas articulares y no articulares) y las complicaciones.

Resultados y Discusión: Se realizaron 134 infiltraciones, en un total de 50 pacientes, de los cuales el 92%

(46/50) pertenecía al sexo femenino. La edad promedio de los pacientes era de 51,45 años. Los procedimientos se realizaron con mayor frecuencia en pacientes con Artritis Reumatoide en el 52% (26/50) seguidas por Osteoartritis en un 20% (10/50). De las infiltraciones realizadas, 64% se realizaron en áreas articulares, y el 36% en zonas no articulares. De las áreas articulares las de mayor frecuencia fueron las rodillas en un 35%, seguida por las metacarpofalángicas en un 25%. De las áreas no articulares, la tendinitis de hombro y el síndrome del túnel carpiano en un 27% cada una, seguidas de la trocanteritis en un 22%. Algunos pacientes presentaban alguna patología de base, como hipertensión arterial en un 14% (7/50), seguidos por dislipidemia e hipotiroidismo en un 8% cada uno. En cuanto a la respuesta al tratamiento hubo mejoría en un 100% de los casos. Se presentaron complicaciones solamente en 2 pacientes, que representan el 4%, un caso de hipopigmentación y otro de atrofia en el sitio de punción. Ningún paciente presentó sangrado importante o infección del sitio de infiltración.

Conclusión: Según nuestra experiencia, las infiltraciones resultaron ser una alternativa terapéutica eficaz, con una muy baja incidencia de complicaciones, lo que coincide con la literatura. Esto las convierte en un arma terapéutica válida, por el efecto antiinflamatorio y analgésico localizado, que evita o disminuye las complicaciones de los tratamientos sistémicos, atendiendo siempre los efectos adversos de la medicación y de sus posibles implicancias en las comorbilidades de cada paciente.

050. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

Maciel L, Avila G, Rojas E, Acosta Colman I, Duarte M.
Hospital de Clínicas-UNA. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por el desarrollo de trombosis y manifestaciones obstétricas en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (APL). El mejor conocimiento de las características clínico-biológicas de estos pacientes permitirá un mejor diagnóstico y seguimiento de los mismos.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con SAF seguidos en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal de una serie de pacientes con diagnóstico de SAF. Se definió al SAF como la presencia clínica de

trombosis arteriales o venosas y/o complicaciones obstétricas asociadas a la presencia de APL. Se registró una gran cantidad de variables epidemiológicas (sexo, edad, procedencia), clínicas (primario o secundario, manifestaciones clínicas) y biológicas (presencia de APL). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v19.0. Para el análisis descriptivo se utilizaron las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias con su correspondiente desviación estándar para las continuas. El análisis de la asociación entre variables se realizó con el test de Chi².

Resultados: Se incluyeron en el estudio a los 15 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El 93,3 % (14/15) eran mujeres y el valor de la media de la edad de los pacientes fue de 35,8±12,9 años. El 80% (12/15) procedían del departamento central y el 20% (3/15) del interior del país. El valor de la media de la edad al inicio de los síntomas fue de 32,1 ±12,9 años. En relación a los factores de riesgo cardiovascular, se objetivó HTA en 20% (3/15) y dislipidemia en 6,7% (1/15). El 80% (12/15) de los casos correspondían a un SAF secundario. En relación a la presencia de trombos, se objetivó trombosis arterial en el 33,3% (5/15) y su localización fue cerebral en los 5 pacientes con trombosis arterial. La localización venosa se objetivó en el 26,7 % (4/15) y en el 75 % (3/4) se localizó en los miembros inferiores. Las principales manifestaciones neurológicas han sido la cefalea, epilepsia y migraña en el 20% (3/15), 13,3% (2/15) y 6,7% (1/15) respectivamente. En relación a las manifestaciones gineco-obstétricas, se registró un 73,3% (11/15) de abortos y un bajo peso del recién nacido en 4,5% (1/15). Se objetivó proteinuria en el 20% (3/15). En relación al tratamiento el 46,7 % (7/15) recibió tratamiento inmunosupresor, corticoides el 66,7 % (10/15), antiagregación 66,7 % (10/15) y anticoagulación en el 80% (12/15). En relación al perfil inmunológico se observó la presencia de AL en el 26,7% (4/15); ACA IgA 0,2 % (1/7); ACA IgG 42,8% (6/14); ACA IgM neg 100% (14/14); B2Gp IgA, IgG, IgM en el 0,2% (1/5), 12,5% (1/8), 14,3 % (1/7) y 14,3% (1/7) respectivamente. No se observó una asociación significativa entre la presencia de cada uno de los APL con la presencia de trombosis venosa ni arterial.

Conclusión: En el presente estudio presentamos las características clínico biológicas de los pacientes con SAF seguidos en un hospital de tercer nivel. Hemos objetivado que los pacientes presentan características similares a las descritas en otras series. Al analizar la asociación entre la presencia de los APL no hemos observado asociación con las manifestaciones trombóticas. Un mayor conocimiento de sus característi-

cas permitirá un mejor diagnóstico y seguimiento de los mismos.

051. USO DE BOSENTÁN EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL.

Melgarejo P, Babak P, Elizaur G, Maidana A, Martínez M, Mazzoleni J, Paredes E, Romero M, Yinde Y.

Servicio de Reumatología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: El Bosentán es un antagonista no selectivo de los receptores de endotelinas aprobado por la FDA para el tratamiento de la Hipertensión pulmonar (HP) en el 2009 y para el tratamiento de las úlceras digitales activas en pacientes con Esclerosis sistémica en el 2012.

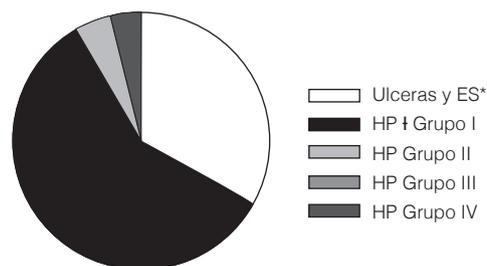
Se realizó este estudio para conocer las características de los pacientes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en tratamiento con Bosentán ya que debido a su alto costo es uno de los pocos centros en el país donde los pacientes pueden acceder al mismo.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de 23 pacientes pertenecientes a los Servicios de Reumatología y Cardiología del Instituto de Previsión Social que recibieron tratamiento con Bosentán en el periodo Enero de 2014 a Mayo de 2015. Se estudiaron la edad, sexo, motivo por el que recibían Bosentán, medicación asociada, realización o no de cateterismo cardíaco derecho y efectos adversos registrados con el uso de Bosentán. Para dividir a los pacientes con HP se utilizó la Clasificación de NIZA 2013: Grupo 1 Hipertensión Arterial Pulmonar (Idiopática, asociada a fármacos, Enfermedades del Tejido Conectivo), Grupo 2 debida a Cardiopatía izquierda, Grupo 3 relacionada a enfermedades pulmonares y/o hipoxemia, Grupo 4 Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica y Grupo 5 Hipertensión con mecanismos poco claros o multifactoriales.

Resultados: Se registró un total de 23 pacientes que utilizaban Bosentán, de los cuales 19 eran del sexo femenino y 4 del sexo masculino. El promedio de edad fue de $43,9 \pm 14,2$ años con un rango de 5-65 años. 15 Pacientes tenían indicación de Bosentán por Hipertensión Pulmonar y 8 pacientes por Úlceras asociadas a Esclerodermia. Según la clasificación de HP: 14 pacientes pertenecían al Grupo I, 1 al Grupo II y 1 paciente al Grupo IV. 1 Paciente pertenecía a los Grupos I y IV por Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Tromboembolismo Pulmonar asociado a Síndrome Antifosfolípido. Del Grupo I, 8 pacientes tenían HP asociada a

Colagenopatía: 5 con Esclerodermia y 3 con LES. El Cateterismo cardíaco derecho se realizó en 10 de los pacientes con HP. 2 pacientes fallecieron durante el periodo estudiado: 1 paciente con HP idiopática y 1 paciente con HP asociado a cardiopatía izquierda. En los pacientes con HP se registró el uso combinado de Bosentán + Iloprost en el 20%, bosentán asociado a Sildenafil 86,6% y en el 33,3% asociado a Diltiazem. El 40% de los pacientes con HP recibía anticoagulación. No se observaron efectos adversos durante el periodo estudiado.

Gráfico 1 Población de estudio en tratamiento con Bosentán. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Paraguay-2014.



*Esclerosis Sistémica; † Hipertensión Pulmonar.

Conclusión: En esta serie de pacientes tratados con Bosentán se observó un total de 16 pacientes con colagenopatías, 3 de los cuales eran portadores de LES y 13 de Esclerosis Sistémica lo que correspondería al 21,6% del total de pacientes portadores de Esclerosis Sistémica en seguimiento por el Servicio de Reumatología.

La mayor demanda de Bosentán en el Hospital Central del Instituto Central se encuentra en el Servicio de Reumatología con un 69,5%, siendo en el Servicio, las úlceras activas asociadas a Esclerodermia el motivo de indicación más frecuente (50%).

052. CARACTERÍSTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA CON ENFERMEDAD DE VOGT KOYANAGI HARADA

Losanto J, Colman N, Duarte M.

Departamento de Reumatología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

Introducción: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (EVKH) es una panuveítis granulomatosa bilateral, difusa y crónica, que se caracteriza por desprendimiento seroso de la retina y se suele asociar a alteraciones neurológicas, auditivas y dermatológicas. La incidencia es baja, afectando más a mujeres

jóvenes, siendo la edad media de inicio de 30 años. **Objetivo.** Describir las características de una serie de pacientes que padecen la EVKH seguidos en un Servicio de Reumatología, con evaluaciones periódicas en el Servicio de Oftalmología del mismo Hospital.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 8 pacientes con EVKH (5 mujeres; y 3 varones), edad media al diagnóstico: 43 años, seguidos entre 2011 y 2015.

Resultados: Todos los pacientes fueron remitidos a la consulta por disminución de la agudeza visual, el 100 % con panuveítis bilateral y el 75 % con desprendimiento de retina seroso. Se constataron alteraciones dermatológicas en el 25% (i.e. vitíligo, poliosis, alopecia) e hipoacusia neurosensorial en el 25% de los pacientes, Presentaron síntomas generales como malestar y fiebre en el 12,5%. Alteraciones neurológicas (i.e. epilepsia, meningismo, confusión, alteraciones del equilibrio) en el 37,5%.

Todos recibieron dosis altas de glucocorticoides sistémicos y el 25% recibió además AINES. Recibieron ciclofosfamida el 37,5% de los pacientes, 62,5% azatioprina y 12,5% metotrexato. La agudeza visual final mejoró en el 75% de los casos, pero 2 tuvieron mala evolución. Las complicaciones oculares se vieron en el 50% de los pacientes, cataratas en el 12,5%, sinequias y glaucomas en el 25%, queratopatía en banda en el 12,5%. Nadie precisó vitrectomía, tampoco desarrollaron hipotensión ocular, actualmente solo 1 paciente continúa con la enfermedad activa.

Conclusión: Encontramos que todos los pacientes precisaron inmunosupresores por la gravedad de la enfermedad y la mayoría tuvo buena evolución. La clínica, la afectación mayoritariamente en mujeres coincide con la literatura y se reafirma en nuestra experiencia que con el manejo oportuno y agresivo, el pronóstico de esta enfermedad es favorable.

053. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA SALA DE CLÍNICA MÉDICA. OBSERVACIÓN DURANTE UN QUINQUENIO

Re Domínguez M L¹, Losanto J¹, Santacruz F².

¹Especialista en Medicina Interna. Hospital de Clínicas. Asunción Paraguay.

²Jefe I Cátedra de Clínica Médica Hospital de Clínicas. Asunción Paraguay.

Introducción: El Síndrome antifosfolípido (SAF) afecta al campo de la práctica de medicina interna y varias especialidades, es un estado de hipercoagulabilidad mediado por anticuerpos, descrito inicialmente por

Hugues en 1983, como una triada compuesta por trombosis venosas y/o arteriales, morbilidad en los embarazos y alteraciones hematológicas asociadas a un título elevado de anticuerpos antifosfolípidos (AFL), anticoagulante lúpico (AL) y/o anticuerpos anticardiolipinas (ACL). Otras manifestaciones frecuentes son la lúveda reticularis, enfermedad valvular cardíaca, nefropatía con insuficiencia renal, proteinuria e hipertensión. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes especialmente al Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en cuyo caso se considera como secundario, o no (SAF primario).

Objetivos: Describir los casos de LES con síndrome convulsivo observados en pacientes internados en la ICCM de enero 2007 a diciembre 2012, y determinar sus posibles causas.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte transversal en pacientes internados en la ICCM del hospital de Clínicas de Asunción Paraguay, durante el período de enero de 2008 a diciembre de 2012, recopilando datos de fichas clínicas y procesando en formato Excel 2010.

Resultados: Se ha encontrado 13 casos de SAF, 12 mujeres (92,3%) y 1 varón (7,7). El 46% se encontraba en el rango etario de 17 a 26 años. Seis pacientes presentaron trombosis venosa y 3 trombosis de pequeños vasos. Ninguno presentó trombosis arterial, antecedentes de muerte fetal o aborto. Presentaron asociación con LES 9 (69%) pacientes, con artritis reumatoide 1 (7,6%) paciente y sin antecedentes de colagenopatías 2 pacientes (15%)

Conclusión: Si bien la muestra es pequeña como para inferir conclusiones propias, los datos coinciden con publicaciones internacionales.

054. COMPROMISO PULMONAR EN EL SÍNDROME ANTISINTETASA: CASUÍSTICA DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Baumann K, Acosta Colmán I, Ojeda A, Yanira Y, Duarte M.

Servicio de Reumatología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una patología poco frecuente que se caracteriza por la asociación de enfermedad pulmonar intersticial, clínica inflamatoria sistémica, miositis, artritis, fenómeno de Raynaud y manos de mecánico en presencia de anticuerpos antisintetasa, principalmente anti Jo-1.

Presentación de Casos: Presentamos 5 casos de pacientes que acudieron a nuestro servicio, 3 varones y 2 mujeres, con el diagnóstico de SAS con afección pulmonar. La edad media fue de 39 años. El síntoma principal respiratorio fue la disnea progresiva, presente en 3 pacientes. De los otros dos pacientes, uno tenía tos y el otro estaba asintomático desde el punto de vista pulmonar. Los 5 pacientes presentaron debilidad muscular, 1 paciente fenómeno de Raynaud y 4 pacientes artritis sobre todo de manos. En la tomografía de tórax 2 de los pacientes presentaban un patrón de fibrosis basal y 3 presentaban un patrón de vidrio esmerilado.

El anticuerpo antisintetasa detectado fue el anti-Jo1 en los 5 casos, en 2 de ellos asociado con el anti RO. Todos los pacientes tenían elevación de las enzimas musculares. El tratamiento utilizado fue en 3 de los casos ciclofosfamida y en 2 azatioprina. La evolución de los 5 pacientes fue favorable. A modo de resumen se describen las características principales de cada uno de estos pacientes en la siguiente tabla.

Tabla 1 Característica principales de los pacientes con diagnóstico de SAS visitados en el departamento de reumatología entre el año 2013 y el 2015.

Caso	Sexo	Edad	Síntomas			
			Pulmonar	Muscular	Articular	Raynaud
1	M	27	Tos	Debilidad	Artritis	No
2	F	31	No	Debilidad	Artritis	No
3	F	36	Disnea	Debilidad	Artritis	Si
4	M	48	Disnea	Debilidad	No	No
5	M	54	Disnea	Debilidad	Artritis	No

Tabla 2 Exámenes complementarios y tratamiento realizado a los pacientes con SAS

Caso	Laboratorio	Imagen	Tto.	Evolución
1	Anti-Jo1 + CPK ↑	Fibrosis basal, Caverna en vértice	Antibacilar Azatioprina	Asintomático caverna en resolución
2	Anti-Jo1 + CPK ↑	Fibrosis basal	Azatioprina	Asintomático
3	Anti-Jo1 + CPK ↑	Vidrio esmerilado	Ciclofosfamida	Mejoría de Síntomas
4	Anti-Jo1 + CPK ↑	Vidrio esmerilado	Ciclofosfamida	Asintomático
5	Anti-Jo1 + CPK ↑	Vidrio esmerilado	Ciclofosfamida	Mejoría de Síntoma

Conclusión: El SAS es una entidad poco frecuente que se caracteriza por miopatía, enfermedad pulmonar intersticial, manos de mecánico y presencia del anticuerpo anti Jo-1. Por la infrecuente aparición de esta patología en consultas de reumatología es importante tenerla presente entre los diagnósticos posibles de una miopatía inflamatoria con afectación pulmonar ya que un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno define el pronóstico de estos pacientes.

055. FRECUENCIA DE LOS PATRONES DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Rojas V, Segovia C, Lird A, Ferreira M, Centurión A, Ortiz A, Aquino C, Casamayouret M, Celauro N.

Departamento de Inmunología, Laboratorio Central, Hospital de Clínica San Lorenzo UNA.

Introducción: Los anticuerpos antinucleares son inmunoglobulinas que reconocen componentes celulares autólogos (nucleares y citoplasmático), autoanticuerpos que tienen como blanco el contenido del núcleo celular. La concentración de anticuerpos antinucleares esta significativamente aumentada en aquellos pacientes con enfermedades autoinmunes. El test de ANA, mide el patrón y la cantidad de autoanticuerpos, resultando positivo en el caso de que los títulos se encuentren aumentados en comparación con la población general. El título de referencia para los ANA es de 1:80 para adultos y de niños, títulos mayores pueden ser indicativos de una enfermedad autoinmune, los ANAs son indicativos de lupus eritematoso sistémico LES, aunque también pueden aparecer en otras patologías autoinmunes como síndrome de Sjorgren, artritis reumatoide. Además de los ANA autoinmunes, pueden estar en circulación ANA infecciosos y naturales.

Infecciosos: Producidos en respuesta a estímulos antigénicos externos (infecciones).

Autoinmunes: El estímulo que origina su síntesis es endógeno o exógeno Son de origen multifactorial (pérdida de tolerancia inmunológica, carga genética, interacción con el medio ambiente, otros).

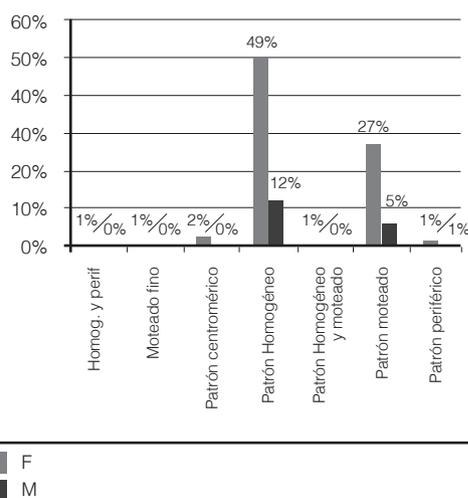
Materiales y métodos: Para la determinación de anticuerpos antinucleares, se utilizó la técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI). Las muestras y los controles

positivos y negativos diluidos, fueron incubados sobre láminas con células HEp-2 (ANA-HEp-2 Orgentec Diagnostika GmbH), los anticuerpos antinucleares presentes se unieron al antígeno específico; la reacción se visualizó con antisuero para proteínas plasmáticas humanas (IgG, IgM, IgA) marcado con isotiocianato de fluoresceína.

En este estudio de diseño observacional descriptivo de corte transversal, han sido analizadas 166 muestras positivas de un total de 829, en pacientes de ambos sexos de edades comprendidas entre 1 a 85 años para la detección de anticuerpos antinucleares con sospecha de enfermedades autoinmunes, de diciembre de 2014 a abril del 2015

Resultados: De un total de 829 muestras procesadas 166 dieron positivas en ambos sexos el 81,92% (136/166) corresponde al sexo femenino, y el 18,07% (30/166) al masculino. El 49.0 % de las muestras positivas presentaron patrones homogéneo con mayor prevalencia en el sexo femenino seguida del 27 % del patrón moteado, en el sexo masculino el patrón homogéneo fue el de mayor prevalencia del 12 % seguido del patrón moteado 5%, los títulos más elevados en ambos sexos fue de mayor a 1/5120 en ambos patrones homogéneo y moteado, si como el título más común fue de 1/320.

Gráfica 1 Patrones mas comunes en porcentajeambos sexos



Conclusión: La determinación de ANA mediante IFI es la principal prueba de detección inicial cuando se sospecha de enfermedades autoinmunes. La diversidad de los patrones morfológicos de los autoanticuerpos depende de las manifestaciones clínicas de las

diferentes enfermedades autoinmunes, del estado del paciente y por ende, la cantidad de anticuerpos ANA-IFI, han demostrado la variedad esperada de patrones de fluorescencia.

056. MANIFESTACIONES REUMÁTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HANSEN

Riquelme S, Losanto J, Yinde Y, Duarte M.

Departamento de Reumatología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

Introducción: La enfermedad de Hansen (EH) es una infección crónica causada por el *Micobacterium Leprae*, que afecta la piel, mucosas y los nervios periféricos. En el curso clínico de esta enfermedad, el paciente puede presentar; eritema nodoso leproso, artritis, síndrome de manos inflamadas y fenómeno de Lucio.

A todas estas entidades se los denominó; Manifestaciones reumáticas de la EH, aunque pueden pasar desapercibidas, algunas pocas veces pueden ser la única manifestación en los primeros años de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de EH y sus manifestaciones reumáticas, que consultaron en el Servicio de Reumatología del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay en el periodo comprendido entre enero 2013 a enero 2015. **Pacientes y método.** Estudio retrospectivo descriptivo de 5 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Hansen (2 mujeres y 3 varones); con edad media de los pacientes al momento del estudio de 54 años. Se revisaron historias clínicas y controles realizados en este Servicio de Reumatología en el periodo de estudio.

Resultados y Discusión: La totalidad de los pacientes con EH seguidos en nuestro Servicio, presentaron algún tipo de manifestación reumatológica, eritema nodoso 25%, Fenómeno de Lucio en un 50%, manos infladas en el 25% y artritis en un 25%. El 25% presentaron más de una manifestación reumatológica, fenómeno de Lucio y manos infladas. El sexo masculino fue el más afectado en un (60%) frente al 40% del sexo femenino y el 80% de la población, residía en zona urbana. Ninguno de ellos presentó nexo epidemiológico. Del total de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Hansen y manifestaciones reumatológicas, sólo 1 paciente (25%) presentó Anticuerpo Antinuclear positivo (ANA +) pero en el mismo coexistían otras patologías reumatológicas: Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Artritis Reumatoidea (AR). 2 de los 5 pacientes (40%) presentaron Fenómeno de Lucio como

manifestación reumatológica, hecha la certificación diagnóstica por informe anatomopatológico. El 100% de estos pacientes presentó positividad para algunos de los anticuerpos para el Síndrome Antifosfolípídico (SAF). En cuanto al tratamiento, el 100% de los pacientes con enfermedad de Hansen fueron tratados, con buena evolución hasta la fecha.

Conclusión: La Enfermedad de Hansen en la actualidad una patología de muy baja incidencia, de evolución crónica, de clínica poco manifiesta por lo general, siendo interesante que estas manifestaciones no patognomónicas, agrupadas como manifestaciones reumáticas de la enfermedad de Hansen pueden llegar a ser la única manifestación en las fases iniciales de este padecimiento.