Suplemento Especial del Congreso

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

SAR VIRTUAL 2020

53° CONGRESO ARGENTINO DE

REUMATOLOGIA

7 AL 11 DE DICIEMBRE

SAR Sociedad Argentina de Reumatología

TRABAJOS

SAR Sociedad Argentina de Reumatología

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Fundada por el Dr. Armando Maccagno

Sociedad Argentina de Reumatología

Presidente
Dr. César Graf

Vicepresidente
Dra. María Celina de la Vega

Presidente Anterior Inmediato
Dr. Enrique R. Soriano

Secretario
Dr. Guillermo A. Berbotto

Pro-Secretario
Dra. Mercedes A. García

Tesorero
Dr. Gustavo Casado

Pro-Tesorero
Dr. Raúl Paniego

Vocales Titulares
Dr. Javier E. Rosa
Dra. Cecilia A. Asnal
Dr. Rodolfo Pérez Alamino
Dra. Carla A. Gobbi

Vocales Suplentes
Dra. Vanesa Cosentino
Dra. María J. Haye Salinas

Comisión Revisora de Cuentas
Dr. Carlos Wiederhold
Dra. María Elena Crespo Espíndola
Dra. Verónica Saurit
Dr. Darío Scublinsky

Representantes de Filiales
Dr. Carlos Perandones
Dr. Juan Soldano
Dr. Gustavo Rodríguez Gil
Dra. Anastasia Secco
Dr. Maximiliano A. Machado Escobar

Editor
Scublinsky Darío

Editor Anterior
Soriano Enrique

Editores Previos
Maldonado Cocco José
Hofman Julio

Comité Editorial
Alarcón Graciela (USA)
Alba Paula (Argentina)
Amigo Mary Carmen (México)
Arana Roberto (Argentina)
Arinoviche Roberto (Chile)
Arturi Alfredo (Argentina)
Babini Alejandra (Argentina)
Balsa Criado Alejandro (España)
Canoso Juan (México)
Casado Gustavo (Argentina)
Catoggio Luis J. (Argentina)
Cervera Ricardo (España)
Citera Gustavo (Argentina)
De La Vega María Celina (Argentina)
Espada Graciela (Argentina)
Espinoza Luis R. (USA)
García Mercedes (Argentina)
Hofman Julio (Argentina)
Martín Mola Emilio (España)
Mysler Eduardo (Argentina)
Paira Sergio (Argentina)
Perandones Carlos (Argentina)
Rosemffet Marcos (Argentina)
Rillo Oscar (Argentina)
Rivero Mariano (Argentina)
Schneeberger Emilce (Argentina)
Secco Anastasia (Argentina)
Shoenfeld Yehuda (Israel)
Soriano Guppy Enrique (Argentina)
Sormani de Fonseca María L. (Argentina)
Suárez Almazor María E. (USA)
Venarotti Horacio (Argentina)

Presidente del Congreso
Dr. César Graf

Presidentes del Comité científico
Dra. Verónica Bellomio
Dr Javier Rosa

Comité científico
Dra. Mercedes A. García – La Plata
Dra. Paula Alba - Córdoba
Dra. Laura Galván- Cuyo
Dr. Marcos Rosemffet - CABA
Dr. Emilio Buschiazzo- Salta
Dr. Darío Scublinsky- CABA
Dr. Guillermo Pons-Estel - Rosario
Dra. Marina Scolnik - CABA
Dr. Hernán Maldonado Ficco - Córdoba
Dr. Karin Ingrid Kirmayr- Sur
Dr. Javier Farfán- Salta /Pediatría
Dra. Ethel Saturansky- CABA
Dra. María J. Haye Salinas – La Rioja
Dr Raúl Sueldo- Tucumán
Dra. Silvia Larroudé- CABA

La Revista Argentina de Reumatología se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

La Revista Argentina de Reumatología es una publicación de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).
Av. Callao 384, piso 2, dpto. 6, (C1022AAQ) Buenos Aires.
ISSN 0327-4411 impreso
ISSN 2362-3675 electrónico

Publicación trimestral
© NoveltyMed® 2020

Reservados todos los derechos.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otro sistema de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

NoveltyMed Medical Publishing
www.noveltymed.com

Editada por
NoveltyMed ®
GROBER SRL

Director: Máximo Oberländer
E-mail: info@noveltymed.com

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

editorial

La pandemia ha puesto a prueba los cimientos de las sociedades científicas su poder de adaptación, reinvensión y preparación tecnológica, lo que ha permitido a la SAR continuar ofreciendo con los servicios educativos, académicos y científicos durante el 2020.

En el mes de Junio , previendo una imposibilidad de realizar nuestro principal evento científico de forma presencial, decidimos realizar una plataforma virtual para nuestros Congresos Argentinos de Médicos y Pacientes.

La misma debía garantizar una navegación versátil, rápida e interactiva para los asistentes, en un formato on line y grabado, donde se puedan transmitir todos los contenidos educativos, científicos y comerciales con similar interacción de años anteriores.

Se adaptó un programa de alto nivel científico, con espacios para conferencias SAR, jornadas pediátricas y simposios de la Industria con traducción simultánea , además una plataforma paralela en formato de reuniones, para los grupos de estudio GESAR, E-posters, presentaciones orales y actividades adicionales On demand . También la idea fue, en un día aparte, presentar juntos por primera vez el Precongreso y el Academia Argentina de Reumatología.

La virtualidad permitió invitar a distinguidos disertantes extranjeros y nacionales, que enriquecieron el debate, así como contar con una cantidad ilimitada de participantes.

La Comisión Directiva y el Comité Científico de la SAR, espera que hayan podido disfrutar del primer Congreso Argentino de Reumatología Virtual y lo valoren como una medida tecnológica innovadora de la SAR, con el objetivo de continuar brindando Educación Médica durante ésta pandemia.

Agradeciendo a todos los que hicieron posible la realización del Congreso 2020, disertantes, expositores, coordinadores, revisores de trabajos científicos, asistentes, la industria farmacéutica y al grupo MET Group, esperando la oportunidad de encontrarnos en Córdoba 2021.

Les deseo muy feliz comienzo de 2021.

Dr. César Graf
Presidente de la SAR

TOLVAR

TOFACITINIB

LLEGAMOS PARA **CAMBIAR VIDAS.**

Bagó

TOLVAR

TOFACITINIB

Para pacientes adultos con artritis reumatoidea (AR) activa de moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al metotrexato. Puede usarse como monoterapia o en combinación con metotrexato u otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos.[1]

MONOTERAPIA

Eficacia demostrada en monoterapia en pacientes con falla a csDMARDs o bDMARDs[2]

RAPIDEZ

Rápida respuesta, eficacia evidente a la semana 2 de tratamiento[3]

TERAPIA ORAL

Preferencia del paciente por la vía oral, mejora la adherencia y los resultados[4]

TOFACITINIB + MTX

Demostró ser no inferior a Adalimumab + MTX

MEJORIA

Significativa en los niveles de fatiga y dolor[4,5]

Referencias

1- Prospecto del producto aprobado por ANMAT

2- Fleischmann R et al. N Engl J Med 2012;367:495-507

3- Fleischmann R et al; Lancet 2017 Jun 15. pii: S0140-6736(17)31618-5.

4- Van der Heijde D et al. Arthritis Rheum. 2013;65(3):559-570

5- Ogdie A. et al. RMD Open 2020;6:e001042

6- Alten R, et al. Patient prefer adherence 2016;10:2217-28

Comunicaciones orales

53º Congreso Argentino de Reumatología

7 al 11 de diciembre

SAR
Sociedad Argentina de Reumatología

15

0015 - DINÁMICA DE LAS SUBPOBLACIONES DE CÉLULAS T FOLICULARES COLABORADORAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

FERRERO, Paola Virginia(1) ONOFRIO, L(1) ACOSTA, C(1) ZACCA, E(1) PONCE, N(1) MUSSANO, E(1) CADILE, I(1) ONETTI, L(1) WERNER, M(1) COSTANTINO, A(1) ACOSTA RODRIGUEZ, E(2) GRUPPI, A(2)
HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC - CIBICI (2)

Introducción: La AR es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la producción de autoanticuerpos como factor reumatoideo y anti-péptidos citrulinados. Los linfocitos (Li) T CD4+ foliculares colaboradores (LiTfh) juegan un rol crítico en la inmunidad humoral al orquestar el cambio de isotipo de inmunoglobulinas, la diferenciación de los LiB en el centro germinal y la maduración de la afinidad. Altos niveles de LiTfh han sido asociados con autoinmunidad.
Objetivos: Evaluar la frecuencia de LiTfh y sus distintas subpoblaciones en pacientes con AR bajo diferentes tratamientos y caracterizarlos de acuerdo a su habilidad para producir Interleucina 17 (IL-17) e Interferon gamma (IFN-gamma), citocinas con roles opuestos en la producción de Acs.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 100 individuos mayores de 18 años diagnosticadas con AR según criterios de clasificación del ACR/EULAR 2010 sin tratamiento o tratados con diferentes drogas anti-reumáticas modificadoras de la enfermedad (DMARDs). Veintisiete pacientes fueron reevaluados después de 3 meses de iniciar un tratamiento específico y la respuesta se evaluó de acuerdo a los criterios EULAR. Además, se incluyeron 46 controles saludables (CS). La frecuencia de LiTfh ex-vivo fue analizada por citometría de flujo. Células mononucleares de sangre periférica criopreservadas fueron usadas para determinar la frecuencia de LiTfh productores de IL-17 e IFN-gamma. El análisis estadístico se realizó con GraphPad Prism version 7.00 considerándose significativos valores de p<0,05.
Resultados: La frecuencia de LiTfh totales (tLiTfh: CD3+CD4+CD45RA-CXCR5+CD25loCD127hi) y la subpoblación de LiTfh CCR7loPD1hi, con mayor capacidad para promover la respuesta de Acs, estuvieron significativamente aumentadas en pacientes con AR en comparación a CS (p=0,004, p=0,01, respectivamente). Cuando los pacientes fueron segregados de acuerdo a la presencia de autoAcs, el aumento de los LiTfh estuvo limitado a los pacientes seropositivos (p=0,04; p=0,03; respectivamente). La subpoblación de LiTfh activada (CCR7loPD1hiICOS+) estuvo también aumentada en pacientes con AR (p=0,01) pero no en el grupo de pacientes seropositivos (p=0,13). Interesantemente, los pacientes con AR tuvieron una tendencia a mayor porcentaje de LiTfh IL-17(+)IFN-gamma(-) (p=0,057) pero no se observaron diferencias en la frecuencia de LiTfh IFN-gamma(+)IL-17(-) (p=0,82) en relación a CS. Cuando analizamos el efecto del tratamiento, hallamos que sólo los pacientes sin tratamiento mostraron incrementada frecuencia de tLiTfh en relación a CS (p=0,03). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de tLiTfh en pacientes con AR luego de 3 meses de tratamiento (p=0,36), tampoco en el grupo con respuesta buena/moderada (p=0,16). No obstante, se observó una disminución en el porcentaje de la subpoblación de LiTfh CCR7loPD1hi (p=0,004) luego del tratamiento.
Conclusiones: Los pacientes con AR tuvieron una frecuencia incrementada de tLiTfh, LiTfh CCR7loPD1hi y LiTfh CCR7loPD1hiICOS+, subpoblaciones con mayor capacidad colaboradora en la inducción de Acs. tLiTfh y la subpoblación CCR7loPD1hi, estuvieron aumentadas en los pacientes con respuesta humoral autorreactiva, y los tratamientos disminuyeron sólo la subpoblación CCR7loPD1hi. Conocer la dinámica de las subpoblaciones de LiTfh puede ser de relevancia para entender y tratar patologías con respuesta de Acs descontrolada.

18

0018 - DEMORA A LA CONSULTA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LATINOAMÉRICA: PRIMEROS RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA INTERNACIONAL

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

MORENO LUBERTINO, Juan Manuel(1) VEGA, G.(2) FARFAN, J.(3) CONRADO, M.(1) FABI, M.(4)
HOSPITAL MILITAR CENTRAL (1); CREA (2); HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SALTA (3); SOR LUDOVICA (4)

Introducción: El pronóstico de las enfermedades reumáticas ha mejorado sustancialmente en las últimas dos décadas, en gran parte gracias al desarrollo de nuevas drogas. Sin embargo, hemos aprendido que no solo importa que tratamiento utilizamos sino también cuando. Es esencial conocer la demora a la primera consulta con el reumatólogo infantil en pacientes con AIJ y LESj, analizando sus causas, con el objetivo de diseñar una estrategia global que nos permita realizar un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento temprano.
Objetivos: Analizar causas de demora a la consulta con el reumatólogo en pacientes con AIJ y LES en Latinoamérica.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de pacientes con AIJ y LES, de 3 países de Latinoamérica, analizando variables asociadas a la demora a la primera consulta, a la consulta con el reumatólogo infantil y al diagnóstico.
Resultados: Se incluyeron 48 pacientes con una media de edad de 7.86 años (DS ±4.20). La mayor parte de los pacientes eran de Argentina (66.7%), debiendo el 37.5% de los pacientes viajar a otra ciudad para su atención. La media de demora a la primera consulta con un médico fue 0.15 meses (RIC 0.34). El tiempo mediano a la derivación fue 1.83 meses (RIC 6.73), con un tiempo mediano de demora en el acceso de 0.37 meses (RIC 1.27). La demora mediana a la primera consulta con reumatólogo infantil fue 5.20 meses (rango 0.07-105.17; RIC 11.77). Lograron una primera consulta con el reumatólogo infantil antes de las 10 semanas solo el 35.41% de los pacientes. Se observó correlación entre la demora a la consulta con el reumatólogo y la demora en la derivación (p 0.001, IC 0.727), siendo la demora al acceso al especialista no significativa. Aquellos pacientes sin cobertura privada se asociaron con una mayor demora a la consulta con el reumatólogo infantil (p 0.006). La demora mediana al diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 5.5 meses (RIC 11.59). La demora a la consulta con el reumatólogo infantil, la demora a la derivación con el especialista y el número de cohabitantes se correlacionaron con la demora al diagnóstico (p 0.001; IC 0.836; p 0.001, IC 0.503; p 0.001, IC 0.496; respectivamente). La falta de cobertura privada se asoció a demora en el diagnóstico (p 0.006). La demora al diagnóstico fue significativamente menor en Argentina (mediana Argentina 3.90 meses; Bolivia 7.03 meses; Mexico 13.43 meses; p 0.005), probablemente debido a que la demora a la consulta con el reumatólogo infantil también fue menor (mediana Argentina 3.10 meses; p 0.015).
Conclusiones: Existe una gran heterogeneidad entre los distintos países de Latino América y sus variables sociales y geográficas, habiendo una gran brecha entre aquellos con altos y con bajos ingresos de dinero. Esta cohorte representa solo una pequeña proporción de las distintas realidades, con una constante en todos los casos: la principal causa de demora en el diagnóstico es el tiempo entre el primer contacto con un médico y la primera consulta con el reumatólogo, probablemente debido a la baja tasa de sospecha de estas patologías. Para lograr un diagnóstico y tratamiento temprano, es esencial entrenar a aquellos que tienen el primer contacto con el paciente y reducir la demora a la consulta con el reumatólogo con estrategias como clínicas de artritis temprana y herramientas como telemedicina. Solo con un diagnóstico temprano podremos lograr aprovechar la ventana de oportunidad terapéutica que estas patologías nos ofrecen.

21

0021 - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUEVENIL (LESJ) REFRACTARIO CON COMPROMISO INTESTINAL, HEMATOLÓGICO Y NEUROLÓGICO: NUEVA DESCRIPCIÓN DE LUPUS MONOGÉNICO ASOCIADO A MUTACIÓN EN EL GEN LRBA

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatría
Unidad Temática: PEDIATRÍA
Unidad Temática 2: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

MORENO LUBERTINO, Juan Manuel
SANATORIO SAGRADO CORAZÓN

Introducción: El LES es una enfermedad heterogénea con múltiples fenotipos. Existe un subgrupo de pacientes con presentación a temprana edad, con un fenotipo generalmente más severo presentando inmunodeficiencias con disregulación con un único gen alterado. Se han reportado a la fecha numerosos genes implicados, sin embargo, existe solo un reporte de lupus monogénico asociado a mutaciones en el gen LRBA.
Objetivos: Reportar un caso de lupus monogénico con una nueva mutación escasamente descripta.
Resultados: Paciente de 9 años de edad, de sexo femenino, con leve retraso madurativo, inicia con síndrome febril prolongado, rash malar, astenia, oligoartritis, púpura, anasarca e hipertensión arterial. Se interna con sospecha de LES, constatándose en laboratorio anemia hemolítica autoinmune, leucopenia, plaquetopenia, hipocomplementemia, FAN y anti DNA elevados, Cr 1.9 mg/dl y proteinuria mayor a 3 gramos. Se indican pulsos de metilprednisolona 1 gr por 3 días y posteriormente meprednisona 1 mg/kg/día, con escasa respuesta hematológica. Se realiza biopsia renal (clase IV actividad 13/24, cronicidad 0/12). Inicia pulsos de ciclofosfamida 750 mg/m2. Presenta convulsión con angio RM normal. A su vez presenta leve hipoxemia con compromiso pulmonar intersticial leve. Se decide repetir pulsos de metilprednisolona (recibiendo luego meprednisona 60 mg/día), e iniciar 8 ciclos de plasmaféresis. Debido a continuar con compromiso pulmonar, con requerimiento de ventilación no invasiva, (presentando además citopenias severas, sin clara asociación con la ciclofosfamida), a pesar del tratamiento agresivo, se repite ciclofosfamida 750 mg/m2 a las dos semanas de primera infusión. Por persistir con citopenias severas y presentar nuevamente síndrome febril, sin parámetros claros de SAM, se indica gammaglobulina 2 gr/kg con buena respuesta hematológica transitoria. Por nuevo deterioro, recibe pulsos de metilprednisolona 1gr por 3 días nuevamente e inicia Rituximab. Por presentar episodio de SAM (con ferritinas mayores a 10.000), se realizan, otra vez, pulsos de metilprednisolona y se decide repetir 8 sesiones de plasmaféresis. Presenta mejoría y estabilidad durante dos semanas, pero, al descender meprednisona a 40 mg/día, comienza nuevamente con síndrome febril y profundización de citopenias. Descartándose causas infecciosas, se realizan nuevos pulsos de metilprednisolona por sospecha de SAM. A las dos semanas, comienza con fiebre y enterorragia, presentando altas copias de CMV en intestino y sangre, por lo que inicia tratamiento con valganciclovir. Por presentar plaquetopenia severa persistente, se indica gammaglobulina 2gr /kg con mejoría transitoria. Al negativizar carga viral para CMV, mejora clínicamente síndrome febril, y luego hemograma al suspender valganciclovir, logrando suspender meprednisona a los 6 meses de evolución. Recibe 7 pulsos de ciclofosfamida y continúa con mantenimiento con MMF. Actualmente paciente se encuentra inactiva. Por su presentación a temprana edad, refractariedad al tratamiento, dos episodios de SAM e infección severa por CMV, se planteó durante su evolución inumunodeficiencia por lo que se solicitó panel genético, encontrándose finalmente dos mutaciones heterocigotas en el gen LRBA. Actualmente se encuentra en plan de trasplante heterólogo de médula ósea.
Conclusiones: EL LES secundario a mutaciones en el gen LRBA es un nuevo subtipo de lupus monogénico con curso severo y que generalmente conduce a la muerte de no mediar trasplante de médula ósea heterólogo. Es cardinal detectar a tiempo estos pacientes para instaurar un tratamiento adecuado.

53

0053 - ¿CÓMO INFLUYE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SOBRE LOS ÍNDICES COMPUESTOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA?

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

CARRIZO ABARZA, Virginia (1) ISNARDI, Carolina Ayelen(1) SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1 BARBICH, Tatiana(1) LUNA, Gisele Alejandra(1) DAPEÑA, Joan(2) CAVALIERI, Magdalena(1) CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (2)

Introducción: Casi un tercio de los pacientes con artritis psoriásica (APs) sufren ansiedad y/o depresión. Si bien la asociación entre estos trastornos y la actividad de la enfermedad ha sido descripta previamente, no se conoce el efecto que tienen los mismos sobre cada uno de los componentes de las medidas de actividad de la enfermedad.
Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la depresión y la ansiedad sobre los diferentes componentes de las medidas de actividad de la enfermedad en pacientes con APs.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos >=18 años, con APs según criterios CASPAR. Se excluyeron los pacientes con dificultades para responder los auto-cuestionarios (analfabetos, ciegos) y/o con comorbilidades descompensadas. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, enfermedades psiquiátricas, fibromialgia y características clínicas de la APs. Se calcularon las siguientes medidas de evaluación de la enfermedad: DAPSA, DAPSA clínico (DAPSA-c), DAPSA-ERS, MDA y VLDA. La presencia de depresión y de ansiedad fue evaluada mediante los auto-cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, respectivamente. Depresión mayor fue definida como PHQ-9 >=10 y ansiedad como GAD-7 >=5. Análisis estadístico: Pruebas T de Student, ANOVA, Chi² y Fischer. Regresión logística y lineal múltiple.
Resultados: Se incluyeron 102 pacientes con APs, el 58,8% eran mujeres, con una edad mediana (m) de 57,5 años (RIC 45,5-65,5) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 10,6 años (RIC 5-18). La m de DAPSA fue de 14,6 (RIC 7,4-22,4) y 28 (27,5%) pacientes estaban en MDA. PHQ-9 m 5,5 (RIC 1,8-11) y GAD-7 m 5,5 (RIC 1,8-10,3). La prevalencia de depresión mayor y trastorno de ansiedad fue 27,5% y 58,8%, respectivamente. Los pacientes con depresión mayor tuvieron mayor actividad de la enfermedad (DAPSA X 19,7±13,1 vs X 13±10,2, p=0,008) y menor frecuencia de MDA (7% vs 35%, p=0,005). Resultados similares se identificaron en los pacientes con trastorno de ansiedad (DAPSA X 17±11,7 vs X 11,8±10,2, p=0,021 y MDA 18% vs 40%, p=0,023). En un primer análisis, utilizamos como variable dependiente depresión mayor o ansiedad y, como variables independientes a los diferentes ítems individuales que conforman los índices DAPSA, DAPSA-c y DAPSA-ERS. Observamos, que tanto la presencia de depresión mayor como de ansiedad se asociaron significativamente con dolor (depresión mayor: OR: >1,4 en los 3 casos, p<0,05 y ansiedad: OR: >1,3 en los 3 casos, p<0,05). Cuando se incluyeron los componentes de MDA como variables independientes, el dolor se asoció sólo con depresión mayor (OR: 1,35, IC 95% 1,05-2,09, p=0,025). Por último, considerando únicamente a los pacientes que padecían depresión mayor realizamos un análisis de regresión lineal múltiple, con el PHQ-9 como variable dependiente y los componentes del DAPSA como variables independientes, encontrándose asociación significativa con dolor [cm] (coef. 1,06, IC95% 0,26-1,85, p=0,012), y con la PCR [mg/dl] (coef. 2,74, IC95% 0,64-4,84, p=0,013).
Conclusiones: Los pacientes con APs que padecen depresión mayor y ansiedad mostraron una mayor actividad de la enfermedad. Tanto el dolor como variable subjetiva y la PCR como variable objetiva de las medidas de evaluación de actividad se asociaron con la presencia de estos trastornos.

38

0038 - SOBREVIDA RENAL EN VASCULITIS ANCA: DESEMPEÑO DEL ANCA RENAL RISK SCORE

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

CHIARVETTO PERALTA, Maria Victoria SCOLNIK, Marina SCAGLIONI, Valeria ALLE, Gelsomina JARAMILLO G, John Fredy GRELONI, Gustavo BRATTI, Giselda ROSA DIEZ, Guillermo VARELA, Federico CHRISTIANSEN, Silvia SORIANO GUPPY, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La clasificación histológica renal de Berden en vasculitis ANCA se basa en el daño glomerular. El ANCA renal risk score es un score de pronóstico renal que tiene en cuenta la fibrosis/atrofia del tubulointersticio y el filtrado glomerular.
Objetivos: Evaluar el desempeño del ANCA renal risk score en pacientes con vasculitis ANCA y compromiso renal.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes >= 18 años con diagnóstico de vasculitis ANCA con compromiso renal por biopsia en un hospital universitario entre 2002 y 2020. Se recopilaron de las historias clínicas electrónicas los datos demográficos y clínicos, al diagnóstico y al final del seguimiento. Las biopsias renales se clasificaron según Berden en focal, crescéntica, mixta y esclerótica. Se calculó el ANCA renal risk score al diagnóstico que incluye: porcentaje de glomérulos normales (>25%, 10-25%, o <10%), de atrofia tubular/fibrosis intersticial (<=25 o , >25%) y el filtrado glomerular (>15% o <=15%, CKD-EPI). Se evaluó la supervivencia renal definida como pacientes libres de diálisis/trasplante a los 6, 12 y 36 meses. Se realizaron curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa del ANCA renal risk score; y se calculó su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Los predictores de supervivencia renal se evaluaron mediante el método de Kaplan-Meier y el modelo de riesgo proporcional de Cox para las distintas clases histológicas y para los grupos de ANCA score.
Resultados: Se incluyeron 87 pacientes con vasculitis ANCA con biopsias renales con una media de edad de 65.5 años (DS 16.2), una mediana de seguimiento de 3.7 años (RIC 1.5-6.5) y fueron: 26 granulomatosis con poliangeítis, 25 poliangeitis microscópica, 4 granulomatosis eosinofílica con poliangeítis y 32 vasculitis limitada al riñón. Según la clasificación de Berden fueron: 27 focales, 25 crescénticas, 22 mixtas y 13 escleróticas. Solo 16 pacientes (19.5%) fallecieron durante el seguimiento. Presentaron fallo renal 9, 7 y 6 pacientes a los 6, 12 y 36 meses respectivamente, y ninguno fue clase focal. El área bajo la curva ROC entre el ANCA risk score y el fallo renal a los 6, 12 y 36 meses fue de 0.92 (IC 95% 0.83-1.00), 0.90 (IC 95% 0.79-1.00) y 0.93 (IC 95% 0.82-1.00), siendo el mejor punto de corte = 9 con una sensibilidad y especificidad de 88.9 % y 89.9 % a los 6 meses, 85.7% y 86.9% a los 12 meses y 83.3% y 93.0% a los 36 meses. Ninguno de los pacientes con ANCA score bajo o medio (< 8 puntos) presentó falla renal durante el seguimiento. En el análisis univariado el ANCA renal risk score se asoció a fallo renal a los 6 meses (HR 1.75, IC 95% 1.24-2.47, p=0.001), 12 meses (HR 1.82, IC 95% 1.22-2.70, p=0.003) y 36 meses (HR 1.75, IC 95% 1.17-2.62, p=0.006).
Conclusiones: El ANCA renal risk score en nuestros pacientes con vasculitis ANCA demostró una muy buena capacidad discriminativa, sensibilidad y especificidad para predecir fallo renal a los 6, 12 y 36 meses.

Gráfico 1. Curva de Kaplan-Meier de sobrevida renal según clase histológica.

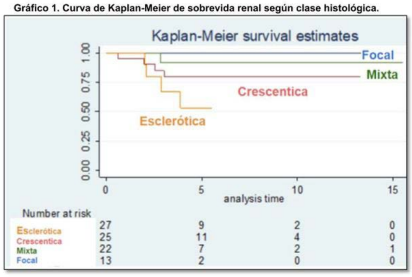


Gráfico 2. Curva de Kaplan-Meier de sobrevida renal según grupo de ANCA Renal risk score.

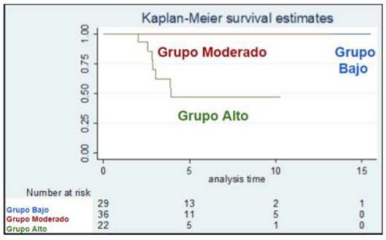
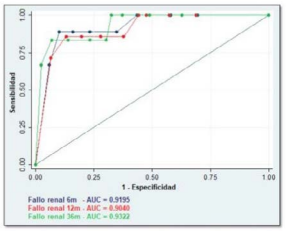


Gráfico 3. Curvas ROC ANCA renal risk score para predecir fallo renal a los 6, 12 y 36 meses.



50

0050 - FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVALUACION DE LA VALIDEZ DEL SCORE DE ACTIVIDAD BVAS VERSIÓN 3

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

GARCIA, Lucila | GARCIA, Mercedes Argentina | MARTIRE, Maria Victoria | PENA, Claudia | **RASCHIA, Alan Juan**
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Introducción: El BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score) es una herramienta diseñada con el objetivo de evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con vasculitis sistémicas principalmente en ensayos clínicos. Ha demostrado tener correlación con otros instrumentos de medición como el EVA del médico, Vasculitis Activity Index (VAI), análisis de decisión de tratamiento, Five Factor Score (FFS) y mortalidad. Dada la carencia de información sobre la validez de esta herramienta en nuestra población se decide evaluar su desempeño en un centro argentino.
Objetivos: Describir las formas clínicas, serología y tratamientos utilizados al debut de pacientes con VAA y evaluar el grado de actividad, en la primera evaluación reumatológica por BVAS v.3, EVA del médico y FFS y evaluar validez de constructo del BVAS versión 3 (v.3) en esta población.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en un único centro. Se incluyeron pacientes de >18 años, con diagnóstico de VAA, evaluados entre los años 2010 y 2020. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, comparando las características entre las VAA. Para evaluar la validez de constructo se realizó Rho de Spearman entre BVAS v.3 y EVA del médico, ERS, PCR y FFS. Test de Student para evaluar las diferencias entre los distintos tipos de VAA respecto a BVAS v.3 y Mann-Whitney para las diferencias respecto a ERS, PCR, FFS y EVA del médico.

	Total (n = 105)	GPA (n = 52)	EGPA (n = 20)	PAM (n = 33)	p
Compromiso general	75 (71.4%)	36 (69.2%)	14 (70%)	25 (75.8%)	0.8
Compromiso oftalmológico	22 (21%)	18 (34.6%)	2 (10%)	2 (6.1%)	0.003
Compromiso ORL	48 (45.7%)	33 (63.5%)	7 (35%)	8 (24.2%)	0.001
Compromiso renal	67 (63.8%)	34 (65.4%)	5 (25%)	28 (84.8%)	<0.0001
Glomérulonefritis rapidamente progresiva	28 (26.7%)	16 (30.8%)	0 (0%)	12 (36.4%)	0.01
Compromiso pulmonar	75 (71.4%)	37 (71.2%)	16 (80%)	22 (66.7%)	0.58
Nódulos pulmonares	22 (21%)	18 (34.6%)	1 (5%)	3 (9.1%)	0.003
Compromiso neurológico	37 (35.2%)	16 (30.8%)	10 (50%)	11 (33.3%)	0.29

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes con VAA, 58 (48.7%) mujeres, edad media 50 años ±14, 52 (43.7%) con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA), 20 (16.8%) granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) y 33 (27.7%) poliangeítis microscópica (PAM). El 83.01% eran ANCA positivos, 51 (42.9%) ANCA C y 37 (31.1%) ANCA P, 27/60 (45%) positivos para anticuerpos anti-PR3 y 26/55 (47.3%) para anti-MPO. La frecuencia de compromiso orgánico de cada una de ellas y las diferencias estadísticas se expresan en la tabla 1. Respecto a los tratamientos de inducción, 77 (64.7%) recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida 79 (66.4%), micofenolato 4 (3.4%), plasmaféresis 25 (21%), rituximab 6 (5%), gammaglobulina 10 (8.4%) y diálisis 18 (17.1%). En la consulta basal, estos pacientes presentaron: BVAS v.3: 17 ±9, EVA médico: 7 (RIQ 6-9), FFS: 0 (RIQ 0-1), eritrosedimentación (ERS): 51 mm 1º hora (RIQ 8.5-90), PCR: 12 mg/dL (RIQ 0-75.1). La correlación de BVAS v.3 por Rho de Spearman con EVA médico: ρ = 0.49 (IC 95% 0.3-0.65, p = <0.0001), con ERS: ρ = 0.01 (IC 95% -0.17-0.22, p = 0.85), con PCR: ρ = 0.07 (IC 95% -0.11-0.27, p = 0.44) y con FFS: ρ = 0.22 (IC 95% 0.04-0.4, p= 0.02).
Conclusiones: El compromiso del estado general, renal y pulmonar fueron los más frecuentes en GPA y PAM. En EGPA se observaron datos similares, a excepción del compromiso renal, y la mitad de ellos presentó compromiso neurológico. Se destaca la mayor frecuencia de compromiso oftalmológico, ORL y nódulos pulmonares en GPA. Tres cuartas partes de los pacientes recibió pulsos de GC como tratamiento de inducción y un porcentaje no despreciable requirió diálisis al debut. En esta cohorte de pacientes con VAA se observó una correlación positiva moderada entre BVAS v.3 y EVA del médico y positiva mínima con FFS, siendo estos valores menores a lo reportado en literatura europea. Creemos importante considerar el EVA del médico como una herramienta sencilla y de utilidad para su uso en la práctica clínica.

66

0066 - PREDICTORES DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA COHORTE ESPAXIA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

CAPELUSNIK, Dafne (1) RAMIRO, Sofia(2) SCHNEEBERGER, Emilce(1) CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (2)

Predictores de Discapacidad Funcional en Espondiloartritis Axial: Un Análisis Longitudinal de la Cohorte ESPAXIA.

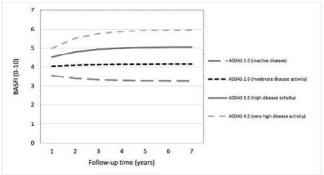


Figura 1 Relación longitudinal entre ASDAS y BASFI
Variación de BASFI en el tiempo asumiendo una actividad de la enfermedad estable para cada nivel de ASDAS durante 7 años.

Introducción: La preservación o mejoría de la capacidad funcional son unos de los principales objetivos terapéuticos en la Espondiloartritis axial (EsPax). Estudios previos de pacientes con EsPax han demostrado asociación entre mayor actividad de la enfermedad, compromiso periférico y peor capacidad funcional. Sin embargo, hay pocos estudios que hayan evaluado la influencia de estos y otros factores en forma conjunta sobre la capacidad funcional a lo largo del tiempo.
Objetivos: Evaluar si el compromiso articular periférico, junto al nivel de actividad de la enfermedad actúan de manera independiente sobre la discapacidad funcional a lo largo del tiempo, y analizar si existen otros factores externos que modifiquen dicha relación.
Materiales y Métodos: Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes con EsPax según criterios ASAS 2009 de una cohorte de seguimiento prospectiva, que tuvieran al menos 2 visitas. Se registraron datos sociodemográficos, hábitos tóxicos, comorbilidades y características clínicas de la enfermedad y terapéuticas. La capacidad funcional se evaluó mediante el autocuestionario Bath Ankylosing Spondylitis Disease Functional Index (BASFI), la movilidad axial a través del Bath AS Metrology Index (BASMI), la actividad de la enfermedad se calculó través del índice compuesto Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score con proteína C reactiva (ASDAS-PCR), y el compromiso articular periférico se constató mediante el examen físico a cargo del médico evaluador. Análisis estadístico: Ecuaciones de estimación generalizadas (EEG) con estructura de correlación intercambiable. Modelos multivariados directos y multivariados auto-regresivo para evaluar el efecto a través del tiempo ajustado al valor del BASFI de la visita previa. p<0.05 significativa.
Resultados: Se incluyeron 185 pacientes, 77% hombres, edad media de 42 (±13) años y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9.4 (±9.6) años. El ASDAS-PCR promedio de la visita basal fue 2.3 (±1.4), el BASFI medio 3.9 (±2.7) y 17% de los pacientes presentó artritis de al menos una articulación al momento de la primera visita. Luego de un seguimiento medio de 3.7 (±2.4) años, la actividad de la enfermedad y el compromiso articular periférico contribuyeron a modificar, de manera independiente la capacidad funcional. Un aumento en una unidad del ASDAS se asoció a un aumento de 0.51 unidades del BASFI, mientras que la presencia de artritis periférica se asoció con un incremento de 0.7 unidades del BASFI ajustado a edad, sexo, nivel educativo, movilidad axial y consumo de antiinflamatorios no-esteroideos (AINEs). El modelo auto-regresivo ajustado al BASFI de la visita previa, confirmó la asociación longitudinal entre ASDAS-PCR y artritis periférica (Coef ß 0.48 [IC95%: 0.39-0.57] y Coef ß 0.44 [IC95%: 0.08-0.8], respectivamente) con la capacidad funcional. Otras variables asociadas independientemente al BASFI en forma longitudinal fueron el sexo masculino (Coef ß -0.42 [IC95%: -0.79 -0.06], la movilidad axial medida por BASMI (Coef ß 0.32 [IC95%: 0.24- 0.41] y el consumo de AINEs (Coef ß 0.38 [IC95%: 0.09-0.66]. (Figura 1) No encontramos interacción entre presencia de artritis periférica y nivel de ASDAS sobre la capacidad funcional medida por BASFI, como así tampoco entre alguna de ellas con edad, sexo, hábito tabáquico, nivel educativo, ocupación o comorbilidades.
Conclusiones: Mayor nivel de actividad de la enfermedad, tanto axial como periférica, influyen en forma independiente sobre la capacidad funcional a través del tiempo.

67

0067 - ¿PUEDEN LOS BIOLÓGICOS "PREVENIR" EL DESARROLLO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS? DATOS DE UNA COHORTE DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

LO GIUDICE, Luciano ACOSTA FELQUER, Maria Laura GALIMBERTI, Maria Laura MAZZUOCCOLO, Luis Daniel SORIANO GUPPY, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Dado que la psoriasis (Ps) suele preceder a la artritis psoriásica (APs), una pregunta importante sin respuesta es si el tratamiento de la Ps podría influir en el desarrollo ulterior de la APs en estos pacientes.
Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de APs en una gran cohorte de pacientes con Ps bajo diferentes tratamientos, con la hipótesis de que el tratamiento con biológicos podría prevenir el desarrollo de APs.
Materiales y Métodos: Los pacientes con Ps sin APs seguidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires se incluyeron en este estudio de cohorte retrospectivo. Los datos se obtuvieron de historia clínica electrónica. Los pacientes se clasificaron según su tratamiento en el grupo de tópicos (incluido tratamiento tópico y fototerapia), el grupo de DMARDs convencionales (DMARDc) (metotrexato (MTX) y ciclosporina (Cyc)) y el grupo de DMARDs biológicos (DMARDb) (TNFi, IL17i e IL12-23i). Los pacientes aportaron tiempo desde el inicio del tratamiento correspondiente hasta el diagnóstico de APs, la pérdida de seguimiento, la finalización del tratamiento o el final del estudio. Los casos incidentes de APs se atribuyeron a un tratamiento si se desarrollaron durante la administración de ese tratamiento y hasta 6 meses después de su interrupción si no se inició otro tratamiento. Se descartaron los casos incidentes que se desarrollaron más de un año después de la interrupción del tratamiento. Se calculó la densidad de incidencia para toda la población estudiada y para cada uno de los grupos de tratamiento, posteriormente comparadas con test de chi2. Por último, se compararon las diferentes densidades de incidencia obtenidas entre los grupos con tasas de densidad de incidencia.
Resultados: 1626 pacientes aportaron un total de 15152 pacientes/año. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. 1293 (79,5%) pacientes fueron tratados solo con tópicos o fototerapia, 229 (14%) con DMARDc (77% MTX, 13% Cyc y 10% ambos) y 104 (6, 4%) con biológicos (TNFi: 92: etanercept: 53, adalimumab: 31, infliximab: 8; IL17i: 47: 15 Ixekizumab, 32 Secukinumab; IL12-23i: (Ustekinumab) 19: algunos pacientes recibieron más de un biológico). Durante el seguimiento, 148 pacientes desarrollaron APs (138 bajo tópicos; 8 bajo DMARDc (7MTX y 1 Cyc) y 2 bajo DMARDb (1 secukinumab, 1 ustekinumab): Densidad de incidencia global de APs en pacientes con Ps: 0,98 por 100 pacientes/año. La densidad de incidencia de APs en pacientes con Ps tratados con biológicos fue significativamente menor que la de los pacientes tratados con DMARDc (razón de densidad de incidencia 0,17 (IC del 95%: 0,02 a 0,88; p = 0,0177), pero no el de los pacientes tratados con tópicos (razón de densidad de incidencia: 0,3 (IC del 95%: 0,04 -1,13; p = 0,0588).

	Tópicos, n= 1293	DMARDc, n=229	DMARDb, n=104	Grupo en total, n=1626
Media de edad al diagnóstico de Ps (DS)	43.4 (20)	44.3 (20)	35.4 (18)	43.09 (20.29)
Sexo masculino, n (%)	659 (51)	117 (51)	67 (64.4)	843 (51.8)
IMC, n; Media (DS)	498; 27.6 (5.4)	80; 28.5 (5.6)	91; 30 (7)	659; 28 (5.7)
Pacientes que desarrollaron APs, n (%)	138 (11)	8 (3.5)	2 (1.92)	148 (9.1%)
Tiempo de seguimiento (pacientes/año)	14027	465	660	15152
Densidad de incidencia c/1000 pacientes/año (95% CI)	9.8 (8.3-11.6)	17.2 (8.5-27.5)	3 (0.8-12.1)	9.8 (8.2 – 11.3)

Conclusiones: El tratamiento con biológicos en pacientes con Ps pareció reducir el riesgo de desarrollar APs en este estudio de cohorte retrospectivo monocéntrico.

115

0115 - ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

TAMBORENEA, María Natalia (1) BRIGANTE, Alejandro(2) SALVATIERRA, Gabriela(3) SABELLI, Mirta(4) PENDON, Gisela(5) CARO, Fabian(6) MOLINA, Josefina(7) NITSCHE, Alejandro(8) YUCRA, Demelza(9) MORBIDUCCI, Julieta(1) DALPIAZ, Marina(1) PUCCI, Paula(8) CRESPO, Maria Elena(10)
HOSPITAL RIVADAVIA (1); UNISAR (2); REUMATOLOGIA INTEGRAL (3); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (4); HOSPITAL R GUTIEREZ LP (5); HOSPITAL FERRER (6); CLINICA AMEBPBA (7); HOSPITAL ALEMAN (8); SANATORIO GÜEMES (9); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA (10); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (11); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (12)

Femenino n(%)	281 (93,6)
Edad años, media (±SD)	53,4 (±13)
Años al Diagnostico de SSc, Mediana(RIC)	7(0-49)
Nivel educativo >13 años n(%)	156 (52)
Trabajo Remunerado n(%)	116(39)
Cobertura de Salud: H Publico n(%)	65(21,66)
Cobertura de Salud: OS + Prepagas n(%)	235 (78,33)

Introducción: La Esclerosis Sistémica (SSc) es una enfermedad crónica multisistémica caracterizada por daño microvascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. La actual pandemia por COVID-19 ha generado la necesidad de aislamiento domiciliario. Como consecuencia los pacientes con SSc han modificado sus hábitos diarios y el cuidado de su salud. El sistema de salud se reorganizo para dar respuesta a la pandemia, suspendiendo los turnos programados para el control de enfermedades crónicas. La crisis económica que acompaña a la pandemia lleva a la disminución del empleo, pérdida de obras sociales y menores recursos para la compra de medicamentos. Todo esto modifico el acceso al cuidado de la salud en pacientes con SSc.
Objetivos: - Describir la accesibilidad al sistema de salud durante la pandemia COVID-19 de los pacientes con SSc en nuestro país. -Describir las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes incluidos. - Conocer la proporción de pacientes con SSc que presento infección por COVID-19.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR/EULAR 2013 en seguimiento en distintos centros de nuestro país. Se les envió por correo electrónico o contacto de WhatsApp una encuesta anónima y auto administrada mediante un cuestionario de google-form durante los meses de julio y agosto del corriente año. La encuesta contenía información demográfica, socioeconómica y preguntas destinadas a evaluar el acceso al sistema de salud.durante la pandemia. Se interrogó sobre el antecedente de infección por COVID-19. Se realizó estadística descriptiva.
Resultados: Se incluyeron 300 pacientes con SSc. En la Tabla 1 se representan las características de la población incluida. Entre las personas con trabajo remunerado(n:116), solo el 56% (n: 65) pudo adaptar sus tareas para realizarlas en forma remota. El 60 % (n:180) de los pacientes vieron afectados los ingresos económicos familiares, siendo el nivel de reducción superior al 50% para el 33,2% (n:100) de los casos. El 48,66% (n:146) de los encuestados vive en la región del AMBA. El 33,66% (n:101) de los pacientes encuestados respondió presentar dificultades para conseguir su medicación. En el 30,4% de los casos por no contar con la receta, en el 33,33% debido a problemas económicos y el 36,27% manifestó no poder retirarlo de la institución que habitualmente se lo daba en forma gratuita. El 74,33% (n:223) refiere haber tenido estudios médicos pendientes al inicio de la cuarentena, y solo el 25% (n: 57) pudo hacerlos. La mediana de días de aislamiento al momento de completar la encuesta fue de 143(RIC 0- 244). Durante dicho periodo el 29,33% (n: 88) de los pacientes no hizo los controles médicos recomendados por SSc. El 70,66% (n: 212) manifiesta haber realizado al menos una consulta médica. Solo el 34,9% (n: 74) de ellos lo hizo en forma presencial. El 14% (n: 44) requirió consultas al sistema de emergencias, y el 5% (n: 15) de los pacientes encuestados requirió internación por empeoramiento de su enfermedad de base. Las consultas por COVID-19 sintomático fueron del 5,33% (n: 16). Solo 3 pacientes tuvieron hisopados positivos y dos de ellos fueron hospitalizados.
Conclusiones: La pandemia por covid 19 ha generado un impacto negativo en el acceso a la salud de los pacientes con SSc en nuestro país. Las consultas por Covid sintomático fueron menores al 6% de los pacientes encuestados. En una enfermedad crónica en donde el pronóstico se asocia a la detección temprana del compromiso orgánico y su tratamiento oportuno, dicha dificultad en el acceso puede ocasionar un deterioro de la salud. Son necesarios estudios prospectivos para determinar las consecuencias de las dificultades en el acceso sobre la morbimortalidad en pacientes con SSc de Argentina.

122

0122 - CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN CONFINAMIENTO POR PANDEMIA DE COVID19 EN ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

MONTOYA, Sandra Fabiana(1) BRIGANTE, Alejandro(2) SALVATIERRA, Gabriela(3) SABELLI, Mirta(4) PENDON, Gisela(5) CARO, Fabian(6) MOLINA, Josefina(7) NITSCHE, Alejandro(8) YUCRA, Demelza(9) MORBIDUCCI, Julieta(10) DALPIAZ, Mariana(10) PUCCI, Paula(8) TAMBORENEA, Maria Natalia(10)
HOSPITAL RAMOS MEJIA (1); UNISAR (2); REUMATOLOGIA INTEGRAL (3); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (4); HOSPITAL R GUTIEREZ LP (5); HOSPITAL FERRER (6); CLINICA AMEBPBA (7); HOSPITAL ALEMAN (8); SANATORIO GÜEMES (9); HOSPITAL RIVADAVIA (10); HOSPITAL DEL MILAGRO (11); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (12)

Sexo Femenino n(%)	281 (93,6)
Edad años, media (±SD)	53,4 (±13)
Años al Diagnóstico de SSc, Mediana(RIC)	7(0-49)
Años inicio Raynaud, Mediana(RIC)	10 (0-53)
Nivel educativo >13 años n (%)	156 (52)
Trabajo Remunerado n (%)	116(39)
Pensión por Discapacidad n (%)	43(14)

Introducción: La Esclerosis Sistémica (SSc) es una enfermedad crónica, multisistémica, caracterizada por daño micro-vascular, alteraciones inmunológicas y fibrosis. Este compromiso genera un importante impacto físico y psicosocial que afecta la calidad de vida. Por la pandemia por COVID-19 los pacientes con SSc han modificado sus rutinas, actividades laborales, sociales y el cuidado de su salud. La valoración de los pacientes con SSc debe abordar diferentes aspectos de la enfermedad incluyendo la calidad de vida. No contamos con información sobre la repercusión del aislamiento social en la calidad de vida de los pacientes argentinos con esclerodermia durante la pandemia por COVID- 19.
Objetivos: Objetivo primario: - Evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de SSc durante la pandemia COVID-19 en Argentina. Objetivos secundarios: -Describir las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes incluídos. - Conocer la proporción de pacientes con SSc que presentó infección por COVID-19. - Comparar el impacto en la calidad de vida según el tiempo de evolución de la enfermedad.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SSc según criterios ACR/EULAR 2013 en seguimiento en nuestro país. Se les envió por correo electrónico o contacto de WhatsApp una encuesta anónima y auto administrada con información demográfica y socioeconómica mediante un cuestionario de google-form. Se interrogó sobre el antecedente de infección por COVID-19. Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario autorreportado Systemic Sclerosis Quality of Life Questionnaire (SScQoL). Es una herramienta específica, reproducible y validada en nuestro país para evaluar calidad de vida en pacientes con SSc. La misma consta de 29 preguntas divididas en cinco dominios: el funcionamiento físico (rango de puntuación: 0 a 6), emocional (0 a 13), social (0 a 6), sueño (0 a 2) y dolor (0 a 2). Para cada pregunta, las respuestas posibles son "verdadero" o "falso" que se puntúan como 1 o 0, respectivamente. El puntaje total va de 0 a 29, a mayor puntuación, menor calidad de vida. Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se reportarán como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según su distribución. Se generaron dos grupos teniendo en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad: Grupo 1: <= de 2 años y Grupo 2: > 2 años a fin de comparar el compromiso en la calidad de vida. La comparación de la distribución del score entre los diferentes grupos se realizó a través de pruebas no paramétricas. Se consideró significativa una p< 0,05.
Resultados: Se incluyeron 300 pacientes con SSc. El 48,66% (n: 146) de los encuestados vive en la región del AMBA, 17% región norte, 13% región centro, 3% región cuyo y 2% patagonia. Las consultas por COVID-19 sintomático fueron del 5,33% (n: 16). Solo 3 pacientes tuvieron hisopados positivos de los cuáles dos de ellos requirieron internación. En cuanto al análisis de calidad de vida la mediana del score total fue 17 (RIC 9.25 – 22). Más del 10% del total de pacientes tienen afectados los 5 dominios. El dominio dolor fue el más afectado. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar el score total entre los grupos con distinto tiempo de evolución de la enfermedad (p=0.478). Al analizar cada uno de los dominios del score, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas: funcionamiento físico (p=0.69940), social (p=0.38920), emocional (p=0.13030), sueño (p=0.08438) y dolor (p=0.18000). Por último se observó que los pacientes que viven en el AMBA tienen una mediana del score significativamente menor que los restantes pacientes (p=0.008023)
Conclusiones: Los pacientes con SSc presentaron un compromiso marcado en la calidad de vida durante la actual pandemia. El dolor, los trastornos del sueño y la discapacidad funcional fueron los dominios más afectados.

130

0130 - FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y MIGRAÑA CASTRILLON BUSTAMANTE D1, CAMPOS CORTÉZ O1, SECCO A1. 1HOSPITAL RIVADAVIA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: REUMATISMO PARTES BLANDAS/FIBROMIALGIA

CASTRILLÓN BUSTAMANTE, Diana Marcela CAMPOS CORTEZ, Olga Patricia SECCO, Anastasia CALLAHUARA GOIBURU, Noel Agustin RODRIGUEZ BOSSIO, Erick
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (2)

Introducción: La fibromialgia (FM) es un síndrome de sensibilización central ,caracterizado por dolor musculo esquelético, acompañado de fatiga, alteraciones cognitivas y trastornos del ánimo. La migraña, un tipo de cefalea primaria frecuente e incapacitante, ha sido asociada a numerosos trastornos de este tipo. Si bien la asociación entre migraña y FM ha sido demostrada en estudios previos5, el motivo de esta asociación no ha sido completamente dilucidado, aunque existe evidencia creciente de que los fenómenos de sensibilización central participan en la patogénesis de ambas entidades6.No existen datos en población argentina en cuanto a la frecuencia de migraña en pacientes con FM, así como tampoco acerca de la severidad de los síntomas de FM en este grupo de pacientes.
Objetivos: Estimar frecuencia de migraña en pacientes con diagnóstico de FM. Describir y comparar características clínicas, sociodemográficas severidad de síntomas de FM, según presencia o ausencia de migraña. Evaluar la presencia y severidad de ansiedad y depresión en la población estudiada.
Materiales y Métodos: Estudio analítico prospectivo, observacional, transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de sexo femenino y masculino con diagnóstico de FM según criterios ACR 2010 de un centro reumatológico público de Argentina entre enero de 2019 y marzo de 2020. Los pacientes con otras enfermedades reumatológicas autoinmunes concomitantes fueron excluidos. Se utilizó criterios IHS (international headache society) para el diagnóstico de migraña, FIQ para evaluar severidad de los sintomas de FM, GAD7 para evaluar ansiedad y PHQ9 para evaluar depresión. Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó, para las variables continuas t test o Mann Whitney, según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Se realizó un modelo de regresión robusta, tomando como variable dependiente la presencia de migraña, ajustado por posibles factores de confusión.
Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, el 99% (n:58) eran mujeres, con una mediana de edad 53 años (47-59). El 40.68% de los pacientes presentaban migraña (n: 24). En los pacientes con migraña, la mediana de puntaje de FIQ fue de 70.35 (63.16-78.76) vs 53.91 (37.93-66.05) en el grupo sin migraña, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.01). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes sin y con migraña en la mediana de edad ((55 años (ric: 52-61) vs 50.5 (ric: 46-55) p<0.01)), en el GAD7 ((12 (ric: 7-15) vs 17.5 (ric: 14.5-20), p<0.01)) y el PHQ9 (11 (ric: 5-19) vs 18.5 (ric: 13.5-21), p<0.01)). El porcentaje de migraña fue del 60% (n:3) en desempleados y menor en empleados 38.89 (n:21) no encontrándose asociación con el nivel de ocupación. En cuanto al tratamiento 41/59 pacientes recibieron pregabalina, 1/59 gabapentin, 5/59 triciclicos, 8/59 ansiolíticos. No se encontró asociación con tabaquismo obesidad ni ejercicio. En el análisis mutivariado se encontró que el mayor puntaje del FIQ y la presencia de ansiedad se asociaron de forma significativa e independiente con la migraña. (Coeficiente: 0.008. IC 95% (0.0007-0.01); Coeficiente: 0.035. IC 95% (0,009-0.06), respectivamente.
Conclusiones: Este estudio sugiere que la migraña es frecuente en pacientes con FM, y que la severidad de los síntomas y la ansiedad serían más pronunciados en este grupo de pacientes. Nuestros resultados indican la importancia de tener en cuenta esta asociación para optimizar el manejo de los pacientes con FM.

145

0145 - CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN TRATAMIENTO CON TOFACITINIB

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ALFARO, María Agustina(1) ISNARDI, Carolina Ayelén(1) SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) CASADO, Gustavo(2) SMICHOWSKI, Andrea(2) ROMEO, Celia(2) RIVERO, Estela(2) CAPUTO, Víctor(2) SORIANO, Enrique(3) ZACARIAZ HERETER, Johana(3) LO GIUDICE, Luciano Fernando(3) GARCÍA, Mercedes Argentina(4) SAVY, Florencia(4) CITERA, Gustavo(1)
IREP (1); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (2); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (3); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (4)

Introducción: El tratamiento con tofacitinib (TOFA), al igual que con otros inhibidores de JAK, se ha asociado a mayor riesgo de infección por herpes zóster (HZ), en comparación con los agentes biológicos.
Objetivos: Evaluar la incidencia de HZ en una cohorte multicéntrica de pacientes con artritis reumatoidea (AR) en tratamiento con TOFA, analizar sus características e identificar los probables factores asociados.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, de un registro longitudinal de pacientes >=18 años de edad con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, en tratamiento con TOFA. Esta base de datos contiene características sociodemográficas de los pacientes, antecedentes personales, clínicos y terapéuticos con evaluaciones cada 6 meses. Se consignó el antecedente de infección por varicela, por HZ y la aplicación de vacuna anti-HZ previo al inicio del tratamiento con TOFA. La infección por HZ se consideró como evento adverso asociado al TOFA, si la misma ocurrió durante el tratamiento o dentro del mes posterior a la suspensión del mismo. En cada EA de HZ se registró fecha, tiempo de demora y edad de diagnóstico, forma clínica, localización, duración, tratamiento para HZ y fecha de inicio del mismo, severidad, complicaciones y eventos cerebrocardiovasculares posteriores. También, se registró la actividad de la enfermedad por DAS28, el uso de glucocorticoides y drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (DMAR-c), la dosis de TOFA en el momento del evento. Además, se determinó la suspensión transitoria o definitiva del TOFA como consecuencia del evento. Análisis estadístico: Test de Chi2 o test exacto de Fischer y prueba de T de Student o Mann Whitney. Incidencia en eventos cada 100 paciente/año. Regresión logística múltiple.
Resultados: Se incluyeron 160 pacientes, con un seguimiento de 265.1 pacientes/año, 87.5% de sexo femenino, con una edad mediana (m) de 55 años (RIC 45-65) y un tiempo mediano de evolución de 10 años (RIC 4-16). Una sola paciente fue vacunada para HZ previo al inicio de TOFA. Se registraron 11 eventos de HZ con una tasa de incidencia (TI) de 4.15 eventos cada 100 paciente/año (IC95% 2.3-7.5). El tiempo mediano de tratamiento con TOFA al momento del evento fue de 6 meses (RIC 2-28) y la edad de los pacientes m 62 años (RIC 55-67). En todos los casos el compromiso fue monodermatoma, cinco intercostales, tres faciales, dos oftálmicos y uno en miembro inferior. Nueve pacientes (81%) recibieron tratamiento farmacológico, ocho antivirales orales y uno local. Cuatro pacientes tuvieron complicaciones: tres dolor neuropático post-herpético y uno sobreinfección bacteriana. Al momento del HZ, todos los pacientes recibían TOFA 5 mg BID, 2/11 en monoterapia (TI 0.75 cada 100 paciente/año, IC95% 0.19-3.02), 2/11 con DMAR-c concomitante (TI 0.75/100 pacientes/año, IC95% 0.19-3.02), 3/11 con corticoides concomitantes (TI 1.13/100 pacientes/año, IC95% 0.36-3.51) y 4/11 tratamiento combinado con DMAR-c y corticoides (TI 1.51/100 pacientes/año, IC95% 0.57-4.02). La actividad de la enfermedad al momento del evento de HZ medida por DAS28-ERS era m 3 (RIC 2.37-5.07). Siete pacientes suspendieron el TOFA durante el evento de HZ y solo uno de ellos de manera definitiva. Los pacientes obesos presentaron mayor frecuencia de eventos de HZ (18.5% vs 5.3%, p=0.042), al igual que aquellos que habían recibido cinco DMAR-b previos (40% vs 5.8%, p=0.043) y estas asociaciones se mantuvieron en el multivariado. Si bien los pacientes que tuvieron HZ eran más añosos, esta diferencia no alcanzó significancia estadística.
Conclusiones: La infección por HZ en pacientes tratados con TOFA es un evento adverso relativamente frecuente, aunque la mayoría de los casos fueron leves. En esta cohorte, los pacientes obesos y con mayor número de tratamientos biológicos previos tuvieron mayor incidencia de HZ.

142

0142 - SÉPTIMO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS, BIOSIMILARES Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS EN ARGENTINA. INFORME DEL REGISTRO BIOBADASAR

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

BROM, Martin(1) GÓMEZ, Gimena(1) HAYE SALINAS, Maria Jezabel(1) ROBERTS, Karen(1) CITERA, Gustavo(2) SORIANO, Enrique Roberto(1) VELOZO, Edson(3) SAURIT, Veronica(4) PETKOVIC, Ingrid(5) CASTRO COELLO, Vanesa(6) ASTESANA, Pablo(7) CATAY, Erika(8) EXENI, Ida(9) DÍAZ, Mónica(10) CAVILLON, Emilia(10) DE LA SOTA, Mercedes(10) LÁZARO, Alicia(10) LARROUDE, María(10) SOMMA, Luis(10) ASTE, Nora(10) PONS ESTEL, Guillermo(1)
UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA (UNISAR) (1); IREP (2); SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (3); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (4); SANATORIO PETKOVIC (5); SANATORIO GÜEMES (6); SANATORIO ALLENDE (7); CONSULTORIOS MORENO (8); SANATORIO PARQUE - Córdoba (9); CONSULTORIO PARTICULAR (10); CEIM 2 (11); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (12); HIGA S.MARTIN LAPLATA (13); HOSPITAL DE CLINICAS UBA (14); ATENCIÓN INTEGRAL DE REUMATOLOGIA (15); HOSPITAL CASTRO RENDON (16); HOSPITAL CESAR MILSTEIN (17); CENTRO MÉDICO MITRE (18); CENTRO INTEGRAL REUMATÓGICO (19); CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGIA (20); HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ (21); HOSPITAL PENNA (22); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (23); CEIM 1 (24); SANATORIO PARQUE/GRUPO OROÑO. CENTRO CREAR (25); CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (26); HOSPITAL EVA PERON BAIGORRIA (27); REUMAR (28); HOSPITAL DE AGUDOS IGNACIO PIROVANO (29); HOSPITAL POSADAS (30); INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (31); HOSPITAL RIVADAVIA (32); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (33); HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA (34); HOSPITAL CULLEN (35); CLÍNICA BESSONE (36); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (37); HOSPITAL ARGERICH (38)

Tabla 1: Frecuencia de los diagnósticos estratificado según la exposición a terapias dirigidas

Diagnóstico, n (%)	Expuestos (n=3438)	Controles (n=2446)	Total
Artritis Reumatoide	2586 (75.2)	1976 (80.8)	4562 (77.5)
Artritis Psoriásica	343 (10.0)	139 (5.7)	482 (8.2)
Lupus Eritematoso Sistémico	90 (2.6)	92 (3.8)	182 (3.1)
Artritis Idiopática Juvenil	98 (2.9)	58 (2.4)	156 (2.7)
Espondilitis anquilosante	16 (3.4)	26 (1.1)	142 (2.4)
Vasculitis	34 (1.0)	30 (1.2)	64 (1.1)
Otras	171 (4.9)	125 (5.0)	296 (5)

Tabla 2: Uso de DMARDs Biológicos

Fármaco	n (%)	Duración del tto mediana años (RIQ)	Interrupción del tto, n (%)	Motivo de interrupción del tratamiento, n (%)				
				Inefectividad	Evento Adverso	Embarazo	Pérdida de seguimiento	Desconocido
Control	3367 (38.9)	6.0 (3.0-10.0)	1238 (36.8)	379 (31.1)	193 (15.8)	38 (3.1)	310 (25.4)	318 (24.6)
Etanercept	1661 (19.7)	4.0 (2.0-9.0)	890 (53.6)	328 (38.0)	212 (24.6)	26 (3.0)	94 (10.9)	230 (25.8)
Adalimumb	969 (11.5)	4.0 (1.0-8.0)	510 (52.6)	220 (43.8)	126 (25.1)	14 (2.8)	63 (12.5)	87 (17.1)
Abatacept	494 (5.9)	3.0 (1.0-6.0)	281 (56.9)	129 (46.7)	52 (18.8)	1 (0.4)	32 (11.6)	67 (23.8)
Certolizumab	429 (5.1)	3.0 (1.0-5.0)	188 (43.8)	78 (43.8)	37 (20.8)	5 (2.8)	28 (15.7)	40 (21.3)
Rituximab	382 (4.5)	2.0 (0.0-6.0)	229 (59.9)	36 (16.1)	38 (17.0)	2 (0.9)	30 (13.5)	123 (53.7)
Tofacitinib	372 (4.4)	3.0 (1.0-<1.0)	134 (36.0)	63 (48.5)	34 (26.2)	5 (3.8)	9 (6.9)	23 (17.2)
Tocilizumab	277 (3.3)	3.0 (1.0-5.0)	135 (48.7)	40 (30.3)	43 (32.6)	0 (0.0)	19 (14.4)	33 (24.4)
Infliximab	182 (2.2)	3.0 (1.0-7.0)	133 (73.1)	69 (52.7)	32 (24.4)	0 (0.0)	10 (7.6)	22 (16.5)
Golimumab	127 (1.5)	3.0 (1.0-6.0)	59 (46.5)	32 (55.2)	12 (20.7)	0 (0.0)	4 (6.9)	11 (18.6)
Secukinumab	50 (0.6)	2.0 (1.0-3.0)	12 (24.0)	9 (75.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
Belimumab	46 (0.5)	3.0 (2.0-7.0)	18 (39.1)	6 (40.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	7 (38.9)
Biosimilar rituximab	28 (0.3)	1.0 (0.0-2.0)	15 (53.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (80)
Ustekinumab	17 (0.2)	3.0 (2.0-4.0)	7 (41.2)	6 (85.7)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Biosimilar etanercept	9 (0.1)	1.0 (1.0-1.0)	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Baricitinib	8 (0.1)	1.0 (0.8-1.0)	3 (37.5)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)
Sarilumab	6 (0.1)	1.0 (0.2-1.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)
Anakinra	2 (0.0)	4.0 (2.0-6.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100)
Biosimilar Infliximab	2 (0.0)	1.0 (0.5-1.5)	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Apremilast	2 (0.0)	0.5 (0.2-0.8)	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Introducción: El registro BIOBADASAR es el estudio de terapias biológicas en enfermedades reumáticas de la Sociedad Argentina de Reumatología, creado en 2010 con el objetivo de brindar información de la vida real sobre seguridad y eficacia de las drogas biológicas en nuestra población. En 2018, ante el desarrollo de nuevos fármacos, el uso extensivo de pequeñas moléculas y la aprobación de los biosimilares por la ANMAT, el registro ingresó en su fase 3 para incluirlos.
Objetivos: Reporte actualizado sobre las características demográficas, distribución de las enfermedades, tratamientos utilizados, presencia de eventos adversos y sobrevida de las drogas
Materiales y Métodos: El BIOBADASAR es un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional. Incluye pacientes con diagnóstico de enfermedades reumáticas inflamatorias tratados con DMARDs biológicos, biosimilares o pequeñas moléculas (considerado el grupo expuesto) y un control tratado con DMARDs convencionales. Los pacientes son seguidos hasta su pérdida de seguimiento, retiro del consentimiento o muerte. Para la elaboración de este reporte se realizó un corte parcial de la base de datos al 19/09/2020. Las variables categóricas se resumieron como frecuencia y porcentaje y se analizó la asociación entre las variables usando el test Chi cuadrado o test exacto de Fisher; las variables continuas se resumieron con media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIQ) según la distribución, y para comparar la distribución entre los grupos se utilizó el test t-Student o test no paramétricos de Wilcoxon cuando no se verificaban los supuestos. Para las conclusiones de los tests se utilizó un nivel de significación del 5%. Finalmente, se realizó un análisis univariado por modelo de Cox para buscar asociaciones con los eventos adversos. No pudo realizarse un análisis diferenciado del comportamiento de biosimilares y pequeñas moléculas debido al reducido número de pacientes.
Resultados: Se incluyeron 5884 pacientes, 3438 expuestos y 2446 controles, provenientes de 68 centros de todo el país, tanto públicos como privados. La media de seguimiento fue de 4.3 años (DE 3.85) para el grupo expuesto y de 7.97 años (DE 6.35) para el grupo no expuesto. Los pacientes en el grupo de expuestos eran significativamente más jóvenes que los controles (42.2 vs. 46 años, p<0.001) y de sexo masculino (22.1% vs 18%, p<0.001). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de uso de DMARDs biológicos/pequeñas moléculas entre centros públicos o privados (p 0.08). Las enfermedades más prevalentes en el registro fueron la Artritis Reumatoidea (77.5%), seguido por Artritis Psoriásica (8.2%) y Lupus Eritematoso Sistémico (3.1%) (Tabla 1). El DMARD biológico más utilizado fue el etanercept (19.7%), seguido por adalimumab (11.5%) y abatacept (5.9%). En la Tabla 2 se puede observar la distribución de uso de los fármacos, el tiempo medio de uso, el porcentaje de suspensión del tratamiento, y la causa de suspensión. Respecto de los eventos adversos, se observó un aumento del 37% del riesgo de presentar un evento adverso en los pacientes expuestos a terapias dirigidas respecto de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.0001). No obstante, no hubo diferencia respecto de la frecuencia de eventos adversos graves (10.3% vs 11.6% respectivamente, p 0.2).
Conclusiones: Los pacientes recibiendo terapias dirigidas presentan un riesgo aumentado de eventos adversos respecto de los no expuestos, pero esto no se asociado a mayor gravedad de los eventos. La principal causa de suspensión fue falta de eficacia, seguido de eventos adversos.

177

0177 - TRASTORNOS DEGLUTORIOS EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL: DIAGNOSTICO Y ABORDAJE TERAPEUTICO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA
Unidad Temática 2: MIOPATÍAS

JUAREZ, Paola Marcela(1) ALVAREZ, Marcela(1) BARZOLA, Maria Laura(1) GUERINI, Laura Lorena(1) MEIORIN, Silvia(1) MIRABELLO, Catalina(2) COZZANI, Hugo(3) ESPADA, Graciela(1)
HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA. (1); HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ-SECTOR DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN. (2); HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ-DIVISIÓN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (3)

Introducción: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una miopatía inflamatoria crónica multisistémica, caracterizada por compromiso cutáneo y muscular. Entre el 29 y 44% de los pacientes presentan compromiso esofágico, asociado con peor pronóstico. El reconocimiento temprano de esta afección es crucial para evitar complicaciones serias.
Objetivos: 1- Determinar la prevalencia del compromiso deglutorio, características videofluoroscópicas (VFS) y abordaje terapéutico 2- Evaluar los factores de riesgo asociados a compromiso esofágico.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional analítico. Se revisaron historias clínicas de pacientes con DMJ (Bohan y Peter ´75), < de 18 años de edad al diagnóstico (Periodo 2000-2020). Se analizaron variables demográficas, clínicas de la enfermedad y síntomas deglutorios, clinimetría (CMAS 1999, DAS 2003 y CHAQ 2001), laboratorio, estudio realizado: Videodeglución/SEGD, y abordaje terapéutico (Tratamiento agresivo = Pulsos EV Metilprednisolona, Ciclofosfamida EV). ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Descriptivo, T test, chi2, SPSS 19.
Resultados: Se incluyeron 61 niños con DMJ, 64 % de sexo femenino (39 ptes), con una edad mediana al Dx de 7.54 años (RIC:5.2-10) y un tiempo mediano de seguimiento de 4.57 años (RIC:2.3-7.4). Se realizó VFS en 41 ptes (67 %) con una mediana de tiempo desde el dx de DMJ de 0.3 meses (RIC 0.1-1.1). En 23/41 ptes (56 %) se observó compromiso deglutorio: reflujo oronasal (17 %), retención en senos piriformes (13%), retención en valécula (69.5%), pasaje a vía aérea (13%) e hipomotilidad esofágica (17%). Diecisiete pacientes se encontraban sintomáticos al momento del estudio (74%): disfagia a sólidos (65 %), reflujo oronasal (18%), disfonía (12%), tos y rechazo al alimento (5%) y solo 6 ptes (26 %) estaban asintomáticos. Nueve ptes (39%) necesitaron colocación de SNG para protección de vía aérea (tiempo medio de uso de 82 días (DE ± 56.3)) y 14 ptes (61%) requirieron adecuación de la dieta con el fin de inhibir impacto respiratorio y aspirativo. De los 23 ptes que presentaron compromiso deglutorio por VFS, tenían una mediana de CMAS 17 (RIC 15-29), DAS 15.5 (RIC 13-17), y CHAQ 2.4 (RIC 1.9-2.6) y en laboratorio el 96% tenía transaminasas elevadas, con una mediana de CPK 1405 (RIC 160.5-4501.5), LDH 1068 (RIC 666.5-1580) y Aldolasa 23.6 (RIC 14-36). El 56.5% tenían ANA+, 2 ptes presentaban anticuerpo PM-Scl + y uno NXP2 +. Seis ptes (26%) presentaron compromiso respiratorio al Dx, ninguno con pasaje a vía aérea en el estudio deglutorio. Diecisiete ptes (74%) con DMJ y compromiso deglutorio, recibieron pulsos de Metilprednisolona ev. y 10 ptes (43.5%) Ciclofosfamida ev. Presentaron recaída del compromiso deglutorio 4 ptes (17%) con una mediana de tiempo de 1.24 años (RIC 0.9- 1.9), de los cuales 3 (75%) no habían recibido CFM al Dx y 1 pte desarrolló compromiso deglutorio "de novo" a los 12 meses del dx de DMJ. El compromiso esofágico se asoció con una peor capacidad funcional al Dx (CHAQ más elevado) (p ,013).
Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con DMJ, la prevalencia del compromiso deglutorio por VFS fue del 56%, siendo el hallazgo más frecuente la retención de alimentos en valécula. Se detectaron alteraciones en VFS (inclusive trastornos severos) en el 26% aún sin presentar síntomas deglutorios. El manejo de estos pacientes requirió SNG (39%) y adecuación de la dieta (61%) en combinación con un abordaje terapéutico más agresivo (p< 0.05). La mayoría no repitió compromiso deglutorio en las recaídas de la enfermedad. La alteración en la VFS, se asoció con una peor capacidad funcional al diagnóstico.

188

0188 - FRECUENCIA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: REUMATISMO PARTES BLANDAS/FIBROMIALGIA

CAMPOS CORTEZ, Olga Patricia SECCO, Anastasia CASTRILLÓN BUSTAMANTE, Diana Marcela CALLAHUARA GOIBURU, Noel Agustin RODRIGUEZ BOSSIO, Erick PICONE, Demis TABOADA, Susana
HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: La Fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico, debilitante de etiología desconocida. Característicamente presenta dolor musculoesquelético generalizado, asociado habitualmente con alteración del sueño y marcada fatiga. La FM se ha relacionado con múltiples trastornos: síndrome de intestino irritable, migraña, trastorno depresivos, trastorno de ansiedad, entre otros, sin embargo, existe escasa información acerca de su relación con la enfermedad coronaria y factores de riesgo cardiovascular, por esta razón se investigo acerca de dichos factores en esta población.
Objetivos: Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes adultos con FM.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, prospectivo. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad entre 30 a 74 años con diagnóstico de FM según criterios ACR 2010. Se excluyeron pacientes con enfermedad autoinmune asociada y con antecedentes de algún evento cardiovascular previo. Marco temporal de Julio 2019 a Febrero 2020. Se evaluó riesgo cardiovascular con Score de Framingham y Reynolds. Se tomaron los resultados del score de Framingham de la encuesta nacional de factores de riesgo 2018, para comparar con los resultados de nuestro estudio. Para el análisis descriptivo las variables continuas se informaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, según distribución. Las variables categóricas se describieron en porcentajes. Para la comparación de las categorías del score de Framingham de la población estudiada con los datos de la encuesta nacional de factores de riesgo 2018, se utilizó Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera.
Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, el 99% (n 58) mujeres, la mediana de edad en años fue 53 (RIC: 47-59). Con respecto a la ocupación el 32.2% (19) realizaba actividad sedentaria y 10.17% (6) realizaban actividad con esfuerzo físico. En cuanto a los FRCV El 38,98% (23) eran hipertensos, 6% (4) diabéticos, dislipémicos 42% (25),tabaquistas 16% (10), obesos 40% (24), sedentarios 69% (41). El 3% (2) presentaban antecedentes familiares de evento coronario. Con respecto al índice de masa corporal (IMC) el 22% (13) presentaban sobrepeso, 33.9% (20) obesidad tipo I, y el 44% (26) obesidad tipo II. La elevación de PCR como reactante de fase aguda se observó en el 13,5% (8). Se realizaron mediciones de Colesterol total encontrándose una mediana de 195 (RIC: 165-225), LDL 115 (RIC: 94-147), Triglicéridos 121 (RIC: 90-162), HDL 54 (RIC: 48-64,6). Con respecto al uso de medicamentos para el tratamiento de factores de riesgo cardiovascular, 35% (21) tomaban antihipertensivos, hipolipemiantes 18% (11), hipoglucemiantes 6.7% (4). Se evaluó el riesgo cardiovascular encontrándose una mediana de 4.88 (RIC: 3-7.18) puntos en el score de Framingham, presentado riesgo moderado el 22% de los pacientes evaluados (n:37); ningún paciente presentó riesgo alto. Con respecto al Score Raynolds la mediana fue de 1 (RIC: 1-2) lo cual corresponde a bajo riesgo. Al comparar los resultados del Framingham con la encuesta nacional de factores de riesgo 2018 se encontró que un 33.7% (2234) de la población femenina de Argentina tenían un riesgo moderado vs 37.2% (22) de la población de estudio, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0.58).
Conclusiones: En esta cohorte no se encontró pacientes con Riesgo cardiovascular elevado ni por el score de Framingham ni de Reynolds. La frecuencia de RCV moderado en nuestra población no presento diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población general. Sin embargo, así como en la población general, consideramos que realizar intervenciones preventivas debe formar parte de la atención integral de estos pacientes.

190

0190 - SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA UNA MIRADA ESPECIAL EN LA ERA DE AGENTES BIOLÓGICOS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

OJEDA SILVA, Ayelen Gabriela ALVAREZ, Marcela ESPADA, Graciela
HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico (AIJs) presenta manifestaciones inflamatorias únicas que la diferencian del resto de las categorías de artritis. Una de las complicaciones que asocia morbimortalidad en esta categoría es el desarrollo Síndrome de Activación Macrofágica (SAM). Esta complicación ha sido relacionada con infecciones, actividad de la enfermedad y últimos reportes la asocian con el uso drogas biológicas
Objetivos: 1- Determinar prevalencia de SAM en AIJ sistémica 2-Comparar las características clínicas y evolución del SAM entre los pacientes que lo desarrollaron bajo drogas biológicas vs los que nunca las recibieron.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes < 18 años de edad, con Dx de AIJs (ILAR 2001) que desarrollaron SAM como complicación, seguidos en nuestro servicio (período de 2000-2019). Se analizaron 2 grupos según se encontraran recibiendo agentes biológicos o no y se compararon características clínicas y evolución entre ambos. Se incluyen datos demográficos, clínicos, de laboratorio, Score de SAM (ferritina/velocidad de sedimentación globular –VSG (Eloseily et al 2019), infecciones asociadas, tiempo de administración de droga biológica, ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI) y tratamiento específico. Análisis estadístico: Descriptivo. Chi2. T-Test. (SPSS 2019)
Resultados: de 79 pacientes con AIJs, se identificaron 17 ptes (22%) que presentaron 22 eventos de SAM, 10 (59%) eran varones, con mediana de edad al evento de 7.22 años (RIC: 5.13-8.89), una mediana de evolución de la enf. de 2,14 años (RIC: 1.24 – 4.31). Durante el tratamiento con agentes biológicos desarrollaron SAM 7 ptes (41%), con 11 eventos en este grupo. Cuatro ptes (57%) eran varones, con un tiempo X de evolución de enf. al momento del SAM de 3.09 años (DE±2.83). Todos presentaron fiebre, 5(45%) visceromegalias, 4 (36%) linfoadenopatías y en 2 (18%) compromiso orgánico (afectación del sistema nervioso central, falla renal, falla hepática). En relación al laboratorio 9 (82%) presentaron citopenias en al menos 2 series, mediana de ferritina 16289.5 ng/ml (RIC 4901- 23925), VSG mediana 14.5 mm/h (RIC 6-36.25) y mediana de PCR 188 mg/L (RIC 120-213.5). Los biológicos utilizados en estos ptes fueron Canakinumab 5 eventos (45%), Tocilizumab 4 eventos (36%) Anakinra 1 evento (9%) y Etanercept 1 evento (9%). Al momento del evento, observamos 4 de ellos tuvieron infecciones concomitantes, otros 5 estaban activos y otros 2 en estado de enfermedad inactiva bajo mediación. Las infecciones fueron: 2 de piel y partes blandas, 1 neumonía y 1 infección por virus Epstein barr .Tres ptes (42%) presentaron recurrencia del SAM, con un máximo de 3 eventos de SAM en 1 pte (14%). En estos 3 ptes que presentaron las recurrencias se descontinuó el agente biológico. Cuando se comparó las características del SAM bajo biológicos vs los que no lo recibían, se observó que el subgrupo bajo biológicos se asoció a menor compromiso orgánico (18 % vs.73 % p.003) ,menor requerimiento de UTI (18 % vs. 64 % p.01),y valores de ferritina más bajos (mediana de 16289.5 vs 214100) Hubo una mayor tendencia hacia la recurrencia de SAM en este grupo de pacientes (3 vs. 1 pte p 0.11).No se observaron muertes en este grupo (0% vs. 36%)
Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AIJs la prevalencia de SAM fue del 22% y la mayoría lo desarrolló durante la evolución de la enfermedad. La prevalencia de SAM observada bajo agentes biológicos fue del 41% (7/17 pts).En este subgrupo de pacientes, este evento inflamatorio demostró ser menos severo que aquellos que no recibieron terapia biológica, aunque observamos en ellos una mayor tendencia a su recurrencia. Una hipótesis planteada frente a estos hallazgos estaría relacionada con la acción de estos agentes, que actuarían tan solo bloqueando una o dos vías inflamatorias, de las múltiples involucradas en el desarrollo este severo síndrome de hiperferritinemia.

Posters

53º Congreso Argentino de Reumatología

7 al 11 de diciembre

SAR
Sociedad Argentina de Reumatología

14

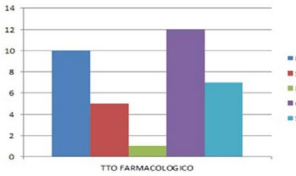
0014 - VALIDACIÓN DEL SCORE DE CONDICIÓN DE RAYNAUD EN ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

MORBIDUCCI, Julieta Silvana TAMBORENEA, María Natalia ROMANINI, Félix Enrique ARGUELLO, Juan CASTRO, Maria Cecilia SECCO, Anastasia
HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) se encuentra presente en más del 95% de pacientes con esclerosis sistémica (ESD). El presente estudio propone la adaptación transcultural y validación el Score de Condición de Raynaud (SCR) el cual podría ser una herramienta útil para determinar la respuesta al tratamiento dado que en nuestro país no existen actualmente instrumentos validados para la evaluación del mismo.
Objetivos: Adaptar transculturalmente y validar el Score de Condición de Raynaud en pacientes con esclerosis sistémica que concurren a un hospital público de Argentina.

	N=35
Sexo femenino n (%)	33 (94.2)
Edad, media (± DE)	56 (±12)
Edad al diagnóstico, media (± DE)	48 (±12)
ESD Limitada n (%)	28/35 (80)
ESD Difusa n (5)	7/35 (20)
Úlceras digitales n (%)	28/35 (82)
Tabaquismo n (%)	3/35 (8.6)
Ac anti centrómero + (%)	28/35 (80)
Ac anti Scl 70 + (%)	7/35 (20)
mRSS (RIC)	6 (2-10)



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esclerosis sistémica según los criterios ACR-EULAR 2013 y que presentaran FR. Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal. Los pacientes documentaron diariamente, por un periodo de 14 días, el número de ataques de Raynaud así como también: frecuencia, duración de los eventos en minutos y completaron una escala ordinal (0-10) la cual representa frecuencia, duración, severidad e impacto de los ataques. Se tomó como puntaje final un promedio de los mismos durante el período de 2 semanas antes de la visita inicial y durante el período de 2 semanas antes de cada visita de evaluación posterior al tratamiento. Para evaluar la validez de constructo de la escala, se compararon medidas validadas y adaptadas al español para Argentina: Health Assesment Questionnaire (HAQ), escala de Cochin, Escala Visual Análoga (EVA) de Raynaud por un experto, Score de Rodnan modificado (mRSS), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y Pacient Health Questionnaire (PHQ-9). Para evaluar reproducibilidad, un subgrupo de pacientes asistió a una segunda visita 10 días luego de la primera sin mediar cambios en el tratamiento ni en la condición clínica en la cual se realizó nuevamente el Score de Condición de Raynaud y las restantes medidas.
Resultados: Se incluyeron 35 pacientes. El 94.29% (33) eran mujeres con una media de edad de 56 años (DE: 12) y de edad promedio al diagnóstico de 48 años (DE: 12). El 80% de los pacientes (28) presentaban ESD limitada y 20% (7) ESD difusa. Como antecedente, el 82% había presentado úlceras digitales en algún momento de la enfermedad, 8,6% eran tabaquistas y 94% utilizaron medidas de sostén. 85% recibía tratamiento farmacológico. Los pacientes en tratamiento combinado recibieron en su mayoría dos fármacos siendo la combinación más frecuente: nifedipina y sildenafil. La mediana del Score de Condición de Raynaud en la primera visita fue de 4 (RIC: 2-5), EVA 42.5 (RIC: 30-55), HAQ 0.75 (RIC: 0.25-1.25), mRSS 6 (RIC: 2-10), Cochin 5 (RIC: 1-12). En la primera visita el coeficiente de correlación de Spearman entre SCR y EVA del médico fue de 0.89 (p<0.01); SCR y HAQ 0.58 (p<0.01); SCR y mRSS 0.61 (p<0.01); SCR y Cochin 0.57 (p<0.01). En el análisis de reproducibilidad, el coeficiente de correlación intraclase del índice evaluado entre la primera y segunda visita fue de 0.998 (IC 95%: 0.98-1.0).
Conclusiones: Los resultados mostraron que el Score de Condición de Raynaud es una herramienta confiable y válida para evaluar severidad del FR en la población estudiada con esclerosis sistémica.

19

0019 - MASTOIDITIS RECURRENTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA
Unidad Temática 2: SERIE DE CASOS

GALLO, Jésica (1) MARTINEZ, A(2) ALZUGARAY, M(2) BRESSÁN, F(2) LOBO, M(3) GERRERO, S(4) CAMPUZANO, N(5) MONTENEGRO, M(6)
REUMATOLOGIA-HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA. (1); HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA (2); SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA (3); SERVICIO ORL - HOSPITAL CENTAL DE RECONQUISTA (4); HOSPITAL ITURRASPE (5); HOSPITAL ITURRASPE (6)

Introducción: La granulomatosis de Wegener (GW) es un síndrome clínico-patológico de etiología desconocida caracterizado por vasculitis granulomatosa de las vías respiratorias superiores e inferiores y glomerulonefritis. Cualquier órgano puede verse afectado y muchos pacientes presentan características inusuales de la enfermedad. Existen manifestaciones atípicas de la GW, que incluyen infiltrados pulmonares difusos, linfadenopatía, hemorragia pulmonar difusa y superposición con arteritis de células gigantes.También se describieron características inusuales como manifestaciones iniciales de la enfermedad como ser de las de las vías respiratorias superiores (mastoiditis recurrente), los ojos, el sistema gastrointestinal, el sistema nervioso y el tracto genitourinario .
Materiales y Métodos: Describimos un caso clínico de Mastoiditis recurrente como manifestación inicial de Granulomatosis de Wegener.
Resultados: Varon de 38 años, derivado con diagnóstico de colesteatoma derecho de un año de evolución, con resolución quirúrgica 3 meses previos, parálisis facial periférica y disfagia a sólidos del mismo tiempo. Actualmente consulta por fiebre, disminución de peso, tos y expectoración hemoptoica de 15 días . Al examen físico se constata adelgazamiento de más 10 kg, exoftalmos y dacrioadenitis bilateral a predominio derecho, hipoacusia bilateral y parálisis facial periférica. Examen oftalmológico se observa epiescleritis bilateral. Laboratorio: anemia (parámetros para enfermedades crónicas), leucocitosis, falla renal leve, PCR 180, VSG 55. Proteinograma por electroforesis: sin particularidades. Pancultivos (negativo) y cultivo de esputo: K. pneumoniae; se inicia antibiótico. Orina completa: leucocitos, hematíes dismórficos. Orina de 24 horas: proteinuria 252 mg/día, albuminuria 49 mg/día, CDC 73.Para estudio de disfagia se solicita TC de cuello y toráx, que descarta causa orgánica, señalando infiltrados pulmonares bilaterales como así también alteraciones en la fosa temporal y espacio para faríngeo derecho; a dicho nivel, con mayor especificidad la RM de cuello con contraste confirma cambios inflamatorios , agrega osteólisis de la pared medial del seno maxilar derecho y compromiso homolateral de la órbita .Se realiza VEDA: sin particularidades. Se re analiza biopsia (2019) de colesteatoma visualizandose: focos de necrosis, infiltrado leucositoclastico neutrofilico sobre pared de vasos sanguineos , granulomas. Se solicita FAN, DNA, C3, C4, ANCA-P negativos y ANCA-C positivo. Se interpreta como poliangeítis con granulomatosis. Se inicia pulso de meprednisona 1gr ev y ciclofosfamida 1gr ev mesualmente. Presentando mejoria del cuadro clinico
Conclusiones: La granulomatosis de Wegener (GW) es un síndrome con predilección por las vías respiratorias superiores e inferiores y riñones. Sin embargo, cualquier sitio de afectación y la histopatológico, el diagnóstico puede ser difícil de establecer. La GW debe considerarse en los diagnósticos diferenciales de síndromes de hemorragia pulmonar, enfermedad crónica de oído, nariz y garganta, enfermedad inflamatoria de los ojos y cualquier enfermedad granulomatosa no infecciosa. Los ANCA son útiles para establecer un diagnóstico de GW. Por lo tanto consideramos que si bien no es frecuente de ver pacientes con estas patologías y con manifestaciones iniciales inusuales, deberíamos tenerlo en cuenta para llegar al diagnósticos tempranos y tratamiento adecuado a fin de evitar complicaciones.

16

0016 - RENDIMIENTO DE SASDAS (VERSIÓN SIMPLIFICADA DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD PARA LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE) EN COMPARACIÓN CON EL ASDAS EN UN ANÁLISIS POST HOC DE UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) CITERA, Gustavo(1) PONCE DE LEON, Dario(2) SZUMSKI, Annette Eva(2) KWOK, Kenneth(3) CUTRI, Mariel Susana(4) DOUGADOS, Maxime(5)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); PFIZER INC (2); PFIZER INC. (3); PFIZER SRL - Buenos Aires (4); HOSPITAL COCHIN (5)

Tabla 1: ASDAS por categorías del SASDAS en el punto de partida (mITT y casos observados; tratamientos combinados)

		SASDAS				
	Categoría de la enfermedad	Inactiva	Moderada	Alta	Muy alta	Coeficiente de kappa de Cohen*
ASDAS	Inactiva	2/213 (0.9%)	0/213 (0.0%)	0/213 (0.0%)	0/213 (0.0%)	0.58 (0.49, 0.67)
	Moderada	**3/213 (1.4%)**	13/213 (6.1%)	**20/213 (9.4%)**	0/213 (0.0%)	
	Alta	0/213 (0.0%)	**4/213 (1.9%)**	83/213 (39.0)	**18/213 (8.5%)**	
	Muy alta	0/213 (0.0%)	0/213 (0.0%)	**19/213 (8.9%)**	51/213 (23.9%)	

* Coeficiente de kappa de Cohen (IC del 95 %)
IC, nivel de confianza

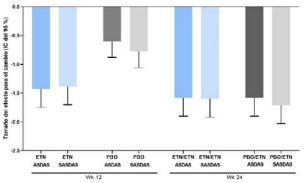


Figura 1. Adaptabilidad al cambio entre el ASDAS y el SASDAS según el tratamiento y el intervalo de tiempo.

Introducción: El índice de actividad para la Espondilitis Anquilosante (ASDAS) evalúa la espondiloartritis axial (axSpA)con buena consistencia interna y capacidad discriminativa. Sin embargo, esta valoración requiere el uso de una calculadora científica o aplicación electrónica. SASDAS es la suma de los componentes del ASDAS, y es fácil de usar en la práctica clínica.
Objetivos: Comparar los índices SASDAS y ASDAS (versión PCR) en un ensayo controlado aleatorizado (EMBARK).
Materiales y Métodos: EMBARK evaluó la dosis de 50 mg/semana de etanercept (ETN) en pacientes con axSpA activa en fase temprana no radiográfica que no respondían al tratamiento con antinflamatorios no esteroideos (AINE), y que recibían un AINE de base. Los sujetos recibieron ETN o placebo (PBO) durante 12 semanas (doble ciego) seguido de un tratamiento solo con ETN (fase abierta). Los ASDAS y SASDAS continuos se evaluaron mediante la correlación de Spearman, a la vez que se observó la concordancia entre las categorías de la enfermedad de ASDAS y SASDAS a través del coeficiente kappa de Cohen. Se analizó la capacidad para distinguir ambos tratamientos en función del tamaño del efecto (TE) además de la sensibilidad al cambio desde la evaluación basal así como en las semanas 12 y 24 según el TE para el cambio.
Resultados: De los 215 pacientes que formaron parte de la población con intención de tratar modificada, 208 avanzaron a la fase de etiqueta abierta (ETN/ETN, n=102; PBO/ETN, n=106). La edad promedio fue 32 años, mientras que el 64 % (ETN) y el 58 % (PBO) fueron hombres, y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 2.4 (ETN) y 2.5 años (PBO), respectivamente. Se observó una alta correlación entre el ASDAS y el SASDAS. Al basal, la correlación de Spearman fue de 0.82 (ETN), 0.87 (PBO) y 0.85 (tratamientos combinados); en la semana 12, se observaron valores de 0.89 (ETN), 0.90 (PBO) y 0.90 (tratamientos combinados). Finalmente, en la semana 24, la correlación fue de 0.88 (ETN), 0.88 (PBO/ETN) y 0.89 (tratamientos combinados). En la evaluación del SASDAS por categoría se detectaron más pacientes con actividad alta o muy alta de la enfermedad, en contraste con el ASDAS. A modo de ejemplo, en el basal, 38 de 213 pacientes (17.8 %) con actividad moderada y alta por ASDAS fue clasificada con un nivel más alto de actividad por el SASDAS (20 de 213 con actividad moderada, 18 de 213 con actividad alta), mientras que 26 de 213 pacientes (12.2 %) se clasificaron en un nivel más bajo (3 de 213 con actividad moderada, 4 de 213 con actividad alta, y 19 de 213 con actividad muy alta) (Tabla 1). Se repitió un patrón similar durante el tratamiento. El coeficiente kappa de Cohen osciló entre 0.54 y 0.73 en todos los tratamientos individuales/combinados e intervalos de tiempo, lo cual indica una concordancia de moderada a sustancial. La capacidad discriminativa evaluada por el TE del tratamiento fue más alta al utilizar el ASDAS que el SASDAS (TE [IC del 95 %], ASDAS: -0.74 [-1.03, -0.46]; SASDAS: -0.51 [-0.79, -0.23]), aunque la sensibilidad al cambio fue similar (Figura 1).
Conclusiones: Los datos obtenidos indican una concordancia de moderada a sustancial al utilizar el ASDAS en la clasificación de pacientes con una enfermedad activa, y una capacidad de discriminación del tratamiento menor.

20

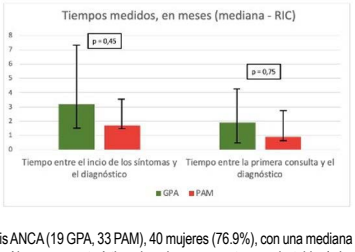
0020 - EVALUACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON VASCULITIS ANCA Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO AL FINAL DEL SEGUIMIENTO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

FERNÁNDEZ ÁVILA, Diana Carolina | SCOLNIK, Marina | SORIANO, Enrique Roberto
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Las vasculitis ANCA (VAA) son enfermedades multisistémicas complejas cuyo diagnóstico no siempre es sencillo y las puertas de entrada de los pacientes al sistema de salud pueden ser muy diversas. Por esta razón, nos propusimos evaluar las vías de atención médica y la interacción del paciente con el equipo de salud, desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento y la evaluación de daño al final del seguimiento.
Objetivos: Definir el tiempo y la forma en la que se llegó al diagnóstico y evaluar si este proceso afectó el daño al final del seguimiento, en pacientes con GPA y PAM
Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con GPA y PAM pertenecientes al plan de salud de un Hospital Universitario con diagnóstico posterior al año 2000. Se revisaron las historias clínicas identificando fechas de inicio de síntomas, primera consulta, fecha de diagnóstico, especialistas involucrados en diagnóstico y seguimiento, tipo de compromiso y BVAS al inicio, cumplimiento de criterios de clasificación, tratamientos recibidos y Vascular Damage Index (VDI) al final del seguimiento. Se realizó estadística descriptiva y análisis multivariado de regresión logística para identificar factores asociados con mayor demora diagnóstica.

	Total (n=52)	GPA (n=19)	PAM (n=33)	p
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	75.0 (66.3-81.9)	73.6 (66.2-79.1)	77.4 (66.4-82.7)	0.45
Sexo femenino, n (%)	40 (76.9)	14 (73.7)	26 (78.8)	0.67
ANCA C positivo, n (%)	18 (34.6)	18 (94.7)	0	<0.001
ANCA P positivo, n (%)	31 (59.6)	0	31 (93.9)	<0.001
Anti PR3 positivo, n/40 realizados (%)	13 (32.5)	13 (92.9)	0	**<0.001**
Anti MPO positivo, n/40 realizados (%)	25 (62.5)	1 (7.1)	24 (92.3)	**<0.001**
Manifestación renal, n (%)	44 (84.6)	12 (63.2)	32 (96.9)	**0.001**
Manifestación pulmonar, n (%)	30 (57.7)	13 (68.4)	17 (51.5)	**0.23**
Manifestación ORL, n (%)	20 (38.5)	14 (73.7)	6 (18.2)	**<0.001**
BVAS al diagnóstico, mediana (RIC)	14.5 (12-18.5)	15 (9-21)	14 (12-18)	**0.81**
Mediana de número de órganos involucrados al diagnóstico (RIC)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-2)	**0.31**
Recaídas, n (%)	14 (27.4)	8 (44.4)	6 (18.2)	0.04
Reinducción, n (%)	9 (17.3)	5 (26.3)	4 (12.1)	0.19
VDI final, mediana (RIC)	3 (2-5)	3 (2-5)	3 (2-4)	0.57
Muerte, n (%)	16 (30.8)	6 (31.6)	10 (30.3)	0.92



Resultados: Se incluyeron 52 pacientes con vasculitis ANCA (19 GPA, 33 PAM), 40 mujeres (76.9%), con una mediana de edad al diagnóstico de 75 años (RIC 66.3-81.9). Algunas características basales se muestran en la tabla 1. La demora entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 1.8 meses (RIC 1.3-4.7) y entre la primera consulta por síntomas relacionados a VAA y el diagnóstico fue de 1 mes (RIC 0.5-3.2), sin diferencias significativas entre GPA y PAM (gráfico 1). La principal puerta de entrada al sistema de salud fue a través de médicos generalistas (84.6%), requiriendo una mediana de 6 consultas antes del diagnóstico (RIC 3-11) y los especialistas que realizaron el diagnóstico fueron mayoritariamente reumatólogos (40.4%) y nefrólogos (53.8%). El 73.1% de las VAA se diagnosticaron durante una internación hospitalaria. Los pacientes con GPA requirieron una mayor cantidad de especialistas consultados antes de llegar al diagnóstico en comparación con los pacientes con PAM (mediana de 3 (RIC 2-3) versus 2 (RIC 2-3), p=0.03). En el análisis multivariado el único factor que se encontró asociado a una menor demora diagnóstica fue el haber presentado compromiso renal (OR 0.06, IC 95% 0.01-0.75, p=0.03). No hubo relación entre la demora diagnóstica y el VDI al final del seguimiento.
Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con vasculitis ANCA pertenecientes a un sistema cerrado de salud, la mediana de tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 1.8 meses. El compromiso renal permitió un diagnóstico más precoz. No encontramos relación entre el tiempo al diagnóstico y el daño al final del seguimiento.

22

0022 - LOS NIVELES SÉRICOS DE INTERLEUCINA 22 E INTERLEUCINA 6 DISMINUYEN LUEGO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ALVAREZ FERREIRA, Maria Clara (1) ALAMINO, V(1) ACOSTA, C(1) ONETTI, L(2) MUSSANO, E(2) CADILE, I(2) ZACCA, E(1) GRUPPI, A(3) ACOSTA RODRÍGUEZ, E(3) FERRERO, P(1)
LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC (1); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, FCM, UNC (2); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC - CIBICI (3)

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune de causa desconocida caracterizada por inflamación persistente y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones debido al infiltrado de células inmunitarias que secretan citocinas relacionadas al perfil Th17 como Interleucina (IL)-22 e IL-6. Su dinámica durante el tratamiento permanece incomprendida. A pesar del notable éxito de los medicamentos destinados a bloquear la acción de diferentes citocinas, incluídas IL-22 e IL-6, una proporción importante de pacientes con AR no logra la remisión de su enfermedad.
Objetivos: Evaluar los niveles de IL-22 e IL-6 en suero y líquido sinovial (LS), el impacto del tratamiento sobre el nivel de estas citocinas y estudiar su relación con distintos parámetros bioquímicos y clínicos.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 77 pacientes con diagnóstico de AR según criterios de clasificación ACR/AULAR 2010. Cuarenta estaban sin tratamiento y 37 con medicación específica. A 30 pacientes se les hizo seguimiento luego de haber iniciado un tratamiento específico y a 12 se les extrajo LS; se evaluó la actividad de la enfermedad con DAS28 y respuesta al tratamiento con criterios EULAR. Además, se incluyeron 30 individuos controles sin AR. IL-22 e IL-6 se midieron por ELISA sándwich. El análisis estadístico se realizó con el software GraphPad Prism versión 5 y un valor de p< 0,05 fue considerado estadísticamente significativo
Resultados: De los 77 pacientes con AR, 59,7% tuvieron valores dosables de IL-22 y 45,4% de IL-6, mientras que 33,3% de los controles tuvieron valores dosables de IL-22 y 23,3% de IL-6. No se observaron diferencias en los niveles séricos dosables de IL-22 entre pacientes y controles (p=0,60), como así tampoco en los niveles de IL-6 (p=0,13). IL-22 e IL-6 disminuyeron luego de 3 meses de tratamiento (p=0,035 y p= 0,0003, respectivamente) en el grupo de pacientes con niveles séricos dosables. Particularmente, los niveles de IL-6 disminuyeron (p=0,0039) en los pacientes con buena/moderada respuesta al tratamiento. El nivel de IL-22 fue menor (p=0,019) y de IL-6 mayor (p<0,0001) en LS que en suero de un mismo paciente. Los valores de IL-22 no correlacionaron con ninguna de las variables analizadas, ni en los pacientes sin tratamiento, ni en los tratados. IL-6 correlacionó positivamente con PCR (r=0,59 y p=0,019) y anti-CCPhs (r=0,55 y p=0,03) en los pacientes sin tratamiento, y sólo con PCR (r=0,52 y p=0,019) en los pacientes tratados. VSG, PCR y DAS28 fueron mayores en los pacientes sin tratamiento con valores dosables de IL-6 que en no dosables (p=0,041; p=0,001 y p=0,006, respectivamente). Además, para pacientes tratados, VSG y PCR fueron mayores en pacientes con valores dosables de IL-6 (p=0,008 y p=0,008, respectivamente).
Conclusiones: En aquellos pacientes que al inicio del tratamiento presenten valores dosables de IL-22 o IL-6, la disminución de sus niveles, podría utilizarse como un biomarcador adicional de respuesta. Una mejor compresión de la dinámica de IL-22 e IL-6 durante el tratamiento ayudaría a generar terapias más eficaces. El hallazgo de valores dosables de IL-6 apoya el estado inflamatorio desregulado que presenta cada paciente ya que se asocia a altos niveles de PCR, VSG y DAS28.

23

0023 - ANALISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA-SEVERA EN ARGENTINA

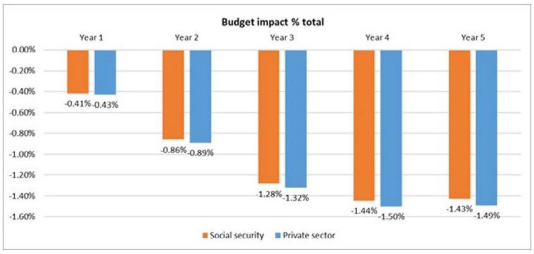
Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

SECCO, Anastasia(1) ESPINOLA, Natalia(1) BALAN, Dario(1) KANEVSKY, Diego(2) CALVI, Guido(2) MORISSET, Pierre(2) BARDACH, Ariel(1) AUGUSTOVSKI, Federico(1)
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLINICA Y SANITARIA (1); ABBVIE ARGENTINA (2)

Introducción: En Argentina, la prevalencia de artritis reumatoidea (AR) se estima en 0,94%, (IC 95%: 0,86%-1,02%). Aproximadamente el 65% de los pacientes tiene una enfermedad moderada/severa y el 45% (rango: 36%-54%) de estos, presenta una respuesta inadecuada al tratamiento con drogas modificadoras de la AR convencionales (RI-DMARc). Para estos casos existen diferentes opciones de tratamiento, como agentes biológicos o los inhibidores de las JAK kinasas, dentro de los cuales se encuentra el Upadacitinib.
Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el impacto presupuestario de la incorporación de Upadacitinib 15 mg para el tratamiento de AR moderada-severa, en pacientes con RI-DMARc, desde la perspectiva de la seguridad social (SS) y el sector privado (SP) de salud en Argentina.
Materiales y Métodos: Se desarrolló un modelo de análisis de impacto presupuestario (AIP) con horizonte temporal de cinco años, considerando una cohorte hipotética de 100.000 individuos. Para la obtención de los parámetros epidemiológicos se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y se validaron los datos con un panel de expertos locales. Los componentes principales del modelo fueron la estimación de la población elegible, las cuotas de mercado y su evolución en el tiempo, los costos de adquisición de las drogas, el manejo clínico de la patología y la estimación de los eventos adversos. Los costos se expresaron en pesos argentinos, con fecha de julio 2019. Dado que, al momento de realizarse el estudio, Upadacitinib aún no tenía precio de mercado, se asumió paridad con el costo total anual de Tofacitinib.

Tratamiento		UPA 15mg+MTX	ABT SC+MTX	ADA+MTX	c2/MARD Intensivo	CTZ+MTX	ETN+MTX	GOL+MTX	RTX+MTX	TCZ SC + MTX	TFC + MTX	Total
Costo anual de drogas		$960.334	$634.493	$689.510	$52.403	$980.437	$663.646	$731.503	$467.204	$646.182	$560.334	
N individuos, sin Upa	Año 1 a 5	0	1	3	7	2	5	1	1	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 1	1	1	3	7	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, sin Upa	Año 2	2	1	3	6	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 3	2	1	3	6	2	5	0	1	1	2	23
N individuos, sin Upa	Año 4	3	1	3	6	2	5	0	0	1	2	23
N individuos, con Upa	Año 5	4	1	3	6	2	5	0	0	1	1	23

Resultados: En la Tabla 1 se muestra la distribución de la población objetivo en el escenario sin y con Upadacitinib, y el costo de drogas anual en mantenimiento. El AIP muestra un ahorro neto acumulado a lo largo de los 5 años de $606.696 y $631.549 para un financiador de la SS y SP, respectivamente, derivado de la incorporación de Upadacitinib 15 mg (combinado con metotrexato). Esto representa un ahorro promedio de 1,09% y 1,12% en relación al presupuesto total del financiador de SS y SP, respectivamente. Los resultados son presentados en la Figura 1. Además, en términos del AIP de miembro por mes (PMPM), se observa que el ahorro neto estimado en el año 5 sería alrededor de $0,13 y $0,14 PMPM para un financiador de la SS y SP, respectivamente. De acuerdo al análisis de sensibilidad determinístico, el costo de adquisición de Upadacitinib es la variable más influyente del modelo.



Conclusiones: Tanto en los análisis de caso base, como en los análisis de sensibilidad, el esquema de tratamiento evaluado, resulta una alternativa costo-ahorrativa en las poblaciones y las perspectivas evaluadas. Conflicto de intereses: AbbVie proporcionó el apoyo financiero para este estudio. AbbVie participó en la interpretación de los datos, revisión y aprobación de la publicación. Todos los autores contribuyeron al desarrollo de la publicación y mantuvieron el control sobre el contenido final. Diego Kanevsky, Guido Calvi, y Pierre Morisset son empleados de AbbVie Argentina y pueden poseer acciones u opciones sobre acciones de AbbVie.

24

0024 - ENFERMEDAD DE PAGET CON COMPROMISO POLIOSTÓTICO SINTOMATICO E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON DENOSUMAB: REPORTE DE CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS
Unidad Temática 2: OSTEOPOROSIS - DENSIDAD MINERAL - METABOLISMO FOSFOCÁLCICO

CASTRO, Maria Cecilia (1) LARROUDE, María Silvia(2)
CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA (1); CENTRO ROSSI (2)

Introducción: La incidencia de la Enfermedad ósea de Paget en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) es desconocida. Existen escasos reportes del uso de Denosumab en estos pacientes, en los cuales el tratamiento con bifosfonatos se encuentra contraindicado.
Objetivos: Reportar la respuesta al tratamiento con Denosumab en pacientes con Enfermedad de Paget e IRC.

Materiales y Métodos: Paciente de 89 años, con antecedentes de IRC sin requerimiento dialítico con Clearence de creatinina de 25 ml/min, Hipertensión arterial y Fibrilación auricular crónica. Consulta por dolor óseo coxofemoral izquierdo de 6 meses de evolución con incapacidad para la deambulación. Rx y Tc pelvis esclerosis coxofemoral izquierda y línea isquiopubiana e irregularidad de la cabeza femoral izquierda. Laboratorio FAL 850 mg/dl y FAL ósea de 95 U/L (VN hasta 22.9 UI/L), Ca 9.3 mg/dl, PTH 45 pg/ml, VITD < 15 ng/ml. Rx columna dorsal y lumbar de perfil: impresiona fractura grado 1-2 en L1 anterior y media y grado 2 en D9. Centellograma óseo aumento de actividad del radiocompuesto en fémur izquierdo con compromiso de la articulación coxofemoral homolateral, áreas focales de aumento de actividad en omóplato izquierdo, 5° y 10º art costovertebral izquierda, 11º arco costal ipsilateral. Se descarta patología neoplásica y se diagnostica Enfermedad de Paget con compromiso poliostótico sintomático.

Resultados: Considerando IRC con contraindicación para tratamiento con bifosfonatos asociado a la fibrilación auricular, se decidió iniciar tratamiento con Denosumab 60 mg via subcutánea cada 6 meses. Se complementó la terapia con Citrato de calcio 3000 mg-VIT D3 800 UI dia. Luego de un 1 año de tratamiento el paciente presenta buena evolución clínica en ausencia del dolor óseo. Se constata normalización de la FAL 123 mg/dl y FAL ósea 31 U/l. Centellograma óseo de seguimiento leve captación en tercio superior del fémur y omoplato izquierdo, sin actividad en el resto de los sitios previamente afectados.
Conclusiones: Dada la escasa literatura existente respecto al tratamiento de Enfermedad de Paget e IRC, se decide presentar dicho reporte de caso, planteando al Denosumab como alternativa terapéutica con estricto control de la calcemia . En nuestro caso, se evidenció mejoría clínica del dolor y de los hallazgos imagenológicos, asociado a disminución de los parámetros de formación ósea por laboratorio.

25

0025 - ¿QUE OPINAN LOS REUMÁTOLOGOS ARGENTINOS SOBRE EL USO DE LOS ANTIMALÁRICOS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y ATENUAR LAS FORMAS GRAVES DE COVID-19?

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

QUINTANA, Rosana M. NIETO, Romina Estefanía PONS-ESTEL, Guillermo SERRANO, Rosa GUAGLIANONE, Débora PONS-ESTEL, Bernardo
CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR). GRUPO OROÑO, ROSARIO

Introducción: El COVID-19 (Corona Virus Disease-2019) es una enfermedad producida por SARS-CoV-2. Entre las opciones de tratamiento, se listan los antimaláricos (AM); aunque con resultados controvertidos.
Objetivos: Describir la opinión de los reumatólogos de la SAR sobre el uso de los AM en la profilaxis pre y pos-exposición al SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedad reumática crónica y en trabajadores de la salud.
Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta "on line", auto-administrada y de carácter anónima; con preguntas estructuradas en relación al objetivo del estudio. La población encuestada fueron los reumatólogos socios de la SAR, quienes fueron invitados a participar a través de una notificación enviada por correo electrónico desde la SAR. La encuesta permaneció vigente durante todo el mes de agosto del 2020.
Resultados: Participaron 122 reumatólogos, con edad media de 47,08 (DE 12.30) años. El 65% mujeres; el 35% residentes en CABA, 28% en Provincia de Buenos Aires, siguiendo en frecuencia: Santa Fe; Tucumán; Córdoba, Mendoza y Salta. El 37% tenían más de 16 años de experiencia laboral. El 50% de los profesionales tienen otra especialidad. El 90% de los reumatólogos tienen su atención distribuida entre el ámbito público y privado; pero solo el 10% estaban dedicados a la atención de pacientes sospechosos/confirmados por COVID-19. El 80% se dedicaban a consultas externas excluyendo la atención de pacientes sospechosos, el 10% realizaban guardias de atención de pacientes sospechosos y 2% guardias de cuidados intensivos. El 11% de los encuestados no estaban ejerciendo su profesión debido a pertenecer a un grupo de riesgo. El 5% afirmaron considerar a los AM como una opción de profilaxis pre-exposición al SARS-CoV-2 en los pacientes reumáticos y sólo dos lo habían prescrito. El 95% restante no lo consideró debido a la falta de evidencia científica. El 19% consideró a los AM para la profilaxis pos-exposición, pero solo siete lo habían indicado. Se compararon las características de los médicos según su consideración de incluir o no a los AM como profilaxis; no se observaron diferencias respecto a la edad (p=0,227), el sexo (p=0,999) la antigüedad en el ejercicio de la profesión (p=0,189); lugar (p=0,404) y tipo de atención (p=0,680). Ninguno de los médicos observó eventos adversos relacionados. De los médicos prescriptores (29%), un médico declaró haber incorporado el ECG como rutina y tres sólo en pacientes con factores de riesgo de arritmias malignas. Sólo dos (1,6%) estuvieron infectados por SARS-CoV-2 y ninguno estaba realizando profilaxis con AM. De los restantes 120 médicos que no se infectaron con el virus, el 62% no había pensado realizar profilaxis con AM, el 35% si lo había pensado, pero no lo estaba tomando y el restante 3% tomaba AM como profilaxis.
Conclusiones: Los reumatólogos que participaron fueron aquellos con más de 10 años de experiencia y dedicados a la atención especializada, sin atención específica a pacientes sospechosos. Un bajo porcentaje de profesionales consideraron a los AM como una alternativa en profilaxis pre y/o pos-exposición. Menor aun fue el número de prescriptores, justificado por la falta de evidencia clínica. A pesar de ser considerados los AM como drogas seguras, no fueron incluidos por los reumatólogos como una opción para la profilaxis al SARS-CoV-2 durante la pandemia.

26

0026 - PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS DURANTE EL PERÍODO DE TRANSICIÓN

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

CASTRO, Maria Cecilia MORBIDUCCI, Julieta Silvana TAMBORENEA, María Natalia ROMANINI, Félix Enrique SECCO, Anastasia
HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: El proceso de transición (transferencia del paciente a un médico nuevo) puede potencialmente impactar de forma negativa en el paciente , asociándose a pobre control de los síntomas de la enfermedad, mayor daño de órgano blanco e incremento en la morbimortalidad.
Objetivos: a) Estimar la frecuencia de pérdida de seguimiento en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes durante el período de transición entre los médicos próximos a finalizar su formación y el resto de los profesionales que se encargarán de la nueva atención del paciente; y compararla con la frecuencia de pérdida de seguimiento en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes que acuden habitualmente al mismo servicio. b) Comparar la frecuencia de consultas durante el año previo y posterior a la transición. c) Describir la actividad de la enfermedad y grado de discapacidad durante el período de transición y compararlos con los valores previos.
Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional y longitudinal con recolección retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes que realizaron seguimiento entre Junio del 2015 y Mayo de 2018.Se excluyeron pacientes que no realizaron seguimiento activo. Se evaluaron las consultas realizadas entre Enero 2018 y Abril 2018 con el médico tratante que finalizó su formación y desde Mayo 2018 a Mayo 2019 durante el primer año de seguimiento con el nuevo médico. Se comparó con el grupo de pacientes que realizaron seguimiento entre junio del 2015 y Mayo de 2018 con el resto de los reumatólogos del servicio. La actividad de la enfermedad se evaluó con el índice establecido para cada patología. La capacidad funcional se evaluó a través del HAQ en AR. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución y tamaño muestral, las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizó, test de Student o Mann Whitney .Las variables categóricas se analizaron mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según tabla esperada de distribución de frecuencias. Para comparar la actividad de la enfermedad antes y después del cambio de médico se usó t test para datos pareados o wilcoxon signed-rank test.

POBLACION	CASOS N=59	CONTROLES N=63
Sexo femenino (%)	49 (83.05)	92.06
Edad (media±SD)	52 (± 14)	50 (±13)
Ama de casa (%)	31 (52.54)	36 (57.14)
Desempleados (%)	3 (5.08)	2 (3.17)
Personal doméstico (%)	3 (5.08)	4(6.35)
Jubilados (%)	4 (6.78)	7 (11.11)
Estudiantes (%)	4 (6.78)	3 (4.76)
Empleados (%)	14 (23.73)	11 (17.46)
Obra social (%)	7 (11.86)	5 (7.93)
Perdida de seguimiento (%)	9 (15.25)	6 (9.52)
Seguimiento inapropiado (%)	8 (13.56)	7 (11.11)
Seguimiento activo (%)	42 (71.19)	50 (79.37)
Requerimiento de internación (%)	2 (3.44)	
Óbito (%)	1 (1.72)	

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, media de edad 52 años (±14), 49 femeninos (83.05%). Dentro de las patologías más frecuentes se destacan la Artritis reumatoidea (55,93%), Síndrome de Sjogren primario (13,56%), Lupus eritematoso sistémico (10.17%), Esclerosis sistémica (8.47%), Artritis idiopática juvenil (6.78%), Artritis psoriasica (3.39%) y Espondilitis anquilosante (1.69%). EL 11.86% presentaban obra social, siendo PAMI la más frecuente (42.85%). Se constató 1 óbito durante la transición (1.72%) y 2 pacientes requirieron internación (3.44%) debido a nefritis lúpica y a manifestaciones hematológicas severas por LES. La mediana de tiempo desde la última consulta previa a la transición hasta la primera consulta con nuevo reumatólogo fue de 3 meses (ric: 1-5). El 15.25% presentó perdida de seguimiento durante la transición, 13.56% seguimiento inapropiado y 71.19% seguimiento activo. Se incluyeron 63 pacientes en el grupo control, de similar edad, sexo y diagnóstico de enfermedad reumatológica, siendo AR (57,14%) y LES (19,05%) las más frecuentes. El resto del detalle se encuentran en la tabla 1. El 9.52% de los controles presentó perdida de seguimiento en el período evaluado, 11.11% seguimiento inapropiado y 79.37% seguimiento activo, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a los casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media del DAS 28 (3.24 ± 1.3 vs 3.58 ±1.3, p=0.21); así como tampoco en el CDAI (mediana 9 (ric 4-15) vs mediana 8.5 (ric 3-13),p =0.89); ni del HAQ DI (mediana 1 (ric 0.3-1.3) vs mediana 0.83 (ric 0.5-1.5), p=0.85) entre la visita previa y posterior a la transición entre médicos. Los diferentes índices (ESSDAI, SELENA SLEDAI, BASDAI, ASDAS, DAPSA, SLICC, ESSPRI y Score de Rodnan) no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las consultas.
Conclusiones: Se evidenciaron diferencias numéricas no estadísticamente significativas en la perdida de seguimiento de los pacientes que se encontraban en transición, las cuales podrían ser significativas al ampliar el número de pacientes en el estudio. Creemos conveniente determinar los factores modificables que podrían contribuir a la pérdida en el seguimiento, a fin de lograr una mayor adherencia en la atención y mejorar el proceso de transición entre médicos.

27

0027 - EXPERIENCIA DEL USO DE ETANERCEPT DURANTE 17 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) EN UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE BUENOS AIRES

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

CUTTICA, Rubén J. BRUSCO, María Isabel PRINGE, Alejandra B. CARRILLO, Marina NARCHI, Ana Sofia ETCHEVERRY, Mayra
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE

Introducción: El primer biológico aprobado para el manejo de la AIJ fue el etanercept a fines de 1999 demostrando rápida y sostenida eficacia en pacientes con enfermedad de curso poliarticular.
Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad del etanercept durante 17 años en el contexto de la vida real en un centro de reumatología pediátrica.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte que incluyó a todos los niños que recibieron etanercept desde diciembre de 1999 a diciembre de 2017 con datos suficientes para su evaluación. Se analizaron 133 historias clínicas de pacientes con AIJ (clasificación ILAR). La respuesta al tratamiento se evaluó acorde al criterio ACR pediátrico 30, 70 y 90 y medidas standard de actividad de la enfermedad evaluadas 1, 3, 6, 9 y 12 meses del comienzo de la medicación y a la última dosis. La seguridad fue evaluada en base al número y tipo de eventos adversos. Se evaluaron las variables de respuesta en general y comparando las formas de comienzo sistémico y poliarticular.
Resultados: Se incluyeron en el seguimiento 133 pacientes. La duración de tratamiento con etanercept fue desde 1 mes hasta 17,2 años, con un promedio de 5,3 años. La edad media al inicio del tratamiento fue de 8 años y el 73% fueron mujeres. Dividiendo al grupo según el tipo de AIJ, el 32,7% fue sistémica, el 24,9% poliarticular FR+, el 22% poliarticular FR-, el 9,8% oligoarticular, el 6,1% con entesitis, el 4,5% oligoarticular extendido, y hubo un solo caso de tipo psoriático. En cuanto a eficacia, respondieron a la terapia 129 de 133 pacientes. Los siguientes son los porcentajes de pacientes que alcanzaron el ACR 30, ACR 70 y ACR 90, a los meses 1, 3, 9 y 12: ACR 30: 49%, 73%, 87%, 92%; ACR 70: 15%, 44%, 61%, 71%; ACR 90: 9%,29%,42%, 68%. Se registró también la distribución del ACR a la última dosis de etanercept en 98 pacientes: ACR 30: 1, ACR 50: 18, ACR 70: 21, ACR 90: 49. Se evaluaron Score CHAQ y duración de rigidez matinal antes y después del tratamiento y las diferencias fueron significativas a favor del tratamiento. Se evaluó el perfil de seguridad en 131 pacientes. De estos, 40 tuvieron 49 eventos adversos (21 infecciosos y 28 no infecciosos), siendo solo 3 de ellos clasificados como severos y 28 como moderados sin registrarse eventos adversos serios. Un total de 53 pacientes (39%) presentaron una recaída durante el tratamiento. Independiente de las recaídas, 79 pacientes suspendieron la terapia por más de 15 días en algún momento. Las razones fueron: pérdida de eficacia o persistencia de los síntomas 22, remisión 19, falta de acceso 18, abandono voluntario del tratamiento 15, eventos adversos 4, embarazo 1. Por último se compararon los pacientes con AIJ sistémica y no sistémica. Algunas variables significativas fueron edad de comienzo más temprano en enfermedad sistémica, tiempo al ACR 30 47 días más tarde en enfermedad sistémica y tiempo a la recaída 24 días antes en promedio en los sistémicos.
Conclusiones: En esta experiencia de vida real con el uso de etanercept durante 17 años en niños con AIJ y un promedio de duración de tratamiento de 5,3 años, se demuestra un perfil de eficacia y seguridad adecuado y acorde a registros europeos. El 50% presentó ACR 90 a la última dosis de etanercept. El promedio de eventos infecciosos fue bajo y no se registraron casos de tuberculosis, infecciones oportunistas, malignidad, otras enfermedades autoinmunes, desmielinizantes ni muertes. Cabe destacar que los pacientes sistémicos demoraron mas tiempo en lograr ACR 30 y un tiempo menor a la recaída.

28

0028 - SCREENING Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y TRATAMIENTO REUMATOLÓGICO, INFECTADOS POR TRYPANOSOMA CRUZI

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

RINGER, Ariana (1) RUFFINO, Juan Pablo(1) CUADRANTI, Nadia Aldana(1) ARGENTO, Maria Cecilia(1) MARTINEZ, María Florencia(1) ROLLA, Ignacio(1) CHULIBERT, Serenela(1) CARBONE, Dianela(1) CORTESE, María Noel(1) PALATNIK, Mariano(1) LAGRUTTA, Mariana(1) RODOLFO, Leiva(1) AGUILA, Damian(1) CORDOBA, Laura(1) VILLAR, Silvina(2) GONZALEZ, Florencia(2) PACINI, Florencia M(2) PÉREZ, Ana Rosa(2) BOTTASSO, Oscar(2) ABDALA, Marcelo(1)

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (1); INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER CONICET UNR) Y FACULTAD DE CIENCI (2)

Introducción: La enfermedad de Chagas (EC) es una importante causa de morbimortalidad y carga económica en Latinoamérica. El comportamiento de la EC ha sido bien descrito en pacientes con inmunosupresión, pero aún hay poca evidencia en las enfermedades reumáticas (ER) y con distintos tratamientos reumatológicos (TR).
Objetivos: Screening y seguimiento clínico y serológico de pacientes con ER en TR, con EC concomitante. Detectar reactivación clínica y serológica.
Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo longitudinal. Se realizó screening sistemático de EC y seguimiento a los pacientes con EC y ER concomitante en TR. Las evaluaciones se realizaron antes y después del TR y si ya estaba establecido, posteriormente. Se realizó seguimiento clínico y serológico. Para detectar la parasitemia se realizaron dos métodos: Strout y reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se dosaron anticuerpos específicos. Se realizó un análisis descriptivo.
Resultados: Se detectaron 46 pacientes chagásicos con ER bajo TR. Predominó el sexo femenino (89, 13%), con una edad media de 51 años, en su mayoría nacidos en Argentina (91,30%). Del total de pacientes, 26 (56,52%%) presentaron artritis reumatoidea, 5 (10,87%) esclerodermia, 4 (8,70%) lupus, 2 (4,35%) vasculitis, 2 (4,35%) artritis psoriática, 1 (2,1%) uveítis y 6 (13,14%) otras. Con respecto a los tratamientos reumatológicos, 40 pacientes (68,96%) recibieron fármacos modificadores de la enfermedad clásicos, 4 (8,70%) biológicos (Adalimumab, Certolizumab, Abatacept), 2 (4,35%) sintéticos (Tofacitinib), 3 (6,52%) azatioprina y 2 (4,35%) ciclofosfamida. Se observó el uso de corticoides en dosis menores a 20 mg (equivalentes de prednisona) en 22 pacientes (47,83%) y en dosis mayores a ésta en 2 pacientes (4,35%). Se detectaron dos pacientes con parasitemia (tanto Strout como PCR positivos) y signos y síntomas concomitantes de reactivación. Ambos presentaban miocardiopatía chagásica previo al seguimiento. Una mujer de 64 años con poliangeítis microscópica, bajo prednisona 60 mg / día y una mujer de 57 años con lupus eritematoso sistémico bajo prednisona 40 mg / día e hidroxicloroquina. Desarrollaron fiebre, mialgias, artralgias y astenia. Se descartaron otras infecciones. Recibieron Benznidazol y Nifurtimox respectivamente. Después de una semana de tratamiento, tanto Strout y PCR se negativizaron, con mejoría clínica y control evolutivo sin nuevos síntomas.
Conclusiones: De los 46 pacientes detectados en el screening, 2 (4,35%) presentaron parasitemia y clínica de reactivación, en contexto de altas dosis de esteroides. En el resto de los pacientes no se reconoció variación clínica o serológica en el seguimiento, considerando todos los tratamientos. Como la reactivación es posible, la detección de parásitos antes y durante la inmunosupresión reumatológica debe realizarse de forma rutinaria en países endémicos y sospecharse en países no endémicos con nexo epidemiológico. La determinación de anticuerpos específicos de EC, Strout y PCR son técnicas válidas. Mas evidencia es necesaria para ampliar el conocimiento sobre el comportamiento de la EC en esta población y bajo los distintos tratamientos inmunosupresores.

29

0029 - HEMORRAGIA PULMONAR UNILATERAL EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

Modalidad: Poster Casos Clínicos Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

CHULIBERT, Serenela RINGER, Ariana RUFFINO, Juan Pablo ARGENTO, Maria Cecilia MARTINEZ, Maria Florencia CARBONE, Dianela CUADRANTI, Nadia Aldana ROLLA, Ignacio CORTESE, Maria Noel PALATNIK, Mariano VERNAY, Nery QUARTARA, Alicia NAJERSON, Martin ABDALA, Marcelo
HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO

Objetivos: Considerar posibles diagnósticos diferenciales en un paciente con anticuerpos antifosfolípidos y hemorragia pulmonar.
Materiales y Métodos: Se describe un paciente que presenta hemorragia pulmonar unilateral en contexto de anticoagulación por tromboembolismo pulmonar crónico y anticuerpos antifosfolípidos.
Resultados: Caso clínico: Paciente masculino, de 22 años de edad ingresa por episodio de hemoptisis e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ventilación mecánica. Antecedentes personales: tromboembolismo pulmonar crónico anticoagulado con acenocumarol, diagnosticado 3 semanas previas al ingreso y en el laboratorio presencia de anticuerpos Anticardiolipinas (ACLA) IgG positivo (76 GPL), IgM indeterminado (17 MPL), Anti B2 glicoproteína- I IgG positivo (87 GPL), IgM negativo, anticoagulante lúpico positivo a título moderado, ANA 1/320 patrón moteado sustrato: hep 2000, Anti-ENA: U1-RNP positivo débil y anti-ADNn negativo. No presenta antecedentes de consumo de cocaína ni otras drogas. Al examen físico se encontraba normotenso, ruidos cardiacos normofonéticos, taquicárdico, taquipneico, uso de músculos accesorios , rales crepitantes en base izquierda, sin otros hallazgos de jerarquía. Laboratorio: Hematocrito 33,1%, hemoglobina 11.6 g%, plaquetas 229.000/mm3, GB 8860/mm3 (neutrófilos 85%, linfocitos 13%), TP 17,8 seg (tasa 39%), RIN 1,61, KPTT 43 seg, función renal conservada y sedimento urinario normal. Serologías para HIV, VHB y VHC negativas, anti-ADNn negativo, ACLA IgG positiva moderado, IgM negativo, anti-Beta2glucoproteína-I IgG e IgM negativo; anticoagulante lúpico negativo, C3 101 mg%, C4 12 mg%, ANCA y anti-MBG negativo. Pesquisa de trombofilias: proteína C, S, homocisteína y antitrombina-III dentro de valores normales, Factor V homocigota normal y ausencia de mutación G20210A de protrombina. Lavado broncoalveolar: restos hemáticos, cultivos negativos. TC de tórax: imágenes algodonosas en lóbulo inferior izquierdo con patrón de vidrio esmerilado. Ecocardiograma-doppler: presión de arteria pulmonar normal. Arteriografía pulmonar: múltiples fístulas broncopulmonares de arterias bronquiales derecha e izquierda. Se suspendió anticoagulación, se administró plasma fresco, vitamina K y antibioticoterapia empírica y se realizaron tres pulsos de metilprednisolona endovenosa. Se descartaron como causas de hemorragia pulmonar aquellas relacionadas a trombofilias, vasculitis asociadas a anticuerpos ANCA y anti MBG, secundaria a cocaína e infecciones pulmonares. Debido a que el paciente presentó un segundo episodio de hemoptisis, observándose una imagen compatible con hemorragia en el mismo sector pulmonar comprometido en el primer episodio, se realizó una nueva arteriografía con evidencia de fístulas broncopulmonares y se procedió a su embolización.
Conclusiones: Existen múltiples causas posibles de hemorragia pulmonar que deben ser consideradas en un paciente con anticuerpos antifosfolípidos y anticoagulación, siendo más frecuentes las de origen autoinmune, especialmente la hemorragia alveolar por capilaritis, las vasculitis mediada por anticuerpos o drogas y debido a anticoaguantes. En el caso presentado, la repetición del sangrado en el mismo sector pulmonar motivó la realización de la arteriografía para descartar causas anatómicas, y permitió arribar al diagnóstico definitivo. Las fístulas broncopulmonares pueden ser congénitas o adquiridas, y éstas últimas secundarias a tromboembolismo pulmonar crónico en contexto de hipertensión pulmonar. La anticoagulación por su enfermedad de base pudo tener un rol en favorecer el sangrado y la necesidad de continuar este tratamiento planteó un dilema terapéutico.

30

0030 - PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL. SERIE DE CASOS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

RINGER, Ariana(1) RUFFINO, Juan Pablo(1) ARGENTO, Maria Cecilia(1) MARTINEZ, María Florencia(1) CARBONE, Dianela(1) CHULIBERT, Serenela(1) CORTESE, María Noel(1) PALATNIK, Mariano(1) RUBIN, Eduardo(2) ECHAVARRIA, Gustavo(1) GROSSI, Germán Daniel(3) SIEGRIST, Carlos(4) ABDALA, Marcelo(1)

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (1); SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA (2); HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, GRUPO OFTALMOLOGICO ALFA (3); CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA Y REUMATOLOGÍA, LABORATORIO BIOQUÍMICO E INMUNOLÓGICO (CM/LABI) (4)

Introducción: El penfigoide ocular cicatrizal (POC) es una enfermedad crónica, inmunomediada ampollar, comprendida dentro del espectro de penfigoides membranosos mucocutáneos (PMM). La evolución está ligada la mayoría de las veces a la precocidad del diagnóstico y del tratamiento inmunosupresor.
Objetivos: Evaluar características demográficas, clínicas y tratamientos de los pacientes con diagnóstico de POC. Evaluar tiempos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico oftalmológico, derivación a reumatología y hasta el comienzo del tratamiento sistémico.
Materiales y Métodos: Evaluación retrospectiva-longitudinal, descriptiva de historias clínicas, de acuerdo a base de datos, desde 2018 a 2020. Se incluyeron pacientes derivados desde oftalmología con diagnóstico clínico o por biopsia de POC para realizar inmunosupresión, que realizaron al menos dos consultas con reumatología y que presentaron seguimiento oftalmológico. Se excluyeron otros diagnósticos.
Resultados: Se registraron 23 pacientes, con predominio de sexo femenino (78%), con un promedio de edad de 70 años. Las formas clínicas de presentación fueron variables. Un solo caso presentó compromiso extra-ocular de PMM. En un caso se observó asociación con gamapatía monoclonal de significado incierto. En el 91% (21/23) de los casos el diagnóstico fue por biopsia con inmunofluorescencia. Se detectó que un 74% (17/23) de los pacientes presentaron exposición ambiental a polvo ambiental, de cereales, textil, de carpintería y de jabón, mientras que en 2 casos la exposición fue a pinturas y en 2 casos se registró como evento previo al POC, cirugía de cataratas. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 17 meses (mínimo: 6 meses, máximo: 120 meses). El tiempo desde el diagnóstico oftalmológico hasta la derivación a reumatología (primera consulta) fue de un mes o menor en el 78% (16/23), siendo el tiempo máximo de doce meses (3/23). En un 70% de los casos (16/23) el tiempo desde la primera consulta con reumatología hasta el inicio del tratamiento inmunosupresor fue de 1 mes (minimo:1 mes, máximo: 3 meses). El estadío de Foster en la primera consulta con reumatología fue en su mayoría Foster 1 y 2 y la actividad leve a moderada, siendo en 3 pacientes severos desde la primera consulta. Todos recibieron tratamientos tópicos. El tratamiento sistémico, en aquellos con actividad leve a moderada consistió en Dapsona, Metotrexate y Azatioprina acompañado de corticoideoterapia de inicio, logrando control de la actividad de la enfermedad desde el inico (15/23) o bien requiriendo rotación . En 2 casos se rotó a Adalimumab y Etanercept. En 3 casos con actividad severa y Foster evolucionado, se administró ciclofosfamida y micofenolato, requiriendo posteriormente Rituximab asociado a Inmunoglobulina Endovenosa y corticoideoterapia, con control parcial de la enfermedad.
Conclusiones: El POC es una patología de severidad y clínica variable. La presentación clínica muchas veces inespecífica y las dificultades en la realización de la biopsia conjuntival, dan como consecuencia un retraso en el diagnóstico y en la inmunosupresión, resultando en la progresión de la enfermedad con fibrosis. Un alto índice de sospecha y el trabajo en conjunto entre oftalmólogos y reumatólogos e inmunólogos, son necesarios para evitar secuelas oftalmológicas definitivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

32

0032 - LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA TIENEN EFECTO PROTECTOR SOBRE EL DESENLACE RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y NEFROPATÍA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

COSATTI, Micaela Ana (1) GARCIA, Lucila(2) GARCIA, Mercedes Argentina(2) MUÑOZ, Sebastián(3) ALVAREZ, Analía Patricia(4) HU, Maria(4) SCOLNIK, Marina(5) ALVARADO, Nicolás(5) DIAZ, Mónica(6) PENDÓN, Gisela(7) SORIA CURI, Yessika(8) BELLOMIO, Verónica(8) EIMON, Alicia(1) PISONI, Cecilia Nora(1)

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ (3); HOSPITAL PENNA (4); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (5); CENTRO MEDICO BARILCOHE (6); HOSPITAL R GUTIEREZ LP (7); HOSPITAL PADILLA (8)

Introducción: Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) se utilizan en los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES); para la hipertensión y para reducir la proteinuria en nefritis lúpica. Su uso esta extrapolado de otras indicaciones ya que no existe evidencia de su efecto beneficioso para esta indicación.
Objetivos: Evaluar si los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) tienen efecto protector sobre el outcome desfavorable renal definido como: diálisis, trasplante o muerte en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y nefropatía.
Materiales y Métodos: En este estudio multicéntrico retrospectivo y observacional, se evaluaron 164 pacientes con nefritis lúpica incluidos en estudio de prevalencia de nefritis lúpica del grupo de estudio de Lupus Eritematoso Sistémico de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se obtuvieron datos evolutivos de la nefropatía en la última evaluación. Se recolectaron datos sociodemográficos, anticuerpos, criterios ACR acumulados, comorbilidades y tratamiento inmunosupresor recibido para la nefritis al momento del diagnóstico. Se obtuvo en forma retrospectiva información sobre la exposición a IECA entre la evaluación basal (ingreso a la cohorte) y la final. Se consideraron expuestos a IECA los pacientes que recibieron en algún momento entre la evaluación basal y final, independientemente del momento de inicio, la dosis, el tiempo y el motivo de la indicación. Los que nunca recibieron IECA se consideraron no expuestos. Para evaluar el efecto del IECA se compararon los valores de proteinuria, variación del filtrado del renal con la fórmula CKD-EPI 2009 y la presencia de outcome renal desfavorable definido como muerte, hemodiálisis o trasplante renal en la evaluación final. Se realizó estadística descriptiva. Se utilizó un modelo multivariado de regresión logística ajustado a variables asociadas al outcome desfavorable .

	N= 191
Mujeres, n (%)	154 (81%)
Edad última evaluación, años mediana (RIQ 25-75)	42 (35-51)
Años de LES última evaluación, años mediana (RIQ 25-75)	14 (9-21)
Edad al diagnóstico, años mediana (RIQ 25-75)	26 (20-34)
Años de nefritis última evaluación, años mediana (min-max)	11 (1-30)
Raza, n (%)	
Caucásicos	92 (49)
Mestizos	82 (43)
Amerindios	12 (6)
Educación 12 años, n (%)	94 (49)
Criterios ACR acumulados, mediana (RIQ 25-75)	6 (5-8)
Clase histológica, n (%)	
II	21 (11)
III	27 (14)
IV	84 (44)
V	23 (12)
SLICC-SDI última evaluación, mediana (RIQ 25-75)	1 (0-2)
Exposición IECA, n (%)	134 (82)
Hipertensión, n (%)	49 (32)
Obesidad, n (%)	29 (19)
Tabaquistas, n (%)	29 (19)
Azatioprina, n (%)	54 (29)
Micofenolato mofetil, n (%)	104 (56)
Ciclofosfamida, n (%)	120 (65)
Delta proteinuria inicial- última evaluación mg/24 hs, mediana (RIQ 25/75)	(-595) [(-1823)-(-63)]
Delta GFR , mediana (RIQ 25/75)	(-0.73) [(-18)-13]
GFR < 60 ml/min final, n, (%)	38 (31)
Hemodiálisis, n (%)	8 (5)
Trasplante, n (%)	7 (4)
Muerte, n (%)	17 (10)

Resultados: En la Imagen 1 se encuentran las variables sociodemográficas y asociadas a la enfermedad. La variación del filtrado glomerular comparando expuestos vs no expuestos a IECA fue, mediana (RIQ 25/75) (-0.73) [(-18) -13] vs 0.98[(-17) -10], p 0.872, el filtrado final < 60 ml/min 29% vs 24% p 0.625, el delta de proteinuria mg/24 hs, mediana (RIQ 25-75) (-265) [(-1692) - 0] vs (-677) [(-1876) – (-69)] p 0.437 y el outcome renal desfavorable 28% vs 7% p 0.031 Tabla 1. Análisis multivariado.La exposición a IECA fue protectora para el outcome desfavorable renal ; OR 0.18 CI 95 (0.04-0.79) p 0.023.

	OR	IC 95%	p
Exposición IECA	0.18	(0.04-0.79)	0.023
Edad	0.94	(0.87-1.01)	0.101
Educación < 12 años	2.78	(0.55-14.03)	0.214
Caucásico	0.85	(0.20-3.52)	0.825
Sexo masculino	0.65	(0.09-4.27)	0.656
Años de LES	1.05	(0.94-1.18)	0.359
Nefritis (III-IV)	0.39	(0.08-1.71)	0.213
Criterios ACR	0.68	(0.40-1.18)	0.179
Hipertensión	0.61	(0.12-3.09)	0.557
Tabaquismo	0.22	(0.02-2.59)	0.234
Micofenolato Mofetil	0.32	(0.06-1.72)	0.188
Ciclofosfamida	0.54	(0.10-2.90)	0.476

Conclusiones: En esta muestra de pacientes con nefritis lúpica, encontramos que la exposición a IECA en algún momento durante la evolución se comportaría como protector del outcome desfavorable renal (diálisis, trasplante o muerte).

33

0033 - ENCUESTA DE TELEMEDICINA DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 Y COMPARACION CON UNA ENCUESTA PREPANDEMIA REALIZADAS A MÉDICOS REUMATÓLOGOS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

COSATTI, Micaela Ana(1) | GRAF, Cesar(2) | PISONI, Cecilia Nora(1)

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); CENTRO MÉDICO MITRE (2)

Introducción: La pandemia por Covid19 impuso la abrupta utilización de recursos tecnológicos y de comunicación para atender a los pacientes. Si bien muchas herramientas se utilizaban en un marco informal, la pandemia les dio una regulación rápida e impulsó su uso rápidamente.
Objetivos: Describir las herramientas y la utilización de la telemedicina en médicos reumatólogos de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) durante la pandemia por COVID 19 en Argentina. Comparar algunas respuestas de la encuesta actual sobre uso, beneficio y desventajas con una encuesta realizada en el año 2019 prepandemia.
Materiales y Métodos: Se confeccionó una encuesta sobre el uso de telemedicina en un formulario de Google, que fue difundida a través del mail desde la SAR a sus socios y por WhatsApp a grupos de reumatólogos. La encuesta obtuvo datos demográficos, sobre el ámbito de trabajo y sobre las características de las herramientas utilizadas en telemedicina. Se obtuvieron las respuestas coincidentes sobre la utilización, beneficios y desventajas de la telemedicina de la encuesta actual y se compararon con una encuesta de telemedicina enviada por mail a miembros de PANLAR en el año 2019.

	N 162 (%)
Edad años, media (DE)	47 (+/- 11)
Años de reumatólogo, media (DE)	15 (+/- 12)
Mujeres, n (%)	103 (63)
Ámbito de trabajo:	
• Público n (%)	19 (18)
• Privado n (%)	98 (60)
• Ambos n (%)	44 (27)
Hizo Tele consultas (TC)	
• Público, n (%)	11 (7)
• Privado, n (%)	109 (67)
• Ambos, n (%)	30 (19)
• Ninguno, n (%)	11 (7)
Plataforma utilizada:	
• Propia del hospital, n (%)	52 (32)
• WhatsApp, n (%)	102 (63)
• Videollamada otros, n (%)	63 (39)
• Teléfono, n(%)	62 (38)
• Mail, n (%)	70 (43)
• Otros (zoom o jitsi)	6 (4)
Características de la consulta donde utilizó TC:	
• pacientes de primera vez, n (%)	22 (14)
• pacientes en seguimiento, n (%)	97 (60)
• Orientación, n (%)	44 (27)
• Todas, n (%)	61 (38)
Se sintió cómodo con el interrogatorio, n (%)	94 (58)
Fue fácil la comunicación	108 (67)
Realizó examen físico	Si 24 (15) No 84 (51) a veces 51 (31)
• Preguntas dirigidas, n (%)	34 (21)
• Examen físico por videollamada, n (%)	21 (13)
• Fotos, n (%)	9 (6)
Le pareció útil el examen físico que utilizó, n (%)	Si 32 (20) no 18 (11)
Se sintió satisfecho para tratar un brote de un paciente en seguimiento?, n (%)	Si 85 (52) No 74 (46)
Se sintió seguro para diferenciar entre patología mecánica e inflamatoria? n, (%)	Si 51 (31) No 77 (47) No atendí 1ra vez 15 (9)
En patología inflamatoria tomó la misma conducta que hubiera tomado presencial?, n (%)	Si 92 (57) No 44 (27) No diagnostiqué 11 (7)
Le resultó más sencillo:	
• Videollamada, n (%)	92 (57)
• Teléfono, n (%)	31 (19)
• Mail, n (%)	16 (10)
• Chat, n (%)	16 (10)
• Otros (zoom-jitsi), n (%)	2 (1)

Resultados: La encuesta actual se envió a 1018 médicos de la lista del mails de la SAR y contestaron 162 (16%). En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas y de las teleconsultas de la encuesta realizada durante la pandemia en el año 2020. La encuesta del año 2019 enviada por PANLAR fue respondida por 58 médicos, 32 (55%) mujeres, 30 (57%) tenían entre 40-60 años. Trabajaban en el ámbito privado 27 (46%) , en el público 8 (14%) y en ambos 18 (31%). En la comparación de ambas encuestas respecto a la utilización de la telemedicina para: 1) urgencias, prepandemia fue 22 (45 %) vs 10 (6%) intrapandemia p <0.001, 2) para el uso en Cualquier tipo de consulta prepandemia fue 5 (10 %) vs 80 (49 %) intrapandemia p <0.001. Respecto a los beneficios de utilizar telemedicina: 1) Mejorar el acceso a la salud, 30 (61%) prepandemia vs 115 (71%) intrapandemia p 0.264, 2) Disminuir el gasto en salud 31 (63%) prepandemia vs 48 (30%) intrapandemia p <0.001 y 3) respecto a Cubrir ausencia de médicos especialistas prepandemia fue 27 (55%) vs 49 (30%) intrapandemia p 0.0026. Comparando desventajas no hubo diferencias significativas en el Deterioro de la relación médico – paciente, la Precarización laboral médica, la falta de fidelidad con el médico por el paciente o riesgo de errores diagnósticos comparando ambas encuestas.
Conclusiones: En esta muestra de médicos reumatólogos argentinos, solo el 7% no pudo realizar teleconsultas, la mayoría se hicieron en el ámbito privado utilizando WhatsApp . El 75% de los médicos continuará realizando en el futuro, esto fue significativamente mayor comparado con la encuesta prepandemia. En la encuesta intrapandemia los médicos utilizarían mas la telemedicina para cualquier tipo de consulta que previo a la pandemia.

34

0034 - ENCUESTA DE USO DE TELEMEDICINA EN PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 Y COMPARACION CON UNA ENCUESTA PREPANDEMIA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

COSATTI, Micaela Ana(1) FERREYRA GARROT, Leandro(2) GRAF, Cesar(3) PISONI, Cecilia N.(1)

CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (1); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (2); CENTRO MÉDICO MITRE (3)

Introducción: La telemedicina (TM) es la utilización de las comunicaciones para proveer cuidado de salud. Esta puede ser por diversos métodos; sincrónica por teléfono, videollamada, o asincrónica por utilización de mails. Si bien estas tecnologías se utilizaban en mayor o menor medida, la pandemia hizo imprescindible la adaptación abrupta de los usuarios con el fin de poder estar en contacto con el sistema de salud, mas allá de las carencias tecnológicas individuales y globales propias al país.
Objetivos: describir el uso de telemedicina en los pacientes con enfermedades reumáticas durante la pandemia por covid 19 y comparar respuestas sobre beneficios, desventajas y utilización de telemedicina con una encuesta prepandemia.
Materiales y Métodos: creamos una encuesta sobre telemedicina para pacientes en formularios Google que fue difundida por el mail del servicio de reumatología de CEMIC y a través de la página de internet "Reuma quien sos?". Se compararon las respuestas a esta encuesta con una realizada en 2019, difundida a través de la página de internet "Reuma quien sos?" sobre uso de tecnología en medicina realizada por PANLAR, que incluía algunas preguntas sobre en que casos justifica el uso de la telemedicina, beneficios y desventajas.

Características	N=168
Edad, media (+/- DS)	55 (+/- 15)
Mujeres, n (%)	136 (80)
Universitario completo, n (%)	65 (38)
Problemas auditivos, n (%)	19 (11)
Procedencia, n (%)	
• Caba	59 (35)
• Gran Bs As.	51 (30)
• Provincia Bs As.	12 (7)
• Santiago del Estero	14 (8)
Realizó telemedicina en el ámbito, n (%)	
• Público	9 (5)
• Privado	147 (87)
Que medio hubiera preferido, n (%)	
• Videollamada	96 (57)
• Teléfono	49 (29)
• Chat	4 (3)
• Mail	3 (2)
• Otros	4 (5)
Considera que puede ser cobrado, n (%)	Si 104 (61) No (24 (14) Ocasionalmente 35 (21)
Paciente de primera vez, n (%)	15 (9)
Paciente en seguimiento, n (%)	144 (85)
Teleconsulta fue igual a presencial, n (%)	Si 63 (37) No 98 (58)
Pudo expresar el motivo de consulta, n (%)	Si 134 (79) No 12 (7)
El médico pudo interpretar mi consulta, n (%)	Si 151 (89) No 8 (5)
Me quedaron dudas, n (%)	Si 19 (11) No 140 (83)
Entendí las indicaciones, n (%)	Si 157 (93) No (3 (2)
El médico solucionó el motivo de consulta, n (%)	Si 144 (85) No 13 (8)
El médico estaba preparado , n (%)	Si 151 (89) No 6 (4)
Pude utilizar las recetas, n (%)	Si 140 (82) No 7 (4)
La duración de la consulta fue suficiente, n (%)	Si 152 (90) No 7 (4)
Me sentí como en una consulta presencial, n (%)	Si 63 (37) No 93 (55)
Me gustaría volver a tener una teleconsulta, n (%)	Si 112 (66) No 33 (19)
Sentí privacidad, n (%)	Si 152 (90) No 8 (5)

Resultados: Se obtuvieron 168 respuestas en total, 60 (36%) respuestas de la página "Reuma quien sos?" y 108 (64%) del mail de reumatología de CEMIC.. En la tabla 1 se describen las características generales de los pacientes y herramientas de telemedicina de la encuesta actual. La encuesta realizada en el 2019 fue respondida por 380 pacientes de los cuales eran 89% mujeres 51 % tenían entre 40 y 60 años. En la comparación entre ambas encuestas sobre en que casos justificaría el uso de la telemedicina: Sólo donde la distancia del Médico sea determinante fue prepandemia 109 (42 %) vs 46 (29%) intrapandemia p 0.834, Sólo en primeras consultas prepandemia 13 (5%) vs 3 (2%) intrapandemia p 0.439, y Sólo en consultas no urgentes o de control prepandemia fue 97 (37%) vs 91 (54%) intrapandemia <0.001. Sólo cuando tenga que enviar resultados de estudios 66 (25%) prepandemia vs 62 (37%) intrapandemia p <0.001, Sólo para consultas administrativas. Turnos y recetas 83 (32%) prepandemia vs 64 (38%) intrapandemia p <0.001. En la comparación sobre los beneficios, Mejorar el acceso a la salud para pacientes independiente de la distancia fue 143 (55%) prepandemia vs 86 (51%) intrapandemia p 0.004, para Disminuir su gasto en salud traslados, esperas y consultas innecesarias fue 132 (51%) prepandemia vs 85 (50%) intrapandemia p0.007, para Orientación y derivación más rápida y eficiente 135 (52%) prepandemia vs 40 (24%) intrapandemia p 0.009, y en cuanto a Cubrir ausencia de médicos especialistas en su país fue prepandemia 114 (44%) vs 28 (17%) intrapandemia p<0.001. En la comparación entre ambas encuestas de las desventajas, en el Deterioro de la relación médico – paciente fue 82 (32 %) prepandemia vs 44 (26%) intrapandemia p 0.283, en Riesgos para el paciente de errores diagnósticos por falta de examen físico prepandemia 174 (67%) vs 95 (56%) intrapandemia p 0.025 en cuanto al Vacio legal fue 66 (25%) prepandemia vs 15 (9%) intrapandemia p 0.014.
Conclusiones: En la encuesta actual, el 79% de los pacientes sintieron que pudieron expresar el motivo de consulta y el 85% respondió que el médico pudo solucionar su problema y el 66 % volverían a utilizar la telemedicina. Respecto al uso de telemedicina, los pacientes actualmente consideran que pueden ser justificadas en consultas no urgentes y de control, para enviar estudios y cuestiones administrativas de manera significativamente mayor que en la cuesta prepandemia. Respecto a la comparación con la encuesta prepandemia, loa pacientes manifestaron mas significativamente beneficios en la encuesta prepandemia, respecto a las desventajas los pacientes manifestaron significativamente menos temores al error diagnóstico y al vacío legal en la encuesta intrapandemia

35

0035 - DESCRIPCION DE ESQUEMAS DE INICIO Y DESCENSO DE GLUCO-CORTICOIDES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL EN UN CENTRO PEDIATRICO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

ARISPE REQUIS, Maria Victoria NECUL, Ma. Gabriela CERVETTO, Vanesa CARRILLO, Marina PRINGE, Alejandra

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Introducción: Dentro del esquema terapéutico del Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil (LESj), en la practica clínica la dosis de corticoides es alta al inicio de la enfermedad y se disminuye paulatinamente una vez alcanzado el control de la misma en un intento de evitar nuevos rebrotes y daño por efecto secundario a la corticoterapia prolongada. Aun no se han establecido mediante guías la dosis optima de glucocorticoides al inicio de la enfermedad y el tiempo de uso hasta lograr su suspensión.
Objetivos: Exponer la forma de uso de corticoides y si se cumple el esquema de descenso de glucocorticoides sistémicos establecido en nuestro servicio, en pacientes con LESj.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, corte transversal, mediante revisión de historias clínicas, comprendidas enero 2009-2019. Criterios de Inclusión: pacientes menores de 18 años con LESj según criterios de clasificación SLICC con o sin daño de órgano blanco (compromiso hematológico, renal o neurológico). Tratados con esteroides por vía oral, buena respuesta al tratamiento inicial y que no hayan presentado recaídas durante el periodo de seguimiento. Se registro la dosis de corticoides durante la 1°consulta, a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses de seguimiento. Esquema de descenso propuesto por el servicio: frente a una buena respuesta de tratamiento se descenderá el 50% respecto a la dosis inicial en 3 meses y lograr una dosis mínima (menor o igual a 0.1mg/kg/día) o suspensión a los 6 meses de la indicación inicial. Finalización de seguimiento: suspensión completa del tratamiento con corticoides o en su defecto a los 18 meses. Definiciones: buena respuesta al tratamiento: mejoría: descenso de 3 o mas puntos respecto al SLEDAI inicial. Adecuado seguimiento y tratamiento: visitas, dosis y tipo de tratamiento definidas por médico tratante. Se utilizaron cálculos de las medias con sus desvíos estándar para variables continuas, y números absolutos para las categóricas.

Relación de Actividad	de enfermedad	y de descenso	de corticoides.	
Mediana	**Inicio**	**3 meses**	**6 meses**	**18 meses**
SLEDAI	16 (RIC 8-25)	3	1	0
Dosis GCC (mg/día)	45	32	16	4
% descenso	-	**28**	**65**	93

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de LESj. 26/31 sexo femenino. Media de edad al diagnóstico 13.4 años (DS+/-2.5años). Mediana de SLEDAI inicial: 16 (RIC 8-25). Dosis de corticoides inicial promedio: 45.8mg/día (DS+/-18.03). 22/31 recibieron otro inmunosupresor al inicio de la enfermedad. Manifestaciones iniciales al diagnóstico: 20/31 (64.5%) compromiso hematológico; 18(58%) renal; 4(12%) neurológico y 26(83%) otros compromisos (articular/piel/serositis). Evaluando el esquema de descenso de esteroides según lo propuesto por el servicio se observó que a los 3 meses del debut solo 4/31 pudo descender mayor o igual al 50% la dosis inicial de esteroides, con un SLEDAI =3, y a los 6 meses solo 3/31 lograron descender mayor o igual al 90% de la misma, con un SLEDAI =1 y ningún paciente logro la suspensión en el periodo de tiempo estudiado.
Conclusiones: Los descensos de esteroides observados en esta cohorte muestran que el manejo en la practica diaria no coincide con el esquema propuesto. Serian necesarios estudios prospectivos que incorporen otras variables no vinculables a la actividad de la enfermedad que expliquen la falta de adherencia al esquema de corticoides propuesto, y que den información para la confección de GUIAS DE RECOMENDACIONES que muestren esquemas de descenso de esteroides basados en la evidencia y que sean aplicables en la práctica diaria.

36

0036 - "RELACIÓN NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS Y PLAQUETAS/LINFOCITOS Y SU CORRELACIÓN CON LOS REACTANTES DE FASE AGUDA Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE"

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: LABORATORIO

CORDOBA, Mercedes Cecilia BERTOLI, A SANCHEZ FREYTES, M LOPEZ PEREZ, M APAZ, M SIRONI, J

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Introducción: Los cambios en la relación de neutrófilos/linfocitos (RNL) y la relación de plaquetas/linfocitos (RPL) obtenidos por la proporción de estas células entre sí se han discutido en diferentes situaciones, incluyendo artritis reumatoide (AR) temprana y establecida (1-3). La RNL podría sustituir a los reactantes de fase aguda en caso de no estar disponibles, además de poseer una ventaja económica en comparación con la proteína C reactiva (PCR). Sería importante, por lo tanto, evaluar su relación con los reactantes de fase aguda y con la actividad de la enfermedad para corroborar su uso en esta población de pacientes en la práctica habitual.
Objetivos: Correlacionar la RNL y RPL con VSG, PCR y el índice de actividad de la enfermedad DAS-28 PCR. Determinar los puntos de corte de la RNL y RPL indicativos de remisión de la enfermedad, actividad leve, moderada y severa determinada por DAS-28 PCR.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se evaluaron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios diagnósticos ACR/EULAR 2010 (5) que fueron atendidos en una institución privada. Las características de la muestra de pacientes se reportó con estadística descriptiva. La correlación de la RNL y RPL con VSG, PCR y el índice de actividad de la enfermedad DAS-28 PCR se evaluó con test de Pearson. Los valores de corte de la RNL y RPL para discriminar actividad de la enfermedad (remisión, actividad baja, moderada y alta) se analizó con curvas ROC utilizando el DAS 28-PCR como estándar de oro.
Resultados: En el estudio incluyeron 151 mediciones correspondientes a 55 pacientes. Los pacientes tenían una edad media (DE) de 52.4 (14.35) años y 82% eran de sexo femenino. La mediana (RIC) del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 (120) meses. La RNL tuvo una correlación débil con VSG (r=0.065; p=0.43), PCR (r=0.23; p=0.004) y DAS-28 PCR (r=0.18; P=0.027). La RPL tuvo una correlación débil con VSG (r=0.22; p=0.006), moderada con PCR (r=0.38; p=0.001) y débil con DAS-28 PCR (r=0.20; p=0.016). El área bajo la curva de la RNL para discriminar remisión, actividad de la enfermedad baja, moderada y severa fue de 0.61, 0.58 y 0.35, respectivamente, en relación al DAS-28 PCR. El área bajo la curva de la RPL para discriminar remisión, actividad de la enfermedad baja, moderada y severa fue de 0.55, 0.45 y 0.24, respectivamente, en relación al DAS 28 PCR. Dada la baja capacidad discriminativa de las áreas bajo la curva, no se determinaron los valores de corte de la RNL y la RPL para discriminar nivel de actividad de la enfermedad.
Conclusiones: En este estudio encontramos una correlación débil entre RNL y RPL con reactantes de fase aguda y actividad de la enfermedad. Igualmente, la capacidad discriminativa de la RNL y RPL para establecer el estado de actividad de la enfermedad en este grupo de pacientes fue baja.

37

0037 - DESEMPEÑO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2019 PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

DAPEÑA, Joan(1) SERRANO, Eliana Rebeca(1) BANDE, Juan Manuel(1) REBECA, Eliana(1) KLAJN, D(1) CARACCIOLO, José Angel(1) CASTRO, C(2) MORBIDUCCI, J(2) MERCE, A(2) TRALICE, R(2) ESPASA, G(3) SORIA, Y(3) LEGUIZAMÓN, M(3) PERA, M(3) BELLOMIO, I(3) YACUZZI, M(4) MACHADO ESCOBAR, M(4) COSENTINO, M(5) GARCÍA, L(5) GARCIA, M(5) AESCHLIMANN, C(6) GOMEZ, G(7) PÉREZ, N(7) PAPASIDERO, Silvia Beatriz(1)
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ (1); HOSPITAL RIVADAVIA (2); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (3); HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (4); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN" (5); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (6); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (7)

Introducción: En una colaboración conjunta, ACR y EULAR, en el año 2019 publicaron los nuevos criterios de clasificación para Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Consisten en 23 ítems, agrupados en 7 dominios clínicos y 3 inmunológicos, requiriendo como condición necesaria para su aplicación la presencia de ANA positivo. Emplean una escala ponderada que asigna a cada manifestación un peso y sólo se considera aquella de mayor puntuación en cada dominio, clasificando como LES los pacientes que suman un valor de 10 puntos o más. En comparación con sus predecesores, estos criterios han demostrado una mayor sensibilidad y especificidad en múltiples cohortes. Sin embargo, en nuestro conocimiento, su desempeño, aún no ha sido valorado en una cohorte de pacientes argentinos con enfermedades reumatológicas.
Objetivos: Primario: Determinar la sensibilidad y especificidad de los criterios ACR/EULAR 2019 en una cohorte de pacientes adultos con enfermedades del tejido conectivo que residen en Argentina. Secundarios: Determinar el Likelihood Ratio (LR). Correlacionar la suma y la escala del puntaje total con los índices de actividad y daño de la enfermedad.
Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes >= de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997 y SLICC 2012) sin otras colagenopatías asociadas (grupo casos), y pacientes con patologías del tejido conectivo diferentes de LES (grupo control). Se excluyeron aquellos que presentaron enfermedad infecciosa activa, oncohematológicas, Lupus inducido por fármacos y Síndrome de superposición. Se consignaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y tratamiento. Además, en el grupo con LES se consignaron índices para actividad y daño al momento de la inclusión. En forma ciega respecto a los diagnósticos, tres evaluadoras expertas en esta enfermedad debieron determinar, en cada situación y basadas en su experiencia, si los pacientes presentaban LES u otra patología reumatológica. Se consideró como "LES definido" en aquellos que presentaron 100% de concordancia en el diagnóstico por las 3 evaluadoras. En todos los casos, se aplicaron los criterios ACR 1997, SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019 y, posteriormente, se compararon con la opinión de las expertas. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Se determinó sensibilidad, especificidad, LR positivo y negativo de los criterios utilizados. Se estimó la asociación entre el puntaje final y la suma total de los criterios ACR-EULAR 2019 con los índices de actividad y daño de la enfermedad con test de correlación de Spearman. Se utilizó STATA 15.0.
Resultados: Se incluyeron 365 pacientes de 7 centros de Argentina, de los cuales 183 fueron casos: 50.2% mestizos, 92.3% mujeres, edad media de 39 años (DE 13.3), mediana de tiempo de evolución del LES de 92 meses (RIC 37-150). Respecto a las características de la enfermedad: 94% presento compromiso mucocutáneo (81% úlceras orales, 80.3% rash malar, 64.5% fotosensibilidad, 63.9% alopecia), 82.5% musculoesquelético (79.8% articular), 60% hematológico (64% linfopenia, 36.1% leucopenia), 56% renal (55.7% proteinuria, 32.6% cilindruria), 53% constitucional y 34% seroso. Todos los pacientes presentaron compromiso inmunológico (100% ANA +, 88% hipocomplementemia, 69.4% Anti-DNA, 19.5% Ac. Antifosfolípidos). Al momento de la inclusión, la mediana de actividad por SLEDAI fue de 2 (RIC 0-6) y la de daño por SLICC de 0 (RIC 0-1). En el grupo control, se reclutaron 182 pacientes, siendo las patologías más frecuentes: 46.1% Artritis Reumatoidea, 18.1% Esclerodermia y 16.5% Síndrome de Sjögren. El 84% fueron mujeres, 47.2% mestizos, edad media de 53.6 años (DE 14.2), y la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 82.5 meses (RIC 38-151). Las manifestaciones más frecuentes: 81.9% compromiso musculoesquelético (75.8% articular), 73.6% inmunológico (62.6% ANA +, 8.6% hipocomplementemia, 1.3% Ac.Antifosfolípidos), 25.3% constitucional, 23.1% mucocutáneo (9.9% alopecia y 6% fotosensibilidad) y 23.1% hematológico (10.4% leucopenia, 9.3% linfopenia). Clasificaron como LES definido, el 91% de los casos en el grupo con LES y el 3.8% en el grupo control. Los Criterios ACR/EULAR 2019 se desempeñaron con una sensibilidad del 99.4% y una especificidad del 89.1% y porcentaje un LR + de 9.1 y un LR - de 0.007. Los criterios SLICC 2012, presentaron una sensibilidad del 98.3% y una especificidad del 88%, con un LR + de 8.2 y un LR - de 0.02; y los criterios ACR 1997, evidenciaron una sensibilidad del 93.6% y una especificidad del 90.1%, con un LR + de 8.21 y un LR - de 0.07. La correlación de Spearman, entre el puntaje total de estos criterios y los índices de actividad y daño, fue de 0.19 y -0.006 respectivamente.
Conclusiones: Los nuevos criterios ACR/EULAR 2019 han demostrado una alta sensibilidad, con una especificidad comparable a la de sus antecesores. Aportan una mayor capacidad de discriminación con otras patologías y de exclusión de la enfermedad cuando los pacientes no clasifican para LES. No se observó ninguna correlación entre el puntaje de los criterios y los índices de actividad y daño.

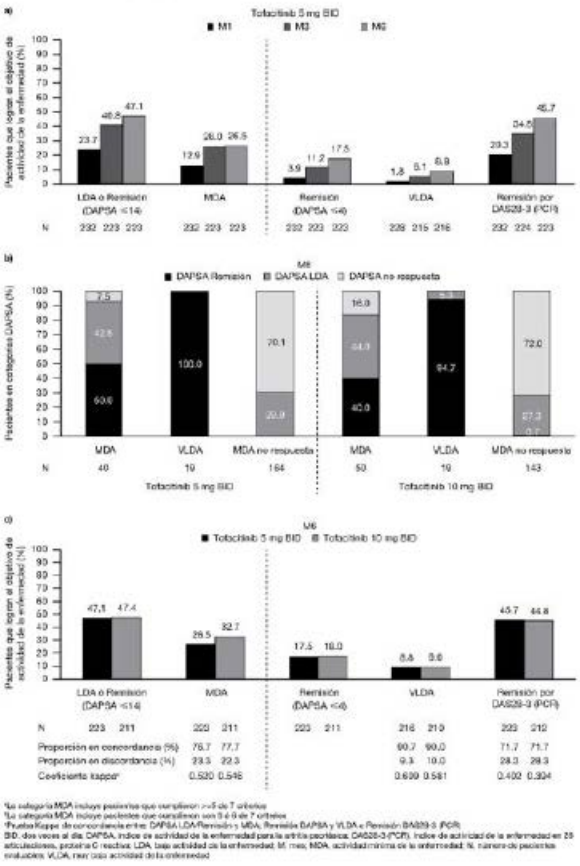
39

0039 - COMPARACIÓN DE DIFERENTES ÍNDICES DE REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁTICA: UN ANÁLISIS POST HOC DE LOS ESTUDIOS DE FASE 3 DE TOFACITINIB

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

SCHNEEBERGER, Emilce E (1) | CITERA, Gustavo(1) | NASH, Peter(2) | SMOLEN, Josef S(3) | MEASE, Philip(4) | SORIANO, Enrique R(5) | HELLING, Claudia(6) | SZUMSKI, Annette(7) | RAJIV, Mundayat(7) | GRAHAM, Daniela(7) | PONCE DE LEON, Dario(7)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); GRIFFITH UNIVERSITY (2); MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA (3); SWEDISH MEDICAL CENTER AND UNIVERSITY OF WASHINGTON (4); HOSPITAL ALEMAN (5); PFIZER SRL - Buenos Aires (6); PFIZER INC (7)

Introducción: Para evaluar remisión y baja actividad de la enfermedad (LDA) de la artritis psoriásica (PsA) [1] se recomiendan el índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA) y la actividad mínima de la enfermedad (MDA) Tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de PsA.
Objetivos: Comparar DAPSA LDA vs MDA y DAPSA Remisión vs VLDA y remisión según DAS28-3 (PCR), en pacientes con PsA que recibieron tofacitinib.
Materiales y Métodos: Los datos se combinaron de 2 estudios de fase 3 (OPAL Broaden [NCT01877668]; OPAL Beyond [NCT01882439]) entre los pacientes que recibieron tofacitinib 5 mg (n=237) ó 10 mg (n=236) dos veces al día (BID) ó placebo (n = 236). El DAPSA se determinó sumando: el recuento de articulaciones inflamadas (SJC66); el recuento de articulaciones sensibles/dolorosas (TJC68); la evaluación global del paciente de la artritis (PtGA; escala analógica visual [VAS]); el dolor evaluado por el paciente (EVA); y PCR (mg/dL). MDA y VLDA se definieron como >=5/7 (MDA) ó 7/7 (VLDA) de entre los siguientes criterios: TJC68 <=1; SJC66 <=1; Índice de actividad y gravedad de la psoriasis <=1 o área de superficie corporal <=3%; dolor (EVA) <=15; PtGA (VAS) <= 20; HAQ-DI <=0,5; Índice de entesitis de Leeds (LEI) <=1. Se utilizó el modelo de regresión logística



para determinar las características demográficas y basales como predictores de las puntuaciones de DAPSA en el mes 3. Las tasas de DAPSA LDA/Remisión (<=14), MDA (incluido VLDA), DAPSA remisión (<=4), VLDA y DAS28-3 (PCR) (<2,6) se compararon a los meses 1, 3 y 6 para tofacitinib 5mg y 10 mg BID. La prueba Kappa evaluó la concordancia entre los índices de actividad de la enfermedad en el mes 6. Los pacientes tratados con tofacitinib que alcanzaron MDA (excluyendo VLDA), VLDA ó no respuesta MDA al mes 6 se estratificaron de acuerdo a la condición de DAPSA (Remisión, LDA ó falta de respuesta).
Resultados: Los pacientes de edad avanzada que recibieron tofacitinib y los pacientes tratados con tofacitinib ó placebo con valores iniciales más altos de SJC66, TJC68, PtGA VAS, HAQ-DI, LEI y dolor VAS, tuvieron significativamente (p<0,05) más probabilidades de tener mayor puntuación DAPSA en el mes 3. Las tasas de remisión de DAPSA LDA/Remisión, MDA (incluido VLDA), DAPSA remisión, VLDA y remisión por DAS28-3 (PCR) aumentaron generalmente del mes 1 al mes 6 en ambos grupos de dosis de tofacitinib (los resultados para 5 mg BID se muestran en la Figura 1a). Al mes 6, la mayoría de los pacientes tratados con tofacitinib con MDA (excluyendo VLDA), y todos con VLDA, también estaban en DAPSA remisión ó LDA (Figura 1b). Hubo al menos una concordancia moderada (definido como valores Kappa 0,41-0,60) entre DAPSA LDA/Remisión y MDA (incluido VLDA), y remisión DAPSA y VLDA (Figura 1c).
Conclusiones: Las tasas de remisión y LDA generalmente aumentaron con el tiempo en pacientes con PsA que recibieron tofacitinib. DAPSA LDA/Remisión y MDA (incluido VLDA) mostraron una concordancia por lo menos moderada, al igual que DAPSA remisión y VLDA. DAPSA es útil para medir la actividad y el estado de la enfermedad por PsA, y la MDA es útil para medir el estado de la PsA.

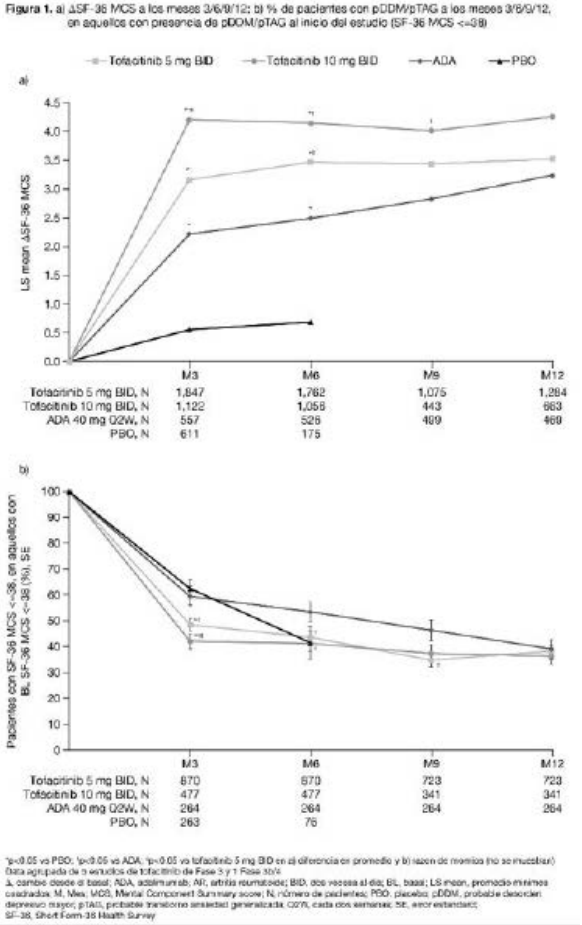
40

0040 - TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE E INDICADORES DE DEPRESION Y/O ANSIEDAD: ANALISIS POST HOC DE LOS ESTUDIOS DE FASE 3 Y FASE 3B/4

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

CITERA, Gustavo(1) | JAIN, Rakesh(2) | IRAZOQUE, Fedra(3) | GUZMAN, Renato(4) | MADARIAGA, Hugo(5) | GRUBEN, David(6) | WANG, Lisy(6) | STOCKERT, Lori(6) | HSU, Ming-ann(6) | SANTANA, Karina(7) | EBRAHIM, Abbas(6) | PONCE DE LEON, Dario(6)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); TEXAS TECH UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE (2); HOSPITAL ANGELES MOCEL (3); FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS E IDEARG (4); CLÍNICA DEL SUR (5); PFIZER INC (6); PFIZER (7)

Introducción: La depresión y la ansiedad son prevalentes en pacientes con artritis reumatoide (AR). El componente mental abreviado (MCS) del Short Form-36 (SF-36) con puntuación <=38 se ha utilizado como un identificador de probable desorden depresivo mayor (pDDM) y/o probable trastorno de ansiedad generalizado (pTAG) en pacientes con AR. Tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de la AR.
Objetivos: Evaluar la prevalencia de pDDM/pTAG en el programa clínico de tofacitinib en AR utilizando una puntuación <=38 en el SF-36 MCS, y determinar la eficacia de tofacitinib de acuerdo a la presencia basal de pDDM/pTAG.
Materiales y Métodos: En este análisis post hoc, se incluyeron los pacientes que recibieron tofacitinib 5 ó 10 mg dos veces al dia (BID), adalimumab (ADA) 40 mg cada dos semanas (Q2W) ó placebo (PBO) de entre 5 estudios clínicos de fase 3 y 1 de Fase 3b/4. Las caracteristicas demograficas y basales se reportaron de acuerdo a la presencia o no de pDDM/pTAG basal (SF-36 MCS <=38, presencia; >38, ausencia). El cambio desde el basal en el SF-36 MCS a los meses 3/6/9/12 se estimó juntando los pacientes de los diferntes estudios, y se reportó el porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG. Los desenlaces de eficacia (tasas de respuesta



ACR20/50/70; tasa de remisión DAS28-4[VSG] <2.6; cambios desde el basal en HAQ-DI) se estimaron en los meses 3/6/12 utilizando modelos lineales, comparando los pacientes tratados con tofacitinib de acuerdo a la presencia basal de pDDM/pTAG.

Resultados: Se reportó la presencia basal de pDDM/pTAG en 44.5% (tofacitinib 5 mg BID), 39.8% (tofacitinib 10 mg BID), 45.4% (ADA) y 39.1% (PBO) de los pacientes. Se reportaron niveles basales más altos de proteína C reactiva (PCR) y peor estado de funcionalidad, fatiga, dolor y sueño en pacientes con pDDM/pTAG vs aquellos sin pDDM/pTAG. Los incrementos en los puntajes de SF-36 MCS fueron mayores con tofacitinib vs ADA/PBO (Figura 1a). El porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG se fue reduciendo con el tiempo de seguimiento y fue generalmente menor con tofacitinib vs ADA/PBO (Figura 1b). La eficacia de tofacitinib 5mg y 10mg BID fue generalmente similar en los meses 3/6/12, independientemente de la presencia o no de pDDM/pTAG (datos no mostrados).
Conclusiones: Alrededor del 40% de los pacientes con AR tuvieron pDDM/pTAG (SF-36 MCS <=38) al inicio de los estudios. Mejoras en el SF-36 MCS fueron mayores con tofacitinib vs ADA/PBO. Con tofacitinib, el porcentaje de pacientes con pDDM/pTAG se redujo ~60% al mes 12. La eficacia de tofacitinib fue similar en pacientes con/sin pDDM/pTAG basal. Limitaciones incluyen el uso de SF-36 MCS para identificar DDM or TAG probables y no confirmados. Se requieren estudios adicionales utilizando la entrevista psiquiátrica como gold estándar para validar el uso de SF-36 MCS <=38.

41

0041 - EFECTO DE TOFACITINIB EN LA ACTIVACIÓN DE LINFOCITOS T EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ALAMINO, Vanina Alejandra(1) ONOFRIO, L(1) ZACCA, E(1) FERRERO, P(1) ACOSTA, C(1) ÁLVAREZ FERREIRA, M(1) GARCÍA ORO, A(1) RETA ARBÓ, L(1) WERNER, M(1) ONETTI, L(1) CADILE, I(1) MUSSANO, E(1) MONTES, C(2) GRUPPI, A(2) ACOSTA RODRÍGUEZ, E(2)
HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA (1); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS UNC - CIBICI (2)

Introducción: La inflamación y daño del tejido característicos en la artritis reumatoidea (AR) están mediados por distintas células, entre ellas, linfocitos (Li) T y B. El tratamiento puede incluir fármacos biológicos como inhibidores de TNF (anti-TNF) o moléculas pequeñas inhibidoras de Janus quinasas (Jak) que complementan la terapia estándar con DMARDs. Tofacitinib (Tofa) es un inhibidor de Jak-1 y 3, que están involucradas en la patogenia de AR. La activación de LiT CD4 y CD8 requiere señales a través de su receptor antigénico en concierto con señales coestimulatorias mediadas por CD27 y CD28. El factor de transcripción T-bet es un regulador esencial de la diferenciación y función efectora en dichas células. La disminución y pérdida en la expresión de CD27 y CD28 identifican el estadío final de diferenciación de los LiT, caracterizado por una pobre respuesta efectora y susceptibilidad a la muerte celular. A pesar de los numerosos estudios sobre el efecto de Tofa en el sistema inmune, el conocimiento sobre sus efectos en la diferenciación y activación de los LiT en AR es escaso.
Objetivos: Estudiar el efecto de Tofa en la activación y diferenciación de los LiT in vivo en pacientes con AR y en experimentos in vitro con células de donantes sanos (CS).
Materiales y Métodos: Para el estudio en pacientes, se reclutaron 31 individuos CS y 106 con AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, 41 sin tratamiento (AR), 35 tratados con DMARDs, 22 con anti-TNF+/-DMARDs y 8 con Tofa+/-DMARDs. Criterios de exclusión: infecciones en curso, otras enfermedades autoinmunes, vacunación en los 2 meses previos, embarazo. Se estudiaron 82 variables bioquímicas e inmunológicas que incluyeron estudios fenotípicos de LiB y T mediante citometría de flujo en células de sangre entera y cuantificación de mediadores séricos por ELISA. Se realizó un análisis multivariado a través de un análisis de componentes principales (ACP). Se realizaron ensayos in vitro para evaluar el efecto directo de Tofa en LiT CD4 y CD8 purificados a partir de células mononucleares de sangre periférica de CS. Las poblaciones puras fueron estimuladas con mitógenos (anti-CD3 y anti-CD28) en presencia de Tofa (1, 10 y 25 uM) durante 3 días, y se analizaron marcadores de diferenciación (CD27 y CD28, T-bet), activación (CD25) y proliferación (ki-67) por citometría de flujo.
Resultados: El ACP demostró que las 82 variables analizadas explican aproximadamente el 70% de la varianza. Las principales variables que diferencian a los grupos CS, AR, DMARDs, anti-TNF+/-DMARDs y Tofa+/-DMARDs están relacionadas con la activación y diferenciación de los Li. En este sentido, los pacientes tratados con Tofa presentaron un aumento significativo en el porcentaje de LiT CD4 con características de diferenciación terminal (CD27-CD28-; p<0.01) y disminución de la citoquina inflamatoria IL-22 (p<0.001). Los resultados obtenidos del ensayo in vitro demostraron que Tofa redujo la activación de los LiT CD4 y CD8, evidenciado por la disminución de expresión de CD25, T-bet y la frecuencia de células Ki-67+. Además, Tofa aumentó el porcentaje de células CD27-CD28- en LiT CD4 y CD8 e incrementó la muerte celular de acuerdo ensayos de viabilidad. Los efectos observados fueron dosis-dependiente.
Conclusiones: A través del estudio observacional en pacientes y los ensayos in vitro, concluimos que Tofa sería capaz de alterar la diferenciación y activación de los LiT. Hipotetizamos que éste podría ser un mecanismo subyacente a los efectos biológicos de esta droga en AR.

42

0042 - VALOR PRONÓSTICO DE FACTOR REUMATOIDEO EN VASCULITIS ANCA ASOCIADAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA
Unidad Temática 2: LABORATORIO

SORRENTINO, Laura CASTRO COELLO, Vanessa Viviana REBAK, Jonathan Eliseo BRIGANTE, Jorge Alejandro HAMAUI, Adriana DUBINSKY, Diana
SANATORIO GÜEMES

Introducción: Las pruebas de factor reumatoideo se utilizan principalmente para el diagnóstico de artritis reumatoide (AR); sin embargo también puede estar presente en otras enfermedades reumáticas y otras afecciones, como infecciones agudas, crónicas y neoplasias. Sin embargo, su significado clínico en contexto de vasculitis ANCA asociadas (VAA) todavía es incierto. Un estudio sugiere que su presencia en pacientes con VAA se correlaciona con actividad de la enfermedad, mayor prevalencia de daño neurológico, y probablemente peor pronóstico a expensas de diálisis y asistencia respiratoria mecánica, esto último con resultados no estadísticamente significativos. Otro estudio retrospectivo detectó una tasa de falsos positivos de FR de 39.1% en pacientes con VAA. Su presencia se asoció a manifestaciones cutáneas en EGPA pero no a recaídas o desarrollo de AR en el seguimiento.
Objetivos: Establecer la frecuencia del factor reumatoide en VAA Establecer el significado clínico y pronóstico de factor reumatoide en pacientes con VAA
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se extrajeron de las bases de datos del servicio de nuestra institución datos de pacientes con diagnóstico de VAA mayores de 18 años, desde Junio de 2015 a Diciembre de 2019, con FR y antiCCP solicitados antes del inicio de tratamiento. Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de VAA, duración de la enfermedad, tratamiento, órganos afectados, Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS), Eritrosedimentación, Proteina C reactiva. Como desenlaces se consideraron: manifestaciones clínicas, requerimiento de dialisis, asistencia ventilatoria mecánica, mortalidad, actividad de la enfermedad. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar, y las variables categóricas como número y porcentaje. Para la comparación de medias se realizó prueba de t-student. Se realizó cálculo de Odds ratio para determinar asociación entre variables. Diferencias significativas entre los dos grupos se compararon usando la prueba de chi-cuadrado para datos categóricos. Se consideró significativa una p <0.05
Resultados: Incluimos 32 pacientes en los que encontramos 31.2% de factor reumatoideo positivo. La edad media fue de 55.3 ± 15.5, siendo 59.3% mujeres. La mayoría (n=15) cumplía criterios para Granulomatosis con poliangeítis, 13 Poliangeítis microscópica y 4 Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. La media de BVAS fue 20 ± 8.7, con valores similares en ambos grupos (p= 0.4234). No hubo diferencias significativas con respecto a manifestaciones clínicas ni de laboratorio en ambos grupos, ni actividad de la enfermedad medida por BVAS. Con respecto a desenlaces de pronóstico se observó menor ingreso a diálisis y mortalidad en el grupo factor reumatoideo positivo (Tabla 1). Las causas de muerte fueron sepsis (n=3) y complicación de vasculitis (n=4).

Tabla 1. Requerimiento de diálisis, ARM y mortalidad

	Total	FR +	FR -	*OR (IC)*	*p*
ARM	8	3	5	*1.45 (0.27-7.81)*	*0.66*
Diálisis	16	2	14	*0.14 (0.024-0.8)*	*0.022*
Mortalidad	7	0	7	*N/A*	*0.04*

FR: factor reumatoideo ARM: asistencia respiratoria mecánica.
OR: Odds Ratio IC: intervalo de confianza

Conclusiones: Hemos encontrado una frecuencia de factor reumatoideo positivo de 31.2%.Trabajos previos han encontrado una frecuencia de 39.1% y 61%. Se encontró una asociación negativa entre FR positivo e ingreso a diálisis y mortalidad confiriendo probablemente un peor pronóstico en pacientes con factor reumatoideo negativo. El papel protector renal del FR ya ha sido estudiado en AR y LES. No se encontró correlación con enfermedad renal en AR pero sí podría ser un factor protector de daño renal en LES. La demostración de la reactividad del FR con los complejos solubles de antígeno-anticuerpo para formar inmunoprecipitados con mayor sedimentación ha llevado a la especulación de que su función puede implicar la formación de complejos menos solubles, que se fagocitan fácilmente y, por lo tanto, es menos probable que se depositen en los glomérulos renales.

44

0044 - USO DE BARICITINIB EN CONDICIONES DE VIDA REAL EN ESPAÑA: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO DE 182 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: SERIE DE CASOS

HERNANDEZ, Blanca(1) ROSAS SALAZAR, José(2) DÍAZ TORNÉ, Cesar(3) BELZUNEGUI, Joaquin(4) GARCÍA DE VICUÑA, Rosario(5) INCIARTE MUNDO, José(6) PONS, Ana(2) MILLÁ, Ana María(3) JERIA, Sycille(3) VALERO, Jesús Alejandro(4) GARCÍA CASTAÑEDA, Noelia(5) VALERO, Cristina(5) LLORENTE, Irene(5) CALVO, Alberto(5) DIAZ, Silvia(7) NÚÑEZ, Mercedes(7)
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (1); HOSPITAL MARINA BAIXA (2); HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (3); HOSPITAL DE DONOSTIA (4); HOSPITAL LA PRINCESA (5); HOSPITAL CLÍNIC (6); LILLY (7)

Introducción: Baricitinib (BARI) es un inhibidor de Janus kinasa (JAK)1/JAK2 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada a grave. A pesar de su robusto desarrollo clínico es importante complementar estos resultados con datos de práctica clínica real.
Objetivos: Este estudio persigue investigar el perfil de pacientes, patrones de tratamiento, efectividad y persistencia en pacientes con AR tratados con BARI en práctica real en España.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo, llevado a cabo en 5 unidades de reumatología en España en pacientes con AR prescritos con BARI. Se incluyeron adultos, con diagnóstico de AR (criterios ACR 2010), tratados con BARI y con al menos 6 meses de seguimiento. Las características demográficas, actividad de la enfermedad (DAS28-ESR, SDAI, CDAI y respuesta EULAR) y análisis de dolor mediante EVA (0-10mm) se recogieron al inicio con BARI (basal) y a los 6 y 12 meses. Las variables continuas se presentaron como media (DS), y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. La efectividad se evaluó como cambio desde el nivel basal con la prueba t-test pareado. La supervivencia se calculó como porcentaje de pacientes en el tratamiento a los 6, 12 y 18 meses.
Resultados: El estudio incluyó 182 pacientes. Las características basales fueron: 83,5% mujeres, 62,2 (12,3) años, índice de masa corporal 26,8 (5,1), 47,8% no fumadores, duración de la enfermedad 13,2 (10,8) años, 79,1% RF+, 80,2% ACPA+, 64,8% erosiones óseas y 2,4 (2,0) en el índice de comorbilidad de Charlson. Todos los pacientes habían recibido al menos un antirreumático modificador de la enfermedad convencional (FAMEc) anterior a BARI y 88% al menos un FAME biológico (FAMEb) (1, 2, o >=3: 24,2%, 17,0% y 36,8%, respectivamente). 90,1% empezaron con BARI 4mg/día; 43,4% en monoterapia y 56,6% combinado con FAMEc (37,4% metotrexato). En el momento de la extracción de datos, 61,5% de los pacientes continuaba con el tratamiento de BARI; tiempo medio: 14,1 (0,5) meses. La persistencia a 6, 12 y 18 meses fue de 79,7%, 64,8% y 59,1%. La persistencia a los 18 meses varió en función del número de FAMEb previos, entre el 72,6% (no FAMEb) a 52,2% (>3 FAMEb). Los pacientes que discontinuaron el tratamiento fueron 61 de 182. Las principales causas fueron pérdida de efectividad (68,6%) [60,4% fallo primario y 39,6% fallo secundario] y eventos adversos (18,6%). La recogida de los índices de efectividad varió por centro. 91 pacientes tuvieron medidas de seguimiento en al menos una de ellas. Entre el 71,6% y el 76,3% de los pacientes alcanzaron remisión o baja actividad de la enfermedad medido con algún índice a los 6 y 12 meses respectivamente: DAS28-ESR (73,1% y 73,5%), SDAI (62,4% y 75,0%) y CDAI (63,5% y 76,6%); 80,0% y 78,2% de los pacientes tuvieron buena o moderada respuesta EULAR. El dolor disminuyó de 6,6 (2) en condiciones basales a 4,1 (2,5) a los 6 meses (N= 93) y a 3,4 (2,2) a los 12 meses (N=75).
Conclusiones: En España los pacientes con AR tratados con BARI tienen una enfermedad refractaria y de larga duración. La mayoría son tratados con 4mg combinados con FAMEc. Sin embargo, se observó una alta persistencia a lo largo del tiempo, que alcanza valores máximos en pacientes con pocos fallos a FAMEb. La mejoría en la actividad de la enfermedad se comprobó a 6 y se mantuvo a 12 meses del tratamiento independientemente del índice articular utilizado, corroborando la efectividad de BARI en el entorno de práctica clínica real.

45

0045 - ACCESO AL SISTEMA DE SALUD DE UNA COMUNIDAD INDÍGENA CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN CHACO. ESTUDIO CUALITATIVO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

QUINTANA, Rosana M. (1) FERNADEZ, Sofia(2) FAY, Martina(2) ARENAS-SOLORZANO, Viviana(2) CAMACHO, Cecilia(2) DI PRINZIO, Gustavo(2) GOMEZ, Graciela(2) BENSI, Ana(2) HONERI, Andres(2) PETRELLI, Jazmin(2) SILVESTRE, Adriana(1) CALVO, M Elena(3) PELAEZ-BALLESTAS, Ingris(4) VALDATA, Marcela(2) PONS-ESTEL, Bernardo(1)
CENTRO CREAR (1); CEAPROS (CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS A PROBLEMÁTICAS SOCIO-CULTURALES), UNR (2); HOSPITAL 4 DE JUNIO "DR. RAMÓN CARRILLO", CIUDAD DE PRESIDENCIA ROQUE SÁENZ PEÑA (3); HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA", CIUDAD DE MÉXICO (4)

Introducción: El Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios" (GLADERPO), ha trabajado con la comunidad qom de la ciudad de Rosario desde hace más de 10 años, observado una alta prevalencia de AR, con baja adherencia al tratamiento, siendo la migración constante con su lugar de origen uno de los motivos. Con el apoyo de ILAR se diseñó un programa educativo interprovincial para la comunidad y los profesionales de la salud. Esta es la primera fase del mismo, describiendo la realidad del Sistema de Salud y su relación con la comunidad qom.
Objetivos: describir el sistema de salud local desde la perspectiva de los profesionales de la salud, los agentes sanitarios y los representantes de la comunidad qom viviendo en la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña (PRSP), Chaco.
Materiales y Métodos: Estudio cualitativo, con aproximación etnográfica. Se utilizaron dos técnicas: observación no participativa y entrevistas semiestructuras. Se diseñó una guía para las entrevistas por el equipo multidisciplinario de GLADEPRO. Los principales tópicos fueron: referencia dentro del sistema de salud y accesibilidad al mismo. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el modelo conceptual de Andersen(1) aplicado a la utilización de los servicios de salud. (1)J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
Resultados: Un total de 21 personas fueron entrevistadas, 12 mujeres y 9 varones, con un rango de edad de 25 a 60 años. Los principales hallazgos fueron: barreras entre la comunidad y el Sistema de Salud (cultural y de comunicación) limitando la accesibilidad; la "navegación" de la comunidad dentro del Sistema de Salud sin concretar la accesibilidad; burocratización del sistema de salud y la constante migración de esta población entre PRSP y Rosario.
Conclusiones: Estos hallazgos serán incorporados en las estrategias educativas futuras con el propósito de mejorar el acceso al Sistema de Salud de la comunidad qom y la adherencia al tratamiento. Se diseñarán estrategias que acerquen la población al Sistema de salud, priorizando el rol de los agentes sanitarios y el soporte de los representantes de la comunidad

46

0046 - ARTRALGIAS PERSISTENTES LUEGO DE INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín
CONSULTORIO PARTICULAR

Introducción: El virus Chikungunya (CHIKV) es un virus ARN del género Alfavirus, familia Togaviridae transmitido a través de mosquitos, siendo el Aedes aegypti el principal vector. Las artralgias son una de las manifestaciones clínicas más frecuentes tanto en la fase aguda y subaguda, como en los pacientes que presentan síntomas crónicos posteriores al contagio.
Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre artralgias crónicas posteriores a la infección por CHIKV.
Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda de artículos publicados hasta el año 2020 en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane y Lilacs.
Resultados: La infección por CHIKV puede dividirse en fases, aguda y subaguda, y una fase crónica. La primera fase se caracteriza por fiebre alta, poliartralgias, mialgias y exantema. En la fase subaguda, la fiebre cede con persistencia de los síntomas articulares y astenia. Los pacientes pueden desarrollar tanto artritis como tenosinovitis y bursitis hasta en un 70 %. La artritis suele ser poliarticular, simétrica y afecta tanto pequeñas como grandes articulaciones. La prevalencia informada de pacientes con artritis por CHIKV que progresan a una etapa crónica varía de 4.1 a 78.6%. Las rodillas, tobillos, codos, muñecas y metacarpofalángicas son las articulaciones más frecuentemente comprometidas en la fase crónica. Un estudio llevado a cabo por Matthews y colab mostró una prevalencia de síntomas articulares crónicos del 25% después de unseguimiento de 20 meses. La prevalencia de artritis crónica posterior una infección por CHIKV es de aproximadamente del 14% según un meta-análisis publicado por Rodríguez-Morales y colab, siendo factores como una edad mayor a 45 años y una carga viral elevada durante la fase aguda predictores de la misma. Otras dos publicaciones establecieron que el género femenino, el compromiso simétrico poliarticular y la osteoartritis eran factores de riesgo de enfermedad crónica. La mayoría de los pacientes definen el dolor como intermitente, sin embargo, en el 35% de los casos tiene carácter permanente. La persistencia y la intensidad de los síntomas a menudo afectan la calidad de vida cotidiana, lo que conduce a reducción de las actividades diarias, invalidez laboral y depresión. El mecanismo por el cual el CHIKV se induce la artritis crónica sigue bajo investigación. La hipótesis más aceptada sostiene que el virus se replicaría tanto en macrófagos como en tejido sinovial provocando una tormenta de citoquinas y una proliferación de células TH1 lo que perpetúa la respuesta inmune. Con respecto al desarrollo de Artritis Reumatoidea (AR) en pacientes luego de la infección por CHIKV, no hay a la fecha una postura definida. Existe consenso respecto a que la AR es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuentemente encontrada en pacientes recuperados de CHIKV. Dos estudios publicados por Manimunda y Essackjee y colab respectivamente evidenciaron que entre un 5 y 36 % de los pacientes cumplían criterios ACR 2010 para AR posterior a la infección viral luego de un seguimiento que varió entre los 10 a 27 meses. En lo que respecta a la positividad de marcadores serológicos Factor Reumatoideo (FR) y Anti CCP los resultados son contradictorios. Javelle y colab publicaron en 2015 una prevalencia de hasta un 30 % de positividad de al menos uno de los marcadores en pacientes recuperados de CHIKV, por otro lado Manimunda reportó solo un 5 % de positividad para anti CCP y 100 % de negatividad para FR. No obstante se requieren más estudios a largo plazo para determinar la asociación entre AR y CHIKV.
Conclusiones: Las artralgias crónicas son una manifestación frecuente en gran número de pacientes recuperados de CHIKV. A la fecha no existe suficiente información acerca de la fisiopatología y del rol de virus en el desarrollo de una posterior artropatía inflamatoria.

48

0048 - POLIMIOSITIS JUVENIL GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatria
Unidad Temática: PEDIATRÍA
Unidad Temática 2: MIOPATÍAS

NECUL, Gabriela CERVETTO, Vanesa CARRILLO, Marina BRUSCO, María Isabel MARCANTONI, María PRINGE, Alejandra
HOSPITAL ELIZALDE

Introducción: La Polimiositis juvenil (PMJ) se caracteriza por inflamación muscular y ocurre en 4-8% de los casos de miopatías inflamatorias autoinmunes en la infancia. La disfagia se presenta en 39% de los casos al debut y la disnea entre 17-42% de manera inicial. La bibliografía disponible a la fecha, describe mal pronóstico en casos graves con compromiso deglutorio y respiratorio inicial.
Objetivos: Presentar un paciente pediátrico con PMJ severa y debilidad muscular inicial focalizada.
Materiales y Métodos: Paciente de 17 años con antecedente de 20 días de dolor abdominal y transaminasas elevadas y un mes de evolución de astenia, pérdida de peso y lesiones eritemato-costrosas en rostro. Por tal motivo se sospecha hepatitis infecciosa en el nosocomio que consulta inicialmente. En dicha institución se realizaron estudios complementarios: Fibrobroncoscopía: movimiento deglutorio anómalo con disminución de la luz esofágica. Ecocardiograma: derrame pericárdico. Laboratorio: transaminasas y LDH elevadas, CK no solicitada, FAN + 1/80 moteado fino, FR y ASMA negativos. Serologías virales negativas La paciente fue derivada a nuestra institución con mala mecánica ventilatoria, trastorno deglutorio severo y marcada debilidad de músculos flexores del cuello. Presentaba fuerza muscular conservada en otros grupos musculares. Considerando su evolución previa y sus estudios realizados, se repite CK y reactantes de fase aguda (RFA) constatándose marcada elevación de los mismos. Ingresa a unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con requerimiento de ventilación no invasiva (VNI). Se solicitan: Resonancia magnética (RMN) columna: Médula normal. Edema en músculos paravertebrales, ambos psoas, musculatura glútea y cinturas escapulares. Tomografía computada de alta resolución (TACAR) tórax: Imágenes nodulares periféricas, algunas con halo en vidrio esmerilado. Equipo de neumonología interpreta patrón intersticial incipiente. Biopsia de músculo cuádriceps: sin infiltrado inflamatorio. Se descartan procesos oncológicos subyacentes. Dado el deterioro progresivo CK y RFA en aumento, compromiso de músculos respiratorios, deglutorios y compromiso pulmonar intersticial, se interpreta debut de PMJ con una presentación poco frecuente y grave. Se indica tratamiento inicial: pulsos de metilprednisolona (1g), gammaglobulina y metotrexate subcutáneo. Por la gravedad y refractariedad del cuadro clínico y progresión en la debilidad muscular generalizada se indica ciclofosfamida y rituximab. Permaneció en UTIP por 36 días con VNI y gastroclisis continua. Período de internación total: 3 meses. Padeció de episodios de dificultad respiratoria y fiebre, interpretados como neumonías aspirativas. Con 3 meses de evolución logró mejoría de fuerza muscular, normalización CK y RFA. El trastorno deglutorio mejoró de manera paulatina a lo largo de los 6 meses posteriores a su internación. Recibió un segundo ciclo de rituximab a los 6 meses del ciclo inicial como parte de su tratamiento inicial y logró remisión de la enfermedad con dosis mínima de esteroides.
Conclusiones: La poliomisitis juvenil es una entidad poco frecuente en pediatría y el compromiso deglutorio más infrecuente aún, con un alto índice de mortalidad. El tratamiento precoz y agresivo podrían considerarse los pilares de la buena respuesta inicial y sostenida en el tiempo de esta paciente. Consideramos relevante reportar este tipo de casos que aporten estrategias para la práctica diaria.

47

0047 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y USO APROPIADO DE ESTATINAS EN PACIENTES CON LUPUS SEGÚN DIFERENTES ESTRATEGIAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

MASSON, Walter ROSSI, Emiliano MORA CRESPO, Lorena CORNEJO PEÑA, Guillermo PESSIO, Carla GAGO, Mariela **ALVARADO, Rodolfo** SCOLNIK, Marina

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan aterosclerosis acelerada y un riesgo elevado de eventos cardiovasculares comparados con la población general. Esta asociación no se explica completamente por los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales y se ha planteado que la actividad inflamatoria tiene un rol activo en el incremento del riesgo cardiovascular (RCV). El uso de estatinas ha demostrado una reducción de un 20-25% del RCV en la población general independientemente del nivel de riesgo basal. La evaluación del RCV y su manejo en pacientes LES es un aspecto relevante del tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, las escalas tradicionales para estimar el RCV no están diseñadas para pacientes con LES y tienden a infraestimar este riesgo por lo que se han planteado diferentes estrategias para mejorar la evaluación de este grupo de pacientes. Una de ellas es el score QRISK-3 que incorpora el antecedente de LES a los FRCV tradicionales. Otra estrategia es la recomendada por el Consenso Argentino de la Sociedad Argentina de Cardiología en la que el RCV medido por escalas convencionales se multiplica por un factor corrector (x2).
Objetivos: Estimar el riesgo cardiovascular mediante diferentes estrategias en pacientes con LES. Analizar la proporción de pacientes candidatos a recibir tratamiento con estatinas. Identificar la proporción de pacientes con indicación de estatinas que reciben estas drogas.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 97 / SLICC 2012), afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, y evaluados entre enero de 2001 y abril de 2019. Se recolectaron y analizaron datos clínico-demográficos incluyendo FRCV y tratamientos recibidos al momento de la última consulta con reumatología. Para la estratificación del RCV se calcularon los siguientes scores: 1) QRISK-3: estima el riesgo de eventos cardiovasculares ateroscleróticos a 10 años. Se considera "riesgo" con un valor >=10%; y 2) Framingham ajustado: estima el RCV basado en valores de lípidos o índice de masa corporal (IMC) y define tres niveles de riesgo, bajo (<10%), moderado (10-19%) o alto (>=20%). Para determinar la indicación de estatinas se siguieron las recomendaciones de las guías NICE (National Institute for Health Care Excellence) y del Consenso Argentino.

Tabla 1. Características de los pacientes al momento de la última consulta en reumatología (n=110)

Sexo femenino, % (IC95%)	83,6 (75,4-90,0)
Edad (años), media (DS)	55,6 (17,9)
Tiempo de evolución del LES (años), media (DS)	12,9 (10,3)
SLEDAI, mediana (RIC)	4 (2-6)
Tensión arterial sistólica (mmHG), media (DS)	123,1 (15,3)
Colesterol total (mg/dL), media (DS)	194,3 (45,2)
LDL (mg/dL), media (DS)	105,3 (31,4)
HDL (mg/dL), media (DS)	54,4 (12,7)
Triglicéridos (mg/dL), mediana (RIC)	93,0 (67-124)
Índice de masa corporal (kg/m²), media (DS)	26,5 (6,5)
Obesidad, % (IC95%)	27,3 (19,2-36,6)
Tabaquismo activo, % (IC95%)	8,2 (3,8-15,0)
Hipertensión arterial, % (IC95%)	37,3 (28,2-47,0)
Enfermedad cardiovascular previa, % (IC95%)	9,1 (4,4-16,1)
Diabetes tipo 2, % (IC95%)	13,6 (7,8-21,5)
Insuficiencia renal crónica, % (IC95%)	13,6 (7,8-21,5)
Nefritis lúpica actual, % (IC95%)	6,4 (2,6-12,7)
Tratamientos	
Corticoides, % (IC95%)	41,1 (31,6-50,7)
Hidroxicloroquina, % (IC95%)	76,6 (67,3-83,9)
Estatinas, % (IC95%)	17,3 (10,7-25,6)
Aspirina, % (IC95%)	20,9 (13,7-29,7)
Antihipertensivos, % (IC95%)	35,5 (26,6-45,1)
Antidiabéticos, % (IC95%)	5,5 (2,0-11,5)
Scores de riesgo cardiovascular	
Framingham ajustado, mediana (RIC)	12,8 (4,1-21,9)
QRISK-3, mediana (RIC)	6,0 (2,1-14,1)

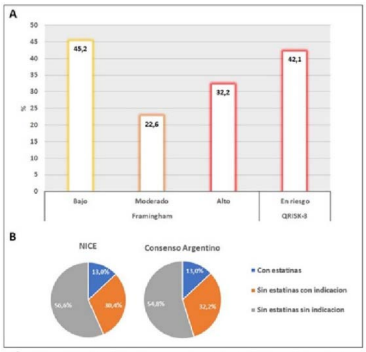


Figura 1. A. Estratificación del riesgo cardiovascular según scores de Framingham corregido y QRISK-3. **B.** Distribución del uso de estatinas según indicación.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con diagnóstico de LES. Entre los pacientes sin antecedentes cardiovasculares (prevención primaria) la mediana de QRISK-3 fue 6% (2.1-15.1) y un 42.1% de los casos fue considerado en riesgo, mientras que la mediana de Framingham ajustado fue 12.8% (RIC 4.1-21.9) y un 45.2%, 22.6% y 32.2% fueron clasificados como de riesgo leve, moderado y alto, respectivamente. El 60% de los pacientes en prevención secundaria estaba en tratamiento con estatinas, pero ninguno se encontraba recibiendo las dosis recomendadas en las guías De los pacientes en prevención primaria que no recibían estatinas (87%), un 30.4% y 32.2% eran candidatos a tratamiento de acuerdo a las guías NICE y consenso argentino, respectivamente.
Conclusiones: Se observó que una gran proporción de pacientes con LES presentan scores de riesgo cardiovascular elevados y muchos de ellos tienen indicación de estatinas. Sin embargo, el uso de estatinas observado fue bajo.

49

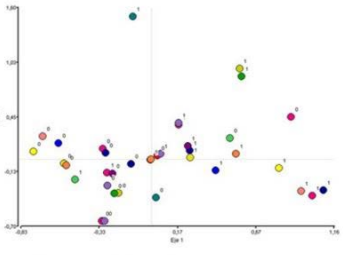
0049 - CUESTIONARIO PARA EVALUAR LAS DISFUNCIONALIDADES DE LAS ARTICULACIONES TÉMPOROMANDIBULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA (CEDATAR)

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

RHYS, Karen | GOBBI, C | BUSAMIA, B | ALONSO, C | QUAGLIA, M | TISSERA, Y | SAVIO, V | ALBIERO, A | ALBIERO, E | ALBA, P | LAGNARINI, A.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción: La artritis reumatoidea (A.R.) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica autoinmune degenerativa, que se caracteriza por la poliartritis periférica, generalmente simétrica de articulaciones pequeñas. Provoca alteraciones y discapacidades. Los pacientes con A.R. aumentan los costos directos e indirectos de la salud pública. Entre las articulaciones comprometidas la Sociedad Argentina de Reumatología cita: "inflamación articular en forma simétrica de pequeñas y grandes articulaciones como manos, pies, rodillas, codos, hombros, caderas, pudiendo comprometer articulaciones diartrodiales como las témporomandibulares (A.T.M.) y cricoaritenoideas".
Objetivos: • Proporcionar una herramienta útil y práctica para el médico reumatólogo frente a la decisión de interconsultas odontológicas. • Confeccionar un cuestionario que permita una evaluación certera a grandes poblaciones en menor tiempo. • Elaborar un instrumento útil para valorar daño articular témporomandibular.
Materiales y Métodos: Se confeccionó un cuestionario. Se decidió la información necesaria que debía proporcionar. Se revisó la bibliografía. Se eligió el tipo de cuestionario. Se definieron códigos, puntuaciones y escalas. Se diseñó el formato. Se eligió el orden de las preguntas. Se realizó una prueba piloto de seis meses. Se revisó nuevamente el cuestionario. Se sometió a Evaluación de Expertos, analizando viabilidad, fiabilidad, repetibilidad, sensibilidad y validez (lógica: de contenido, de criterio y de constructo), esto se efectivizó por grillas que completaron los expertos con múltiples ítems para cada pregunta en particular. Se evaluó la consistencia interna por el alfa de Cronbach. Se realizó análisis de correspondencia de factores. El presente trabajo se encuentra dentro del Proyecto aprobado por el Cieis de la Institución (no se escribe el nombre por solicitud del reglamento).



Contribución a la Chi cuadrado

	Autovalor	Inercias	Chi-Cuadrado	(%)	% acumulado
1	0,47	0,22	1124,00	22,84	22,84
2	0,36	0,13	650,09	13,21	36,05

Resultados: Se concretó un cuestionario de veinte preguntas, el tiempo para completarlo no excede los cinco minutos. Demostró consistencia interna con un alfa de Cronbach dio 0,76. Se adjuntan los análisis de correspondencia de los factores y el Chi Cuadrado. Se agilizó operativamente el sistema de derivaciones en la Institución. Se consiguió un instrumento que permite un rápido análisis estadístico en relación a la articulación temporomandibular de los pacientes con artritis reumatoide. Se optimizó la respuesta terapéutica en los pacientes afectados, brindándoles una solución holística.
Conclusiones: Se considera que la implementación del cuestionario permite acelerar los tiempos para las interconsultas entre Servicios. Integra el accionar de los distintos especialistas, reconociendo al paciente como una unidad, que debe ser abordado interdisciplinariamente si se pretende el éxito terapéutico.

51

0051 - OSTEONECROSIS MULTIFOCAL

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS
Unidad Temática 2: IMÁGENES/ECO/US/RM

MOLINA, María Josefina(1) NITSCHE, Alejandro(2)
CLINICA AMEBPBA (1); SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL ALEMAN (2)

Objetivos: La osteonecrosis multifocal (ONM) está definida por la presencia de lesiones de osteonecrosis ósea avascular (NOA) en tres o más sitios anatómicos diferentes, en forma simultánea o secuencial. Representa el 3% de todas las NOAs. La fisiopatogenia de la NOA es controversial: predisposición genética, factores metabólicos y factores locales llevan a la hipoperfusión con isquemia e infarto óseo. Los pacientes con ONM pueden tener múltiples condiciones médicas subyacentes. El reconocimiento temprano de todas las articulaciones afectadas es clave para minimizar el deterioro funcional. El centellograma óseo corporal total tiene un 25% de falsos negativos. La RMN constituye el gold standard para el diagnóstico temprano, previo al colapso óseo. A fin de evitar el colapso de las epífisis afectadas, la descompresión quirúrgica por perforación única o múltiple (forage) es un procedimiento a considerar en pacientes con OMN. Presentamos 2 pacientes con enfermedad del tejido conectivo y diagnóstico de ONM.
Resultados: CASO 1: Mujer, 36 años de edad con diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo que presentó fenómeno de Raynaud, poliartritis, pleuropericarditis, FAN 1/640 moteado, anti RNP (+), trombocitopenia y anticoagulante lúpico (LAC) (+). Recibió ciclofosfamida IV mensual, nifedipina y aspirina con buena evolución clínica. Cinco años después, consulta por disnea clase funcional III y gonalgia derecha. Ecocardiograma Doppler: Presión sistólica de arteria pulmonar 96 mmHg. RMN de rodillas: NOA extensa femorotibial bilateral. Centellograma óseo corporal total: hipercaptación en ambas rodillas, codo y hombro derechos y tobillo izquierdo compatible con ONM. Anti-cardiolipina (aCL) IgG (+) 44 UGPL e IgM (+) 33 UMPL y déficit de antitrombina III del 49%. Centellograma V/Q: sin evidencia de tromboembolismo pulmonar. Recibió vasodilatadores y acenocumarol con mejoría de su clase funcional y buena evolución de lesiones de ONM sin colapso articular. CASO 2: Mujer, 32 años de edad con antecedentes de asma y sinusitis crónica. Consulta por disuria y dolor cólico lumbar persistente, se constata eosinofilia periférica >10% en 2 oportunidades y hematuria. ANCA-C y P, anti-MPO y anti-PR3 negativos. FAN, anti-DNA, anti-Ro y anti-LA negativos. TAC de senos paranasales y tórax: engrosamiento mucoso de senos paranasales y engrosamiento pleural biapical. PET-TC corporal total: aumento de actividad metabólica en ambos senos maxilares. Biopsia de seno paranasal izquierdo: eosinofilia tisular mucosa del 20%. Diagnóstico: granulomatosis eosinofílica con poliangeitis. Recibe corticosteroides 0.5 mg/kg/día. Agrega episodios de sudoración, parestesias y disestesias generalizadas con taquicardia, hipotensión arterial y piloerección. Ligero aumento de enzimas musculares con RMN muscular de brazos y muslos normal. EMG: neuropatía de fibras finas con compromiso de tipo simpático con disautonomía. Se agrega azatioprina 150 mg/día, bisoprolol, fluticasona, plasmaféresis y gammaglobulina IV. Ante falla de respuesta a estos tratamientos recibe mepolizumab 300 mg/mes SC con buena respuesta clínica excepto del compromiso neuropático. En RMN muscular de brazos y muslos de control se observan imágenes de ONM de ambas cabezas y diáfisis humerales y femorales. LAC, aCL IgG e IgM, anti-beta2 glicoproteína-1 IgG e IgM y otros factores protrombóticos negativos. Se realizó forage de las 4 áreas afectadas con buena evolución y sin aplastamiento de las cabezas femorales y humerales.
Conclusiones: En pacientes con NOA es muy importante considerar la posibilidad de ONM a veces oligosintomática y enmascarada por la enfermedad de base. El objetivo es evitar el colapso de las epífisis afectadas e instaurar el tratamiento temprano y adecuado: anticoagulación oral en síndrome antifosfolipídico y descompresión quirúrgica con forage como procedimiento temprano.

52

0052 - ASOCIACIÓN ENTRE HIPOCOMPLEMENTEMIA Y MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN PRIMARIO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN

PERROTTA, Natalia Andrea YAHUITA MAYTA, Jimena Benicie BERON, Ana Maria DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: En el síndrome de Sjögren primario (SSp) la disminución sérica de C4 y/o C3 ha sido descrita como un factor de riesgo para el desarrollo de linfoma no Hodgkin (LNH), una menor sobrevida y manifestaciones extraglandulares.
Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas extraglandulares y serológicas en nuestra cohorte de SSp. Correlacionar estas manifestaciones con los niveles séricos de complemento.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: SSp según ACR/EULAR 2016, >=18 años, con dosaje complemento sérico (C3 Y C4). 4 grupos: 1- C3 bajo, 2- C4 bajo, 3-C3 y C4 bajos, 4-Complemento normal. Variables continuas: media ± desviación estándar (DS) o mediana ± rango intercuartílico (RIC). Las variables continuas se compararon mediante la prueba t de Student o U de Mann Whitney. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se compararon mediante test exacto de Fisher. Epi Info v. 7.2. y se estableció un nivel de significancia del 5%.
Resultados: 78 pacientes: 77 (98,7%) mujeres, la media de edad fue de 61,3 años (DS 20,8). Tiempo de evolución de la enfermedad: 9 años (RIC 5-19). Las manifestaciones glandulares se encontraron en 76 (97,4%) y 71 (91%) presentaron al menos una manifestación extraglandular. En este último grupo la mediana de edad fue de 59 años (RIC 50-70)) vs 50 años (RIC 42-74) en los que no los presentaron (p > 0,05). Mientras que el tiempo de evolución tuvo una media de 9,53 (DS 6,8) y 7,6 (DS 0,9) años respectivamente (p < 0,05). Inmunoserología: 74 (96,1%) FAN +, 65 (83,3%) anti-Ro/SSA, 36 (48%) FR, y 35 (45,5%) anti-La/SSB. Hipergammaglobulinemia policlonal en 42 (53,9%) y crioglobulinas en 26 (45,6%). De los pacientes con manifestaciones extraglandulares, 67 (95,7%) presentaron FAN positivo, 59 (83,1%) anti-Ro, 26 (50%) crioglobulinemia, 33 (48,5%) FR y 32 (45,7%) anti-La (p > 0,05). Hipocomplementemia: en 18/78: Grupo 1: 5/18 (6,4%), Grupo 2: 11/18 (14,1%) y Grupo 3: 2/18 (2,6%). En el grupo 2 se observó menor tiempo de evolución (p < 0,05), a diferencia de los otros dos grupos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad ni sexo. Manifestaciones extraglandulares: compromiso de piel y vasculitis cutánea fue mayor en pacientes con niveles normales de complemento, con significancia estadística cuando se compara con el grupo 3 (piel: 71,4% vs 28,6%, y vasculitis: 60% vs 40%, respectivamente). Lo mismo se observó en anemia (86,7% vs 13,3%, p < 0,05). La linfadenopatía, también fue mayor en los pacientes con niveles normales de complemento, con significancia estadística cuando se comparó con el grupo 1 (60% vs 40%). Los pacientes del grupo 2 tenían mayor frecuencia de hipergammaglobulinemia policlonal que los que tenían niveles de complemento normales (53,5% vs 39,4%, p < 0,05). No se encontró diferencias al analizar las comorbilidades en los distintos grupos. En cuanto al tratamiento, se observó que los únicos pacientes que recibieron tanto CFM como RTX pertenecían al grupo 3.
Conclusiones: Nuestros pacientes con manifestaciones extraglandulares eran más añosos, con mayor tiempo de evolución y con niveles normales de complemento, a diferencia de lo encontrado en la bibliografía. Los que tenían solo C4 disminuido, presentaron menor tiempo de evolución y mayor frecuencia de hipergammaglobulinemia. La mitad de los pacientes con manifestaciones extraglandulares presentaron crioglobulinemia. Los pacientes con RTX y CFM presentaron todos hipocomplementemia coincidiendo con distintas series publicadas en las cuales las manifestaciones severas con requerimiento de RTX se asocian a hipocomplementemia.

55

0055 - MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: FORMAS EN EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y DURANTE EL SEGUIMIENTO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

COSENTINO, Maximo | MARTIRE, María Victoria | GARCIA, Lucila | GARCIA, Mercedes Argentina
HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA

Introducción: Dentro de las manifestaciones de inicio y evolutivas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), el compromiso cutáneo (CC) es altamente frecuente (60-85%). Ha sido clasificado por J.N.Gilliam, según el patrón histológico, en lesiones cutáneas no específicas y específicas de LE. Este último grupo se subdivide en LE cutáneo agudo (LECA), subagudo (LECSA) y crónico (LECC). Varios tipos de afección cutánea a su vez se han asociado a distintos grados de actividad sistémica de la enfermedad, variables clínicas y serológica.
Objetivos: Describir el compromiso cutáneo en pacientes con LES al debut y durante el seguimiento. Determinar factores asociados a la presencia de compromiso cutáneo al diagnóstico.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, de centro único, en pacientes diagnosticados de LES (criterios ACR 1982-1997 o SLICC 2012) en el servicio durante los años 2000-2020, mayores de 18 años. Se utilizó la clasificación de Gilliam modificada para la descripción del compromiso cutáneo. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado y multivariado para evaluar los factores asociados a compromiso cutáneo al diagnóstico.

Lesiones cutáneas especificas de LE	83 (66.4%)	Lesiones cutáneas no especificas de LE	113 (90.4%)
LEC agudo	79 (63.2%)	V. leucocitoclastica	5 (4%)
Rash malar	73 (58.4%)	Vasculopatia	7 (5.6%)
Eritema generalizado	13 (10.4%)	Livedo reticular	18 (14.4%)
LECSA	2 (1.6%)	Ulceras orales	46 (36.8%)
LECC	6 (4.8%)	Alopecia	76 (60.8%)
		Fenomeno de Raynaud	47 (37.6%)

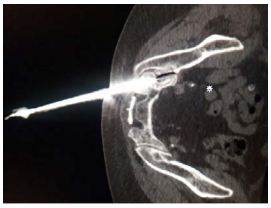
Resultados: Se incluyeron 149 pacientes. El 91.3% eran mujeres, la mediana de edad al diagnóstico 33 (Cuartil25-75: 22-45.5) años y el seguimiento de 45 (14-72) meses. El 17.4% presentaron hipotiroidismo y 9.4% tabaquismo. El SLEDAI mediano al debut fue de 9 puntos (6-14). ANA positivo el 100%, Anti-Ro 53/142 (37.3%), anti-Sm 59/142 (41.5%) y anti-RNP 50/138 (36.2%). El CC al inicio de la enfermedad ocurrió en 125 pacientes (83.9%), seguido por artralgias (69.1%), artritis (52.3%) y dominio constitucional (45.6%). En la tabla 1 se detallan los tipos de compromiso cutáneo al debut de la enfermedad. En el análisis bivariado, la mayor demora al diagnóstico, la presencia de compromiso articular, menor trombocitopenia y mayor puntuación de SLEDAI se asociaron con la presencia de compromiso cutáneo al debut. En el análisis multivariado, la variable que se mantuvo asociada de manera independiente fue el compromiso articular (OR 2.8-IC 95% 1.1-7.5, p: 0.04). No se encontraron diferencias significativas en el uso de tratamientos sistémicos entre los pacientes con y sin compromiso cutáneo (p>0.05), siendo los más utilizados la hidroxicloroquina (89.7%) y los corticoides orales (83.4%). Durante el seguimiento, 4/24 pacientes que no habían presentado compromiso cutáneo al diagnóstico y 51/125 pacientes que sí presentaron, tuvieron al menos un nuevo episodio cutánea (rango: 1-5 brotes). En relación al primer brote, el tiempo mediano desde el diagnóstico fue de 22 meses (12-44). Los tipos de manifestaciones cutáneas fueron: 54.5% L cutáneo agudo (rash malar 28/55 y eritema generalizado 3/55) y 74.5% lesiones no especificas (alopecía (38.2%), úlceras orales (30.9%) y Raynaud (20%)). Un segundo brote cutáneo se observó en 17 pacientes; siendo las manifestaciones más encontradas: rash malar (11), Raynaud (7), alopecía (4) y livedo reticularis (3). La presencia de un tercer, cuarto y quinto brote cutáneo se observó en 7, 4 y 2 pacientes, respectivamente.
Conclusiones: A diferencia de lo reportado en la literatura, el dominio cutáneo fue el más comúnmente afectado en el debut de la enfermedad en nuestra población, por encima del compromiso articular. La única variable asociada al compromiso cutáneo al debut fue el compromiso articular. A pesar de que la mayoría de los pacientes se encontraban en tratamiento con hidroxicloroquina y generalmente otro fármaco asociado, cerca de un tercio presento nuevos episodios cutáneos, lo que remarca la necesidad de analizar nuevos tratamientos para esta manifestación.

54

0054 - SACROILEITIS TUBERCULOSA EN UNA PACIENTE CON ESCLERODERMIA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

YUJRA VENTURA, Pamela Sabrina BANDE, Juan Manuel SERRANO, Eliana Rebeca REBECA, Eliana PAPASIDERO, Silvia Beatriz CARACCIOLO, José Angel RUSSO LACERNA, Diego SAEZ, Andres Esteban PERALTA, Juan Ignacio VANRELL, Andrés Julián
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ



Objetivos: Se presenta el caso de una paciente con esclerodermia con sacroileítis tuberculosa bilateral.
Materiales y Métodos: La esclerodermia (SSc) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida en la que la inflamación, la fibrosis y el daño microvascular afectan la piel y otros órganos como el tracto gastrointestinal, pulmón, riñón y corazón. Debido a una inmunidad defectuosa y al tratamiento inmunosupresor asociado, estos pacientes presentan un mayor riesgo de infecciones oportunistas, entre ellas la tuberculosis (TBC), pudiendo desarrollar formas pulmonares y extrapulmonares. La TBC osteoarticular representa del 3 al 5 % de las formas extrapulmonares, siendo la afectación de las articulaciones sacroilíacas poco común (alrededor del 10% de la forma osteoarticular). La sacroileítis tuberculosa con frecuencia se manifiesta con síntomas inespecíficos, que imitan condiciones médicas comunes determinando en muchas oportunidades demora en su diagnóstico y un tratamiento inadecuado, con un aumento de la morbilidad y discapacidad del paciente que la padece. En nuestro conocimiento, no hay casos reportados de sacroileítis tuberculosa en pacientes con SSc.
Resultados: Caso clínico: Mujer de 61 años de edad con diagnóstico de esclerodermia difusa de 5 años de evolución. Presentó fenómeno de Raynaud, compromiso cutáneo (manos puffy, esclerodactilia), articular (poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones), gastrointestinal (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y pulmonar (intersticiopatía). Por esto último, realizó tratamiento de inducción con glucocorticoides y 5 pulsos de ciclofosfamida endovenosa, con buena respuesta. Previo al inicio de la terapia de mantenimiento evolucionó con dolor lumbar intenso con irradiación a miembro inferior derecho que imposibilitaba la deambulación y no respondía a AINEs ni opioides. La RM de columna lumbosacra evidenció áreas de edema óseo en ambos alerones sacros y en las carillas articulares de ambos huesos ilíacos, con aumento del líquido intraarticular en ambas articulaciones sacroilíacas. Se realizó punción guiada por TC de sacroilíaca derecha, cuya anatomía patológica informó hallazgos compatibles con osteomielitis crónica en actividad. Los cultivos para gérmenes comunes, micobacterias y hongos fueron negativos. Fue evaluada por infectología, quienes indicaron tratamiento antibiótico empírico. Posteriormente cursó internación por fiebre, disnea y exacerbación del dolor lumbar. Se efectuó TC de tórax, en la que se observó lesión cavitada en lóbulo superior derecho, y fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar, que resultó positivo para Mycobacterium tuberculosis. En el contexto de TBC pulmonar, se reinterpretó la sacroileítis como secundaria a tuberculosis y se inició tratamiento antifímico por 12 meses, presentando franca mejoría clínica y de su capacidad funcional.
Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes, como la esclerodermia, presentan un mayor riesgo de infecciones las cuales muchas veces, se manifiestan en forma muy diversa y poco habitual lo cual dificulta el diagnóstico de estas. El compromiso de las articulaciones sacroilíacas por TBC es raro y la confirmación bacteriológica es menor que en las formas pulmonares. Debido a la baja frecuencia de esta afección y la presentación clínica inespecífica, el diagnóstico constituye un desafío. La sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

58

0058 - NECROSIS CUTÁNEA GENITAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE POLIATERITIS NODOSA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

BARROS, Gonzalo Martín(1) PERROTTA, Natalia(1) FERNÁNDEZ, Rodrigo(2) DIAZ DE LA FUENTE, Florencia(2) BERON, Ana Maria(1) DUBINSKY, Diana(1)
DIV. REUMATOLOGÍA, HTAL DE CLÍNICAS, UBA(1); SERV. ANATOMÍA PATOLÓGICA, HTAL DE CLÍNICAS, UBA (2)

Materiales y Métodos: La poliarteritis nodosa (PAN) es una panarteritis necrotizante sistémica no granulomatosa, más frecuente entre los 40-60 años. El compromiso genital con evolución a la necrosis cutánea es inusual y existen escasos reportes publicados al respecto.
Resultados: Varón, 59 años, tabaquista severo. Comienza 6 meses previos, con múltiples episodios de edema y dolor testicular interpretado como orquiepididimitis. Evoluciona con necrosis del prepucio y requerimiento de postectomía (Histología: inflamación crónica reagudizada). A los 3 meses desarrolla síndrome de cono medular de origen isquémico. Por extensión de la necrosis cutánea de pene y escroto, se procede a la escrotoplastía (Histología: necrosis hemorrágica de tipo isquémico con ausencia de proceso inflamatorio). Se deriva a nuestro Hospital con diagnóstico de gangrena de Fournier. Al ingreso: sarcopénico, hipoestesia en silla de montar con reflejos osteotendinosos normales. HIV, hepatitis B y VDRL: negativos. FAN, anti Ro/SSA, anti La/SSB, FR, ANCA, Crioglobulinas, Ac para SAF: negativos, hipocomplementemia. RMN columna dorsolumbar: lesión focal de pequeño tamaño en el sector dorsal y lateral izquierdo del cono medular, con señal hiperintensa en T2 y STIR a la altura del cuerpo vertebral T12. Ecocardiograma Doppler normal. Angio RMN de aorta y sus ramas y Eco Doppler venoso de miembros normal. Urología realiza nueva toilette quirúrgica de pene y escroto. Anatomía patológica: Inflamación aguda supurada. Necrosis focal. Trombosis de aisladas estructuras vasculares. Con sospecha de vasculitis sistémica no filiada se inicia tratamiento con meprednisona 60 mg/día. Progresan las lesiones necróticas en pene y escroto a pesar del tratamiento. Se decide realizar nueva toilette con toma quirúrgica de biopsia testicular. En los cortes histológicos se observa parénquima testicular. Fragmentos de tejido fibroadiposo con presencia de arterias de mediano calibre, algunas trombosadas, con fenómenos de recanalización y focos de hemorragia antigua, y otras con presencia de neutrófilos en el espesor de la pared y necrosis fibrinoide. Entre los vasos mencionados se reconoce infiltrado inflamatorio con numerosos neutrófilos, que en sectores forman focos supurados. Escroto: Dermis edematosa con numerosos focos de necrosis y hemorragia reciente, moderado infiltrado inflamatorio linfocitario y polimorfonuclear con focos de supuración, vasos dilatados y congestivos, algunos trombosados. El infiltrado inflamatorio rodea e invade focalmente algunas de las estructuras vasculares sin evidencia de necrosis fibrinoide. Testículo: Arteritis de vasos medianos. Presencia de infiltración neutrofílica y necrosis fibrinoide. Diagnóstico: Vasculitis de vasos medianos. Con diagnóstico definitivo de PAN sistémica (compromiso medular, cutáneo y urogenital), se agrega al tratamiento ciclofosfamida con buena evolución.
Conclusiones: En ocasiones el compromiso testicular se confunde con torsión testicular, orquitis aguda, neoplasias, infecciones y otras vasculitis como endarteritis obliterante o enfermedad de Buerger, retrasando el diagnóstico y tratamiento precoz. El diagnóstico definitivo es histológico. Como las lesiones vasculíticas suelen ser segmentarias, es importante considerar que un resultado negativo no excluye el diagnóstico. En el caso de nuestro paciente se requirieron 3 biopsias para la confirmación diagnóstica. Tanto el compromiso necrótico cutáneo genital como el síndrome isquémico medular agudo son manifestaciones inusuales como forma de presentación de la PAN sistémica. Esto y las reiteradas biopsias testiculares negativas retrasaron el diagnóstico en nuestro paciente. Remarcamos la importancia de la sospecha diagnóstica en estos casos y la búsqueda reiterada de la confirmación histológica para instaurar un tratamiento efectivo que evite la progresión y daño de la enfermedad.

56

0056 - PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. ANÁLISIS EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS
Unidad Temática 2: LABORATORIO

TISSERA, Yohana Soledad (1) SAVIO, Verónica Gabriela(1) QUAGLIA, Maria Isabel(1) ALBIERO, Juan Alejandro(2) MALDINI, Carla(2) NEME, Viviana(3) ALONSO, Carla Gimena(1) DEMARCHI, Marcela(3) GOBBI, Carla(4) ALBA, Paula Beatriz(2)
HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (1); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (2); HOSPITAL CORDOBA (3); HOSPITAL CÓRDOBA CÁTEDRA MEDICINA I UNC, ARGENTINA (4)

Introducción: Los pacientes con Artritis Psoriásica (APS) presentan un mayor riesgo que la población general de padecer Obesidad, Insulinorresistencia, Síndrome Metabólico (SMet), Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipidemia y Enfermedad Cardiovascular. El perfil lipídico en estos pacientes ha sido estudiado durante mucho tiempo, sin embargo, los resultados sobre esta asociación permanecen controversiales.
Objetivos: Evaluar la frecuencia de alteraciones en el perfil lipídico en pacientes con APS, y su posible asociación con la actividad de la enfermedad.
Materiales y Métodos: Estudio transversal, llevado a cabo en una clínica de Espondiloartritis. Se incluyeron pacientes con APS según criterios de CASPAR, evaluados consecutivamente desde Julio a Diciembre del 2019. Se analizaron características demográficas, comorbilidades y hábitos tóxicos. Se recopiló información de tratamiento, tiempo de evolución y tipo de compromiso articular en APS. Se recolectaron datos de altura, peso, perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante PASI, MDA y DAPSA. Las muestras sanguíneas fueron recolectadas en ayunas de 12 horas. Variables cuantitativas expresadas en mediana y 1er y 3er intercuartil; variables cualitativas expresadas en frecuencia y porcentaje.

Tabla 1.Indices de actividad	n=42 (%)
DAPSA	14,45 (9,72-23,92)
Remision: 0-4	3 (7,69%)
Baja actividad: 4 -14	16 (41%)
Moderada actividad: 14-28	17 (43,59%)
Alta actividad >28	3 (7,69%)
cDAPSA	14,00 (8,00-23,00)/41*
MDA	9 (25)/36
PASI	2,20 (0,20-6,80)/41*
*Expresado en mediana e intercuartiles	

Tabla 2 .Medianas de valores de laboratorio.	
Colesterol total (mg/dl)	194,5 (164,8-218,2)
HDL (mg/dl)	48,00 (37,00-57,00)
LDL (mg/dl)	114,5 (78,5-140,8)
TG (mg/dl)	139,50 (89,25-191,20)
Apo A (mg/dl)	165,5 (138,0-185,8)
Apo B (mg/dl)	99,50 (78,00-125,80)
Cociente Apo B/Apo A	0,63 (0,42-0,81)
Lipoproteína(a)	8,13 (4,58-23,82)

Resultados: Se evaluaron 42 pacientes, la mediana de edad fue de 56 años (47,25-62,75) predominando el sexo femenino (23, 54,76%). 39 (92,86%) presentaban Psoriasis en placa. El compromiso articular predominante fue periférico y poliarticular (36 pacientes, 87,8%), la mediana de tiempo evolutivo desde el diagnóstico fue de 17 meses (12-89). El 76% (31 pacientes) recibían Metotrexato y el 40% (18) biológicos. El 64,3% (27 pacientes) presentaban SMet , 52,8% (22) obesidad y el 45,24% (19) eran hipertensos, siendo el 19% (8) tabaquistas actuales y 30% (13) ex-tabaquistas. En la tabla 1 se expresan los índices de actividad de la enfermedad. En la tabla 2 se expresan medianas de valores de laboratorio hallados. En un 57% de los pacientes se encontró alteraciones del perfil lipídico, siendo la hipertrigliceridemia la alteración más frecuente (48%). No hubo correlación entre el Cociente Apo B/Apo A con DAPSA (rho=0,013; p=0.9396) ni con MDA (rho=-0,029; p=0.8671).
Conclusiones: A pesar que la mayoría de los pacientes presentan factores de riesgo cardiovasculares, en esta cohorte no se encontró relación entre el perfil lipídico y la actividad de la Artritis Psoriásica. Sin embargo, la presencia de hipertrigliceridemia fue un hallazgo característico de estos pacientes.

59

0059 - VASCULITIS REUMATOIDE, REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

PERTUZ REBOLLEDO, Maria Milena PERROTTA, Natalia Andrea LOPEZ, Maria Jose DUBINSKY, Diana
DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

Objetivos: La vasculitis reumatoide es un proceso inflamatorio infrecuente en pacientes con artritis reumatoidea (AR). La incidencia es 0.7 a 5.4% y la mortalidad a cinco años hasta 40%. Es la manifestación extraarticular más grave de AR. Ocurre con mayor frecuencia en hombres con AR seropositiva de larga data, nodular, erosiva, tabaquistas y cursa con mal pronóstico.
Resultados: Paciente masculino de 42 años, antecedentes de AR (doble seropositividad, tratamiento irregular desde 2011) y 2 episodios de gonorrea. Dos meses previos a la consulta, presentó artritis de rodilla y codo izquierdo, lesiones cutáneas pruriginosas en pulpejos de dedos, mano izquierda. Se interpretó como infección de piel y partes blandas, recibió amoxicilina clavulánico y por actividad de la enfermedad Metotrexate, Leflunomida y meprednisona 50 mg/día, sin mejoría. Evolucionó con cambio de coloración en pulpejo de los dedos y caída de pie izquierdo, evidenciándose necrosis en IFD de 1er y 4to dedo de mano izquierda y 2do dedo de mano derecha, en plan de inicio de prostaciclina EV. Por persistencia de síntomas, concurrió a nuestro hospital. Ingresó hipertenso (170/90 mmHg), con lesiones en pulpejo de los dedos (necrosis digital), pie izquierdo caído, disminución de la sensibilidad superficial y esclerosmalacia bilateral. Por secreción uretral, recibió azitromicina y ceftriaxona IM con resolución clínica (hisopados y cultivos negativos para gonococo). Artrocentesis de rodilla izquierda: No inflamatorio, cultivos negativos. Rx de manos: Erosiones en MCF bilateral, subluxación de 5to dedo y pinzamiento de MCF de mano izquierda. Doppler arterial de Miembro superiores: Brazo izquierdo abundantes placas fibrocálcicas, Arteria digital del pulgar con ausencia de flujo doppler, arteria cubital en tercio distal con dilatación y material ecogénico en su interior sin flujo doppler color en relación a trombosis. EMG: Mononeuropatía múltiple axonal sensitivo-motora aguda-subaguda. Biopsia de piel perilesional de dedos, compatible con dermatitis perivascular superficial. Ecocardiograma TT: Normal. Laboratorio: Crioglobulinas +, FR 380, ac anti CCP 159. FAN, MPO, PR3, Ro, La, HIV, HCV, HBV, Inhibidor lúpico: Negativos. C3 102, C4 18. Evolucionó con disminución de la fuerza e hipoestesia en dorso de pie derecho. Se interpretó como Vasculitis Reumatoidea con mononeuropatía periférica e isquemia digital. Recibió pulsos de metilprednisolona (3x500 mg/d), luego corticoides VO y ciclofosfamida 1gr EV, recuperando la fuerza y sensibilidad en el pie derecho, sin progresión de las lesiones necróticas. En plan de continuar ciclofosfamida por 6 meses.
Conclusiones: La vasculitis reumatoide es más frecuente en AR de larga evolución, aunque la aparición en los primeros 5 años del diagnóstico también ha sido informada. La presentación clínica es heterogénea, involucra vasos sanguíneos de cualquier tamaño, con afección de múltiples órganos; piel, sistema nervioso periférico, ojo y pericardio. El compromiso intestinal, pulmonar, renal y SNC son menos frecuentes y de peor pronóstico. No existen criterios diagnósticos validados. Scott y Bacon definieron vasculitis reumatoide sistémica a la presencia de una o más de las siguientes: mononeuritis múltiple o neuropatía periférica, gangrena periférica, biopsia de arteritis necrotizante del órgano afectado, excluyendo otras causas de dichas lesiones. El tratamiento es empírico, glucocorticoides orales (20-40 mg/día de prednisona) asociados a DMARDs en casos leves-moderados; y pulsos de metilprednisolona 1,5- 3gr EV, junto con ciclofosfamida, rituximab o un agente anti-TNF, en casos severos que incluya daño de múltiples órganos y/o sistemas. Esta patología sigue teniendo una morbi mortalidad elevada, a pesar del uso de drogas biologicas. Remarcamos la importancia de la identificación de signos y síntomas en forma temprana y la instauración del tratamiento precoz, asociados a una evolución favorable del compromiso clínico y calidad de vida.

61

0061 - VALORACIÓN DEL DISEASE ACTIVITY INDEX FOR REACTIVE ARTHRITIS (DAREA) Y DAREA MODIFICADO EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REACTIVA ARGENTINA-GUATEMALTECA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

BENEGAS, Mariana (1) OROZCO, Celeste(2) GIORGIS, Paula(2) SCHNEEBERGER, Emilce(2) BANDE, Juan Manuel(3) MEDINA, Alejandra(3) IRAHETA, Isa(4) AIROLDI, Carla(5) GIRARD BOSCH, Paula(6) SCARAFIA, Santiago(7) VELOZO, E(8) RILLO, Oscar(9) GUINSBURG, Mara(10) MARTIRE, Victoria(6)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (3); ASOCIACIÓN GUATEMALTECA ANTIENFERMEDADES REUMÁTICAS (4); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (5); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (6); HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN FERNANDO (7); SANATORIO Y UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA (8); HOSPITAL PIROVANO (9); HOSPITAL GLASSMAN (10); CONSULTORIO PARTICULAR (11); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (12); HOSPITAL POSADAS (13)

Introducción: La Artritis Reactiva (ARe) es una enfermedad articular inflamatoria, y al igual que en artritis reumatoidea o psoriásica, los índices compuestos son la herramienta más útil para medir actividad de la enfermedad. El DAREA es el único índice desarrollado para ARe, el cual requiere un recuento articular de 66/68 y PCR para su valoración, siendo esta última difícil de adquirir en nuestro medio. Por ello, desarrollamos un índice simplificado, DAREA modificado, (DAREAm) con menor recuento articular y ERS para su evaluación.
Objetivos: 1) Evaluar el DAREA y el DAREAm en una cohorte de pacientes con diagnóstico de ARe y artritis pos infecciosa 2) Valorar la correlación del DAREA y DAREAm con diversas variables clínicas, capacidad funcional y calidad de vida en una cohorte de pacientes con ARe
Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con ARe (Calin'79) y artritis pos infecciosa. Se recolectaron datos demográficos, dolor y actividad de la enfermedad por el paciente a través de una escala visual analógica (EVA) y una escala de 3 puntos, actividad de la enfermedad por el médico, rigidez matinal (RM) y fatiga por EVA. Se valoró capacidad funcional por HAQ y calidad de vida según EuroQol- 5 dimensiones (EQ-5D) y se calcularon los índices de actividad DAS28, DAREA Y DAREAm. Se realizó un análisis descriptivo y correlación con coeficiente de correlación de Spearman (rs).
Resultados: se incluyeron 57 pacientes, predominando el género masculino (56%), media de edad: 40 años (DE±14) y mediana de tiempo de evolución de 15 meses (RIC 2-45). El número de articulaciones dolorosas y tumefactas 66/68 mostró una mediana de 2 (RIC 0-3) y de 1 (RIC 1-2) respectivamente. La mediana de EVA dolor 43 (RIC 15-70), actividad de la enfermedad por el paciente 40 (RIC 20-60) y por el médico 40 (RIC 20-60), RM 10 (RIC 0-50) y fatiga 30 (RIC 0-80). La mediana de DAS28 3,6 (RIC 2,3-4,3), DAREA 7,4 (RIC 2,5-10,6), DAREAm 8,6 (RIC 4,6-12,7), HAQ 0.625 (RIC 0,125-1). Las dimensiones con mayor compromiso en el EQ-5D fueron: dolor/malestar (63%) y ansiedad/depresión (51%) y la mediana de EVA EQ-5D fue de 60 (RIC 32-80). El DAREA correlacionó con DAREAm (r=0,89; p<0,001), DAS28 (r=0,84; p <0,001), EVA médico (r=0,60; p<0,001), RM (r=0,50; p <0,001), HAQ (r=0,53; p<0,001), EVA fatiga (r=0,57; p<0,001) y las subescalas del EQ5D de movilidad (r=0,56; p<0,001), dolor malestar (r=0,49; p<0,001) y ansiedad/depresión (r=0,61; p<0,001). El DAREAm correlacionó con DAS28 (r=0,93; p <0,001), EVA médico (r=0,58; p<0,001), EVA fatiga (r=0,53; p<0,001), HAQ (r=0,51; p<0,001) y las subescalas de EQ5D: movilidad (r=0,64; p<0,001), Dolor/malestar (r=0,56; p<0,001) y ansiedad/depresión (r=0,66; p<0,001)
Conclusiones: Este es el primer estudio que mide índices de actividad en una cohorte de pacientes con ARe. El DAREAm demostró muy buena correlación tanto con DAREA como con DAS 28, siendo este un índice simplificado, alentamos su uso en la práctica diaria en la valoración de pacientes con ARe.

62

0062 - ¿CÓMO IMPACTA LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SOBRE LOS ÍNDICES COMPUESTOS DE ACTIVIDAD?

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ISNARDI, Carolina Ayelen(1) SCHNEEBERGER, Emilce Edith(1) CAPELUSNIK, Dafne(1) BAZZARELLI, Marcela(2) BARLOCO, Laura(2) BLANCO, Eliana(3) BENITEZ, Cristian A(3) LUJÁN BENAVIDEZ, Federico(3) SCARAFIA, Santiago(4) LÁZARO, María Alicia(4) PÉREZ ALAMINO, Rodolfo(5) COLOMBRES, Francisco(5) KOHAN, María Paula(6) SOSA, Julia(6) GONZALEZ LUCERO, Luciana(7) BARBAGLIA,, Ana Lucía(7) MALDONADO FICCO, Hernán(8) CITERA, Gustavo(1)
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (1); HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PETRONA V. DE CORDERO (2); HOSPITAL ARGERICH (3); INSTITUTO DE ASISTENCIA REUMATOLÓGICA INTEGRAL (4); HOSPITAL AVELLANEDA (5); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (6); HOSPITAL PADILLA (7); HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA- RÍO CUARTO (8)

Introducción: La depresión puede afectar hasta la mitad de los pacientes con artritis reumatoidea (AR). Su asociación con los índices compuestos de la actividad ha sido descripta previamente por varios autores.
Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la depresión sobre los diferentes componentes de los índices compuestos de la actividad de la AR.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes >=18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010. La actividad de la enfermedad fue evaluada mediante los índices DAS28-ERS, DAS28-PCR, SDAI y CDAI. Se administró el cuestionario PHQ-9 para valorar depresión. Se definió depresión mayor a un índice PHQ-9 >=10. Los valores de PHQ-9 de 5-9, 10-14, 15-19 y >20 determinaron la presencia de depresión leve, moderada, moderada/severa y severa, respectivamente. Análisis estadístico: Test T de Student, ANOVA y Chi2. Regresión logística múltiple.
Resultados: Se incluyeron 258 pacientes, 85.7% de sexo femenino con una edad mediana (m) de 54 años (RIC 45-62) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 9 años (RIC 3.6-16.7). La m del PHQ-9 fue 6 (RIC 2-12.3) y la prevalencia de depresión mayor fue 33.7%. Los pacientes con depresión mayor presentaron mayor número de articulaciones dolorosas y tumefactas (media 4.9±4.3 vs 2.3±3.7, p<0.0001 y 2.9±3.3 vs 1.7±3.4, p=0.009), más dolor (EVN [cm] media 5.6±2.7 vs 3.3±2.6, p<0.0001), mayor actividad global de la enfermedad según el paciente y el médico (EVN [cm] media 5.4±2.9 vs 3.1±2.5, p<0.0001 y 4.4±2.7 vs 2.4±2.4, p<0.0001) y valores más altos de PCR (media 1.7±3.3 vs 0.7±1.1 mg/dl, p=0.01). La actividad de la AR valorada mediante todos los índices compuestos también fue mayor en este grupo: DAS28-ERS (media 4.3±1.4 vs 3.3±1.3, p<0.0001), DAS28-PCR (media 3.9±1.4 vs 2.8±1.7, p<0.0001), SDAI (media 19.2±12.7 vs 10.3±10.1, p<0.0001) y CDAI (media 17.6±10.9 vs 9.6±9.9, p<0.0001). Mientras que 41 (15.9%) pacientes presentaban alta actividad por DAS28-ERS, solo 34 (13.2%) se encontraban en esta categoría según SDAI. En el análisis multivariado, evaluando la asociación entre depresión mayor y los diferentes componentes de DAS28-ERS, DAS28-PCR, SDAI y CDAI, la presencia de este trastorno del estado de ánimo se asoció de manera significativa con mayor actividad global de la enfermedad según el paciente en todos los índices (OR entre 1.02-1.03, IC95% 1.01-1.04, p<0.05). Además, se identificó una asociación significativa entre mayor número de articulaciones dolorosas en el caso de ambas versiones del DAS28 (OR 1.11, IC95% 1.02-1.21, p<0.05) y con la PCR (OR 1.3, IC95% 1.04-1.6, p<0.05).
Conclusiones: Los pacientes con depresión mostraron mayor actividad de la enfermedad. La presencia de depresión se asoció significativamente con los ítems subjetivos de los índices compuestos, particularmente la actividad global de la enfermedad valorada por el paciente. La PCR fue el único parámetro objetivo asociado significativamente con depresión.

64

0064 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL TEJIDO CONECTIVO E INFECCIÓN POR COVID19 EN LA ZONA DEL AMBA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

MEDINA, Gustavo BARRIOS, Celina PERROTTA, Natalia GARCIA CARRASCO, Marina DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLINICAS UBA

Objetivos: La inmunosupresión y la presencia de comorbilidades se asocian con un mayor riesgo de infección grave por SARS-CoV-2. Se desconoce cuál es la evolución en los pacientes con enfermedad autoinmune del tejido conectivo (EATC)
Objetivos: 1°Evaluar las características clínicas de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EATC en nuestro medio y compararlas con la población general. 2°Comparar características entre pacientes ambulatorios e internados.
Materiales y Métodos: Características de pacientes con EATC que tuvieron infección por COVID 19. Resultados s: número y porcentaje, media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico. Se compararon medias: t student o U de Mann Whitney y Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Nivel de significancia 5%. Se utilizó IBM SPSS.
Resultados: Se evaluaron 50 pacientes con EATC. 39 (78%) mujeres, edad media 48.2±13 años. Tiempo de evolución de las patologías mediana de 7.5 años (RIC 12 años). La evolución del cuadro infeccioso fue hacia la recuperación en 40/50 (80%) de los pacientes. Las EATC: Artritis reumatoide (AR) (34%), LES (28%), vasculitis (12%), esclerodermia (10%), artritis psoriásica (5%), síndrome antifosfolípido (5%), enfermedad de Still (3%) y artritis idiopática juvenil (2%). 36% utilizaban previamente medicación biológica, la mitad (51%) usaban anti TNF alfa (resto: rituximab, abatacept, tocilizumab y secukinumab). 10/18 (55,5%) la suspendieron. Los síntomas fueron fiebre (50%), disnea (40%), ageusia o anosmia (36%), cefalea (30%), tos(30%), astenia (24%). Las comorbilidades fueron hipertensión arterial (18%), diabetes (10%), hipotiroidismo (10%), dislipidemia (6%), insuficiencia renal crónica (6%). Requirieron internación 21 pacientes (42%). Estos en comparación con el grupo de pacientes ambulatorios, eran más añosos (edad media 54.3±13.6 vs 43.7±11.3, diferencia de medias 10.6 (IC95% 3.47 a 17.7), p=0.004). La prevalencia de esteroides no mostró diferencias entre ambos grupos. La dosis de los mismos fue mayor en los pacientes que se hospitalizaron (13.3 ±12 mg vs 8.9±8 mg) (U=57, p=0.159). Los pacientes con AR (n=15), en su mayoría (86.7%) no requirieron internación. El 68.4% de ellos usaban biológicos al momento de la infección por COVID19, de los cuales 6/13 (46,1%) no los suspenden, ninguno requiere internación y se recuperaron en un promedio de 15 días. Los pacientes con LES (n=11), se internaron el 45.5% vs 54.5% ambulatorios. No hubo diferencias entre pacientes que continuaron o no su medicación biológica con respecto a la necesidad de internación (p=0.3).
Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes eran de sexo femenino a diferencia de lo observado en la población general. Las comorbilidades y la edad fueron semejantes a la reportada en la Cohorte del Registro Argentino. Nuestros pacientes tenían principalmente AR y LES. La mitad de ellos utilizaban drogas biológicas, de los cuales más de la mitad las suspendieron luego de la infección por SARS-CoV2. La fiebre se presentó solo en la mitad de nuestros pacientes, lo que podría estar relacionado al inmunocompromiso. Menos de la mitad requirieron hospitalización: eran más añosos, tenían más frecuencia de IRC y dosis más alta de corticoides, que podría corresponder a una mayor actividad de EATC.Solo dos fallecieron: una tenía además una neoplasia en estadio avanzado y la otra una superposición de EATC. En comparación con la Cohorte del Registro Argentino, tuvieron una frecuencia similar en cuanto a los que requirieron UTI, pero nuestros pacientes requirieron más días de internación con una menor mortalidad.

68

0068 - INFARTO RENAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

YAHUITA MAYTA, Jimena Benicie PERROTTA, Natalia BERON, Ana DUBINSKY, Diana
DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA

Objetivos: Se presenta una paciente con infarto renal como primera manifestación clínica de Síndrome Antifosfolípido Primario (SAFp) por lo poco frecuente del caso.
Materiales y Métodos: El SAFp es un desorden trombofílico autoinmune y sistémico definido como la presencia de trombosis arterial y/o venosa. La prevalencia del compromiso renal oscila entre 9 a 10%. Clinicamente se presenta como hematuria, proteinuria, hipertensión arterial, infarto renal y nefropatía oclusiva de vasos pequeños (nefropatía asociada a SAF), incluso llegando a un compromiso renal terminal.
Resultados: Mujer de 46 años, diverticulosis colónica, tabaquista 10 paquetes/año, G1 P1. Consulta por un cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico de intensidad 6/10 con propagación a flanco derecho, de 24 hs de evolución, TA 145/80 mmhg, sin fiebre ni otros síntomas asociados. Al ingreso: dolor a la palpación de flanco izquierdo, con defensa, sin dolor a la descompresión, resto del examen físico normal. LDH 2291 UI/l, GOT 69 UI/l, GPT 131 UI/l, resto normal. Orina: Hemoglobina +, Hematíes 7-10 por campo, Leucocitos 0-1 por campo. Ecografía abdominal: normal. TAC de abdomen y pelvis con contraste EV: Riñón derecho con múltiples imágenes hipodensas de distribución multilobular, algunas en cuña, compatibles con infartos, resto normal. Se interpreta cuadro como abdomen agudo por infarto renal. Se reciben laboratorios previos a la internación: FAN 1/1280 homogéneo, aCL IgG, anti B2GLP1 e inhibidor lúpico positivos. Se inicia anticoagulación con HBPM por probable SAF y se realizan: Inmunoserología: FAN 1/160 homogéneo, Anti DNA, anti Ro/SSA, anti La/SSB, anti SM, anti CCP y Látex AR negativos, C3: 181, C4: 27, inhibidor lúpico positivo, aCL Ig G/M negativos, B2GP1 Ig G/M negativos, ANCA negativo. Sedimento urinario: PH 5, proteínas ++, leucocitos 10-15 por campo, hematíes campo cubierto isomórficos. Ecografía Doppler Renal: Riñones de forma y tamaño conservados, ecoestructura heterogénea difusa y quistes milimétricos en tercio superior de riñón izquierdo con ectasia calicial en grupo medio y superior. Doppler: Arteria Aorta calibre conservado con flujo trifásico conservado, Vmax 35cm/s. Arteria Renal derecha: permeable con Vmax valorable. Arteria Arcuata derecha: Índice de Resistencia 0.68 (VN 0.7). Índice renoaórtico normal, tiempo de aceleración normal. Arteria Renal Izquierda: Vmax no valorable. Arteria Arcuata Izquierda: IR 0.59 (VN 0.7). Ecocardiograma Doppler: Función ventricular izquierda conservada, FEY 63%, TAPSE 26 mmHg, insuficiencia tricuspídea leve con imposibilidad de medir PSAP, sin trombos intracavitarios, pericardio libre. Se interpreta cuadro como SAFp, se rota a acenocumarol, evoluciona favorablemente con resolución del dolor y sin nuevos eventos isquémicos por lo cual es dada de alta.
Conclusiones: El SAF debe considerarse en personas jovenes con manifestaciones trombóticas, sobre todo cuando se trata de eventos arteriales y se presenta en sitios poco frecuentes, como en el caso de un infarto renal. Actualmente, es indispensable la positividad de anticuerpos específicos (aCL, BGP1 e inhibidor lúpico) para orientar el diagnóstico de SAF según los criterios de Sapporo modificados 2006. Diferentes estudios complementarios han demostrado su utilidad para visualizar las alteraciones arteriales: ecografía renal con Doppler, TC abdominal, angioresonancia con gadolinio, la angiografía renal y la gammagrafía renal. El ultrasonido puede ser el primer método de detección, seguido de la TC o la resonancia magnética. Una vez detectado la presencia de anticuerpos específicos debe realizarse un exhaustivo screening a fin de caracterizar al SAF como primario, secundario o incluso un SAF Catastrófico, sin olvidar la Nefropatía por SAF. Es importante el diagnóstico y tratamiento temprano para evitar el deterioro y pérdida de la función renal, aumentando la morbimortalidad.

70

0070 - ¿CÓMO INFLUYE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DEL T2T EN LA PRÁCTICA DIARIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA?

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

FORNARO, Marina CERDA, Osvaldo Luis SCHNEEBERGER, Emilce Edith CITERA, Gustavo
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: El Treat to Target (T2T) es la estrategia emblemática en el manejo de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). Sin embargo, en muchas cohortes el cumplimiento de esta estrategia es bajo; esto puede ser adjudicado a factores dependientes tanto del paciente como del médico. La percepción del paciente juega un rol fundamental en el adecuado control de su enfermedad, aunque la misma no ha sido ampliamente estudiada.
Objetivos: Evaluar el cumplimiento del T2T en una cohorte de pacientes con AR y analizar la influencia de la percepción de la enfermedad por el paciente en alcanzar el blanco terapéutico.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional, en el cual se incluyeron pacientes consecutivos, ambulatorios >=18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, quienes fueron seguidos por su médico tratante, de acuerdo a la estrategia de T2T. Las evaluaciones se realizaron desde el basal, cada 3 meses hasta los 12 meses y consistieron en: recuento articular (28 dolorosas/inflamadas), evaluación global de la enfermedad por el médico y el paciente mediante escala visual numérica (EVN), reactantes de fase aguda (ERS y PCR) y capacidad funcional (HAQ-A). Además, en cada visita se calcularon los índices compuestos DAS28, CDAI y SDAI y los pacientes completaron el cuestionario breve de percepción de la enfermedad o Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ). Este cuestionario consiste en 9 ítems con una escala del 0 al 10; los primeros 8 evalúan: percepción cognitiva, aspectos emocionales y grado de comprensión de la enfermedad y el último ítem es abierto, ya que evalúa las 3 creencias más importantes según el paciente sobre las causas de la enfermedad, y las mismas se agruparon en categorías en base a la primera creencia reportada por el paciente. En cada una de las evaluaciones, se determinó si el blanco terapéutico era alcanzado y se consignaron los ajustes que se realizaron al tratamiento y las razones asociadas al no cumplimiento del T2T. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test Chi2, test T de Student y ANOVA con test de Levene.

Tabla 1 Asociación entre ítems del B-IPQ y alcanzar o no el objetivo terapéutico.

Ítems del B-IPQ	¿Alcanzó el objetivo terapéutico?					
	3 meses $\bar{X}$ (DS)		6 meses $\bar{X}$ (DS)		12 meses $\bar{X}$ (DS)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Consecuencias	3.8 (3)	5.7 (2.5) *	3.8 (2.8)	5.8 (2.7) *	3.7 (3)	6.2 (2.4) *
Percepción de síntomas	3.9 (2.7)	6 (2.4) *	4 (2.7)	6 (2.5) *	4 (2.9)	6.2 (2.2) *
Preocupación	5.1 (3.5)	7.5 (2.6) *	5.4 (3.4)	7.3 (2.7) *	5.3 (3.6)	7.6 (2.3) *
Respuesta emocional	4.7 (3.4)	6.9 (3) *	4.6 (3.2)	7 (3.1) *	4.5 (3.2)	7.3 (2.9) *

*ps0.001
B-IPQ= Brief Illness Perception Questionnaire; DS= Desvío estándar

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 86 de sexo femenino, con una edad mediana (m) de 50 años (RIC 24-79) y un tiempo m de evolución de 7 años (RIC 2-13). 91.9% de los pacientes tenían Factor Reumatoideo (FR) positivo y 71.2% anti-CCP positivo. Basalmente, los pacientes presentaban: DAS28 X 3.65 (±1.48), CDAI X 12.14 (±12.6) y HAQ-A X 0.76 (±0.57). El cumplimiento del T2T se observó en 77.6% a los 3 meses, 76.6% a los 6 meses y 71.8% a los 12 meses. El 48% de los pacientes lograron el objetivo terapéutico (29 en remisión y 18 en baja actividad) a los 3 meses, 54.3% (36 en remisión y 15 en baja actividad) a los 6 meses y 57% (36 en remisión y 17 en baja actividad) a los 12 meses, al resto de los pacientes se les tuvo que ajustar el tratamiento. La causa principal de la falta de cumplimiento del T2T (22.4%, 23.4% y 28.2%) a los 3, 6 y 12 meses, respectivamente, fue la falta de acceso a la medicación (73.1% a los 12 meses), seguido por decisión del paciente (26.9% a los 12 meses). En todas las visitas, no alcanzar el objetivo terapéutico (T2T) se asoció significativamente con niveles más altos de percepción de la enfermedad (Tabla 1).
Conclusiones: La falta de acceso al tratamiento fue la causa más frecuente en el incumplimiento de la estrategia T2T. No alcanzar el objetivo terapéutico se asoció con percepciones negativas de los pacientes sobre su enfermedad.

71

0071 - CORRELACIÓN EN LA LECTURA RADIOGRÁFICA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL ENTRE LECTORES CON DIFERENTES GRADOS DE EXPERIENCIA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: IMÁGENES/ECO/US/RM
Unidad Temática 2: ESPONDILOARTRITIS

GIORGIS, Pamela CAPELUSNIK, Dafne CARRIZO ABARZA, Virginia ISNARDI, Carolina ALFARO, María Agustina EZQUER, Roberto A SCHNEEBERGER, Emilce E ROSEMFFET, Marcos G CITERA, Gustavo
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: La articulación sacroilíaca (SI) es considerada una articulación de difícil interpretación mediante la radiografía simple debido a su complejidad anatómica y la gran variabilidad en la técnica radiográfica, lo que resulta en una baja correlación inter e intraobservador. Y además, a pesar de la inclusión de la resonancia magnética en los criterios de clasificación ASAS 2009 para Espondilostritis axial (EsPax), la radiografía de las SI continúa siendo el método inicial de estudio.
Objetivos: Evaluar la concordancia en la evaluación de sacroileítis en la radiografía simple entre lectores con diferente nivel de experiencia y comparar la misma con una posterior lectura utilizando como guía un atlas de referencia.
Materiales y Métodos: Se analizaron 20 radiografías convencionales panorámicas de pelvis de pacientes con EsPax según criterios de clasificación ASAS 2009. Inicialmente cuatro lectores (dos reumatólogos experimentados [DC y CI] y dos reumatólogos en formación [VCA y PG]) puntuaron las articulaciones sacroilíacas (SI) según el grado de sacroileítis de manera independiente. En la segunda etapa las radiografías fueron evaluadas nuevamente por los mismos lectores, utilizando como referencia una guía con imágenes de diferentes grados de compromiso de SI del manual del grupo ASAS. Análisis estadístico: Para evaluar la concordancia inter e intraobservador en las lecturas de las SI, y el acuerdo entre los lectores sobre el cumplimiento de los grados de sacroileítis según los criterios de Nueva York modificados (NYm) se utilizó coeficiente kappa de Cohen.

Tabla 1.Indices de actividad	n=42 (%)
DAPSA	14,45 (9,72-23,92)
Remision: 0-4	3 (7,69%)
Baja actividad: 4 -14	16 (41%)
Moderada actividad: 14-28	17 (43,59%)
Alta actividad >28	3 (7,69%)
cDAPSA	14,00 (8,00-23,00)/41*
MDA	9 (25)/36
PASI	2,20 (0,20-6,80)/41*
*Expresado en mediana e intercuartiles	

Resultados: La concordancia global inicial entre los lectores fue moderada (kappa 0.50) (tabla). La sacroileítis grado 1 fue la imagen con menor concordancia (kappa 0.13), seguida por la sacroileítis grado 2 (kappa 0.39). Grados más avanzados de lesión estructural presentaron mayor acuerdo, con muy buena concordancia en el caso de grado 3 (kappa 0.76) y excelente el grado 4 (kappa 0.92). En la segunda lectura, luego de la utilización del atlas como referencia, no mostró un cambio significativo en la concordancia global (kappa 0.46) (tabla) y tampoco en los grados de sacroileítis (kappa grado 1: 0.18, 2: 0.44, 3: 0.70 y 4: 0.95). Con el fin de determinar el impacto de la moderada concordancia en la lectura de SI, al comparar el acuerdo interobservador para al cumplimiento de los criterios NYm, la concordancia durante la primera lectura fue baja (kappa 0,29), sin embargo una leve mejoría fue observada con el uso del atlas de referencia (kappa 0,42). La concordancia intraobservador también fue moderada (kappa 0.52, 0.6, 0.42 y 0.57 para cada lector). Hubo un cambio en el número de pacientes clasificados como sacroileítis radiográfica en ambas lecturas: cada lector re categorizó como EsPax-nr entre 1 y 2 pacientes, mientras que 2 de ellos, re categorizaron como EsPax-r un paciente que previamente no cumplía con los criterios de NYm.
Conclusiones: La concordancia global de sacroileítis radiográfica entre los lectores fue moderada sin diferencias entre los experimentados y no experimentados y la misma no mejoró, aún utilizando un atlas de imágenes como guía en la lectura radiográfica.

72

0072 - EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MEDICA IMPLEMENTADAS DURANTE LA PANDEMIA COVID19 Y SU IMPACTO EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

GOMEZ, Ramiro Adrian BENITEZ, Cristian Alejandro PEON, Claudia MIRANDA, Hugo GAMBA, María Julieta
HOSPITAL POSADAS

Introducción: El SARS-COV2 puso en riesgo al sistema de salud a nivel mundial, relegando las enfermedades crónicas a un segundo plano. A partir del 20/03/2020 se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), cambiando el paradigma de atención. El uso de la tecnología se erigió como la herramienta para continuar con el seguimiento médico y exigió adaptarse a su uso.
Objetivos: Describir las estrategias implementadas en nuestra población durante la pandemia. Objetivo secundario: describir las características de nuestra población infectada por COVID19 y evaluar la continuidad del tratamiento.
Materiales y Métodos: Estudio transversal. Se registraron consultas consecutivas realizadas en Reumatología entre el 27/04/2020 y el 08/09/2020. Se consignó género y motivo de consulta (síntomas intolerables,realización de recetas/trámites, dificultad de acceder a un turno, no comprensión del ASPO y control evolutivo de la enfermedad). Se evaluó cómo surgió la consulta, diagnóstico y modalidad: teléfono, mail, teleconsulta, presencial o mediante familiar a cargo. El medico evaluó subjetivamente si la misma fue apropiada. Se identificaron pacientes con tratamiento biológico (DMARb) y se los contactó para evaluar la continuidad del mismo según cobertura médica. Se registraron síntomas de COVID19, necesidad de internación en Sala de Clínica Médica o Unidad de Terapia Intensiva (UTI), comorbilidades y muerte. Las variables numéricas se describieron con medidas centrales y de dispersión y las variables categóricas mediante frecuencia y porcentaje.
Resultados: Registramos 1509 consultas. El 82.6% (n=1243) fueron mujeres. El 72.4% (n=1093) de las consultas surgieron desde el paciente y 27.6% (n=416) desde el servicio. El 85.2% (n=1285) de las mismas fueron de pacientes con enfermedad autoinmune, siendo la más frecuente la Artritis Reumatoidea 51.8%, (n=781). Las consultas en este periodo fueron 77.3% (n=1167) No Presenciales: telefónico 67,9% (n= 793), mail 42.9% (n=501), familiar a cargo 5.6% (n=67), teleconsulta 0.8% (n=10). El médico consideró que 83.7% de ellas fueron adecuadas. Motivos de consulta: Control 49.7% (n=750); Recetas/trámites 45.3% (n=683), Síntomas Intolerables 31.5 % (n=476), Dificultad para conseguir turno 1.7% (n= 26), Síntomas de COVID19 0.7% (n=10), No comprensión y/o desestimación del ASPO 0.3% (n=4). Identificamos 142 pacientes en tratamiento DMARb. Se concretó contacto telefónico con 83,1% (n=118) los cuales tenían: PAMI 45.8% (n=54), Sin Cobertura de Salud 23,7% (n=28), PROFE 20.3 % (n=24); otras Obras Sociales (OOSS) 10.2% (n=12). Al contacto, el 59.3% (n=70) estaban recibiendo su tratamiento DMARb: PAMI 87,03% (n=47), otras OOSS 50%(n=6), Sin Cobertura 46,4% (n=13), PROFE 16.7% (n=4). El 40.6% (n=48) no estaba recibiendo su tratamiento. El 73%(n=35) se adjudicó a causas ajenas al ASPO. Se infectó el 0.93% (n=14), mediana de edad 49.6 años (RIC 46.5-60.2), 85.7% (n= 12) mujeres, síntomas: Fiebre 71.4% (n=10), Tos 50% (n=7), Astenia 28.6% (n=4), Insuficiencia respiratoria 14.3% (n=2), Cefalea, Odinofagia, Anosmia, Disgeusia, Diarrea 7.1% (n=1). El 57.1% (n=8) se internó en sala general de Clínica Médica y 7.1% (n=1) en UTI. Hubo un fallecimiento. El 92.8% (n=13) se asoció a: Inmunosupresión 57.1% (n=8); HTA 35.7% (n=5),edad >60 años 28.5% (n=4); y Diabetes 14.3% (n= 2). El 14.2% (n=2) de los infectados se encontraba en tratamiento DMARb.
Conclusiones: Se observó amplia aceptación de las estrategias propuestas, con desplazamiento de la atención presencial a no presencial. La herramienta mas utilizada fue la telefónica . A diferencia de lo observado en el período previo, encontramos mayor comprensión y adhesión al ASPO. La consulta por patología no autoinmune disminuyó comparado con los registros históricos del servicio, manteniendo el total de consultas, producto del proceso de estratificación. Si bien la tarea administrativa continuó siendo un importante motivo de consulta, el control evolutivo de la enfermedad cobró importancia. La estrategia activa de contactar pacientes con DMARb permitió identificar que la discontinuación del tratamiento fue frecuentemente por causas ajenas al ASPO.

73

0073 - DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO E IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES CREADAS DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

PEON, Claudia BENITEZ, Cristian Alejandro GOMEZ, Ramiro Adrian MIRANDA, Hugo GAMBA, María Julieta
HOSPITAL POSADAS

Introducción: En 2019 inició el brote de COVID-19, causado por SARS-COV-2. Su alta contagiosidad, afectó rápidamente a China y alcanzó status de pandemia en Marzo 2020. Ante la falta de tratamientos efectivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió recomendaciones para disminuir el contagio, dando especial importancia al aislamiento social. En nuestro país se dictó a partir del 20/03/2020 el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), a fin de disminuir la circulación comunitaria del virus y generando así la imposibilidad para nuestros pacientes de acceder de manera presencial al sistema de salud
Objetivos: Describir las características de las consultas de nuestros pacientes e identificar las necesidades creadas durante el periodo de las medidas del ASPO.
Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se confeccionó un registro digital de todos los pacientes con turno programado y/o consulta espontánea en nuestro servicio, entre 16/03/2020 y 27/04/2020. Se registró: sexo, edad, diagnóstico y presentismo. En aquellos que asistieron se evaluó: motivo de consulta (síntomas intolerables, recetas/trámites, control evolutivo de enfermedad, dificultad para conseguir turnos, turno programado, no comprensión de indicación de aislamiento, desestimación de necesidad de aislamiento) y presencia de síntomas compatibles con COVID (fiebre, tos, odinofagia, disnea, cefalea). Se registró diagnóstico de COVID19 y nexo epidemiológico. El médico evaluó subjetivamente si la consulta pudo haberse resuelto de manera no presencial. Las variables numéricas se describieron con sus medidas de posición central y dispersión y las categóricas mediante frecuencia y porcentaje.
Resultados: Registramos 731 pacientes consecutivos. El 86.5% (n=632) mujeres, edad mediana 54.7 años (RIC 46-75). El 92.5% (n=676) tenía turno programado. El presentismo fue 16.6% (n=121). Entre quienes acudieron, el diagnóstico más frecuente fue Artritis Reumatoidea (46.3%, n=56). La frecuencia de motivos de consulta fueron: realización de trámites o recetas 40.5% (n=49), dificultad para conseguir habitualmente turno 29.8% (n=36), no compresión de indicación de aislamiento 24.8% (n=30), síntomas intolerables 23.1% (n=28) y desestimación del ASPO 11.6% (n=14). Se consideró que el 72.7% de las consultas podrían haberse resuelto de forma no presencial. El 83.5% (n=101) tenían factores de riesgo para COVID19 grave: Enfermedad autoinmune 34.7% (n= 69), Inmunosupresión 28.1% (n=56), Edad >60 años 17.6% (n=35), Diabetes 6.5% (n=13), Enfermedad respiratoria 6% (n=12), Enfermedad cardiovascular 4% (n=8), Prednisona >20 mg/dia 2.5% (n=5) y Obesidad 0.5 %(n=1). El 99% de los pacientes no presentó nexo epidemiológico y 95% no presentó síntomas de infección. Se registró 2,5% (n=3) de tos y 2,5% (n=3) de odinofagia pero ningún paciente reunió criterios de caso sospechoso.
Conclusiones: Observamos adhesión mayoritaria al ASPO. El motivo más frecuente de consulta en esta etapa fue realización de recetas y trámites, que podría haberse resuelto de forma no presencial. Casi un tercio de quienes concurrieron manifestaron no haber comprendido la indicación de ASPO o haber desestimado la misma lo cual podria deberse a una falla en la estrategia de comunicación. En este lapso no registramos casos de COVID-19 ni nexo epidemiológico, pero hallamos alta frecuencia de factores de riesgo para COVID-19 grave. Ya que la mayor demanda detectada durante este lapso fue de índole administrativo (recetas/trámites), se plantearon estrategias virtuales para resolverla.

75

0075 - FACTORES ASOCIADOS AL USO DE FARMACOS ANTIREUMATICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REACTIVA ARGENTINA-GUATEMALTECA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

BENEGAS, Mariana(1) OROZCO, Celeste(2) GIORGIS, Pamela(2) SCHNEEBERGER, Emilce(2) BANDE, Juan Manuel(3) MEDINA, Alejandra(3) IRAHETA, Isa(4) AIROLDI, Carla(5) GIRARD BOSCH, Paula(6) SCARAFIA, Santiago(7) VELOZO, Enzo(8) RILLO, Oscar(9) GUINSBURG, Mara(10) MARTIRE, Victoria(6)
HOSPITAL JULIO MENDEZ (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ (3); ASOCIACIÓN GUATEMALTECA ANTIENFERMEDADES REUMÁTICAS (4); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (5); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (6); HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN FERNANDO (7); SANATORIO Y UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA (8); HOSPITAL DE AGUDOS IGNACIO PIROVANO (9); HOSPITAL GLASSMAN (10); CONSULTORIO PARTICULAR (11); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (12); HOSPITAL POSADAS (13)

Introducción: Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) han demostrado eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoidea, siendo el tratamiento de primera elección. Según las guías europeas, en Artritis Reactiva (ARe) están indicados ante persistencia de síntomas en mas de 3 meses o daño articular erosivo.
Objetivos: 1) Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de ARe y artritis pos-infecciosa 2) Evaluar los factores asociados al uso de FARME en una cohorte de pacientes con diagnóstico de ARe y artritis pos-infecciosa
Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de ambos géneros, mayores de18 años, con ARe (Calin'79) y artritis pos-infecciosa. Se recolectaron datos demográficos, dolor y actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico, rigidez matinal (RM) y fatiga a través de una escala visual analógica (EVA). Se valoró capacidad funcional por HAQ y calidad de vida según EuroQol- 5 dimensiones (EQ-5D) y los índices de actividad DAS28, DAREA Y DAREAm. Se recolectaron datos del tratamiento recibido. Análisis estadístico: estadística descriptiva y para evaluar asociación se utilizó chi2 o test de Mann-Whitney
Resultados: se incluyeron 57 pacientes, la mayoría de origen urogenital (63%) y gastrointestinal (17%). En el 48% hubo rescate de germen, Chlamydia trachomatis (14%) y Ureaplasma urealyticum (12,5%). El 71,7% recibieron tratamiento antibiótico con una mediana de 14 días (RIC 7-14), siendo la ciprofloxacina el mas usado (15%). Predominó el género masculino (56%), media de edad: 40 años (DE±14) y mediana de tiempo de evolución de 15 meses (RIC 2-45).La mayoría presentaron compromiso oligoarticular (53%), asimétrico (74%) a predominio de miembros inferiores (54%) y sólo el 20% fue erosivo. El compromiso axial el 35%, las manifestaciones extra articulares el 24% y el 44% HLA B27 +. La mediana de DAS28 3,6 (RIC 2,3-4,3), DAREA 7,4 (RIC 2,5-10,6), DAREAm 8,6 (RIC 4,6-12,7), HAQ 0.625 (RIC 0,125-1). En el EQ-5D: dolor/malestar (63%) y ansiedad/depresión (51%) y la mediana de EVA de 60 (RIC 32-80). El 90 % recibieron AINES, 39 % corticoide, 48% FARME, siendo los más utilizados sulfasalazina y metotrexato en 37 y 19% respectivamente y los ANTI TNF sólo en el 9%. Cuando se evaluaron los distintos factores asociados al uso de FARME, se observó que estos pacientes tenían significativamente más tiempo de evolución (p 0,007), mayor valor de ERS (p 0,007) y PCR (p 0,009), así como mayor actividad de la enfermedad: DAREA (p 0,023), DAREAm (p 0,029) y DAS28 (p 0,014). Así mismo encontramos en este grupo menor capacidad funcional HAQ (p 0,028) y mayor índice de MASSES (p 0,04).
Conclusiones: en nuestra cohorte se observó que un 48% de nuestros pacientes recibieron tratamiento con FARME y su uso se asoció significativamente con mayor tiempo de evolución, actividad de la enfermedad, compromiso de entesis y peor capacidad funcional.

76

0076 - FRECUENCIA, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES NEFRITIS LUPICA REFRACTARIA EN ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

GARCIA, Lucila (1) SORIA CURI, Yessika(2) COSENTINO, Maximo(1) RUTA, Santiago(1) VELLOSO, Sofia(1) MARTIRE, Victoria(1) SARAVIA, Natali(3) COSATTI, Micaela(4) TOLEDO, Virginia(4) PISONI, Cecilia(4) GARCIA, Mercedes(1)
HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); HOSPITAL PADILLA (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (3); CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (4)

Introducción: La Nefritis Lúpica (NL) ocurre en un 30-50% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y es la principal causa de morbi-mortalidad. Entre el 20- 70% de los pacientes con NL son refractarios al tratamiento inmunosupresor estándar. Existen distintas opciones terapéuticas en caso de refractariedad.
Objetivos: Analizar la frecuencia de NL refractaria y describir la segunda línea de tratamiento utilizada y su evolución.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cuatro centros integrantes del GESAR LES. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con LES y compromiso renal. Se determino el tratamiento de inducción de primera línea: pulsos de metilprednisolona, Micofenolato Mofetil/Sódico (MMF/MS) y/o Ciclofosfamida (CFM). Se definió NL Refractaria a aquellos pacientes que no lograron respuesta parcial luego de 6-12 meses de tratamiento o el tiempo que el médico tratante haya considerado en cada caso en particular. Al inicio de la segunda linea de tratamiento y posteriormente a los 6 y 12 meses, se evaluó indice de actividad (SLEDAI), utilización de hidroxicloroquina, dosis de glucocorticoides, indice de daño (SLICC) y laboratorio.

	Pacientes Refractarios N: 14 (%)	Respuesta Completa N (%)	Respuesta Parcial N (%)	No respuesta N (%)	Requerimiento de diálisis N (%)
MMF/MS + ICN	5/14 (35.7)	1/5 (20)	1/5 (20)	3/5 (60)	-
Extensivo con CFM	5/14 (35.7)	1/5 (20)	4/5 (80)	-	-
RTX monoterapia	2/14 (14.2)	-	2/2 (100)	-	-
RTX + MMF/MS	1/14 (7.1)	-	-	1/1 (100)	1/1 (100)
RTX + CFM	1/14 (7.1)	-	1/1 (100)	-	-

Resultados: Se analizaron 98 pacientes con Nefritis Lúpica. Un 14.2% de los casos (14/98) fueron considerados refractarios al tratamiento de primera línea con MMF/MS (5 pacientes) o CFM (9 pacientes) según su médico tratante. Como tratamiento de 2da línea se optó por MMF/MS más ICN en 5 pacientes (33.3%), tratamiento extensivo con CFM en 5 (33.3%), rituximab en monoterapia en 2 (13.3%) y rituximab combinado con MMF/MS o CFM en 1 paciente (6.6%), respectivamente. Al momento de iniciar la segunda línea de tratamiento, nueve pacientes (64.2%) se encontraban en tratamiento con hidroxicloroquina, el promedio de SLEDAI fue de 14.5 puntos (DE: 6), con descenso a los 6 y 12 meses, a 8 (DE:4.7, p= 0.01) y 3.9 (DE: 3.3, p= 0.0001), respectivamente. La dosis de prednisona utilizada al inicio y luego de 6 y 12 meses fue de 27.6 mg/día (DE: 14.9), 12 mg/día (DE: 6.1, p= 0.004) y 5 mg/día (DE: 4.4, p= 0.0001), respectivamente. Un 91.6% de los pacientes presentaban valores de la fracción C3 del complemento bajos al inicio de la segunda línea de tratamiento de la NL, descendiendo a 70% a los 6 meses (p= 0.18) y a 45.4% a los 12 meses (p= 0.01). Un 77.7% de los casos presentaron anticuerpos anti-DNAdc positivos al inicio del tratamiento de segunda línea con tendencia a la negativización a los 6 y 12 meses (44.4%, p= 0.14, y 30%, p= 0.03, respectivamente). Un 83.3% de los pacientes presentó sedimento urinario activo durante el inicio de la terapéutica alternativa a la NL refractaria, descendiendo a 77.7% a los 6 meses (p= 0.74) y a 36.3% al año (p= 0.02). El promedio de proteinuria al comenzar con la segunda línea de tratamiento fue de 3.9 gr/día, descendiendo a los 6 meses a 1.9 gr/día (p= 0.003) hasta llegar a 1.6 gr/día al año de seguimiento (p= 0.003). Hubo un aumento del clearence de creatinina de 68.7 ml/min, 75.4 ml/min (p= 0.55) y 78.8 (p= 0.45) ml/min a al mes cero, 6 y 12, respectivamente. En la tabla 3 se describen los tratamientos utilizados como segunda línea, su respuesta en pacientes con NL refractaria y requerimiento de diálisis.
Conclusiones: La frecuencia de NL refractaria fue del 14.2%. Los tratamientos utilizados fueron la asociación de MMF/MS e ICN, extensión del tratamiento con CFM o RTX monoterapia o asociado. Solo cuatro pacientes no respondieron a la segunda línea de tratamiento y un paciente ingresó a diálisis y otro se encuentra en etapa pre-dialítica.

77

0077 - DEMORA EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO O SINTÉTICO DIRIGIDO Y MOTIVOS ASOCIADOS A LA MISMA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

PAPASIDERO, Silvia Beatriz MEDINA, M BANDE, J CARACCIOLO, J KLAJN, D
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

Introducción: El objetivo del tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) es lograr la remisión o baja actividad de la enfermedad, para evitar el daño y el deterioro funcional. A veces, para alcanzarlo, es necesario el uso de agentes biológicos (DMARb) o sintético dirigidos (DMARsd). El tiempo desde su indicación hasta que el paciente lo inicia es muy variable y, en el hospital público, son múltiples los inconvenientes para acceder a los mismos.
Objetivos: Describir el tiempo de demora, entre la indicación de una DMARb o DMARsd y la administración de la primera dosis, así como los motivos asociados.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con AR, seguidos en el servicio de reumatología de un hospital público, a quienes se les indicó una DMARb o DMARsd. Se excluyeron si los recibían por un estudio de investigación o por la indicación en otro centro. Se registraron al momento de decidir dicha conducta terapéutica: datos sociodemográficos y características clínicas. Respecto de la indicación de DMARb o DMARsd se consignó: fecha, motivo, droga indicada, fecha en que el paciente recibió la primera dosis y motivo de la demora. Se realizó el análisis descriptivo de las variables. Se comparó el tiempo de demora hasta el inicio del tratamiento entre grupos definidos por características sociodemográficas, con prueba T de Student, ANOVA, prueba de Mann-Witney o de Kruskall-Wallis, chi2 o test exacto de Fisher, según corresponda.
Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, edad media: 52,5 (±11,60) años, 93% mujeres y 58% residentes en la Provincia de Buenos Aires (Bs. As.). El 27% (17/66) presentaba estudios secundarios completos y/o terciarios, 64% (58/91) tenía cobertura de salud y 92% (61/66) certificado de discapacidad. En el momento de la indicación de la DMARb o DMARsd: la mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 66,5 meses (RIC 32-120); 80% erosiva; 96% FR+ y 92% ACPA+. Mediana de DAS28: 5,19 (RIC 4,47-6,05), 56% con alta actividad y 39% moderada. La mediana del HAQ-A fue de 1,63 (RIC 1-2,1).
Tratamiento: 87% recibía corticoide; 81% AINES; 92% DMARsc: 71% metotrexate, 45% leflunomida y 39% combinado. El agente indicado con mayor frecuencia fue etanercept (32%) seguido de adalimumab (24%). El principal determinante para un cambio en la conducta terapéutica fue la falta de respuesta a DMARDsc (75%). La mediana de demora desde la indicación hasta que el paciente recibió la primera dosis fue de 240 días (RIC 113-504). El principal motivo de retraso fue de índole burocrática (47%) y en el 37% fue por múltiples causas. Al analizar los factores asociados al retraso del inicio del tratamiento, observamos que los pacientes con bajo nivel de actividad de la enfermedad obtuvieron la medicación en menor tiempo: media de 113 días (242 días con actividad moderada o 332 días con alta actividad, p= 0,01). En quienes la demora fue por causas burocráticas, se constató menor nivel de educación (60% versus 17% con educación superior, p= 0,002) y residencia en Bs As (58% versus 31% con residencia en CABA, p= 0,006).
Conclusiones: La mediana en la demora para el inicio de DMARb o DMARsd en los pacientes de un servicio de reumatología en un hospital público fue de 240 días. La principal causa para su indicación fue la falta de respuesta a DMARDsc. El motivo principal para el retraso en el inicio del tratamiento fue de índole burocrática, evidenciándose la misma con mayor frecuencia en aquellos con menor nivel educativo y en los residentes en la provincia de Bs As. La sumatoria de estos dos factores podría ser indicadora de mayor vulnerabilidad, constituyendo ésta la población que precisa más asesoramiento, acompañamiento y asistencia social.

78

0078 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE ARGENTINA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN

A**RIZPE, Fernando**(1) RASCHIA, Alan Juan(1) MARTIRE, María Victoria(1) AGUILA MALDONADO, Rodrigo Alejandro(1) TESTI, Adriana Carina(1) COSTI, Ana Carolina(1) ALASCIO, Lucia(2) CASTRILLÓN BUSTAMANTE, Diana Marcela(3) CAMPOS CORTEZ, Olga Patricia(3) GARCIA, Mercedes Argentina(1) SECCO, Anastasia(3)
HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (2); HOSPITAL RIVADAVIA (3)

Introducción: Los eventos cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes, y se asocian a la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). No hay datos en Argentina sobre la prevalencia de FRCV en pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp).
Objetivos: Evaluar si los pacientes con diagnóstico de SSp presentan mayor prevalencia de FRCV y mayor riesgo cardiovascular (CV) en comparación con controles sanos, y analizar si existen factores asociados a mayor riesgo CV en estos pacientes.

Características	SSp (n = 50)	Controles (n = 50)	Valor p
Sexo femenino n (%)	47 (94)	44 (88)	0.29
Edad (años) m (DE)	54,3 (± 12)	54,2 (± 14)	0.9
Escolaridad (años) m (c25-75)	8,5 (7 - 12)	12 (7 - 12)	0.07
Etnia mestiza n (%)	37 (74)	42 (84)	0.3
Obra social n (%)	18 (36)	22 (44)	0.3
Hipertensión arterial n (%)	12 (24)	16 (32)	0.5
Obesidad n (%)	11 (22)	6 (12)	0.2
Tabaquismo n (%)	7 (14)	9 (18)	0.6
Diabetes Mellitus tipo 2 n (%)	1 (2)	3 (16)	0.3
Hipercolesterolemia n (%)	18 (36)	23 (46)	0.3
HDL-C disminuido n (%)	10 (20)	6 (12)	0.3
LDL-C aumentado n (%)	17 (34)	27 (54)	0.04
Hipertriglyceridemia n (%)	7 (14)	10 (20)	0.4
Antecedentes familiares n (%)	5 (10)	1 (2)	0.09
FRS m (c25-75)	1,6 (0,55 - 4)	3 (1,5 - 3)	0.3
RRS m (c25-75)	1 (1 - 3)	2 (1 - 4)	0.22

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y de corte transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SSp según criterios de clasificación ACR/EULAR 2016, e individuos de similar edad y sexo sin enfermedades autoinmunes como controles en relación 1:1. Se consignaron datos sociodemográficos, la presencia de FRCV, así como las manifestaciones clínicas y la actividad y daño acumulado de la enfermedad medido por ESSDAI y SSDDI respectivamente. Se comparó la presencia de FRCV y los scores de riesgo CV Framingham (FRS) y Reynolds (RRS) entre los casos y controles, utilizando T-test o Mann-Whitney, y test de Fisher según el tipo de variable y distribución. Se analizaron las características clínicas para identificar aquellas asociadas a mayor riesgo CV, según categorías de riesgo del FRS (>20%, 6-20%, <=5%), utilizando X^2 o ANOVA. Posteriormente se hizo un análisis de regresión lineal; de no cumplirse el supuesto de linealidad y/o homoscedasticidad del modelo, se realizó transformación de variables o regresión robusta, según correspondiera.

Table 2. Características clínicas según categorías de riesgo del score FRS

	Total	>20%	6-20%	≤5%	p
Sexo femenino n (%)	47 (94)	1 (2)	8 (17)	38 (81)	0.7
Edad (años) m (DE)	54,3 (±12)	79	63,7 (±7,6)	51,6 (±12)	**0.02**
Escolaridad (años) m (C25-75)	8,5 (7-12)	3	7,2 (5-9)	9,5 (8-10)	**0.03**
Etnia mestiza n (%)	37 (74)	0	6 (18)	31 (84)	0.39
Duración de la enfermedad (a) m (DE)	6,6 (±7,8)	0	12,6 (±12)	5,3 (±5)	**0.03**
Artritis n (%)	13 (26)	0	2 (15)	11 (85)	0.76
Purpura palpable n (%)	3 (6)	0	0	3 (100)	0.67
Parotiditis n (%)	6 (12)	0	3 (50)	3 (50)	0.09
EPI n (%)	10 (20)	0	1 (10)	9 (90)	0.65
Glomerulonefritis n (%)	2 (4)	0	2 (100)	0	**0.009**
Anemia n (%)	9 (18)	0	0	9 (100)	0.25
Leucopenia n (%)	7 (14)	0	2 (29)	5 (71)	0.69
Insuficiencia renal n (%)	2 (4)	0	2 (100)	0	**0.009**
Hipergammaglobulinemia n (%)	18 (36)	0	7 (39)	11 (61)	**0.01**
Hipocomplementemia n (%)	8 (16)	0	1 (12)	7 (88)	0.81
PCR elevada n (%)	13 (26)	1 (8)	1 (8)	11 (84)	0.14
FAN + n (%)	46 (92)	0	9 (20)	37 (80)	**0.002**
Anti-Ro + n (%)	43 (86)	0	7 (16)	36 (84)	**0.02**
Anti-La + n (%)	26 (52)	0	4 (15)	22 (85)	0.48
Crioglobulinemia + n (%)	3 (6)	0	0	3 (100)	0.67
Uso de corticoides n (%)	20 (40)	0	3 (15)	17 (85)	0.62
Uso de hidroxicloroquina n (%)	32 (64)	0	5 (16)	27 (84)	0.322

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de SSp. El 94% de los pacientes fueron de sexo femenino (47/50), con una edad media de 54,3 años (± 12), y el 74% de etnia mestiza. El 92% de los pacientes tenía ANA + y 86% anti-Ro/SSA +. La duración de la enfermedad fue de 6,6 años (± 7,8). Tuvieron un ESSDAI de 3,21 (± 4,27), y un SSDDI de 1,52 (± 0,98). En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con SSp y los controles. En general, no hubo diferencias en cuanto a los FRCV tradicionales y los scores de riesgo entre ambos grupos. En la tabla 2 se resumen las características clínicas de los pacientes con SSp según categorías de riesgo del score FRS. En el análisis multivariado de regresión robusta, las únicas variables que se mantuvieron asociadas a un mayor riesgo CV fueron la escolaridad (ß = -0,31; IC95 -0,51 – -0,11; p=0,002) y la insuficiencia renal (ß = 8; IC95 4,6 – 11; p<0,001).
Conclusiones: En este estudio de una cohorte argentina de pacientes con SSp no hallamos diferencias en la prevalencia de FRCV, o el riesgo CV medido por FRS y RRS con respecto al grupo control. La menor escolaridad y el compromiso renal fueron los principales factores asociados a mayor riesgo. Consideramos de interés continuar investigando si los pacientes con SSp presentan un mayor riesgo CV.

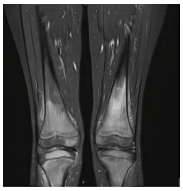
79

0079 - OSTEOMIELITIS CRÓNICA NO BACTERIANA: ¿PRIMER EPISODIO DE UN CUADRO RECURRENTE?

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

LIFSCHITZ, Daiana | BRUSCO, Maria Isabel | CARRILLO, Marina | KLAPPENBACH, Hector | BENINI, Marina | CAO, Gabriel

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE



Introducción: La Osteomielitis crónica no bacteriana (CNO), es una enfermedad autoinflamatoria ósea que afecta predominantemente niños y adolescentes. Puede presentarse de forma esporádica, leve, limitada y monofocal o como la variante severa, multifocal y recurrente, conocida como Osteomielitis crónica multifocal recurrente (CRMO). Se caracteriza por dolor óseo, con o sin síntomas sistémicos, y hasta un 40% pueden desarrollar artritis. Los sitios más afectados son las metáfisis de los huesos largos, pelvis, columna vertebral y clavícula. El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética corporal total (RMN), y la biopsia ósea suele utilizarse para excluir diagnósticos diferenciales.
Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con Osteomielitis crónica no bacteriana
Materiales y Métodos: Paciente varón de 8 años, previamente sano, que consulta por artralgias en rodillas y codos de 4 meses de evolución, a predominio nocturno, asociado a pérdida de peso, astenia, debilidad y fiebre inicial intermitente. Se lo valora en regular estado general, con palidez generalizada, debilidad en miembros inferiores e hipotrofia de ambos cuádriceps. Laboratorio: anemia (hemoglobina 8.8 g/dl), hiperplaquetosis (735.000 plaquetas), aumento de eritrosedimentación (83 mm/hora) y proteína c reactiva (102 mg/l) con resto de parámetros normales. Se solicitan radiografías de huesos largos de miembros inferiores, donde se observan bandas metafisarias radiolúcidas. Con el objetivo de descartar etiología infecciosa, oncohematológica, o neurológica, se realiza: prueba de tuberculina negativa, frotis de sangre periférica y punción aspiración de médula ósea, ecografía abdominal, valoración por neurología y ecocardiograma, todos dentro de parámetros normales. Continúa su estudio con centellograma corporal total: perfusión aumentada en codo derecho, rodilla izquierda y tobillo derecho, con concentración anormal del trazado en región distal de húmero derecho, fisis distal de fémur izquierdo, y región distal de tibia derecha, compatible con patología inflamatoria o infecciosa. Se solicita RMN con y sin gadolinio de las regiones afectadas: edema óseo y de partes blandas adyacente en fémures distales, región proximal y distal de ambas tibias, segunda cuña derecha, primera cuña izquierda, húmero distal, radio y cubito proximal derechos, compatible con osteomielitis multifocal aséptica. Junto a servicio de traumatología, se decide realizar biopsia ósea de tibia distal derecha, e ingresar muestras para cultivo de gérmenes comunes y micobacterias (negativos), y anatomía patológica que informa osteonecrosis. Con sospecha de CNO/CRMO, se plantea realizar estudio genómico aún pendiente. Se indica tratamiento con Naproxeno reglado, con mejoría del dolor y síntomas constitucionales.
Resultados: Luego de 7 meses de evolución y 1 mes y medio de tratamiento, el paciente está asintomático, recuperó su peso y normalizó todos los hallazgos de laboratorio. Se suspende el Naproxeno y continua control evolutivo.
Conclusiones: La CNO es una patología poco frecuente, con inicio insidioso de síntomas y pocos hallazgos al examen físico, por lo que suele haber demora en el diagnóstico de la misma. Tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias. Es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor musculo esquelético, para arribar a un diagnóstico precoz e inicio oportuno de tratamiento.

80

0080 - ARTRITIS REUMATOIDE: ACTIVIDAD, PREVALENCIA DE USO DE FARMACOS MODIFICADORES, PERSISTENCIA Y SOBREVIDA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO. RELACION CON LA COBERTURA DE SALUD

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

DÁVILA JURADO, Servio Antonio | MEDINA, Gustavo | PERROTTA, Natalia Andrea
HOSPITAL DE CLINICAS UBA

Introducción: La prevalencia de uso, persistencia y sobrevida de medicamentos de alto costo (MAC) y drogas modificadoras sintéticas (cDMAR) en artritis reumatoide (AR) condicionan la actividad y evolución de la enfermedad. Son escasos los estudios al respecto en nuestro medio.
Objetivos: Evaluar prevalencia de uso, persistencia y sobrevida de medicamentos y variables condicionantes. Evaluar actividad clínica de acuerdo a patrones de tratamiento.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. pacientes con AR atendidos entre el año 2017 y 2019 en un único centro. Se incluyeron variables demográficas, clínicas y patrones de tratamiento. Se realizó análisis estadístico de acuerdo al tipo de variable, estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: 277 pacientes. Media de consultas 4.9 (rango 2 a 20). Edad promedio 55.3±14 años. Mujeres 91%. Tiempo de evolución de la AR 10.2±9.8 años. Seropositivos 201/277, 72.6%. Erosiones 136/277, 56%. DAS28 promedio 3.2±1.3. Cobertura de salud (175/277,63%). De acuerdo al patrón de tratamiento se dividió la cohorte en tres grupos : Grupo 1: pacientes que nunca recibieron MAC, n=186(67.1%). Grupo 2: pacientes en tratamiento con MAC, n=68(24.5%). Grupo 3: pacientes recibieron MAC y los discontinuaron por cualquier motivo, n=23(8.3%), falta de provisión (52%). DAS28 grupos 1 y 2 (3.15±0.1 vs 3.04±0.1, p=NS), Grupo 3, 4.21±0.3 (p=0.002). Remisión/baja actividad 42%/22% Grupo1, 46%/21% Grupo2, 12%/18% Grupo3. Cobertura 80.9% (Grupo 2), 58.6% (Grupo1) y 47.8% (Grupo 3)p=0.001. Entre los pacientes con actividad baja y moderada no hubo diferencias de medias para la velocidad de sedimentación globular (5.74 IC95% 4.72-16.22) y VAS del paciente (9.31 IC95% 3.16-21.78,)p=NS, y si para el número de articulaciones dolorosas (2.12 IC95% 0.9-3.34, p=0.000) o inflamadas (1.49 IC95% 0.15-2.83, p=0.02). Hubo mayor prevalencia de uso de esteroides en los grupos 1 y 3 (46% y 48%) que grupo 2 (29%), p=0.032. Dosis media similar en los tres grupos (7.2, 6.7 y 6.7 mg diarios). La prevalencia de uso de MTX como único cDMAR fue de 56% Grupo 1 y 2, y 39% Grupo 3 ,p=0.01. En el Grupo 2, el 29% usaba MAC monoterapia. Prevalencia de uso de MAC 32.8% (91/277). Tendencia a la mayor prescripción de MAC en cobertura de salud (38% vs 25%, p=ns). No anti TNF alfa (47/91, 52%) vs anti TNF alfa (44/91, 48%). 70% de MAC eran 1° línea y de ellos, 40/64 (62.5%) eran anti TNF. MAC1línea:La persistencia de acuerdo a la presencia o no de cobertura de salud fue mayor para los primeros en los distintos puntos de corte (88% vs 69% a los 24 meses). La supervivencia media fue de 85.5±9.1 meses (IC95%68.5-104.4). La supervivencia de acuerdo a la presencia o no de cobertura de salud 89.8±9 (IC95% 72.1-107.4) vs 68.4±13.8 (IC95% 41.3-95.5) p=0.061. La falta de cobertura (OR 4.31 IC95%, 1.27-14.56,p=0.019) y la edad al diagnóstico de la AR (OR 1.071 IC95% 1.008-1.137, p=0.026) se asociaron con la discontinuación de MAC.

	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses
Sin cobertura (N=18)	88%	76%	69%	55%
Con cobertura (N=46)	95%	92%	88%	82%

Conclusiones: El metotrexato en monoterapia fue el cDMAR más utilizado. Pacientes con MAC activos tenían el menor porcentaje de uso de esteroides. La persistencia de MAC fue mayor en pacientes con cobertura de salud y también se relacionó a la edad de inicio de la enfermedad. La supervivencia promedio de MAC 1° opción fue de 7.5 años contra 5.4 con o sin cobertura respectivamente.

81

0081 - EVALUACIÓN DEL SCORE DE AGAPSS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE TROMBOSIS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

NIETO, Romina Estefanía(1) PORTA, Sabrina(2) SERRANO, Rosa(1) ROBERTS, Karen(3) LEMA, Luis(4) MALDINI, Carla(4) SAVIO, Veronica(5) GOIZUETA, Cecilia(6) LOBO, Victoria(7) CUCCHIARO, Natalia Lili(8) IZAGUIRRE, Pia(2) ESTEVEZ, Adrian(9) ABALO, Alejandra(9) ETCHEVERRY, Mayra(9) GARCIA, Mercedes(10) VELLOSO, María Sofía(10) BROLL, Ariel(7) TISSERA, Yohana(5) PERÉS, Silvia(2) PONS ESTEL, Guillermo(1)

**CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS. GO CREAR (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); UNISAR (3); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA (4); HOSPITAL CORDOBA (5); SANATORIO 9 DE JULIO (6); SANATORIO 9 DE JULIO (7); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (8); HOSPITAL EL CRUCE (9); HIGA SAN MARTIN (10); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (11); HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (12); CEMIC (13); SANATORIO ALLENDE (14); FLENI (15); HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (16); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (17); INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES (18); CONSULTORIOS LA RIOJA (19); SANATORIO DIAGNÓSTICO (20); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (21); CLINICA DEL PILAR (22); INSTITUTO LANARI (23); SANATORIO GÜEMES (24); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (25); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (26); HOSPITAL CÓRDOBA - MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA (27)

Tabla. Características sociodemográficas en pacientes con SAF primario y SAF asociados a EAI

	SAF primario (n=86)	SAF asociado a EAI (n=57)	p
Sexo Femenino *n (%)*	72 (59)	50 (41)	0.67
Edad *Mediana (RIQ)*	41 (10.8)	42 (18)	0.76
Etnia			
Blanca	52 (60.5)	22 (38.6)	0.01
Mestiza	31 (36.0)	29 (50.9)	
Amerindio	0	3 (5.3)	
Desconocida	3 (3.5)	3 (5.3)	
HTA *n (%)*	19 (22.1)	21 (36.8)	0.04
Dislipidemia *n (%)*	13 (15.1)	14 (24.6)	0.27
DBT *n (%)*	7 (8.1)	2 (3.5)	0.32
Obesidad *n (%)*	18 (20.9)	9 (15.8)	0.19
Índice masa Corporal *Mediana (RIQ)*	22.2 (26.3)	34 (24.8)	0.22
Tabaquismo *n (%)*	23 (26.7)	12 (21.5)	0.05
Sedentarismo *n (%)*	34 (39.5)	20 (35.1)	0.24
Trombosis n (%)			
Arterial	19 (22.1)	24 (42.1)	0.02
Venosa	29 (33.7)	27 (47.4)	0.14
Pequeño vaso	2 (2.3)	5 (8.8)	0.12
Comorbilidad obstétrica n **(%)**			
3 abortos < 10 semanas	15 (25.9)	4 (12.5)	0.22
1 aborto > 10 semanas	33 (56.9)	15 (45.5)	0.40
Número de prematuros (< 34 semanas) Media (DE)	0.328 (0.66)	0.375 (0.66)	0.67
aGAPSS *mediana (RIQ)*	4.5 (5)	7 (6)	0.24

Tabla. Asociación entre score de aGAPSS, SAF primario y SAF asociado a EAI.

	SAF Primario				SAF Asociado a otra EAI			
	Obstétrico (n=41)	Trombótico (n=33)	Ambas (n=12)	p	Obstétrico (n=11)	Trombotico (n=35)	Ambas (n=11)	p
aGAPSS ≤ 10 *n(%)*	39 (51.3)	28 (36.8)	9 (11.8)	0.09	7 (15.9)	30 (68.2)	7 (15.9)	0.17
aGAPSS > 10 *n(%)*	2 (20)	5 (50)	3 (30)		4 (30.8)	5 (38.5)	4 (30.8)	

Objetivos: Evaluar el comportamiento del score de aGAPSS en pacientes con SAF primario y asociado a EAI.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis transversal de un registro prospectivo, multicéntrico, de pacientes ingresados en el Registro de Anticuerpos Antifosfolípidos del grupo de estudio de Síndrome Antifosfolipídico (SAF) de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), utilizando la plataforma ARTHROS Web. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SAF primario y asociado a EAI. El aGAPSS fue calculado para cada paciente en la visita de inclusión sumando los siguientes puntajes para cada uno de los factores de riesgo que componen el instrumento: tres para la hiperlipidemia, uno para la hipertensión arterial, cinco para anticuerpos aCL positivos, cuatro para anti-B2GPI positivo y cuatro para el AL positivo. Se realizó un análisis descriptivo, utilizando el software R. Las conclusiones se extraen con un nivel de significación del 5%.
Resultados: De los 237 pacientes que componen el registro, 143 fueron incluidos en este estudio, 86 (60.13%) con criterio de SAF primario y 57 (39.86%) de SAF asociado a EAI. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas, clínicas y el aGAPPS. En cuanto a las manifestaciones clínicas, se evidenció una mayor frecuencia de HTA (p=0.04) y desarrollo de Trombosis Arterial (p=0.01) en los pacientes con SAF asociado a EAI con respecto a los pacientes con SAF Primario. Con respecto a la presencia de simple, doble o triple positividad de AAF, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Cuando se evaluó el score de aGAPSS entre ambos grupos, se encontró un valor mayor en los pacientes con SAF asociado a EAI [mediana 7 (IQR 6)] con respecto a los pacientes con SAF primario [mediana 4.5 (RIQ 5)] pero sin diferencia estadísticamente significativa (p=0.24). Además, se observó que los pacientes con manifestaciones Trombóticas presentaron una mediana de aGAPSS numéricamente mayor que los pacientes con manifestaciones obstétricas, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.09). Se evidenció que los pacientes con SAF asociado a EAI tuvieron una mediana de aGAPSS numéricamente mayor que los pacientes con SAF Primario pero dicha diferencia tampoco fue estadísticamente significativa (p=0.24). Cuando se estratificó el score de sGAPSS en ≤ o > a 10, si bien no se encontró relación estadísticamente significativa, se observó una mayor frecuencia de pacientes con aGAPSS > a 10 entre los pacientes con manifestaciones trombóticas tanto en el grupo de SAF primario como en los asociados a EAI.
Conclusiones: En el análisis del score de aGAPSS en pacientes con SAF primario y asociado a otras EAI, no encontramos una asociación significativa con el desarrollo de manifestaciones trombóticas y morbilidad obstétrica. Sin embargo, en los pacientes con SAF asociado a EAI se encontró un score de aGAPSS numéricamente mayor, asociado a HTA que podría justificar el mayor número de eventos trombóticos en este grupo.
En el análisis del score de aGAPSS en pacientes con SAF primario y asociado a otras EAI, no encontramos una asociación significativa en el desarrollo de manifestaciones trombóticas y morbilidad obstétrica. Sin embargo, en los pacientes con SAF asociado a EAI se encontró mayor frecuencia de HTA, manifestaciones trombóticas arteriales y un score de aGAPSS numéricamente mayor.

84

0084 - ¿CUÁN FRECUENTE ES EL USO DE DROGAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD CONVENCIONALES Y CORTICOIDES SISTÉMICOS EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS
Unidad Temática 2: ESPONDILOARTRITIS

EZQUER, Roberto Alejandro CAPELUSNIK, Dafne GIORGIS, Pamela PERANDONES, Miguel SCHNEEBERGER, Emilce Edith CITERA, Gustavo
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: Datos de la vida real muestran que las drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (DME-c) y los corticoides sistémicos (CS) continúan siendo frecuentemente utilizados en pacientes con Espondiloartritis axial (EsPax) a pesar de no estar recomendados para su tratamiento
Objetivos: Evaluar la prevalencia del tratamiento con DME-c y CS en pacientes con EsPax, analizar los factores asociados a su uso y estimar la sobrevida de dichos tratamientos.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EsPax (criterios ASAS 2009). Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades y características clínicas de la enfermedad (tiempo de evolución, tipo de EsPax, HLA-B27, manifestaciones extra-musculoesqueléticas). Se registraron tratamientos recibidos, dosis, vía de administración, fecha de inicio, suspensión y causa de suspensión. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Test T de Student, test de Chi2 y test exacto de Fisher y análisis de regresión logística múltiple. Curvas de Kaplan-Meier, comparaciones por log Rank y regresión proporcional de Cox. Se consideró significativo un valor de p<0.05.
Resultados: Se incluyeron 244 pacientes con EsPax, 186 de sexo masculino (76%) con edad mediana (m) de 46 años (RIC 35-57) y tiempo mediano de evolución de17.5 años (RIC 8.85-29.85). Al momento de la primera consulta, 70 pacientes (29%) se encontraban en tratamiento con CS y 96 (39%) con DME-c (64% metotrexato [MTX] y 32% sulfasalazina [SSZ]). Luego de iniciar el seguimiento en nuestra institución, 57 pacientes (81.4%) suspendieron los CS y 41 (42.7%) los DME-c. La prevalencia acumulada durante una m de seguimiento de 7 años fue de 9% (n=22) para CS y 29.9% para DME-c (n=73) (61.6% MTX y 32.9% SSZ) y actualmente, la prevalencia descendió a 7% (n=14) para CS y 18% (n=39) para DME-c (59% MTX y 38% SSZ). A pesar que el uso de CS fue más frecuente en aquellos pacientes con compromiso periférico (artritis, entesitis y dactilitis), esto no alcanzó significancia estadística, y las únicas variables asociadas al mismo, luego de ajustar por edad y sexo fueron: mayor tiempo de evolución de la enfermedad (OR: 1.03, IC95% 1.00-1.06) y el tratamiento con DME-c (OR: 5.69, IC95% 2.18-14.87). Por otro lado, el uso de DME-c se asoció independientemente a: tipo de EsPax, (OR: 8.31, IC95% 2.25-30.7 en APs vs EA y OR: 4, IC95% 1.51-10.63 en EsPax juvenil vs EA), compromiso articular periférico (OR: 4.25, IC95% 1.97-9.20), y tipo de cobertura social (OR: 2.58, IC95% 1.04- 6.36, en obra social vs prepaga). El MTX fue la DME-c más frecuentemente utilizada en EsPax asociada a APs (OR: 19.2, IC95% 5.74-63) y si bien el uso de SSZ fue utilizada con mayor frecuencia en EsPax pura y EsPax asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la única variable independientemente asociada a su uso fue la presencia de compromiso articular periférico (OR: 2.8, IC95% 51.18-6.61).
Conclusiones: Un porcentaje no despreciable de pacientes con EsPax utilizan CS y DME-c. La sobrevida para CS fue relativamente baja de 2 años. Sin embargo, la sobrevida de las DME-c fue larga de 9 años. El uso de CS se asoció fuertemente con el tratamiento concomitante con DME-c, y el uso de DME-c con presencia de compromiso articular periférico y padecer APs y EsPax-j versus EsPax pura.

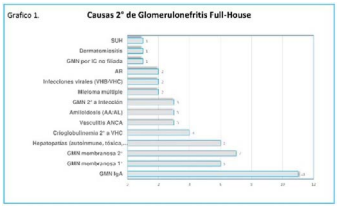
85

0085 - GLOMERULONEFRITIS FULL HOUSE: ¿LUPUS O NO LUPUS?

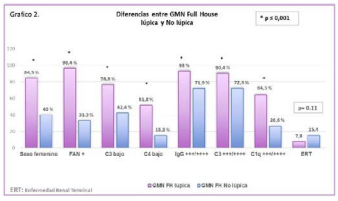
Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

TANTEN, Romina SCOLNIK, Marina ESPEJO, Estefania SCAGLIONI, Valeria CHRISTIANSEN, Silvia BRATTI, Griselda VARELA, Carlos Federico ROSA DIEZ, Guillermo SORIANO, Enrique. R GRELONI, Gustavo
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: El patrón de inmunofluorescencia Full House (FH), definido como depósitos de IgA, IgM, IgG, C3 y C1q en la biopsia renal, se ha asociado clásicamente al diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES).Sin embargo, existen otras causas para este patrón.
Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar cuáles son los predictores clínicos e histopatológicos que se asocian al diagnóstico de lupus y que permiten distinguir de otras causas de glomerulonefritis (GMN) Full House.
Materiales y Métodos: Se revisaron las biopsias renales realizadas en nuestro hospital entre los años 2000 y 2019, identificándose aquellas con patrón FH. Se recolectaron características clínicas, analíticas, e histopatológicas. Se dividieron los pacientes en aquellos con GMN FH asociada a LES (si cumplían criterios ACR 1997/SLICC 2012/ACR-EULAR 2019) y aquellos con otras causas de GMN FH (secundarias o idiopáticas). Se realizó estadística descriptiva, análisis de regresión logística uni y multivariado para identificar factores asociados con el diagnóstico de LES, y curvas de supervivencia renal comparando ambos grupos.



Resultados: Se incluyeron 181 pacientes con GMN Full House, 124 mujeres (68.5%), con una edad media al momento de la biopsia de 41.1 años (DS 16.0) y una mediana de seguimiento post biopsia de 2.9 años (RIC 0.4-6.8 años). 116 pacientes (64.1%) cumplieron criterios de LES (103 con manifestaciones extrarenales y 13 lupus limitado a riñón), 52 presentaron causas secundarias identificables de GMN (Gráfico 1) y 13 permanecieron como GMN FH idiopática. Los pacientes con LES fueron significativamente más mujeres, más jóvenes y presentaron con mayor frecuencia FAN positivo, anti ADN, C3 o C4 bajo al momento de la biopsia renal (Gráfico 2).En la inmunofluorescencia los pacientes con LES presentaron 3 o 4 cruces de IgG, C3 y C1q con mayor frecuencia que los no lúpicos (p < 0.001) y menor compromiso moderado/severo del tubulointersticio (p < 0.001). Los pacientes con LES presentaban mayor clearance renal al momento de la biopsia (p < 0.001) y recibieron en mayor proporción tratamiento con corticoides (p < 0.001) e inmunosupresores (p < 0.001). En el análisis multivariado los factores que permanecieron asociados con el diagnóstico de LES como causa de la GMN FH fueron: sexo femenino, edad más joven, FAN, anti ADN positivos y depósitos de 3 o 4 cruces de C1q.Tener una GMN FH asociada a LES fue protectora de ERT (Enfermedad Renal Terminal) en el análisis univariado (HR 0.03, IC 95% 0.13-0.89) pero esta asociación no fue significativa en el análisis multivariado ajustado por haber recibido tratamiento con corticoides o inmunosupresores.



Conclusiones: En nuestra cohorte, un 35.9% de las GMN FH no fueron asociadas a LES. El hecho de ser mujer, más joven, con anticuerpos FAN o anti ADN positivo y con depósitos marcados de C1q en la biopsia renal se asociaron al diagnóstico de LES.

86

0086 - EVALUACIÓN REUMATOLÓGICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINARIA EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ÁNGEL H. ROFFO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

COLLADO, Maria Victoria GANDUR QUIROGA, María Natalia AGUILAR, Andrea CINAT, Gabriela CUGLIARI, María Silvana MOLINARI, Nora COZZANI, Romina DEL ÁGUILA, Roxana MACHARASHVILI, Iván COLODENCO, Gabriel PUJOVICH, Sofía DE CRISTÓFARO, Oscar CÁCERES, Valeria ZERGA, Marta Elisa D´ORTENCIO, Alfredo
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA ÁNGEL H. ROFFO

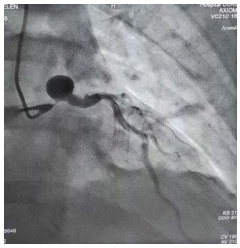
Introducción: El avance en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer conlleva la necesidad de trabajo multidisciplinario, donde el rol del reumatólogo se justifica para la pesquisa de enfermedades reumatológicas que pueden condicionar la toma de decisiones terapéuticas oncológicas, así como para la evaluación, tratamiento y seguimiento de eventos adversos del tratamiento oncológico relacionados a la especialidad.
Objetivos: Describir los resultados de la incorporación del reumatólogo como parte del equipo de trabajo multidisciplinario de valoración del paciente oncológico en nuestro Instituto, para la pesquisa de enfermedades reumatológicas en los pacientes con cáncer.
Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectivas las historias clínicas de los pacientes que concurrieron al Servicio de Inmuno-reumatología derivados por distintos servicios del mismo Instituto, desde febrero a agosto de 2020. Se incluyeron los pacientes que hubieran sido evaluados al menos en dos ocasiones o que tuvieran diagnóstico preexistente de enfermedad reumatológica confirmada por un médico reumatólogo y fueran derivados para seguimiento. Estudio descriptivo.
Resultados: De 54 interconsultas, se incluyeron 34 pacientes (21 mujeres). Media de edad 61,70 ± 13,43 años. Tipo de cáncer: mama 8, renal 8, vejiga 4, melanoma 4, Linfoma no Hodgkin 3, próstata 2, otros 5. Veintinueve pacientes presentaban enfermedad oncológica avanzada. De los 34 pacientes, 10 (29 %) presentaban diagnóstico de enfermedad reumatológica o síndrome paraneoplásico previo al momento del diagnóstico oncológico: Osteoartritis (2 pacientes), Artritis gotosa (2), Artritis Reumatoidea, Fibromialgia, Vasculitis leucocitoclástica, Dermatomiositis, síndrome SR3PE, Síndrome de Sjögren, a 18 (53 %) se les realizó diagnóstico durante la consulta: Osteoartritis (5), artralgias inespecíficas (3), Esclerosis Sistémica (2), Polimialgia Reumática (2), tendinitis (2), Síndrome artralgia asociada a inhibidores de aromatasa, Espondilitis Anquilosante, reacción sarcoidal y Síndrome Antifosfolipídico y a los 6 (18%) pacientes restantes se les descartó patología reumatológica y se diagnosticó evento adverso por tratamiento oncológico o progresión de la enfermedad de base. A dos pacientes que estaban recibiendo inhibidores de punto control inmunitario se les diagnóstico: Polimialgia Reumática (que requirió tratamiento corticoideo), y artritis de rodilla y un paciente que los había recibido se le diagnosticó Espondilitis Anquilosante (requirió tratamiento con meloxicam). El diagnóstico de enfermedad reumatológica motivó el cambio de tipo de tratamiento oncológico que iba a iniciarse (inhibidores de los puntos de control inmunitario) en 2 casos, suspensión transitoria del tratamiento oncológico en 3 casos y suspensión definitiva en un caso, requirió tratamiento del evento adverso en 6 casos y no motivó cambio de conductas oncológicas en el resto de los casos.
Conclusiones: En más de la mitad de los casos derivados al Servicio de Inmuno-Reumatología se realizó diagnóstico de enfermedad reumatológica por primera vez. Por tanto, la integración del reumatólogo a este equipo de trabajo es importante para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patología reumatológica, para ayudar al oncólogo a evaluar con mayor precisión riesgos y beneficios de la elección del tratamiento a instaurar (sobre todo inmunoterapia), hacer seguimiento y tratamiento de los eventos adversos y determinar en forma conjunta la posibilidad de continuidad o suspensión del tratamiento oncológico en estos casos.

87

0087 - ANEURISMA CORONARIO EN ENFERMEDAD DE BEHCET: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

FIGUEROA, Rosa Maria(1) QUAGLIA, Maria Isabel(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) SAVIO, Verónica Gabriela(2) ALBIERO, Juan Alejandro(2) GOBBI, Carla(3) ALBA, Paula Beatriz(2)
HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (1); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (2); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLINICA MEDICA, HOSPITAL CORDOBA. (3)



Objetivos: INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet (EB) es una afección inflamatoria, multisistémica, crónica. Presenta comúnmente aftas orales y genitales, uveítis y menos frecuente la afectación del sistema nervioso central y cardiovascular. El compromiso cardiovascular arterial es raro, secundario a vasculitis, con peor pronóstico y favorece la aparición de aneurismas y trombosis. El tratamiento es la inmunosupresión, eventualmente anticoagulación y en el caso de aneurismas coronarios, cirugía y técnicas endovasculares. Se presenta el caso de una mujer con antecedentes de enfermedad de Behcet y compromiso coronario.
Resultados: CASO CLÍNICO: Mujer de 33 años, con antecedente de enfermedad de Behcet con compromiso mucocutáneo desde hace 5 años, recibió tratamiento con Azatioprina y corticoides. Hace 2 años presento trombosis de seno cavernoso, por lo que inicio anticoagulación y Ciclofosfamida. Consulta por dolor precordial desencadenado por el esfuerzo de 4 meses de evolución, sin irradiación, que mejoraba con el reposo, 3 días previos a la consulta agrega dolor abdominal intenso, irradiado a zona lumbar, refractario a analgésicos, se diagnostica aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y es sometida a cirugía. En el posquirúrgico inmediato, evoluciona con dolor precordial intenso con supradesnivel del ST en aVR, elevación de enzimas cardiacas e hipertensión, se inicia tratamiento médico y se programa cinecoronariografía (CCG). En la CCG se evidencia aneurisma de mediano tamaño en arteria coronaria derecha, trombosis de tercio distal de la arteria descendente anterior. Se decide iniciar pulsos de metilprednisolona. Repite dolor anginoso con infradesnivel de ST, se coloca stent en descendente anterior. Se inicia inmunosupresión con Adalimumab.
Conclusiones: DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN: La afectación arterial es una complicación tardía con una prevalencia del 3% al 5% en EB, siendo las más afectadas las arterias pulmonares y aorta y menos frecuentemente las arterias coronarias en 0,5 al 1%. Ocurre mayormente en el sexo masculino. En contraste con otras patologías reumatológicas, como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, no se asocia a aterosclerosis acelerada, sino que se produce por compromiso de la enfermedad. En cuanto al tratamiento se sabe que la inmunosupresión produce remisión del compromiso cardíaco por EB, el uso de anticoagulación y técnicas endovasculares continúa siendo polémica pero son válidas para el tratamiento de los aneurismas coronarios y trombosis. Como conclusión resaltamos la importancia de sospechar compromiso coronario en pacientes jóvenes con EB aun sin factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, para optimizar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.
: DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN: La afectación arterial es una complicación tardía con una prevalencia del 3% al 5% en EB, siendo las más afectadas las arterias pulmonares y aorta y menos frecuentemente las arterias coronarias en 0,5 al 1%. Ocurre mayormente en el sexo masculino, a diferencia de nuestro caso. En contraste con otras patologías reumatológicas, como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, no se asocia a aterosclerosis acelerada, sino que se produce por compromiso de la enfermedad. En cuanto al tratamiento se sabe que la inmunosupresión produce remisión del compromiso cardíaco por EB, el uso de anticoagulación y técnicas endovasculares continúa siendo polémica pero son válidas para el tratamiento de los aneurismas coronarios y trombosis. Como conclusión resaltamos la importancia de sospechar compromiso coronario en pacientes jóvenes con EB aun sin factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, para optimizar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.

88

0088 - NEUTROPENIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS
Unidad Temática 2: LABORATORIO

REBAK, Jonathan Eliseo YUCRA BOBARIN, Demelza BRIGANTE, Jorge HAMAUI, Adriana DUBINSKY, Diana
SANATORIO GÜEMES

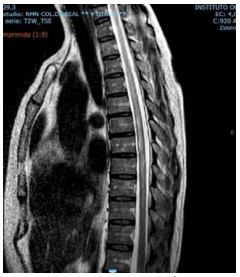
Introducción: Las manifestaciones hematológicas en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son frecuentes. La leucopenia se presenta en el 50-60% de los casos, pero sólo el 17% tiene un recuento leucocitario <1000/mm3. La neutropenia en los pacientes con leucopenia ocurre entre un 20-40%, dependiendo esto del valor de corte usado. Mecanismos posibles de neutropenia descriptos son: (1) aumento en la destrucción de granulocitos periféricos por anticuerpos antineutrófilos, (2) cambios en el pool esplénico y marginal o mayor marginación, (3) disminución en la producción medular, y (4) la fijación del complemento a la superficie celular por unión a los anticuerpos antineutrófilos, con la consiguiente destrucción por monocitos. La formación de NETs contribuye en la producción de IFN-1 a partir de plasmocitos y células dendríticas causando daño endotelial y cambios protrombóticos. La NETosis y clearence anormal apoptótico, promueven mayor formación de antígenos y consiguientes autoanticuerpos. Las consecuencias infecciosas de la neutropenia en LES se desconocen.
Objetivos: -Describir la relación entre neutropenia al momento del diagnóstico de LES con variables clínicas y de laboratorio. -Describir la asociación de infecciones con la presencia de neutropenia.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con LES (SLICC 2012) de la cohorte del sanatorio al momento del diagnóstico. Se consignaron variables demográficas y asociadas a la enfermedad (criterios clínicos y de laboratorio). Escala de actividad: SLEDAI-2k. Laboratorio: recuento de neutrófilos, presencia de linfopenia, plaquetopenia, proteinuria de 24hs, Anti DNA, ENAs, C3, C4, antifosfolípidos. Se dividieron en dos grupos según la presencia de neutropenia (<1.500/mm3) y se realizó análisis multivariado con las variables clínicas y de laboratorio. Subgrupo neutropenia severa (<500/mm3) En pacientes con neutropenia se evaluó la presencia de infección viral, bacteriana, tratamiento con GM-GSF. Análisis Estadístico: se presenta como medias ± DS (variables continuas) y porcentaje (variables categóricas). Prueba T-Test o Mann Whitney para comparar variables independientes de acuerdo a su distribución. Para estadística inferencial: prueba t de Student y Chi Cuadrado (X2) para variables cualitativas. Estadísticamente significativo: p<0,05.
Resultados: n=70 pacientes. Mujeres 59 (84%), edad media 38,6 años (18-72). Leucopenia 24 (34%), Linfopenia 30 (42,8%), Neutropenia 12 (17%), severa 2 (2,8%), Plaquetopenia 7 (10%). Grupo con Neutropenia: SICCA 12 (100%), INL 1,33 (DS 0,69), infecciones: VEB IgM + 1/12, Parvovirus y CMV solicitados y negativos 2/12. PAMO realizada 1/12: normal. GM-GSF 2/12. Infección 2/12: urinaria.
Conclusiones: Observamos en nuestro estudio correlación estadísticamente significativa entre neutropenia con síntomas SICCA, leuco y linfopenia. La presencia de infección fue baja (16%). 2 requirieron GM-GSF (aquellos con neutropenia severa) sin haber presentado eventos adversos. Observamos menor prevalencia de neutropenia que la referida en la bibliografía, bien podría ser esto debido a que en los artículos hallados se habla de neutropenia a lo largo del seguimiento de pacientes lúpicos y no sólo al diagnóstico. No hallamos correlación con dominios de afectación del LES, severidad del mismo al diagnóstico, elevado porcentaje de infección, ni eventos adversos asociados al uso de GM-GSF. Se requieren mayores estudios con mayor número de pacientes y prospectivos para evaluar si la neutropenia tiene alguna relevancia en el LES en sí o en sus enfermedades asociadas.

89

0089 - NEUROMIELITIS ÓPTICA ASOCIADA A S. SJÖGREN Y ENFERMEDAD CELIACA. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN

FIGUEROA, Rosa Maria(1) QUAGLIA, Maria Isabel(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) SAVIO, Verónica Gabriela(2) ALBIERO, Juan Alejandro(2) GOBBI, Carla(3) ALBA, Paula Beatriz(2)
HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (1); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (2); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLINICA MEDICA, HOSPITAL CORDOBA. (3)



Objetivos: INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía crónica autoinmune, que puede presentar manifestaciones extraglandulares, dentro de las que se incluyen: Neuritis Óptica (NO), Mielitis Transversa Aguda (MTA), Mielitis Transversa Longitudinal Extensa (LETM), vasculitis cerebral, neuropatía periférica. El Espectro de trastornos de Neuromielitis Óptica (ENMO) es una enfermedad autoinmune del Sistema Nervioso Central (SNC), para el cual se definen Criterios Diagnósticos basados en la clínica, neuroimágenes y la presencia de Ac anti-AQP4, anti-MOG (o seronegatividad de uno o ambos). El ENMO puede asociarse con enfermedades autoinmunes organoespecíficas como la Miastenia Gravis y la Tiroiditis Autoinmune, y no organoespecíficas como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y SS, presentando asociación serológica con anticuerpos Antinucleares (ANA) y anti-Ro/anti-La. Objetivo: Revisar las manifestaciones neurológicas y sus diagnósticos diferenciales en un paciente con SS, y la asociación con el ENMO.
Materiales y Métodos: CASO CLÍNICO: Mujer de 56 años que consulta por parestesias y disestesias en región dorsal del hemitórax izquierdo de 15 días de evolución, constatándose una banda de hiperalgesia bilateral dorsal. Examen Físico: Paresia en miembro inferior izquierdo. Inicialmente se sospechó Herpes-zoster e inició Aciclovir empírico, pero no presentó lesiones dérmicas ni mejoría clínica por lo que se suspendió. APP: Enfermedad Celíaca, Hipotiroidismo y SS diagnosticado hace 17 años, medicada actualmente con Hidroxicloroquina, Ácido Fólico y Metotrexato. Un año y medio previo a la consulta presentó artritis de pequeñas articulaciones por lo que fue tratada con Adalimumab por 5 meses y posteriormente suspendido por falta de adherencia. Vacunada para Herpes-Zoster previo a dicho tratamiento. Estudios solicitados: Laboratorio: ANA+ patrón nuclear moteado > 1/640, Ro 2.19 (positivo), Vitamina B12 normal, serologías virales negativas. RMN dorsal: Hiperseñal en T2 y STIR T2 que compromete de forma difusa el cordón medular dorsal, entre D5 y D8 compatible con LETM, con sospecha de Neuromielitis Óptica. Anticuerpo anti- AQP4 positivo. En la instancia aguda se realizó 3 pulsos de Metilprednisolona y posteriormente continuó tratamiento con Rituximab.
Resultados: DISCUSIÓN: El ENMO es una patología autoinmune e inflamatoria crónica del SNC, que desde el descubrimiento de la inmunoglobulina G anti-AQP4 se considera una entidad completamente distinta a la Esclerosis Múltiple. El diagnóstico incluye la presencia de NO y MTA asociados a positividad para Ac anti-AQP4 y hallazgos patológicos en RMN. Se evaluaron como diagnósticos diferenciales causas infecciosas, metabólicas, tóxicas y oncológicas. Es importante mencionar que el tratamiento con Adalimumab, puede generar desmielinización del SNC, produciendo NO y MTA entre otras, pero no está descripta la LETM; y por otra parte las manifestaciones neurológicas ocurren desde el inicio del tratamiento hasta un máximo promedio de 5 meses, con remisión clínica neurológica luego de suspenderlos.
Conclusiones: CONCLUSIÓN: La asociación de el ENMO con enfermedades autoinmunes es de escasa frecuencia y representa la coexistencia de 2 enfermedades autoinmunes más que una complicación secundaria a la enfermedad sistémica autoinmune.
: Es de relevancia resaltar que la asociación de NMO con enfermedades autoinmunes es de escasa frecuencia y que representa una coexistencia de 2 enfermedades autoinmunes más que una complicación secundaria a la enfermedad sistémica autoinmune.

90

0090 - EVALUACIÓN DE LA CARGA ADMINISTRATIVA EN LA PRÁCTICA DIARIA PARA LOS MÉDICOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

ALCIVAR NAVARRETE, Jose Simon | SERRANO, Eliana Rebeca | BANDE, Juan Manuel | REBECA, Eliana | KLAJN, Diana Silvia | CARACCIOLO, José Angel | PAPASIDERO, Silvia Beatriz
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

Introducción: Los Resúmenes de Historia Clínica (RHC) son habitualmente solicitados por los pacientes ya que constituyen un requisito necesario para la realización de diversos tipos de trámites administrativos, como solicitar o renovar cobertura para medicación, certificados de discapacidad, entre otros. En reumatología, estos pedidos, se han vuelto cada vez más frecuentes, en muchos casos, debiéndose además especificar evaluaciones clinimétricas. La confección de los mismos demanda tiempo, del cual no se dispone durante la consulta médica, debiendo ser elaborarlos al finalizar la actividad asistencial con los pacientes. Esta tarea burocrática recae completa y exclusivamente sobre los médicos reumatólogos. Según nuestro conocimiento, ningún estudio ha cuantificado el tiempo dedicado a la confección de RHC en nuestra especialidad.
Objetivos: Determinar la frecuencia de resúmenes de historia clínica realizados en un servicio de reumatología en un lapso de 6 meses y el tiempo dedicado a la confección de éstos, expresado en número de turnos de atención de pacientes que podrían haber sido otorgados, en ese mismo periodo de tiempo. Describir los motivos de solicitud de los mismos y las características de la población solicitante.
Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes que solicitaron RHC en el periodo comprendido entre el 01/06 y el 31/12 de 2019. Sólo se incluyeron aquellos resúmenes que requirieron la revisión completa y detallada de la historia clínica para su confección. Se consignaron datos sociodemográficos, cobertura de salud, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, motivo de solicitud del RHC y reiteración de solicitud del mismo. El tiempo promedio estimado para la confección de un RHC por parte de los médicos del servicio fue de 75 minutos, y se determinó que este tiempo era equivalente a 5 consultas médicas (tomando como referencia los 15 minutos de duración de los turnos programados en las agendas de reumatología). Por último, se obtuvo el número de turnos programados y de días de atención totales en el periodo de 6 meses. Análisis estadístico: Se describieron las características de la población. Se determinó la distribución porcentual de los motivos para solicitar el resumen y la proporción de repetición de pedidos. Se compararon las características sociodemográficas y el tiempo de evolución de la enfermedad según motivo de consulta con prueba Chi cuadrado, test exacto de Fisher, prueba T de Student o test de Mann Whitney, según corresponda.
Resultados: Durante el período evaluado se registraron 3159 consultas programadas, 103 pacientes solicitaron 144 RHC, con una tasa de 1 RHC (RIC 1-2) por paciente solicitante. El promedio de resúmenes por día de atención fue de 0,95. El 17,5% reiteró la solicitud de RHC en el mismo periodo. El tiempo total dedicado a la confección de los RHC durante este periodo fue el equivalente a 720 consultas médicas que se podrían haber realizado (20% los turnos ofrecidos). Los motivos consignados por los pacientes al solicitar un RHC, fueron: obtención de medicación crónica (55,3%), certificado de discapacidad (35,9%) y medicación de alto costo (28,2%). De los 103 pacientes 84,5% eran mujeres y tenían una edad promedio de 53,5 años (DE 13). El 60,6% no trabajaba, y el 34,9% poseía estudios secundarios incompletos. El 51.4% residía en la Provincia de Buenos Aires, y la mayoría tenía cobertura por el Programa Sumar (50,6%). La mediana de evolución de la enfermedad reumatológica en seguimiento fue de 120 meses (RIC 60-198), y el 56,3% tenía diagnóstico de artritis reumatoidea (AR). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue significativamente menor (96 versus 144 meses, p= 0,012) en los pacientes que solicitaron RHC por certificado de discapacidad que en aquellos que lo hicieron por otro motivo. No se observaron diferencias entre los pacientes que solicitaron RHC por los otros motivos.
Conclusiones: La frecuencia de RHC realizados fue de 0,95 por día de atención. El tiempo dedicado en nuestro servicio a la confección de RHC es comparable a un incremento potencial de más del 20% de las consultas ofrecidas. La mayoría de los RHC fueron emitidos para solicitar medicación crónica, en pacientes que tenían cobertura por el Programa público Sumar y con diagnóstico de AR.

94

0094 - MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA. SERIE DE CASOS DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CABA - ARGENTINA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

BLANCO, Eliana Soledad(1) GERMAN, Noelia Fernanda(2) DE LA VEGA, Maria(1) ALVAREZ, Analia(2) RIOPEDRE, Augusto M.(1) RETAMAL, Enrique(2) FERNANDEZ, Gustavo(1) SANCHEZ ANDIA, Carolina(2) SEHRINGER, Ingrid(1) LONGO, Analia(2) DI SIBIO, Alejandro(1) RILLO, Oscar L.(3) VIOLA, Malena(1) GARBARINO, María Cecilia(1) MESSINA, Osvaldo Daniel(1) MATA, Darío Oscar(1)
HOSPITAL ARGERICH (1); HOSPITAL PENNA (2); HOSPITAL PIROVANO (3)

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria, benigna, poco frecuente con alta tasa de recidiva caracterizada por presentar en la biopsia una lobulitis crónica, necrotizante, no caseificante, que presenta formación de granulomas. Se postula que sería el resultado de una respuesta autoinmune localizada por extravasación de material proteico-lipídico retenido en los ductos mamarios. Se presenta en mujeres entre los 30 a 40 años. Habitualmente unilateral. Su aparición se asocia a la lactancia, anticonceptivos orales y enfermedades autoinmunes. Clínicamente, se presenta como un nódulo en la periferia de la mama por fuera de la areola, doloroso, a veces con inflamación cutánea o retracción del pezón y que pueden evolucionar hacia la abscedación o fistulización. El diagnóstico definitivo se basa en los resultados histopatológicos y requiere la exclusión de patología infecciosa y/o neoplásica, ya que los hallazgos imagenologicas son inespecíficas. En relación a su tratamiento se utiliza glucocorticoides, DMARDS o tratamiento quirúrgico.
Objetivos: Describir los hallazgos demográficos, clínicos, de laboratorio y tratamientos de pacientes con diagnóstico de MGI de nuestra población.
Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de la base de datos de Reumatología del Hospital Penna y Argerich entre los años 2008-2019 de pacientes con diagnóstico de MGI.
Resultados: Se identificaron 35 pacientes de entre 23 y 57 años con una media de edad de 38,2 años. 16 Argentinas (46%), 4 Paraguayas (11%), 8 Bolivianas (23%), 4 Peruanas (11%) y 3 extranjeros no filiados (9%). La media de hijos fue 3.5 (entre 0-9 hijos), con 2 nulíparas y 26 con lactancia (93%). Seis utilizaban anticonceptivos orales (21%). Dos pacientes tenían tuberculosis (6%) y 7 Reacción de tuberculina positiva (23%), 1 eritema nodoso y 1 artritis reumatoidea. La afectación fue 29 unilateral (83%) versus 6 bilateral (17%). Hallazgos del laboratorio: 16 con eritrosedimentación aumentada (59%) y 8 FAN positivo (29%).En relación a la presentación clínica, 24 presentó dolor (69%), 30 nódulo (86%), 22 fistula, absceso o ulcera (63%), 12 eritema (34%), 6 pezón retraído (17%) y 4 adenopatías (11%). En cuanto al tratamiento, 12 DMARDS (11 Metotrexato y 1 Azatioprina) (34%), 19 glucocorticoides (54%), 28 realizaron antiobioticoterapia (80%), 11 drenaje (31%) y 13 cirugías (37%).
Conclusiones: La MGI es una enfermedad benigna, granulomatosa crónica infrecuente que requiere un abordaje multidisciplinario. Dada su naturaleza inflamatoria y autoinmune y el requerimiento de drogas inmunosupresoras, es necesario que al reumatólogo se familiarice con esta entidad, a fin de evitar demoras en el diagnóstico e iniciar un tratamiento temprano.

91

0091 - PREVALENCIA DEL USO DE GLUCOCORTICOIDES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SU RELACIÓN CON LA REALIDAD ECONÓMICA ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

MOLINA MERINO, Hernan Ariel BENAVIDEZ, Federico Lujan BENITEZ, Cristian Alejandro BLANCO, Eliana Soledad GARBARINO, María Cecilia MESSINA, Osvaldo PEON, Claudia RODRIGUEZ FALABELLA, Gonzalo RIOPEDRE, Augusto M. VIOLA, Malena MATA, Darío Oscar DE LA VEGA, Maria
HOSPITAL ARGERICH

Introducción: Los glucocorticoides (GC) son utilizados en bajas dosis en un 35,5% a un 80% de pacientes con artritis reumatoidea (AR). Su utilización debe ser a dosis bajas y por corto tiempo. En Argentina un 25.4% de los hogares se encuentra debajo de la línea de pobreza al no satisfacer la canasta alimentaria básica por grupo familiar $30.379. Un 5.5% de los hogares son indigentes según estadísticas del INDEC diciembre 2019. El bajo ingreso económico y falta de cobertura médica tendría relación con la falta de acceso a medicación específica y de alto costo, esto podría llevar a sobre utilizar GC como medicación sintomática o en espera de tratamientos de segunda línea.

Número de pacientes	81
Edad (media en años)	52.5
Años de evolución de AR (media en años)	8.08
ERS (media en mm/h)	34.5
PCR (media en mg/l)	3.7
DAS 28 ERS (media)	3.3

Objetivos: Evaluar la prevalencia del uso de GC en pacientes con AR y correlacionar su uso con el acceso al tratamiento instaurado con DMARDs (sintéticos y/o biológicos). Relación ingresos mensuales y disponibilidad de cobertura médica con el uso de GC.
Materiales y Métodos: Se utilizaron como criterios de inclusión: pacientes >= de 18 años con AR (criterios ACR-EULAR 2010) y criterios de exclusión: otras enfermedades no AR. Se evaluó años de evolución, tratamientos pasados y actuales, seropositividad, afectación articular, reactantes de fase aguda, comorbilidades, manifestaciones extra-articulares, actividad de la enfermedad (DAS-28, CDAI), capacidad funcional (HAQ). Se registró uso de GC (dosis y frecuencia) durante los últimos 3 meses, motivos y cronicidad de uso. Se indagó sobre ingresos familiares y cobertura médica.

Resultados: Se encuestaron 81 pacientes (enero-agosto 2019), cuyas características se detallan en la tabla 1. 45 pacientes (55,5%) se encontraban en tratamiento con DMARDs (metotrexato) asociado a prednisona u otro DMARDs, 17 (20,9%) terapia con Anti TNF (Etanercept, Certolizumab, Adalimumab), 6 (7.4%) terapia con pequeñas moléculas (Tofacitinib, Baricitinib), 4 (4.9%) terapia con Abatacept, 6 (7.4%) terapia con AINE y prednisona, 3 (3.7%) otros. 58 pacientes (72%) había utilizado GC en los tres meses previos. La mediana de la dosis utilizada fue 8 mg/día. 33 pacientes (57%) de los usadores declaró consumirlos por brote articular. La causa del brote de síntomas fue por falta de acceso al tratamiento instaurado (41%), en espera del primer tratamiento para AR (55%), en espera de cambio de tratamiento (55%). De los pacientes que utilizaron GC no por brote articular 25 (43%), las causas que llevaron al uso de GC fueron, a la espera del primer tratamiento para AR (52%), a la espera de un cambio de tratamiento (48%) y por falta de acceso al tratamiento (36%). Las causas del uso de GC no fueron excluyentes, pudiendo el paciente tener más de una causa. 40 pacientes tomaban corticoides por más de 6 meses. El uso de GC entre pacientes que tenían cobertura sanitaria, 36 pacientes (44,5%), con los que no tenían cobertura sanitaria, 45 pacientes (55,5%), fue del 61% vs 80%; OR 2,54 de utilizar GC en paciente sin cobertura. El uso de GC en pacientes con un ingreso mensual entre $ 25.000-15.000 fue del 58 % vs 76% del uso de GC en pacientes con un ingreso menor a $ 15.000. (OR 2,25).
Conclusiones: Este estudio evidencia el alto uso de GC en nuestra población y la probable necesidad de los pacientes de recurrir a su uso por dificultad de acceso al tratamiento de segunda línea. La falta de cobertura médica y los bajos ingresos mensuales implicarían mayor uso de GC.

97

0097 - COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONECTIVO EN UNA LOCALIDAD DEL GRAN BUENOS AIRES

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

MARENGO ROMERO, Zully Paola PERROTTA, Natalia Andrea MARINO, Diego MEDINA, Gustavo DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: La infección por SARS-CoV 2 a nivel mundial, generó la necesidad de establecer la incidencia de ésta en pacientes inmunodeprimidos con enfermedad reumática para identificar el curso clínico, optimizar estrategias en cuanto al seguimiento, conductas frente al tratamiento inmunosupresor.
Objetivos: Evaluar la incidencia acumulada de casos de SARS-CoV2 en una muestra poblacional de pacientes con enfermedades autoinmunes del tejido conectivo (EATC) en un municipio del AMBA y compararla con la incidencia acumulada en la población general de la misma región
Materiales y Métodos: Pacientes mayores de 18 años con EATC con seguimiento de la enfermedad mayor a 6 meses y última consulta entre enero/2019 y septiembre/2020, residentes de la localidad de Quilmes (Pcia. Bs As.). Se diseñó una encuesta para investigar el impacto del SARS-CoV 2, se detectaron casos de SARS-CoV 2, confirmados por técnica de PCR (hisopado) o epidemiológicos, de acuerdo a definiciones del Ministerio de Salud de la Nación. Se evaluó la conducta adoptada en cuanto continuidad de los tratamientos por parte de los pacientes. Se recolectaron: enfermedad de base, comorbilidades, tratamiento y actividad de la enfermedad en base a Historias Clínicas. Se realizó la encuesta por correo electrónico o telefónico. Se compararon los datos del muestreo con datos epidemiológicos de incidencia acumulada de SARS-CoV 2 proporcionado por el Ministerio de Salud de la Nación del área de interés.
Resultados: Se identificaron 249 pacientes con EATC. Respondieron la encuesta 122. Se excluyeron 2 (1 fallecido por otra causa, 1 por vivir en otra zona). Quedando un total de 120 pacientes: contactados vía mail y vía telefónica. Lo que representa el 0,022% de la población general en estudio (población total 580829 habitantes, censo 2010). Edad media 57.3 (DS 13,84). 88,1% sexo femenino. Diagnósticos: Artritis Reumatoidea 82 (68.3%), Artritis Psoriásica 11 (9,2%), Lupus Eritematoso Sistémico 10 (8.3%), Esclerosis Sistémica 8 (6,7%), Espondilitis Anquilosante 1 (0.8%). 6/120 (5%) tuvieron SARS-CoV 2. 5/6 (4.2%) confirmados por PCR y 1/6 (0.8%) por contacto estrecho/nexo epidemiológico. Pacientes que referían algún síntoma posiblemente relacionado fueron 27 (22.5%): cefalea 3 (25%), fiebre 3 (75%), tos 3 (50%), disgeusia o anosmia 2 (100%), odinofagia 1 (10%), disnea 3 (75%), diarrea 1 (25%). Ninguno cumplía con la definición de caso. Aquellos pacientes con infección por SARS-CoV2 presentaron: cefalea 3 (50%), fiebre 3 (50%), tos 3 (50%), disnea 3 (50%), disgeusia o anosmia 2 (33%), odinofagia 1(16.7%), diarrea 1 (16.7%). Los que continuaron con el tratamiento de su enfermedad de base fueron 105 (87.5%), 15 (12.5%) suspendieron. De estos últimos, 3 tuvieron infección por SARS-CoV2. Todos los pacientes se recuperaron sin complicaciones al momento del estudio. En el Distrito de Quilmes, tuvieron un total de 28002 casos confirmados, fallecieron 879. Incidencia acumulada 48.2 casos cada 100.000 habitantes. En nuestra muestra la misma es de 50 casos cada 100.000 habitantes.
Conclusiones: De nuestros 120 pacientes con enfermedades reumatológicas, 27 (22.5%) tuvieron síntomas sugestivos de infección por SAR-CoV2 pero solo 6 (5%) cumplieron con la definición de caso. Aquellos pacientes con infección por SARCOv2 los síntomas más frecuentes fueron cefalea, fiebre, tos, y disnea. La incidencia acumulada de casos no fue diferente a la población general. Nuestra muestra representa el 0.022 % de la población general y es una de las limitantes del estudio.

99

0099 - IMPORTANCIA DE UNA HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA, MODELO PARA REFERENCIAR A LOS ADOLESCENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL AL REUMATÓLOGO DE ADULTO. BASES PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS
Unidad Temática 2: PEDIATRÍA

BATTAGLIOTTI, Cristina RÍSPOLO, Daniela
HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA

Introducción: La transición es definida como: "el pasaje planificado de los adolescentes o adultos jóvenes con enfermedades crónicas, de un sistema de atención pediátrico a uno de adultos". Es un proceso dinámico, complejo y planificado, que no solo comprende la transferencia del paciente, sino que incluye la complejidad de diversas condiciones crónicas. El lupus eritematoso sistémico Juvenil (LESJ) es una enfermedad multisistémica frecuentemente complicada por el compromiso renal, asociada a un aumento de la morbi -mortalidad y daño que se presenta en un individuo que está transitando una edad vulnerable. El adolescente necesita un seguimiento cercano con un equipo multidisciplinario que deberá conocer todos sus antecedentes.
Objetivos: Confeccionar un modelo de historia clínica estructurada, sistematizada y completa para optimizar el traspaso de información en la transición pediátrica-adulta.
Materiales y Métodos: Se planea realizar una encuesta de opinión con preguntas estructuradas a colegas con el fin de definir los datos esenciales que debería constar en la historia clínica modelo para transferir a los reumatólogos de adultos. La selección de datos de la historia clínica se definirán según la opinión y experiencia de los participantes. Variables a considerar para confeccionar la encuesta y futura historia clínica Características demográficas del paciente; nivel socioeconómico; edad al momento de transferir; edad de inicio del LES; duración de la enfermedad. Antecedentes perinatológicos personales previos; Número de internaciones y lugar; Antecedentes familiares para enfermedad reumática y otros .Foco epidemiológicos. Historia clínica resumida de los hallazgos relevantes del lupus fenotipo actual. Número de Criterios clínicos al inicio y actual fecha de presentación de cada uno. Escala de actividad actual SELENA SLEDAI y fecha que alcanzó el puntaje más alto., BILAG .Índice de Flares actual y descripción de los anteriores Índice de Daño Pediatric –SLICC/ACR. Examen físico completo. Escalas de evaluación de los padres y del paciente y del médico. Physician s and Parents Global Dissease assessment , Escala de Calidad de vida Pediatric quality of life inventory (Peds QL) SF 36 valoración de la fatiga Multidimensional Fatiga Scale . PRINTO/ACR Juvenile SLE Response. Tratamientos actuales y anteriores; dosis acumulada de esteroides; Antipalúdicos Fecha de inicio y descripción de la adherencia al tratamiento Uso de biológicos fecha dosis y motivo. Toxicidad por drogas. Presencia de infecciones. Serologías de virus de Hepatitis,hiv,parvovirus,mononucleosis,-toxoplasmosis ,chagas,dengue. Antecedentes de Síndrome Metabólico, Síndrome antifosfolípido.Síndrome de Activaciòn Macrofágica; Trombosis. Perfil lipídico Vacunación Anticonceptivos. Hábitos. Rendimiento escolar.Trabajo; Contención familiar. Exámenes complementarios. Una vez acordadas las variables a incluir en el modelo, se realizará una prueba piloto para evaluar la factibilidad y aplicabilidad del instrumento. Luego de las adecuaciones pertinentes, se comenzará a implementar en los servicios interesados.
Resultados: Los resultados de la primera etapa de diseño y prueba piloto se presentarán una vez realizados.
Conclusiones: La confección de un modelo de historia clínica sistematizada mejoraría el conocimiento de todos los aspectos de la enfermedad considerando al adolescente como una unidad biosicosocial. De esta forma evitaríamos la redundancia de estudios, retrasos terapéuticos, consultas innecesarias y abandono de tratamientos, mejorando la transferencia del paciente.

100

0100 - MOTIVOS DE INTERNACIÓN Y SUS PREDICTORES EN UNA COHORTE DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: MIOPATIAS

BARRIOS, Celina Vanesa GARCIA CARRASCO, Marina PERROTTA, Natalia Andrea LOPEZ MEILLER, Maria Jose PINO, Maria DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLINICAS UBA

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) producen inflamación y debilidad muscular progresiva.Las infecciones bacterianas, virales, micóticas oportunistas son principales causas de hospitalización y mortalidad.
Objetivos: Describir variables sociodemográficas, clínica, tratamientos internaciones de pacientes con MII. Determinar mortalidad total población de pacientes en seguimiento y durante internación. Predecir variables asociadas a mayor frecuencia de internación.
Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo, pacientes con diagnóstico de MII de enero 2014-septiembre 2020, que cursaron hospitalización. Cumplían criterios diagnóstico de Bohan y Peter, Criterios ACR/ EULAR. Variable dependiente: internación por: miositis/recaídas, mixtas (Miositis asociadas infecciones), Infecciosas, "superposición con LES". Variables independientes: Demográficos: edad, género, etnia, comorbilidades. Índice de Charlson: evalúa mortalidad al año (Score 0,12%, ,1-2, 26%, 3-4 52%y > 5,85%).Manifestaciones clínicas: debilidad muscular, fenómeno de Raynaud, lesiones cutáneas (signo/pápula de Gottron, eritema heliotropo, signo de V), manos de mecánico, artritis, disfagia. Laboratorio: CPK, GOT, GPT, LDH, ferritina, RFA ANA, aRo/SSA, aRNP. Panel ORGENTEC LIA MIOSITIS ® (Mi2, PL 7, PL12, JO 1, SRP, PM/SCL) y LIA Euroinmun (Mi2, PL7, PL12, JO1, SRP, PM/SCL, Ku, MDA5, NXP2, TIF1γ, EJ, OJ, RO 52, SAE). Tratamiento: glucocorticoides (CTC) (oral, pulso EV), ciclofosfamida, gammaglobulina, plasmaféresis.
Resultados: 80 pacientes 60 mujeres (75%), 20 hombres (25%).Promedio de edad 45,6 años (DS 16,2). Etnia mestiza 70/80 (86.2%), caucásica 5/80 (6.2%),amerindio. Comorbilidades HTA 26 (32,5%),DLP 19 (23,7%),DBT 13 (16,2%). Media Índice de Charlson 2,54 (DS 1,89). Tipos MII DM 41 (51%), PM 21 (26%),SAS 13 (16,5%), DMA 4 (5%) y MN 1 (1,5%). Los valores laboratorio CK mediana (Me) 47 (RI 142-4029,5), GOT (Me) 95 (RI 37-214), LDH (Me) 719 (RI 513,5-1232,5), VSG(Me) 945 (RI 27,5-70), PCR (Me) 1.27 (RI 0.67-3.82), Ferritina (Me) 325 (RI 152-926).Se describen los autoanticuerpos hallados:Ro en 30 pacientes , Jo-1 9 , Mi2:7,MDA5:5, PM/SCL: 4, TIF1 γ: 3,Ku: 3,NXP2 :2 , PL 12: 1, PL7 :1, EJ: 1.86/106 (81%)internaciones fueron actividad MII (diagnóstico o recaída). 22(21%)causas infecciosas, 9 (41%) NAC/NIH/Sepsis a foco respiratorio, 4 (18%)gastroenteritis, 3 (14%) infección de partes blandas, 3 (14%) Herpes Zoster, 1 (4,5%) infección de tracto urinario, 1 (4,5%) Osteomielitis, 1 (4,5%) Absceso Cervical. Hubo 11 muertes (13.7%),mortalidad global de 1,5/10 pacientes en un seguimiento de 7 años. Causas de mortalidad: 5/11 por sepsis (45%), 4/11 neoplasias (36%), 1 Intersticiopatía/TBC (9%), Infección Clostridium 1 (9%). Mortalidad durante internación: 1,2 cada 10 pacientes. Tratamiento previo internación, 35 pacientes (43,7%) tomaban CTC: dosis media 11 mg/día (DS 16.2), 15 pacientes (18,7%)HCQ, 8 (10%)MTX , 7 (9%) AZA, 1 (1,2%)Mic,1(1,2%)CFA. 77 pacientes (96,2%) recibieron CTC,15 pulsos de metilprednisolona.11 pacientes (13,5%) MTX, 21 (26.2%) HCQ, 15 (18,7%) AZA, 12 (15%) gammaglobulina,5 (6,2%) CFA, 4 (5%) Mic, 2 (2,5%) RTX, 1 (1,2%) plasmaféresis, 22 (27,5%) Antibióticos. 71 (88,7%) internación en sala general y 9 (11,2%) UTI. De éstos últimos 8 (89%) en ARM y 6 (67%) fallecieron. Días Internación: mediana 10 (RI 8-20).Análisis de regresión logística. Internaciones por actividad, más probabilidad de utilizar CTC durante la hospitalización (OR 21 (IC95% 1.08-410.6)). No se encontró dicha asociación con respecto a dosis de CTC previas a la internación, etnia, valores de laboratorio, ni anticuerpos. Las de causa infecciosa, tuvieron mayor probabilidad los que tenían MDA5 (OR 7.6 (IC 95% 1.14-50.6)) y los que utilizaban CTC previamente (OR 11.9 (IC95% 2.11-67.08)), independiente de la dosis. No se observó mayor probabilidad de internación por infección en los tratados con otros inmunosupresores. Así mismo, se encontró mayor probabilidad en este grupo de entrar en ARM (OR 4 (IC 95% 1.09-22.81)) y mayor mortalidad (Mortalidad total: OR 4.39 (IC95% 1.13-16.95) y Mortalidad Internación: OR 9.2 (IC95% 1.92-44.3)
Conclusiones: Nuestra cohorte predominó el género femenino y etnia mestizos. Las comorbilidades más frecuentes: HTA, DLP y DBT. Hospitalización más frecuente en DM y PM.Causa más prevalente actividad de la enfermedad (diagnóstico/recaída).Durante la internación la mayoría recibió CTC oral, MTX, HCQ, AZA y gamaglobulinas. Más de la mitad de los pacientes permanecieron en sala general.Los que se internaron por actividad tuvieron mayor probabilidad de uso de CTC en la internación. Tuvieron más probabilidad de internación por causa infecciosa los que tenían MDA5 y los que tomaban CTC previo a la hospitalizacion. Se registro 11 fallecidos por ntercurrencias infecciosas y neoplasias.

101

0101 - ABDOMEN AGUDO CON NECROSIS HEMORRÁGICA BILATERAL SUPRARRENAL EN UN PACIENTE CON SAF Y LES

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

SOTO, Evelyn Gisella GARCIA CARRASCO, Marina DUBINSKY, Diana PINO, Maria MARINO, Diego VOLPACCHIO, Marino
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: El Síndrome Antifosfolípido (SAF), es un desorden trombofílico autoinmune sistémico que provoca trombosis arterial y/o venosa y/o morbilidad obstétrica asociados a anticuerpos anti fosfolípidos (aPL): actividad de inhibidor lúpico (IL), anticardiolipinas (ACL) IgG/IgM y anti B-2 glicoproteina 1 IgG/IgM (Ab2GP). Puede ser primario o secundario y hasta en 10% presentarse como formas hemorragicas.
Resultados: Femenina de 22 años de edad, antecedentes: SAF primario trombótico con triple seropositividad, ACV isquémico, estenosis carotídea izquierda (variante anatomica) y epilepsia, tratada con antagonistas de vitamina K (ACO), y debut de LES. Consultó por hipermenorrea, caída de propia altura y relajación de esfínteres. Evolucionó con signos de shock hipovolémico: palidez cutáneo-mucosa, hipotensión, taquicardia, desaturación arterial. Al ingreso: Hto: 26%, Hb: 8,8 mg/dL, VCM: 86, GB: 12700 gb/dL, Pq: 196000 /dL, FAL: 79 UI/L, LDH: 606 UI/L, TP: 22%, KPTT: 75 seg, RIN: 2,74, PCR: 5 mg/dL, VSG: 105 mm/h. Por caída del hematocrito se suspendió anticoagulación por 48hs. Agregó rash malar, coxalgia izquierda y dolor abdominal cólico 10/10 en flanco izquierdo, luego generalizado; y cefalea frontoparietal. Laboratorio: Hto: 26%, Hb: 8,3 mg/dL, GB: 10400 gb/dL, plaquetas: 16000 /dL, creatinina: 1,19 mg/dL, FAL: 72 UI/L, LDH: 868 UI/L, fibrinógeno: 592 mg/dl, Coombs dta/indta: (+), FAN: 1/160 hom, Scl 70 U/ml, aTopoI 22 UA, C3: 71 mg/dl, C4: 6 mg/dl, IL (+), EACL IgM: 17 mg/dl, aB2GP1: IgG 64 mg/dl, anti DNA (-) y anti Ro, La, SM, y RNP (-), crioglobulinas (+). TC abdominal: lesiones hiperdensas en glándulas suprarrenales bilaterales. RMI de abdomen y pelvis: áreas hiperintensas en psoas iliaco izquierdo, músculos intra y extra pélvicos y muslo, compatible con hematoma. Se interpretó como abdomen agudo secundario a necrosis hemorrágica de glándulas suprarrenales en paciente con SAF y debut de LES (cumplió criterios ACR 97/ACR-EULAR 2018), por suspensión de anticoagulación. Inició meprednisona 40 mg/día y anticoagulación con acenocumarol. Evolucionó favorablemente con remisión clínica-laboratorios. Inició azatioprina 150 mg/día y descenso de corticoides.
Conclusiones: El compromiso adrenal está asociado a SAF catastrófico, cirugías, infección, trauma o rangos inadecuados de anticoagulantes; pudiendo ser uni o bilateral. Se plantean dos mecanismos patogénicos: las turbulencias y estasis con formación de trombos a nivel de las venas medulares en la zona de transición del sistema arteriolo capilar, con aumento de las presiones en los capilares marginales y ruptura de vénulas provocando hemorragia; la segunda, el ácido lisobifosfatídico en las membranas celulares de la zona fasciculata sería target de aPL, promoviendo apoptosis por liberación de proteinasas lisosomales, activación del endotelio y aparición de microtrombosis. SAF y trombocitopenia están asociados a LES hasta en 43%. Es infrecuente la diátesis hemorrágica ligada a anticuerpos anti-protrombina (aPT) que provocarían hipoprotrombinemia grave, petequias, hematomas y hemorragias. La asociación de la lesión suprarrenal e insuficiencia suprarrenal es frecuente, presentando clínica típica y signos de sufrimiento de órgano (principalmente dolor abdominal). Nuestra paciente tuvo dolor abdominal intenso con signos de shock hipovolémico, sin insuficiencia suprarrenal y trombocitopenia severa en contexto del debut lúpico. Destacamos la importancia de la sospecha diagnóstica y tratamiento de la trombosis/hemorragia suprarrenal como causa de abdomen agudo en SAF. ACO con antagonistas de la vitamina K debe iniciarse tempranamente en rangos apropiados una vez controlado el sangrado, ya que mostraron eficacia en la prevención de eventos. Los esteroides son fundamentales en la insuficiencia suprarrenal, diagnóstico/recaídas de LES o trombocitopenia así como el tratamiento inmunosupresor posterior.

102

0102 - HISTORIA REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO PRELIMINAR

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

MORA, Gabriela Fernanda (1) | LAGRUTTA, Mariana(2)
SERVICIO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICH (1); SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO (2)

Introducción: El lupus sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que afecta a mujeres en edad fértil. Existe un número limitado de estudios publicados sobre la evolución de aspectos reproductivos/obstétricos en mujeres argentinas con LES.
Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de parámetros relacionados con la vida reproductiva y factores de riesgo en pacientes con LES. 2. Determinar la evolución reproductiva en un grupo de pacientes con LES.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo realizado sobre registros clínicos y encuesta telefónica a pacientes con diagnóstico de LES (ACR / EULAR 2019) en dos centros en territorio argentino. La encuesta se realizó telefónicamente a pacientes argentinas mayores de edad con diagnóstico de LES, respecto de todos los aspectos de sus vidas reproductivas. La inclusión de las pacientes fue consecutiva, y con consentimiento en forma oral. Se realizó estadística descriptiva, y comparación de variables categóricas con prueba exacta de Fisher y un valor de p<=0,05.
Resultados: Se incluyeron 15 pacientes de sexo femenino que cursaron 34 embarazos entre 1987 y 2020. La edad promedio al ingreso fue de 37.6 años (26-53). La edad promedio al diagnóstico de LES fue de 28 años (16-43). Catorce de 15 pacientes incluidas lograron embarazos (93,3%), y la edad promedio al primer embarazo fue 25.5 años. Diecisiete embarazos cursaron antes del diagnóstico/inicio de los síntomas de LES (50%), dos con síntomas y sin diagnóstico (5,9%), 14 después del diagnóstico (41.2%), y un caso simultáneo al diagnóstico (2,9%). La evolución fue: parto vaginal 58.8%, cesárea 35,3%. Resultaron 32 nacidos vivos (94,1%): 27 de término (79,4%), 5 prematuros (14,7%); 1 aborto espontáneo sin legrado (2,9%), 1 aborto inducido con legrado (2,9%). Hubo 2 muertes perinatales (5,9%). Las complicaciones: eclampsia, diabetes gestacional, oligohidramnios, sufrimiento fetal, desprendimiento placentario y muerte perinatal ocurrieron en el 18.8% de los embarazos. Doce embarazos cursaron con tratamiento (70,6% de las pacientes con diagnóstico /sintomáticas): 1 corticoides sistémicos (CS) (5,6%), 6 hidroxicloroquina (HCQ)(35,3%), 5 CS+HCQ (29,4%) y 5 anticoagulación (29,4%). De 17 embarazos en contexto de LES, seis presentaron enfermedad activa previa al embarazo (17,6%). Durante el embarazo, 7 pacientes presentaron LES activo (20,6%) y en el puerperio, 8 casos (21.2%), (en los tres momentos fue cutánea, articular, hematológica y SAF, ninguna con nefritis activa). El peso promedio al nacer fue de 3117, 5 g, y <2500 g en 5 casos (15.6%). Hubo una proporción significativamente menor de prematurez y complicaciones en embarazos ocurridos antes del inicio de síntomas de LES respecto de los posteriores : 0/17 vs 5/15 (33.3%), p=0.015; y 1/17 (5.9%) vs 5/17 (29.4%) p=0.046 respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto del peso <2500g (2/17, 11,8% versus 3/15, 20%), p=0,654). La prevalencia de complicaciones, prematurez y peso <2500 g fue globalmente del 36,4% en pacientes sin actividad previa al embarazo, vs 66,7% de las activas, p= 0,35.
Conclusiones: Las pacientes con diagnóstico de LES lograron embarazarse normalmente, y tuvieron una tasa de nacidos vivos comparable a la de la población general. Las pacientes que cursaron embarazos luego del diagnóstico, tuvieron una prevalencia significativamente mayor de prematurez y complicaciones. La enfermedad activa durante el embarazo mostró una tendencia no significativa a mayor proporción de complicaciones, prematurez y bajo peso.

104

0104 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN DEL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS-PROYECTO PSECOPY . DATOS PRELIMINARES

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN

VÁZQUEZ BAEZ, Marcos Aurelio ROJAS BAEZ, Elias Fernando ACOSTA SANABRIA, Rodrigo Marcelo VALINOTTI, Vania PAATS, Astrid PINEDA, Gladys Alexis ACOSTA COLMÁN, Isabel
HOSPITAL DE CLINICAS SAN LORENZO PARAGUAY

Introducción: El síndrome de Sjogren es una patología autoinmune que compromete glándulas exócrinas, principalmente lagrimales y salivales. Puede presentarse de forma aislada (primaria) o bien asociada a otras enfermedades autoinmunitarias(secundaria). La etiopatogenia es multifactorial. Las manifestaciones extraglandulares se observan en el 30% de los pacientes entre las que destacan la musculoesquelética o la neurológica que compromete el SNP o al SNC en el 1% de los casos.
Objetivos: Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Sindrome de Sjogren primario incluidos en la cohorte Psecopy.
Materiales y Métodos: Es un estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, destinado a seleccionar a pacientes con el diagnóstico de síndrome de Sjögren, que reúnan los criterios ACR/EULAR 2016 y que hayan acudido al Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo. Para el análisis estadístico se utilizó el sistema estadístico Microsoft Excel ®
Resultados: En este estudio se incluyeron 28 pacientes con Síndrome de Sjögren primario. De los cuales 26 (92,82%) pertenecían al género femenino y 2 (7,1%) al género masculino. Con una edad promedio al momento del diagnóstico de Sjögren primario de 47,67 años. Con respecto al score de criterios de clasificación cumplidos ACR EULAR 2016, el 67,8 % cumplieron con un score de 4 y el 21,42 % con un score de 6. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron la hipertensión arterial (28,57%) seguido del hipotiroidismo (25%). A estos pacientes se les realizó la biopsia salival por no cumplir criterios, en el 14,28 % de los pacientes según criterios de Chisholm y Mason, donde se encontró un focus score predominante de 1. En relación al ESSDAI se encontró un compromiso articular en 53,57 %, glandular en el 60,71 %, linfadenopatía en el 3,57%, cutáneo 7,14%, constitucional 7,14%, pulmonar 14,28%, sistema nervioso periférico 7,14%, renal 3,57%, sistema nervioso central y muscular sin compromiso. Con respecto al componente biológico se observó en un 10,71% y el hematológico en un 7,14 %. No se encontraron neoplasias.
Conclusiones: Los datos presentados son los preliminares de la cohorte Psecopy que se encuentra en curso actualmente. En el presente trabajo describimos a la forma primaria y en donde primó el género femenino, así como también el compromiso glandular, articular seguido del pulmonar.

105

0105 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON MIOPATIAS INFLAMATORIAS EN EL CONTEXTO DE LA INFECCION POR COVID-19

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: MIOPATIAS

ACIAR, Mariana Mabel(1) ROJAS TESSEL, R(1) BUSCHIAZZO, E(1) BENITEZ, A(2) GOMEZ, R(2) GARGIULO, M(3) RILLO, O(4) PONCE DELGADO, Y(4) ALASCIO, L(5) VIOLA, M(6) DE LA VEGA, M(6) MARTIRE, V(7) JUAREZ, V(1) CUCCHIARIO, N(1) PICCO, E(1) CRESPO ESPINDOLA, M(1) LENCINA, M(1)
HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA (1); HOSPITAL POSADAS (2); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (3); HOSPITAL PIROVANO (4); HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ (5); HOSPITAL ARGERICH (6); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (7)

Introducción: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha sido declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afectando a grupos vulnerables como el caso de los pacientes con enfermedades reumáticas y es causante de la crisis de salud global por múltiples factores. Entre ellos, destacan las condiciones socioeconómicas deficitarias, la dificultad de acceso a la consulta y a la medicación, que no se realicen de forma adecuada y oportuna las atenciones de enfermedades crónicas como se hacían previo a la pandemia.
Objetivos: General - Evaluar la adherencia al tratamiento y que factores se asocian a dicha adherencia en el contexto de la pandemia por COVID19. Específicos - Medir el impacto laboral , el ingreso económico y su efecto sobre la adherencia a la medicación. - Identificar qué factores de la percepción del paciente influyen en esta adherencia.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores o igual a 18 años con diagnóstico de Miopatías Inflamatorias que se encuentran registrados, en el Registro de miopatías inflamatorias de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se excluyeron pacientes analfabetos, y los que se negaron a participar del estudio. Fueron entrevistados de manera telefónica, por telemedicina, o de forma presencial. Todos dieron su consentimiento informado por correo electrónico en el caso de la consulta telefónica. Se consignaron datos socio demográficos (nivel socio-económico según la escala de Graffar, etnia , trabajo actual, reducción del salario asociado a la cuarentena), datos relacionados con la enfermedad como tiempo de evolución de la misma, tipo de miopatía, compromiso pulmonar, datos relacionados con el tratamiento previo y actual, adherencia al mismo usando la escala CQR (puntaje 0 al 100), datos de inmunización, comorbilidades, motivos de suspensión del tratamiento y datos relacionados al COVID-19. La recolección de datos incluyo solo de la visita basal que se realizó entre los meses de Julio y agosto del 2020, con un segundo estudio que se realizará con visitas posteriores cada 2 meses hasta diciembre de 2020.Se completaron los datos en una planilla web (Google forms) prediseñada.
Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, 30 (75) mujeres, con una mediana de edad de 45 años (31-53), 2.5 años de demora en el diagnóstico (0-8), 22 (55) dermatomiositis, 12 (30) polimiositis y 3 (7.5) necrotizantes. El sitio actual de residencia fue AMBA o PBA en 26 (65), el Graffar fue de 13.5 (11-15), 22 (55) eran de clase media-baja y la mediana de años de educación fue 12 (8.2-14). Dos (5) presentaban hipertensión pulmonar y 10 (25) EPID. Los tratamientos actuales más frecuentes fueron metotrexato 6 (15), azatioprina 5 (12.5) e hidroxicloroquina 4 (10); 6 (15) recibieron terapia biológica. Durante la pandemia 5 (12.5) cambiaron el tratamiento, 2 (5) suspendieron el mismo. Dentro de la población activa, 14 (35) no tenían empleo, 10 (25) en blanco, 7 (17.5) recibían pensiones y 3 (7.5) empleo en negro; continuando con trabajo desde su domicilio 11 (27.5). Veintitrés (57.5) pacientes refirieron una merma en sus ingresos, en un 60% (30-80). Dieciocho (45) pacientes refirieron problemas para cumplir con el tratamiento, y las causas más frecuentes fueron temor a infectarse 10 (25), falta de acceso al turno 4 (10) y falta de acceso al transporte 4 (10). No hubo ninguna variable asociada al no cumplimiento del tratamiento. Aquellos que consiguieron consulta, utilizaron los siguientes medios: Presencial 18 (45), Teleconsulta 8 (20), teléfono 12 (30) y email 1 (2.5). Ningún paciente manifestó haber estado infectado por SARS-CoV2.
Conclusiones: Los resultados de la visita basal durante el tiempo de pandemia la mayoría tuvieron problemas en cumplir con la adherencia al tratamiento y fue debido a que sentían que tenían un mayor riesgo de infección por el SARS-CoV-2.

106

0106 - NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ETC
Unidad Temática 2: SERIE DE CASOS

DANIELE, Julieta KISLUK, Boris CONTE, María Soledad SATTLER, María Emilia RAGGIO, Juan Carlos BERBOTTO, Guillermo Ariel
HOSPITAL EVA PERON BAIGORRIA

Introducción: El neumomediastino espontáneo (NE), se define como la presencia de aire libre en el mediastino sin una causa o evento precipitante asociado. Puede desarrollarse en la ausencia (NE primario) o en presencia (NE secundario) de enfermedad pulmonar, especialmente, de tipo intersticial. El NE es una manifestación poco común de enfermedades del tejido conectivo. Se describe en asociación a dermatomiositis(DM), con una prevalencia de 8-9%, siendo un factor de peor pronóstico. El NE en otras enfermedades del tejido conectivo es aún más rara: Artritis Reumatoidea, Esclerosis Sistémica y Lupus, sólo presentándose escasos reportes a nivel mundial.
Objetivos: El principal objetivo de esta serie de casos es analizar la asociación de NE y enfermedades del tejido conectivo, reconociendo los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes.
Materiales y Métodos: Caso clínico Nº 1: Paciente de 54 años de edad, tabaquista, con dermatomiositis amiopática desde el año 2015,consulta ocho meses posteriores al diagnóstico por disnea clase funcional III, asociada a rash cutáneo en la superficie extensora de las articulaciones de las manos, eritemato-violaceo con descamación y acrocianosis. Tomografía de tórax: Adenopatías mediastinales, infiltrados bilaterales en parches con aspecto en vidrio esmerilado. Estudio funcional respiratorio: moderada incapacidad respiratoria restrictiva. Moderada disminución de la DLCO. Leve desaturación O2. (89%) Ecocardiograma con Doppler: Presión arteria pulmonar 31 mmHg. Laboratorio: FAN (-), Anti CCP, Factor reumatoideo, ANCA c y p, Anti Jo-1, PL-7, PL-12, topoisomerasa I, anti centrómero, anti PM-Scl negativos. TSH 1,36, normocomplementemia, CPK 226 UI/L (VN: 190), LDH 662 UI/L (VN; 460), Aldolasa: 8.2 U/L (VN: 7). Inicia MicofenolatoMofetil 2 gr/día. A los 3 meses, reingresa por tumefacción facial, cuello y cintura escapular. Extensa crepitación subcutánea. Tomografía de Tórax: enfisema subcutáneo y neumomediastino moderado/severo. Evoluciona con insuficiencia respiratoria en 48 horas y fallece. Caso Clínico Nº 2: paciente de 24 años de edad, tabaquista, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, desde año 2016, en tratamiento con Hidroxicloroquina 400 mg/día y Prednisona 10 mg/día, buen control de enfermedad. Consulta por disnea clase funcional II/III de 48 hs de evolución, asociado a artritis simétrica de falanges distales y signos de vasculitis en ambos miembros superiores. En la tomografía de Tórax: neumomediastino, sin compromiso alveolar agudo. Laboratorio: FAN: 1/5120 moteado. Ac anti-DNA y ENA (-) , Ac anti-SCL 70, RNP y Jo1: negativo. C3: 31 mg% y C4: 5 mg%. No requiere conducta quirúrgica. Por reactivación lúpica, se indica: Metilprednisolona1 gr/día por 3 días y Azatioprina. Buena evolución cardiorrespiratoria al alta.
Resultados: El neumomediastino espontáneo ha sido descripto con más frecuencia en enfermedades del tejido conectivo y enfermedad pulmonar intersticial asociada. Especialmente en dermatomiositis amiopática, con una prevalencia que varía de 2.2% a 8.6%, tal como se describe en el primer caso. Sin embargo, existen escasos reportes sobre su desarrollo en ausencia de intersticiopatía y como manifestación de reactivación lúpica, según el segundo caso. El daño alveolar, ocasionado por corticoides y vasculitis activa, precede las manifestaciones extrapulmonares.El tabaquismo es factor gatillante principal para ambos grupos. La tomografía de tórax es el método de elección diagnóstica. El tratamiento suele ser conservador, aunque su presencia está asociada a una menor tasa de supervivencia acumulada a 2 años.
Conclusiones: NE es una manifestación poco frecuente en enfermedades del tejido conectivo, la mayoría presenta enfermedad pulmonar intersticial asociada. Aunque también puede presentarse como manifestación primaria. Las series describen un curso relativamente benigno, sin embargo, representa un peor pronóstico para ambos grupos.

107

0107 - PATRONES CAPILAROSCÓPICOS Y COMPROMISO ORGÁNICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

PERTUZ REBOLLEDO, Maria Milena PERROTTA, Natalia Andrea LOPEZ MEILLER, María José DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) compromete la microvasculatura, con afección de múltiples órganos. La injuria vascular provoca disminución de capilares del lecho ungueal detectable con Capilaroscopia, estudio que determina patrones capilares ; clasificándolos en temprano, activo y tardío. Cutolo y Smith2, postularon el valor predictivo de los patrones capilaroscópicos y el desarrollo de compromiso de órgano utilizando la escala de Medsger.
Objetivos: Determinar los patrones capilaroscópicos y su asociación con el compromiso de órgano, en pacientes con esclerosis sistémica
Materiales y Métodos: Pacientes que cumplieron criterios 2013 ACR-EULAR para esclerosis sistémica y de LeRoy para subtipo de enfermedad, en seguimiento entre 2016-2020; con una capilaroscopía en ambas manos, de 2 a 5 dedo. Se clasificaron en patrón esclerodérmico temprano, activo, tardío, inespecífico y normal. Se describió: edad, sexo, tiempo de evolución desde el inicio de Raynaud, compromiso de órgano según escala de Medsger (piel, pulmón, gastrointestinal, renal, muscular, articular y vascular); anticuerpos Anti centrómero (ACA), anti topoisomerasa (Scl 70), anti RNA polimerasa III y anti PM-Scl; TAC de tórax (enfermedad pulmonar intersticial EPI) y ecocardiograma transtorácico para Hipertensión Pulmonar (HTP) PSAP > 35 mmHg. Compromiso gastrointestinal por la presencia de síntomas (disfagia, RGE, regurgitación, diarrea, incontinencia y constipación), o alteraciones en la manometría esofágica de alta resolución. Se realizó un análisis descriptivo, se calculó porcentaje, media (DS) y mediana (RIQ).
Resultados: Se incluyeron 108 pacientes, 104 (96.3%) mujeres y 4 (7.3%) varones, relación 52:2, mediana de edad 61 años (RIC 51-70). Mediana de duración de enfermedad desde el inicio del Raynaud 10.5 años. De acuerdo a la clasificaciòn de LeRoy, 77/108 (71.3%) pacientes con lcSSc, 24/108 (22.2%) dcSSc y 7/108 (6.48%) sSSc. Patrones capilaroscópicos: 19/108 (17.59%) SD temprano, 45/108 (41.67%) SD activo, 33/108 (30.56%) SD tardío, 8/108 (7.41%) inespecífico y 3/108 (2.78%) patrón normal. En relación al compromiso de órgano, el patrón SD temprano: 12/19 (63.1%) presentaban compromiso GI, 18/19 (94.7%) compromiso cutáneo, 1/19 (5.2%) lesiones isquémicas, 6/19 (31.5%) artritis, 5/19 (26.3%) EPI y 3/19 (15.7%) HTP. Ningún paciente tenía debilidad muscular. De los pacientes con SD activo 32/45 (71.1%) tenían compromiso GI, 42/45 (93.3%) compromiso cutáneo, 21/45 (46.6%) lesiones isquémicas, 11/45 (24.4%) artritis, 2/45 (4.4%) compromiso muscular, 17/45 (37.7%) EPI y 6/45 (13.3%) HTP. Patrón SD tardío: 29/33 (87.8%) compromiso GI, 31/33 (93.9%) compromiso cutáneo, 21/33 (63.6%) lesiones isquémicas, 9/33 (27.2%) artritis, 3/33 (9%) debilidad muscular, 13/33 (39.3%) EPI y 10/33 (30.3%) HTP. Patrón inespecífico: 5/8 (62.5%) compromiso GI, 8/8 (100%) compromiso en piel, 4/8 (50%) lesiones isquémicas, 4/8 (50%) EPI y 3 / 8 (37.5%) HTP. Tres pacientes con patrón normal, 2/ 3 (66.6%) compromiso GI y EPI, 3/3 (100%) compromiso en piel y lesiones isquémicas; y 1/3 (33%) artritis.
Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes vimos que los patrones capilaroscópicos activo y tardío presentaban en mayor medida, compromiso GI, cutáneo, vascular y pulmonar, todas manifestaciones vinculadas a severidad de la enfermedad. Siendo la capilaroscopía un estudio no invasivo y de fácil acceso sería interesante realizar estudios prospectivos para evaluar su rol como posible biomarcador y su vinculación con la severidad de la enfermedad.

108

0108 - ENFERMEDADES QUE SIMULAN VASCULITIS: ERITROMELALGIA COMPLICADA CON PIE DE TRINCHERA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

KISLUK, Boris(1) PAITA, Giovanna María(2) MACARIO, Camila(2) DANIELE, Julieta(1) BERBOTTO, Guillermo Ariel(1)
HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA (1); SANATORIO BRITÁNICO (2)

Objetivos: Presentar un caso clínico que, por su baja prevalencia y su naturaleza simuladora, represente una enseñanza.
Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de historia clínica y bibliografía relacionada.
Resultados: Mujer de 39 años que ingresó por isquemia digital en miembro inferior derecho. Sin antecedentes médicos de jerarquía, refería en los últimos tres meses crisis de angustia vinculadas a problemas familiares. En el último mes, episodios dolorosos en ambos pies de características urentes e intensidad máxima. Asociaba edema y aumento de temperatura local. Las crisis iniciaban espontáneamente, y debido a la sensación subjetiva de calor local, la paciente las controlaba colocando los pies en recipientes con agua fría y hielo, muchas veces durante horas. Al ingreso se objetivó disminución de temperatura local, ligera cianosis e hipoestesia a nivel del tercio distal de ambos pies, con áreas de franca hipoperfusión bien delimitadas a nivel del primer dedo del pie derecho y necrosis en la región distal del tercer dedo de dicho pie. Intertrigo interdigital. Edema con Godet hasta tercio distal de la pierna, con hiperalgesia a la palpación. Pulsos femorales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios positivos. Lleno ungueal ligeramente retardado. Sin evidencia de compromiso sistémico o afección en otra localización. Eco-Doppler arterial y venoso de miembros inferiores, ecocardiograma y Holter, dentro de parámetros de normalidad. Hemograma completo, hepatograma, función renal, VES, PCR, serologías virales para HIV, HBV, HCV, crioglobulinas séricas, proteinograma por electroforesis, FAN, anticoagulante lúpico, anti-ß2GPI, aCL, C3, C4, FR, ACPA, ANCA p y c, PR3, MPO, sedimento urinario, así como cultivos de sangre y orina, hallándose todos dentro de los límites de la normalidad. Una revisión de la historia clínica sugería a la eritromelalgia como el diagnóstico más probable de las crisis experimentadas. Por otro lado, el compromiso isquémico/necrótico obligó a considerar el diagnóstico de vasculitis en primera instancia, así como también infecciones de partes blandas, compromiso vascular ateromatoso, tromboembolismos, estados de hipercoagulabilidad, fenómenos vasoespásticos secundarios a tóxicos/drogas y malignidad. Descartar estas alternativas permitió hipotetizar que la combinación de humedad y bajas temperaturas por periodos prolongados eran las responsables iatrogénicas de las lesiones. Se limitó la exposición al frío e inició AAS 325 mg, amitriptilina 25 mg y oxcarbazepina 300 mg al día, además de miconazol tópico. Interconsulta con salud mental para control del trastorno de angustia, posible desencadenante, e inicio de terapia conductual para manejo de las crisis. Logró externarse tras 13 días con buen control sintomático de las crisis, manejo razonable del dolor y estabilidad de las lesiones isquémicas.
Conclusiones: La eritromelalgia es un raro síndrome que se caracteriza por la triada clínica de episodios recurrentes de eritema, sensación quemante y aumento de la temperatura en las extremidades, en general desencadenado por exposición al calor, ejercicio o la gravedad. La elevación de los miembros y el enfriamiento local son los medios mas efectivos para controlar los síntomas. El término histórico "pie de trinchera", incluido en el más abarcador "lesión por frío no congelante", se refiere a la injuria de partes blandas, nerviosa y vascular de las extremidades distales tras exposiciones prolongadas a condiciones de humedad y frío no congelante. Esta afección debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial de vasculitis sistémicas en este particular escenario.

111

0111 - EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESULTADOS MATERNOS Y FETALES

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

TISSERA, Yohana Soledad(1) CUCCHIARO, Natalia Lili(2) QUAGLIA, Maria Isabel(3) SAVIO, Verónica Gabriela(1) JUAREZ, Vicente Ricardo(2) ALBIERO, Juan Alejandro(4) BARRIONUEVO COLOMBRES, Nelly(5) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(2) GOBBI, Carla(6) YORIO, Marcelo(3) ALBA, Paula Beatriz(4)
UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLINICA MEDICA, HOSPITAL CORDOBA. (1); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA (2); HOSPITAL CÓRDOBA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (3); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (4); FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNC (5); HOSPITAL CÓRDOBA CÁTEDRA MEDICINA I UNC, ARGENTINA (6)

Tabla 1.Resultados materno-fetales	
Pre eclampsia/HELLP	6 (19%)
Diabetes gestacional	1(3%)
Ruptura espontanea de membranas	1(3%)
Mortalidad materna	0
Nacidos vivos	24 (75%)
Edad gestacional (semanas)	32 (32-38)
Peso (gr)	2805 (2100-3340)
Retardo del crecimiento intrauterino	5 (16%)
Parto prematuro	8 (25%)

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) afecta principalmente a mujeres en edad fértil. El embarazo en estas pacientes requiere de una planificación y seguimiento multidisciplinario estrecho para lograr resultados maternos y fetales exitosos. A pesar de esto, existe un aumento en el riesgo de parto pre término (PP), retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), preeclampsia (PE) y mortalidad maternofetal. El embarazo adolescente se define como el que ocurre entre los 10 y 19 años, período en desarrollo hacia la madurez biológica, psicológica y educativa. Algunos estudios mostraron una tendencia creciente en complicaciones pre, intraparto y posparto en esta etapa. Además de los riesgos en las embarazadas con LES, el embarazo adolescente enfrenta riesgos adicionales, con mayor compromiso renal que los adultos y mayor morbimortalidad neonatal. Sin embargo, la incidencia y los resultados obstétricos en pacientes adolescentes con LES permanece poco estudiado.
Objetivos: Evaluar los resultados maternos y fetales en pacientes adolescentes embarazadas con LES.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se estudiaron pacientes con diagnóstico de LES segun criterios ACR 1997, asistidos en consultorio de enfermedades autoinmunes y embarazo de dos hospitales materno neonatales de Argentina en los últimos 5 años. Embarazo adolescente se definió entre los 10 y 19 años. Se recolectaron datos demográficos, manifestaciones clínicas e inmunológicas de LES y tratamiento recibido. La actividad lúpica fue evaluada con SELENA SLEDAI adaptado al embarazo, en cada trimestre y puerperio. El síndrome antifosfolípido fue definido por criterios de Sídney. Las complicaciones maternas evaluadas: PE, diabetes gestacional, ruptura prematura espontánea de membranas, corioamnionitis, trombosis arterial y venosa, reactivación de LES, infecciones y mortalidad materna. El pronóstico fetal evaluado como nacidos vivos, PP, aborto espontáneo, feto muerto, RCIU y muerte neonatal. Variables cuantitativas analizadas con mediana e interquartiles, cualitativas con frecuencia y porcentaje.
Resultados: Se incluyeron 32 embarazos de 21 pacientes. La mediana de edad fue de 18 años, 66% etnia mestiza y con mediana de duración de enfermedad de 2 años. 59%(n=19) tenían compromiso renal, 11 de ellas nefritis lúpica clase IV, 42%(n=14) compromiso hematológico. 4 tenían anticuerpos Anti SS/Ro, 2 Anticoagulante lúpico y 6 anticardiolipinas IgG y 3 IgM positivas alto título. 8 embarazos con SAF trombótico/obstétrico como antecedente y 5 con anticuerpos antifosfolípidos. 3 fueron debut de LES durante el embarazo, 2 de ellas con compromiso renal. En cuanto a los resultados maternos, la mediana de actividad fue de 0 (0-4) en el 1° trimestre, de 4 (0-7) en el 2°,3° trimestre y puerperio. 41 % (n=13) presentaron reactivación de LES, de los cuales 7 fueron renales, 2 de debut en el embarazo. Los resultados maternos y fetales en Tabla 1. Todas usaron Hidroxicloroquina durante el embarazo, 23 usaron Prednisona, 3 requirieron pulsos de esteroides,17 recibieron aspirina y 6 heparina profilaxis. La vía de finalización de embarazo más usada fue la cesárea en 18 (56%), 3 cesáreas de urgencia por pre eclampsia severa. Hubo 6 abortos y un feto muerto.
Conclusiones: Las complicaciones maternas y fetales en adolescentes con LES fueron altas, principalmente actividad de la enfermedad, PE y PP. El manejo multidisciplinario y el seguimiento estrecho junto al tratamiento son esenciales en este grupo etario.

109

0109 - VASCULITIS DEL TRACTO GENITAL: PRESENTACIÓN INUSUAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

ESPASA, Gabriela Vanesa(1) PERA, Mariana(1) LEGUIZAMON, Maria Lilia(1) SORIA CURI, Yessika(1) SUELDO, Raul(1) GONZALEZ LUCERO, Luciana(1) BERTOLACCINI, Maria Constanza(1) BARBAGLIA, Ana Lucia(1) BELLOMIO, Veronica Ines(1) MACHADO ESCOBAR, Maximiliano Augusto(2) ALVAREZ, Adriana(3)
HOSPITAL PADILLA (1); HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN (2); HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (3)

Introducción: La Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) es una vasculitis necrotizante sistémica de pequeños y medianos vasos. Se caracteriza por compromiso respiratorio y renal. La manifestación genitourinaria es poco frecuente y generalmente presenta buena respuesta a la terapia inmunosupresora.
Resultados: Mujer de 55 años, sin antecedentes patológicos, multípara y menopáusica, presenta cuadro de 3 años de evolución con ginecorragia y disuria. En el examen ginecológico se evidencia cuello uterino de aspecto creteriforme con tumoración sangrante de 4 cm de diámetro con compromiso de fondo de saco vaginales hasta tercio inferior. Se realizan 3 biopsias con infiltrado inflamatorio crónico, negativas para neoplasia o infecciones. Refiere antecedente de sangrado intermitente de fosa nasal izquierda y lesiones vasculíticas en miembros inferiores. Al examen físico presenta depresión del tabique nasal. Laboratorio: ANA y anti-DNAdc negativos, normocomplementemia, ANCA C 1/80, anti-PR3 1/320, ANCA P negativo, anti-MPO negativo, PCR negativa, proteinuria negativa, sedimento urinario normal, serologías virales negativas. Rx senos paranasales: velamiento difuso de ambos senos frontales y maxilares. TACAR de tórax, RMI y angioRMI de encéfalo: normales. Con sospecha de vasculitis sistémica asociada a ANCA con compromiso del tracto genital inferior, cutáneo y sinusal inicia meprednisona 20 mg día asociado a azatioprina 150 mg día con buena respuesta inicial. Luego abandona controles aunque continúa con igual tratamiento. Al año, presenta recaída con metrorragia y vagina adherida hasta su tercio inferior con extensión a labio mayor izquierdo y periné. Se realiza nueva biopsia de cuello cervical que informa infiltrado neutrofílico leucocitocláslico con necrosis fibrinoide y diagnóstico de cervicitis y vasculitis. RMN de abdomen y pelvis: inflamación en el tercio superior de vagina sin comprometer cuello uterino ni recto. Ante una Vasculitis asociada a ANCA del tracto genital inferior con progresión de lesión se indica aumentar dosis de meprednisona a 40 mg /día y rotar a metotrexato 25 mg/ sem. La paciente evoluciona con mejoría clínica, sin dolor ni ginecorragia y disminución de tamaño de la lesión vaginal.
Conclusiones: El compromiso urogenital es una forma de presentación inusual de la GPA, con frecuencia del 12-18%. La mayoría de los pacientes desarrollan esta afección durante el curso de la enfermedad sistémica y sólo pocos casos permanecen como GPA urogenital limitada. Presentamos una paciente con vasculitis sistémica asociada a ANCA con compromiso genital como manifestación inicial, refractaria a azatioprina y con buena respuesta a metotrexato.

110

0110 - IMPACTO DEL PERFIL DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS SOBRE EL DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS
Unidad Temática 2: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

PORTA, Sabrina Valeria(1) NIETO, Romina(2) SERRANO, Rosa(3) ROBERTS, Karen(4) LEMA, Luis(5) MALDINI, Carla(6) SAVIO, Verónica(7) TISERA, Joana(7) GOIZUETA, Cecilia(8) BROLL, Ariel(8) LOBO, Victoria(8) CUCCHIARO, Natalia(9) IZAGUIRRE, Pia(1) PERES, Silvia(10) SACNUN, Mónica(2) GUAGLIANONE, Débora(2) PONS ESTEL, Guillermo(3)
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS. GO CREAR (3); UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGIA (UNISAR) (4); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA (5); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA (6); HOSPITAL CORDOBA (7); SANATORIO 9 DE JULIO (8); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (9); HOSPITAL DE INFECCIOSAS FRANCISCO JAVIER MUÑIZ (10); HOSPITAL EL CRUCE (11); HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (12); FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI) (13); CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (14); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (15); SANATORIO ALLENDE (16); HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (17); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (18); SANATORIO DIAGNÓSTICO (19); CONSULTORIOS LA RIOJA (20); INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES (21); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (22); HOSPITAL REGIONAL RAMON CARRILLO (23); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (24); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (25); SANATORIO GÜEMES (26); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (27); HOSPITAL CÓRDOBA - MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA (28)

Introducción: La presencia de daño crónico en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), se asocia a peor pronóstico y mayor mortalidad, siendo los principales factores que contribuyen al mismo la actividad de la enfermedad, la corticoterapia prolongada, y la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (AAF)
Objetivos: Evaluar el impacto del perfil de AAF sobre el daño crónico en pacientes con diagnostico de LES.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnostico de LES según Criterios Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012, que fueron ingresados al Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolipídicos de la Sociedad Argentina de Reumatologia. Se evuaron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas, actividad del LES mediante Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), y el daño medido por el SLICC Damage Index (SDI). Se analizó la distribución de las variables con frecuencia y porcentajes para las categóricas por el test Chi-cuadrado o Fisher cuando no se verificaban los supuestos. Las variables continuas se resumieron como media y desvío estándar (DE) cuando no había valores atípicos y con mediana y rango intercuartil (RIQ) cuando era más adecuado según la distribución de las mismas. Se analizo la comparacion entre los grupos con el test de Wilcoxon y cuando había más de dos grupos con el test de Kruskal-Wallis. El análisis se realizó con el software R y las conclusiones se obtuvieron con un nivel de significación del 5%.
Resultados: De los 238 pacientes incluidos en el registro, fueron incluidos en este análisis 72 que cumplieron criterios de clasificación para LES, 58 (80.6 %) mujeres, con una edad media de de 39.4 (DE 12.4) años. Un total de 44 (61.1%) pacientes

Daño Asociado a Corticoides		Daño asociado a Trombosis	
Triple/Doble + (n= 19) N=1 (5.3%)	Simple +/ AAF NO Criterio (n= 40) N= 11 (27.5%)	Triple/Doble + (n= 19) N= 11 (57.9 %)	Simple +/ AAF NO Criterio (n=40) N= 24 (60.0%)
Cataratas, n= 1	Cataratas, n= 4 OP con Fax o colapso vertebral, n= 2 Necrosis avascular, n= 3 Diabetes, n=2	ACV, n= 3 Infarto pulmonar, n = 1 Infarto miocardio >1, n = 1 Enfermedad valvular, n= 1 Trombosis venosa, n = 2 Infarto/resec.distal a duod/bazo/hig/vesic, n= 3	Necrosis avascular, n= 3 ACV , n= 6 ACV >1 , n = 2 Infarto miocardio, n=2 Enfermedad valvular, n= 3 Trombosis Venosa, n= 7 Infarto/resec.distal a duod/bazo/hig/vesic, n= 1

cumplían Criterios de Clasificación Sydney para Síndrome Antifosfolipídico (SAF) (26 trombótico, 6 obstétrico, y 12 trombótico y obstétrico). Respecto al perfil de AAF, 15 (20.8%) pacientes presentaban triple positividad, 4 (5.6%) doble positividad, y 22 (30.6%) eran simples positivos. Encontramos 18 (25%) pacientes no cumplieron con los criterios serológicos Syndey para SAF (AAF Incompleto), y 13 (18 %) que no pudieron ser clasificados por disponer de una sola de una determinación. Cincuenta (69.4 %) pacientes presentaron daño, siendo el 68% de los casos moderado (SDI =1-2), y el 32 % severo SDI >2), con una mediana del SDI igual a 1 (RIQ 2). Los pacientes con daño tuvieron más frecuentemente dislipidemia (p =0.012) y se encontraban bajo tratamiento con anticoagulantes orales (p= 0.008). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre daño, actividad del LES, ni Global Antiphospholipid Syndrome Score ajustado (aGAPSS).
Conclusiones: En el presente estudio se identificó la presencia de daño en aproximadamente el 70 % de los pacientes con LES y AAF positivos . De acuerdo a nuestros resultados, creemos que es importante valorar en pacientes con LES el perfil de anticuerpos antifosfolipídicos dada su asociación con el desarrollo de daño.

113

0113 - EFICACIA DE IXEKIZUMAB EN COMPARACIÓN CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (AP) CON Y SIN PSORIASIS (POS) MODERADA A SEVERA: RESULTADOS A 52 SEMANAS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y ABIERTO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS
Unidad Temática 2: ETC

IMBERT TIBAUDIN, Denise(1) KRISTENSEN, Lars-erik(2) TILLETT, William(3) OKADA, Masato(4) DE VLAM, Kurt(5) LIU LEAGE, Soyi(1) EL BAOU, Celine(1) BRADLEY, Andrew(1) MESZAROS, Gabriella(1)
ELI LILLY AND COMPANY (1); LUND UNIVERSITY, (2); 3ROYAL NATIONAL HOSPITAL FOR RHEUMATIC DISEASES (3); ST. LUKE'S INTERNATIONAL UNIVERSITY, (4); 6DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, UNIVERSITY OF LEUVEN (5)

Introducción: Ixekizumab (IXE) es un fármaco aprobado para el tratamiento de pacientes adultos con AP activa Y PSO moderada a severa. La eficacia de IXE se comparó con adalimumab (ADA) en pacientes con AP y PSO concomitante en el estudio SPIRIT-H2H (NCT03151551). Informamos los resultados alcanzados en las semanas 24 y 52 del análisis de subgrupos basados en la severidad de la psoriasis basal
Materiales y Métodos: SPIRIT-H2H fue un estudio de 52 semanas multicéntrico, aleatorizado, abierto, con enmascaramiento para los evaluadores y con grupos paralelos, que evaluó a pacientes con AP y PSO (>=de superficie corporal afectada) no tratados anteriormente con FARME biológicos (N=566). Los pacientes fueron asignados de manera aleatorizada (la aleatorización se estratificó según el uso simultáneo de FARME sintéticos convencionales y severidad de la PSO) a tratamiento con IXE o ADA. Los pacientes recibieron la dosis aprobada en función de la severidad de la PSO. Informamos los resultados de eficacia a las semanas 24 y 52 de un análisis de subgrupos de pacientes con/sin PSO moderada a severa en el nivel basal. El objetivo primario fue la proporción de pacientes que alcanzaron en forma simultánea ACR50 y PASI 100 en la semana 24. También se realizó un análisis post-hoc adicional para otros objetivos. Se realizaron modelos de regresión logística utilizando como variables independientes el tratamiento, la severidad de la PSO basal y la interacción entre el tratamiento y la severidad de la PSO en el nivel basal. Los datos faltantes se imputaron usando la imputación de no respondedores. Las diferencias en la proporción de pacientes con respuesta se evaluaron mediante la prueba exacta de Fisher.
Resultados: 49/283 pacientes tratados con IXE y 51/282 pacientes tratados con ADA tenían PSO moderada a severa al inicio del estudio. La proporción de pacientes tratados con IXE que alcanzó el resultado primario combinado de ACR50+PASI100, y PASI100 fue mayor que la del grupo tratado con ADA en las semanas 24 y 52, independientemente de la severidad de la PSO (Tabla). En relación con las articulaciones se observó una eficacia similar con IXE y ADA en ambos subgrupos. Una mejoría más rápida se vió en el grupo de IXE vs. ADA en la remisión medida por el índice de actividad mínima de la enfermedad (MDA) y actividad de la enfermedad en artritis psoriásica (DAPSA), independientemente de la severidad de la PSO, y muy baja actividad de la enfermedad (VLDA) en los pacientes con PSO moderada a severa.
Conclusiones: En pacientes con AP activa, una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con IXE alcanzaron el resultado primario combinado ACR50+PASI100 y PASI100 en la semana 52 comparado con los tratados con ADA, independientemente de la severidad de la PSO en el nivel basal. La respuesta ACR50 en las semanas 24 y 52 no se vio afectada por la dosis de IXE. Se observaron respuestas más rápidas en la remisión de los índices MDA y DAPSA con IXE que con ADA. Estos resultados fueron congruentes con los observados en la población general de SPIRIT-H2H.

114

0114 - FRECUENCIA DE AMILOIDOSIS CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DESDE EL AÑO DE EVOLUCIÓN

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

CUCCHIARO, Natalia Lili ACIAR, Mariana Mabel BELBRUNO, Leila Natalia PICCO, Eugenia BUSCHIAZZO, Emilio Andres ROJAS TESSEL, Romina Ivana LENCINA, Maria Veronica JUAREZ, Ricardo Vicente LECUMBERRY, Maria Belen CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena
HOSPITAL SMILAGO

Variables	AMILOIDOSIS	SIN AMILOIDOSIS	Coeficiente Eta
Edad inicio AR=Me(RIC)	24 (21-46)	35 (25-35)	0.198
Años AR=Me(RIC)	5 (5-15)	12 (4-22)	0.251
DAS28=Me (RIC)	5.95 (3.6-6.7)	4 (3-5.3)	0.327
SDAI=Me (RIC)	18 (9.9-38.5)	13 (9.4-21.6)	0.147
VSG=Me (RIC)	31 (15-50)	25 (11-15)	0.318
PCR=Me (RIC)	5 (1.5-14.5)	12 (4-30)	0.292

Introducción: La amilodosis sistémica subtipo AA es una de las complicaciones de la artritis reumatoidea (AR) y aumenta la mortalidad de la misma por daño de órgano blanco, principalmente renal.
Objetivos: El objetivo del presente estudio, fue describir la frecuencia de amiloidosis clínica y subclínica, en una población de pacientes con AR a partir del año de evolución.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, de pacientes que cumplían criterios ACR 1987 o ACR/EULAR 2010 para AR, consecutivos de la consulta ambulatoria, entre diciembre del 2018 y junio del 2019, que accedieron a la biopsia de grasa abdominal, incluyendo a todos los que presentaban 5 o más años de evolución de la enfermedad y entre 1 y 4, debían tener alterado al menos uno de los siguientes: proteinuria en muestra matinal mayor a 200 mg/gr, 5 o más hematíes en orina, proteína C reactiva (PCR) mayor a 6 mg/dl, eritrosedimentación (VSG) mayor a 20 mm/1er hora. Se excluyeron pacientes con diabetes mellitus, positivos para hepatitis B, C y HIV, superposición con otra enfermedad autoinmune, nefropatía de otro origen y AR menor al año de evolución. Se recolectaron datos clínicos, de laboratorio y se realizó biopsia incisional de grasa abdominal con tinción de Rojo Congo para determinar amiloidosis. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje, las continuas en mediana y rango intercuartil (RIC). Se aplicaron la prueba U de Mann Whitney, el coeficiente discriminante lineal de Fisher para analizar la probabilidad de que una variable clasifique correctamente la pertenencia o no al grupo de pacientes con amiloidosis; y el coeficiente Eta (n=0-1) para medir el grado de asociación entre las variables y la presencia de amiloidosis, considerándose relación moderada de 0,3-0,6 y fuerte, mayor a 0,6. El protocolo fue aprobado por el comité de ética hospitalario, los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, 15 (93.7%) mujeres, con una mediana de edad de 48,5 años (RIC 38.3-60.8). La mediana en años de evolución de la AR fue 8.56 (RIC 5-8.5), edad de inicio de la AR 34 años (RIC 24.35-51.5), DAS28 4.3 (RIC 3.3-5.9), SDAI 17.1 (RIC 9.7-17), eritrosedimentación (VSG) 26 mm/1hora (RIC 11.5-26), proteína C reactiva (PCR) 6 mg/dl (RIC 2.5-6). El tratamiento más frecuente fue metotrexato 15 (93.75%) sólo o combinado, 3 pacientes recibían terapia biológica y 13 (81.25%), la media de prednisona oral fue 8.75 mg (DE 9.1). Se detectó amiloidosis en 5 (31.2%) pacientes, de estos sólo 1 presentó hematuria y proteinuria, la mayoría con actividad moderada o alta, uno en remisión. No se encontró una p significativa al comparar las variables con la presencia de amiloidosis. Al aplicar las medidas de asociación: DAS28, SDAI y edad de inicio de la AR, tuvieron una importancia discriminante para clasificar a los pacientes. Mediante el coeficiente eta: DAS28 y eritrosedimentación son variables que tienen una relación moderada con la presencia de amiloidosis (Tabla 1).
Conclusiones: La amiloidosis se detectó en 1/3 de los pacientes con AR, todos a partir de los 5 años de evolución de la AR y en la mayoría comportamiento subclínico de la misma con respecto a las manifestaciones renales.

116

0116 - VARIABLES CLINICAS E HISTOLÓGICAS RELACIONADAS CON MALA EVOLUCION RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

BATTAGLIA, Ana Cecilia(1) PERROTTA, Natalia Andrea(1) MEDINA, Gustavo(1) DUBINSKY, Diana(1) PINO, María(1) DE ROSA, Marcelo(2)
DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UBA (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA (2)

Introducción: En VAA con compromiso renal, la clasificación histológica es el indicador que se ha asociado con pronóstico renal. Sin embargo, frecuentemente no se cuenta con la misma, por lo cual se intentan encontrar marcadores pronósticos clínicos.
Objetivos: Describir variables clínicas e histológicas que se asocian a insuficiencia renal en pacientes con VAA.
Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles, descriptivo, retrospectivo corte transversal. Pacientes: VAA con biopsia renal entre 2009 y 2019 con glomerulonefritis pauciinmune o histología compatible: focal, esclerótica, crescéntica, mixta. Variables: Mala evolución renal: IRC (3 meses o mas de ClCr < 60 ml/min) y/o ERT (necesidad de diálisis), edad, sexo, retraso diagnóstico, retraso en inicio del tratamiento, tipo de tratamiento, comorbilidades, tipo de vasculitis (GPA, PAM, VLR), ANCA, FFS, BVAS, VDI, clase histológica, anemia, hipoalbuminemia, HDL baja, hipocomplementemia. Se utilizó cantidad y porcentaje, media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico. Para asociación entre variables: t de Student o U de Mann Whitney. Categóricas: chi cuadrado o test exacto de Fisher. Nivel de significancia 5%. Epi Info v. 7.2.
Resultados: Se evaluaron 29/32 pacientes.17/29 (58,6%) tuvieron mala evolución renal y de estos 8/17 (47%) ERT.18 mujeres (62%).Edad media 52.28 ± 18,7 años. Mediana seguimiento 12 meses (RIQ 17).Comorbilidad más frecuente HTA (31 %), tabaquismo (17.2%), enfermedad CV (6,2%) y dislipemia (3.4%).Todos recibieron esteroides. 28/29 pacientes recibieron ciclofosfamida (CFM), de los cuales 11/29 (40%) tuvieron buena evolución renal.3 recibieron RTX por GPA de novo, 2/3 junto con CFM, 3/3 tuvieron buena evolución renal. Plasmaféresis en 8 (4 GPA, 2 PAM y 2 VLR). 6/8 evolucionaron a IRC. En 1 se combinó CFM y RTX. Requirieron hemodiálisis:12/29 (41.3%) y 10/12 (83.3%) evolucionaron a IRC (p=0.5). 4 (13.8%) recayeron y de estos 1 evolucionó a IRC. Retraso en el tratamiento: mediana de 5 días (RIC 21).No diferencias significativas con respecto al retraso en el comienzo ni el tipo de tratamiento, entre los que tuvieron mala evolución renal y quienes no (p=0.4). 14/29 (48,3%) con GPA, PAM 8/29 (27.6%) y VLR 7/29 (24.1%). Distribución fenotípica en IRC: GPA (41,2%), VLR (35.3), PAM (23.5%).VLR en su mayoría se asoció a IRC (6/7, 85.7%). GPA y PAM se distribuyeron equitativamente entre ambos grupos. Clases histológicas: crescéntica (11/29,38%), esclerótica (9/29, 31%), focal (3/29, 10,3%), mixta (6/29, 20,7%).Compromiso tubular en 26/29 biopsias (89.7%). Distribución en los pacientes con mala evolución: crescéntica (41,2%), focal (5,9%), esclerótica (35.3%), mixta (17.6%), sin diferencias estadísticas con los pacientes que no evolucionaron a IRC.13/29 (44.8%) tuvieron un valor de FFS de 1, 6/29 (20.7%) de 0, 9/29 (31%) de 2 y 1/29 (3.4%) de 3.Los que evolucionaron a IRC mayoritariamente tenían un FFS >1 (15/17, 88.2%).Esta distribución no fue significativamente diferente entre los pacientes con buena o mala evolución renal (p=0.18).BVAS basal fue 10 (DS 5.6), no hubo diferencias con respecto a la evolución renal (p=ns).Media de VDI 1,8 (DS 1.7) tampoco tuvo diferencias. 15/29 (51.7%) MPO +, 9/29 (31%) PR3 +, 1/29 (3.1%) ambos +. 20/29 (69%) ANCAp + y de estos 14/20 (70%) MPO +; 8/29 (27.6%) ANCAc+ y de estos 7/8 (87.5%) PR3 +. Creatinina (Cr) basal (mg/dl) fue 5.81 (DS 2,9) para los que evolucionaron a IRC y 1.54 (DS 0,8) para los que no (p=0.000, IC95% 2.4-6,1).La Cr a los 6 meses (mg/dl) fue 3.03 (DS 2) vs 0.95 (DS 0.2) respectivamente (p=0.003, IC95% 0.8-3.3).No diferencias significativas en edad, PCR y VSG, comorbilidades y proteinuria previas al tratamiento. Anemia en todos los pacientes tanto con IRC (p=0,06) como con ERT (p=0,53).Hipoalbuminemia en 10 pacientes con IRC (66.7%) (p= 0.7) y en 6 con ERT (85,71%) (p=0.2).HDL baja en 4 pacientes con IRC (33.3%) (p=1) y la mitad de ellos tuvo ERT (p=0.63). Hipocomplementemia en 1 paciente con IRC (9,1%) (p=0.02) el cual no evolucionó a ERT.
Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes evolucionaron a IRC y de ellos casi la mitad a ERT, siendo en su mayoría GPA. La mayoría de los que evolucionaron a IRC presentaron clase crescéntica, a diferencia de la bibliografía donde la clase más frecuente es la esclerótica. Esta diferencia puede deberse a la realización más temprana de la biopsia o las diferentes etnias. Todos presentaron anemia, HDL bajo se observó en un tercio de los pacientes con IRC y en la mitad de los que evolucionaron a ERT. La hipoalbuminemia fue frecuente en ambos grupos. No hubo datos de hipocomplementemia en todos los pacientes, pero se observó que un solo paciente evolucionó a IRC.

118

0118 - EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES ARGENTINOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: PRIMER REPORTE DEL REGISTRO SAR-COVID

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

ISNARDI, Carolina Ayelen(1) QUINTANA, Rosana(1) ROBERTS, Karen(1) MALDONADO, Federico(2) GAMBA, María Julieta(2) REYES TORRES, Alvaro(2) BERBOTTO, Guillermo(2) PISONI, Cecilia(2) TANTEN, Romina(2) MALDONADO FICCO, Hernán(2) COSATTI, Micaela(2) GERMAN, Noelia(2) ALLE, Gelsomina(2) TISSERA, Yohana(2) BAEZ, Roberto(2) CUSA, María Alejandra(2) BARBICH, Tatiana(2) ROJAS TESSEL, Ivana(2) BELLOMIO, Verónica(2) CASTRO COELLO, Vanessa(2) NIETO, Romina(2) SAVIO, Veronica(2) CASALLA, Luciana(2) DE LA VEGA, María(2) PETRUZZELLI, Sandra(2) GARCÍA, Mercedes(2) MEDINA, María Alejandra(2) REBAK, Jonathan(2) CONTI, Silvana(2) LÁZARO, María Alicia(2) ALBA, Paula(2) CALVO, María Elena(2) MAID, Pablo(2) TAKASHIMA, Lorena(2) GUGLIANONE, Debora(2) MORBIDUCCI, Julieta(2) PORTA, Sabrina(2) COGO, Karina(2) SEVERINA, María(2) MOYANO, Sebastián(2) KISLUK, Boris(2) CASTAÑOS MENESCARDI, María Sol(2) RETAMOZO, Cinthya(2) PEREZ ALAMINO, Rodolfo(2) DIEGUEZ, Carolina(2) PONS-ESTEL, Guillermo(1)
UNISAR (1); EN REPRESENTACIÓN DEL REGISTRO SAR-COVID (2)

Variables	Pacientes, n=215
Hospitalizados, n (%)	112 (52.1)
Hospitalización en UCI, n (%)	34 (15.8)
Requerimiento de VMI, n (%)	20 (9.3)
Complicaciones, n (%)	36 (16.9)
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	27 (12.6)
Tormenta de citoquinas	3 (1.4)
Sepsis / Shock Séptico	13 (6.1)
Recuperados (n=209), n (%)	142 (67.9)
Recuperados con secuelas (n=209), n (%)	15 (7.2)
No recuperados (n=209), n (%)	29 (13.9)
Fallecidos por COVID-19 (n=209), n (%)	18 (8.6)

Introducción: Con el fin de conocer el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas en nuestro país y contribuir al conocimiento mundial acerca del efecto de las terapias inmunosupresoras en este grupo, la SAR ha desarrollado el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Reumáticas y COVID-19 (SAR-COVID).
Objetivos: Evaluar en pacientes con enfermedades reumáticas del territorio argentino, tratados o no con inmunomoduladores y/o inmunosupresores, las características generales de la infección por SARS-CoV-2.
Materiales y Métodos: SAR-COVID es un registro nacional, multicéntrico, prospectivo y observacional, en el cual se incluyen de manera consecutiva pacientes de ambos sexos, >=18 años de edad, con diagnóstico de alguna enfermedad reumática en tratamiento o no con drogas inmunomoduladoras y/o inmunosupresoras que cursen o hayan cursado infección por SARS-CoV-2. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas, laboratorio y tratamientos de la infección por SARS-CoV-2, enfermedad reumática de base y el uso de terapias inmunomoduladoras y/o inmunosupresoras. Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Paquete estadístico R.
Resultados: Se incluyeron 215 pacientes de 36 centros de la Argentina, 80% de sexo femenino, con una edad media de 51.4±15.5 años. Las enfermedades reumatológicas más frecuentes fueron artritis reumatoidea (44.2%), lupus eritematoso sistémico (15.4%) y espondiloartritis (8.8%). La mayoría se encontraba en remisión (31.1%) o en mínima/baja actividad de la enfermedad (32.1%). El 77.6% recibía tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador al momento del inicio de la infección, 95 (44.6%) glucocorticoides, 134 (62.3%) drogas modificadoras de la enfermedad (DME) convencionales, 34 (15.8%) DME biológicas y 17 (7.9%) pequeñas moléculas. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 se llevó a cabo mediante PCR (96.7%), 34.9% en el departamento de urgencias, 28.4% en la consulta externa y 21.9% en el contexto de hospitalización. En el 48.9% de los casos el contagio fue comunitario y el 39.1% reportaron contacto cercano con un caso confirmado o probable. La mayoría de los pacientes presentaron síntomas (94%), siendo los más frecuentes fiebre (60.4%), tos (51.6%) y cefalea (40.6%). Durante la infección, 85 (39.5%) recibieron algún tratamiento farmacológico para la infección: dexametasona (21.4%), azitromicina (12.8%), anticoagulación (6%) y plasma de pacientes recuperados (5.1%). Los datos sobre hospitalización, complicaciones y desenlace de la infección se observan en la Tabla I.
Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con una amplia distribución de las enfermedades reumáticas hemos encontrado características clínicas similares a las reportadas por otras cohortes internacionales. En comparación con datos nacionales, la mortalidad reportada en estos pacientes es mayor. Sin embargo, cabe destacar que estos son datos tempranos recabados durante el aislamiento y que puede haber un subregistro de pacientes asintomáticos o con síntomas leves que no concurren al reumatólogo.

123

0123 - EVALUACIÓN DE PARÉNQUIMA PULMONAR Y LINEA PLEURAL POR ULTRASONOGRAFÍA: GRADO DE ACUERDO ENTRE OBSERVADORES ARGENTINOS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: IMÁGENES/ECO/US/RM
Unidad Temática 2: ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

CAZENAVE, Tomás (1) MARTIRE, María Victoria(2) ZAMORA, Natalia(3) BERTOLI, Ana(4) ZACARIAS, Johana(5) ROSA, Eduardo Javier(5) MARIN, Josefina(5) RUTA, Santiago(6) LINAREZ MARTINEZ, Miguel Alex(7) VILA, Diego(8) NATALIA ANAHI, Estrella(9) MARÍA SOLEDAD, Gálvez Elkin(10) ROSEMFFET, Marcos(1)
IREP (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); CENTRO MÉDICO KOLFF (3); INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG (4); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (5); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (6); CLÍNICA OSPM (7); HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZÁRATE (8); CENTRO DE COLUMNA. SALTA (9); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE SANTIAGO DEL ESTERO (10); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (11); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (12); CEMIC CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS " NORBERTO QUIRNO" (13); HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS CORDOBA (14); HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN (15); HOSPITAL GUEMES (16); HOSPITAL DEL MILAGRO (17); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (18); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA (19); SANATORIO MENDEZ (20); HOSPITAL SAN MARTÍN (21); CENTRO MÉDICO MITRE (22); DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (23); CEMMA (24)

Introducción: La evaluación de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es de gran interés en muchas de las enfermedades reumáticas. La detección de EPID a través de la ecografía pulmonar (EP) se basa en la identificación de 2 lesiones ecográficas: las líneas B (LB) y la irregularidad de la línea pleural (ILP). No existen datos hasta el momento del grado de acuerdo entre observadores de nuestro país.

Objetivos: Evaluar la confiabilidad de las definiciones ecográficas actuales de OMERACT para LB e ILP a través de un ejercicio de lectura de imágenes.

Materiales y Métodos: Se invitó a participar a reumatólogos con experiencia en ecografía del Grupo de Estudio de Ecografía de la SAR. Se utilizaron videos de EP tomados de pacientes con diagnóstico de EPID (Artritis Reumatoidea y Esclerosis sistémica) y sujetos sanos. Previo al ejercicio se realizó un breve entrenamiento a distancia para consensuar el método de lectura. Se les solicitó a los participantes evaluar los videos aplicando las definiciones OMERACT para LB (cuantificando su número total en cada video) y de ILP (graduada de manera semicuantitativa: 0=normal, 1=leve, 2=moderada/severa). Se realizó la lectura de 90 videos (60 para LB y 30 para ILP) de 5 segundos cada uno. Luego de un mes se re evaluaron 23 videos (15 para LB, 8 para ILP) para evaluar el acuerdo intra-observador. Definiciones OMERACT: - LB: artefactos de reverberación hiperecoica vertical que surgen de la línea pleural, se extienden hasta la parte inferior de la pantalla sin desvanecerse y se mueven sincrónicamente con el deslizamiento pulmonar. - ILP: pérdida de regularidad que puede estar asociada con un aumento del grosor, focal, difusa o nodular Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva expresando variables cuantitativas con media y desvio estandar (DE) o mediana y cuartilo 25-75, según distribución. El grado de acuerdo inter-observador se estimó por coeficiente de correlación intraclase (CCI) para LB y por estadística de kappa para ILP, y para acuerdo intra-observador: ICC para LB y porcentaje de acuerdo para LB.

Resultados: Participaron 26 ecografistas con variada experiencia en EP (años de experiencia en ecografía aplicada a reumatología 6 DE 4; número de EP realizadas 8 (cuartilo25-75: 0-50). El ejercicio mostró una confiabilidad excelente entre lectores para la definición de LB (CCI= 0.97) y moderada para irregularidad pleural (presente/ausente: kappa = 0.52). El coeficiente de correlación intra-observador para líneas B fue (CCI=0.76) y el porcentaje de acuerdo intra-observador para irregularidad pleural fue de 79%. No se encontraron diferencias en el grado de acuerdo según los años de experiencia del observador (p>0.05).

Conclusiones: En nuestro ejercicio de lectura de videos encontramos un aceptable grado de confiabilidad para las definiciones ecográficas OMERACT utilizadas en la EPID, lo que sumado a la alta sensibilidad de esta técnica nos aporta un panorama optimista para su implementación en la práctica diaria y estudios de investigación.

119

0119 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN COMPARACIÓN CON ADALIMUMAB (SPIRIT-H2H) CON Y SIN FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) SINTÉTICOS CONVENCIONALES SIMULTÁNEOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE NO FUERON TRATADOS PREVIAMENTE CON FARME BIOLÓGICOS: RESULTADOS A LAS 52 SEMANAS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS
Unidad Temática 2: ETC

ACOSTA FELQUER, Maria Laura (1) GELLETT, Amanda M.(2) LIU-LEAGE, Soyi(2) NASH, Peter(3) PILLAI, Sreekumar(2) RUDERMAN, Eric M.(4) REIS, Paulo(2) SAPIN, Christophe(2) SEBBA, Anthony(5) IMBERT TIBAUDIN, Denise(2) SMOLEN, Josef S(6)
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); ELI LILLY AND COMPANY (2); 5SCHOOL OF MEDICINE, GRIFFITH UNIVERSITY, (3); 3FEINBERG SCHOOL OF MEDICINE, NORTHWESTERN UNIVERSITY (4); 2ARTHRITIS ASSOCIATES, PALM HARBOR, (5); 1MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA (6)

Introducción: Ixekizumab (IXE) fue superior a adalimumab (ADA) en la semana 24 en logro simultáneo de ACR50 y PASI 100 de mejora con respecto al nivel basal (objetivo primario) en pacientes con artritis psoriásica en SPIRIT-H2H. También se alcanzaron ambos resultados secundarios principales: no inferioridad de IXE frente a ADA en ACR50, y superioridad de IXE frente a ADA en PASI 100 ambos en semana 24.

Materiales y Métodos: SPIRIT-H2H evaluó la eficacia y seguridad de IXE en comparación con ADA en adultos con AP no tratados anteriormente con FARME biológicos. Los pacientes con AP activa (definida como aquellos que presentan un número de articulaciones dolorosas [TJC] >= 3/68, un número de articulaciones inflamadas [SJC]>= 3/66 y una superficie corporal afectada [BSA] con psoriasis en placa activa >=3%) no tratados previamente con FARMEb y que tuvieron una respuesta previa inadecuada a 1 o mas FARMEsc fueron asignados de manera aleatorizada 1:1,según el uso simultáneo de FARMEsc en el nivel basal y el compromiso de la psoriasis en placa moderado-severa (Índice PASI >=12, BSA>= 10%) y evaluación global del médico estática (sPGA >=3), a dosis aprobadas de IXE o ADA. Se utilizaron los modelos de regresión logística y las pruebas exactas de Fisher para comparar los resultados de eficacia hasta la semana 52. Los datos faltantes se imputaron como no respondedores. Nueve pacientes con psoriasis activa y un BSA <=3% fueron evaluados como PASI=0 en basal, una inconsistencia, que se resolvió usando el criterio del médico. Estos pacientes se consideraron respondedores PASI 100 si PASI=0 y BSA=0 en consultas posteriores a la evaluación inicial.

Resultados: El 59 % (167/283) de los pacientes de IXE y 60% (169/283) de los de ADA fueron tratados en forma simultánea con MTX. En estos grupos, el 9,0% (15/167) y el 7,1% (12/169) de los pacientes de IXE y ADA, respectivamente, fueron tratados en forma simultánea con FARMEsc (sulfasalazina, ciclosporina o leflunomida). En comparación con los pacientes tratados con ADA, la proporción de pacientes tratados con IXE que alcanzaron un PASI 100 fue significativamente mayor cuando IXE se administró como monoterapia o en combinación con FARMEsc (Figuras 1A y 1C). En la semana 52, no hubo una diferencia estadística en la proporción de pacientes que alcanzaron un ACR50 con IXE y ADA, independientemente de que recibieran monoterapia o tratamiento simultáneo con FARMESsc (Figura 1B). Una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con IXE en monoterapia vs los pacientes tratados con ADA alcanzaron la actividad mínima de la enfermedad (MDA) (49% vs. 33%), mientras que las tasas de respuesta fueron similares en los dos subgrupos que recibieron tratamientos combinados (Figura 1D). La frecuencia de eventos adversos fue similar en los tres subgrupos tanto con IXE como con ADA (Figura 2).

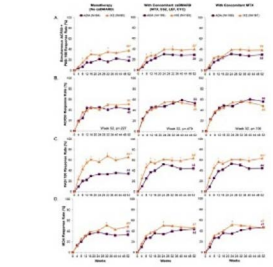


Figura 1. Proporción de pacientes que a las 52 semanas alcanzaron en forma simultánea ACR50 + PASI 100, ACR 50, PASI 100 y MDA +18 puntos adicionales. Nueve pacientes con AP activa y un BSA > 3% fueron evaluados como PASI =0 en el nivel basal, una contradicción resuelta de manera clínica, que se resolvió usando el criterio del profesional médico. Estos pacientes se consideraron respondedores PASI 100 si PASI=0 y BSA=0 en consultas posteriores a la evaluación inicial. *p< 0,05 vs. ADA; ‡p<0,01 vs. ADA; †p< 0,001 vs. ADA.

Abreviaturas: ACR, criterios del Colegio Americano de Reumatología; ADA, adalimumab; FARMEsc, FARME sintéticos convencionales; IXE, ixekizumab; MTX, metotrexato; MDA, actividad mínima de la enfermedad; AP, PASI, Índice de la severidad del área de Psoriasis.

Conclusiones: En el estudio SPIRIT-H2H, IXE demostró eficacia en múltiples resultados específicos de la AP, lo cual concuerda con los datos de estudios anteriores. IXE resultó eficaz como monoterapia o en combinación con MTX u otro FARMEsc, sin que se informaran señales inesperadas en el perfil de seguridad en ninguno de los subgrupos.

121

0121 - NÚMERO NECESARIO A TRATAR EN RESULTADOS INFORMADOS POR PACIENTES TRATADOS CON BARICITINIB PARA LOGRAR MÍNIMA DIFERENCIA CLÍNICAMENTE IMPORTANTE

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

ASNAL, Cecilia (1) KANNOWSKI, Carol L(2) ROSS TERRES, Jorge(2) SUN, Luna(2) STRAND, Vibeke(3) IMBERT TIBAUDIN, Denise(2)
HOSPITAL ALEMAN (1); ELI LILLY AND COMPANY (2); MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA, (3)

Introducción: Baricitinib (BARI) logró mejoras rápidas y sostenidas en los resultados informados por los pacientes (PROs) en ensayos aleatorizados controlados llevados a cabo en pacientes con artritis reumatoidea activa (AR) con respuesta inadecuada al metotrexato (MTX) (RA-BEAM; NCT01710358)1,2 y a FARME biológicos (FARMEb-IR; RA-BEACON; NCT01721044)3,4.

Objetivos: Evaluar el número de pacientes necesario a tratar (NNT) para informar mejoras ≥ mínimas diferencias clínicamente importantes (MCID, por su sigla en inglés) en múltiples resultados informados por los pacientes (PROs) en la semana 12 después de tratamiento con BARI 4-mg en el estudio RA-BEAM y BARI 2-mg o 4-mg en el estudio RA-BEACON

Materiales y Métodos: Se consideró clínicamente significativo NNTs ≤10 vs. placebo (PBO). Los PROs evaluados con sus respectivas definiciones MCID incluyeron la Evaluación general de la actividad de la enfermedad realizada por el paciente, (PtGA, 0-100 mm escala visual análoga [VAS], MCID ≥10 mm), dolor (0-100 mmVAS, MCID ≥10 mm), función física (Cuestionario de Evaluación de Salud -Índice de discapacidad, HAQ-DI, MCID ≥0,22 puntos), fatiga (Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas – Fatiga, FACIT-F, MCID≥ 4,0), calidad de vida relacionada con la salud (SF-36 resumen de componentes físicos, PCS, MCID ≥2.5] y índices de los dominios: función física[PF], rol físico[RF], dolor corporal[BP], salud general[GH], vitalidad[VT], función social[SF], rol emocional[RE], salud mental[MH] , MCID ≥5.0).5 Los porcentajes de pacientes que informaron mejoras ≥ MCID se calcularon en la semana 12. Los NNT se calcularon como 1/diferencia de riesgo absoluto de respuesta entre BARI 2-mg o 4-mg vs placebo.

Resultados: En la semana 12 la mayoría de los NNT fueron ≤10, siendo incluso < 5 los dominios PtGA, dolor y SF36 para RABEAM y < a 7 en todos los dominios del RABEACON (figura1). Los pacientes que reportaron MCID mejoras clínicas significativas fueron superiores y con diferencia estadística a placebo (p<0.01) con BARI 4 mg BEAM y 2mg y 4mg BEACON a lo largo de la mayoría de los PROs en ambos estudios aleatorizados

Conclusiones: En diferentes poblaciones, RI-MTX y RI-FARMEb, los pacientes con AR activa informaron mejoras clínicamente significativas en los PROs después del tratamiento con BARI. Los NNT en estos análisis indican que es necesario tratar a menos de 10 pacientes con BARI 2- o 4-mg para informar un beneficio clínicamente significativo en los PROs.

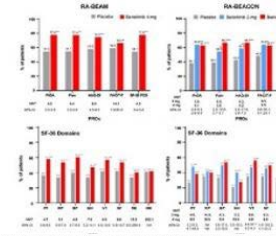


Figura. Porcentajes de pacientes que informaron mejoras ≥ MCID con baricitinib vs. placebo y NNT asociados para baricitinib en los estudios RA-BEAM y RA-BEACON. *p<0.05, **<0.01, ***p<0.001. DC, dolor corporal; FACIT-F, Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas – Fatiga; MH, salud general; HAQ-DI, Cuestionario de Evaluación de Salud-Índice de discapacidad; MCID, Diferencia mínima clínicamente importante; SM, salud mental; NC, no corresponde (no decir, la diferencia entre brazo de tratamiento y el de placebo no es estadísticamente significativa, no se calcula el intervalo de confianza de NNT); NNT, número de pacientes que es necesario tratar. Dolor: evaluación del dolor por parte del paciente; RCF, resumen del componente físico; FF, función física; PtGA, Evaluación general de la actividad de la enfermedad realizada por el paciente; RE, rol emocional; RF rol físico; SF-36, Cuestionario de salud SF-36; FS, función social; V, vitalidad.

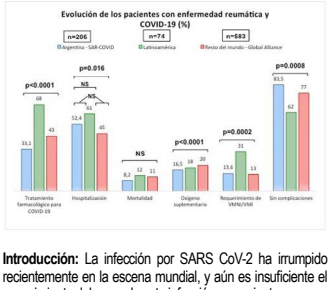
120

0120 - COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: COMPARACIÓN DE LOS DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO (SAR-COVID), CON EL LATINOAMERICANO Y EL GLOBAL (GLOBAL RHEUMATOLOGY ALLIANCE)

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

REYES TORRES, Alvaro Andrés (1) ALLE, Gelsomina(1) TANTEN, Romina(1) SCOLNIK, Marina(1) SORIANO, Enrique(1) MALDONADO, Federico(2) GAMBA, Julieta(2) BERBOTTO, Guillermo(2) PISONI, Cecilia(2) MALDONADO, Hernan(2) COSATTI, Micaela(2) GERMÁN, Noelia(2) TISSERA, Yohana(2) BAEZ, Roberto(2) CUSA, Maria(2) BARBICH, Tatiana(2) ROJAS, Ivana(2) BELLOMIO, Veronica(2) CASTRO, Vanessa(2) NIETO, Romina(2) SAVIO, Veronica(2) CASALLA, Luciana(2) DE LA VEGA, Maria(2) PETRUZZELLI, Sandra(2) GARCIA, Mercedes(2) MEDINA, Maria(2) REBAK, Jonathan(2) CONTI, Silvana(2) LAZARO, Ma. Alicia(2) PAULA, Alba(2) CALVO, Maria(2) MAID, Pablo(2) TAKASHIMA, Lorena(2) GUAGLIANONE, Debora(2) MORBIDUCCI, Julieta(2) PORTA, Sabrina(2) COGO, Karina(2) SEVERINA, Maria(2) MOYANO, Sebastian(1) KISLUK, Boris(2) CASTAÑOS, Maria(2) RETAMOZO, Cinthya(2) PEREZ, Rodolfo(2) DIEGUEZ, Carolina(2) ROBERTS, Karen(3) QUINTANA, Rosana(4) ISNARDI, Carolina(4) PONS-ESTEL, Guillermo(3)
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (1); EN REPRESENTACIÓN DE SAR-COVID (2); UNISAR (3); UNISAR (4)

	SAR COVID (n=206)	Latino America (n=74)	Resto del mundo Global Alliance (n=583)	p Global	p SAR vs Latino Am	p SAR vs resto del mundo
Femenino, n (%)	160 (80.6)	54 (72)	412 (71)	**0.0219**	0.3724	**0.0104**
Edad, media (DE)	50.9 (15.2)	53.5 (15.6)	55.8 (15.5)	**0.0003**	**0.0002**	**0.0011**
Etnia n (%)						
Caucásicos	94 (53.9)	9 (12)	373 (64)	**<0.0001**	**<0.0001**	**<0.0001**
Afroamericanos	2 (1.1)	2 (3)	79 (13)			
Latinoamericanos	79 (44.9)	63 (85)	87 (15)			
Asiáticos	0 (0)	0 (0)	15 (3)			
Tabaquismo, n (%)	56 (28.7)	11 (15)	127 (22)	**0.0416**	**0.015**	**0.021**
Comorbilidades n (%)						
HTA	57 (27.9)	22 (30)	195 (33)	0.2969		
Enf Pulmonar	27 (13.1)	11 (15)	127 (22)	**0.01539**	0.3064	**0.0104**
Enf Cardiovascular	10 (4.8)	3 (4)	63 (11)	**0.01115**	0.555	**0.017**
Diabetes Mellitus 2	16 (7.8)	8 (11)	69 (12)	0.2998		
Obesidad Mórbida	3 (1.4)	4 (5)	29 (5)	0.06124		
Diagnósticos reumáticos/ Autoinmunes mas frecuentes n (%)						
AR	92 (44.6)	26 (35)	205 (35)	0.2168		
LES	33 (16.2)	16 (22)	80 (14)	0.1766		
APS	14 (6.8)	2 (3)	75 (13)	**0.0036**	0.313	**0.024**
Espondiloartritis	5 (2.4)	7 (9)	48 (8)	**0.01279**	**0.0259**	**0.0403**
Vasculitis	11 (5.3)	4 (6)	55 (9)	0.1168		
Tto previo a COVID-19 n (%)						
AINES	43 (20.9)	19 (26)	106 (19)	0.2000		
Glucocorticoides	93 (45.1)	38 (51)	160 (31)	**<0.0001**	0.43429	**0.00045**
DMARDs sintéticos	132 (64.1)	60 (81)	392 (69)	**0.01968**	**0.011**	0.772
Antimaláricos	46 (22.6)	29 (38)	123 (21)	**0.0049**	**0.0113**	0.6907
DMARD biológicos	54 (26.5)	12 (16)	205 (35)	**<0.0001**	0.3999	**<0.0001**
Diagnóstico COVID19 (PCR)	200 (97.1)	61 (88)	526 (73)	**<0.0001**	**<0.0001**	**<0.0001**



Introducción: La infección por SARS CoV-2 ha irrumpido recientemente en la escena mundial, y aún es insuficiente el conocimiento del curso de esta infección en pacientes con enfermedades reumáticas recibiendo tratamiento inmunomodulador. La Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) diseñó un registro nacional denominado SAR-COVID con el fin de conocer nuestra realidad.

Materiales y Métodos: El SAR-COVID es un registro nacional, multicéntrico, prospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria e infección por SARS-CoV-2 por PCR o serología positiva, cargados de manera retrospectiva entre el 13 de agosto y 30 de septiembre de 2020. Se excluyeron pacientes con patología reumática no inflamatoria (como osteoartritis, fibromialgia, osteoporosis). Se registraron datos sociodemográficos, enfermedad reumática de base (actividad de la enfermedad, tratamiento actual), comorbilidades, características clínico-analíticas de la infección por SARS-CoV-2, así como tratamientos (farmacológico, oxigenoterapia/soporte ventilatorio), complicaciones (SDRA, sepsis, infección secundaria, miocarditis / insuficiencia cardíaca, tormenta de citoquinas) y desenlaces (hospitalización, mortalidad). Se conformaron 3 grupos: Grupo 1 - cohorte argentina, Grupo 2 - cohorte latinoamericana, y Grupo 3 - resto del mundo, comparando las características de los pacientes incluidos en los 3 registros. Se realizó estadística descriptiva. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA, chi2 o test de Fisher, de acuerdo al tipo de variable.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes de Argentina, 74 pacientes de América Latina y 583 del resto del mundo, en su mayoría mujeres en los tres grupos (80.6%, 73% y 71% respectivamente), con una edad media de 50.9 (DE 15.2), 53.51 (DE 15.6) y 55.81 (15.57), respectivamente. Las enfermedades reumáticas más frecuentes en los tres grupos fueron artritis reumatoide (44.6%, 35% y 39%, respectivamente) y lupus eritematoso sistémico (16.2%, 22% y 14%) (Tabla 1). En Argentina menor cantidad de pacientes recibió tratamiento farmacológico específico para COVID-19 en relación a los otros 2 grupos (33.1%, 68% y 43% respectivamente, p<0.0001), y hubo un menor requerimiento de VMNI/VMI que en latinoamérica (13.6% vs 31% p 0.0015) pero sin diferencia con el resto del mundo (13.6% vs 13%, p 0.93). El requerimiento de hospitalización fue de 52.4% en Argentina, 61% y 45% en Latinoamérica y resto del mundo respectivamente (p 0.016), y la mortalidad fue numéricamente menor en Argentina, pero sin diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos (8.2%, 12% y 11%; p 0.50). Un 83.5% de pacientes no presentaron ninguna complicación en Argentina, con diferencia estadísticamente significativa con el resto de los grupos (62% y 77%, con p 0.0008) (Gráfico 1).

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 de Argentina reportados en este registro, recibieron menos tratamiento farmacológico específico para COVID-19 y presentaron menos complicaciones que lo registrado en otros países. Además, requirieron menos soporte ventilatorio que los pacientes de la cohorte latinoamericana. Finalmente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad.

124

0124 - INCIDENCIA Y GRAVEDAD DE COVID-19 EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN ARGENTINA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

MARTIRE, María Victoria (1) AIROLDI, Carla(2) COSENTINO, Vanesa(3) GIRARD BOSCH, Paula(1) ZELAYA, David(4) SOMMERFLEK, Fernando(5) BENEGAS, Mariana(5) ACOSTA FELQUER, Laura(6) GALVEZ ELKIN, Soledad(7) MEDINA, Alejandra(8) LUIS, Ramiro(3) VILA, Diego(9) PENDÓN, Gisela(10) NIETO, Romina(2) KERZBERG, Eduardo(3) SATURANSKY, Etel(5)
**INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (3); HOSPITAL RAMOS MEJIA (4); SANATORIO MENDEZ (5); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (6); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE SANTIAGO DEL ESTERO (7); HOSPITAL TORNÚ (8); HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZÁRATE (9); HOSPITAL GUTIERREZ (10); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (11); HOSPITAL SAN MARTÍN (12); HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN (13); HOSPITAL DEL MILAGRO (14); HOSPITAL TORNÚ (15); HOSPITAL RIVADAVIA (16); CLÍNICA MONTE GRANDE (17); CEMIC (18); PSORIAHUE (19); HOSPITAL POSADAS (20); HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO (21)

Variable	n=320
IMC mediana (C25-75)	26 (24-31)
HLA B27	77/168 (85.3%)
HTA n (%)	88 (27.5)
DIABETES n (%)	35 (10.9)
ACV/AIT n(%)	7 (2.2)
INSUFICIENCIA CARDIACA n (%)	6 (1.9)
HIV n (%)	1 (0.3)
Insuficiencia renal crónica n (%)	3 (0.9)
ASMA n (%)	9 (2.8)
EPOC n (%)	5 (1.6)
Ansiedad/depresión n (%)	42 (13)
Cáncer en remisión n (%)	7 (2.2)
EII n (%)	12 (3.8)
Uveitis n (%)	29 (9.1)
Psoriasis n (%)	205 (64)
Artritis Reactiva n (%)	9 (2.8)
Vacuna anti influenza 2020 n (%)	276 (86)
Vacuna anti neumococo 23	248 (77.5)
Vacuna anti neumococo 13	251 (78)
Metotrexato n (%)	169 (53)
Leflunomida n (%)	21 (6.6)
Anti TNF n (%)	125 (39)
Secukinumab n (%)	48 (15)
Tofacitinib n (%)	4 (1.3)
Ustekinumab n (%)	4 (1.3)
Ixekizumab n (%)	2 (0.6)
Enalapril n (%)	48 (15)
Losartán n (%)	25 (7.8)

Introducción: Existen escasos datos a nivel mundial sobre el comportamiento del SARS-COV-2 en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, tratados con inmunomoduladores y fármacos biológicos. En nuestro país no contamos con información sobre la incidencia y desenlace de la infección por este nuevo virus en pacientes con Espondiloartritis (EspA).

Objetivos: describir la incidencia y gravedad de la enfermedad COVID-19 en pacientes con Espondiloartritis en Argentina.

Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes >o= 18 años, con diagnóstico de Espondiloartritis axial (EspAax) radiológica (EA) y no radiológica (EspAax-nr), Espondiloartritis periférica (según criterios ASAS) y Artritis psoriásica (APs) (según criterios CASPAR). Se recolectaron basalmente datos sociodemográficos, comorbilidades, actividad de la enfermedad y tratamientos. Los pacientes fueron seguidos virtual o presencialmente (en caso de concurrir a consulta), de manera mensual. En el seguimiento se evaluó: presencia de síntomas compatibles con COVID-19, consultas por sospecha diagnóstica, realización de hisopado nasofaríngeo, contacto estrecho y resultado de test diagnóstico (reacción en cadena de polimerasa para SARS-COV-2 [PCR SARS-COV-2]), lugar de seguimiento en caso de enfermedad, tratamientos recibidos y desenlace. Se incluyeron pacientes desde el 1/4/2020 al 20/9/2020. Se realizó estadística descriptiva con media y desvío estándar (DE) y mediana y cuartil 25-75 según distribución, y se calculó la incidencia acumulada (IA) de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 320 pacientes, de los cuales 55% son de sexo masculino, con una edad media de 50 (DE 13). El 21.6% tenia diagnóstico de EA, 6.9 % EspAax-nr, 6.9% EspAp, y 64.7% APs. La mediana de tiempo de evolución su enfermedad fue de 11 años (5-16). Actividad de la enfermedad al momento de su inclusión en el estudio: BASDAI 3.65 (DS3), BASFI 3 (1.5-9), PASI 0.3 (p25-p75 0-7), BSA 0.2 (p25-p75 0-6). En la tabla 1 se detallan datos de los pacientes. Se reportaron 14 casos de COVID-19 (4.4%). El criterio diagnóstico en 10 pacientes fue por PCR positiva y 4 por síntomas característicos más contacto estrecho positivo. El 93% (n 13) de los casos fueron pacientes de Provincia de Buenos y CABA y sólo 1 paciente de Santiago del Estero. La IA total del país fue de 0.04, IA Provincia de Buenos Aires más CABA: 0.04, IA resto de las provincias: 0.01. De los 14 pacientes con COVID-19, 7 (50%) eran hombres, 4 tienen diagnóstico de EA, 1 de EspAax-nr, 9 (64.3%) APs. El 100% habita en zona urbana, 79% tiene obra social, 2 (14%) tienen HTA, 1 (7) DBT, 4 (28.6), hipotiroidismo, 1 (7%) EPOC, 2 (14%) Depresión o Ansiedad. El 97.9% (n 11) había recibido vacuna antigripal 2020, 13 (93%) anti-neumocócica 23 valente, 14 (100%) la 13 valente. Con respecto a los tratamientos: 4 pacientes (28.6%) estaban en tratamiento con anti-TNF (3 con adalimumab y uno con certolizumab pegol), 4 (28.6) con anti-IL17 (3 con secukinumab y 1 con ixekizumab), 8 (57%) metotrexato y 2 (14%) leflunomida, uno (7%) estaba bajo tratamiento con enalapril y uno (7%) con losartán. La mayoría de los pacientes 71.4% (n 10) tuvo seguimiento domiciliario de la enfermedad, 3 (21.4%) requirieron internación en sala común y 1 (7) en unidad de cuidados intensivos. Un paciente recibió tratamiento anti-viral, uno antibiótico y uno con esteroides. No se registró ninguna muerte por COVID-19 durante el seguimiento.

Conclusiones: Se encontró una incidencia de 4.4% de COVID-19 en esta población con EspA, la mayoría de los casos sucedieron en Provincia de Buenos Aires y CABA, la mayoría fueron cuadros leves y no hubo muertes reportadas.

125

0125 - VALORACION DE LAS DIFICULTADES LABORALES, MODIFICACIONES Y USO DE ADAPTACIONES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: DESARROLLO DE DOS CUESTIONARIOS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

BENEGAS, Mariana (1) SATURANSKY, Ethel(1) SOMMERFLECK, Fernando(1) ASCIMANI, Carlos(1) KERZBERG, Eduardo(2) ALVAREZ, Damaris(3) FLORES, Daniela(2) AIROLDI, Carla(4) YUJRA VENTURA, Pamela(5) PAPASIDERO, Silvia Beatriz(5) MARTIRÉ, Victoria(6) CASALLA, Luciana(7)
SANATORIO JULIO MÉNDEZ (1); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (2); HOSPITAL RAMOS MEJIA (3); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (4); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (5); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (6); CONSULTORIO PARTICULAR (7)

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica y discapacitante que se relaciona con dificultades tanto en actividades de la vida diaria como laborales, afectando la productividad laboral. Existe escasa información sobre adaptaciones al medio laboral en estos pacientes

Objetivos: 1) Obtener cuestionarios para el reporte de dificultades laborales y adaptaciones en el ámbito laboral para pacientes con AR laboralmente activos 2) Identificar factores asociados a las dificultades laborales y al uso de modificaciones y adaptaciones en el ámbito laboral reportadas por pacientes con AR laboralmente activos

Materiales y Métodos: Se desarrollaron dos cuestionarios auto-administrados. DificuLtAR: dificultades laborales en AR compuesto por 9 preguntas con 4 opciones de respuesta en escala de Likert (codificadas de 0 a 3, mayor valor a mayor dificultad). ModAL: modificaciones y adaptaciones laborales compuesto por 11 preguntas con 3 opciones de respuesta (codificadas de 0 a 2, mayor valor a mayores adaptaciones). Se realizó una prueba de comprensión en 30 pacientes con AR, la cual permitió adaptar las preguntas. Las versiones definitivas fueron aplicadas a 123 pacientes ≥18 años de ambos sexos con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) y laboralmente activos. Se exploró confiabilidad con alfa de Cronbach (DificuLtAR=0,90 y ModAL=0,83) y validez de constructo mediante factor analysis. Valores de Eigenvalue para un único factor aceptables (DificuLtAR=0,91 y ModAL=0,75) y coeficientes de correlaciones mayores a 0,40 para todas las preguntas de ambos cuestionarios luego de la rotación varimax. Se calcularon coeficientes de correlación de Spearman para analizar la relación de los cuestionarios (suma de valores de las respuestas) con actividad de la enfermedad, calidad de vida y productividad laboral medida a través del WPAI. Se consideró significativo un valor de p<0.05.

Resultados: Se analizaron datos de 123 pacientes, 82% mujeres, edad 50 años (DE ±10), nivel de educación 11 años (DE ± 4); mediana de tiempo de evolución de la enfermedad: 72 meses (RIC 36-120). La mediana de DAS28 3,16 (RIC 2,1-4,23), SDAI 8 (RIC 4-15,5) y HAQ 0,5 (RIC 0-1,125). El 71% tenían un empleo formal asalariado y el 78% era a predominio manual, la media de horas de trabajo semanales fue de 33 (DE±13). La mediana de WPAI (productividad laboral) fue de 20 (RIC 0-50). Las actividades con mayor dificultad fueron: trabajar agachado (73%) y trabajar con las manos (61%). Las modificaciones más frecuentes fueron: tomar pausas durante la jornada laboral (70%) y realizar cambios en las horas laborales (55%). El 5% utilizó algún dispositivo ergonométrico. El cuestionario DificuLtAR presentó una mediana de 4 (RIC 2-9) y correlación significativa con HAQ (r=0,73; p <0,001), ModAL (r= 0,70; p <0,001), pérdida de productividad laboral (r= 0,65; p <0,001), DAS28 (r=0,49; p <0,001) y EVA fatiga (r=0,50; p <0,001). El ModAL presentó una mediana de 3 (RIC 1-5) y correlación significativa con HAQ (r=0,60; p <0,001), pérdida de productividad laboral (r=0,57; p <0,001) y DAS28 (r=0,47; p <0,001)

Conclusiones: Se lograron cuestionarios para dificultades y modificaciones laborales con aceptable confiabilidad y validez de constructo. El 87% presentó alguna dificultad laboral, las más frecuentes fueron trabajar con las manos y agachado de rodillas. El 78% realizó alguna modificación/adaptación en el ámbito laboral como tomar pausas o reducción de horas laborales. A pesar de que la mayor dificultad fue trabajar con las manos, solo el 5% utilizó algún dispositivo ergonométrico

127

0127 - ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y ROL DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

QUAGLIA, Maria Isabel (1) SAVIO, Verónica Gabriela(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) ALONSO, Carla Gimena(1) ALBIERO, Juan Alejandro(1) GOBBI, Carla(2) MALDINI, Carla(1) LEWIS, Daniela(3) CASTRILLÓN, María Elena(3) ALBA, Paula Beatriz(1)
CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (1); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (2); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (3)

Variables	N=42
Edad (años)	54.50 (41.75-60.75)
Sexo femenino n (%)	25 (60)
Duración de PsC (años)	16 (6.75-23.75)
PsC en placa n (%)	39 (93)
Duración de APs (meses)	12 (12-72)
HTA n (%)	15 (36)
DM n (%)	10 (24)
DLP n (%)	13 (31)
Obesidad n (%)	20 (48)
Tabaquismo n (%)	8 (19)
PASI	2.8 (1.0-11.3)
BSA %	2.0 (1.0-10.0)
DAPSA alta actividad n (%)	13 (5)
DAPSA moderada actividad n (%)	15 (38)
DAPSA baja actividad n (%)	17 (43)
DAPSA remisión n (%)	3/40 (8)
MDA remisión n (%)	11/40 (28)

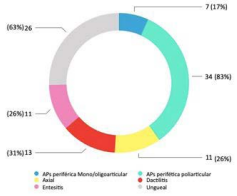


Gráfico 1. Frecuencia del compromiso por dominios

Introducción: La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria crónica. Se asocia con una mayor morbimortalidad cardiovascular (CV) por aumento de los factores de riesgo CV clásicos y por inflamación sistémica sostenida. EULAR sugiere la evaluación del riesgo CV a través del SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) por el factor 1.5 e incluye a la ultrasonografía (US) para la detección de Aterosclerosis subclínica (ATEsc). Algunos estudios objetivaron que los scores de riesgo CV lo subestiman; por lo que la US carotídea (USc) podría recategorizar el riesgo CV intermedio y bajo en categorías más altas e influir en el tratamiento.
Objetivos: Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular a través de SCORE y USc en pacientes con APs.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de corte transversal, en una clínica de Espondiloartritis entre Julio/2019-2020. Inclusión: pacientes con diagnóstico de APs según criterios de Caspar, mayores de 18 años. Exclusión: evento CV previo. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetets (DM), Dislipemia (DLP) y obesidad), tabaquismo, tiempo de evolución de APs, Psoriasis cutánea (Ps), y dominios de la enfermedad. La actividad de la enfermedad se evaluó por PASI, BSA y DAPSA. Se consideró remisión por DAPSA y MDA. Se estratificó el riesgo CV según SCORE. Se definió ATEsc a la presencia de engrosamiento miointimal (IMT) y de placa aterosesclerótica. Las variables continuas se expresaron como mediana y rangos intercuartilos, las categóricas como frecuencia. Para su análisis se utilizó el test de Chi2 (test paramétrico) o de Fisher (test no paramétrico). Valor de p<0.05 se consideró significativo.
Resultados: Se incluyeron 42 pacientes. La tabla muestra las características clínicas de los pacientes, el gráfico los dominios. El 80.5% (33/41) presentó riesgo CV moderado y 19.5% (8/41) alto-muy alto. Se realizó USc a 38/42 pacientes, el 31,5% evidenció ATEsc: 6 (15.7%) con IMT y 10 placa carotídea (26%). Se relacionó significativamente el grupo con alto riesgo CV a la presencia de ATEsc (p= 0.01), presentando hallazgos compatibles el 16% del grupo moderado. No se halló relación entre ATEsc y la ausencia de factores de riesgo CV clásicos (p= 0.4); tampoco con el compromiso de la APS según dominios (p>0.05). No se encontró relación entre ATEsc y actividad de la enfermedad (p= 0.91), tampoco entre los pacientes con MDA (p= 0.12).
Conclusiones: Es fundamental la evaluación del riesgo CV en todos los pacientes con APS. La estratificación por SCORE combinado con la USc para detección precoz de ATEsc son herramientas útiles.

128

0128 - MANIFESTACIONES INFRECUENTES DE UNA GRAN SIMULADORA: NEUROSARCOIDOSIS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

ANTONIOL, Noelia GARAT, Oscar Emanuel MARRODAN, Mariano HERNÁNDEZ, Micaela Anahí KÖHLER, Alejandro Alfredo CORREALE, Jorge PERANDONES, Carlos E.
FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI)

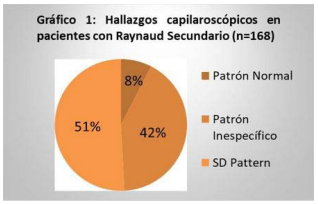
Objetivos: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, multisistémica, con gran variedad de presentaciones clínicas. Los tejidos más frecuentemente afectados son pulmón, piel, ojos y ganglios linfáticos. El compromiso del sistema nervioso central, neurosarcoidosis (NS), es infrecuente representando entre un 5% a 20% en las diferentes cohortes. El pleomorfismo del compromiso neurológico representa un desafío ya que obliga a descartar enfermedades infecciosas, neoplásicas o autoinmunes. El objetivo de este trabajo es describir las variables clínicas, demográficas, métodos diagnósticos y tratamiento utilizados en una serie de casos de pacientes (pts) con NS.
Materiales y Métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pts con NS evaluados en un único centro entre los años 2012 al 2020. Los diagnósticos se basaron en los criterios del consenso de NS (2018) clasificando a los pts como NS posible, probable o definida. Se analizaron los datos demográficos, antecedentes, manifestaciones clínicas, estudios complementarios, tratamientos y respuesta clínica.
Resultados: Se detectaron 6 ptes (4 Mujeres) con NS en el periodo de evaluación. La edad media de inicio de síntomas neurológicos fue de 52 años (DE +/- 6,22), el tiempo medio de demora al diagnóstica fue de 19.9 meses (DE+/- 14,3). Tres ptes reunieron criterios para NS probable y 3 para posible. Al momento de la evaluación neurológica inicial ningún paciente tenía diagnóstico de sarcoidosis. Todos los ptes presentaban afectación sistémica, siendo el compromiso intratorácico (5 ptes) y la piel (4 ptes) las áreas más afectadas. Los síntomas neurológicos más frecuentes fueron cefalea (5 ptes), disminución de agudeza visual (3 ptes), neuropatía craneal (3 ptes) y déficit motor (3 ptes). Cinco ptes presentaron enzima convertidora de angiotensina (ECA) elevada en suero. En el líquido cefalorraquídeo se encontró pleocitosis, hiperproteinorraquia y/o hipoglucorraquia en 3 ptes y ECA elevada en 5 ptes. La resonancia magnética evidenció realce meníngeo y lesiones en sustancia blanca en 4 pts. La confirmación diagnóstica por biopsia se realizó sobre lesiones cutáneas en 2 ptes y sobre biopsia ganglionar en 1 paciente. Todos los ptes recibieron tratamiento con corticoides (dosis: 20 a 60 mg/día), 3 ptes tuvieron buena respuesta y 3 ptes requirieron otros tratamientos complementarios (metotrexate, ciclofosfamida).
Conclusiones: La presentación clínica de la NS es heterogénea. Todos los ptes presentaban manifestaciones sistémicas sin diagnóstico de Sarcoidosis previo.
: La presentación clínica de la NS es heterogénea. Todos los ptes presentaban manifestaciones sistémicas sin diagnóstico de Sarcoidosis previo.

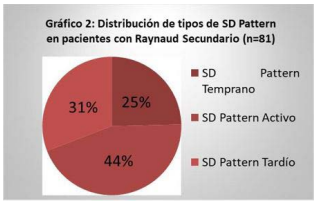
129

0129 - HALLAZGOS DEMOGRAFICOS, CLINICOS Y CAPILAROSCOPICOS EN PACIENTES CON FENOMENO DE RAYNAUD PRIMARIO Y SECUNDARIO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: IMÁGENES/ECO/US/RM

TRALICE, Elda Rossella | LLOVES SCHENONE, Nicolás Martín | TAMBORENEA, Natalia | ROMANINI, Félix Enrique | SECCO, Anastasia
HOSPITAL RIVADAVIA





Introducción: El Fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico episódico reversible desencadenado por el frío o las emociones. Existen dos tipos: primario o secundario, el cual se asocia con enfermedades del tejido conectivo (ETC). La capilaroscopía del pliegue ungueal es una herramienta sencilla, no invasiva y útil que permite describir las anomalías microvasculares en pacientes con fenómeno de Raynaud secundario a ETC.
Objetivos: Describir los hallazgos de capilaroscopía de pacientes con FR primario y secundario. Comparar las características demográficas y clínicas entre ambos grupos.
Materiales y Métodos: Diseño: estudio observacional, analítico, transversal. Se realizó capilaroscopía del pliegue ungueal en manos, incluyendo 8 dedos, por médicos capacitados en todos los pacientes remitidos entre Julio y Diciembre de 2019. Asimismo, se documentaron: edad, ocupación, evolución temporal del FR, diagnóstico y tratamiento; alteraciones morfológicas de capilares detalladas como: dilatación del asa aferente, ectasias, megacapilares, tortuosidades, capilares finos y alargados, microhemorragias, arborificaciones, dilatación capilar, capilares entrecruzados, plexo venoso subpapilar; densidad capilar, visibilidad, color y patrón SD (esclerodermia) de acuerdo con la descripción de Cutolo en patrón SD temprano, activo y tardío. Se realizó estadística descriptiva de las variables. Para variables categóricas se utilizó Chi2 y Test exacto de Fisher; para variables continuas t test o Man Whitney, considerando estadísticamente significativa p<0.05.
Resultados: Se incluyeron 290 pacientes. El 84% (n: 246) eran mujeres. La media de edad en años fue 47 (±19). Se realizaron 290 videocapilaroscopías del pliegue ungueal, 122 en pacientes con FR primario y 168 con FR secundario. En los pacientes con FR primario, el 18% (n: 23) de las capilaroscopias fueron normales y el 81% (n: 99) presentaron un patrón Inespecífico. Los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con FR Secundario se muestran en el Gráfico 1 y 2. Los desórdenes más frecuentemente asociados a este grupo fueron Esclerosis Sistémica (ES)(43%), Artritis Reumatoidea (AR) (11%), Lupus Eritematoso Sistémico (8%), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) (6,5%), Síndrome de Sjogren primario (SSp) (6%) y Síndrome de Superposición (3,5%).En los pacientes con FR secundario, el patrón inespecífico fue lo más frecuentemente observado; según patología de base predominaron los siguientes hallazgos : capilares entrecruzados (LES), capilares arborificados y entrecruzados (EMTC) , y ectasias (Ssp). Las patologías que evidenciaron Patrón SD fueron: ES, EMTC, AR, Dermatomiositis, Síndrome de superposición. Al hacer el análisis comparativo entre los pacientes con FR primario y secundario, encontramos diferencias estadísticamente significativas: tiempo de evolución de FR en meses (12 versus 36, p<0,01), presencia de capilaroscopía normal (18,85% versus 7,4%, p<0.01), presencia de patrón inespecífico en capilaroscopía (81,14% versus 41%, p<0,01) en pacientes con FR primario y secundario, respectivamente.
Conclusiones: En el presente estudio se encontraron diferencias clínicas y a nivel capilaroscópico entre los pacientes con FR primario vs secundario. El FR secundario se asoció a un mayor tiempo de evolución del FR y a mayor frecuencia de anomalías capilares, lo cual es consistente con estudios previamente publicados.

131

0131 - PACIENTES DIFERENTES, EL MISMO DILEMA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatria
Unidad Temática: PEDIATRÍA
Unidad Temática 2: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

VIDAL, Daniela | VIDAL, Daniela
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD

Introducción: Las enfermedades infecciosas, tienen importancia en el diagnóstico diferencial de Enfermedades Reumáticas, como Lupus Eritematoso Sistémico. Es sabido que la Endocarditis Infecciosa (EI) no se limita al compromiso cardiaco, además, se han reportado alteraciones inmunológicas asociadas, cuya implicancia fisiopatogénica permanece incierta
Objetivos: Presentar dos casos de EI que mimetizaron o se asociaron a LES.
Resultados: CASO 1: Niño, 11 años con cardiopatía congénita, ingresó en mal estado general, fiebre, taquicardia, palidez y soplo sistólico 4/6 con frémito. Hb: 4.9g/dl, Hto:16%, GB:18600/mm3, plaq:263000/mm3, VSG:100mm, PCR:72.5mg/L, Urea:119mg/dl Cr:5mg/dl. Proteinuria, hemoglobinuria, Indice P/C:2, C3:30, C4:2, Coombs D:++. Ecografía abdominal: esplenomegalia, pérdida diferenciación cortico-medular. Ecocardiograma:L-TGV, derrame pericárdico, disfunciónVI. Tratamiento: transfusión de GRS, ATB, digoxina y diuréticos. Mejoría. Biopsia renal: esclerosis glomerular, semilunas, IF(+): IgG, IgM, C3, C1q. Cultivos negativos. ANA, Ac ADN, ANCA y ENA negativos, antifosfolípidos y anti C1q positivos. Diagnóstico: LES, se indican esteroides. Al mes: fiebre, taquicardia, palidez y soplo continuo 5/6. Hb:7g/dl, GB:5450mm, urea:200mg/dl, Cr:2.83mg/dl, C3:89, C4:15. Ecocardiograma: vegetación en válvula pulmonar, derrame pericárdico. Hemocultivo: StreptococcusViridans. Tratamiento antibiótico.
Conclusiones: Ambos casos representaron un desafío diagnóstico, hasta el día de hoy, uno de ellos, sigue siendo un dilema.

132

0132 - SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO OBSTÉTRICO Y TROMBÓTICO: ¿DOS ENTIDADES DIFERENTES?

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

SERRANO, Rosa (1) NIETO, Romina(2) PORTA, Sabrina Valeria(3) ROBERTS, Karen(4) LEMA, Luis(5) MALDINI, Carla(6) SAVIO, Verónica(7) GOIZUELTA, Cecilia(8) LOBO, Victoria(8) CUCCHIARO, Natalia Lili(9) IZAGUIRRE, Pia(10) SACNUN, Mónica(2) GUAGLIANONE, Débora(2) BROLL, Ariel(8) TISSERA, Yohana(7)
CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR). GRUPO OROÑO, ROSARIO (1); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA (3); UNISAR (4); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA (5); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA (6); HOSPITAL CORDOBA (7); SANATORIO 9 DE JULIO (8); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (9); HOSPITAL RAMOS MEJIA (10); HOSPITAL EL CRUCE (11); HIGA SAN MARTIN (12); HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA (13); CEMIC (14); SANATORIO ALLENDE (15); FLENI (16); HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD (17); HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (18); INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES (19); CONSULTORIOS LA RIOJA (20); SANATORIO DIAGNÓSTICO (21); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (22); CLÍNICA DEL PILAR (23); INSTITUTO LANARI (24); SANATORIO GÜEMES (25); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (26); HOSPITAL DE INFECCIOSAS DR. FRANCISCO MUÑIZ (27); CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA (28); CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS. GO CREAR (29); HOSPITAL CÓRDOBA - MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA (30)

	SAF Obstétrico Aislado (n=52)	SAF trombótico aislado (n=47)	p
Asociado a LES, n (%)	11(21.2)	28 (59.6)	0.0002
aGAPSS, mediana (RIQ)	4 (5)	8 (5)	<0.0001
Edad, media (DE)	39.3 (6.24)	43.1 (13.5)	<0.0001
Hipertension arterial, n (%)	5 (9.6)	15 (31.9)	0.0121
Dislipidemia, n (%)	4 (7.7)	12(25.5)	0.0267
Diabetes, n (%)	3 (5.8)	2(4.3)	0.9999
Obesidad, n (%)	8 (15.4)	4 (8.5)	0.2912
Tabaquismo, n (%)	11 (21.1)	13 (27.6)	0.4019
Sedentarismo, n (%)	16 (30.8)	17 (36.2)	0.8486

	SAF Obstétrico (n=52)		SAF Trombótico (n=18)	
	N;	% promedio (DE)	N;	% promedio (DE)
Abortos (<10 semanas)	33;	38.4 (36.2)	8;	26.5 (35.3)
Nacidos vivos	3;	33.5 (28.1)	16;	72.2 (34.7)
Termino >37 semanas	21;	16.4 (2.38)	16;	61.1 (31.7)
Prematuro <37 >34 semanas	11;	8.76 (1.97)	0	
Prematuro <34 semanas	9;	6.37 (1.49)	1;	1.39 (5.89)
Pre eclampsia >34-<37 semanas	1;	0.490 (0.0350)	2;	4.63 (0.138)
Hemetoma placentario	3;	1.86 (8.18)	1;	2.78 (11.8)
Desprendimiento prematuro de placenta	2;	1.96 (9.80)	2;	4.17 (12.9)
Parto vaginal espontáneo	20;	17.8 (27.9)	14;	47.7 (33.9)
Cesárea programada	22;	17.2 (21.6)	2;	11.1 (33.3)
Cesárea de urgencia	13;	9.80 (20.3)	4;	12.5 (24.6)
Diabetes gestacional	2;	1.37 (7.49)	1;	2.78 (11.8)
Hipertensión durante el embarazo	6;	3.46 (10.3)	3;	10.2 (26.3)

Introducción: El Síndrome Antifosfolipídico (SAF) puede ser dividido en Obstétrico y Trombótico en función de sus características clínicas. La etiopatogenia por la cual un grupo de pacientes desarrollan trombosis y otras morbilidad obstétrica, teniendo el mismo perfil de anticuerpos permanece poco comprendida.
Objetivos: Comparar las características clínicas, demográficas y serológicas entre pacientes con SAF y manifestaciones trombóticas aisladas (SAFTa) y aquellas con comorbilidad obstétrica aislada (SAFOa)
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con SAF Trombótico y Obstétrico, primarios o asociado a enfermedad autoinmune, que fueron ingresados en el Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolipídicos de la Sociedad Argentina de Reumatologia. Se analizó la distribución de las variables con frecuencia y porcentajes para las categóricas y su asociacion mediante el test Chi-cuadrado o Fisher cuando no se verificaban los supuestos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) cuando no había valores atípicos y como mediana y rango intercuartil (RIQ) cuando era más adecuado según la distribución de las mismas. Se realizo lacomparacion entre los grupos mediante el test de Wilcoxon y cuando había más de dos grupos con el test de Kruskal-Wallis. El análisis se realizó con el software R y las conclusiones se realizaron con un nivel de significación del 5%.
Resultados: Se registraron un total de 238 pacientes, de los cuales 201 (84.81%) eran de sexo femenino. De ellas 122 (60.69 %) cumplían criterios de clasificación Sydney para SAF, siendo 47 (38.52%) SAFTa y 52 (42.62%) SAFOa . Hubo 23 (18.85%) pacientes que presentaron tanto eventos trombóticos como obstétricos, por lo cual fueron excluidas del análisis. Los pacientes con SAFTa presentaron más frecuentemente hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia versus SAFOa. La edad también fue mayor en este grupo de pacientes, así como la asociación con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Si bien no se encontraron diferencias respecto al perfil de anticuerpos antifosfolipídicos, el Global Antiphospholipid Syndrome Score ajustado (aGAPSS) fue mayor en SAFTa comparado con SAFOa. Un total de 18 (38.3%) pacientes del grupo SAFta cursaron al menos 1 embarazo. La media del número de embarazos en el grupo SAFTa fue 2.5 (1.10) mientras que en el grupo SAFOa fue 3.84 (1.86). Ninguna de las pacientes del grupo SAFTa presento eventos trombóticos durante el embarazo o puerperio. Si bien los resultados obstétricos fueron más favorables, las mujeres del grupo SAFta presentaron más hipertensión gestacional, y comorbilidades obstétricas no criterio relacionada con Anticuerpos Antifosfolipídicos.
Conclusiones: El perfil serológico en SAFTa y SAFOa fue similar, sin embargo el comportamiento clínico y riesgo cardiovascular fueron diferentes. Estos hallazgos preliminares deberían ser evaluados en estudios prospectivos y con un mayor número de pacientes. Es importante diferenciar mecanismos fisiopatológicos diferentes para el adecuado seguimiento y terapéutica de cada grupo.

133

0133 - REACTIVACIÓN DE ACTIVIDAD LÚPICA INTRAPANDEMIA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

MARENGO ROMERO, Zully Paola SOTO, Evelyn Gisella ZUÑIGA SUAREZ, Bley Jair MARINO, Diego DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

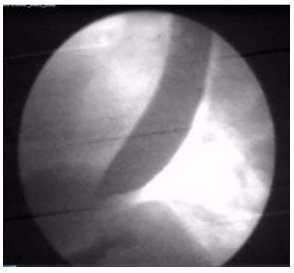
Introducción: La situación de cuarentena que impuso la pandemia para controlar la transmisión del virus y optimizar los servicios de salud generó múltiples dificultades de acceso al sistema de salud y de la entrega del tratamiento inmunosupresor por el desequilibrio económico individual y social generado. Los pacientes con enfermedades autoinmunes están forzados a una cuarentena más estricta lo que lleva a mayor inaccesibilidad a los sistemas de salud En Wuhan, epicentro inicial de la pandemia, Cheng Chen y col reportaron la evolución de una cohorte de 101 pacientes con nefritis lúpica (NL), 2 de los cuales presentaron COVID 19.
Objetivos: Establecer las características demográficas de una serie de pacientes con nefritis lúpica Pesquisar suspensión de tratamiento y sus causas Detectar reactivación de la enfermedad Detectar infección por COVID o intercurrencias infecciosas
Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico. Se analizaron historias clínicas electrónicas de reumatología y nefrología entre 01/2019-09/2020. Se recolectaron datos demográficos y clínicos prepandemia. Se completó un formulario buscando síntomas de actividad de LES o NL, tratamiento e infecciones respiratorias COVID o no. Para variables continuas: medias y DS, variables categóricas: frecuencias y porcentajes. Se utilizó Epi-Info.
Resultados: De 89 pacientes, 48 respondieron y se incluyeron. La edad media fue 43 años (DS 15). Mujeres: 46 (96%), F:M 23:1. Edad media al diagnóstico: LES 28 años (DS 14), NL 32 años (DS 13). Evolución al momento del estudio: LES 16 años (DS 10), NL 12 años (DS 8). Cobertura social 39 (81%) Vacunas: Pneumo 13v 36 (77%), 23v 34 (72%), antigripal 2020 12 (25%). Clase histológica (n=35): clase II 5 (14%), III 9 (26%), III + V 2 (6%), IV 14 (40%), V 5 (14%), VI 0. Un (2%) paciente no tenía biopsia. Sin informe 10 (22%). Rebiopsia previa 14/48 (29%) pacientes. Recibía algún tratamiento prepandemia: 46/48 (96%); 21 (44%) CTC menor a 7.5 mg/dia, 11 (22%) CTC entre 7.5 y 30 mg/día, ninguno mayor a 30 mg/día, CFM 1 (2%), HCQ 43 (89%) e IECA/ARAII 25 (52%). Síntomas de actividad intrapandemia en 30/48 (62%): artralgias 17 (35%), artritis 9 (19%) astenia/adinamia 9(19%), rash malar 6(12%), pérdida de peso 5(10%) y alopecia 3(6%) . Síntomas nefrológicos: orina con espuma 6(12%), HTA 3(6%), oliguria en 2 (4%) y edemas en 1(2%). De los pacientes sintomáticos consultaron 10/30 (33%). Causas de no consulta: inaccesibilidad 7/15 (47%), subestimado 3/15 (20%) y temor al COVID 2/15 (13%) pacientes, 3 no respondieron. Intrapandemia 25/48 (52%) realizó algún cambio terapéutico. Porcentaje de suspensión: 4-16%, 16% y 13% para HCQ e IECAs, respectivamente. Corticoides 13/25 (52%) realizaron cambios. Iniciaron o aumentaron 32%, disminuyeron 12% y 8% suspendieron. La HCQ se mantuvo en 43/48 pacientes (89%) y 44/48 (92%) pre e intra pandemia, respectivamente. Ciclofosfamida inició en 3/25 (12%). En 10/25 (40%) pacientes, las causas de cambio de tratamiento fueron la indicación médica en 7/25 (28%), falta de accesibilidad 1/25 (4%), no provisión por la obra social 1/25 (4%) y la suspensión por cuenta propia 1/25 (4%). Dos pacientes tuvieron COVID leve. Solo 5/48 (10%) consideró que la pandemia había afectado negativamente el tratamiento y seguimiento de su enfermedad.
Conclusiones: La adherencia al tratamiento fue alta, podría relacionarse a que la mayoría tenía cobertura social. La mayoría de los cambios terapéuticos fueron por indicación médica. Dos tercios de los pacientes presentaron síntomas compatibles con actividad, un tercio presentó síntomas clínicos de reactivación renal. Un porcentaje significativo presentó síntomas y no consultó por subestimarlo o por temor. Dos pacientes con antecedentes de GNF IV presentó síndrome nefrítico/nefrótico y reinició pulsos con ciclofosfamida por imposibilidad de realizar biopsia (obesidad mórbida). Una minoría consideró que la pandemia afectó negativamente el seguimiento y tratamiento de su enfermedad. Dos pacientes presentaron COVID19 leve. Hubo pocas intercurrencias infecciosas, podría vincularse con la alta cobertura vacunal.

134

0134 - REPORTE DE TRES CASOS DE ACALASIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTEMICA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

RODRIGUEZ, Anabella PISONI, Cecilia
CEMIC



Introducción: La acalasia es una enfermedad poco frecuente del esófago caracterizada por aperistalsis total y falla en la relajación del esfinter esofágico inferior (EEI). Las principales manifestaciones clínicas son disfagia, odinofagia, regurgitación, vómitos, dolor torácico y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza a través de una manometría, estudios baritados y videoendoscopía digestiva alta (VEDA) para descartar diagnósticos alternativos. La fisiopatogenia de la misma no es clara, se propone un mecanismo inflamatorio y autoinmune.
Objetivos: Describir las características clínicas de inicio y evolución de tres pacientes con acalasia y enfermedades reumáticas.
Materiales y Métodos: Se presentan tres pacientes con acalasia, dos de ellas tienen diagnóstico de Polimiositis y una de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Se recaban datos demográficos, edad al diagnóstico, manifestaciones clínicas, enfermedad reumática, perfil inmunológico, curso evolutivo y respuesta a los tratamientos
Resultados: CASO 1: Mujer de 63 años con antecedentes de colitis ulcerosa y enfermedad celíaca en tratamiento con Mesalazina. Presenta diagnóstico de Polimiositis en el año 2018 manifestado como debilidad muscular asociado a disfagia a sólidos y líquidos. Se confirma el diagnóstico con biopsia muscular. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 homogéneo con anticuerpos para miositis negativos. Realizó tratamiento con esteroides, metotrexato y gammaglobulina endovenosa. Se descarta compromiso esofágico por enfermedad de base. Videodeglución (VDG) con distensión esofágica en tercio medio e inferior con retardo del vaciamiento esofágico. VEDA: descarta obstrucción intrínseca. Manometría: hipertonía e inadecuada relajación del EEI con aperistalsis esofágica. Realiza tratamiento con dilataciones esofágicas con balón con mejoría parcial de los síntomas. CASO 2: Mujer 65 años con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) manifestado por dolor retro esternal y regurgitación desde el año 2010. Tiene diagnóstico en el año 2011 de Polimiositis con compromiso pulmonar y cirrosis biliar primaria por lo que realizó tratamiento con esteroides, Azatioprina y posteriormente con micofenolato mofetil. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 con patrón nuclear homogéneo y citoplasmático granular fino, AMA 2, anti Ku y anti SRP positivo. Comienza 5 años posterior al diagnóstico de la enfermedad reumática con disfagia progresiva a líquidos y sólido. VEDA: esofagitis grado C los ángeles. VDG: sin alteraciones de la deglución. Megaesófago, alteración del vaciamiento esofágico. Manometría: EEI hipotensivo con relajación adecuada, aperistalsis del cuerpo esofágico. Por el momento la paciente presenta relajación adecuada del EEI por lo que el tratamiento en estos casos es sintomático y se interpreta como estadío temprano de acalasia. Persiste con la misma sintomatología. CASO 3: Mujer de 62 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y ERGE manifestada por dolor retroesternal esporádico . Tiene diagnóstico de LES en 1996 con compromiso renal por lo que realizó tratamiento con ciclofosfamida y micofenolato mofetil. Perfil inmunológico: FAN 1/1280 con anti-Ro positivo. Comienza en el año 2019 con disfagia a líquidos y sólidos, asociado a dolor torácico y disfonía progresiva. VEDA sin patología intrínseca. VDG y manometría que evidencian retardo del vaciamiento esofágico y aperistalsis con hipertonía y relajación inadecuada del EEI en la manometría. Se le realizan dilataciones con balón en dos oportunidades sin mejoría de los síntomas por lo que se decide iniciar tratamiento con Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 con mejoría parcial. La paciente persiste con sintomatología.
Conclusiones: La acalasia es una patología infrecuente. Si bien está descripta la asociación con enfermedades autoinmunes, la mayoría de los casos reportados presentan hipotiroidismo. No hay casos descriptos en la literatura en pacientes con miopatías inflamatorias. Es importante tomarla en consideración como una causa de disfagia en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica.

135

0135 - ENCUESTA SOBRE EL USO DE TELEMEDICINA Y ACTITUD FRENTE AL SARS-COV2 EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

CRESPO ESPINDOLA, Maria **LECUMBERRI, Maria Belen** BUSCHIAZZO, Emilio PICCO, Eugenia CUCCIARO, Natalia BELBRUNO, Leila ACIAR, Mariana JUAREZ, Vicente
HOSPITAL DEL MILAGRO

Objetivos: Determinar la satisfacción y características del uso de telemedicina, el acceso al tratamiento y a las medidas de prevención del contagio durante la pandemia en pacientes ambulatorios de reumatología.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes ambulatorios, que utilizaron al menos una vez el canal de WhatsApp disponible para consultas del sector de reumatología. Mediante el mismo, entre el 11 y 15 de Septiembre de 2020, se envió un cuestionario en línea de 22 preguntas, anónimo y voluntario, donde se relevaban datos del paciente, acceso al tratamiento, nivel de satisfacción de la plataforma digital y el cumplimiento de las medidas preventivas básicas frente a la COVID-19. Estadistica Se realizó estadística descriptiva
Resultados: El cuestionario fue enviado a 660 y respondieron 206 (31.3%). Incluyeron 180 mujeres (87.4%), mediana de edad de 43.5 años (RIC:35-54), 181 pacientes (87.9%) tenían seguimiento en el hospital y 10 (4.9%) consultaron por primera vez. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoidea 107 (51.9%), lupus eritematoso sistémico 24 (11.7%) y osteoartritis 12 (5.8), con un tiempo de evolución de 5 años (RIC: 2-10). Ochenta y dos (39.8%) pacientes no cumplieron el tratamiento, y las causas fueron falta de acceso al médico (45, 54.87%) y problemas económicos (33, 40.24%) . El canal de comunicación fue utilizado para solicitar turno (136,), pedir recetas (113,), sacarse dudas por la enfermedad (42,). Consideraron útil este canal 197 pacientes (95.6%), y 203 (98.5%) manifestaron el deseo de que continúe activo luego de la pandemia. Siete (3.4%) consideraron que la atención fue mala. La adherencia a las medidas de prevención fue: 180 (87.4%) el lavado de manos, 204 (99%) utilización de tapabocas y 178 (86.4%) distanciamiento social.
Conclusiones: El canal digital fue considerado una herramienta útil, con alta satisfacción y el nivel de adherencia a las medidas de prevención fue alto.
: El canal digital fue considerado una herramienta útil, con alta satisfacción y el nivel de adherencia a las medidas de prevención fue alto.

136

0136 - SÍNDROME ESCLERODERMIFORME EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME DE POEMS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

PERA, Mariana SUELDO, Héctor BARBAGLIA, Ana ESPASA, Gabriela BERTOLACCINI, María Constanza SORIA CURI, Yessika GONZALEZ LUCERO, Luciana LEGUIZAMON, Maria Lilia JUAREZ AVIGNONE, Ana CORBALAN, Paula BELLOMIO, Verónica
HOSPITAL PADILLA

Resultados: Paciente de sexo femenino de 51 años que consulta por artritis persistente de rodilla derecha y relato de fenómeno de Raynaud de manos y pies de 6 meses de evolución. Además presenta: hiporexia, pérdida de peso y parestesias distales simétricas en 4 miembros. Al examen físico se constata: acrocianosis de manos y pies, edema de miembro inferior derecho, empastamiento de piel en miembros superiores y escote, telangiectasias malares, xerodermia, poliadenopatías y esplenomegalia. Laboratorio: PCR elevada, hipoproteinemia, TSH: 7 mUI/L (VN >4.2 uUI/ml), autoanticuerpos negativos (ANA, Anti DNA-dc, anti Sm, anti SCL70, anti Ro y anti La), marcadores tumorales negativos; artrocentesis diagnóstica de rodilla: líquido sinovial inflamatorio. Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea, líquido libre interasas. Electromiograma: síndrome de túnel carpiano bilateral severo en miembros superiores; polineuropatía desmielinizante sensitivo-motora con pérdida de unidades motoras funcionantes en miembros inferiores. RMI lumbosacra: lesión osteolítica en cuerpo de L2 secuelar y discopatías degenerativas lumbares. Por lesión lítica se solicita gammagrafía ósea corporal total: aumento difuso de captación del radiomarcador en hombros, rodillas, carpos y piés, sugestivo de procesos osteodegenerativos articulares. Se realiza capilaroscopía: normal; biopsia cutánea compatible con esclerodermia. Se plantea síndrome esclerodermiforme. Se descarta patología neoplásica ginecológica, gastrointestinal y pulmonar. Se realiza PET-TC que informa: Imágenes ganglionares con ligera a moderada avidez por fluorodesoxiglucosa; lesión ósea lítica expansiva en rama isquiopubiana derecha, hipermetabólica; aumento difuso del metabolismo en rodilla derecha. Se realiza biopsia de ganglio axilar: hiperplasia reactiva a predominio folicular y paracortical, con citometría de flujo: linfocitos B inmunofenotipo normal y policlonales; linfocitos T inmunofenotipo normal con relación CD4/CD8 conservada, sin células patológicas. Hematología solicita Inmunofijación en suero: Tenue banda homogenea IgG Lambda sobre perfil policlonal; IgA, IgM y Kappa policlonales; biopsia de médula ósea: 5 a 10% de células plasmáticas que marcan CD 138. Finalmente tras descartar múltiples diagnósticos diferenciales se concluye: Síndrome de POEMS por neuropatía, organomegalia, ascitis, endocrinopatía y alteraciones cutáneas. Inicia quimioterapia con Inhibidor de proteasoma + dexametasona.
Conclusiones: Presentamos el caso de una paciente en la que se realiza el diagnóstico de SINDROME DE POEMS luego de una exhaustiva evaluación multidisciplinaria, en quien se descartaron otras enfermedades oncológicas y autoinmunes con compromiso neurológico y cutáneo simil esclerodermia.

139

0139 - ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES ACR 2020 EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

RODRIGUEZ, Anabella (1) COSATTI, Micaela(1) PISONI, Cecilia(1) MALDONADO, Federico(2) GAMBA, Maria(2) REYES TORRES, Alvaro(2) BERBOTTO, Guillermo(2) TANTEN, Romina(2) MALDONADO FICCO, Hernan(2) GERMAN, Noelia(2) ALLE, Gelsomina(2) TISSERA, Yohana(2) BAEZ, Roberto(2) CUSA, Maria(2) BARBICH, Tatiana(2) ROJAS TESSEL, Ivana(2) BELLOMIO, Veronica(2) CASTRO COELLO, Vanessa(2) NIETO, Romina(2) SAVIO, Veronica(2) CASALLA, Luciana(2) DE LA VEGA, Maria(2) PETRUZZELLI, Sandra(2) GARCIA, Mercedes(2) MEDINA, Maria(2) REBAK, Jonathan(2) CONTI, Silvana(2) LAZARO, Maria(2) PAULA, Alba(2) CALVO, Maria(2) MAID, Pablo(2) TAKASHIMA, Lorena(2) GUAGLIANONE, Debora(2) MORBIDUCCI, Julieta(2) PORTA, Sabrina(2) COGO, Karina(2) SEVERINA, Maria(2) MOYANO, Sebastian(2) KISLUK, Boris(2) CASTAÑOS MENESCARDI, Maria(2) RETAMOZO, Cinthya(2) ALAMINO, Rodolfo(2) DIEGUEZ, Carolina(2) ROBERTS, Karen(3) QUINTANA, Rosana(3) ISNARDI, Carolina(4) PONS-ESTEL, Guillermo(4)
CEMIC (1); EN REPRESENTACIÓN DE SAR-COVID (2); UNISAR (3); UNISAR (4)

Tabla 1. Tratamientos recibidos previos a la infección por SARS-CoV-2 y la conducta tomada luego de la confirmación de la infección.

	Previo infección *n (%)*	Suspenden *n (%)*	Sin cambios *n (%)*	menor dosis o aumento del intervalo *n (%)*
Corticoides (Prednisona) < 10 mg	38 (42.70%)	5 (13.51%)	26 (70.27%)	6 (16.22%)
> ó = 10 mg	51 (57.30%)	1 (1.96%)	32 (62.75%)	18 (35.29%)
Dmards convencionales HCQ/SSZ	44 (34.64%)	3 (6.82%)	41 (93.18%)	0 (0%)
No HCQ/SSZ (MTX, LFN, CFM, MMF, AZA/6MP, Ciclosporina)	83 (65.36%)	48 (57.83%)	31 (37.35%)	4 (4.82%)
Biológicos No Inhibidores de IL-1/IL-6	27 (84.37%)	14 (51.85%)	11 (40.74%)	2 (7.41%)
Inhibidores de IL-6	5 (15.63%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Pequeñas moléculas Inhibidores JAK	16 (94.12%)	12 (75%)	4 (25%)	0 (0%)

Variables	Adherencia general SI (n=107)	NO (n=58)	p
SEXO Femenino, *n (%)*	86 (80.4%)	47 (81.0%)	0.9999
EDAD al diagnóstico, media (DE)	48.8 (14.3)	55.6 (17.0)	<0.0001
ENFERMEDAD REUMÁTICA			
Artritis Reumatoidea, *n (%)*	44 (41.1%)	34 (58.6%)	0.047
Enfermedad de tejido conectivo, *n (%)*	6 (5.6%)	5 (8.6%)	0.1495
Miopatías inflamatorias, *n (%)*	6 (5.6%)	2 (3.4%)	0.714
Vasculitis Sistémicas, *n (%)*	3 (75.0%)	5 (100.0%)	0.4444
Artritis Seronegativas, *n (%)*	7 (6.5%)	5 (8.6%)	0.755
SINTOMAS DE COVID-19 Si, *n (%)*	98 (91.6%)	56 (96.6%)	0.3314
COMPLICACIONES COVID-19 Si, *n (%)*	17 (15.9%)	11 (19.3%)	0.664
LABORATORIO COVID 19			
Leucopenia, *n (%)*	16 (38.1%)	11 (34.4%)	0.8103
Linfopenia, *n (%)*	11 (26.2%)	12 (37.5%)	0.2507
Plaquetopenia, *n (%)*	2 (4.8%)	0 (0.0%)	0.7868
HOSPITALIZACIÓN Si, *n (%)*	43 (40.2%)	40 (69.0%)	<0.0001
COMORBILIDADES	0.981 (1.41)	1.41 (1.53)	0.0232
Número de comorbilidades, *media (DE)*			
Fallecidos por Covid 19	11 (10.6)	4 (6.9)	0.7

Introducción: Desde su brote inicial en Wuhan, China, la infección por Coronavirus (SARS-CoV-2) ha evolucionado rápidamente hasta convertirse en Pandemia. Al momento no hay evidencia suficiente que la infección tenga peor pronóstico en los pacientes con enfermedades reumatológicas. Debido a que es una enfermedad de reciente aparición, se desconoce la evolución y los desenlaces en pacientes reumatológicos, se crearon guías para orientar el manejo de los pacientes en riesgo o infectados. La guía más utilizada es la de la American College of Rheumatology (ACR) actualizadas al 30 de julio del año 2020. En la actualidad no contamos con guías nacionales
Objetivos: Describir la conducta tomada por los médicos de la Argentina en cuanto a la medicación inmunosupresora de base en los pacientes con enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2. Analizar la adherencia a las recomendaciones ACR, los factores asociados y evaluar la evolución de los pacientes según la adherencia a las mismas.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de todos los pacientes con enfermedad reumática e infección por SARS-CoV-2 bajo tratamiento inmunomodulador y/o supresor incluidos en el registro nacional de pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 (SAR-COVID) que hayan sido diagnosticados posterior al 11 de abril del 2020, fecha de la primera versión de las recomendaciones ACR. Se excluyeron todos aquellos pacientes que no estuvieran bajo tratamiento con drogas inmunomoduladoras/supresoras al momento del diagnóstico. Se consideró adherencia a las guías ACR cuando el tratamiento inmunosupresor fue suspendido al momento del diagnóstico de la infección, excepto los esteroides, hidroxicloroquina y sulfasalazina. Se describieron los diagnósticos y tratamientos inmunosupresores de los pacientes incluidos. El uso de esteroides, drogas modificadoras de enfermedad convencionales y biológicos/pequeñas moléculas antes de la infección y la conducta cuando esta fué confirmada. Se evaluó si existe asociación entre el desenlace de la infección y la adherencia a las recomendaciones ACR. Se analizaron como factores asociados a adherencia las variables sociodemográficas, el diagnóstico de enfermedad reumática, comorbilidades, parámetros de laboratorio y características de la infección por SARS-CoV-2. Para estos dos últimos análisis se consideró ADHERENCIA de los médicos tratantes cuando se hayan respetado las recomendaciones en todo el esquema terapéutico y NO ADHERENCIA cuando alguno o todos de los medicamentos se indicaron sin respetar las guías.
Resultados: Se incluyeron 180 pacientes. La mayoría de los pacientes de sexo femenino (80.6%) con una edad media de 51.4 años (DE 15.5). La etnia predominante fue la caucásica 83 (46.1%). Casi la totalidad de los pacientes incluidos tenían residencia urbana (97.2%) y cobertura médica completa (79.4%). Más del 50% de los pacientes presentaba por lo menos una comorbilidad, siendo la hipertensión arterial (52%) y obesidad (36.4%) las más frecuentes. Las enfermedades reumáticas más prevalentes fueron la artritis reumatoidea (21.6%) y las enfermedades del tejido conectivo (LES, Síndrome de Sjögren) (43.3%). Los tratamientos recibidos previos a la infección por SARS-CoV-2 y la conducta tomada luego de la confirmación de la infección se describen en la tabla 1. Cuando se evaluaron los factores asociados a la adherencia encontramos en forma significativa una mayor proporción de pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea y un mayor número de comorbilidades en los pacientes en los cuales no se siguieron las recomendaciones. Los pacientes de los médicos que no se adhirieron a las guías fueron hospitalizados con mayor frecuencia (69% vs 40%), pero esto no se vio traducido en la mortalidad.
Conclusiones: Se puede observar que la adherencia a las recomendaciones ACR fue mayor para los esteroides, DMARDs convencionales HCQ/SSZ y pequeñas moleculas, mientras que un porcentaje considerable de médicos continuaron el tratamiento con DMARDs convencionales no HCQ/SSZ y DMARDs-b NO IL-1/IL-6 a pesar de las recomendaciones. No existe asociación significativa entre el desenlace de la infección por COVID-19 y la adherencia al tratamiento.

137

0137 - SÍFILIS EN UNA PACIENTE CON SOSPECHA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES Y POLIMIALGIA REUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

SARAVIA CHOCOBAR, Karin Natali SERRANO, Eliana Rebeca REBECA, Eliana BANDE, Juan Manuel PAPASIDERO, Silvia Beatriz CARACCIOLO, José Angel MORETTI, A FERNANDEZ, N
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con síntomas sugestivos de Arteritis de Células Gigantes (ACG) y Polimialgia Reumática (PMR) con diagnóstico final de neurosífilis.
Materiales y Métodos: La ACG se manifiesta con cefalea de inicio agudo o de características distintas de la habitual, fiebre y trastornos visuales. Dichas manifestaciones pueden presentarse también en otras patologías ya sean de origen autoinmune, neoplásico o infeccioso. En el 40 % de los casos, la ACG puede asociarse a PMR, lo cual amplía el espectro de manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales. Un diagnóstico temprano es sumamente importante debido a las graves complicaciones que pueden desarrollar los pacientes con ACG ante una demora en el inicio del tratamiento.
Resultados: Caso Clínico: Paciente femenina de 48 años, que cursó internación por cefalea holocraneana y dolor retroocular de intensidad 10/10 de una semana de evolución. Presentaba además cervicalgia y miodesopsias. Fue evaluada por el servicio de neurología, quienes solicitaron TC de encéfalo, la cual fue normal. Recibió tratamiento con AINEs y miorrelajantes, evolucionando de forma favorable, por lo que se otorgó el alta hospitalaria. Un mes después, regresó al servicio de neurología por cefalea de iguales características a la previa. Refería, además, fiebre y episodios de amaurosis fugaz. El fondo de ojo evidenció edema de papila bilateral, exudados algodonosos peripapilares bilaterales y campo visual con cuadrantopsia bitemporal superior. Se realizó TC de encéfalo, sin hallazgos relevantes, y punción lumbar, presentando presión de apertura normal y líquido cefalorraquídeo sin valor patológico. Se decidió su internación para estudio, evolucionando con artritis de manos asociado a dolor e impotencia funcional de cintura escapular, motivo por el cual se solicitó evaluación por reumatología. Al examen físico se constató artritis de carpos y 2° MCF derecha y dificultad en la elevación de hombros, con fuerza muscular conservada. Los estudios de laboratorio informaron reactantes de fase aguda elevados (VSG 109 mm 1° hora), FR negativo, FAN negativo, ANCA C y ANCA P negativos. La ecografía de manos reveló sinovitis de ambos carpos y de 1° MCF bilateral y tenosinovitis de 4° compartimiento extensor derecho, mientras que la de hombros evidenció tendinosis bicipital derecha con leve bursitis subacromiodeltoidea derecha y sinovitis acromioclavicular bilateral. Se planteó el diagnóstico presuntivo de ACG y PMR y se decidió, en conjunto con el servicio de neurología, iniciar tratamiento con esteroides a altas dosis. No obstante, ese mismo día se recibió resultado de VDRL con títulos de 512 DILS, el cual se confirmó posteriormente con prueba treponémica. Ante los nuevos hallazgos, se reinterpretó el cuadro como una neuritis óptica bilateral y oligoartritis secundaria a infección sifilítica y se inició tratamiento con penicilina parenteral con resolución rápida del compromiso articular y oftalmológico.
Conclusiones: La sífilis es conocida como "la gran simuladora" dado que puede presentar manifestaciones clínicas muy variadas que imitan un gran número de enfermedades. Las manifestaciones reumatológicas se han descripto en hasta un tercio de los pacientes con sífilis secundaria, siendo la forma más frecuente la oligoartritis aguda migratoria que adopta posteriormente un patrón aditivo, observándose su resolución con el tratamiento con penicilina. En cuanto a sus manifestaciones oftalmológicas, puede afectar cualquier estructura ocular y también resuelven con el tratamiento antibiótico. En este caso, la combinación de manifestaciones oculares y articulares hizo plantear el diagnóstico de ACG asociado a PMR. La positividad de las pruebas para sífilis y la rápida resolución de la sintomatología luego de la instauración del tratamiento antibiótico confirman el diagnóstico de oligoartritis aguda y neuritis óptica bilateral secundaria a neurosífilis.
: La sífilis es conocida como "la gran simuladora" dado que puede presentar manifestaciones clínicas muy variadas que imitan un gran número de enfermedades. Las manifestaciones reumatológicas se han descripto en hasta un tercio de los pacientes con sífilis secundaria, siendo la forma más frecuente la oligoartritis aguda migratoria que adopta posteriormente un patrón aditivo, observándose su resolución con el tratamiento con penicilina. En cuanto a sus manifestaciones oftalmológicas, puede afectar cualquier estructura ocular y también resuelven con el tratamiento específico. En este caso, la combinación de manifestaciones oculares y articulares hizo plantear el diagnóstico de ACG asociado a PMR. La positividad de las pruebas para sífilis y la rápida resolución de la sintomatología luego de la instauración del tratamiento antibiótico confirman el diagnóstico a una oligoartritis aguda en contexto de neuritis óptica bilateral secundaria a neurosífilis.

138

0138 - SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS
Unidad Temática 2: SÍNDROME DE SJOGREN

ALASCIO, Lucia (1) REBECA, Eliana(1) SERRANO, Eliana Rebeca(1) BANDE, Juan Manuel(1) DAPEÑA, J(1) KLAJN, D(1) CARACCIOLO, José Angel(1) MERCÉ, A(2) ARGUISSAIN, C(2) SECCO, A(2) CASTRO, C(2) MORBIDUCCI, J(2) TRALICE, R(2) ESPASA, G(3) SORIA, Y(3) LEGUIZAMÓN, M(3) PERA, M(3) BELLOMIO, I(3) CAEIRO, F(4) NOVATTI, E(4) SAURIT, V(4) EARSMAN, G(5) DUARTES, N(5) ZALLES, S(5) PUCCI, P(6) AMITRANO, C(6) ASNAL, C(6) YACUZZI, M(7) MACHADO, M(7) COSENTINO, M(8) GARCÍA, L(8) GARCÍA, M(8) RAITTI, L(9) CRUZAT, V(9) GÓMEZ, G(10) PÉREZ, N(10) PAPASIDERO, Silvia Beatriz(1)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (1); HOSPITAL RIVADAVIA (2); HOSPITAL PADILLA (3); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (4); HOSPITAL BRITÁNICO BS AS (5); HOSPITAL ALEMAN (6); HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (7); HIGA S.MARTIN LAPLATA (8); CLÍNICA BESSONE (9); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS, ALFREDO LANARI.UBA (10); HOSPITAL CORDOBA (11); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (12); HOSPITAL DEL MILAGRO (13); REUMATOLOGIA INTEGRAL (14); OMI (15); CONSULTORIO PARTICULAR (16)

Introducción: Tanto el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) como el Síndrome de Sjögren Primario (SSp) constituyen patologías inflamatorias, sistémicas, crónicas y de origen autoinmune. Ambos tienen un amplio espectro de manifestaciones clínicas con pronóstico variable. Si bien se diferencian en varios aspectos epidemiológicos y/o clínicos, en otros son muy similares lo cual muchas veces dificulta el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades.
Objetivos: Describir y comparar las características sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, así como índices de actividad y daño entre un grupo de pacientes con diagnóstico de LES y un grupo de pacientes con diagnóstico de SSp.
Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, de corte transversal, observacional, descriptivo y analítico. Se incluyeron para el presente análisis los datos obtenidos de los pacientes con SSp pertenecientes a la base del GESSAR (Grupo de Estudio Síndrome de Sjögren de la Sociedad Argentina de Reumatología) y se compararon con los datos de pacientes con LES registrados en una base de datos multicéntrica. Se seleccionaron aquellos de los cuales se disponía de la mayor cantidad de datos que permitiesen la comparación entre ambos grupos.
Resultados: Se obtuvieron los datos completos de 184 pacientes con LES y 183 con SSp. La media de edad fue menor en los pacientes con LES (39 vs 53 años), al igual que la media de edad al diagnóstico (30 vs 48 años), mientras que la mediana del tiempo de evolución fue mayor (92 vs 60 meses), en todas p< 0,001. El tratamiento con hidroxicloroquina fue más frecuente en los pacientes con LES (86,3 vs 2,7%, p< 0,001). En la tabla 1 se observan las manifestaciones clínicas y en la tabla 2 los parámetros de laboratorio. En los pacientes con SSp se registró la presencia de daño con mayor frecuencia que en LES (66,7 vs 37,4%, p< 0,001). No se observó diferencia en índices de actividad entre ambas patologías.
Conclusiones: Los pacientes con LES presentaron menor edad al diagnóstico, mayor tiempo de evolución de la enfermedad y mayor uso de hidroxicloroquina. De las manifestaciones clínicas evaluadas, al comparar ambos grupos, las que se observaron con mayor frecuencia en quienes padecían LES fueron artritis, compromiso renal y cutáneo, mientras que en aquellos con SSp fueron el compromiso musculoesquelético, la afección neurológica y los síntomas SICCA. No se hallaron diferencias significativas en la presencia de fenómeno de Raynaud, compromiso e hipertensión pulmonar, así como tampoco en la positividad para anticuerpos antifosfolípidos y descenso de C3.

Tabla 2			
Parámetro	LES (N=184)	SSp (N=183)	p-valor
Anemia n (%)	16 (8,8)	34 (18,9)	0,005
Leucopenia n (%)	66 (36,1)	34 (18,9)	<0,001
Trombocitopenia n (%)	23 (12,6)	3 (1,6)	<0,001
Anticuerpos antinúcleo (ANA) n (%)	183 (100)	163 (89,1)	<0,001
Anticuerpos antifosfolípidos n (%)	35 (19,5)	13 (21,7)	0,724
Hipocomplementemia	160 (87,9)	42 (22,9)	<0,001
C3 disminuido n (%)	31 (17,0)	22 (12)	0,174
C4 disminuido n (%)	20 (10,1)	37 (20,2)	0,015
Anticuerpos anti-ADNdc (AntiADN) n (%)	128 (69,9)	0	<0,001

Tabla 1			
Manifestación	LES (N=184)	SSp (N=183)	p-valor
Fenómeno de Raynaud n (%)	40 (22,2)	36 (19,6)	0,550
Derrame pleural y pericárdico n (%)	57 (31,2)	1 (0,5)	<0,001
Pericarditis aguda n (%)	25 (13,6)	2 (1,1)	<0,001
Compromiso neurológico n (%)	12 (6,5)	44 (24)	<0,001
Artritis n (%)	146 (79,9)	59 (32,4)	<0,001
Compromiso musculoesquelético n (%)	34 (20,8)	129 (70,5)	<0,001
Compromiso renal n (%)	73 (39,8)	5 (2,7)	<0,001
Compromiso cutáneo n (%)	61 (33,3)	29 (15,9)	<0,001
Síntomas SICCA n (%)	10 (5,4)	172 (93,9)	<0,001
Compromiso pulmonar n (%)	3 (1,6)	7 (3,8)	0,203
Hipertensión pulmonar n (%)	2 (1,1)	1 (0,5)	0,525

140

0140 - APROVECHANDO LA ADVERSIDAD EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN EL TRIAGE VIRTUAL Y TELECONSULTA DURANTE LA CUARENTENA POR COVID-19

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

MARINO, Diego BARROS, Gonzalo Martín GRASSI, Luciana Antonella DUBINSKY, Diana
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA

Introducción: En diciembre de 2019 se detectó en Wuhan, China, una infección viral por coronavirus (SARS-CoV2) que se extendería rápidamente por todo el mundo, declarándose pandemia el 11 de marzo de 2020. Las estrategias utilizadas para limitar la progresión y aplanar la curva de contagios incluyeron el uso de barbijos o cubrebocas, el distanciamiento social y el aislamiento preventivo. En este contexto de confinamiento, las distintas metodologías de telemedicina pueden resultar de utilidad para continuar el seguimiento y monitoreo de pacientes con enfermedades crónicas.
Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de las características de los emails recibidos durante el Aislamiento Social Obligatorio (ASO). Describir la utilidad de la implementación de diferentes modalidades de telemedicina y su impacto sobre la atención de pacientes con enfermedades reumatológicas durante la pandemia. Estudiar el impacto de la implementación de telemedicina en el flujo de pacientes hospitalarios.
Materiales y Métodos: Se implementó, el 1ro de marzo de 2020, un canal de contacto vía email para dar respuesta a la demanda y realizar diferentes acciones que permitan continuar con la atención de pacientes y, a la vez, respetar el ASO. Cada email fue evaluado por un médico: se respondió la consulta por la misma vía, se coordinó teleconsulta, video consulta o consulta presencial. Se incluyeron los emails recibidos desde el 1ro de marzo de 2020 al 31 de agosto de 2020. Cada paciente fue considerado individualmente aunque haya utilizado múltiples direcciones de correo electrónico. Se excluyeron los emails duplicados. Se realizó una consulta presencial cuando se consideró que el cuadro clínico del paciente no podía resolverse por telemedicina. Se analizaron las características demográficas, motivos de consulta, modificación de conductas e impacto del triage virtual en el flujo de pacientes que llegan al hospital.
Resultados: Se incluyeron 2723 emails, 437 pacientes. El 87% fueron mujeres, mujer:varón fue 7:1, edad media: 50 años (SD 15). El 66% tenía cobertura social. Se obtuvieron datos sobre diagnóstico en 400 pacientes: AR 133/400 (33%), LES 104/400 (26%), esclerodermia 27/400 (7%). Utilizaban tratamiento biológico 60/437 (14%) pacientes, siendo los más frecuentes: Etarnecept 21%, Adalimumab 18%, Cetolizumab pegol 16%, Abatacept 12% y Tofacitinib 9%. El motivo de consulta más frecuente fue la solicitud de recetas o formularios para medicación en 784/2723 (34%), seguido por consultas generales 417 (18%), solicitud de turnos 345 (15%), síntomas compatibles con actividad de enfermedad de base 133 (6%), solicitud de estudios complementarios 93 (4%) y coordinación de turno presencial 93 (4%). Se identificaron 3 efectos adversos del tratamiento durante el seguimiento. Se identificaron casos de COVID-19 en 7 pacientes (2%), todos leves. En 50 emails (2%) se tomaron decisiones con respecto a cambios en la terapéutica, la mitad de ellos fueron cambios en las dosis de corticoides previas. Se evitó la concurrencia al hospital de aproximadamente un 90% de los pacientes que enviaron emails, menos del 10% requirió evaluación presencial.
Conclusiones: Las patologías que generaron consultas con mayor frecuencia fueron LES, AR y esclerodermia. Los motivos de consulta se relacionaron en su mayoría con solicitud de medicación y formularios, solicitud de turnos, consultas sobre temas varios, notificación de eventos relacionados con la salud (embarazos, COVID19, eventos adversos). Desde el punto de vista del paciente, esta modalidad permitió contar con la posibilidad de realizar consultas y renovar recetas desde su casa sin exponerse a la situación de contagio y organizar, sólo cuando fuera necesario, consultas presenciales. Esto contribuye a aumentar la autonomía del paciente en nuestro contexto, si se tiene en cuenta que muchos provienen de ciudades distantes. Si bien con limitaciones claras, el beneficio de la teleconsulta y la implementación de un triage virtual, permitió optimizar la atención presencial enfocándose en aquellos pacientes graves, que requerían evaluación inmediata, aliviando la sobrecarga del sistema de salud que impuso la pandemia. En nuestro Servicio no disponíamos de un email institucional de contacto y telemedicina previo al inicio de la pandemia. Nuestra demora de turnos generalmente oscilaba en 60 días y muchos de los pacientes concurrían con y sin turno para realizar recetas o completar trámites de medicación biológica. La utilidad de la experiencia realizada nos confirma la necesidad de incluir esta opción en la práctica habitual. Se requiere capacitación del personal a cargo y del paciente ya que muchos no están acostumbrados a utilizar este recurso.

143

0143 - DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS DE ARGENTINA, ESTUDIO MULTICENTRICO GESAR MIOPATÍAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: MIOPATÍAS

TOLEDO, María Virginia (1) DE LA TORRE, María Laura(1) MOVIA, Roberto Diego(2) ARGUELLO, Sabrina Marta(2) GOMEZ, Graciela Noemi(3) ALCIVAR NAVARRETE, Jose Simon(4) BANDE, Juan Manuel(4) GRANEL, Amelia(5) RILLO, Oscar L.(6) PONCE DELGADO, Yessica Maria(6) COSTI, Ana Carolina(7) PENA, Claudia Elizabet(7) GOMEZ, Ramiro Adrian(8) BENITEZ, Cristian Alejandro(8) MATA, Darío Oscar(9) VIOLA, Malena(9) RIVERO, Mariano A.(10) SEGURA ESCOBAR, Carolina(10) PISONI, Cecilia(1)
CEMIC (1); HOSPITAL EVITA LANUS (2); INSTITUTO LANARI (3); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (4); HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET.LA PLATA (5); HOSPITAL PIROVANO (6); HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA (7); HOSPITAL POSADAS (8); HOSPITAL ARGERICH (9); HOSPITAL BRITANICO BS AS (10)

Tabla 1

Características de los pacientes	N= (99)
Mujeres, n (%)	78 (78,7)
Edad al diagnóstico, media (DS)	46,4 (17)
Tiempo de evolución de la enfermedad, años, mediana (RIC)	6,7 (2,8-8,8)
Polimiositis, n (%)	39 (39,3)
Dermatomiositis, n (%)	42 (42,4)
Otras, n (%)	8 (8,08)
Compromiso muscular	
Debilidad muscular, n (%)	84 (84,8)
CPK elevada, n (%)	83 (83,8)
Biopsia muscular, n (%)	30 (30,3)
Compromiso cutáneo	
Rash, n (%)	50 (50,5)
Gottron, n (%)	38 (38,5)
Heliotropo, n (%)	45 (45,5)
Eritema periungueal, n (%)	27 (27,7)
Signo del Chal, n (%)	31 (31,3)
Otras características	
Enfermedad pulmonar asociada, n (%)	41 (41,4)
Artritis, n (%)	41 (41,4)
Anticuerpos de miositis, n (%)	49 (49,4)
Nº de inmunosupresores recibidos, mediana (RIC)	2,5 (1-3)

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI) constituyen un grupo poco frecuente de enfermedades autoinmunes caracterizadas por presentar principalmente debilidad muscular asociada a infiltrado inflamatorio en la biopsia. Para evaluar el daño que la enfermedad ocasiona en los pacientes, el grupo de estudio internacional de miositis (IMACS) ha creado el Índice de Daño de Miositis (MDI) que incluye cambios en 11 órganos y sistemas asociados a escalas visuales análogas realizadas por el médico tratante. En el año 2019, hemos realizado el análisis del MDI de 39 pacientes con MI de la Ciudad de Buenos Aires. En este estudio, se observó que los principales dominios comprometidos eran el muscular y el pulmonar, no encontrando predictores de daño acumulado.
Objetivos: Evaluar las características clínicas y el daño acumulado en una población de pacientes pertenecientes al GESAR de miositis mediante el uso del MDI. A su vez se evaluará la existencia de factores asociados a daño.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 99 pacientes con MI de hospitales participantes del GESAR miopatías. El médico tratante realizó el Índice de daño de miositis (MDI) de manera retrospectiva en la última consulta del paciente. El MDI consta de 11 dominios (muscular, esquelético, cutáneo, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular, vascular periférico, endocrinológico, oculares, infección y malignidad), cada uno con 2– 8 ítems. A su vez, cuenta con un puntaje de escala visual analógica (VAS) de 0 a 10 cm para cada sistema de órganos. Cada elemento debe tener una duración >= 6 meses para calificar como daño. La presencia o ausencia de cada elemento se sumó para proporcionar una puntuación de la extensión total de daño MDI (0–38 en adultos). Se cuantificó también la severidad de daño realizando en la suma de los valores asignados a las escalas visuales análogas en cada dominio (0-110). Para el análisis de los factores asociados a la presencia de daño se consideró MDI que el paciente presentaba daño si MDI es >= 1.
Resultados: Se incluyeron 99 pacientes con MI pertenecientes al GESAR miositis. Setenta y ocho (78,7%) mujeres, con una edad media al diagnóstico de 46,4 años (DS 17) y una mediana de evolución de la enfermedad de 6,7 (RIC 2,8-8,8) años. Del total de pacientes, 42 (42,4%) tenían diagnóstico de Dermatomiositis y 39 (39,3%) de polimiositis. Ver tabla 1. En cuanto al tratamiento, los pacientes recibieron una mediana de 2,5 inmunosupresores (RIC 1-3) a lo largo de su evolución , siendo los más utilizados: Metotrexato 60 (60,6%), Azatioprina 51 (51,5%), Antimaláricos 31 (31,3%) Inmunoglobulina 27 (27,2%) Micofenolato 26 (26,2%) y Rituximab 13 (13,1%). Cuarenta y nueve (49,4%) de los pacientes tenían anticuerpos específicos de miositis, siendo el más frecuentemente encontrado el JO1, 13,1 %. Los principales dominios en los que se encontró daño fueron muscular (46,4%) y pulmonar (39,3%). La mediana de Extensión de daño fue 3,43 (RIC 1-5).La mediana de Severidad de daño fue 10, 6 (RIC 3-16). Al estudiar factores asociados a daño el análisis univariado mostró asociación con el hecho de tener compromiso cutáneo (p=0,03) y la etnia no caucásica (p=0,05). En el análisis multivariado, se corroboró la asociación con la etnia no caucásica (p=0,03).
Conclusiones: Observamos que dentro de la población estudiada el daño se encontró principalmente en músculo y pulmón, al igual que en el trabajo previamente realizado y en otras series reportadas.

141

0141 - NIVELES DE INTERFERÓN TIPO I EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UTILIDAD CLÍNICA COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

ERRAMUSPE, Constanza (1) RACCA, Maria Agustina(1) SIEMSEN, Mariano(1) PELOSSO, Marcela(1) TISSERA, Yohana Soledad(1) QUAGLIA, Maria Isabel(1) ALONSO, Carla Gimena(1) SAVIO, Verónica Gabriela(1) ALBIERO, Juan Alejandro(1) GOBBI, Carla(2) ALBA, Paula Beatriz(1) BOFFELLI, Lucía(3) MACCIONI, Mariana(3) DEMARCHI, Marcela(1)
HOSPITAL CORDOBA (1); HOSPITAL CÓRDOBA CÁTEDRA MEDICINA I UNC, ARGENTINA (2); FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS, UNC – CIBICI, CONICET (3)

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune muy heterogénea que puede presentarse con diferentes manifestaciones clínicas y un variado perfil inmunológico. El interferón (IFN) tipo I es una citoquina que se encuentra aumentada en el suero de pacientes lúpicos, jugando un rol fundamental en la patogenia de esta enfermedad. La presencia de diferentes niveles de IFN tipo I en pacientes lúpicos podría explicar la heterogeneidad que presenta el curso de esta patología y ser de utilidad para evaluar la actividad de la misma.
Objetivos: Determinar los niveles de IFN tipo I sérico en pacientes con LES y evaluar su utilidad clínica como biomarcador de actividad.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES, según los criterios ACR 1997, desde marzo del 2019 hasta marzo del 2020. El grupo control estuvo formado por voluntarios sanos de ambos sexos, mayores de 18 años, apareados según edad y sexo. Fueron excluidos pacientes con cuadro clínico compatible con infección viral activa o bajo tratamiento antiviral. La actividad de la enfermedad fue evaluada con SLEDAI-2K y el daño orgánico mediante SLICC. La determinación de IFN tipo I se realizó mediante HEK-Blue™ IFN- a/ß Cell de Invivogen. Los anticuerpos (acs) anti DNA doble cadena (DNAdc) fueron detectados por Inmunofluorescencia Indirecta utilizando como sustrato Crithidia luciliae, título de corte 1/10; los acs anti Antígenos Nucleares Extraíbles (ENA) mediante ELISA 4-Profile (Ro, La, Sm, RNP/Sm) de Biosystems y los componentes C3 y C4 por Inmunoturbidimetría en el autoanalizador Cobas e311. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas "InfoStat", "Instat" y "MedCalc". Para definir el punto de corte de los niveles de IFN tipo I se realizó curva ROC. Valores de p menores a 0,05 (<0,05) fueron considerados estadísticamente significativos.
Resultados: 16 pacientes con LES fueron incluidos con edad entre 19 y 51 años (33,81±10,18 años), 14 de sexo femenino (87,50%) y 2 masculino (12,50%) y 16 pacientes controles. Se observó un aumento estadísticamente significativo de la concentración de IFN tipo I en el grupo LES con respecto al grupo control (65,08±40,44 UI/ml vs 30,31±8,47 UI/ml; p<0,05). El 56,25% de los pacientes con LES presentaron valores de IFN tipo I superiores al punto de corte de 48,83 UI/ml [S=56,25%, E=100%, ABC=0,78 (p<0,05)], presentando una asociación estadísticamente significativa con la presencia de acs anti DNAdc, OR: 13,33 (p<0,05). Los pacientes con hipocomplementemia presentaron un aumento estadísticamente significativo en los niveles séricos de IFN tipo I respecto a los pacientes con valores de complemento normal (43,93±14,80 UI/ml vs 92,27±47,56 UI/ml; p<0,05). Los pacientes con puntaje de SLEDAI-2K mayor a 8, obtuvieron mayor concentración de IFN tipo I, comparado con los de menor puntaje (46,65±22,50 UI/ml vs 95,79±46,71 UI/ml; p<0,05). No se encontró asociación de esta citoquina con los acs anti-ENA, ni con el índice de SLICC.
Conclusiones: Mayores niveles de IFN tipo I en los pacientes asociados con hipocomplementemia, presencia de acs anti-DNAdc y/o SLEDAI-2K mayor a 8. Estos resultados sugieren la importancia que la determinación de IFN tipo I sérico podría tener para el monitoreo de la actividad de la enfermedad en pacientes con LES y deben ser confirmados en futuras investigaciones.

146

0146 - ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EL EMBARAZO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

QUAGLIA, Maria Isabel (1) CUCCHIARO, Natalia Lili(2) SERRANO, Rosa(3) TISSERA, Yohana Soledad(1) ALBIERO, Juan Alejandro(1) SAVIO, Verónica Gabriela(1) GOBBI, Carla(4) JUAREZ, Vicente(2) CRESPO ESPÍNDOLA, María Elena(2) ALBA, Paula Beatriz(1)
CÁTEDRA DE SEMIOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (1); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA (2); CENTRO CREAR (3); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (4)

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) afecta principalmente a mujeres en edad fértil. El embarazo en estas pacientes requiere de un seguimiento multidisciplinario estrecho para lograr resultados maternos y fetales exitosos. A pesar de esto, existe un aumento en el riesgo de parto pretérmino (PP), feto muerto (FM), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), preeclampsia (PE) y mortalidad materna y fetal. El diagnóstico de LES en el embarazo (DLES) representa un desafío ya que las manifestaciones clínicas del LES pueden ser similares a las del embarazo y sus complicaciones. Por otra parte, la presentación y la actividad de LES influencian el pronóstico por lo que la sospecha diagnóstica y el tratamiento son esenciales.
Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados maternos y fetales de pacientes embarazadas con DLES.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DLES según criterios ACR 1997. Se recolectaron datos demográficos, manifestaciones clínicas e inmunológicas, edad y trimestre del embarazo al diagnóstico, comorbilidades y tratamiento recibido. La actividad lúpica fue evaluada en todos los pacientes con SELENA SLEDAI. Las complicaciones maternas analizadas fueron PE, diabetes gestacional (DG), ruptura prematura espontánea de membranas (REM), corioamnionitis (CA), trombosis arterial y venosa (TA, TV), infecciones y mortalidad materna. El pronóstico fetal fue evaluado como nacidos vivos, PP, aborto espontáneo (AE), FM, RCIU , presencia de lupus y muerte neonatal.
Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con diagnóstico de DLES. En la tabla 1 se muestran las características clínicas. De las 15 nefritis lúpica, se realizó biopsia a 12: 9 (75%) con clase IV, 1 (8.33%) clase III y 1 (8.33%) clase V; una muestra no fue representativa. 2 pacientes presentaban HTA crónica, 4 hipotiroidismo y 1 hipertensión pulmonar. La mediana del recuento plaquetario fue 130000/mm3 (60000-250000), creatinina 0,80 mg/dl (0,60-1,30), uricemia 4,50 mg/dl (4,20-5,10) y de proteinuria 3600 mg/24h (1500-4500). Las 22 pacientes tuvieron ANA positivo; de los anticuerpos extraíbles del núcleo 6 presentaron antiSm, 11 antiRo, 4 antiLa, 4 antiRNP. Dentro de AAF, 6 manifestaron ACL y 4 AL. 2 tenían SAFO previo. 15 tuvieron antiDNA, la mediana del C3 fue 60 mg/dl (50-74) y de C4 9 mg/dl (6-10). Durante el embarazo, 5 desarrollaron insuficiencia renal y 1 DG. La tabla 2 muestra los resultados maternos y fetales. De las 20 pacientes que tuvieron hijos nacidos vivos, 2 desarrollaron HELLP, 2 REM y 1 DPPNI. No hubo casos de AE, TA, TV, infecciones o muerte materna. El inicio del tratamiento comenzó en el 2º trimestre en 13, 3ºT en 6, 1ºT en 2 y puerperio en 1. 21 (95,45%) recibieron esteroides (mediana 30 mg/día (20-60), 15 en pulsos. 21 (95.45%) tratadas con HCQ y 11 (50%) con AZA. Se indicó AAS a 16 (72.72%) y HBPM a 12 (54.54%, en dosis profilácticas). Se constataron 2 (10%) muertes perinatales. No hubo casos de lupus neonatal.
Conclusiones: El diagnóstico de DLES requiere alta sospecha, principalmente en el 2° trimestre, con manifestaciones cutáneas, renales y hematológicas, que pueden simular y coexistir con otras patologías del embarazo. El diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales por alta morbilidad materno-fetal.

Variables	N= 22
Edad al diagnóstico (mediana, años)	26,50 (22.00-33.00)
Etnia mestiza (n, %)	9/12 (75)
1º trimestre al diagnóstico (n, %)	4 (18.18)
2º trimestre al diagnóstico (n, %)	15 (68.18)
3º trimestre al diagnóstico (n, %)	3 (13.63)
Manifestaciones mucocutáneas (n, %)	18 (81.81)
Manifestaciones renales (n, %)	15 (68.18)
Manifestaciones hematológicas (n, %)	15 (68.18)
Manifestaciones articulares (n, %)	14 (63.63)
Manifestaciones serosas (n, %)	7 (31.81)
SLEDAI severo (n, %)	14/18 (77.77)

Variables	N= 22
Preeclampsia (n, %)	13/21 (61.9)
Restricción del crecimiento intrauterino (n, %)	11/20 (55)
Feto muerto (n, %)	2 (9.09)
Parto prematuro (n, %)	10/20 (47.61)
Finalización por cesárea (n, %)	16 (72.72)
Peso al nacer (mediana, mg)	2175 (1700-2350)
Recién nacido pequeño para edad gestacional (n, %)	16/20 (80)

147

0147 - OREJAS CALIENTES

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

SAGER, Lorena Ayelén (1) REIBALDI, Alejandro(1) GALLO, Jésica(2) SCHMID, Maria Marcela(3) CORREA LEMOS, María Eugenia(4) BENAVENTE, Emilio Pablo(5) ORTIZ, Alberto(1) ROVERANO, Susana Graciela(1) PAIRA, Sergio(1)
HOSPITAL J.M. CULLEN (1); HOSPITAL DRA. OLGA S. DE RIZZI (2); HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO (3); HOSPITAL DR. J. R. VIDAL (4); CENTRO DE SALUD EVA PERÓN (5)

Objetivos: La oreja o el pabellón auricular es la parte externa del oído del ser humano formada por un repliegue cutáneo sostenido por una lámina cartilaginosa. Si bien no es frecuente su afectación en reumatología ni en las patologías de consulta diaria, cada vez que se nos presenta un paciente con dicho compromiso, nos vemos en una incógnita diagnóstica.
Materiales y Métodos: Recopilar casos de pacientes con diversas enfermedades de base que simulaban enfermedades autoinmunes con compromiso de pabellón auricular.
Resultados: Se revisaron historias clínicas de 18 pacientes con compromiso del pabellón auricular de diferentes centros de reumatología vistos hasta la actualidad. Se hizo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y multicéntrico de pacientes que asistieron a los servicios de reumatología del Hospital J. M. Cullen (Santa Fe Capital), Hospital Dra. Olga de Rizzi (Reconquista, Santa Fe), Hospital Ángela I de Llano (Corrientes Capital), Centro de Salud Eva Perón (Formosa) y Servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. J. R. Vidal (Corrientes Capital).
Conclusiones: Comunicamos una serie de casos de 18 pacientes con lesiones en Oreja. De ellos, el 61.1 % (11/18) fueron mujeres y el 38.8% (7/18) fueron hombres. La edad media del diagnóstico fue de 44.83 años (rango 14 – 70 años). El Compromiso de la oreja fue en su mayoría unilateral con un 66.6 % (12/18) de los casos, y solo un 33.3% (6/18) fue bilateral. Dentro de las características de las lesiones se encontró que en un 33.3% fueron condritis, un 27.7% fueron necrosis cutánea; lesiones costrosas, eritematosas y vesiculares 11.1% cada una, y en un 5.5% lesión hipopigmentada cicatrizal. De los 18 pacientes, una se encuentra en estudio, los restantes diagnósticos fueron dos casos de vasculitis por cocaína, dos enfermedad de Lucio, dos Enfermedad Relacionada por IgG4, un mieloma múltiple, una policondritis, dos lupus eritematoso sistémico, dos lupus eritematoso sistémico con herpes zoster, un lupus discoide crónico, un síndrome antifosfolipídico primario, un síndrome de Sjögren, una picadura de insecto y un síndrome de Ramsay Hant.
: Llegamos a la conclusión de que si bien, muchos de los diagnósticos encontrados no pertenecen a enfermedades autoinmunes, muchas veces pueden presentarse en pacientes inmunocomprometidos.

148

0148 - ADENOPATIAS EN REUMATOLOGÍA

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

SAGER, Lorena Ayelén (1) REIBALDI, Alejandro(1) GALLO, Jésica(2) ORTIZ, Alberto(1) ROVERANO, Susana Graciela(1) PAIRA, Sergio(1)
HOSPITAL J.M. CULLEN (1); HOSPITAL DRA. OLGA S. DE RIZZI (2)

Objetivos: Los nódulos linfáticos son un conglomerado de células que hacen parte del sistema de defensa; de lo cuales se reconocen más de 600, al presentar una anormalidad en el tamaño o en el carácter de los nódulos se denominan adenopatías. Las adenopatías pueden obedecer a múltiples condiciones que se recuerdan fácilmente con el acrónimo "MIAMI" (Malignidad, Infecciones; Autoinmunidad, Misceláneas, Iatrogénicas). Un17,5% corresponden a trastornos malignos, dentro de estos un 11,4% son trastornos linfoproliferativos y un 6,1% son tumores sólidos metastásico. Un 31% presentan linfadenopatías reactivas benignas y en un 26% se afectan por diversas enfermedades no neoplásicas. Esta manifestación clínica puede configurar un desafío diagnóstico para el reumatólogo, ya que, en ocasiones, el amplio diagnóstico diferencial dificulta una aproximación etiológica clara y temprana.
Materiales y Métodos: Recopilar casos de pacientes con diversas enfermedad autoinmunes que presenten adenopatías.
Resultados: Se revisaron historias clínicas de pacientes que habían consultado en dos centros de Reumatología, vistos entre Agosto del 2015 y Agosto del 2020. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y multicéntrico. Los pacientes incluidos asistieron al servicio de Reumatología del Hospital Dr. J. M. Cullen (Santa Fe capital) y Hospital Dra Olga S. de Rizzi (Reconquista, Santa Fe).
Conclusiones: Comunicamos una serie de casos de 15 pacientes que se consultaron al servicio de Reumatología de dos Hospitales. El motivo de consulta fue variado, encontrándose que consultaron por adenopatías en un 26.6 % (4/15), seguido por parotidomegalia 13.3% (2/15), otros motivos de consulta fueron afonía, disnea, otorrea, lesiones cutáneas, lumbalgia, diplopía y mareos, dolor abdominal y pseudotumor orbitario. En un 53,3 % (8/15) fueron mujeres y en un 46,6 % (7/15) fueron hombres. La edad media al momento del diagnóstico fue de 48,3 años (rango 17- 75 años). Según los grupos ganglionares afectados tenemos que el grupo cervical se encontró comprometido en un 60% (9/15), seguido por ganglios axilares 53.3%, submaxilares (40%), supraclaviculares (26.6%), mediastinales y occipitales en 20% cada uno, en un 13.3% se vieron afectados los grupos retroaortico, inguinal, retroperitoneal, retroauricular y pretraqueal. En un 6.6% mesentéricos, carinal, parahiliar y preauricular. La mayoría presentó compromiso bilateral (60%), seguido por compromiso unilateral en un 26,6% y solo dos pacientes presentaron en algunas regiones ganglionares compromiso bilateral y en otras unilateral. Los diagnósticos fueron 10 pacientes con Enfermedad Relacionada con IgG4 (ERIgG4), un paciente con Enfermedad de Rosai Dorfman, dos pacientes con Lupus eritematoso sistémico, un paciente con esclerodermia y un paciente con Granulomatosis con Poliangeitis.
: Debido a la variedad de etiologías que pueden presentarse, destacamos la importancia de la obtención de una buena historia clínica, realización de estudio por imágenes, y siempre se deben biopsiar las adenopatías en casos no claros y complementar con Inmunohistoquímica.

149

0149 - UTILIDAD DE LA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA Y DE LA GLUCEMIA ALTERADA EN AYUNAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: LABORATORIO

BELBRUNO, Leila Natalia ROJAS TESSEL, Romina LECUMBERRI, Maria Belen PICCO, Eugenia CUCCHIARO, Natalia ACIAR, Mariana JUAREZ, Vicente BUSCHIAZZO, Emilio LENCINA, Veronica CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena
HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica con predominio de compromiso articular, la cual presenta comorbilidades que son más frecuentes comparadas con la población general (PG). La diabetes mellitus (DM) es 1.4 veces más frecuente en AR vs PG, lo cual podría deberse al uso crónico de corticoides. La detección de DM podría estar infraestimada si se utiliza la glucemia en ayunas (GA), dado que el corticoide produce una hiperinsulinemia en ayunas que podría compensar la menor sensibilidad a la insulina provocada por el fármaco.
Objetivos: El objetivo primario de este estudio fue determinar la utilidad de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) vs la GA para el diagnóstico de DM tipo 2 en pacientes con AR.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), >= 18 años, consecutivos de la consulta ambulatoria. Se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de DM, uso de anti-diabéticos o que no desearan participar. Se consignaron datos de la enfermedad, comorbilidades, hábitos y tratamiento previo y actual, incluyendo el uso de prednisona en mg/día. Se realizó clinimetría habitual, incluyendo índices de actividad y capacidad funcional y laboratorio con reactantes de fase aguda y status de anticuerpos. Se definió Glucemia alterada en ayunas (GAA) como un valor >= 126 mg/dl y PTOG positiva a un valor >= a 200 mg/dl luego de la carga con 75 g de Glucosa. Dichas pruebas eran realizadas en el mismo día, al paciente que participaba del estudio. Estadística – se realizó un análisis estadístico descriptivo, se compararon los datos categóricos mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y los cuantitativos mediante test de T o test de Mann-Whitney. Se consideró significativa a una $p < 0.05$.
Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, 24 (82.8%) femeninos, con una mediana de edad de 49 años (RIC 39.7-55.2) y una mediana de tiempo de evolución de 9 años (RIC 4 -19), 16 (55.2%) erosivas, 6 (20.7%) nodulares. Las comorbilidades mas frecuentes fueron: dislipemia 7 (24.1%), tabaquismo 8 (27.6%), obesidad 5 (17.2%), HTA 5 (17.2%). Ocho pacientes (27.6%) referían realizar actividad física, y la mediana de BMI fue 28.91 (RIC 24.5-32). Presentaban una mediana de DAS28 3.2 (RIC 2.4-4.5), HAQ 1.2 (RIC 0.7-1.7). Veintiún pacientes (72.4%), se encontraban en tratamiento con prednisona, y la DMARcs más utilizada fue metotrexato en 24 pacientes (82.7%). La mediana de glucemia fue 86.5 mg/dl (RIC: 83-93) y de valor PTOG de 104 mg/dl (RIC 91-125). Dos pacientes (6.9%) presentaron GAA, uno de los cuales consumía corticoides y 5 (17.2%) la PTOG alterada, de los cuales 4 presentaban GAA normal y 3 consumían corticoides.
Conclusiones: El uso de PTOG podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de DM tipo 2, en pacientes con AR cuyo valor de GAA fuera normal. La inclusión de mayor número de pacientes podría redundar en resultados con mayor poder que respalden estas conclusiones.

150

0150 - COMPROMISO VASCULAR EN ENFERMEDAD DE BEHCET

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA
Unidad Temática 2: SERIE DE CASOS

MORA, Gabriela Fernanda (1) GARCIA, Patricia(2) CARNEVARO, Oscar(3) AMORE, Miguel Angel(3)
SERVICIO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICH (1); SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICH (2); SERVICIO DE FLEBOLOGIA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIR MY DR COSME ARGERICH (3)

Objetivos: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculopatía compleja, con características histológicas, patogénicas y clínicas variadas. Las trombosis venosas superficiales y profundas son sus manifestaciones vasculares más frecuentes, afectando al 15-40% de los pacientes con EB. Estos eventos son más comunes en varones jóvenes, y tienen un caracter recurrente. La trombosis venosa de miembros inferiores es la manifestación más prevalente, seguida de la trombosis de la vena cava inferior. Típicamente, varios tipos de compromiso vascular arterial o venoso pueden presentarse en un mismo individuo. Las trombosis de miembros inferiores y de senos venosos cerebrales pueden estar presentes en un mismo individuo en un primer evento.
Materiales y Métodos: Se presentan 3 casos de EB con compromiso vascular.
Resultados: Caso 1. Varón de 34 años que inicia cuadro de fiebre de bajo grado acompañado de parálisis facial periférica bilateral y cefalea refractaria a tratamiento médico, acompañadas de edema de miembro superior derecho y tercio superior de hemitórax homolateral. No presentaba antecedentes nosológicos de importancia. En RMI de cerebro se observó un refuerzo con gadolinio de paquimeninges y trombosis de seno sagital. El estudio por imágenes de tórax no arrojó alteraciones. Se realizó una venografía radioisotópica donde pudo observarse trombosis de tronco de vena subclavia derecha. El laboratorio general e inmunológico no reveló alteraciones. HLA B27 positivo. Al interrogatorio, el paciente relató más de diez episodios anuales de aftas orales de gran tamaño y difícil cicatrización. Fue tratado con anticoagulación, pulsos de metilprednisona y azatioprina, con recuperación del cuadro y control ambulatorio, sin recurrencias a la fecha. Caso 2. Varón de 44 años que presenta accidente cerebrovascular isquémico temporoparietal derecho y hemiparesia braquiocrural izquierda, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular previa. Tratado con fibrinolíticos, recupera cuadro motor, presenta síndrome de secreción inadecuada de HAD, trombosis de vena central de la retina, eritema nodoso y artritis de rodilla derecha y tobillo izquierdo. En el laboratorio general e inmunológico no presenta datos destacables. Al interrogatorio, revela aftas orales recurrentes, mas de 6 episodios anuales. Fue tratado con heparina de bajo peso molecular, bajas dosis de corticoides y etanercept. Continúa tratamiento ambulatorio con clopidrogel y etanercept, sin recurrencias. Caso 3. Varón de 25 años de edad que se interna con cuadro de edema de miembro inferior derecho y dolor lumbar bajo homólogo de 24 h de evolución. Los estudios de laboratorio son normales, ecodoppler mmii: trombosis vena cava inferior retrohepática a femoral común y venas axiales de miembro inferior derecho, confirmado por TC y por angiotomografía, de arquitectura tortuosa, sugestiva de cambios inflamatorios crónicos. Se realiza tratamiento fibrinolítico, trombectomía, angioplastia de vena iliaca izquierda y colocación de filtro cava inferior a nivel suprarrenal. El laboratorio general e inmunológico fue normal. Al interrogatorio reveló más de seis episodios anuales de aftas orales y nueve de aftas genitales. HLA B27+ y B44+. Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. En seguimiento ambulatorio posterior al episodio agudo reciente.
Conclusiones: Realizar el diagnóstico de EB en el contexto de manifestaciones vásculo-trombóticas require un alto índice de sospecha, aún en ausencia de manifestaciones típicas de la enfermedad. La demora diagnóstica puede llevar a una evolución tórpida y a una mayor tasa de recurrencias, El tratamiento inmunosupresor es fundamental, y la anticoagulación está indicada en casos de compromiso vascular mayor, como el de la vena cava.

152

0152 - DESCRIPCIÓN DEL FONDO DE OJO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CAPILAROSCOPÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

RODRIGUEZ BOSSIO, Erick SECCO, Anastasia ROMANINI, Félix Enrique TAMBORENEA, María Natalia LUCAS, Florencia Lucía HOYOS MONTOYA, Juan David CASTRILLÓN BUSTAMANTE, Diana Marcela CAMPOS CORTEZ, Olga Patricia
HOSPITAL RIVADAVIA

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un aumento en la producción del colágeno, asociado a la producción de autoanticuerpos, depósito anormal de proteínas de matriz extracelular y microvasculopatía. Afecta piel, pulmones, tracto gastrointestinal, entre otros, con diferentes grados de severidad. La microangiopatía es un aspecto patognomónico de la ES. A nivel del lecho ungueal, la capilaroscopía permite identificar este daño mediante cambios morfológicos específicos que conforman un patrón propio de la enfermedad (patrón SD). El mismo se clasifica en temprano, activo y tardío, según la severidad del compromiso vascular. A nivel ocular, el compromiso vascular puede explorarse a partir del fondo de ojo (FO) u oftalmoscopia, que consiste en la visualización de la morfología de la microvasculatura, humor acuoso, cristalino, humor vítreo de la retina y del disco óptico. Actualmente no se encuentran publicados estudios que describan los hallazgos obtenidos en el FO de pacientes con ES, ni tampoco su asociación con patrones de capilaroscopía, por lo que la presente investigación proporciona información de interés, respecto a la relevancia clínica del FO asociado a la capilaroscopía, como parámetro complementario de evaluación objetiva en los pacientes con ES.
Objetivos: Describir los hallazgos en la microvasculatura ocular a través del FO y evaluar su asociación con los hallazgos de la capilaroscopía en pacientes con diagnóstico de ES.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES (criterios ACR/EULAR 2013) durante un período de 6 meses, siendo excluidos pacientes con enfermedad ocular previa conocida (patología del segmento posterior, trauma agudo, infección activa, secuelas), antecedente de otras enfermedades autoinmunes sistémicas, enfermedades del sistema nervioso central con afección del segundo par craneal, patología oncológica y pacientes con diabetes e hipertensión arterial mal controladas. Se realizó a todos los pacientes FO y capilaroscopía, en forma ciega respecto a las características del paciente por parte del profesional operador. Las variables continuas se expresaron en media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según distribución, las variables categóricas se expresaron como proporciones y se analizaron mediante test exacto de Fisher.
Resultados: Se incluyeron un total de 34 pacientes con ES, con una media de edad en años de 55,4 (± 12,7), con una media de tiempo transcurrido desde el diagnóstico en años de 11,8 (± 6,17) y una media de presencia de fenómeno de Raynaud en años de 11,9 (± 6,77). El 20,59% (n:7) de los pacientes presentó anormalidades en el FO, siendo el adelgazamiento arteriolar y venoso el hallazgo anormal mas frecuente (n:5), seguido de lesión degenerativa (n:1) y pulso venoso en la papila (n:1). El 67,65% (n:23) de los pacientes presentó patrón SD en la capilaroscopía, encontrándose patrón SD temprano en el 17,65% (n:6), SD activo en el 11,76% (n:4) y SD tardío en el 38,24% (n:13). Se encontraron anormalidades en el FO en el 26,09% de los pacientes con patrón SD versus el 9.09% de pacientes con capilaroscopía negativa, sin diferencias significativas entre ambos grupos (p= 0,252).
Conclusiones: Los pacientes con ES pueden presentar hallazgos anormales en el FO, dentro de los cuales se destaca el adelgazamiento arteriolar y venoso. La asociación entre las anormalidades en el FO y la presencia de patrón SD no fue estadísticamente significativa en el presente estudio. Sin embargo, dado que una proporción de pacientes con alteraciones del FO presentaron patrón SD, se requieren estudios con mayor número de pacientes para ratificar dicha asociación.

155

0155 - MIELITIS TRANSVERSA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

SAVY, Florencia GARCIA, L MARTIRE, V GARCIA, M
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN"

TABLA 1	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad	51	47	20	26	20
genero	F	m	F	F	F
comorbilidades	HTA	no	no	tiroiditis	Hipotiroidismo grave
LES previo	no	no	no	si	no
manifestaciones asociadas	renal	renal	renal	rash malar/artritis/alopecia/fenomeno plano	neuritis optica
SLEDAI	28	38	20	8	20
Compromiso motor	paraparesia	paraparesia	paraplejia	paraparesia	paraparesia
Compromiso esfinter vesical	si	si	si	si	si
Nivel sensitivo	T9-T5	T6	T9	D7	T6
RM espinal (hiperintensidad T2/STIR)	Normal	ART	MTLE (13-cono medular)	MTLE (bulbo-cono medular)	normal
RM cerebral	si	No disponible (ND)	normal	si	normal
BOC	ND	ND	negativo	negativo	negativo
Ant DNA	negativo	positivo	positivo	positivo	positivo
C3/C4	78/33	49/6	27/3	42/5	normal
Antifosfolipidos	ACL IgM	ACL IgM y IgG	ACL IgM	ND	negativo
Anticuerpos	ND	ND	negativo	ND	negativo

TABLA 2	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
HCQ	si	si	si	si	si
Metilprednisolona IV	si	si	si	si	si
Ciclofosfamida IV	si	no	si	si	si
IGIV	si	si	si	si	no
Plasmaferesis	no	no	si	si	no
Rituximab	no	no	si	si	si
Escala de Hughs al evento	4	4	4	4	4
Escala de Hughs 6 m	4	4	4	4	2
Recurrencia	no	no	no	no	si

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, de laboratorio, imagenológicas, tratamientos y evolución de pacientes adultos con diagnóstico de mielitis transversa asociada a lupus eritematoso sistémico.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo que incluyó pacientes mayores a 16 años con diagnóstico de mielitis transversa asociada a LES según criterios ACR/EULAR 2019 y Transverse Myelitis Consortium Working Group (TMCWG) asistidos en el Servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel en Argentina. Evaluamos datos demográficos, variables clínicas, resultados de laboratorio general, líquido cefalorraquídeo y laboratorio inmunológico, imágenes por resonancia magnética (MRI), tratamientos y resultados clínicos al momento del evento de mielitis y a los 6 meses según la Escala de discapacidad funcional de Hughs modificada (HFDS; 0 = normal, 1 = síntomas menores, 2 = capaz de caminar más de 30 pies sin ayuda, 3 = capaz de caminar más de 30 pies con ayuda, 4 = cama atado / en silla de ruedas, 5 = requiere ventilación asistida, 6 = muerte)
Resultados: Describimos cinco pacientes con diagnóstico de mielitis asociada a LES. En la tabla 1 se muestran las características demográficas y clínicas: 4 mujeres y 1 varón, la edad media fue de 36 años (DE: 16), con una media de días de internación de 56 (DE: 8.5). En 4 de los 5 casos, la mielitis fue la primera manifestación de LES, presentándose en forma aguda y severa en todos los casos con compromiso motor, sensitivo y esfinteriano. El compromiso de la función renal se manifestó en forma concomitante en 3 de los 5 pacientes, y un solo paciente presentó neuritis óptica. El SLEDAI mostró una alta actividad con una media de 22.5 (DE: 14). El análisis serológico reveló anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a título alto en todos los pacientes, cuatro de los cuales presentaron niveles elevados de anticuerpo anti DNA y bajos de complemento. Tres pacientes presentaron anticardiolipinas (ACL) IgM positivas y uno solo inhibidor lupico (IL) positivo, este último con diagnóstico de Síndrome antifosfolipídico. En solo dos pacientes se evaluó la presencia de anticuerpo acuaporina 4 (AQP4-ab) con resultados negativos. El LCR de todos los pacientes presento características inflamatorias con elevación de polimorfonucleares, hiperproteinorraquia, e hipoglucorraquia, habiéndose descartados eventos infecciosos como causales, mediante hallazgos normales de serología viral y cultivos para bacterias, hongos y parásitos en LCR y sangre. Los cinco pacientes recibieron metilprednisolona intravenosa (IV) en pulsos entre 500 mg a 1 g por día durante 3 a 5 días, y todos excepto el paciente 2, recibieron ciclofosfamida IV. El único caso en el que se halló inhibidor lúpico positivo recibió tratamiento anticoagulante. Debido al severo compromiso clínico sistémico los pacientes 3 y 4 recibieron 7 sesiones de plasmaféresis, IGIV 2g/k durante 5 días y posteriormente rituximab 2 gr total (Tabla 2). Se evidenció mejora clínica respecto al compromiso renal, pero solo escaso beneficio en el compromiso clínico neurológico evaluado según la Escala de Hughs modificada a los 6 meses en 1 solo paciente, persistiendo con discapacidad neurológica severa en el resto de los pacientes.
Conclusiones: Los pacientes con mielitis asociada a LES de nuestra serie presentaron diferencias respecto a edad de presentación, hallazgos imagenológicos y serológicos, siendo similar la presentación clínica y la evolución. La mayoría de los pacientes tuvieron otro compromiso orgánico asociado, y en todos los casos se observó la discapacidad neurológica severa como secuela de la mielitis.
: Los pacientes con mielitis transversa asociada a LES de nuestra serie presentaron diferencias respecto a la edad de presentación, hallazgos imagenológicos y serológicos, siendo similar la presentación clínica y la evolución. La mayoría de los pacientes tuvieron otro compromiso orgánico asociado, y en todos los casos se observó la discapacidad neurológica severa como secuela de la mielitis.

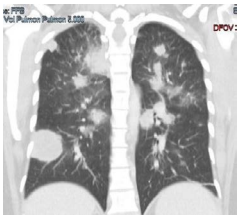
154

0154 - OPACIDADES EN BALAS DE CAÑÓN EN UNA MUJER CON NARIZ EN SILLA DE MONTAR

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA
Unidad Temática 2: IMÁGENES/ECO/US/RM

ASTUDILLO, José CHESSINI, Georgina LEYES, Marcelo CALDERON, Gustavo
SANATORIO FRANCHIN

Objetivos: Resaltar la relación entre un signo clínico y un patrón radiológico mediante el diagnóstico diferencial
Materiales y Métodos: Datos obtenidos de la HC de la paciente
Resultados: Mujer de 34 años, con antecedentes de hipoacusia unilateral no estudiada y uveítis anterior hace 2 meses, que consulta por fiebre, sudoración nocturna, astenia, adinamia y pérdida de peso de 10kg de 5 meses de evolución. Durante la última semana agrega tos húmeda y disnea clase funcional II por lo que fue tratada como NAC, sin respuesta clínica. Al examen físico presentaba nariz con deformidad "en silla de montar"; crepitantes en ambas bases y campo medio pulmonar derecho. A la palpación de la mama izquierda presentaba una formación nodular duro elástica móvil de 2 x 2 cm en hora 12. El resto del examen físico era normal Los exámenes de laboratorio al ingreso evidenciaron: anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis (14400/mm3) con formula conservada, trombocitosis (603000/mm3), VSG 120, PCR 296, leve deterioro de la función renal (Cr 1,58 mg/dl), sedimento urinario con >50 hematies/campo, hemoglobinuria +++ y escasos cilindros granulosos. La radiografía de tórax mostro varias imágenes radiopacas redondeadas, distribuidas en las regiones parahiliares y basales periféricas, tipo patrón en suelta de globos o balas de cañón. En tomografía se observó compromiso pansinusitis, perdida de la continuidad del tabique nasal e hipertrofia de cornetes. En tórax, imagen nodular a nivel de la mama izquierda que produce retracción de la piel, de 19 x 30 mm e imagen ganglionar ipsilateral asociada a alteración de la grasa, de 9 x 15 mm; en parénquima pulmonar se confirman las imágenes radiográficas previas, asociadas a áreas de vidrio esmerilado. Serologías y cultivos solicitados siempre fueron negativos. Mediante fibrobroncoscopia se realizó biopsia transbronquial de una lesión, la cual no mostro atipia celular. Ante el sospechoso nódulo mamario, se realizó PAAF donde no se observaron células atípicas, compatible con fibroadenoma; los marcadores tumorales fueron negativos. La fibrolaringoscopía mostró lesiones costrosas en la mucosa nasal y colapso de cartílagos nasales, pero fue imposible la toma de biopsia. Proteinuria en orina de 24 hs, en 2 ocasiones fueron de 1,31 y 2,83 gramos respectivamente. La positividad de los anticuerpos ANCAp (1/100) y anti PR3 (100 U/ml) y la afectación glomerular permitieron la punción biopsia renal (PBR) de la paciente. Se inició pulsos de metilprednisolona 500mg/día por 3 días consecutivos. Se recibe el resultado de la PBR la cual informa glomerulonefritis extracapilar focal paucinmune (tipo III), nefritis tubulointersticial aguda y vasculitis leucocitoclástica en evolución fase cicatrizal. Ante el diagnostico de vasculitis asociada a ANCA (Granulomatosis con Poliangeítis) se decide iniciar inmunosupresión con ciclofosfamida EV, con posterior mejoría clínica y de laboratorio. En controles ambulatorios, también se evidencia mejoría radiológica. La paciente continua con tratamiento inmunosupresor. Nota: El caso se presentó previo a la pandemia, ya que por las imágenes el compromiso pulmonar por COVID-19 hubiese formado parte del diagnóstico diferencial.
Conclusiones: Ante un patrón radiológico en balas de cañón debe plantearse siempre un diagnóstico diferencial con enfermedad tumoral (primaria o metastásica), infecciosa (viral, bacteriana o fúngica) y, aunque con menos frecuencia, una enfermedad sistémica como la GPA. El compromiso de la vía aérea superior como la nariz en "silla de montar" y la pansinusitis más el compromiso renal orientaron hacia el compromiso sistémico, donde la positividad de los anticuerpos, la biopsia característica y la respuesta a la inmunosupresión confirmaron el diagnóstico.



156

0156 - TOFACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL MUNDO REAL: ESTUDIO NACIONAL Y MULTICENTRICO EN 167 PACIENTES

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

MALIANDI, María Del Rosario (1) MALVANO, Yanina Silvia(2) CUSA, María Alejandra(3) GAMBA, María Julieta(4) GOMEZ, Ramiro Adrian(5) GOT, Julio A.(6) GUT, Oscar(7) PARIS, Ursula Vanesa(8) MARIASCH, Natalia Carolina(9) SPINETTO, María Andrea(10)
UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO GARAY (1); SANATORIO MODELO ADROGUÉ (2); MEDICINA REUMATOLÓGICA, CENTRO MÉDICO PRIVADO (3); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL "ALEJANDRO POSADAS" (4); SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL "ALEJANDRO POSADAS" (5); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, INSTITUTO MÉDICO HUMANITAS (6); CENTRO MÉDICO PRIVADO (7); UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR. RAMÓN MADARIAGA" (8); CENTRO MÉDICO PRIVADO (9); CENTRO MÉDICO PRIVADO (10); UNIDAD DE INMUNOREUMATOLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE (11); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS DE QUILMES (12); UNIDAD DE REUMATOLOGIA, HOSPITAL DE QUILMES (13)

Introducción: Tofacitinib (TOF), un inhibidor oral de JAK, está aprobado para su uso en artritis reumatoidea (AR) en monoterapia o combinado con metotrexato (MTX). Pese a la evidencia disponible actualmente en cuanto a su eficacia a partir de ensayos controlados aleatorizados y estudios de extensión, la evidencia respecto de su efectividad y seguridad en un contexto de mundo real es limitada, no solo en Argentina sino en América Latina de forma general.
Objetivos: Describir la efectividad, seguridad y persistencia de tratamiento con TOF en pacientes con AR en la práctica diaria de centros de salud públicos y privados de Argentina.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico mediante la revisión de historias clínicas en 10 centros asistenciales. Se incluyeron pacientes ≥18 años con AR (ACR/EULAR 2010) que hubiesen recibido o se encontrasen en tratamiento con TOF hasta Junio 2020. La recolección de datos se efectuó mediante una base de datos diseñada para este estudio que incluyó datos demográficos, de laboratorio, clinimetría y tratamientos concomitantes basales y a 3, 6 y 12 meses desde el inicio de TOF. Se definió remisión clínica como DAS28-VSG <2,6. Se consignaron eventos adversos, duración del tratamiento, persistencia de TOF al momento de la última visita y causas de discontinuación. La comparación respecto de los valores basales se realizó mediante prueba de Wilcoxon para variables numéricas y con test de McNemar para variables categóricas. La persistencia se analizó mediante técnica de Kaplan Meier. Se consideró significativo un valor p<0.05.
Resultados: Se incluyeron 167 pacientes. 78.4% mujeres. Al inicio, edad mediana 53 años (RIC 43-63), duración de enfermedad mediana 4 años (RIC 2-13). Comorbilidades: hipertensión arterial 44.9%, diabetes 8.98%, dislipidemia 22.16% y tabaquismo 28.15%. Laboratorio: FR (+) 85.6%, ACCP (+) 80.8%, FAN (+) 22.7%. Daño estructural radiográfico 71.8%. Uso previo de MTX 97%, leflunomida 74.8%, biológicos 42.5% (28.74% 1 biológico, 11.98% 2 biológicos y 1.8% ≥ 3 biológicos). Dosis TOF: 48% 11 mg/día y 52% 5 mg/c12 hs. Se objetivó un descenso de DAS28VSG de 5.58±1.06 basal a 3.44±1.49 a 3 meses, 3.21±1.23 a 6 meses y 2.94±1.03 a 12 meses (todos p<0.0001 vs basal). Alcanzaron remisión 38.2%, 46.06% y 50.56% a 3, 6 y 12 meses respectivamente. El uso de prednisona declinó de 86.8% basal a 58.1%, 34.7% y 21.6% a 3, 6 y 12 meses (todos p<0.0001 vs basal) y el de MTX de 64.1% basal a 62.8% a 3 meses (no significativo), 52.1% a 6 meses (p=0.0002) y a 44.9% a 12 meses (p < 0.0001). Se registraron eventos adversos en 26 pacientes (herpes zoster, n=9). Se diagnostico tuberculosis latente en 0.5% de los pacientes, no obstante no registramos tuberculosis activa ni eventos trombóticos. Se discontinuó TOF en 33 pacientes, 20 en los primeros 12 meses y 13 luego de ese periodo. La persistencia fue 93.84% a 3 meses, 91.2% a 6 meses y 86.8% a 12 meses.

	0	3 meses	6 meses	12 meses
DAS28-ESR *Media ± DE*	5.58 ± 1.06	3.44 ± 1.49*	3.21 ± 1.23*	2.94 ± 1.03*
Metotrexate *n (%)*	107 (64.1)	105 (62.8)[#]	87 (52.1)#	75 (44.9)*
Meprednisona *n (%)*	145 (86.8)	97 (58.1)*	58 (34.7)*	36 (21.6)*
Meprednisona dosis (mg/día) *Media ± DE*	8.64 ± 3.90	6.27 ± 2.45	5.40 ± 2.19	5.25 ± 2.23

*p<0.0001 respecto al basal. # p= 0.0002 & p=0.7266

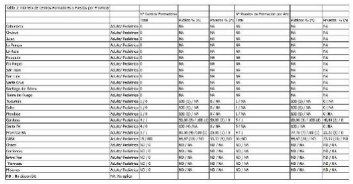
Conclusiones: La efectividad de TOF se observó en términos de respuesta clínica y de descenso o suspensión de MTX y esteroides concomitantes. El perfil de seguridad fue similar al descripto en los estudios de extensión a largo plazo. A 12 meses, la persistencia de tratamiento con TOF fue elevada.

157

0157 - OFERTA DE FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

SOLDANO, Juan (1) HAYE SALINAS, Maria Jezabel(2) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(3) BUSCHIAZZO, Emilio(4) ERAÑA, Fernando(5) GÁLVEZ ELKIN, María Soledad(6) GOBBI, Carla(7) MACHADO ESCOBAR, Maximiliano(8) MARTINEZ, Raul Nicolás(9) MARTIRE, Maria Victoria(10)
GRUPO OROÑO (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA (2); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (3); HOSPITAL SR DEL MIAGRO (4); CONSULTORIO REUMATOLOGÍA (5); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (6); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (7); HOSPITAL EVA PERON (8); HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA (9); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (10); HOSPITAL DR. MARCIAL V. QUIROGA. (11); CONSULTORIO REUMATOLOGIA (12); SERVICIO DE REUMATOLOGIA FUNDACIÓN FAVALORO (13); JEFE UNIDAD DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL MUNICIPAL"DR LEÓNIDAS LUCERO" (14); SECCIÓN REUMATOLOGÍA HTAL. RIVADAVIA (15); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (16); CENTRO MÉDICO MITRE (17)



Introducción: La frecuencia de enfermedades reumáticas aumenta con la esperanza de vida y se encuentra dentro de las primeras 5 causas de discapacidad tanto para la vida diaria como laboral. Se prevé una falta de acceso a la atención especializada en los años venideros (1, 2). En varios países ha habido un aumento de la oferta para la formación en reumatología en los últimos años (3).
Objetivos: Conocer la oferta de formación en reumatología en el territorio nacional.
Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región.
Resultados: Se reportaron en nuestro país 33 centros formadores, con 54 puestos por año para aspirantes a realizar la especialidad. La región centro del país presentó mayor concentración de centros. Ver figura y tabla 1.
Conclusiones: Existe en nuestro país una gran disparidad en cuanto a la posibilidad de acceso a centros de formación, habiendo incluso provincias sin esta oferta. Esto determina un gran desafío para los próximos años considerando el aumento de la demanda de la especialidad.

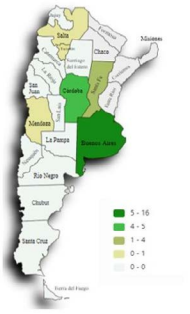


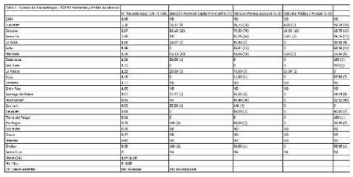
Fig 1: Distribución de Centros Formadores Según Provincia
https://paintmaps.com/es/mapas-de-usuario/2539

160

0160 - REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN NACIONAL AÑO 2020

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

HAYE SALINAS, Maria Jezabel (1) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(2) SOLDANO, Juan(3) BUSCHIAZZO, Emilio(2) ERAÑA, Fernando(4) GÁLVEZ ELKIN, Maria Soledad(5) GOBBI, Carla(6) MACHADO ESCOBAR, Maximiliano(7) MARTINEZ, Raul Nicolas(8) MARTIRE, Maria Victoria(9) NAVARTA ORTÍZ, Alejandro(10)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA (1); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (2); GRUPO OROÑO (3); CONSURLTORIO REMATOLOGIA (4); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (5); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (6); HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN (7); HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA (8); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (9); HOSPITAL DR. MARCIAL V. QUIROGA. (10); CONSULTORIO REUMATOLOGIA (11); FUNDACIÓN FAVALORO (12); HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS LUCERO BAHIA BLANCA (13); HOSPITAL RIVADAVIA (14); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (15); CENTRO MÉDICO MITRE (16)



Introducción: La OMS reconoce que las patologías reumáticas (artritis, artrosis, lumbalgia) están dentro de las causas más frecuentes de discapacidad laboral, que generan importantes costos directos e indirectos y que van en aumento con la esperanza de vida (1). Se considera que el número ideal es un reumatólogo cada 50 mil habitantes (2).
Objetivos: Conocer la cantidad y distribución de los reumatólogos en el territorio nacional.
Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región. Se consideraron los datos del censo 2010 para determinar el número de habitantes.
Resultados: Se reportó en promedio un reumatólogo cada 100 mil habitantes. En la mayoría de las provincias (>80%) trabaja en capitales provinciales. Ver figura y tabla 1.
Conclusiones: La cantidad de reumatólogos por habitantes es menor de lo recomendado, con una distribución dispar según provincia y con concentración en los centros más urbanizados, fundamentalmente CABA.

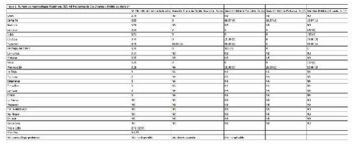
Fig 1: Distribución de Reumatólogos cada 100 mil Habitantes, Según Provincia
https://paintmaps.com/es/mapas-de-usuario/2626

161

0161 - REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN NACIONAL AÑO 2020

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

HAYE SALINAS, Maria Jezabel (1) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(2) SOLDANO, Juan(3) BUSCHIAZZO, Emilio(4) ERAÑA, Fernando(5) GÁLVEZ ELKIN, Maria Soledad(6) GOBBI, Carla(7) MACHADO ESCOBAR, Maximiliano(8) MARTINEZ, Raul Nicolás(9) MARTIRE, Maria Victoria(10)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA (1); HOSPITAL SRA. DEL MILAGRO (2); GRUPO OROÑO (3); HOSPITAL SR DEL MIAGRO (4); CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA (5); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (6); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (7); HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (8); HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA (9); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (10); HOSPITAL DR. MARCIAL V. QUIROGA. (11); CONSULTORIO PARTICULAR (12); FUNDACIÓN FAVALORO (13); HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS LUCERO BAHIA BLANCA (14); HOSPITAL RIVADAVIA (15); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA (16); CENTRO MÉDICO MITRE (17)



Introducción: La atención de niños con enfermedades reumáticas está mundialmente restringida por la escasa disponibilidad de reumatólogos pediátricos (RP) (1-3).
Objetivos: Conocer la cantidad y distribución de los RP en el territorio nacional.
Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región. Se consideró el número de habitantes de 0 a 14 años según censo 2010.
Resultados: Se reportaron un promedio 0,42 RP cada 100 mil habitantes de 0 a 14 años, concentrados en la región centro norte del país. Ver figura y tabla 1.
Conclusiones: En nuestro país existe un escaso número de RP, concentrados en las ciudades más habitadas. En varias provincias no hay acceso a dicha atención. Se plantea la necesidad de acciones que hagan conocer esta subespecialidad y mayor oferta de centros formadores.

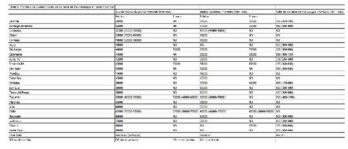
Fig 1: Distribución de Reumatólogos Pediátricos cada 100 Mil Habitantes de 0 A 14 Años, Según Provincia
https://paintmaps.com/es/mapas-de-usuario/2627

162

0162 - SUELDO PROMEDIO Y VALOR DE CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN ARGENTINA 2020

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: IMÁGENES/ECO/US/RM

HAYE SALINAS, Maria Jezabel (1) | SOLDANO, Juan(2) | CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(3) | BUSCHIAZZO, Emilio(4) | ERAÑA, Fernando(5) | GÁLVEZ ELKIN, Maria Soledad(6) | GOBBI, Carla(7) | MACHADO ESCOBAR, Maximiliano(8) | MARTINEZ, Raul Nicolas(9) | MARTIRE, Victoria(10)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA (1); GRUPO OROÑO (2); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO (3); HOSPITAL SR DEL MIAGRO (4); CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA (5); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA (6); CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA I, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC (7); HOSPITAL EVA PERÓN DE TUCUMÁN (8); HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA (9); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (10); HOSPITAL DR. MARCIAL V. QUIROGA. (11); CONSULTORIO REUMATOLOGÍA (12); FUNDACIÓN FAVALORO (13); HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS LUCERO BAHIA BLANCA (14); HOSPITAL RIVADAVIA (15); HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (16); CENTRO MÉDICO MITRE (17)



Introducción: Según estudios de costo y otros reportes el sueldo mensual de un especialista en reumatología en América varia de USD 1400 en Méjico hasta USD 5000 en Chile y en Europa desde USD 5000 en España hasta USD 11600 en Alemania. El costo de la consulta es de 22 USD en Alemania y de 12 USD en Colombia (1, 2).
Objetivos: Conocer el sueldo promedio y el costo de la consulta de los especialistas en reumatología en el territorio nacional.
Materiales y Métodos: Un reumatólogo (Socio SAR) de cada provincia /filial completó ficha de recolección de datos de su región.
Resultados: El sueldo promedio de los médicos de planta es de $ 50270,83 (USD 661,15), de los médicos residentes de $48428,57 (USD 636,92) y el valor de consulta abonado por prepagas /obras sociales de $589,37 (USD 7,75). Ver figura y tabla 1.
Conclusiones: En nuestro país el sueldo del especialista en reumatología y el valor de por consulta se encuentra marcadamente por debajo de lo que se reporta en otros países de la región y de otros continentes.

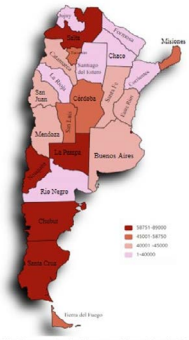


Fig. 1: Sueldo Promedio de Reumatólogo Según Provincia
https://paintmaps.com/es/mapas-de-usuario/2540

163

0163 - SIMULADORES DE VASCULITIS SISTEMICAS PRIMARIAS: PSEUDOVASCULITIS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS
Unidad Temática 2: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

REIBALDI, Alejandro SAGER, Lorena Ayelén ORTIZ, Alberto ROVERANO, Susana Graciela PAIRA, Sergio
HOSPITAL J.M. CULLEN

Objetivos: Comunicar una serie de pacientes con cuadros de pseudovasculitis asistidos en el servicio de Reumatología de nuestro hospital.
Materiales y Métodos: Se describen 8 pacientes derivados a nuestra consulta por sospecha de vasculitis primaria sistémica (VPS) con diagnóstico final de cuadros pseudovasculiticos. Criterios de inclusión: sospecha de VPS con confirmación posterior anatomopatológica o serológica de un sindrome pseudovasculitico. Criterios de exclusión: diagnóstico de VPS, una enfermedad difrente a las descriptas, o diagnóstico no concluyente. Revisamos una serie de pacientes con los simuladores de VPS mas emblemáticos asistidos en nuestro servicio: cocaína, ergotismo, sindrome antifosfolipido (SAF), lepra con fenomeno de Lucio, calcifilaxis no uremica, enfermedad de Kolhmeier-Degos, Sindrome de Susac y vasculopatia livedoide.
Resultados: Se presenta una serie de 8 pacientes con sindromes pseudovasculitis. Entre ellos la mayoría presenta afectación cutanea como punto de partida. Comunicamos un paciente con compromiso sistémico por cocaina-levamisol; compromiso de territorios vasculares especificas a nivel de miembros y SNC en un paciente con intoxicacion por ergotamina; y en SNC asociado a oido en uno con Sindrome de Sussac. En los cuadros de afectación cutanea describimos: necrosis cutanea por SAF, Fenomeno de Lucio en un paciente con lepra, calcifilaxis de tipo no uremica, enfermedad de Degos y vasculopatia livedoide (tabla 1).

Sexo	Edad (años)	Manifestaciones clinicas	Complementarios	Sospecha	Diagnostico final
Mujer	38	Fiebre, purpura, hepatoesplenomegalia, hemorragia alveolar	Pancitopenia, proteinuria, hipertransaminasemia FAN y ANCA-C +	Vasculitis de pequeño vaso asociada a ANCA	Vasculitis por cocaina-levamisol
Mujer	39	Encefalopatia y ausencia de pulsos en los 4 miembros	VES PCR hepatograma y funcion renal normales	Enfermedad de Takayasu	Ergotismo
mujer	34	Rash malar que progresa a necrosis	Leucopenia (neutropenia) plaquetopenia. Antifosfolipidos+	Vasculitis de pequeños vasos	Necrosis cutanea por SAF
Mujer	57	Edema y parestesias de MMII asociado a fiebre y nodulos dolorosos	FAN, ANCA y FR - EMG: polineuropatia sensitiva Biopsia: necrosis, vasculitis, granuloma	Vasculitis de vaso pequeño limitada a piel	Fenomeno de Lucio
Mujer	64	Artritis reumatoidea. Edema, flictenas y necrosis de pierna izquierda	Cultivo - VES PCR y globulos blancos normales	Vasculitis reumatoidea ; infeccion necrotizante.	Calcifilaxis no uremica
Mujer	30	Eritema nodoso, placas cicatriciales en piel, debilidad muscular	1 era biopsia: paniculitis Aumento de enzimas musculares EMG patron miopatico	PAN	Polimiositis asociada a Enfermedad de Degos
Mujer	42	Multiples ACV Hipoacusia neurosensorial	FAN DNA, FNAs antifosfolipidos - Audiometria hipoacusia sensorineural derecha	Vasculitis primaria de SNC	Sindrome de Susiac
Mujer	31	Edema de miembros inferiores, dolor urente y ulceras en tobillos.	VES PCR normales, ANCA C y P, FAN antifosfolipidos negativos	Vasculitis cutanea	Vasculopatia livedoide

Conclusiones: Es imperativo esta disquisición inicial evitando tratamientos inmunosupresores innecesarios y potencialmente mortales, y orientando las pruebas diagnósticas correctamente. Comunicamos una serie de pacientes con sindromes pseudovasculíticos diagnosticados en nuestro servicio a partir de la consulta por sospecha de vasculitis sistémicas primarias.

164

0164 - NECESIDADES INSATISFECHAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL REFERIDAS POR MÉDICOS REUMATÓLOGOS EN ARGENTINA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

MARTIRE, María Victoria (1) BENEGAS, Mariana(2) GIRARD BOSCH, Paula(1) SOMMERFLEK, Fernando(2) AIROLDI, Carla(3)
INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (1); SANATORIO MENDEZ (2); HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (3)

Introducción: En los últimos años, hubo un gran progreso en el campo de la Espondiloartritis axial (EspAax) en términos de comprensión de los mecanismos de la enfermedad, diagnóstico temprano y tratamiento. Sin embargo, aún quedan varias preguntas sin resolver y necesidades no satisfechas.
Objetivos: evaluar las necesidades insatisfechas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las EspAax referidas por reumatólogos argentinos.
Materiales y Métodos: se llevó a cabo una encuesta en una plataforma on line entre reumatólogos argentinos entre 1/12/2019 y 1/3/2020. Se realizó estadística descriptiva, utilizando mediana y cuartilo 25-75 para variables cuantitativas y frecuencia y % para las cualitativas.
Resultados: Se recibieron 220 respuestas a la encuesta. El 48.6% de los encuestados eran de género femenino, el 44.1 % masculino y el 7.3% otros. La distribución según filial de los encuestados fue la siguiente: ARPBA 28%, ARCBA 21%, CATSELAR 5%, Córdoba 7%, Cuyo 6%, Noreste 0.9%, Santa Fe 9.5%, Saltaño-jujeña 9.5%, Sur 5.5% y Tucumán 4.5%. El 26.4% desempeña su profesión en el ámbito público, 44.5% privado, y 29.1 % ambos. La mediana de pacientes evaluados por mes con (EspAax) es de 4 (2-10). El 65.9% refirió tener acceso al HLA B27 en su medio, 75.5% a resonancia magnética y el 50.5% utilizó protocolos en común con el equipo de diagnóstico por imágenes para la realización de los cortes correspondientes. El 40% considera que el entrenamiento del equipo de diagnósitco por imágenes es adecuado para la lectura de imágenes en EspAax y el 65% refiere que los cortes realizados son los correctos. Con respecto a la derivación de diferentes especialidades: 46.8% refiere recibir pacientes de clínica médica, 32.2% atención primaria, 45% traumatología, 56.1% dermatología, 65.9% oftalmología, 40.9% gastroenterología. En una escala de 0 a 10 para cada pregunta, siendo 0: imposible y 10: sin problemas, los encuestados refirieron una mediana (cuartilo 25-75) de dificultad para indicar tratamiento kinésico de 9 (7-10); prescripción de tratamiento biológico en general 8 (5-9), Adalimumab 8 (6-9), Etanercept 8 (5-9), Golimumab 7 (5-9), Infliximab 7 (3-9), Certolizumab 7 (5-9), Secukinumab 6 (4-8). En el último año, la mediana de actividades realizadas de concientización a otras especialidades y de actividades para pacientes fue de 1 (0-2). Con respecto a las campañas de detección precoz en pacientes (siendo 0: muy mala, 10: excelente), la asistencia a las mismas fue considerada de 5 (3-7) y el impacto percibido por el médico de 5 (4-8). La barrera más importante para el diagnóstico precoz fue la falta de conocimiento de la enfermedad por parte de la población (69%) y la principal barrera para el tratamiento la falta de provisión de medicamentos (63%).
Conclusiones: los reumatólogos reportaron una baja derivación por parte de otras especialidades de pacientes con EspAax, al igual que escasas actividades de concientización a especialidades afines y a pacientes. A pesar de esto, los reumatólogos consideran que la principal barrera para el diagnóstico es el desconocimiento de la enfermedad en la comunidad.

165

0165 - NIVEL SOCIO-ECONÓMICO COMO PREDICTOR EVOLUTIVO EN PACIENTES CON COVID 19 Y ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

SORRENTINO, Laura(1) REBAK, Jonathan Eliseo (1) BRIGANTE, Jorge Alejandro(1) MALDONADO, Federico Nicolás(1) HAMAUI, Adriana(1) DUBINSKY, Diana(1) GAMBA, Maria(2) REYES TORRES, Alvaro(2) BERBOTTO, Guillermo(2) PISONI, Cecilia(2) TANTEN, Romina(2) MALDONADO FICCO, Hernan(2) COSATTI, Micaela(2) GERMAN, Noelia(2) ALLE, Gelsomina(2) TISSERA, Yohana(2) BAEZ, Roberto(2) CUSA, Maria(2) BARBICH, Tatiana(2) ROJAS TESSEL, Ivana(2) BELLOMIO, Veronica(2) NIETO, Romina(2) SAVIO, Veronica(2) CASALLA, Luciana(2) DE LA VEGA, Maria(2) PETRUZZELLI, Sandra(2) GARCIA, Mercedes(2) MEDINA, Maria(2) CONTI, Silvana(2) LAZARO, Maria(2) PAULA, Alba(2) CALVO, Maria(2) MAID, Pablo(2) TAKASHIMA, Lorena(2) GUAGLIANONE, Debora(2) MORBIDUCCI, Julieta(2) PORTA, Sabrina(2) COGO, Karina(2) SEVERINA, Maria(2) MOYANO, Sebastian(2) KISLUK, Boris(2) MENESCARDI, Maria(2) RETAMOZO, Cinthya(2) ALAMINO, Rodolfo(2) DIEGUEZ, Carolina(2) ROBERTS, Karen(3) QUINTANA, Rosana(4) ISNARDI, Carolina(3) PONS-ESTEL, Guillermo(3)
SANATORIO GÜEMES (1); EN REPRESENTACIÓN DE SAR-COVID (2); UNISAR (3); UNISAR (4)

Introducción: La enfermedad Covid-19 puede ser desde asintomática hasta letal. Diversos factores de riesgo (obesidad, patologías respiratorias previas, inmunosupresión) se han mencionado como potencialmente agravantes de cuadros clínicos. El nivel socio-económico influye en el acceso de pacientes a cuidados de salud de alta complejidad. Creemos que un bajo nivel socio-económico podría corresponderse con peores desenlaces de Covid-19.
Objetivos: Establecer valor pronóstico del nivel socio-económico educativo en pacientes con COVID 19 y enfermedades reumatológicas en Argentina.
Materiales y Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo, en el cual se incluyeron todos los pacientes del registro SAR-COVID (registro nacional argentino) al 14/10/2020 de pacientes con enfermedades reumatológicas y Covid-19.
Resultados: 215 pacientes incluidos. Mujeres 80%. Edad 51,4 (15,1) años. 48,4% caucásicos. 97% residencia urbana. 51% clase media. Escolaridad 15(5) años. Empleados 47%. Cobertura: obra social 44%, prepaga 28,4%.
Conclusiones: La principal conclusión es que se observó mayor prevalencia de ARM y mortalidad (con significancia estadística) en pacientes con bajo nivel educativo. Podría deberse a una posible consulta tardía por menores pautas de alarma, menor acceso al sistema de salud, o temor a presentarse a ambiente sanatorial. También se observó que los pacientes con obra social o prepaga presentaron mayor porcentaje de internación y podría deberse a un menor acceso al sistema de salud de los sectores más carenciados o un sesgo de selección de internación entre los sistemas de salud público y privado.

Tabla 2. Resultados según nivel socioeconómico

	Clase baja - media/baja (n=64)		Clase media (n=111)		Clase media/alta – alta (n=35)		p
ARM (n, %)	12	18.8	13	11.7	2	5.7	0.19
Hospitalizado (n, %)	35	54.7	61	55.0	14	40.0	0.24
Tiempo de hospitalización, (x̄, DE)	11	10	10	10	12.5	16.2	0.40
Hospitalización en UCI, (n, %)	12	18.8	4	3.6	17	48.6	0.82
Fallecido (n, %)	8	12.5	9	8.1	1	2.9	0.27

Tabla 3. Resultados según nivel educativo

	Primaria/ Secundaria (< 12 años) (n=61)		Terciaria/ universitaria (>12 años) (n=105)		p
Con ARM (n, %)	10	16.4	6	5.7	0.05
Hospitalizado (n, %)	31	50.8	44	41.9	0.34
Fallecido (n, %)	6	10.5	2	1.9	0.02
Tiempo de hospitalización, (x̄, DE)	9	10.5	10	9.25	0.23
Hospitalización en UCI, (n, %)	10	16.4	8	7.62	0.28

166

0166 - MANIFESTACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN
Unidad Temática 2: IMÁGENES/ECO/US/RM

CASTRO COELLO, Vanessa Viviana SORRENTINO, Laura BRIGANTE, Jorge Alejandro HAMAHUI, Adriana DUBINSKY, Diana
SANATORIO GÜEMES

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno inflamatorio crónico caracterizado por infiltración linfocítica del tejido epitelial en las glándulas exócrinas y los sitios extraglandulares. El SS puede estar asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. La pericarditis y la enfermedad miocárdica pueden ocurrir, pero rara vez son evidentes clínicamente, y el bloqueo cardíaco también es raro, pero puede ocurrir en adultos con SS. La pericarditis aguda y la miocarditis son complicaciones raras de la SS primario (SSp), pero la evidencia ecocardiográfica de pericarditis previa o disfunción diastólica del ventrículo izquierdo es más común. En un estudio ecocardiográfico de 107 pacientes con SSp sin enfermedad cardíaca clínicamente aparente y 112 controles sanos compatibles con la edad y el sexo, la insuficiencia valvular, el derrame pericárdico clínicamente silencioso, la hipertensión pulmonar y el aumento del índice de masa ventricular izquierda fueron significativamente más prevalentes en los pacientes con SSp. La edad, la hipocomplementemia y la crioglobulinemia fueron predictores de algunos de estos hallazgos.
Objetivos: - Describir los trastornos cardíacos anatómicos y funcionales evaluados por ecocardiografía en pacientes con SSp
- Investigar si los hallazgos están asociados con otras manifestaciones clínicas e índices inmunológicos
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, se incluyeron pacientes >18 años con SSp (ACR/EULAR 2016) que tengan realizado ecocardiograma doppler con datos de función ventricular izquierda, función sistólica del VD, PSAP, estructura y la función valvular. Se recolectaron datos de manifestaciones glandulares y extraglandulares (enfermedad pulmonar, renal, SNC/SNP, cutánea, articular o hematológica); laboratorio: látex AR, FAN, anti RO/LA, C3 y C4, gammaglobulinas, crioglobulinas y tratamiento recibido. Se excluyeron pacientes con antecedentes de IAM, HTA, fiebre reumática, FA, miocardiopatía hipertrófica, insuficiencia cardíaca.
Resultados: Se identificaron 45 pacientes con SSp de los cuales 21 pacientes tenían ecocardiograma, de 58 años (DE +/- 16); mujeres 100%, tiempo de evolución de la enfermedad 5.14 años (DE +/- 2,4); con alguna alteración ecocardiografica el 66%; insuficiencia mitral 23.8%, insuficiencia aórtica 9.5%, estenosis aórtica 9.5%, insuficiencia tricuspidea 38%, insuficiencia pulmonar 4.7%, PSAP >35 mmHg 4.7%, hipertrofia de ventrículo izquierdo 14.2%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de alteraciones ecocardiográficas con aquellos pacientes C4 bajo (p=0.018), y con hipergammaglobulinemia, OR 15 (95% IC 1.62-138.15; p=0.017). En el presente trabajo no se encontró asociación entre los anticuerpos, otras manifestaciones extraglandulares o medicación recibida con la presencia de alteraciones en el ecocardiograma. (Tabla 1)
Conclusiones: En el presente estudio, a pesar de tener una pequeña muestra de pacientes con SSp con ecocardiograma, se identificaron pacientes con patología valvular leve, principalmente insuficiencia mitral y tricuspidea, y estos hallazgos se asociaron con C4 bajo, lo que puede reflejar la patogénesis de las lesiones del tejido valvular que implican la activación de la vía clásica del complemento a través de inmunocomplejos y, en consecuencia, el proceso inflamatorio extraglandular que provoca fibrosis de las estructuras valvulares y puede ser un marcador de este proceso. Además, encontramos asociación con hipergammaglobulinemia, la misma que en estudios previos se la ha relacionado a mayor prevalencia de manifestaciones extraglandulares. En conclusión, nuestro estudio muestra que la afectación cardíaca silenciosa es más común de lo reportado en pacientes con SSp. Aunque la mayoría de las lesiones fueron leves, se desconoce su impacto clínico y no está claro si estas lesiones pueden evolucionar con el tiempo para causar miocardiopatía manifiesta o lesiones valvulares graves. Se debería considerar estudio ecocardiográfico en aquellos pacientes con SSp que presentan C4 bajo e hipergammaglobulinemia.

TABLA 1

Variables	Con alteración en ecocardiograma n=14	Sin alteración en ecocardiograma n=7	OR	IC	p
FAN +	13	5	5,2	0.58-70.9	0,34
Ro +	12	4	4,5	0.54-37.3	0,28
La +	8	1	6	0.76-85.3	0.169
LATEX +	3	1	1,63	0.13-19.3	1
C4 bajo	**8**	**0**	**NA**	**NA**	**0.018**
Hipergamma	**12**	**2**	**15**	**1.62-138.15**	**0.017**
Bx positiva	5	3	0,74	0.11-4.72	1
Compromiso cutaneo	2	0	NA	NA	0.53
Articular	3	1	1,63	0.13-19.3	1
Pulmón	3	1	1,63	0.13-19.3	1
Tiroides	6	2	1,87	0.26-13.2	0.68
Hematológico	6	1	4,5	0.42-47.9	0.33
HCQ	13	6	2,16	0.11-40.8	1

167

0167 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS E INFECCIÓN POR COVID-19: DATOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

MALDONADO, Federico Nicolás BRIGANTE, Jorge Alejandro HAMAUI, Adriana DUBINSKY, Diana
SANATORIO GÜEMES

Introducción: La pandemia del COVID-19 causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es de especial interés para las personas con enfermedad reumáticas debido a que, el estado disfuncional de su sistema inmunológico y el uso de medicamentos inmunosupresores, genera incertidumbre en el manejo de su medicación y preocupación sobre peores resultados de la infección.
Objetivos: Examinar los factores demográficos, clínicos y de laboratorio, asociados con el estado de infección por COVID-19 en personas con enfermedad reumática.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo en pacientes >=18 años, con enfermedad reumática y COVID-19, tanto hospitalizados como ambulatorios, atendidos en el Sanatorio Güemes desde 1 de abril al 1 de octubre del 2020. El diagnostico de COVID-19 se realizó mediante PCR para SARS-COV-2. Se analizaron las variables de edad, sexo, estado de tabaquismo, comorbilidades claves (HTA, DBT, EPOC, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular), enfermedad reumática y su estado de actividad previo a la infección, tratamiento antireumático inmediatamente antes de la infección, parámetros de laboratorio al momento del diagnóstico de COVID-19, manifestación radiológica, tratamiento recibido para el COVID-19, días de hospitalización, unidad y complejidad de la asistencia médica recibida, días estimados desde el inicio de los síntomas hasta el desenlace de la infección (recuperación o muerte).
Resultados: Se describieron 38 casos de COVID-19 entre pacientes con enfermedades reumáticas durante el periodo de 6 meses. La enfermedad más común fue la Artritis Reumatoide, seguida por el síndrome de Sjögren y el Lupus eritematoso sistémico. El 76,3% recibía algún tipo de DMARD y el 60,5% recibía glucocorticoides (GC) inmediatamente antes de la infección. El 68,4 % presentaba alguna comorbilidad asociada, siendo la HTA la más frecuente. Las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron tos (68,4%), disnea (44,7%), fiebre (42,2%) y odinofagia (34,2%). Dos pacientes (5,3%) se encontraban asintomático y la PCR para SAR-COV-2 fue realizado de vigilancia durante su internación. De los 33 pacientes hospitalizados, 5 contrajeron la infección de forma intrahospitalaria. El 60,6% de los internados requirió O2 suplementario, y casi la mitad (45,4%) fue ingresado a unidad de cuidados intensivos (UCI). De estos últimos, el 60% requirió respiración mecánica asistida (ARM). La mediana de días de hospitalización fue de 12 (RIC 25-75: 8-20). La mediana de días entre el inicio de los síntomas y el desenlace (recuperación o muerte) fue de 14 (RIC 25-75: 11-20). La recuperación se dio en el 76,3% de los pacientes. La mortalidad general fue de 23,7%, del 27,3% en el total de hospitalizados, y del 60% para los que requirieron manejo en UCI. Entre los pacientes tratados con algún tipo de DMARD, la mortalidad fue del 20,7% (n: 6/29) y del 33,3% (n: 3/9) en los que no recibían ningún DMARD. Para los pacientes que recibían GC la mortalidad fue del 30,4% (7/23), y del 13,3 % (n: 2/15) en los que no recibían GC. De los 5 pacientes con tratamiento biológico, 3 fallecieron (60%). Entre los pacientes fallecidos la mediana de edad fue de 62 años (RIC 25-75: 51-67), sexo femenino (55,6%), el 77,8% presentaba alguna comorbilidad asociada, el 55,5% (n: 5/9) usaba algún DMARD, y 77,8% (n: 7/9) usaba GC. Con respecto a las manifestaciones de laboratorio, la linfopenia (57,6% de los casos), valores anormalmente elevados de PCR (80%), Dímero D (70,8%), ferritina (63,1%), LDH (54,8%), y transaminasas (43,7%); fueron los hallazgos más frecuentes. La neumonía radiográfica se evidencio en el 65,8% de los casos.
Conclusiones: En este grupo heterogéneo de pacientes con enfermedades reumáticas el desenlace de la infección, tanto recuperación o muerte, ocurrió alrededor de las 2 semanas de iniciado los síntomas. La alta mortalidad (23,7%) es resultado del sesgo de selección de la muestra, ya que la mayoría de los pacientes estaban hospitalizados, y es probable que se capturaran los casos más graves. De hecho, la mortalidad fue del 60% para los pacientes que requirieron manejo en UCI. En los pacientes fallecidos la frecuencia del uso de DMARD fue menor, y el de GC fue mayor que en la cohorte en general, pero como muchos pacientes usaban GC y DMARD en forma concomitante, no es posible establecer asociación de una u otra droga con la mortalidad.

168

0168 - LIPOMA ARBORESCENTE EN PEDIATRÍA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MONOARTRITIS CRÓNICA

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatria
Unidad Temática: PEDIATRÍA

MONTECUCO, Micaela Ayelen FABI, Mariana LARROULET, Romina HORTAS, María VELASCO HERNÁNDEZ, Patricia Tatiana PIEROTTI, Valentina Maria BAUMGARTNER, Augusto GOÑI, Mercedes ALTAMIRANO, Eugenia Margarita MASTRI, Mariel Viviana
HOSPITAL DE NIÑOS SOR LUDOVICA

Introducción: La monoartritis crónica en pediatría es una enfermedad que requiere un abordaje exhaustivo para determinar su etiología e indicar el tratamiento oportuno. Los diagnósticos diferenciales de sinovitis crónica incluyen causas infecciosas, inflamatorias, hematológicas y tumorales. Dentro de estas últimas se encuentra el lipoma arborescente, lesión intraarticular benigna, que se caracteriza por la sustitución del tejido subsinovial por células adiposas maduras dando lugar a una transformación vellosa de la membrana sinovial. Es infrecuente en la infancia, siendo su máxima incidencia entre los 30-50 años. Su etiología es desconocida, aunque se ha relacionado a traumatismo e inflamación previa. Afecta habitualmente la rodilla, pero puede comprometer cualquier articulación. Clínicamente se presenta como un cuadro de tumefacción articular progresiva, con episodios intermitentes de derrame articular.
Objetivos: Presentar un caso de lipoma arborescente en una paciente pediátrica de 14 años con monoartritis crónica de rodilla izquierda.
Materiales y Métodos: Descripción de una historia clínica.
Resultados: Paciente femenina de 14 años que ingresa a sala de internación por tumefacción aguda de rodilla izquierda asociada a registro febril. Sin enfermedades previas ni traumatismos recientes, comienza con dolor articular 48 horas antes de la consulta y registro febril de 38°C. No presenta antecedentes familiares de relevancia. Al examen físico se encuentra en buen estado general, afebril, eucardica y eupneica. Presenta tumefacción de rodilla izquierda con dolor y limitación. El resto de la evaluación dentro de límites normales. En el hemograma de ingreso tiene 9700 Glóbulos blancos (66% Neutrófilos, 26 % Linfocitos), Hemoglobina 12.7 g/dl, Hematocrito 37.9% y 237000 Plaquetas, Eritrosedimentación 33 mm/h, Proteína C Reactiva de 23 mg/dl, Test rápido para Estreptococo negativo y ASTO de 725 UI/ml. Se realiza ecocardiograma y electrocardiograma resultando ambos normales, y radiografía de rodillas bilateral en la que se observa aumento de partes blandas en rodilla izquierda. Con diagnóstico presuntivo de artritis séptica versus artritis reactiva cumplió antibioticoterapia, con cultivo de líquido sinovial y hemocultivos por 2 negativos. Durante el seguimiento en el servicio de Reumatología se recibe segunda determinación de ASTO de 630 UI/ml, serologías virales no reactivas, PPD de 0 mm, factor reumatoideo y factor antinuclear negativos. Luego de 6 semanas de evolución, continuaba presentando episodios intermitentes de tumefacción articular en rodilla izquierda que cedía parcialmente con antiinflamatorios no esteroideos y reposo. Se recibe informe de resonancia magnética nuclear de rodilla izquierda que muestra: mínimo edema trabecular correspondiente a la región interna de la meseta tibial externa próxima a la espina tibial, escasa hidrartrosis asociada a líquido en la bursa suprarrotuliana. Se le realiza biopsia sinovial, que informa: membrana sinovial de aspecto velloso, revestida por sinoviocitos, algunos de ellos presentan hipertrofia vellositaria, por debajo se identificó proliferación de tejido adiposo maduro, sin atipia, con infiltrado inflamatorio crónico multifocal y célula gigante multinucleada, hallazgo correspondiente a Lipoma Arborescente. Con dicho diagnóstico, se programa la sinovectomía para su resolución.
Conclusiones: El lipoma arborescente es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, que debe sospecharse ante un paciente con sinovitis crónica intermitente. Esta patología se caracteriza por episodios recurrentes de inflamación y derrame articular, sin datos específicos en el laboratorio y hallazgos característicos en la resonancia magnética nuclear como el aumento de intensidad en la secuencia T1-T2, disminución en STIR y en ocasiones cambios degenerativos. El diagnóstico definitivo se logra con biopsia sinovial y la demostración de la sustitución de tejido subsinovial por células adiposas maduras que dan lugar a una transformación vellosa de la membrana sinovial. La resolución del cuadro es quirúrgica a través de la sinovectomía. Presentamos este caso, debido a que hay pocos reportes en Pediatría, y el diagnóstico oportuno junto a la resolución precoz mejora significativamente el pronóstico de la función articular. Palabra clave: Lipoma arborescente, monoartritis crónica.

169

0169 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

CARBONE, Dianela RUFFINO, Juan Pablo RINGER, Ariana MARTINEZ, Maria Florenica ARGENTO, Maria Cecilia ROLLA, Ignacio CHULIBERT, Serenela CUADRANTI, Nadia Aldana CORTESE, Maria Noel PALATNIK, Mariano ROMBO, Graciela ABDALA, Marcelo
FACULTAD CS MÉDICAS.UNR

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) presenta características clínicas variadas y el perfil inmunológico puede determinar, en parte, dichas manifestaciones. La producción de anticuerpos antinucleares (ANA) es una característica distintiva, encontrándose ANA en títulos de 1/80 o superiores hasta en el 99% de los pacientes. Otros anticuerpos implicados son los dirigidos contra "antígenos nucleares extraíbles" (ENA), anti ADN nativo (anti ADNn) y anticuerpos antifosfolípidos. La morbimortalidad es elevada, tanto por complicaciones propias de la enfermedad, como por intercurrencias infecciosas debido al tratamiento inmunosupresor y a los eventos cardiovasculares asociados.
Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas e inmunológicas al momento del diagnóstico de LES. Describir evolución clínica, comorbilidades, complicaciones y tratamientos realizados
Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo-analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo a criterios ACR 1997. SLICC 2012 y ACR/EULAR 2019, que hayan tenido al menos dos controles evolutivos. Se revisaron historias clínicas de acuerdo a base de datos de pacientes que concurrieron al servicio durante el año 2019. Para el análisis de los datos se utilizó R versión 3.5.3
Resultados: Se incluyeron 70 pacientes, 61 (87,14%) eran mujeres y 9 (12,86%) varones. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 28.27 años, con una mediana de 26 años (DS 10.19 año, rango 12-55 años). Las manifestaciones músculoesqueléticas y dermatológicas fueron las más frecuentes al momento del diagnóstico, siendo la artritis (64%) y el eritema malar (57%) las predominantes. El fenómeno de Raynaud (20%), rigidez matinal (18%), alopecia (18%), lupus cutáneo subagudo (15%) y úlceras mucosas (14%), también se engloban dentro de este grupo. Otras menos frecuentes: derrame pleural, derrame pericárdico, fiebre, lupus discoide, convulsiones, vasculitis cutánea, polineuritis. Con respecto a las manifestaciones hematológicas, 18% de los pacientes presentaron leucopenia, 10% plaquetopenia y 5,7% anemia hemolítica autoinmune. Casi todos los pacientes presentaron ANA (+) (92,6%), 72% de ellos con títulos mayores a 1/320. 44% tenían anti-SSA/Ro (+), 24% anti-RNP (+), 17% anti- Sm (+) y 13,8% anti-SSB/La (+). 10% anticardiolipinas (+), 8,5% anti beta 2 glicoproteína 1 (+) y 7% anticoagulante lúpico (+). 44% de los pacientes tenían anti-ADNn (+) y 60% consumo de complemento. Durante el seguimiento, la mitad de los pacientes desarrollaron nefritis lúpica, 60% de ellos clase IV. 8 de los 9 varones de esta cohorte presentaron nefritis lúpica. Todos los pacientes se enontraban realizando tratamiento con hidroxicloroquina y 60% con glucocorticoides, más de la mitad (57%) a dosis menores de prednisona 5mg. Otros tratamientos ciclofosfamida (42,8%), micofenolato (30%), azatioprina (8,5%) y otros menos frecuentes (rituximab, belimumab). La comorbilidad asociada más comúnmente fue hipotiroidismo (20%), seguido de hipertensión arterial (17%). La asociación con otras enfermedades autoinmunes fue 2 pacientes con Síndrome de Sjögren, 2 con esclerodermia, 2 con hepatitis autoinmune y 1 con miastenia gravis. 2 pacientes presentaron neoplasias (linfoma no Hodgkin y carcinoma papilar de tiroides). 58,5% de los pacientes de esta cohorte debieron ser hospitalizados al menos una vez, más de la mitad por causas inherentes al LES y en un 10% por causas infecciosas. La causa principal fue el compromiso renal debido a LES y dentro de las infecciones la sepsis asociada a catéter endovenoso. 6 de los 7 pacientes que requirieron hospitalización por infecciones se encontraban realizando tratamiento inmunosupresor.
Conclusiones: Nuestra cohorte demostró la predominancia por el sexo femenino en edades jóvenes, como así también la agresividad de la enfermedad en los varones. La artritis y el eritema malar fueron la manifestación más frecuente, similar a otras series. El compromiso renal fue superior con respecto a cohortes latinoamericanas y españolas, pero similar a publicaciones nacionales, con predominio de la clase histológica IV, de peor pronóstico. Los hallazgos serológicos presentaron menor frecuencia de anti-ENA, anti ADNn y anticuerpos antifosfolípidos que GLADEL, pero valores comparables en cuanto a ANA y consumo de complemento. La alta frecuencia de uso de ciclofosfamida y de micofenolato se correlaciona con la alta prevalencia de nefritis lúpica de nuestra serie. No encontramos un alto porcentaje de comorbilidades cardiovasculares, aunque este valor podría incrementarse si todos los pacientes contaran con estudios cardiológicos de forma rutinaria. En conclusión, aunque las manifestaciones cutáneo-articulares fueron las más frecuentes, el porcentaje de pacientes que desarrollaron nefritis lúpica y otras complicaciones asociadas a LES, aumentan el uso de inmunosupresores y con ello el riesgo de infecciones.

170

0170 - SÍNDROME ESCLERODERMIFORME PROFUNDO EN LACTANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Modalidad: Póster Casos Clínicos Pediatria
Unidad Temática: PEDIATRÍA

VIDAL, Daniela VIDAL, Daniela
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD

Introducción: Los compromisos esclerodermiformes son un raro espectro de desordenes fibrosantes que van desde la Esclerodermia Localizada (Morfea) a la Esclerosis Sistémica. Dentro de la clasificación de Esclerodermias Localizadas, las morfeas profundas comprenden a: 1)Morfea Profunda, 2) Fascitis Eosinofílica y 3) Morfea panesclerótica Discapacitante de la infancia. Cada una de estas condiciones tienen similitudes en las presentaciones clínicas y hallazgos de laboratorio e histológicos pero difieren en el grado de compromiso cutáneo y en la respuesta a los tratamientos. Sin embargo reportes de casos han postulado la relación y el solapamiento de estos subtipos de compromisos cutáneos.
Objetivos: Presentar un caso de compromiso cutáneo fibrosante en lactante de un año que comparte caracteristicas clinicas de mas de una entidad simultaneamente.
Resultados: Paciente de 1 año y 2 meses, RNPT/ AEG. Antecedentes Patológicos: bronquiolitis a los 6 meses. Anemia Crónica con Transfusión de GRS Inicio 4 meses previos a la consulta con lesiones hipercrómicas, no pruriginosas, deprimidas, en tronco, que aumentaron en número y progresaron hacia miembros y cuero cabelludo. Su madre nota pérdida de hitos maduativos e irritabilidad. Consulta por servicio de dermatología, se decide su ingreso para estudio y tratamiento. Examen Físico: Regular estado general, pálida, irritable. Desnutrición moderada Aguda Normocéfala, fontanela anterior permeable y normotensa. Una sola pieza dentaria, incisivo inferior central. Cabello escaso, fino y ralo. Facie peculiar de aspecto xerótico. Se observan en torso, cuello, cuero cabelludo, brazos, glúteos, muslos y piernas infiltración cutánea con maculas hipercrómicas, hipoplásicas, de color café con leche con bordes difusos, que no respetan pliegues, que se acompaña de edema en pies. Palidez y cianosis en dedos de manos y pies durante el llanto con relleno capilar enlentecido y temperatura fría persistente de extremidades, piel dura con posición en garra. Neurológico: No deambulación, no separa el tronco ante el decúbito prono, no agarra objetos, Impresiona pérdida de hitos madurativos. Desarrollo no acorde. Tono y trofismo muscular disminuidos. Laboratorio: Hb 12.7, GB 27590 (39NS/15E/42L/2M/2LR) Eo 4100, Plaq 67400, VSG:40 Alb 3.53, Prot 7.71 IgG 1787 IgM 249 IgA 91 IgE 2500, CPK 50, LDH 692, Amonio no dosable. Perfil renal y hepático normales. ANA + 1/160 Ecografía: hepatomegalia leve. Rx Torax: Normal. PAMO: marcada eosinofilia. Fondo de Ojo: normal. IRM Cerebro normal, IRM musculo: No infiltración inflamatoria de los planos musculares ni de la fascia. Biopsia piel: vasculitis predominantemente crónica y fibrosis Se descarta: Inmunodeficiencia, Metabolopatía, Patología Neurológica Primaria. Se Inicio tratamiento de sosten para progresión ponderal, kinésico y de neurorehabilitación y se decidió de forma conjunta con Dermatología y Reumatología iniciar corticoterapia para control del compromiso cutáneo. En controles externos sucesivos por las diferentes especialidades se observo mejoría en la respuesta pondo-estaural como asi también en la neurorehabilitación. Se observo freno en la aparición de lesiones en la piel por lo que se inicio descenso esteroideo y se sumo Metotrexate al tratamiento. Nueve meses mas tarde presenta marcada adherencia a planos profundos de las lesiones cutáneas en ambos MMII con lo cual se plantea agregar otro agente inmunosupresor
Conclusiones: La presentación simultanea de sintomas que corresponden a mas de un subtipo de desorden fibrosante de la piel hacen replantearnos si estas entidades no son parte de un espectro continuo que incluye a otras formas de esclerodermias localizadas, concepto que aun no esta reconocido

171

0171 - ASPECTOS CLÍNICOS Y FACTORES ASOCIADOS A COMPROMISO RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

LUNA MATHEU, Flavia Alejandra APAZ, Maria
CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Características Generales	N	%
Total de Pacientes	107	100%
Sexo femenino	61	57%
Mayor o igual a 7 años	40	38%
Estación de debut: Invierno - Otoño - Primavera - Verano	41 - 28 - 25 - 13	38% - 26% - 24% - 12%
Compromiso dérmico	107	100%
Purpura en Miembros inferiores	106	99%
Purpura persistente y/o recurrente	19	18%
Compromiso Gastrointestinal	21	19%
Dolor abdominal	17	16%
Sangrado gastrointestinal	6	6%
Invaginación intestinal	1	1%
Manifestaciones articulares	38	36%
Artritis	22	21%
Artralgia	16	15%
Compromiso Renal	21	20%
Proteinuria	18	17%
Hematuria	14	13%
Sindrome Nefrítico	2	2%
Hipertensión arterial	1	1%
Compromiso renal severo	7	7%
Edema hemorrágico del lactante	4	4%
Coraquitis	2	2%

Introducción: La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta a pequeños vasos, siendo sus principales manifestaciones en piel, tracto digestivo y riñón. Su curso es generalmente autolimitado, pero puede conllevar morbilidad renal a largo plazo. La frecuencia de afectación renal varía del 20 al 60% de los niños, en el 91% dentro de las seis semanas del diagnóstico. Por lo tanto, predecir factores de riesgo puede facilitar el manejo de la enfermedad.
Objetivos: Determinar las variables asociadas al compromiso renal en pacientes pediátricos con PSH. Determinar la frecuencia de las manifestaciones clínicas de la PSH en nuestra población.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico. Se evaluaron pacientes menores de 15 años con diagnóstico de PSH que realizaron su seguimiento por el Servicio de Reumatología Pediátrica incluyendo registros de enero de 2015 a enero de 2020, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, mes de diagnóstico, compromiso dermatológico, renal, gastrointestinal, articular y recurrencia y/o persistencia y otras manifestaciones. Análisis estadístico: test T de Student, test chi cuadrado y regresión logística multivariada.
Resultados: Se analizaron los datos de 107 pacientes, 61 (57%) fueron de sexo femenino, con una media (desviación estándar, DE) de edad de 6.49 años (3.48) . El debut fue más frecuente en otoño e invierno (26 % y 36% respectivamente). El 100% presentó compromiso dérmico, de ellos 19 (18%) púrpura persistente o recurrente, 21 (19%) síntomas gastrointestinales, 38 (36%) compromiso articular y 21 (20%) manifestaciones renales, lo cual se detalla en la tabla 1. Se realizó un análisis univariado para observar asociación entre las variables estudiadas y la edad de los pacientes donde se demuestra que los pacientes mayores de 7 años manifiestan en mayor medida púrpura persistente y/o recurrente (p=0.0116) y compromiso renal (p=0.0107). Al total de los pacientes con compromiso renal severo (n=7, 37%) se les tomo una muestra de biopsia renal durante el curso de la enfermedad siendo la proliferación mesangial en 4 de ellos (57%) el patrón más frecuente. Se encontró franca asociación con compromiso renal en pacientes con edad mayor a 7 años (p=0.0064), púrpura persistente o recurrente (p=0.0001), compromiso articular (p=0.0135) y dolor abdominal (p=0.0136). En el análisis multivariado, solamente la púrpura persistente o recurrente se asoció con compromiso renal En este caso, la variable fue considerada como factor de riesgo frente al hecho de presentar compromiso renal; y los pacientes que presentaban púrpura de estas características tenían 7.16 veces más probabilidades de desarrollar daño renal en comparación a quienes no lo manifestaron (OR=71.17; IC 95%=1.81 - 28.25; p=0.005).
Conclusiones: En este estudio podemos concluir que en concordancia con el objetivo principal se pudo asociar a la púrpura persistente y/o recurrente con el compromiso renal en nuestros pacientes pediátricos con PSH. En cuanto al resto de las variables estudiadas es importante destacar la asociación entre compromiso renal y edad mayor a 7 años, dolor abdominal y compromiso articular. En relación a las características generales de nuestra muestra de pacientes todos ellos presentan manifestaciones dermatológicas, seguido por compromiso el compromiso articular, renal y finalmente gastrointestinal y de ellos la mayoría se manifiesta con signos y síntomas de curso benigno.

172

0172 - NEFRITIS LÚPICA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

CARLOMAGNO, Adriana PIZZAROSSA, C SILVEIRA, G YANDIAN, M SOLARI, S BERCETCHE, G YANDIÁN, F DANZA, Á REBELLA, Martin
UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. MÉDICA URUGUAYA – CORPORACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

N = 21	PDN i <ó= 30mg(n=12)	PDN i > 30mg (n = 9)	Valor-p
Edad (años)	24,2 ± 10,7	30 ±12,4	0,24
Sexo femenino	11	6	0,36
FG previo (ml/min)	100,4 ± 26	76±39,3	0,16
C3 (mg/dl)	59 ± 19,6	59 ± 28,5	1
Proteinuria 24hs g/día	1,2 (0,6 – 3,9)	1,4 (0,6-3,5)	0,93
DNA elevado previo	10	6	0,17
SLEDAI-2K	19 (10-22)	18 (16-22)	0,59

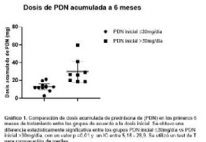


Gráfico 1. Comparación de dosis acumulada de prednisona de (PDN) en los primeros 6 meses de tratamiento entre los grupos de acuerdo a la dosis inicial. Se utilizó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos PDN inicial ≤30mg/día vs PDN inicial >30mg/día con un valor p<0.01 y un IC entre 9,18 - 39,3. Se utilizó un test de T para comparación de medias.

Introducción: En las últimas décadas se ha registrado una mejoría notoria en el pronóstico de los pacientes con Nefritis Lúpica (NL). Las recomendaciones actuales del tratamiento consisten en lograr la remisión y/o una baja actividad de la enfermedad con dosis reducidas de corticoides. La reducción de las dosis de corticoides es una meta en el manejo de los pacientes con NL. Es ampliamente conocido que su uso crónico en dosis mayores a 6-12mg/día incrementa notoriamente el riesgo de daño orgánico irreversible
Objetivos: Conocer la respuesta al tratamiento de pacientes con NL proliferativa en dos esquemas de tratamiento con prednisona: dosis reducidas (<ó=30 mg/d) y dosis estándar (> 30 mg/d).
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con nefritis lúpica clase III/IV ISN-RPS 2003, asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes de MUCAM, en el período 2016-2019. Variables estudiadas: demográficas, analíticas, índice de actividad SLEDAI-2K, dosis de prednisona inicial (PDN i <ó=; 30, y >30mg/día), acumulada a 6 meses de tratamiento y respuesta a 3, 6 y 12 meses de tratamiento. Se definió respuesta a la normalización del sedimento urinario con descenso de la proteinuria a menos de 0.7 gramos/24 horas. La categorización en grupos con dosis iniciales de prednisona <ó=; 30 mg/d fue considerada teniendo en cuenta el esquema terapéutico del Hospital de Cruces – Bilbao. El protocolo consiste en la administración de pulsos de metilprednisolona (MTP) en dosis de 250-500mg durante tres días consecutivos y posteriormente dosis de prednisona de no más de 30 mg/d, con reducción a 5 mg/d en un plazo no mayor a las 12 - 16 semanas. Esto sumado al tratamiento “estándar” de inmunosupresores, hidroxicloroquina e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Se realizó un estudio comparativo entre los grupos PDN i <ó=30 vs >30mg/día, utilizando el software SPSS. Las variables son expresadas en proporciones, media o mediana con sus intervalos según el análisis de distribución. En el análisis bivariado se realizaron test paramétricos o no paramétricos según correspondiera.
Resultados: Se analizaron 21 casos de NL. No observamos diferencias significativas en las características demográficas, analíticas e índice de actividad de la enfermedad al momento de la inclusión de los pacientes en el estudio, entre los grupos PDN i <ó=;30 vs >30mg/día (p > 0.05) Todos los pacientes recibieron igual pauta de tratamiento estándar. No se observaron diferencias significativas en las tasas de respuesta a los 3, 6, y 12 meses del tratamiento (p > 0.05). El grupo PDN i <ó=; 30 mg/d presentó menor dosis de prednisona acumulada a los 6 meses de tratamiento respecto del grupo con PDN i > 30mg/día (p< 0.05).
Conclusiones: El protocolo de tratamiento de dosis reducidas de prednisona determinó similares respuestas al esquema convencional con dosis mayores, a los 3, 6 y 12 meses. Este esquema de tratamiento de la NL proliferativa se asoció a una menor dosis acumulada de prednisona. La consecución de este trabajo permitirá conocer si se asocia a menores efectos adversos, como es de esperar.

174

0174 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS Y EVOLUTIVAS DE NIÑOS CON FIEBRE REUMATICA Y ARTRITIS REACTIVA POSTESTREPTOCOCICA. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS Y COMPARACIÓN CON COHORTES HISTÓRICAS EN UN CENTRO TERCIARIO

Modalidad: Póster Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA

JUAREZ, Paola Marcela (1) | MEIORIN, Silvia(1) | TORRES, Isabel(2) | GRIPPO, Maria(2) | ESPADA, Graciela(1)
HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA. (1); HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ- DIVISIÓN CARDIOLOGÍA (2)

Periodos	Cohorte 1 1971-1980	Cohorte 2 1989-1998	Serie actual 1999-2020	p
Prevalencia (n ptes)	264	37	55	
Carditis (n, %)	148 (56.3)	22 (59.4)	32 (58.2)	ns
Carditis residual (n, %)	70 (83.9)	20 (90.9)	28 (87.5)	ns
Corrección quirúrgica (n, %)	22 (8.3)*	3 (8.1)*	0	ns*
Recurrencias (n, %)	81(30.7)	1 (2.7)	3 (5.4)	.000
Adherencia profilaxis secundaria (n,%)	201(76.1)	34(91.8)	77(88.5%)	.04
Mortalidad (n, %)	3 (1.1)	0	0	-

Introducción: Fiebre Reumática (FR) y Artritis Reactiva Postestreptocócica (ARPE) son complicaciones no supurativas de la infección por Streptococo B Hemolítico Grupo A (SBHGA).Si bien la frecuencia de la enfermedad ha disminuido significativamente en los últimos años, aún continúa siendo la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en jóvenes en países emergentes
Objetivos: 1-Determinar la prevalencia y características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas de FR y ARPE en una cohorte de pacientes juveniles durante las últimas 2 décadas.2- Evaluar morbilidad cardiológica a largo plazo, comparando con 2 cohortes históricas de niños con FR seguidos en HNRG.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional, de pacientes < 18 años con diagnóstico de FR y ARPE, seguidos en Servicio de Reumatología (HNRG) durante el período 1999-2020.Se diagnosticó FR según Criterios de Jones (Circulation2015), y ARPE como artritis asociada con infección por SBHGA que no cumple Criterios de Jones. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio (reactantes de fase aguda-RFA, recuento hematológico), valoración cardiológica (examen físico, ECG y ecocardiograma) y terapéuticas. Análisis Estadístico: Descriptivo, T-test, Chi2, SPSS 20.0.
Resultados: Se incluyeron para el análisis 87 pacientes, 48 varones (55,2%),edad media al diagnóstico 10,3 años (DS±2,9), tiempo medio de seguimiento 3,5 años (DS ±2.9). Prevalencia diagnóstica:FR63.2%(55 ptes) y ARPE 36,8% (32 ptes). La mayor frecuencia de nuevos casos de la enfermedad se observó en el período 2006-2008 (9 casos/año), con una significativa disminución en los años subsiguientes (1 nuevo paciente en 2019). Antecedentes de infección Streptococcica (faringitis en su mayoría) presentaron 54 ptes (62%),con prevalencia de rescate de SBHGA en 35% de los pacientes hisopados (n: 20 ptes). El tiempo medio transcurrido entre la infección y el inicio de los síntomas fue de 44.2 días (DS±34.2)para FR y de 15.3 días(DS±13.7) para ARPE, (p.04).Las manifestaciones musculoesqueléticas fueron el motivo de consulta más frecuente a Reumatología. Prevalencia de criterios mayores de Jones en ptes con FRA: carditis 58.2%(n 32), artritis 52.7%(n 29), Corea de Sydenham18.2%(n 10), eritema marginatum 3.6%(n 2) y nódulos subcutáneos 2%(n 1). Aumento RFA, fiebre y artralgias con frecuencia de 65,4%, 41,8% y 23,6% respectivamente, fueron los criterios menores prevalentes. En cuanto al compromiso articular, los niños con FR presentaban mayor número de articulaciones afectadas versus ARPE, (X 4.13 (DS±3.4) vs (X 2.5 (DS±1.2), p.02). Presentación monoarticular se observó en 5 ptes con FR (rodilla) y 4 ARPE (rodilla y cadera). De 32 ptes que desarrollaron carditis, soplo sistólico fue la manifestación prevalente en 81,2%, 18,7% (n 6) desarrollaron insuficiencia cardiaca y carditis silente se observó 15.6%(5 ptes). Mediante ecocardiograma Doppler se constató valvulopatía: mitral + aórtica 50% (n 16), mitral 43.7% (14 ptes), hipertensión pulmonar y pericarditis ambos en 12.5%. Corea de Sydenham se manifestó en 18.2% de ptes, duración media 53.9 días (DS± 34,5), asociada a carditis en 70% de los casos. Todos los pacientes recibieron profilaxis secundaria con Penicilina Benzatínica, a intervalo de 28 días (en niños con FR sin carditis y ARPE), acortándose a 21 días en aquellos con carditis, mostrando buena adherencia al tratamiento en 88,5% (n 77). Tratamiento con corticoides, recibieron 43.7%(n 14) por carditis severa (meprednisona 0.5-2 mg/kg/d) y 30% (n 3) con corea. Al momento dela última consulta (tiempo máximo de seguimiento 13,8 años), 28 ptes permanecen con valvulopatía residual (87.5%). Todos los pacientes con corea se recuperaron ad integrum.
Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, FR fue la forma clínica más frecuente (63.2%), siendo carditis y artritis las manifestaciones clínicas prevalentes. Comparando con las cohortes históricas, hemos observado una disminución en el número de casos nuevos diagnosticados en los últimos 30 años, manteniéndose estable la prevalencia de carditis y de patología valvular residual. No se efectuaron correcciones quirúrgicas en el último período. Se reconoce una disminución significativa en la tasa de recidivas de la enfermedad asociado a mejor adherencia a tratamiento profiláctico. Un diagnóstico precoz de la enfermedad y asegurar la adherencia a la profilaxis secundaria son fundamentales para evitar morbilidad a largo plazo.

175

0175 - DETERMINANTES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

CRESPO ROCHA, Maria Gisela (1) ISNARDI, Carolina Ayelen(2) CARRIZO ABARZA, Virginia(3) ALFARO, María Agustina(3) SCHNEEBERGER, Emilce Edith(2) CITERA, Gustavo(4)
IREP (1); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (2); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (3); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (4)

Introducción: Varios factores se han asociado a mayor discapacidad en pacientes con artritis psoriásica (APs), incluyendo mayor edad, presencia de comorbilidades, extensión del compromiso cutáneo, mayor tiempo de evolución de la enfermedad y particularmente la actividad de la enfermedad y el daño articular acumulado.
Objetivos: Evaluar la capacidad funcional en pacientes con APs y determinar las variables asociadas a peor discapacidad funcional.
Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años de edad con APs según criterios CASPAR, de una cohorte de seguimiento longitudinal. Los pacientes fueron clasificados al momento del diagnóstico y durante su evolución según los criterios de Moll y Wright y de acuerdo al patrón de compromiso: periférico puro, axial puro o mixto. Se consignaron datos sociodemográficos, la presencia de comorbilidades, ERS (eritrosedimentación) en mm/h y la PCR (proteína C reactiva) en mg/dl, BMI, recuento articular (66/68), evaluación global de la enfermedad por el médico y el paciente por escala visual numérica (EVN), dolor (EVN), rigidez matinal (EVN y duración en minutos, dactilitis, entesitis (MASES), tanto en la visita basal como la última visita. Se calculó DAPSA (versiones PCR y ERS) y MDA. La capacidad funcional se evaluó mediante el autocuestionario HAQ-A. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Correlación de Spearman. Prueba T de Student o ANOVA con prueba de homogeneidad de varianzas de Levene. Test de Chi2 y test exacto de Fisher, según corresponda.
Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, 85 % de sexo femenino con una edad mediana (m) de 56.3 años (RIC 44.9-64.6) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 9.9 años (RIC 4.4-17). Las formas de inicio más frecuentes fueron la mono u oligoarticular (56%) y la poliarticular (37 %). Al momento de la evaluación para este estudio, 115 (67.6%) presentaban una forma poliarticular. El 85.9% tenían compromiso periférico puro y el 14.1 % mixto (periférico y axial). La mayoría de los pacientes (95.5 %) reportaron al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes las cardiovasculares (48.2%). El 38.2% de los pacientes presentaban obesidad. 109 pacientes (64.1 %) recibían DME-c (Drogas modificadoras de la enfermedad-convencionales) y 49 (28.8%) terapia biológica. DAPSA m 12 (RIC 7-19.6). El 34.1 % cumplían criterios de MDA. HAQ-A m 0.75 (RIC 0.13-1.25). El HAQ-A correlacionó con la actividad de la enfermedad medida por DAPSA (Rho: 0.56). Los pacientes que iniciaron con compromiso poliarticular presentaron una tendencia a tener mayores valores de HAQ-A durante la evolución en comparación con aquellos con forma mono u oligoarticular (X 0.95±0.83 vs X 0.77±0.65, p=NS). Los pacientes obesos mostraron peor capacidad funcional (HAQ-A X 1.04±0.77 vs X 0.68±0.64, p= 0.001). El 47.1% de los pacientes presentaban HAQ-A ≥0.75 puntos. Este subgrupo de pacientes eran más frecuentemente de sexo femenino (58.8% vs 41.3%, p=0.045), obesos (61.5% vs 38.5%, p=0.004), tenían mayor actividad por DAPSA (X 20.1±11.4 vs X 9.7±8, p<0.0001) y menor frecuencia de MDA (3.8% vs 96.3%, p<0.0001) En el análisis multivariado, ajustando para edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, el HAQ-A como variable dependiente se asoció con mayor actividad de la enfermedad (coef B 0.03, IC95% 0.02-0.04, p<0.0001) y a la presencia de obesidad (coef B 0.24, IC95%0.05-0.43, p=0.014).
Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con APs si bien aquellos con forma de inicio poliarticular tuvieron peor capacidad funcional durante la evolución, esta diferencia no alcanzó significancia estadística. La presencia de obesidad y mayor actividad de la enfermedad se asociaron a peor capacidad funcional.

176

0176 - MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE SJOGREN PRIMARIO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: SÍNDROME DE SJOGREN

CUCCHIARO, Natalia Lili (1) NOVATTI, Elisa(2) BUSCHIAZZO, Emilio Andres(1) BAENAS, Diego Federico(2) RISCANEVO ANAYA, Nadia Claudine(2) FLORES VALVERDE, Janet(2) BENZAQUEN, Nadia(2) COLAZO, Marcela(2) FIORENTINO, Soledad(2) PIROLA, Juan(2) SAURIT, Veronica(2) ALVARELLOS, Alejandro(2) JUAREZ, Ricardo Vicente(1) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(1) CAEIRO, Franciso(2)
HOSPITAL DEL MILAGRO (1); HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (2)

Introducción: Las manifestaciones hematológicas (MH) en el Síndrome de Sjögren Primario (SSP) suelen ser leves y mayormente identificadas durante su evolución clínica, pero hasta un 10% están presentes al momento del diagnóstico.
Objetivos: Describir la frecuencia y características de estas manifestaciones al inicio de la enfermedad y durante su evolución.
Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo, con revisión de la historia clínica electrónica de pacientes de una base de datos de 10 años de seguimiento, que cumplan criterios ACR 2002 y ACR/EULAR 2012 para Síndrome de Sjögren Primario (SSP) según, ≥ de 18 años. Se extrajeron datos sociodemográficos, clínicos y estudios complementarios. Se compararon pacientes con MH versus pacientes sin éstas, para evaluar similitudes y diferencias demográficas, clínicas, serológicas e histológicas. El estudio fue aprobado por el comité de ética y de docencia de la institución. Se utilizó estadística descriptiva básica, análisis univariado y multivariado. Se consideró significativo a un valor de p 0.05.
Resultados: Se incluyeron 221 pacientes, 96.4% (213) de sexo femenino, con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 58 años (RIC 47-67) y una mediana de 2 años (RIC 1-5) de evolución de la enfermedad. Los síntomas de SSP más frecuentes fueron: 88.7% (196) xeroftalmia, 81% (179) xerostomía, 28.5% (63) parotiditis y 60% (131) compromiso articular. Presentaron manifestaciones hematológicas (MH) 38.5% (85) de los pacientes, las más frecuentes se reflejan en la tabla 1. Del total de las ME, un 28.1% (62) se registraron al momento del diagnóstico, 66.3% (14) anemia, 63.8% (30) leucopenia y 0.9% (2) trombocitopenias. Un 5.9% (13) presentó sólo síntomas sicca y MH al momento del diagnóstico. Las MH que más frecuentemente aparecieron durante la evolución de la enfermedad fueron 10.4% (23), de los cuales 78.3% (18) fueron leucopenia y 17.4% (4) anemia. La frecuencia de linfoma fue del 2.7% (6) y 1.35% (3) pacientes presentaron gammapatía monoclonal. En el análisis univariado, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las MH con el sexo, las manifestaciones clínicas, los anticuerpos, reactantes de fase aguda, el complemento o alteraciones en el proteinograma electroforético. La leucopenia, anemia, tromboticopenia, linfocitosis, monocitosis presentaron una relación estadísticamente significativa con el inicio del SSP, todas con p < 0.0001 y la linfopenia con p=0.09. En el análisis multivariado, los niveles de VSG y la presencia de rash cutáneo, se asociaron independientemente con la presencia de MH al diagnóstico de la enfermedad. La disminución del nivel de C4, se asoció independientemente con el diagnóstico de linfoma (p=0.02).
Conclusiones: Casi un tercio de las MH en pacientes con SSP, fueron registradas al momento del diagnóstico, siendo la anemia y la leucopenia las más frecuentes. La frecuencia de linfoma superior a lo reportado en otras series, se asoció independientemente con el consumo del C4. Es importante la pesquisa de MH en pacientes con SSP, dada su alta prevalencia y relevancia clínica.

178

0178 - EN TIEMPOS DE PANDEMIA NO TODO ES COVID 19: LA IMPORTANCIA DE NO DESCUIDAR LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

GUZZANTI, Fernanda CASTORINO GRANDÍA, Gerardo Antonio GARCIA CICCARELLI, Agustin VALERIO, Maria Del Carmen
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS

Introducción: En el contexto de la pandemia COVID 19 el foco se ha dirigido a tratar prioritariamente a pacientes con esta patología. En todo el mundo se dispuso del personal médico para hacer frente a la emergencia sanitaria, quedando desarticulados los servicios de especialidades, dejando en segundo plano la asistencia de patologías crónicas y el debut de enfermedades nuevas. Actualmente, nuestro servicio de Reumatología está conformado por 6 médicos, especialistas y residentes, de los cuales: la mitad fueron reasignados a la atención de pacientes con COVID y 2 se consideraban individuos de riesgo por lo que cesaron su actividad presencial, quedando únicamente 1 especialista para cubrir la demanda de pacientes reumáticos. Habitualmente se realiza un promedio de 360 consultas mensuales, con una demora variable en la obtención de turnos, de pocos días a varias semanas, situación que se vio drásticamente agravada por lo expuesto anteriormente. En el presente trabajo describimos nuestra experiencia en el manejo de la contingencia COVID 19.
Objetivos: Identificar las patologías reumáticas de mayor demanda y establecer un diagnóstico situacional del abordaje de estas patologías en la pandemia COVID 19.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 254 pacientes valorados por el servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel, del 15 de mayo al 10 de octubre de 2020. Se recabó información de historia clínica digital del consultorio de contención para pacientes reumatológicos en el contexto de la pandemia COVID 19. Se consignaron los siguientes datos: comorbilidades, antecedentes de enfermedades reumáticas, medicación habitual, motivo de consulta, diagnóstico en la consulta y tratamiento instaurado. Análisis estadístico: Epi info 7.2; medidas de tendencia central y dispersión; Chi2; criterio de significación error alfa menor a 5%.
Resultados: Se incluyeron 254 pacientes, 190 (74,8%) mujeres. Presentaban las siguientes patologías reumáticas: 63 pacientes con artritis reumatoidea (24,8%), 51 con osteoartritis (20,01%), 28 con osteoporosis (11,02%), 21 con fibromialgia (8,26%), 18 con reumatismos de partes blandas (7,08%), 16 con lupus eritematoso sistémico (6,29%), 14 con síndrome de Sjogren (5,51%), 11 con miopatías inflamatorias (4,33%), 9 con espondiloartritis axial (3,54%) y 8 con artritis psoriásica (3,15%). Las conductas terapéuticas predominantes fueron: a 40 pacientes (15,74%) se les ajustó el tratamiento para su enfermedad de base, a 27 pacientes (10,63%) se les proporcionaron recetas, a 22 (8,66%) se les inició el tratamiento para la patología que motivó la consulta, a 11 pacientes (4,33%) se les practicó un procedimiento invasivo (infiltración y/o artrocentesis), a 10 pacientes (3,94%) se indicó retomar el tratamiento que habían suspendido, a 9 pacientes (3,54%) se les realizó un cambio en el tratamiento previo, 6 pacientes (2.36%) no asistieron al turno programado. Se atendió a 2 embarazadas. Se diagnosticaron a 3 pacientes de artritis temprana y 2 de esclerodermia temprana. El promedio de consultas mensuales fue de 63, representando una reducción del 82.37% de las consultas previo a la llegada de la pandemia.
Conclusiones: El número de consultas mensuales abordadas por el servicio se redujo drásticamente con respecto a la atención bridada previo a la llegada de la pandemia. Esta situación trajo aparejado un aumento de la demora en la disponibilidad de turnos para la atención, dificultando el acceso a medicación específica y controles adecuados. A pesar de ello, en el consultorio de contención para pacientes reumatológicos que ha funcionado durante la pandemia, se realizó el diagnóstico temprano de patologías reumáticas inflamatorias permitiendo el inicio precoz del tratamiento específico, se ajustaron tratamientos siguiendo el tratamiento al objetivo, y se expidieron recetas y formularios especiales de medicación biológica, asegurando la continuación del tratamiento de base. Se deberá evaluar el coste sanitario que traerá aparejado esta redistribución de la atención médica priorizando a los pacientes afectados por el COVID y dejando en segundo plano al resto de las patologías y las repercusiones que esto traerá una vez que se resuelva el contexto actual. ¿Será el efecto colateral peor que el problema?

179

0179 - ACCESO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ARGENTINOS CON ESPONDILOARTRITIS DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO OBLIGATORIO

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS

AIROLDI, Carla Antonela (1) MARTIRE, María Victoria(2) GÁLVEZ ELKIN, Soledad(3) GIRARD BOSCH, Paula(2) BENEGAS, Mariana(4) SCARAFIA, Santiago(5) DUARTE, Vanesa(6) GARCÍA SALINAS, Rodrigo(7) SOMMERFLECK, Fernando(4) SATURANSKY, Etel(4) ALCIVAR NAVARRETE, José Simón(8) CALLAHUARA, Noel(9) BUSCHIAZZO, Emilio(10) MEDINA, Alejandra(8) NIETO, Romina(1)
HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (2); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE SANTIAGO DEL ESTERO (3); SANATORIO MENDEZ (4); HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO (5); CLÍNICA MONTE GRANDE (6); HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (7); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ (8); HOSPITAL RIVADAVIA (9); HOSPITAL DEL MILAGRO (10); CEMIC (11); HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN (12); HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES (13); HOSPITAL RAMOS MEJÍA (14); HOSPITAL GUTIERREZ (15); HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZÁRATE (16); HOSPITAL POSADAS (17); PSORIAHUE (18); HOSPITAL SAN MARTÍN (19); HOSPITAL EL CARMEN DE MENDOZA (20)

Variable	n=220
IMC mediana (C25-75)	26 (24-31)
HLA B27	77/168 (85.3%)
HTA n (%)	88 (27.5)
DIABETES n (%)	35 (10.9)
ACV/TAC n(%)	7 (2.2)
INSUFICIENCIA CARDIACA n (%)	6 (1.9)
HIV n (%)	1 (0.3)
Insuficiencia renal crónica n (%)	3 (0.9)
ASMA n (%)	9 (2.8)
EPOC n (%)	5 (1.6)
Ansiedad/depresión n (%)	42 (13)
Cáncer en remisión n (%)	7 (2.2)
EII n (%)	12 (3.8)
Uveítis n (%)	29 (9.1)
Psoriasis n (%)	205 (64)
Artritis Reactiva n (%)	9 (2.8)
Vacuna anti influenza 2020 n (%)	276 (86)
Vacuna anti neumococo 23	248 (77.5)
Vacuna anti neumococo 13	253 (78)
Metotrexato n (%)	169 (53)
Leflunomida n (%)	21 (6.6)
Anti TNF n (%)	125 (39)
Secukinumab n (%)	48 (15)
Tofacitinib n (%)	4 (1.3)
Ustekinumab n (%)	4 (1.3)
Ixekizumab n (%)	2 (0.6)
Enalapril n (%)	48 (15)
Losartán n (%)	25 (7.8)

Introducción: El acceso a los tratamientos de alto costo es especialmente limitado en los países de bajos recursos. Esta problemática se hace más acentuada en la actualidad dada la gran crisis sanitaria y económica que provoca la pandemia de SARSCOV2, viéndose afectado inclusive el suministro de medicamentos de mediano y bajo costo. No existen reportes en nuestro país sobre las limitaciones en el acceso y la adherencia al tratamiento de pacientes con Espondiloartritis (EspA) durante el aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO).
Objetivos: Evaluar el acceso y la adherencia al tratamiento en pacientes argentinos con Espondiloartritis durante el ASPO.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con Espondiloartritis axial (EspAax) radiológica (EA) y no radiológica (EspAax-nr) y Espondiloartritis periférica (según criterios ASAS) y Artritis psoriásica (APs) (según criterios CASPAR). Se recolectaron basalmente datos sociodemográficos, comorbilidades, actividad de la enfermedad y tratamientos. Los pacientes fueron seguidos telefónica o presencialmente de manera mensual. Se recolectaron datos de abandono de tratamiento y causas, consultas por sospecha de COVID-19, realización de hisopado nasofaríngeo, contacto estrecho y resultado de PCR, lugar de seguimiento en caso de enfermedad, tratamientos recibidos y desenlace desde el 1/4/2020 al 20/9/2020. Se realizó estadística descriptiva con media y desvío estándar (DE) y mediana y cuartil 25-75 según distribución.
Resultados: Se incluyeron 320 pacientes, de los cuales 55% eran de sexo masculino, con una edad media de 50 años (DE 13).El 21.6% tenía diagnóstico de EA, 6.9 % EspAax-nr, 6.9% EspAp, y 64.7% APs. El tiempo de evolución fue de 11 (5-16) años y los parámetros de actividad eran los siguientes: BASDAI 3.65 (3), BASFI 3 (1.5-9), PASI 0.3 (0-7), BSA 0.2 (0-6). Se reportaron 14 pacientes con diagnóstico de COVID-19 (4.4%), de los cuales 10 diagnósticos fueron por PCR positiva y 4 por síntomas + contacto estrecho positivo. El 100% habitaba en zona urbana y el 79% tenía obra social. Con respecto a los tratamientos: 4 (28.6%) estaban en tratamiento con anti TNF (3 con Adalimumab, 1 con certolizumab pegol), 4 (28.6%) con Anti IL17 (3 con Secukinumab y 1 con Ixekizumab), 8 (57%) con metotrexato y 2 (14%) Leflunomida. En la tabla 1 se pueden observar las características y tratamientos de los pacientes incluidos. De los 320 pacientes incluidos, 59 (18.4%), refirieron haber abandonado algún tratamiento durante el seguimiento. Los tratamientos abandonados fueron en orden de frecuencia: adalimumab (n = 16), metotrexato (15), secukinumab (9), etanercept (6), cetolizumab pegol (4), ustekinumab (3), aines (2), apremilast (1), golimumab (1), ixekuzumab (1), leflunomida (1), metotrexato asociado a leflunomida (1). El principal motivo de abandono del tratamiento fue la falta de suministro: 36 (62%), seguida en menor proporción por la decisión por parte del paciente: 12 (21%) y por indicación médica: 11 (17%). De los 36 pacientes que suspendieron la medicación por falta de suministro, 11 recibían adalimumab, 8 secukinumab, 5 metotrexate, 3 etanercept, 3 certolizumab pegol, 3 ustekinumab, 2 aines y un paciente recibía golimumab.
Conclusiones: En nuestra cohorte argentina de pacientes con EspA, la falta de suministro fue el principal motivo de abandono del tratamiento. La pandemia de SARSCOV2 expuso la problemática de las limitaciones en el acceso al tratamiento de nuestros pacientes con EspA.

180

0180 - VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN PEDIATRÍA: SUBGRUPOS CLÍNICOS Y EVOLUCIÓN

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Pediátrica
Unidad Temática: PEDIATRÍA
Unidad Temática 2: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

TORREGIANI, Victoria (1) ALVAREZ, Marcela(1) OJEDA SILVA, Ayelen Gabriela(1) LIERN, Miguel(2) RATTO, Viviana(2) MAFFEY, Alberto(3) ESPADA, Graciela(1)
HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA. (1); HTAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE NEFROLOGIA. (2); HTAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ. SERVICIO DE NEUMONOLOGIA. (3)

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades sistémicas, caracterizadas por una inflamación necrotizante de vasos de pequeño calibre, con poco o ningún depósito inmune. El espectro de estas vasculitis se extiende desde un fenotipo con patrón "granulomatoso" (ANCA negativo o PR3+ y compromiso de vía aérea superior, nódulos pulmonares, tumores retroorbitarios) con menor riesgo de vida y más tendencia a las recaídas; hacia el otro extremo un fenotipo con patrón "vasculítico" (ANCA MPO asociadas con compromiso orgánico mayor como glomerulonefritis, hemorragia pulmonar, mononeuritis múltiple, episcleritis) asociado con mayor mortalidad. Entre ambos fenotipos arriba descriptos, se encuentran las formas vasculíticas localizadas (por ej. glomerulonefritis paucinmune). La incidencia de VAA es baja en pediatría (0.5-6 casos/millón) y las publicaciones al respecto se basan en pequeñas series de casos. Dada su complejidad, las VAA imponen un desafío diagnóstico y terapéutico, por lo que nos parece fundamental ampliar nuestra comprensión de estos ptes y poder ofrecer un abordaje oportuno desde la interdisciplina.
Objetivos: 1. Describir nuestra cohorte de ptes con VAA según 3 grupos: formas granulomatosas, vasculíticas localizadas y sistémicas.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen ptes con dx de VAA <18 años, en seguimiento en nuestra institución (2000-2019). Se clasificaron según Mahr y Col., en 3 grupos: 1) formas granulomatosas 2) vasculíticas localizadas 3) vasculíticas sistémicas. Se analizaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, actividad medida por PVAS, laboratorio, presencia de ANCA, patrón x IFI y especificidad (PR3, MPO), abordaje terapéutico y evolución (recaídas, remisión, enf. Inactiva y daño a la última consulta). Análisis estadístico: Descriptivo. Chi2. T test. ANOVA (SPSS 2019).
Resultados: Se incluyeron 26 ptes (88% mujeres), edad mediana al dx: 10,9 años (RIC 9,3-13,6), con una mediana de demora al dx de 3,2 meses (RIC 0,3-15), siendo mayor para las formas granulomatosas (15meses RIC 2.4-22). El 92% (24/26) de la cohorte tuvo determinación de ANCA positivos. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 1 año (0,3-4,2). Siete pacientes (72%) se clasificaron como formas granulomatosas, 6(23%) como vasculitis localizadas y 13(50%) como formas sistémicas. Cuando se compararon los 3 subgrupos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad al dx ni el sexo. En las formas vasculíticas se observó más compromiso renal (p.03), mayor prevalencia de HTA (0 vs. 50 vs. 70% p.012), hematuria (42 vs. 83 vs. 92% p.04), insuficiencia renal (14 vs. 83 vs. 85% p.004) y requerimiento de hemodiálisis (0 vs. 83 vs. 77% p.001). La hemorragia alveolar difusa fue manifestación casi exclusiva del 3er subgrupo (f. sistémicas)(29 vs. 0 vs. 70% p.012), mientras el compromiso ORL lo fue en las formas granulomatosas (86 vs. 17 vs. 15% p.004). No se hallaron diferencias en cuanto a las manifestaciones musculo-esqueléticas, cutaneas, gastrointestinales, cardiacas y de SNC.
Conclusiones: Las VAA son enfermedades de rara ocurrencia en pediatría. En el análisis x subgrupos se observó mayor compromiso orgánico severo en las formas vasculíticas (renal y pulmonar), mientras en las formas granulomatosas predominó la afección de vía aérea superior. No hubo diferencias significativas en la tasa de recaídas y mortalidad. El abordaje y tratamiento de estos niños requirió de un trabajo inter y multidisplinario sostenido.

181

0181 - COEXISTENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDEA Y SARCOIDOSIS. PRESENTACION DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

REIBALDI, Alejandro SAGER, Lorena Ayelén ORTIZ, Alberto ROVERANO, Susana Graciela PAIRA, Sergio PAULAZZO, Marina
HOSPITAL CULLEN

Objetivos: Describir el caso clinico de un paciente que presenta la asociación de artritis reumatoidea y sarcoidosis pulmonar.
Materiales y Métodos: Se incluye un paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) que presenta sarcoidosis pulmonar.
Resultados: Paciente masculino de 55 años, tabquista de 30 paq/año, en 2008 inicia con poliartritis bilateral, simétrica, de pequeñas articulaciones asociado a factor reumatoide (FR) positivo y anticuerpos contra peptidos citrulinados (ACCP) positivo. Inicia tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (metotrexato y leflunomida). En el año 2019 presenta episodio de fiebre y convulsiones por lo cual ingresa a internacion donde le realizan RMN y punción lumbar (PL) que resultan normales. Presenta tos y disnea de carácter subagudo, clase funcional II-III por lo que se realiza tomografia axial computada (TAC) de torax donde se evidencian ganglios en mediastino y areas de vidrio esmerilado bilaterales, de bases a vertices, con derrame pleural bilateral minimo (fotos 1). En la analitica sanguinea presentaba elevación de la eritrosedimentación y de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), el resto dentro de parametros normales. Con los planteos de compromiso pulmonar por AR, neumonitis por metotrexato, infeccion por germenes atipicos y sarcoidosis se suspende metotrexato y se realiza lavado bronquioalveolar (BAL) y biopsia. Esta informa granulomas no caseificantes con cuerpos asteroides (foto 2) diagnosticandose sarcoidosis pulmonar grado II en la clasificación de Siltzbach. El paciente inicio tratamiento con esteroides 1 mg/k/dia y reinicio metotrexato por su AR. Al dia de la fecha se encuentra en seguimiento.
Conclusiones: El compromiso pulmonar en un paciente con AR plantea un abanico de posibilidades constituyendo un reto diagnóstico para el equipo tratante (infecciones, toxicidad farmacológica, la asociación con otras patologías) por lo que resaltamos la importancia de no demorar en la realización de biopsia pulmonar.

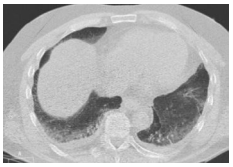


Foto 1. TAC de tórax de alta resolución con vidrio esmerilado bilateral

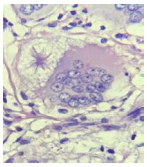


Foto 2. Biopsia de pulmón donde se ve evidencia granuloma con cuerpo asteroide

182

0182 - UPADACITINIB IMPROVES PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND INADEQUATE RESPONSE TO METHOTREXATE: RESULTS FROM SELECT-COMPARE

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

STRAND, Vibeke(1) BERGMAN, Martin(2) TUNDIA, Namita(3) OSTOR, Andrew(4) DUREZ, Partick(5) SONG, In-ho(3) ENEJOSA, Jeffrey Jose(3) SCHLACHER, Casey(3) SONG, Yan(6) FLEISCHMANN, Roy(7) **GONZALEZ BLANCO, Julieta (8)**
STANFORD UNIVERSITY, (1); DREXEL UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE, (2); ABBVIE INC - Northt Chicago, IL (3); CABRINI MEDICAL CENTRE, MONASH UNIVERSITY, (4); UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN AND CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (5); ANALYSIS GROUP INC., (6); UNIVERSITY OF TEXAS SOUTHWESTERN MEDICAL CENTER, MCRC CENTER, (7); ABBVIE ARGENTINA (8)

Introducción: Upadacitinib (UPA), a selective JAK1 inhibitor, has demonstrated superior improvement in the clinical signs and symptoms of rheumatoid arthritis (RA) compared with placebo (PBO) and adalimumab (ADA).
Objetivos: To evaluate the effect of UPA vs PBO and vs ADA on patient-reported outcomes (PROs) at Week 12 in SELECT-COMPARE (NCT02629159), a randomised controlled trial (RCT) in an active RA population with inadequate responses to methotrexate (MTX).
Materiales y Métodos: Patients in SELECT-COMPARE, a phase 3 RCT, received UPA (15 mg once daily), PBO, or ADA (40 mg every other week) while on background MTX therapy. The following PROs were collected prospectively: Patient Global Assessment of Disease Activity (PtGA) by visual analogue scale (VAS), pain by VAS, Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI), duration and severity of morning (AM) stiffness, health-related quality of life by Short Form-36 (SF-36), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), and Work Instability Scale for RA (RA-WIS). Least squares mean (LSM) changes from baseline (BL) to Week 12 were based on mixed-effects repeated measures models. The proportions of patients reporting improvements >= minimum clinically important differences (MCID) from BL to Week 12 or scores >= normative values were calculated with UPA, PBO, and ADA treatment; comparisons used chi-square tests.

LSM Changes from Baseline and Percentage of Responders at Week 12 After UPA Initiation

	Baseline Mean	LSM Changes from Baseline			Patients Reporting Improvements ≥MCID, n (%)		
PBO		UPA 15 mg	PBO	ADA 40 mg	UPA 15 mg	PBO	ADA 40 mg
	(n=1629)	(n=651)	(n=651)	(n=327)	(n=651)	(n=651)	(n=327)
PtGA	64.4	-30.4[a1]	-15.2	-23.6[a]	474 (73.4)[a]	332 (51.1)	219 (67.6)
Pain VAS	65.5	-31.8[a1]	-15.5	-25.3[a]	483 (74.8)[a]	347 (53.4)	227 (69.8)
HAQ-DI	1.6	-0.6[a1]	-0.3	-0.5[a]	465 (72.1)[a]	330 (50.8)	231 (71.3)
FACIT-F	26.8	9.0[a1]	4.8	7.4[a]	415 (64.0)[a]	299 (46.4)	202 (62.2)
Duration AM Stiffness[a]	142.8	-92.6[a]	-48.6	-82.7[a]	194 (29.9)[a]	144 (22.3)	93 (28.7)[a]
Severity AM Stiffness[b]	6.3	-3.4[a1]	-1.8	-2.9[a]	526 (81.1)[a]	428 (66.4)	260 (80.2)[a]
RA-WIS	14.7	-5.2[a]	-2.0	-4.5[a]	120 (41.7)[a]	64 (34.4)	42 (32.1)
SF-36 PCS	32.5	7.9[a1]	3.6	6.3[a]	469 (72.5)[a]	345 (53.2)	226 (69.3)
SF-36 MCS	42.9	6.4[a]	3.7	5.4	386 (59.7)[a]	309 (47.7)	192 (58.7)
SF-36 PF	31.5	7.3[a1]	3.6	6.2[a]	475 (73.7)[a]	379 (58.2)	237 (72.5)
SF-36 RP	33.3	6.9[a1]	3.6	5.2	470 (72.3)[a1]	374 (57.5)	213 (65.1)
SF-36 RE	44.1	9.9[a1]	4.6	8.0[a]	501 (77.1)[a]	390 (59.9)	219 (73.1)
SF-36 GH	37.8	7.3[a1]	3.1	5.7[a]	458 (70.5)[a]	362 (55.6)	212 (64.8)
SF-36 VT	40.9	8.2[a1]	4.3	6.8[a]	479 (73.7)[a]	372 (57.1)	225 (68.8)
SF-36 SF	38.1	7.2[a1]	3.4	5.8[a]	418 (64.3)[a]	323 (49.6)	195 (59.6)
SF-36 RE	37.9	6.2[a]	3.6	5.2	468 (34.6)[a]	304 (46.2)	175 (53.5)
SF-36 MH	40.7	7.6[a]	4.0	5.9	449 (69.1)[a]	349 (53.6)	213 (65.1)

[a]P<0.05 for UPA vs PBO. LSM change from baseline P values represent statistical significance between groups.
[1]P<0.05 for UPA vs ADA. LSM change from baseline P values represent statistical significance between groups.
[a1]LSM change from baseline differences statistically significant between groups based on non-overlapping 95% confidence intervals.
[a]Duration in minutes. [b]% responders reporting scores ≥ minimal important difference. [c] Assessed on a numeric scale of 1–10, with 10 being the worst level.
ADA, adalimumab; AM, morning; BP, bodily pain; FACIT-F, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Fatigue; GH, general health; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; LSM, least squares mean; MCID, minimum clinically important difference; MCS, Mental Component Summary; MH, mental health; PBO, placebo; PCS, Physical Component Summary; PF, physical function; PRO, patient-reported outcome; PtGA, Patient Global Assessment of Disease Activity; RA-WIS, Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis (among employed patients); RE, role emotional; RP, role physical; SF, social function; SF-36, 36-Item Short-Form Health Survey; UPA, upadacitinib; VAS, visual analogue scale; VT, vitality.

Resultados: Data from 1629 patients (UPA: 651; PBO: 651; ADA: 327) were analysed. Mean age was 54 years; 79% were female; 54% had RA for >=5 years. Baseline mean PRO scores were similar across treatment groups. At Week 12, UPA treatment resulted in statistically significant LSM changes from BL vs PBO across all PROs and statistically significant LSM changes from BL vs ADA in PtGA, pain, HAQ-DI, AM stiffness severity, FACIT-F, and SF-36 physical component summary (PCS) and 6/8 domain scores (Table). ADA treatment resulted in statistically significant LSM changes from baseline vs PBO in PtGA, pain, HAQ-DI, AM stiffness severity and duration, FACIT-F, and SF-36 PCS and 5/8 domain scores. Compared with PBO at Week 12, significantly more UPA-treated patients reported improvements >= MCID and scores >= normative values across all PROs with numbers needed to treat (NNTs) <10. The proportions of UPA-treated patients reporting improvements >= MCID were similar or numerically higher than ADA-treated patients. Importantly, the proportion of UPA vs ADA treated patients reporting improvements >= normative values were significantly greater (all p<0.05) in PtGA (36% vs 26%), HAQ-DI (21% vs 14%), SF-36 PCS (16% vs 11%), and SF-36 bodily pain (29% vs 21%) and vitality (42% vs 35%) domains.
Conclusiones: Among patients with active RA, treatment with UPA 15 mg QD on background MTX therapy for 12 weeks resulted in statistically significant and clinically meaningful improvements in PROs compared with PBO. Overall, PRO improvements with UPA treatment met or were superior to treatment with ADA, especially in key domains of pain, function and vitality.

183

0183 - TUMOR GÁSTRICO COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: Ig G4

NOVATTI, Elisa (1) CUCCHIARO, Natalia Lili(2) BALDERRAMO, Domingo(1) LABORIE, Maria Victoria(1) ALVAREZ, Ana Cecilia(1) SAURIT, Veronica(1) COLAZO, Marcela(1) VASSAROTTO, Natalia(1) ALVARELLOS, Alejandro(1) BAENAS, Diego Federico(1) CAEIRO, Francisco(1)
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (1); HOSPITAL DEL MILAGRO (2)

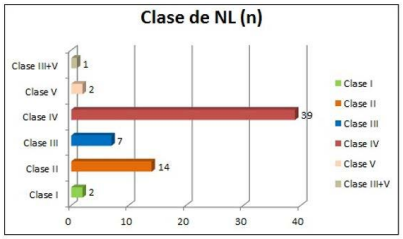
Objetivos: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno sistémico caracterizado por lesiones inflamatorias difusas o tumorales. El compromiso digestivo es frecuente, como pancreatitis autoinmune (PA) y colangitis esclerosante. Sin embargo, el compromiso gástrico es poco común y ocasionalmente se diagnostica como tumor submucoso gástrico por endoscopía o tomografía. También hay reportes de engrosamientodifuso de la pared gástrica, pólipos y úlceras gástricas únicas o múltiples. La ER- IgG4 puede manifestarse por lesiones gástricas aisladas (menos frecuente) o estar asociada a PA. Cuando el compromiso son lesiones aisladas, son de difícil manejo y suelen diagnosticarse en exámenes histopatológicos del material obtenido por resección quirúrgica por sospecha de malignidad. Se presenta el caso de un paciente con ER-IgG4 que presenta recaída de la enfermedad con compromiso gástrico.
Materiales y Métodos: Paciente de 67 años de edad, con diagnóstico de ER-IgG4 en diciembre de 2018, con compromiso multiorgánico: atopia (eosinofilia+rinitis), pansinusitis, dacrioadenitis, edema palpebral,sialoadenitis submaxilar, compromiso pulmonar, poliadenopatías, pancreatitis autoinmune tipo 1, diabetes de inicio reciente y prostatitis. Al momento del diagnóstico presentó discreto aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis con eosinofilia, IgG total: 20856 mg/dl (Valor normal (VN): hasta 1741)), IgG4 subclase 1498 mg/dl (VN 140mg/dl), ANA y FR: negativos. Marcadores tumorales normales: CEA 3.2 ng/ml (VN hasta 5), Ca 19.9 41 UI/ml (VN hasta 37). En la RMN de órbitas se evidenció dacrioadenitis bilateral, pansinusopatía de aspecto inflamatorio con engrosamiento mucoso e imágenes polipoides que ocupan senos frontales, maxilares, celdillas etmoidales y esfenoides; la TACAR TÓRAX reveló múltiples imágenes nodulillares en campo pulmonar derecho y adenopatías mediastinales; la TAC abdominal con contraste mostró engrosamiento difuso del páncreas con "signo del halo" y adenopatías mesentéricas. Se realizó biopsia de páncreas con aguja gruesa guiada por TAC. El análisis histológico evidenció pancreatitis con infiltrado linfoplasmocitario CD138+, eosinófilos aislados, fibrosis estoriforme, flebitis obliterante, IgG4 en más de 10 células plasmáticas por campo de gran aumento y cociente IgG/IgG4 mayor al 40%. Se inició tratamiento con prednisona 40 mg/día (con posterior descenso hasta suspensión por hiperglucemia concomitante) mas azatioprina 150 mg/día, con remisión clínica, serológica, imagenológica y por IgG4-Responder-Indextras un año de seguimiento. Posteriormente consulta epigastralgia, dispepsia y esteatorrea, asociados a anemia ferropénica. Es evaluado por servicio de gastroenterología y se realiza endoscopía alta donde se evidenció lesión tumoral de aspecto submucoso con erosión superficial a nivel de región prepilórica (resto de estómago normal). Biopsia gástrica: se objetiva severo infiltrado linfoplasmocitario con más de 40 células IgG4+/CAP con abundantes eosinófilos. Se realizaron nuevos estudios complementarios para evaluar extensión y actividad de enfermedad de base: TAC de abdomen reveló aumento difuso y significativo del páncreas con respecto a estudio previo y halo periglandular sin alteración de la vía biliar ni signos sugestivos de fibrosis retroperitoneal o periaortitis; VSG110 mm/h y PCR menor a 6 mg/dl, IgG 4 sérica 520 mg/dl. Se realizaron pulsos de metilprednisolona y rituximab 1 gramo cada 15 días (2 dosis), con posterior mantenimiento con 1 gramo cada 6 meses. Actualmente paciente estable con enfermedad en remisión.
Conclusiones: Este caso destaca la posibilidad de compromiso gástrico en ER-IgG4, que puede ser sintomático o un hallazgo incidental en estudios complementarios. Tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica en el contexto clínico adecuado puede evitar gastrectomías innecesarias. Siempre se debe descartar malignidad a través del análisis histopatológico. Los diagnósticos diferenciales incluyen: gastritis eosinofílica, tumor GIST, linfoma, adenocarcinoma, entre otros.

184

0184 - FRECUENCIA DE SUBTIPOS DE NEFROPATÍA LÚPICA Y ASOCIACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO/ANTIFOSFOLÍPIDOS

CUCCHIARO, Natalia Lili (1) GUTIERREZ SENES, Leonardo Ramon Luis(2) BELBRUNO, Leila Natalia(1) LECUMBERRI, Maria Belen(1) PICCO, Eugenia(1) BUSCHIAZZO, Emilio Andres(1) JUAREZ, Ricardo Vicente(1) ACIAR, Mariana Mabel(1) MONTERO ALVI, Nestor Marcelo(2) PIDOUX, Raúl(2) CRESPO ESPINDOLA, Maria Elena(1)
HOSPITAL DEL MILAGRO (1); HOSPITAL OÑATIVIA (2)



Introducción: La nefropatía lúpica (NL) es una manifestación importante por su prevalencia y su influencia en el pronóstico en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Los subtipos histológicos se asocian con diferencias en el tratamiento y en la evolución.
Objetivos: Describir la frecuencia y características de cada subtipo de NL en pacientes con LES.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de biopsias ingresadas a anatomía patológica, entre el 1/4/2015 y el 31/10/2018. Se extrajeron datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio, de las historias clínicas correspondientes. Se realizó estadística descriptiva, considerando significativo un valor de p < 0.05.
Resultados: Se incluyeron 65 pacientes 84.6% (55) de sexo femenino, mediana de edad de 33.7 años (RIC 24.75-42.5), edad de inicio del LES 23 años (RIC 18-30) y edad de inicio del compromiso renal de 25 años (RIC 19-36). El 40% (26) presentaban HTA y 6.1 % (4) DBT. La hematuria estuvo presente en el 61.5% (40), 33.8% (22) presentaban proteinuria de rango nefrótico, 36.9% (24) no nefrótica y 29.23 % (19) deterioro de la función renal (DFR). Los subtipos de glomerulonefritis hallados se reflejan en la tabla 1. La probabilidad de que la primer biopsia informe una forma proliferativa fue significativa con p=0.03. Se rebiopsiaron 20% (13) de los pacientes: clase II 1.5% (1), clase III 6.2% (4), clase IV 9.2% (6), clase V 1.5% (1); de éstos 3.1% (2) cambian de proliferativa a no proliferativa y 9.2% (6) de no proliferativa a proliferativa. Hubo aumento del índice de actividad en 15.4% (10) y cronicidad 9.2% (6). Quienes requirieron la segunda biopsia, presentaron más frecuentemente formas proliferativas en la primer biopsia (p=0.025). En el análisis univariado, la presencia de HTA y el DFR se asociaron con mayor índice de actividad. Asimismo, el DFR se asoció con mayor índice de cronicidad y de demora en la realización de la biopsia. En el análisis multivariado, la edad y la injuria renal se asociaron independientemente con mayor índice de cronicidad y la injuria renal con mayor Índice de actividad en la primera biopsia renal.
Conclusiones: La frecuencia de subtipos de NL es la esperada según otras series. Un tercio de los pacientes presentó DFR, lo cual correlacionó con los índices de actividad y de cronicidad.

186

0186 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD), UN DESAFÍO DIAGNOSTICO: REPORTE DE DOS CASOS

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: IMÁGENES/ECO/US/RM

NOVATTI, Elisa ALVAREZ, Ana Cecilia FLORES BALVERDI, Janet BAENAS, Diego Federico SAURIT, Veronica COLAZO, Marcela FIORENTINO, María Soledad VASSAROTTO, Natalia ALVARELLOS, Alejandro CAEIRO, Francisco
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA

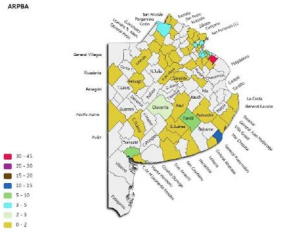
Objetivos: La hemorragia alveolar difusa (HAD), es un síndrome clínico patológico resultante de la disrupción de la membrana alveolo capilar, con alteraciones de la microcirculación pulmonar. Su mortalidad varía de 20 a 100%, los datos de frecuencia son de estudios retrospectivos, mostrando que hasta el 88% se asocian a capilaritis, siendo la etiología principal, en su mayoría la patología autoinmune. Seguidas por causas infecciosas, oncohematológicas y cardiovasculares.
Materiales y Métodos: CASO CLÍNICO N° 1: Hombre de 33 años, sano previo, ingresa a UTI por cuadro de HAD. Refirió tos seca y astenia de una semana de evolución, agregando hemoptisis, dolor pleurítico derecho y disnea que progresó a CF NYHA IV en las últimas 48 horas. Negó fiebre, dolor precordial, antecedente de lesiones cutáneas y mucosas, fotosensibilidad, artralgias, mialgias, sinusitis recurrente, raynaud, síntomas sicca, ojo rojo doloroso, fiebre persistente, tos crónica, pérdida de peso y sudoración nocturna. Evolucionó con hipertensión, taquicardia sinusal, taquipnea, hipoxemia (saturación de oxigeno: 89% aire ambiente, corrigió a 95% con Venturi 0.5), afebril. Examen físico: murmullo vesicular e vibraciones vocales reducidas en base de pulmón derecho, crepitantes secos bilaterales en dos tercios inferiores. TACAR tórax: Extensos infiltrados intersticiales en "parches de vidrio despulido" en ambos campos pulmonares, con distribución a modo de "alas de mariposa". Moderado derrame pleural bilateral. Leve incremento volumétrico de cavidades cardíacas izquierdas. Hilios pulmonares prominentes de naturaleza vascular que mostraron redistribución del flujo pulmonar. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, sin anemia, función renal, enzimas hepáticas y parámetros inflamatorios normales, procalcitonina: negativa, análisis de orina completa: normal. Serología para HIV: negativa, INFLUENZA A y B (IF): (TEST RAPIDO): negativos. Antígeno Estreptococos penumoniae: negativo. Hemocultivos: negativos, mantoux: negativa. Panel Respiratorio Filmarray: positivo para coronavirus OC43. Broncofibroscopía(BFC): observación directa: árbol bronquial derecho e izquierdo de aspecto endoscópico normal con regular cantidad de secreciones serohemáticas. Lavado broncoalveolar (BAL): coloración gram, ziehlnielsen, elementos de hongos: negativos. Cultivo: flora habitual. PCR Aspergillus: negativa Sospecha HAD: secundaria a autoinmunidad, metilprednisolona 500 mg cada 24 horas por 3 dosis. Los estudios inmunológicos no permitieron confirmarlo, anticuerpos: Antinucleares, ENA, ANCA, Anti-membrana basal, B2GLP (IgG-IgM), Cardiolipinas: negativos. Complemento normal. Se discutió y revisaron los datos disponibles, entre ellos TACAR tórax: Voluminosa estructura hipodensa ocupante de espacio en el interior de la aurícula izquierda, que producía estenosis mitral o con efecto obstructivo sobre válvula mitral. Resección de tumor de auricular izquierdo con cierre de ostium superior de vena pulmonar inferior derecha. Biopsia: sarcoma pleomórfico indiferenciado de la Vena Pulmonar con invasión de la Aurícula Izquierda. CASO CLÍNICO N° 2: Hombre de 65 años con antecedente de: reemplazo valvular aórtico con bypass aorto - coronario en el año 2000 y reemplazo aorta - ascendente 2016 (endoprótesis), fibrilación auricular (Acenocumarol). Ingresa a UTI por Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a HPD. Refirió comenzar 72 hs previas de forma súbita con disnea que progresa a grado grado IV CF NYHA, dolor torácico y tos sin hemoptisis. Evolución: mala mecánica respiratoria e inestable hemodinámicamente, requirió ARM y drogas vasoactivas. Como datos de jerarquía, solo refirió episodio de purpura palpable 1 año antes que resolvió con dosis bajar de prednisona. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, sin anemia y plaquetopenia (54.000), PCR: elevada con VSG: normal, RIN:2.5, troponina T ultrasensible elevada y CPK-MB: normal. Leve aumento de la creatina plasmática (1.5), relación proteína/creatinina en orina al azar: normal. PCR SARS-COV2: negativa. Antigeno de legionella en orina: negativo, Antígeno Estreptococos penumoniae: negativo. Hemocultivos: negativos, pro-BNP: 8911 TACAR tórax: Engrosamiento de septos interlobulillares, con áreas en "vidrio esmerilado" bilaterales, con mayor afectación del campo pulmonar derecho. Área de ocupación alveolar con broncograma aéreo en segmento posterior del LSD. Pseudoaneurisma de aorta ascendente, a punto de partida de "leak" en anastomosis distal. BFC: sangre en vía aérea. BAL: coloración gram, ziehl nielsen, elementos de hongos: negativos, cultivo: flora habitual. Anticuerpos: Antinucleares, ENA, ANCA, Anti-membrana basal, B2GLP (IgG-IgM), cardiolipinas e inhibidor lúpico: negativos. Complemento normal Se repasaron imágenes tomográficas y se sospechó fistula aorto-arteria pulmonar, posteriormente confirmada por ecocardiograma transesofagico. Conducta: remplazo de aorta ascendente y cierre de fistula aorto-pulmonar.
: La sospecha de HAD se basó en la TACAR de tórax, el hallazgo macroscópico en la BFC y la hemoptisis solo en el primer caso. Ningún paciente tuvo anemia. Ante pacientes con sospecha de HAD sin anemia y oximetría relativamente conservada respecto del hallazgo en imágenes, debemos sospechar en causas que no sean capilaritis. Los casos reportados nos hicieron replanteamos la conducta aplicada y encontramos etiologías cardiovasculares como causa de HAD que resolvieron solucionando la causa.

187

0187 - DISPARIDAD REGIONAL EN LA OFERTA DE REUMATÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

VELASCO ZAMORA, José Luis (1) CAPUTO, Victor(2) RODRIGUEZ, Graciela(1) ERRICO, Nestor(1) ARTURI, Valeria(1) RABAZZANO, Gustavo(1) MÁRTIRE, Victoria(1) SAUCEDO, Carla(1) GRANEL, Amelia(1) TESTI, Adriana(1) RODRIGUEZ GIL, Gustavo(1)
ASOCIACIÓN DE REUMATOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (1); ASOCIACIÓN DE REUMATOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2)



Introducción: La demanda de asistencia por la especialidad continuará aumentando con la expectativa de vida de la población y otros factores.La gran disparidad en la distribución de los especialistas nos enfrenta a un problema que se podría revertir a través de: (1) Mejorar el manejo y derivación de las enfermedades reumáticas por los efectores primarios de salud y (2) aumentar la cantidad de especialistas en las áreas con mayor densidad del territorio provincial. Existen escasos datos actualizados de la densidad de reumatólogos en el territorio de la provincia de Buenos Aires.
Objetivos: Analizar la distribución de reumatólogos en el territorio bonaerense
Materiales y Métodos: Durante el año 2020 se realizó una encuesta a médicos reumatólogos formados y en formación, socios y no de Asociación de Reumatología de la Provincia de Buenos Aires (ARPBA), que se encuentran trabajando en la provincia de Buenos Aires. El cuestionario fue desarrollado y transmitido a través de Google docs (https://docs.google.com/forms). Se relevaron datos demográficos de los profesionales con la finalidad de establecer un mapa de oferta profesional en nuestro territorio. Los datos obtenidos fueron comparados y enriquecidos con los publicados por la Sociedad Argentina de Reumatología (http://www.reumaquiensos.org.ar/profesionales/). Se realizó estadística descriptiva y un análisis de la distribución de los reumatólogos en los diferentes partidos de la provincia.
Resultados: Se obtuvieron 143 respuestas de las cuales el 64.1% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 45.5 años (RIC: 12.75). A los fines de considerar la oferta real de especialistas por partido, se ha considerado en el análisis a aquellos profesionales que ejercen en más de un partido o ciudad de la provincia. Para una población total de 15.625.084 bonaerenses hay una relación de 1 reumatólogo cada 79719 habitantes. En los 24 partidos del gran Buenos Aires (GBA) existe una tasa de 157408 habitantes por reumatólogo mientras que en interior hay un reumatólogo cada 42920 habitantes. En muchos partidos del interior de la provincia no se han reportado especialistas a la vez que hay ciudades con amplia oferta de los mismos.
Conclusiones: Los datos relevados indican disparidades regionales en la distribución de los reumatólogos en la provincia de Buenos Aires. Diversas áreas de la provincia tienen pocos o ningún reumatólogo en ejercicio con riesgo que los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas en estas áreas tengan acceso limitado a la atención reumatológica. Para procurar la provisión de un acceso óptimo a los servicios de salud, se necesitan datos más completos sobre la capacidad laboral de la especialidad y la forma de prestación de atención a comunidades rurales y remotas, así como el uso de profesionales de la salud aliados para aumentar la capacidad clínica mediante modelos alternativos de atención.

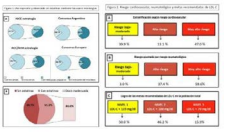
189

0189 - INDICACIÓN DE ESTATINAS Y OBJETIVOS LIPÍDICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: ANÁLISIS SEGÚN DIFERENTES RECOMENDACIONES

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

TOBAR JARAMILLO, Mayra Alejandra | ALVARADO, Rodolfo N | SCOLNIK, Marina | ROSSI, Emiliano | CORNEJO, Guillermo | MORA, Lorena | DAMONTE, Juan | FIORINI, Norberto | MASSON, Walter | SORIANO, Enrique
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica, que se asocia con un aumento del 50% en la morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV). La estratificación del riesgo CV en pacientes con AR constituye un verdadero desafío, por lo cual se han propuesto varias estrategias.



Objetivos: (1) Estimar el riesgo cardiovascular mediante diferentes estrategias en pacientes con AR, analizando qué proporción de pacientes deberían recibir estatinas; (2) Identificar cuántos pacientes alcanzaron los objetivos lipídicos recomendados.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo que incluyó pacientes atendidos en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019 que cumplían criterios ACR 2010 para AR. Se estimaron los puntajes QRISK-3, Framingham (ajustado por un factor multiplicador × 1.5), ASCVD y SCORE. Se analizaron las indicaciones de estatinas según las guías NICE, el Consenso Argentino, las guías ACC/AHA 2018 y las nuevas directrices europeas de 2019. Se analizaron los objetivos de LDL-C.
Resultados: Se incluyeron 420 pacientes en total, 85.5% eran mujeres. La media de edad fue de 69.7 ± 13.8 años, el 24.8% tenían enfermedad erosiva y el 9.8% manifestaciones extra articulares. La prevalencia de tabaquismo actual fue de 6.4% y el 18.1% de la población presentaba antecedentes cardiovasculares (Tabla1). El 24,7% y 48,7% de los pacientes en prevención primaria y secundaria recibían estatinas, respectivamente. El 19,4% de los pacientes con antecedentes cardiovasculares recibían estatinas de alta intensidad. Aplicando las guías ACC/AHA (basadas en el puntaje ASCVD), el Consenso Argentino (basado en el puntaje ajustado de Framingham), las pautas NICE (basadas en el QRISK-3) y las recomendaciones europeas (basadas en el SCORE), 26,9%, 26,5%, 41,1% y el 18,2% de la población eran elegibles para el tratamiento con estatinas, respectivamente (Figura 1). Siguiendo las nuevas recomendaciones europeas, 50%, 46,2% y 15,9% de los pacientes con riesgo bajo-moderado, alto o muy alto, respectivamente, lograron los objetivos lipídicos recomendados (Figura 2).

Tabla 1. Características de los pacientes con artritis reumatoidea en el momento de la evaluación.

Variables continuas, media (DE)	N = 420
Edad, años	69.7 ± 13.8
Presión arterial sistólica, mm Hg	125.8 ± 14.8
Colesterol total, mg/dL	190.0 ± 37.3
LDL-C, mg/dL	114.4 ± 31.9
HDL-C, mg/dL	56.8 ± 12.8
Triglicéridos, mg/dL	110.7 (64.3)
Tiempo desde el diagnóstico de artritis reumatoide, años	12.0 (7.7)
CDAI	7.4 (7.1)
SDAI	7.9 (8.9)
DAS28	2.9 (1.2)
HAQ	0.8 (0.8)
Variables categóricas, %	
Género femenino	85.5
Tabaquismo actual	6.4
Hipertensión arterial	51.4
Obesidad	22.3
Factores	
Corticoides	46.9
DMARDs	72.6
Medicación biológica	30.7
Estatinas	29.0
Aspirina	14.0
Manifestaciones extra articulares	9.8
Enfermedad erosiva	24.2
Péptido citrulinado cíclico positivo	81.9
Factor reumatoideo positivo	86.0

Conclusiones: Aplicando varias estrategias para el manejo de los lípidos en nuestra población, la estratificación del riesgo cardiovascular y la indicación de estatinas fueron diferentes. Se observó una brecha significativa entre la indicación de estatinas esperada y observada, logrando los objetivos de LDL-C en muy pocos pacientes.

191

0191 - CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRALGIAS

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESPONDILOARTRITIS
Unidad Temática 2: ESPONDILOARTRITIS

SANCHEZ PRADO, Einer Dalinda RUTA, Santiago ARGUELLO, Juan TORRES CHICHANDE, Jessica RUTA, Alvaro SALVATORI, Facundo MAGRI, Sebastian GARCIA SALINAS, Rodrigo
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: La prevalencia de artritis psoriasica en pacientes con psoriasis es conocida y variable, pero poco se ha explorada la frecuencia de APs en la consulta de dolo músculo esquelético general.
Objetivos: Estimar la frecuencia de artritis psoriásica (APs) en una cohorte de pacientes que consultaron por poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, y determinar las características diferenciales de estos pacientes con relación a pacientes con diagnóstico final diferente a la APs.
Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por artralgias, incluyendo artralgias de manos, al programa ¨Reuma-check¨® desde agosto de 2017 a marzo de 2020. En este programa, en la primera visita (basal) se realizaba: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR y anti-CCP), Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones) y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. En las visitas subsiguientes (solo se incluyeron pacientes que cumplieron al menos 2 visitas) se evaluaron los resultados y se estableció o no el diagnostico definitivo de APs acorde a los criterios CASPAR de clasificación. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney. Se realizo un analisis multivariado de regresión logística utilizando como variable dependiente al diagnostico final de APs y como variables independientes a aquellas variables que en el analisis bivariado se asociaron significativamente con el diagnostico de APs.

	Artritis psoriásica	Controles (otros diagnósticos)	Valor de p
Edad en años, media (DS)	50.5 (12.4)	54 (14.7)	0.05
Sexo masculino, %	43.6	23.9	0.0003
Familiar con psoriasis, %	29.5	6.7	< 0.0001
Psoriasis cutánea, %	77.4	2.4	< 0.0001
EVA global del paciente, media (DS)	58.5 (24.7)	52.7 (18.4)	0.07
Número de articulaciones doloroso (28), media (DS)	2.9 (2.6)	3.6 (3.2)	0.05
Número de articulaciones tumefactas (28), media (DS)	1.8 (2.2)	0.6 (1.5)	< 0.0001
ERS, media (DS)	21.7 (17.7)	20.3 (16.9)	0.51
PCR, media (DS)	5.4 (6.3)	4.3 (3.3)	0.49
DAS28-ERS, media (DS)	3.7 (1.2)	3.4 (1.1)	0.15
CDAI, media (DS)	13.9 (7.2)	12.8 (7.2)	0.20
HAQ, media (DS)	0.6 (0.4)	0.6 (0.3)	0.94
Factor reumatoideo, %	14	48.1	< 0.0001
Anti-CCP, %	2.5	8.7	0.17
Erosiones radiográficas, %	46	8.2	< 0.0001
Ecografía con al menos una articulación con señal Doppler de poder positiva, %	41.4	6.7	< 0.0001

Resultados: se incluyeron un total de 746 (74.4% de sexo femenino y edad media en años de 53.6 años, DS: 14.5) pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, de los cuales 71 (9.5%, IC 95%: 7.6-11.8) terminaron con diagnóstico final de APs. La tabla muestra las características sociodemográficas, clinicas, de laboratorio y de imagenes de los pacientes con diagnóstico final de APs y su comparación con aquellos pacientes con otros diagnosticos (controles). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con diagnóstico final de APs y los controles respecto a la presencia de comorbilidades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia (17.6% vs 12.3%, p= 0.21, 34.3% vs 31%, p= 0.57 y 20.5% vs 21.4%, p= 0.86, respectivamente), mientras que si hubo diferencias significativas respecto al tabaquismo, 57.5% de los pacientes con APs vs 42.4% de los controles (p= 0.01). En el análisis multivariado de regresión logística el diagnostico de APs se asoció positivamente con el antecedente personal de psoriasis cutánea (OR: 563.3, IC 95%: 53.2-5966), antecedente familiar de psoriasis cutánea (OR: 102.9, IC 95%: 11-958.2), número de articulaciones tumefactas (OR: 1.4, IC 95%: 1.02-2.19), erosiones radiográficas (OR: 9.5, IC 95%: 1.1-80.8) y ecografía con al menos una articulación con señal Doppler de poder positiva (OR: 20.2, IC 95%: 2-203.2). Por otro lado, se asoció negativamente con la positividad para el factor reumatoideo (OR: 0.1, IC 95%: 0-0.18).
Conclusiones: Conclusiones: la frecuencia de APs en nuestra cohorte de pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, fue del 9.5% y se asocio con el antecedente personal y/o familiar de psoriasis cutánea, mayor numero de articulaciones tumefactas, erosiones radiográficas y la presencia de ecografía de manos con señal Doppler de poder a nivel articular, por otro lado, la presencia del factor reumatoideo se mostró como un factor protector para el diagnóstico final de APs.

192

0192 - LAS CONSULTAS REUMATOLÓGICAS EN TIEMPOS DE COVID 19: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ADAPTACIONES DE LA CONSULTA REUMATOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

PERANDONES, Miguel CAPELUSNIK, Dafne EZQUER, Alejandro GIORGIS, Pamela CARRIZO ABARZA, Virginia ALFARO, Agustina CRESPO ROCHA, Maria. G BARBICH, Tatiana SEVILLANO, Juan SCHNEEBERGER, Emilce. E ROSEMFFET, Marcos CITERA, Gustavo

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

Introducción: El decreto nacional de "Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio" emitido a causa de la pandemia por COVID-19 llevó a la suspensión de la atención médica programada, impactando en la modalidad y periodicidad de la consulta de los pacientes con enfermedades reumatológicas

Objetivos: Describir las consultas reumatológicas recibidas en nuestro servicio durante la pandemia de COVID-19, evaluar la variación en la frecuencia y características de las mismas y comparar estas consultas con el número total de visitas presenciales recibidas durante el mismo período del año 2019

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se consideraron todas las consultas realizadas por los pacientes en el servicio de Reumatologia desde el 13/03/20 hasta el 21/09/2020. Se registró la modalidad de realización (presencial, e-mail, telefónica o mensajería instantánea) y el motivo de las misma (enfermedad de base, licencia médica, comorbilidades, consulta por COVID, recetas, vacunación, laboratorio, resumen de historia clínica, reprogramación de turnos, falta de provisión de la medicación). Se consignaron datos sociodemográficos y diagnóstico de los pacientes; y además, el número de consultas reumatológicas durante el año 2019. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. ANOVA, test de Chi2 y exacto de Fisher. Regresión logística múltiple. p <0.05 significativa

Resultados: Durante el período de seguimiento se recibieron 1703 consultas. 798 pacientes consultaron al menos una vez, 634 (79.4%) fueron de sexo femenino, con una mediana de consultas por paciente de 3 (RIC 1-5). 312 pacientes (69.3%) residían en la provincia de Buenos Aires, 131 (29.1%) en CABA y 1.6% en el interior del país. 57.1% tenían obra social, 3.5% medicina prepaga y 39.4% carecían de cobertura médica. En cuanto al diagnóstico, artritis reumatoidea (AR) (70%), espondiloartritis/artritis psoriásica (SpA/APs) (13%), enfermedades del tejido conectivo (ETC) (5.1%), artritis idiopática juvenil (2.8%), osteoartritis (OA) y/o fibromialgia (FM) (2.8%) y otras causas (6.3%). Los motivos de contacto más frecuentes fueron por solicitud de recetas (50.9%) y consultas por la enfermedad de base (22.7%), 15.5% de todas las consultas fueron por brote de enfermedad. La modalidad de contacto fue: e-mail (56.8%), mensajería instantánea (18.9%), presencial (13.1%) y telefónica (11.1%). En relación al número de consultas por paciente, en 53.2% de los casos fue por única vez, 31.1% consultaron entre dos y tres veces y 15.7% consultaron >=cuatro veces. Los pacientes que consultaron >=4 veces, fueron predominantemente mujeres (42.6% vs 35.7%, p=0.04), pacientes con ETC, AIJ y AR (47.2%, 46.2% y 43.6%, respectivamente) vs el resto de las patologías (25.7%, p<0.0001). Una sola visita vs 2 o más fue significativamente más frecuente en pacientes con OA y FM vs el resto (45% vs 23.8% p< 0.0001) y en sujetos de mayor edad (X; 55± 13.5 años vs X ; 52.6± 13.9 años, p=0.002). Los pacientes que consultaron por vía telefónica tuvieron significativamente mayor edad que los que consultaron por otros medios (X; 59±12 años vs 53±13 años vs X; 52 ±13 años, p<0.001). El motivo principal de consulta en todas las enfermedades fue el pedido de recetas; excepto, en los pacientes con ETC con 45% de las consultas por actividad de la enfermedad. Durante el mismo período en el año 2019, se realizaron 3961 visitas, evidenciándose una reducción de 56.9% en las realizadas en el mismo período 2020, con una reducción aún más notable (94%) en las consultas presenciales (3961 vs 224), al igual que en las infusiones intravenosas. La consulta presencial durante la pandemia, se asoció de manera independiente con sexo masculino (OR: 2.4 IC95% 1.6-3.6, p<0.001), por consulta por enfermedad la base (OR: 5.8 IC95% 4.1- 8.3, p<0.001) y la falta de cobertura social (OR: 2.3 IC95% 1.6-3.3, p<0.001).

Conclusiones: Durante del "Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio" las consultas se redujeron en más del 70%. Consideramos importante estimular y difundir la importancia de mantenerse conectado con su médico de cabecera para un adecuado control de la enfermedad de base.

193

0193 - VACUNACIÓN Y COVID 19: ¿FUE SUFICIENTE LA PANDEMIA PARA CONCIENTIZARNOS?

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ARTRITIS REUMATOIDEA

SATTLER, María Emilia (1) POCCARD, Andrea Susana(2) MARTIRE, Victoria(3) SCARAFIA, Santiago(4) BUSCHIAZZO, Emilio(5) VIOLA, Malena(6) ROSEMFFET, Marcos Gabriel(7)

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA (1); INSTITUTO MEDICO DE ALTA COMPLEJIDAD (2); INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (3); HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO (4); HOSPITAL DEL MILAGRO (5); HOSPITAL ARGERICH (6); INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (7)

Introducción: Las vacunas son una de las principales medidas para la prevención de enfermedades infecciosas y sus complicaciones. En la actualidad debido a la pandemia provocada por el virus SAR-Cov 2 se generó una amplia difusión en los medios acerca de la importancia de las mismas, tanto en la comunidad médica como en la población en general. Los pacientes con enfermedades reumáticas, muchas veces inmunosuprimidos, son una de las poblaciones de riesgo a considerar. Sin embargo, en ocasiones, no se cumplen los esquemas de vacunación establecidos.

Objetivos: Determinar si la aparición del virus SAR-COV 2 genero una toma de conciencia de la importancia y necesidad de vacunarse en los pacientes con enfermedades reumáticas y con esto un aumento en la cantidad de pacientes vacunados y evaluar si existen diferencias con respecto al 2019.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico observacional de corte transversal. Se invitó a participar a pacientes >= 18 años con diagnóstico de enfermedad reumática autoinmune sistémica: Artritis Reumatoide (AR), Espondiloartritis (SpA), Artritis Psoriásica (APs), Vasculitis, Miopatías inflamatorias (MI), Síndrome de Sjögren (SS), Esclerosis Sistémica (ES) y Lupus Eritematosos Sistémico (LES), que ingresaron de manera consecutiva a través de la consulta presencial o virtual. La recolección de la información se llevó a cabo en el período comprendido entre 24/08/2020 y 20/09/2020. Se consignaron datos sociodemográficos, enfermedad de base, tratamientos en curso, vacunación contra influenza y neumococo en los años 2019 y 2020, Los participantes completaron una encuesta, para conocer si estaban o no vacunados, si la indicación fue generada por el médico o por deseo personal, si tuvieron acceso a la misma, cuáles fueron los inconvenientes presentados para recibirla, si la pandemia modifico su percepción acerca de la necesidad de vacunarse. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables continuas se describen como media con desvío estándar (DS) o mediana con rango intercuartilo (RIC), según su distribución. Las variables categóricas se evaluaron por frecuencia y porcentaje. Se analizó si existen diferencias significativas entre la cantidad de pacientes vacunados contra la gripe en 2019 y 2020 con test de Mc Nemar.

Resultados: Se realizaron 345 encuestas, de las cuales 28 fueron eliminadas por falta de datos. De las 317 encuestas analizadas el 86.7% corresponden al sexo femenino con un promedio de edad de 52.2 años (DS 13.9). El 75.7% correspondían al sector privado de salud. La escolaridad promedio fue de 13,3 años. Los pacientes presentaban en un 67.1% AR, 5.9% ApS, 5.9% LES, 4.7% SpA, 1.89% SS, 1.5% Vasculitis, 1.2% MI y 0.9% ES. El 69.7% recibía un DMARs, siendo el más utilizado el metotrexate (78%); 46.3% recibía DMARb; 37.2% corticoides y el 25.5% AINEs. El 52.6% de los pacientes refirió haberle preguntado a su médico si debía recibir alguna vacuna. Los motivos que llevaron a esta consulta fueron: 50.6% información recibida en campañas generadas por el estado, 23.2% por información obtenida a través de los medios de comunicación, 21.3% por miedo a tener alguna infección, 18.9% por sugerencia de grupos de pacientes y, en porcentajes menores, por miedo a tener coronavirus o por sugerencia de otras personas ajenas a la comunidad médica. El 78.6% se vacunó contra la gripe en el 2019, vs 83.4% en el año 2020 (p 0.35). Durante 2019 las causas de no vacunación fueron: 35.2% por razones personales, 32.4% por falta de indicación médica, 9.9% por falta de acceso a la vacuna y 23.9% por otros motivos. En el 2020 el 36.2% reporta falta de acceso a la vacuna, el 34.5% razones personales, 20.7% falta de indicación médica y un 12.1% por otros motivos. El 78% está vacunado contra la neumonía. El 57.8% tiene la vacuna pcv-13, el 49.8% la ppsv-23 y el 28.3% desconoce que esquema recibió. Entre los pacientes no vacunados para neumonía 46.3% no lo hicieron por falta de indicación médica, 32.8% no tuvo acceso, 11.9% por motivos personales y 14.9% por otros motivos. De los encuestados el 90.5% cree que es importante cumplir con los esquemas establecidos.

Conclusiones: Si bien observamos una diferencia en los porcentajes de vacunación contra la gripe del año 2019 al año 2020, ésta no fue estadísticamente significativa. En el 2020 hubo un mayor porcentaje de pacientes que no tuvieron acceso a la vacuna respecto 2019. La indicación médica de vacunación fue mayor en el 2020. Destacamos, pese a dificultades en el acceso, obtener en la población estudiada altos porcentajes de cobertura tanto en vacuna antigripal como antineumocóccica, posiblemente influenciado por el contexto de pandemia actual.

194

0194 - TENOSINOVITIS DETECTADA POR ECOGRAFÍA CON TÉCNICA DOPPLER DE PODER: UNA CARACTERÍSTICA DIFERENCIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SERONEGATIVA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: IMÁGENES/ECO/US/RM

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

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: En la actualidad se cree que la artritis reumatoidea seropositiva y seronegativa no son la misma enfermedad. Teniendo la segunda una peor evolución y menor respuesta a los tratamiento.

Objetivos: Estimar la frecuencia de artritis reumatoidea (AR) en una cohorte de pacientes que consultaron por poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, e identificar características diferenciales entre pacientes con AR seropositiva y AR seronegativa.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, al programa ¨Reuma-check¨® desde agosto de 2017 a marzo de 2020. En este programa, en la primera visita (basal) se realizaba: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR y anti-CCP), Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones: carpo, MCFs e IFPs en forma bilateral y 20 tendones: 6 compartimentos extensores del carpo y tendones flexores de 2do a 5to dedos en forma bilateral) y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. En las visitas subsiguientes (solo se incluyeron pacientes que cumplieron al menos 2 visitas) se evaluaron los resultados y se estableció o no el diagnostico definitivo de AR acorde a los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010. Se considero como AR seronegativa cuando los pacientes eran negativos tanto para el FR como para el anti-CCP. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney.

Resultados: se incluyeron un total de 746 (74.4% de sexo femenino y edad media en años de 53.6 años, DS: 14.5) pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, de los cuales 128 (17.1%, IC 95%: 14.6-20) terminaron con diagnóstico final de AR (Tabla 1). De estos 128 pacientes, 87 (67.9%) fueron seropositivos (FR y/o anti-CCP positivos), mientras que 41 (32%) fueron seronegativos (FR y anti-CCP negativos). La tabla 2 muestra una comparacion de las distintas caracteristicas entre pacientes con AR seropositiva y AR seronegativa. La unica caracteristica que mostro diferencias significativas fue la presencia de tenosinovitis detectada por ecografica con señal Doppler de poder positiva, 13.7% de los pacientes con AR seropositiva vs 41.6% de los pacientes con AR seronegativa (p= 0.0028).

Conclusiones: Conclusiones: la frecuencia de AR en nuestra cohorte de pacientes con poliartralgias, incluyendo artralgias de manos, fue del 17.1% y la única característica diferencial de los pacientes con AR seronegativa fue la mayor proporción de tenosinovitis detectada por ecografica con señal Doppler de poder positiva en comparación con los pacientes con AR seropositiva.

Tabla 1. Características de los pacientes con diagnóstico final de AR

	AR seropositivas, n: 87	AR seronegativas, n: 41	Valor de p
Edad en años, media (DS)	56.4 (13.7)	57 (15.5)	0.84
Sexo femenino, (%)	70.1	70.7	0.94
Tabaquismo, (%)	54.4	44	0.36
EVA global del paciente (0-100), media (DS)	54.9 (17.4)	58.7 (23.2)	0.54
Numero de articulaciones dolorosas (28), media (DS)	5 (3.3)	6.3 (2.9)	0.08
Numero de articulaciones tumefactas (28), media (DS)	1.9 (2.0)	2.2 (2.1)	0.65
CDAI, media (DS)	17.1 (8.3)	19.7 (8.8)	0.16
DAS28-ERS, media (DS)	4.1 (1.1)	4.5 (1.1)	0.16
HAQ_0 media (DS)	0.8 (0.4)	0.9 (0.4)	0.23
ERS, media (DS)	30.8 (25)	26.3 (23.6)	0.41
PCR, media (DS)	9.0 (21)	8.9 (15.9)	0.81
Erosiones por radiografía, (%)	22.7	20	0.77
Tenosinovitis ecografica con señal Doppler de poder positiva, (%)	13.7	41.6	0.0028
Sinovitis ecografica con señal Doppler de poder positiva, (%)	34.9	32	0.78

Tabla 2. Comparación de las distintas características entre pacientes con AR seropositiva y AR seronegativa

	Artritis reumatoidea, n: 128
Edad en años, media (DS)	56.6 (14.2)
Sexo femenino, n (%)	90 (70.3)
Tabaquimo, n (%)	54 (42.1)
EVA global del paciente (0-100), media (DS)	55.7 (18.1)
Numero de articulaciones dolorosas (28), media (DS)	5.3 (3.2)
Numero de articulaciones tumefactas (28), media (DS)	1.9 (2.7)
CDAI, media (DS)	17.7 (8)
DAS28-ERS, media (DS)	4.2 (1.1)
HAQ, media (DS)	0.8 (0.4)
FR, n (%)	83 (64.8)
Anti-CCP, n (%)	51 (39.8)
ERS, media (DS)	29.8 (24.7)
PCR, media (DS)	9.7 (19.8)
Erosiones por radiografía, n (%)	23 (17.9)
Tenosinovitis ecografica con señal Doppler de poder positiva, n (%)	21 (16.4)
Sinovitis ecografica con señal Doppler de poder positiva, n (%)	37 (28.9)

195

0195 - COMPROMISO ESOFÁGICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

ANTONIOL, Noelia PÉREZ BERTANA, María Nazarena PERANDONES, Carlos E.

FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE LA INFANCIA (FLENI)

Variables Clínicas	COMPROMISO ESOFAGICO	SIN COMPROMISO ESOFAGICO	p
Nº Pacientes	67	28	-
Edad (SD)	60.05 (12.31)	67.45 (14.63)	-
Formas Clínicas	-	-	-
mTe (%)	1 (16.67)	5 (83.33)	0.0003
Li (%)	36 (90.00)	4 (10.00)	NS
Di (%)	22 (95.65)	1 (4.35%)	NS
EsE (%)	8 (72.73)	3 (27.27)	NS
Tabaco Si (%)	29 (78.38)	8 (21.62)	NS
Telangiectasias (%)	46 (90.20)	5 (9.80)	0.016
Puffy Hands (%)	19 (79.00)	5 (25.00)	NS
Úlceras Digital (%)	32 (94.12)	5 (5.88)	0.047
Artralgia/Artritis (%)	29 (93.55)	2 (6.45)	NS
Rales (%)	23 (85.19)	4 (14.81)	NS
EPI (%)	27 (88.10)	5 (11.90)	NS
Hipertensión pulmonar (%)	18 (90.00)	2 (10.00)	NS
Compromiso Intestinal (%)	25 (96.15)	1 (3.85)	NS
CRE (%)	3 (100.00)	0 (0.00)	NS
SS (%)	16 (80.00)	4 (20.00)	NS
FAN Nucleolar (%)	19 (76.92)	3 (23.08)	NS
Scl 70 (%)	11 (78.57)	3 (21.43)	NS
ACA (%)	26 (76.79)	7 (21.21) NS	NS

Introducción: La esclerodermia sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, que afecta múltiples órganos y sistemas. El aparato gastrointestinal está comprometido en más del 90% de estos pacientes (pts), siendo el esófago uno de los órganos más prevalentes. La afectación del esófago se presenta de manera temprana en esta enfermedad asociándose a alta morbilidad.

Objetivos: Evaluar el compromiso esofágico en una población de pts con esclerodermia sistémica de un único grupo médico.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pts con ES (criterios ACR/EULAR 2013) evaluados por reumatología durante el periodo 2015-2020. En la cohorte se incluyeron ptes con esclerodermia muy temprana (mTe) según criterios EUSTAR. Los ptes con ES fueron clasificados según la extensión del compromiso cutáneo en esclerodermia limitada (Li), difusa (Di) y sin esclerodermia (EsE). Se analizaron variables demográficas, compromiso cutáneo, de diferentes órganos y sistemas y estudios complementarios. Se incluyeron las siguientes variables como compromiso esofágico: disfagia baja, reflujo gastroesofágico (RGE), dismotilidad esofágica, hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI), dilatación esofágica, estenosis esofágica, hernia hiatal, esofagitis, esófago de Barret, utilización de sonda nasogástrica (SNG) o alimentación parenteral y tratamiento quirúrgico del esófago. Se compararon las diferentes variables entre los casos (pts con compromiso esofágico) y los controles (pts sin compromiso esofágico).

Resultados: Se evaluaron 87 ptes, 83 mujeres (95.40%), edad media (± DS) 61.94 años (± 13.20). Correspondían a formas mTe 9.20%, Li 50.57 %, Di 26.44% y EsE 13.79%. La media de edad al diagnóstico de la ES fue de 52.81 años (± 15.42). Sesenta y siete ptes (77.01%) presentaron compromiso esofágico, con la siguiente frecuencia de presentación: disfagia baja 26 ptes (29.89 %), RGE 55 ptes (63.22 %), dismotilidad esofágica 37 ptes (42.53 %), hipotonía del EEI 25 ptes (28.74 %), dilatación esofágica 43 ptes (49.43 %), estenosis esofágica 4 ptes (4.60 %), hernia hiatal 25 ptes (28.74 %), esofagitis 14 ptes (16.09 %), esófago de Barret 2 ptes (2.3 %), utilización de sonda nasogástrica (SNG) o/y alimentación parenteral 6 ptes (6.9 %) y tratamiento quirúrgico del esófago 3 (3.45 %). En la tabla se comparan las variables clínicas de los ptes con ES con y sin compromiso esofágico.

Conclusiones: El compromiso esofágico se presentó en el 77.01 % (67 ptes). El compromiso esofágico se asoció a telangiectasias y úlceras digitales. Los ptes con formas mTe presentaron menos compromiso esofágico.

196

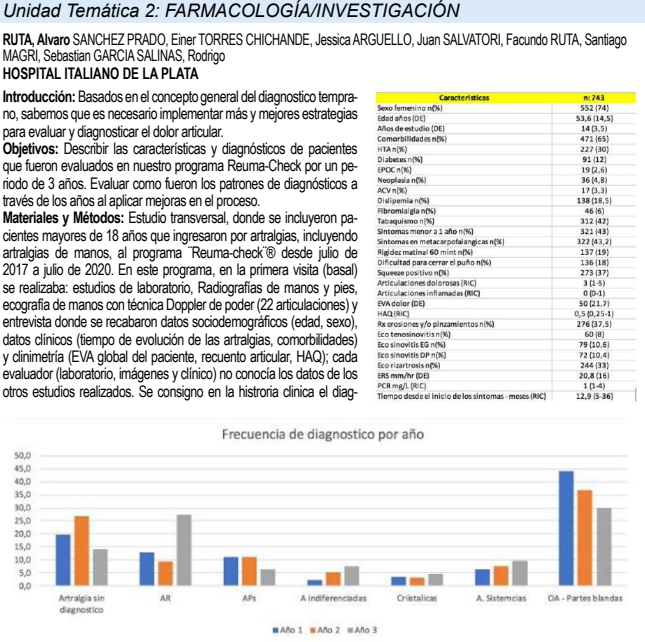
0196 - RESULTADOS A 3 AÑOS EN LA GESTIÓN DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO RÁPIDO DE PACIENTES CON DOLOR ARTICULAR

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN

RUTA, Alvaro SANCHEZ PRADO, Einer TORRES CHICHANDE, Jessica ARGUELLO, Juan SALVATORI, Facundo RUTA, Santiago MAGRI, Sebastian GARCIA SALINAS, Rodrigo
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Introducción: Basados en el concepto general del diagnostico temprano, sabemos que es necesario implementar más y mejores estrategias para evaluar y diagnosticar el dolor articular.
Objetivos: Describir las características y diagnósticos de pacientes que fueron evaluados en nuestro programa Reuma-Check por un periodo de 3 años. Evaluar como fueron los patrones de diagnósticos a través de los años al aplicar mejoras en el proceso.
Materiales y Métodos: Estudio transversal, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por artralgias, incluyendo artralgias de manos, al programa ¨Reuma-check®¨ desde julio de 2017 a julio de 2020. En este programa, en la primera visita (basal) se realizaba: estudios de laboratorio, Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones) y entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución de las artralgias, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consigno en la historia clinica el diagnostico final dividido en las siguientes categorias: artralgias sin diagnostico, AR, APs, artritis indiferenciada, artritis cristalicas, enferemedades autoinmunes sistemicas y artrosis/partes blandas. Se estimo la frecuencia de estos diagnosticos durante los tres años y en cada año por separado. Cada año se realizó una evluación de los diagnostico y se sestablecieron mejoras en el programa. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva

Características	n: 743
Sexo femenino n(%)	552 (74)
Edad años (DE)	53,6 (14,5)
Años de estudio (DE)	14 (3,5)
Comorbilidades n(%)	471 (65)
HTA n(%)	227 (30)
Diabetes n(%)	91 (12)
EPOC n(%)	19 (2,6)
Neoplasia n(%)	36 (4,8)
ACV n(%)	17 (3,3)
Dislipemia n(%)	138 (18,5)
Fibromialgia n(%)	46 (6)
Tabaquismo n(%)	312 (42)
Sintomas menor a 1 año n(%)	321 (43)
Sintomas en metacarpofalangicas n(%)	322 (43,2)
Rigidez matinal 60 mint n(%)	137 (19)
Dificultad para cerrar el puño n(%)	136 (18)
Squeeze positivo n(%)	273 (37)
Articulaciones dolorosas (RIC)	3 (1-5)
Articulaciones inflamadas (RIC)	0 (0-1)
EVA dolor (DE)	50 (21,7)
HAQ (RIC)	0,5 (0,25-1)
Rx erosiones y/o pinzamientos n(%)	276 (37,5)
Eco tenosinovitis n(%)	60 (8)
Eco sinovitis EG n(%)	79 (10,6)
Eco sinovitis DP n(%)	72 (10,4)
Eco rizartrosis n(%)	244 (33)
ERS mm/hr (DE)	20,8 (16)
PCR mg/L (RIC)	1 (1-4)
Tiempo desde el inicio de los sintomas - meses (RIC)	12,9 (5-36)



Resultados: Un total de 744 pacientes fueron evaluados durante los 3 años, las caracteristicas clinicas, de laboratorio e imágenes se observan en la tabla 1, cabe destacar que la mediana de demora al diagnostico fue de 12,9 meses. La cantidad de pacientes por año evaluados fueron: 172, 323 y 249 respectivamente. La frecuencia de diagnostico a 3 años fue: artralgias sin diagnostico 20%, AR 16%, APs 9,5%, artritis indiferenciada 5,4%, artritis cristalicas 3,8%, enferemedades autoinmunes sistemicas 8,1% y artrosis/partes blandas 36%. Año a año las mejoras realizadas fueron, entrenamiento al personal de admisión y educación a medicos derivadores. En el grafico 1 se observa la frecuencia de estos diagnosticos año a año, donde se puede destacar que en este periodo aumento la pesquiza de AR y de sistemicas, y disminuyó la proporción de artralgias sin diagnostico y de artrosis. El diagnostico de APs se mantiene constante.
Conclusiones: En un periodo de tres años 744 pacientes fueron evaluados en el programa reumacheck, dentro de las características cabe señalar que en forma general la demora al diagnostico es de un año. El programa mostró un incremento porcentual en los diagnósticos de AR y EAS y disminución en las artralgia sin diagnostico y otras patologias, demostrando que las mejores realizadas en la gestión del programa fueron exitosas.

197

0197 - SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ETC

MORALES, Natalia SMICHOWSKI, Andrea M. ROMEO, Cecilia Beatriz CASADO, Gustavo Christian
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: Describir un síndrome de superposición infrecuente en la práctica clínica destacando que su abordaje constituye un desafío para los integrantes del equipo de salud
Materiales y Métodos: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura
Resultados: Mujer de 68 años, antecedentes de hipotiroidismo. Consulta por poli artralgias severas de un año de evolución, acrocianosis y livedo reticularis de reciente comienzo, edema ocasional en manos. Como antecedente de enfermedad actual, consultó un año antes por mismo cuadro, donde se evidenció tumefacción de MCF e IFP. Examen físico: no artritis ni edemas, ligera acrocianosis de manos y pies, adenomegalias cervicales y submaxilares y en la auscultación respiratoria crepitantes tipo velcro en ambas bases. Como datos de jerarquía en laboratorio: VSG de 31 mm en 1ª hora, PCR 23 mg/l, hematocrito 34%, hemoglobina 11 gr%, factor reumatoideo (+) 56, FAN (+) 1/1280 Mo, C3 y C4 disminuidos, Anti Ro, y La negativos, SM y RNP (+) >200. TC de tórax con adenomegalias mediastinales múltiples y engrosamiento intersticial subpleural con reticulación en lóbulos inferiores y sutil patrón en vidrio esmerilado en lóbulo medio asociado a bronquiectasias. Test de función pulmonar con moderada disminución. Luego del inicio del tratamiento con esteroides, hidroxicloroquina y azatioprina evoluciona con lesiones cutáneas en palmas de manos, de tipo vasculíticas, rash violáceo palpebral bilateral y eritema en la V del escote. Laboratorio con valores de CPK normales y panel de miopatías inflamatorias positivo para Anti Ku. Se instauró tratamiento con pulsos IV de metilprednisolona 1 gr por 3 días y luego rituximab IV (habiendo sido descartadas causas infecciosas y oncológicas), con buena respuesta. La biopsia cutánea reveló en dermis papilar y reticular marcado infiltrado inflamatorio eosinofílico de disposición dispersa, perivascular y peri neural, acompañado de leve edema
Conclusiones: El diagnóstico acertado y la elección del tratamiento inmunosupresor en esta rara asociación representa un desafío para el equipo de salud, siendo de vital importancia el tratamiento precoz con el fin de evitar daño a largo plazo.

198

0198 - PATRONES ESTACIONALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TEMPRANA

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA

TORRES CHICHANDE, Jessica Carolina SANCHEZ PRADO, Einer ARGUELLO, Juan RUTA, Alvaro RUTA, Santiago SALVATORI, Facundo MAGRI, Sebastian GARCIA SALINAS, Rodrigo
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Características de la AR	Invierno (IA)	Otoño (OA)	Primavera (PR)	Verano (VE)	p
Sexo femenino N	52,5	61,5	81	95	
Edad (SD)	62,4 (14,4)	60,2 (12,5)	63,5 (12,6)	58 (12,7)	
Años de estudio (DE)	13 (7,7-16)	15 (10-16)	14,5 (11-16)	14 (12-16)	
Comorbilidades	71,9	71,8	74	67	0,05
HTA N	37,5	22,2	33,5	43,7	
Diabetes N	12,5	12,7	14,8	16,7	
EPOC N	5,0	5,0	2,6	12,5	0,02
Neoplasia N	5,0	9	2,6	12	0,02
Dislipemia N	31,4	27,2	34,7	37,5	
Hipotiroidismo N	25,0	16,7	34,1	16,7	
Fibromialgia N	5,0	8	5,3	8,7	
Tabaquismo N	51,2	41,1	43,2	50	
Sintomas menor a 1 año N	43,8	43,2	45,7	37,5	
Sintomas en MCF N	74,4	47,3	75,7	71,2	0,005
Rigidez matinal >60 min N	41,0	41,2	53	54	
Sensibilidad sin sintomas por semaforo %	78,8	78,5	79	77	0,01
Dificultad para cerrar el puño %	34,0	41,2	34,1	41,3	0,04
Squeeze positivo %	37,8	47,3	34,1	53,2	0,001
Score de artralgia (RIC)	4,2 (2,2-7)	5 (2,4-7)	3 (2-5)	3 (0-5)	0,008
Articulaciones dolorosas	3,5 (1-7)	3 (1-6)	2,5 (1-5)	2 (0-5)	0,04
IMC mean (SD) N	29,0 (4,4-32)	28 (24-34,5)	28 (23-34,5)	27 (23,5-34)	
ACPA positivo %	43,5	44,4	44	47,2	
ACPA UI/ml	41 (4,5-146)	60 (0-126)	18 (1,2-187)	90,5 (27,5-358)	
ERS mm/hr (RIC)	11 (7-43)	24 (16,5-31,7)	23 (13,5-42,2)	35 (18,5-81,5)	
PCR mg/L (RIC)	0,9 (1)	9 (2-32)	4 (1,5-8,7)	4,8 (1,75-13,5)	0,002
Articulaciones deformes (RIC)	5,5 (0-9)	8 (2,7-9,2)	5 (2-9)	3,5 (2-9)	
Articulaciones inflamadas (RIC)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	
Rx erosiones	35 (7,5-60)	50 (25,2-62,5)	40 (20-75)	52 (30-60)	0,02
DAS28 PCR %	5,7 (0,9)	5,4 (0,9)	5,7 (1)	5,4 (1,1)	
DAS28 ERS %	5,3 (1,2)	5,1 (0,9)	5,2 (1,2)	4 (1,3)	
CDAI (RIC)	20 (13-32)	19 (11,5-30,8)	17 (12-29)	19 (12-32)	
HAQ (RIC)	1 (0,5-1,2)	1,5 (0,9-1,5)	1 (0,5-1,2)	1 (0,5-1,2)	
Rx erosiones N	44,0	33,3	14,7	26,8	
Rx pinzamiento N	39,5	33,3	29	31,7	0,003
Eco sinovitis N	58,5	58	58,5	51,2	
Eco sinovitis DP N	58,5	44,4	58,5	51,2	
Eco depósito de pirofosfato N	34,0	47,2	29	36	0,004
Tiempo desde el inicio de los sintomas - meses (RIC)	13 (4,2-30,5)	12 (3,5-44)	12 (6-29)	15 (3-45)	

Introducción: Se ha comprobado que los pacientes con AR empeoran su estado en las estaciones extremas (verano-invierno), los datos de estos son generalmente de países del hemisferio norte.
Objetivos: Estimar si existen diferencias clínicas, de laboratorio, clinimétricas e imagenológicas en el comienzo de la AR según la estación de el año.
Materiales y Métodos: Estudio transversal, donde se incluyeron pacientes que fueron diagnosticados de AR desde julio de 2017 a julio de 2020. En la primera visita, se realizó: estudios de laboratorio, Radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder (22 articulaciones), ERS, PCR, FR y ACPA. Entrevista donde se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo), datos clínicos (tiempo de evolución, comorbilidades) y clinimetría (EVA global del paciente, recuento articular, HAQ); cada evaluador (laboratorio, imágenes y clínico) no conocía los datos de los otros estudios realizados. Se consigno en la historia clinica el diagnostico final, fecha y hora de la evaluación completa. Se distribuyeron a los pacientes en periodo frio (Marzo-Agosto) y calido (Septiembre-Febrero) y tambien por cada estación. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de Chi2, prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney (según distribución) y test de ANOVA o KW. Se realizaron analisis multivariado de regresión logística, ingresando al modelo las variables que se asociaaron a los periodos estudiados y a cada estación del año.
Resultados: En el periodo de 3 años, 118 pacientes fueron diagnosticados con AR 64% en el periodo cálido y 36% en el frio (0,02). Las características diferenciales más relevante entre el periodo cálido y frio fueron: comorbilidades (79%-64% p 0,08), dificultad para cerrar el puño (32% vs 50%, p 0,06), FR positivo (84% vs 70% p 0,05), Rx erosiones (16% vs 33% p 0,03), Rx pinzamiento 20% vs 44% p 0,008), en el análisis multivariado solo el FR positivo se asoció en forma independiente y negativa al inicio en el periodo frio (p 0,024 OR 0,29 IC95% 0,1-0,8). En la Tabla 1 se pueden observar todas las características de AR de los pacientes divididos en cada estación del año, en las casillas resaltada en gris están aquellas variables que presentaron diferencia estadísticamente significativa con respecto a las demás estaciones. En el análisis multivariado de cada estación encontramos asociación independiente: 1) Invierno: test squeeze positivo p 0,02 OR 7,9 (IC95%1,3-47). 2) Otoño: Comorbilidades p 0,02 OR 0,2 (IC 95% 0,05-0,8), EVA de dolor p 0,007 OR 0,9 (IC95% 0,93-0,99), Rx pinzamiento p 0,017 OR 5 (IC 95% 1,3-19). 3) Primavera: severidad de síntomas por la mañana p 0,04 OR 4,9 (IC 95% 1,04-23,7), dificultad para cerrar el puño p 0,03 OR 0,3 (IC 95% 014-0,89). 4) Verano: EPOC p 0,03 OR 7 (IC 95% 1,2-40), Neoplasia p 0,04 OR 10,5 (IC 95% 1,04-106). En el análisis de las variables numéricas con ANOVA o KW la única variable que mostro diferencia significativa fue el score de artralgia mayor a 5 en el invierno (p 0,04)
Conclusiones: Existen diferencias en las características de la AR del inicio de la AR según la estación del año, el 64% se diagnosticaron en los meses cálidos y con mayor proporción de seropositivos. Cada estación del año mostró características distintivas en los grupos de pacientes con AR, invierno: squeeze positivo, otoño: EVA de dolor y alteraciones radiológicas, primavera: síntomas severos por la mañana y en verano más comorbilidades.

199

0199 - HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO: ACTUALIZACIÓN DEL PRIMER REGISTRO COLABORATIVO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (RECOPILAR)

Modalidad: Oral con diapositivas Reumatología Adultos
Unidad Temática: FARMACOLOGÍA/INVESTIGACIÓN
Unidad Temática 2: ETC

GANDINO, Ignacio (1) ATAMAÑUK, Andrés Nicolás(1) LITEWKA, Diego(1) LESCANO, Adrián(2) NITSCHE, Alejandro(3) CALEGARI, Eliana(1) VARELA, Brenda(3) SAURIT, Viviana(4) BABINI, Alejandra(5) GUERRERO, Andrea(6) GIACOMI, Guillermo(7) CORDOVA, Maribel(8) ALVARENGA, Pablo(9) RIOS, Veronica(9) CAZALAS, Mariana(10)
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A FERNÁNDEZ (1); SANATORIO FINOCHIETTO (2); HOSPITAL ALEMAN (3); INSTITUTO MODELO DE CORDOBA (4); HOSPITAL ITALIANO CÓRDOBA (5); SAN LUIS (6); HOSPITAL REGIONAL DE MAR DEL PLATA (7); CLINICA COLON (8); HOSPITAL MADARIAGA (9); HOSPITAL GUTIERREZ (10); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO (11); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE CORRIENTES (12); HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA (13); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE CORRIENTES (14)

	Hipertensión pulmonar y enfermedades neuroatrópicas (n=95)	Hipertensión pulmonar idiopática (n=160)	p valor
Sexo femenino, n %	85 (89,5)	134 (83,8)	0,2
Edad al diagnóstico en años (media, DE)	66 (10)	44 (19)	<0.001
Disnea, n %	78 (82,1)	139 (86,9)	0,7
Fatiga, n%	50 (61)	89 (56)	0,008
Sincope, n %	2 (2,1)	40 (25)	<0.001
Dolor torácico, n %	11 (11,6)	26 (16,3)	0,3
Edemas en miembros inferiores, n %	41 (12,6)	44 (27,5)	0,05
Raynaud, n %	55 (56,8)	5 (3,9)	<0.001
Insuficiencia cardiaca, n %	14 (14,7)	39 (38,8)	0,41
Palpitaciones, n%	26 (38,9)	29 (18,1)	0,022
Tos, n %	15 (15,8)	11 (6,9)	0,023
Acrocianosis, n %	12(12,6)	3 (1,9)	0,01
Ralos velos, n %	12(12,6)	4 (2,5)	0,01
Cianosis, n %	20 (24,7)	58 (49,6)	0,016
Rx VC (media, DE)	84 (9)	82 (18)	0,35
Función VD normal, n %	27 (48,2)	43 (38,1)	0,23
CMNP (media, DE)	17 (4,9)	17 (4,7)	0,4
PSAP (media, DE)	70 (21,4)	79 (20,6)	0,005
PaO2AP (media, DE)	1005 (1097)	1050 (1089)	0,06
PaCO2 (media, DE)	45,3 (17,4)	55,3 (36,8)	<0.001
Clase funcional III-IV ultima consulta, n %	29 (29,4)	21 (26,2)	0,38
Test de marcha de 6 minutos, en metros (media, DE)	344 (116)	368 (116)	0,38
Lista de espera trasplante, n %	0	7 (4,4)	0,04

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es un estado hemodinámico consecuencia de una o más enfermedades vasculares pulmonares. El grupo 1 comprende pacientes con HP precapilar, debiéndose a formas idiopáticas (IPAH) y patologías reumáticas entre otras. La HP puede llevar al trasplante y muerte, siendo las colagenopatías de peor pronóstico. La prevalencia de IPAH es de 5.9 casos por millón de habitantes. Para entender con más profundidad su situación en nuestro país se desarrolló el Registro Colaborativo Argentino De Hipertensión Pulmonar (RECOPILAR), conformado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AMMR), la Federación Argentina de Cardiología (FAC) y la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).
Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de HP asociadas a enfermedades reumáticas (HAP-ETC) y compararlas con las IPAH.
Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HP en forma prospectiva por 22 provincias de la República Argentina desde julio del 2014 hasta octubre 2018. Los criterios de inclusión fueron: presión arterial media de la pulmonar (mPAP) en reposo = 25 mmHg por cateterismo del ventrículo derecho, y pacientes clínicamente estables con ausencia de hospitalizaciones en el último mes. Se compararon las características clínicas entre los pacientes con causa idiopática y las asociadas a enfermedades del tejido conectivo.
Resultados: Se incluyeron 255 pacientes con HP, de los cuales 160 (63%) tenían IPAH y 95 (37%) tenían HAP-ETC, de estos últimos 49 (52,1%) fueron esclerodermias. En la tabla 1 se muestran las diferencias entre ambas poblaciones. Las IPAH presentaron más frecuencia de sincope, cardiomegalia, y peores valores de presiones pulmonares. Los pacientes con HAP-ETC tuvieron mayor edad, Raynaud, palpitaciones, tos, y signos respiratorios. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los metros caminados en el test de la marcha, valores de BNP y la clase funcional, parámetros que habitualmente se usan para estimar pronóstico. Siete pacientes con IPAH se encontraban en lista de trasplante con respecto a cero de las. HAP-ETC (p0.04).
Conclusiones: RECOPILAR constituye la primera evidencia de todo el territorio nacional en HP, y si bien en las distintas series las IPAH parecen tener mejor pronóstico que las secundarias a enfermedades reumáticas, este trabajo no encontró diferencias apreciables en cuanto a esto. Con el transcurso del tiempo, la incorporación de más centros y el mayor reclutamiento de pacientes, permitirán comprender que sucede realmente con esta enfermedad en la República Argentina

200

0200 - NEOPLASIAS Y SU ASOCIACIÓN CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: ESCLEROSIS SISTÉMICA

ANTONIOL, Noelia PERANDONES, Carlos E.
FUNDACIÓN FAVALORO

Variables Clínicas	CÁNCER SI	CÁNCER NO	p
N° Pacientes	11	65	-
Edad (SD)	66.55 (11.54)	61.07 (13.22)	
Sexo F (%)	10 (13.89)	62 (86.11)	NS
anTo (%)	2 (25.00)	6 (75.00)	NS
Li (%)	6 (16.67)	30 (83.33)	NS
Di (%)	2 (9.52)	19 (90.48)	NS
EsE (%)	1 (9.00)	10 (90.91)	NS
Tabaco Si (%)	4 (11.43)	31 (88.57)	NS
Telangiectasias (%)	7 (14.89)	40 (85.11)	NS
Puffy Hands (%)	1 (5.56)	17 (94.44)	NS
Úlcera Digital (%)	5 (15.63)	27 (84.38)	NS
Artralgia/Artritis (%)	5 (16.13)	26 (84.85)	NS
Railes (%)	3 (11.11)	24 (88.89)	NS
EPI (%)	2 (17.07)	24 (82.93)	NS
Hipertensión pulmonar (%)	4 (18.75)	17 (80.95)	NS
Compromiso intestinal (%)	1 (4.00)	24 (96.00)	NS
CRE (%)	0 (0.00)	3 (100.00)	NS
SG (%)	1 (5.26)	18 (94.74)	NS
RNN Nucleolar (%)	3 (23.08)	10 (76.92)	NS
Sgl 70 (%)	2 (21.43)	11 (78.57)	NS
ACA (%)	3 (8.38)	29 (90.63)	NS
EPI=Enfermedad pulmonar intersticial.	CRE=Crisis renal esclerodérmica.	SG= Síndrome Sjögre.	ACA=Anticentrómero.

Introducción: La esclerodermia sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, que afecta múltiples órganos y sistemas. Los pacientes (ptes) tienen mayor riesgo de desarrollar neoplasias, con una prevalencia que varía entre el 4% al 22%. Las neoplasias son una de las principales causas de muerte no relacionadas a esclerodermia en esta población.
Objetivos: Evaluar la frecuencia del cáncer y sus asociaciones clínicas en una población de pts con ES de un único grupo médico.
Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pts con ES (criterios ACR/EULAR 2013) evaluados por reumatología durante el periodo 2015-2020. En la cohorte se incluyeron ptes con esclerodermia muy temprana (mTe) según criterios EUSTAR. Los ptes con ES fueron clasificados según la extensión del compromiso cutáneo en esclerodermia limitada (Li), difusa (Di) y sin esclerodermia (EsE). Se analizaron variables demográficas, compromiso cutáneo, de diferentes órganos y sistemas y estudios complementarios.
Resultados: Se evaluaron 87 ptes, 83 mujeres (95.40%), edad media (± DS) 61.94 años (± 13.20). Correspondían a formas mTe 9.20%, Li 50.57%, Di 26.44% y EsE 13.79%. La media (± DS) de edad al diagnóstico de la ES fue de 52.81 años (± 15.42). El antecedente de cáncer estaba disponible en 76 ptes, de ellos 11 (14.47%) habían presentado una neoplasia. La edad media (± DS) al del diagnóstico del tumor fue 49.10 años (± 14.43). El tiempo medio desde el diagnóstico de cáncer y el inicio de síntomas de esclerodermia fue 5.60 (± 10.52). Se identificaron 12 neoplasias en 11 pacientes. Las localizaciones fueron: mama (4 ptes), útero (2 ptes), colon (2 ptes), piel no melanoma (1 ptes) y melanoma (1 ptes), testículo (1 ptes), tiroides (1 ptes). En la tabla se comparan las variables clínicas de los ptes con ES y su asociación con cáncer.
Conclusiones: La frecuencia de presentación de neoplasias fue de 14.47%. Ninguna de las variables se asoció estadísticamente con neoplasias.

201

0201 - PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA (PH) SECUNDARIA A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: Ig G4

NOVATTI, Elisa (1) COLAZO, Marcela(1) CUCCHIARO, Natalia Lili(2) RIVA, Verónica(1) CALAFAT, Patricia(1) SAURIT, Verónica(1) ALVAREZ, Ana Cecilia(1) RISCANEVO, Nadia(1) VASSAROTTO, Natalia(1) FIORENTINO, Soledad(1) BAENAS, Diego Federico(1) ALVARELLOS, Alejandro(1) CAEIRO, Francisco(1)
HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA (1); HOSPITAL DEL MILAGRO (2)

Objetivos: La PH es una enfermedad inflamatoria caracterizada por engrosamiento dural difuso que puede estar asociada o no a masas durales, congestión venosa e incluso trombosis de los senos venosos. Las posibles etiologías son diversas, infecciosa (micobacterias, neurosífilis, enfermedad de Lyme, cisticercosis, entre otras), inflamatorias (neurosarcoidosis, granulomatosis con poliangeítis, artritis reumatoidea, poliangeítis microscópica, enfermedad de Churg-Strauss, síndrome de Sjögren), neoplasias primarias (meningiomas, gliomas, linfomas) o secundarias (carcinomatosis dural), puede tener una presentación secundaria a la administración de fármacos intratecales o ser una manifestación de enfermedad relacionadas a IgG4.
Materiales y Métodos: Describimos el caso de un paciente de 56 años, con antecedente de DBT tipo II diagnosticada 5 años previos a la consulta y ceguera unilateral (ojo izquierdo), de etiología traumática. Se presenta con cuadro clínico de aproximadamente 1 año de evolución caracterizado por síntomas consuntivos; pérdida de peso, anorexia y astenia mas deterioro neurológico progresivo en los últimos dos meses, donde desarrolló disfonía y trastornos deglutorios, posteriormente agregó neuritis óptica de ojo derecho más mononeuropatía. De momento se encontraba en seguimiento en otra institución donde se realizaron múltiples estudios complementarios: Fibrolaringoscopia: parálisis de cuerda vocal derecha, TAC de cuello donde se observa asimetría de la luz laríngea sin otras alteraciones, TAC de cerebro: normal, RMN de cerebro que evidencia gliosis sin otras alteraciones agudas, TACAR de tórax: sector posterolateral del campo medio de pulmón derecho infiltrado periférico de aspecto alveolar con márgenes delimitados, videodeglución: donde en unión faringo-esofágica se objetiva compresión extrínseca a izquierda que desplaza la columna de bario hacia la derecha. Electromiografía con escasos signos de denervación en músculo pedio derecho y prolongación heterogénea de las latencias distales con disminución de las velocidades de conducción predominando en nervios tibiales posteriores derecho e izquierdo y ciático poplíteo externo derecho. El paciente había recibido tratamiento con corticoide tópico y sistémicos vía oral sin mejoría. Se decide realizar nueva RMN cerebral: marcado engrosamiento y refuerzo difuso en la serie post-gadolinio de las paquimeninges, sobre la convexidad de ambos hemisferios cerebrales, discretamente más evidente en la región fronto-temporal a la derecha, ante la sospecha clínica e imagenológica de PH se progresa a realizar biopsia a cielo abierto, craniectomía frontal y exéresis de lesión de duramadre, cuyos hallazgos arrojan: infiltrado linfoplasmocitario CD138+, fibrosis estoriforme, IgG4 en más de 10 células plasmáticas por campo de gran aumento y cociente IgG/IgG4 mayor al 40%. Como dato adicional se realizan cultivos y estudios de histocompatibilidad, siendo negativos para gérmenes comunes, BAAR y micosis profundas. Se solicitó además estudios inmunológicos para descartar enfermedades autoinmunes (ANA, anti-ADN, ENA, C3, C4, FR y proteinograma electroforético) así como TAC corporal total para neoplasias, todos los cuales resultaron normales, además de estudios serológicos para HIV y VDRL: negativos Dosaje de IgG total y subclase IgG4: se encontraron en valores normales. Ante el diagnostico de PH por enfermedad relacionada con IgG4. Se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona 500 mg por 3 dosis mas única infusión de ciclofosfamida de 750 mg. Continuando tratamiento con Rituximab 1 g cada 15 días por dos dosis, seguidos de 1 g cada 6 meses. Evoluciona de manera favorable.
Conclusiones: La PH es una forma de presentación de la enfermedad relacionada con la Ig G4 y debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales en los pacientes que se presentan con síntomas compatibles y compromiso característico en la RMN. La biopsia meníngea permite establecer el diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado.
: La PH es una forma de presentación de la enfermedad relacionada con la IgG4, incluso sin enfermedad sistémica y debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales en los pacientes que se presentan con síntomas compatibles y compromiso característico en la RMN. La biopsia meníngea permite establecer el diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado.

203

0203 - MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE LA ARTRITIS: DETECCIÓN DE DEBILIDADES EN SU ABORDAJE

Modalidad: Póster Reumatología Adultos
Unidad Temática: SERIE DE CASOS

CASTORINO GRANDÍA, Gerardo Antonio GUZZANTI, Fernanda VALERIO, Maria Del Carmen GARCIA CICCARELLI, Agustin SANCHEZ ALCOVER, Jimena NASI, Silvina CIVIT, Emma de Garignani
HOSPITAL EL CARMEN DE MENDOZA

Etiología	Pacientes con artritis desde el ingreso ingreso hospitalario (n)	Pacientes con artritis instaurada durante la internación (n)	Diferencia estadística
Cristálica	7	22	p=0,0001
Autoinmune	16	6	p=0,0029
Séptica	9	8	p=0,7355

Introducción: El diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis en el paciente internado es imprescindible para disminuir la morbimortalidad consecuente. Las etiologías más frecuentes son la cristálica y la infecciosa, algunas veces indistinguibles entre sí, y en ocasiones coexistentes. La artritis séptica constituye una emergencia infectológica con complicaciones potenciales, locales y sistémicas, dependiendo de la premura del abordaje inicial. La artritis cristálica tiene desencadenantes ya conocidos, lo que permite prevenir la ocurrencia de crisis, así como su identificación y tratamiento tempranos.
Objetivos: Identificar las etiologías más frecuentes de artritis en el paciente internado, sus factores de riesgo y desencadenantes. Establecer un diagnóstico situacional del abordaje de estas patologías en la internación.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo 68 pacientes internados en un hospital de tercer nivel, de junio 2017 a febrero de 2020. Los mismos se identificaron a partir de interconsultas realizadas a Reumatología. Se recabó información de la historia clínica digital. Se consignó: antecedentes de patología reumática, comorbilidades, medicación habitual, momento de aparición de la artritis (desde o posterior al ingreso hospitalario), tratamiento y evolución. Análisis estadístico: Epi info 7.2, medidas de tendencia central y dispersión, Chi2, significación estadística error alfa menor a 5%.
Resultados: 68 pacientes presentaron artritis aguda durante la internación, 36 mujeres (53%), con una edad media de 64 años (±15,6). Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial (59%), diabetes mellitus (25%) y obesidad (19%). 35 pacientes (51%) padecían enfermedades reumáticas previas: artritis reumatoidea=19, gota=15, Sjögren=1 y artritis psoriásica=1. La artritis estuvo presente desde el ingreso hospitalario en 32 pacientes (47%), apareciendo como intercurrencia durante la internación en los 36 restantes (53%). La forma de presentación más frecuente fue como oligopoliartritis aguda (n=41: 60%), afectando rodilla (62%), mano y carpo (29% cada una). 30 pacientes (44%) fueron sometidos a artrocentesis. El diagnóstico etiológico fue: artritis cristálica en 29 pacientes (43%), autoinmune en 23 (33%) y séptica en los 17 restantes (24%). La artritis cristálica apareció más frecuentemente durante la internación (n=22; 76%), mientras que la etiología autoinmune predominó desde el ingreso hospitalario (n=16; 72%) (tabla 1). Se detectó interrupción de hipouricemiantes orales al ingreso hospitalario en 4 pacientes, los que desarrollaron artritis, y esto representó el 18% de las artritis cristálicas instauradas durante la internación. Se constató mala adherencia al tratamiento de base en 6 pacientes con artritis cristálica y en 6 pacientes con AR.
Conclusiones: Entre las artritis en los pacientes internados, la etiología cristálica fue la más frecuente, predominando su desarrollo durante la internación. Se detectó mal manejo de las mismas en algunos pacientes, como la suspensión y/o el uso intermitente de hipouricemiantes. La etiología autoinmune se presentó segunda en frecuencia entre los pacientes internados, estando presente al ingreso hospitalario en la mayoría de los pacientes de este grupo. Se detectó mala adherencia al tratamiento de base. En cuanto a la artritis séptica, no hubo diferencia significativa en cuanto a la aparición previa o posterior al ingreso hospitalario. La frecuencia de las etiologías no coincide con la descripta en la bibliografía existente, en donde las formas predominantes son la cristálica, seguida de la séptica. Surge de nuestra observación la necesidad de educar tanto al paciente como a los colegas acerca del adecuado manejo intrahospitalario de la patología articular aguda para evitar el daño articular, la prolongación de la estadía hospitalaria y la implicancia en la morbimortalidad de ambas.

204

0204 - MUJER CON ARTRITIS REUMATOIDE Y VASCULITIS ANCA POSITIVO PINEDA G1., MELO M1., COLMAN N1., RIVEROS R1. 1HOSPITAL DE CLÍNICAS- SAN LORENZO. PARAGUAY

Modalidad: Poster Casos Clinicos Adultos
Unidad Temática: ARTRITIS REUMATOIDEA
Unidad Temática 2: VASCULITIS/ POLIMIALGIA REUMATICA

PINEDA, Gladys Alexis
HOSPITAL DE CLINICAS

Objetivos: INTRODUCCIÓN: La vasculitis es una complicación infrecuente de la artritis reumatoide que se asocia a un claro aumento de la morbimortalidad, aunque son muy raras las manifestaciones sistémicas como la afectación neurológica. OBJETIVO: Presentar un caso clínico de una mujer joven con compromiso neurológico, articular y cutáneo en el contexto de una Artritis Reumatoide y Vasculitis ANCA P positivo.
Materiales y Métodos: Mujer de 32 años de edad, tabaquista. En el año 2012 consulta por cuadro de 12 meses de poliartritis simétrica. 2 meses antes se agrega parestesias y disestesias en planta de ambos pies, de inicio insidioso, que asciende hasta rodilla, a predominio del miembro inferior izquierdo, luego en miembros superiores. 10 días antes debilidad progresiva de mano y pie izquierdo, y 3 primeros dedos de la mano derecha; llegando a presentar mano y pie caído del lado izquierdo. Al examen físico se encuentra lúcida, con lenguaje conservado, no desviación facial. Fondo de ojo normal, fuerza muscular en antebrazo y brazo izquierdo 4/5, mano caída izquierda con fuerza abolida distal, fuerza abolida en los 3 primeros dedos de la mano derecha. Fuerza muscular en miembro inferior izquierdo 4/5, pie caído izquierdo, con fuerza distal abolida. Reflejos osteotendinosos en miembros superiores 2/5, abolidos en miembro inferior izquierdo. Hipoestesia en miembro superior izquierdo, y 3 primeros dedos de la mano derecha. Sistema osteoartromuscular con sinovitis en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos. Limitación articular de la muñeca derecha. Laboratorio con hemograma, perfil renal, y hepático normal, eritrosedimentación: 92 mm, PCR: 24, VIH por ELISA negativo, serología de hepatitis B y C negativa. Proteinuria de 24 horas: 167 mg. Anticuerpos antinucleares positivo 1:80, patrón homogéneo, Anti-DNA negativo, complementos en rango. Factor reumatoide, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado y anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (P-ANCA) positivos. Electromiografía compatible con Mononeuritis Múltiple. Se trató con 1 g de metilprednisolona cada 24 horas durante 3 días con mejoría en cuanto a la fuerza de predominio en extremidades superiores y alivio del dolor de tipo neuropático, persistiendo con pie caído lado izquierdo. Se administró 1 g de ciclofosfamida intravenoso y fue egresada con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Reaparece con cuadro de poliartritis. Mejoría del cuadro neurológico. Examen físico: sinovitis metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, codo derecho con limitación para la extensión. Se inicia metotrexato. Dosis 20 mg/semana, con mejoría de la artritis. No volvió a controles. En el año 2015 se interna por cuadro de cefalea intensa de predominio frontal acompañado de vómitos no precedidos de náuseas y disminución de la agudeza visual. Es dada de alta con diagnóstico de Hipertensión endocraneana idiopática. Recibe 5 bolos de metilprednisolona, luego ciclofosfamida 6 bolos y punción lumbar evacuadora pos alta en varias oportunidades, por persistencia de síntomas de hipertensión endocraneana. Se continuó tratamiento con micofenolato para mantenimiento. En el año 2017 se interna por recidiva de Hipertensión Endocraneana. Se realizó tomografía de cráneo simple, punción lumbar, Resonancia magnética nuclear, Angioresonancia cerebral sin obtener datos de valor. En el año 2020 consulta por cuadro de 1 mes de evolución de lesiones en piel tipo purpuras palpables que inicia en ambos miembros inferiores, luego en el rostro, y manos. Se realiza laboratorios de rutina que fueron normales, orina de 24 horas normal. Perfil para síndrome antifosfolipidico normal, Anti-RO negativo, ANCA P positivo. Radiografía de manos y pies con importante osteopenia yuxtaarticular, no erosiones. Tomografía de tórax de cortes finos con leve imagen en vidrio deslustrado. Biopsia de piel: Vasculitis aguda neutrofílica leucocitoclástica de vasos pequeños (preferentemente) y medianos, de la dermis superficial y profunda. Se inicia tratamiento con corticoides vía oral 1mg/kg/peso y azatioprina 2 mg/kg/peso.
Resultados: RESULTADOS: Se trata de una paciente con un cuadro clínico muy florido con buena respuesta al tratamiento. No presentó compromiso renal ni pulmonar.
Conclusiones: CONCLUSIÓN: Dentro de las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide, apenas existe asociación entre ésta y la poliangeítis microscópica. Esta se caracteriza por la presencia de vasculitis sistémica no granulomatosa y en la mayoría de los casos positividad para los ANCA (60% p-ANCA).

TOLVAR
TOFACITINIB

PROCAVI
Programa Calidad de Vida

Laboratorios Bagó pone a su alcance el
Programa de Calidad de Vida (PROCAVI)

SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES DE PERSONAS
CON ARTRITIS REUMATOIDEA

A través de nuestro programa, su paciente recibirá:

- Kit de inicio
- Orientación para el acceso al tratamiento, asesoría en trámites y documentación
- Acompañamiento telefónico, para mejorar la adherencia al tratamiento
- Educación continua, para mejorar la adherencia y su calidad de vida.
- Linea directa para médicos.

08002220526

procavi@bago.com.ar

Bagó

Días y horarios de atención:
Lunes a viernes de 9 a 18 hs