Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)
Lugar de edición: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

SAR
Sociedad Argentina de Reumatología

Comunicaciones orales y posters

Centro de Convenciones
Brigadier General Juan Bautista Bustos,
Córdoba, Argentina

ELIMINA EL DOLOR

Naprux®

Naproxeno

Sin T.A.C.C.

Seguridad cardiovascular[1]

Potencia antiinflamatoria

Mayor duración de acción

✔ MÁS EFICAZ QUE OTROS AINEs PARA DISMINUIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR[2]

Naprux 250	Naprux 500	Naprux RAPID	Naprux 750 AP	Naprux DISTEN
DOLOR LEVE	DOLOR CRÓNICO	DOLOR AGUDO	ACCIÓN PROLONGADA	DOLOR MUSCULAR

1. Am J Cardiovasc Drugs (2017) 17:97-107. BMJ 2018;362:k3426 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k3426. 2. Weisman SM, Brunton S. Efficacy and safety of naproxen for acute pain. J Fam Pract 69(7 Suppl):S33-S38, 2020.

Sea parte de nuestra comunidad de Profesionales en
andromaco.com/profesionales
0800 333 0033 - contacto@andromaco.com.ar

Andrómaco
95 Aniversario

Comité Científico del 55° Congreso Argentino de Reumatología

Presidentes

Dra. Verónica Bellomio

Dr. Javier Rosa

Integrantes

Dr. Raúl Sueldo

Dra. Laura Galván

Dra. Paula Alba

Dr. Emilio Buschiazzo

Dra. Cecilia Asnal

Dr. Edson Velozo

Dra. María J. Haye Salinas

Dr. Hernán Maldonado Ficco

Dr. Javier Farfán

Dr. Guillermo Pons-Estel

Dr. Rodrigo García Salinas

Dra. Marina Scolnik

Dr. Darío Scublinsky

Dra. Ethel Saturansky

Dr. Martín Riopedre

Dra. Victoria Martire

Comité de Asesores Científicos

Dr. Gustavo Citera

Dr. Bernardo Pons Estel

Dr. Enrique Soriano

Dra. Alejandra Babini

Dr. César Graf

Dr. Alfredo Arturi

Dr. Horacio Venarotti

Dr. Eduardo Mysler

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Reumatología

Presidenta:
Dra. María Celina de la Vega

Vicepresidente:
Dr. Guillermo Berbotto

Secretario:
Dr. Gustavo Casado

Prosecretaria:
Dra. Verónica Saurit

Tesorero:
Dr. Gustavo Rodríguez Gil

Protesorero:
Dr. Javier Rosa

Vocales:
Dra. Cecilia Asnal
Dr. Maximiliano Machado Escobar
Dra. Vanesa Cosentino
Dr. Javier Farfán

Vocales suplentes:
Dr. David Navarta
Dra. María J. Haye Salinas
Dr. Fernando Eraña

Comisión Revisora de Cuentas Titulares:
Dra. Anastasia Secco
Dra. Silvia Papasidero

Representantes de Filiales:
Asociación de Reumatología de la Ciudad de Buenos Aires:
Dra. Silvia Papasidero
Sociedad de Reumatología de Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja:
Dra. María J. Haye Salinas
Sociedad de Reumatología de Cuyo:
Dr. David Navarta
Sociedad de Reumatología de Tucumán:
Dr. Maximiliano Machado Escobar
Sociedad de Reumatología del Sur:
Dr. Fernando Eraña
Asociación de Reumatología de Santa Fe:
Dr. Juan Soldano
Asociación de Reumatología de Córdoba:
Dra. Ana Bertoli
Asociación de Reumatología del Noreste:
Dr. Edson Veloso
Sociedad Salto Jujeña de Reumatología:
Dra. María Elena Crespo
Asociación de Reumatología de la Provincia de Buenos Aires
Dra. Adriana Testi

Direcciones de Unidades SAR:
Director de Unidad de Investigación:
Dr. Guillermo Pons-Estel
Coords. de Unidad de Educación:
Dra. Carla Gobbi
Dr. Gustavo Casado
Director de Unidad Editorial:
Dr. Darío Scublinsky
Director de Unidad de Gestión:
Lic. Leandro Cino

Sociedad Argentina de Reumatología
Av. Callao 384, piso 2, dpto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: 4371-1759/1643; e-mail: sociedad@reumatologia.org.ar; sitio web: www.reumatologia.org.ar

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Comité Editorial de la Revista Argentina de Reumatología

Equipo editorial SAR

Editor Jefe:

Darío Scublinsky: MD, PhD, MSc, Profesor, Universidad de Buenos Aires, Hospital Fernández y Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Editores de Sección:

Marina García Carrasco: MD, Reumatóloga, Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Sanatorio Finochietto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Ignacio Gandino: MD, MSc, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández y Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Editor Asistente:

María Laura de la Torre: MD, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Hospital y Universidad, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Asistente de Indexación:

Gabriela Tielas: Bibliotecaria, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Editores jefe anteriores:

Enrique Soriano Guppy: expresidente de la Sociedad Argentina de Reumatología y de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR), Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Julio Hofman: expresidente de la Sociedad Argentina de Reumatología, Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

José Maldonado Cocco: MD, PhD, Profesor de Reumatología, Universidad de Buenos Aires, Miembro destacado del Colegio Americano de Reumatología. Exjefe de Servicio del IREP de Buenos Aires, Argentina

Comité Editorial

Alarcón, Graciela (Perú, EE.UU.)
Alba, Paula (Argentina)
Aletaha, Daniel (Alemania)
Amigo, Mary Carmen (México)
Arturi, Alfredo (Argentina)
Babini, Alejandra (Argentina)
Balsa Criado, Alejandro (España)
Baraliakos, Xenofon (Alemania)
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)
García, Mercedes (Argentina)
Hofman, Julio (Argentina)
Martín, Mola Emilio (España)
Mysler, Eduardo (Argentina)
Paira, Sergio (Argentina)
Perandones, Carlos (Argentina)
Pons-Estel, Bernardo (Argentina)
Rosa, Javier (Argentina)
Rosemffet, Marcos (Argentina)
Rillo, Oscar (Argentina)
Schneeberger, Emilce (Argentina)
Secco, Anastasia (Argentina)
Shoenfeld, Yehuda (Israel)
Soriano Guppy, Enrique (Argentina)
Suárez Almazor, María E. (EE.UU)
Unizony, Sebastián (EE.UU)
Venarotti, Horacio (Argentina)

Revisores de los últimos números (orden alfabético):

Cecilia Asnal
Nora Aste
Diego Baenas
Ana María Beron
Tomás Cazenave
Javier Cavallasca
Santiago Catalán Pellet
María de los Ángeles Correa
Vanesa Cosentino
Graciela Espada
Maximiliano Fenucci
Rodrigo García Salinas
Carla Gobbi
Graciela Gómez
Gimena Gómez
Karin Kirmayr
María José López Meiller
María del Rosario Maliandi
Victoria Martiré
Silvia Meiorín
Fabiana Montoya
Silvia Papasidero
Carla Pappalardo
Nicolás Pérez
Rodolfo Pérez Alamino
Sabrina Porta
Alejandra Pringe
Marcos Rosemfett
Valeria Scaglioni
Marina Scolnik

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Registros Legales e Indexación

Propietaria:

Sociedad Argentina de Reumatología.

Domicilio legal de la Revista:

Av. Callao 384, piso 2, depto. 6 (C1022AAQ), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Dirección Nacional del Derecho de Autor, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina: Registro de Publicaciones Periódicas en Legajo Nº: EX-2021-78265964-APN-DNDA#MJ.
La Revista Argentina de Reumatología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Reumatología, que se edita ininterrumpidamente desde 1989. Se encuentra indizada en el Núcleo Básico de Revistas Científicas (NBR); en el Scientific Electronic Library Online (SciELO); en la Base de Datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud); en el Catálogo de Latindex, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; y en Google Académico.
Está en proceso de indexación en Medline.
Cuenta con un Comité Científico Nacional e Internacional.

Periodicidad:

Se editan cuatro números al año, más una publicación especial dedicada al Congreso anual de la Sociedad Argentina de Reumatología y suplementos adicionales.
Periodicidad: trimestral. ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea).

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) Para ver una copia de esta licencia, visite: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Edita:

Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.
Socio Gerente: Facundo Lugones.
Jefa de Redacción: Lic. María Fernanda Cristoforetti.
Diseño gráfico: Marcela Miguez
Curapaligüe 202, 9º piso, ofic. B (1406), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (011) 4632-0701/4634-1481. E-mail: administracion@lugones.com.ar
www.lugoneseditorial.com.ar

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología • Octubre de 2022 ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)
Imprenta: Sello Editorial Lugones® de Editorial Biotecnológica S.R.L.:
Curapaligüe 202 9º B, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
La presente Edición está impresa en papel libre de cloro

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Sumario

Editorial 2

Orales 3

Posters destacados 19

Posters 34

Casos clínicos 111

Pediatría 153

Revista Argentina de
REUMATOLOGÍA
Sociedad Argentina de Reumatología

Año 33 • Volumen 33 • Suplemento Nº 4 • 55º Congreso Argentino de Reumatología
Octubre de 2022
ISSN 0327-4411 (impresa) ISSN 2362-3675 (en línea)

Editorial

Bienvenidos al 55° Congreso Argentino de Reumatología

En este número publicamos el material científico presentado en nuestro 55º Congreso Argentino de Reumatología. En estos trabajos se expresa una larga trayectoria de compromiso con la especialidad de cada uno de los grupos y colegas que, a lo largo y ancho del país, ejercen la Reumatología. Hemos sumado especialistas de varias ciudades de Argentina y todos nos encontramos hermanados a través del trabajo, la comunicación y la participación.

Somos una Sociedad plural, abierta y en escucha permanente donde podemos expresar ideas e inquietudes, participar en forma desinteresada y nutrirnos de los logros individuales y colectivos. A través de nuestras 10 filiales intercambiamos las realidades de cada región, estimulamos el trabajo y la capacitación. En nuestros grupos de estudio GESAR profundizamos el conocimiento de cada patología y elaboramos actividades educativas para compartir con nuestra comunidad. La Investigación y la Educación se convirtieron en los pilares de nuestra Sociedad, con sendas Unidades creadas y apoyadas para su máximo desarrollo.

UNISAR ha trabajado incansablemente con una inmensa red de investigadores nacionales y logró la publicación de múltiples trabajos, tanto en la Revista Argentina de Reumatología como en revistas internacionales. EDUSAR presentó y coordinó diversos cursos de excelencia que se dictaron durante el año y al que accedieron médicos del país y del exterior; además elaboró un programa superador y moderno orientado a la formación de especialistas para que las unidades formadoras de nuestro país lo adopten.

Es de destacar el rol central que tuvieron el Tribunal de Honor y los Comités de Ética y de Certificación demostrando el equilibrio entre nuestros estamentos estatutarios. SAR Joven nuevamente se manifestó como un pujante equipo con propuestas innovadoras que se visibilizaron en su encuentro anual en Tucumán. Los profesionales aliados a la Reumatología (PROSAR) sumaron miembros y desarrollaron actividades durante todo el año. El Comité de Pacientes concretó múltiples actividades y tenemos la alegría de celebrar en Córdoba el 10º Congreso Anual de Pacientes con Enfermedades Reumáticas. También se resalta la gran participación que han tenido los reumatólogos pediatras incorporados definitivamente a cada una de las actividades societarias.

Estamos muy orgullosos de pertenecer a la Sociedad Argentina de Reumatología, ámbito que nos permite crecer individual y grupalmente día a día, que nos proyecta a un futuro cada vez más promisorio a través de oportunidades y espacios compartidos. ¡Disfruten el Congreso! ¡Disfruten Córdoba!

Dra. María Celina de la Vega
Presidenta de la Sociedad Argentina de Reumatología

Orales

1696

RESPUESTA INMUNE CELULAR Y HUMORAL A LA TERCERA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE NO SEROCONVIRTIERON DESPUÉS DE UN RÉGIMEN PRIMARIO DE DOS DOSIS

Carolina Ayelén ISNARDI[1], Osvaldo L Cerda[1], Margarita Landi[2], Leonel Cruces[3], Emilce E Schneeberger[1], Claudia Calle Montoro[2], María Agustina Alfaro[1], Brian M Roldán[1], Andrea B Gómez Vara[1], Pamela Giorgis[1], Roberto Alejandro Ezquer[1], María G Crespo Rocha[1], Camila R Reyes Gómez[1], María de los Ángeles Correa[1], Marcos G Rosemffet[1], Virginia Carrizo Abarza[1], Santiago Catalán Pellet[2], Miguel Perandones[1], Cecilia Reimundes[2], Yesica Longueira[3], Gabriela Turk[3], María Florencia Quiroga[3], Natalia Laufer[3], Rosana Quintana[4], María Celina de la Vega[5], Nicolás Kreplak[6], Marina Pifano[6], Pablo Maid[2], Guillermo J. Pons-Estel[4], Gustavo Citera[1]

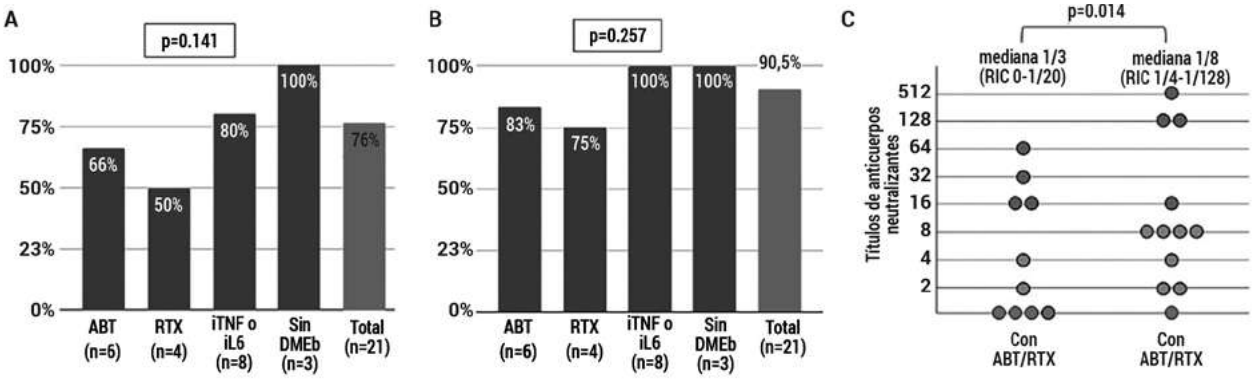
[1]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, [2]HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, [3]UBA, CONICET, INBIRS, FACULTAD DE MEDICINA, [4]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [5]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, [6]MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Una respuesta inmune innata y adaptativa coordinada es necesaria para controlar la infección por SARS-CoV-2. Los pacientes con enfermedades inmunomediadas logran una menor tasa de seroconversión y una respuesta deficiente de las células T a las vacunas. Particularmente, el 20% de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) no presenta anticuerpos detectables después de dos dosis. Por esta razón, se ha indicado una tercera dosis dentro del régimen primario en esta población.

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta inmune celular y humoral después de una tercera dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 en pacientes con AR con títulos de anticuerpos indetectables después de dos dosis de vacuna.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), ≥18 años, de dos centros reumatológicos de AMBA, sin seroconversión (OD450 nm<0.35+1DE) después de dos dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2, que recibieron una tercera dosis de vacunas con plataforma ARNm o vector. Los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG (ELISA-COVIDAR), la actividad neutralizante y la respuesta celular T específica (IFN-γ ELISpot) se evaluaron entre 21 y 40 días luego de aplicar la tercera dosis.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 21 pacientes. Al momento de la aplicación de la tercera dosis, el 28.6% recibía glucocorticoides, el 85.1% DMEb, incluidos 6 abatacept (ABT) y 4 rituximab (RTX). La mayoría (95.2%) recibió la vacuna BNT162b2 y solo uno de ellos ChAdOx1 nCoV-19. El tiempo mediano entre la segunda y la tercera dosis fue de 180.0 días (RIC 126.5-181.5). Después de la tercera dosis, el 90.5% de los pacientes presentó IgG anti-SARS-CoV-2 detectables y el 76.2% actividad neutralizante (Figura 1A y 1B). En comparación con otros tratamientos, ABT y RTX se asociaron con la ausencia de actividad neutralizante en 4/5 (80%) pacientes y títulos más bajos de anticuerpos neutralizantes (Figura 1C). Se detectó una respuesta celular T específica en el 41.2% de todos los pacientes después de la segunda dosis, aumentando al 71.4% después de la tercera dosis. El uso de ABT se asoció con una menor frecuencia de respuesta de células T (33.3% vs 86.7%, p=0.031). Además, dos de ellos (33%) no presentaron actividad neutralizante ni respuesta de células T. Por el contrario, todos los pacientes tratados con RTX, incluso aquellos que no tenían anticuerpos neutralizantes, desarrollaron una respuesta de células T. No hubo asociación entre la respuesta inmune celular y/o humoral y la presencia de comorbilidades o actividad de la enfermedad. Dieciséis (76.1%) pacientes reportaron al menos un evento adverso después de la tercera dosis, siendo la reacción en el sitio de inyección la más frecuente (66.7%), seguida del síndrome pseudogripal (25%). Adicionalmente, se reportaron tres brotes de la AR, todos leves.



ABT: abatacept; RTX: rituximab; iTNF: inhibidor de factor de necrosis tumoral; iIL6: inhibidor de interleuquina 6; DMEb: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas; RIC: rango intercuartilo.

Figura: Frecuencia de anti-SARS-CoV-2 IgG (A), seropositividad para anticuerpos neutralizantes (B) y títulos de anticuerpos neutralizantes (C) luego de la aplicación de la tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19 en pacientes con AR de acuerdo con su tratamiento basal.

CONCLUSIONES: En esta cohorte de AR que no logró la seroconversión después de dos dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2, el 90,5 % presentó IgG anti-SARS-CoV-2 detectable después de una tercera dosis. El uso de ABT se asoció con una menor frecuencia de respuesta específica de células T.

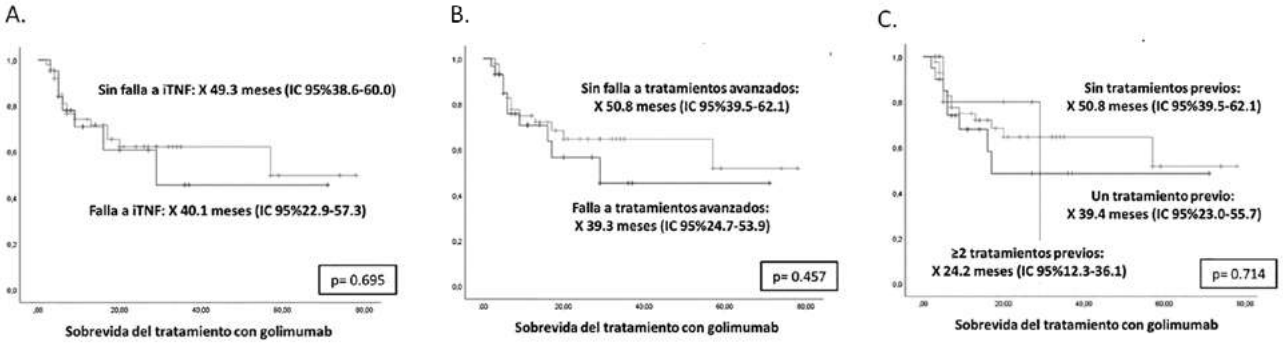
1707

SOBREVIDA, PERSISTENCIA Y EFICACIA DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL CON FALLA PREVIA A OTROS INHIBIDORES DE TNF

Carolina Ayelén ISNARDI[1], Emma Civit[2], Agustín García Ciccarelli[2], Jimena Sánchez Alcover[2], Ingrid Strusberg[3], Marcos Baravalle[3], Matías Palombo[3], María Sol Castaños[3], Liliana Morales[3], Carla Gobbi[4], Eduardo Albiero[4], Rodrigo García Salinas[5], Sebastián Magrí[5], Edson Velozo[6], Enrique Soriano[7], Nicolás Alvarado[7], Romina Calvo[8], Jessica R Gallo[8], Sergio Paira[8], Alberto Ortiz[8], María Julieta Gamba[9], Rodolfo Pérez Alamino[10], Hernán Maldonado Ficco[11], Gustavo Citera[1]

[1]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, [2]HOSPITAL EL CARMEN, [3]INSTITUTO MÉDICO STRUSBERG, [4]SANATORIO ALLENDE, [5]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, [6]UNIVERSIDAD Y SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, [7]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [8]HOSPITAL PROVINCIAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN, [9]HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS, [10]HOSPITAL DR. NICOLÁS AVELLANEDA, [11]HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con falla a inhibidores de TNF (iTNF) suelen presentar menor sobrevida y eficacia al utilizar una segunda droga modificadora de la enfermedad (DME) con el mismo mecanismo de acción.
OBJETIVOS: Evaluar la sobrevida, persistencia y eficacia de golimumab (GLM) en pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) con falla previa a otros iTNF en comparación con aquellos sin experiencia previa a este tipo de drogas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con AR (ACR/EULAR 2010), EspAax (ASAS 2009) y APs (CASPAR), que hayan iniciado tratamiento con GLM subcutáneo o endovenoso de acuerdo a la indicación médica en cada centro. Se obtuvieron los datos por revisión de historias clínicas. Los pacientes fueron seguidos hasta la suspensión del GLM, pérdida de seguimiento o finalización del estudio (31 mayo de 2022). Se definieron los siguientes grupos según los tratamientos recibidos antes del inicio de GLM: (a) naive, quienes no habían recibido ningún DME; (b) falla a DME-convencionales, quienes habían fallado a drogas convencionales; (c) falla a iTNF, quienes habían recibido tratamiento con al menos un iTNF; (d) falla a DME-biológicas distintas a iTNF o sintéticas dirigidas. Análisis estadístico: test de chi^2 o test exacto de Fischer, y prueba de T o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis según corresponda. Curvas de Kaplan-Meier para determinar la sobrevida de GLM y las comparaciones según datos sociodemográficos o clínicos se realizaron por análisis de log Rank. Los factores asociados a la supervivencia del tratamiento fueron analizados en modelos de regresión proporcional de Cox.
RESULTADOS: Se incluyeron 236 pacientes, 152 (64.4%) con AR, 48 (20.3%) con EspAax y 36 (15.3%) con APs. Un total de 13 (5.5%) pacientes, 134 (56.8%), 69 (29.2%) y 20 (8.5%) fueron categorizados en los grupos a, b, c y d respectivamente; 21 (8.9%) del grupo c habían recibido otras DME-b/-sd además de iTNF. Todos los pacientes del grupo "a" tenían EspAax y habían fallado al tratamiento con AINEs. Dentro de los grupos "c y d", la mayoría (65.2% y 95%) había fallado a una sola droga avanzada. Al comparar los pacientes del grupo "c" con todos los otros grupos, los primeros tenían significativamente mayor frecuencia de obra social y/o prepaga (100% vs 89.8%, p=0.004) y recibían GLM EV (15.9% vs 4.8%, p=0.007) con mayor frecuencia. Durante el seguimiento (506.6 pte/año), 71 pacientes suspendieron GLM, la mayoría (63,4%) por falta de respuesta al tratamiento, seguido por falta de acceso (21.4%). La sobrevida global fue X 47,8 meses (IC95% 38.4-57.3). Si bien el GLM presentó menor sobrevida en los pacientes del grupo "c" (Figura 1A), esta diferencia no fue significativa. En el análisis multivariado, el uso previo de iTNF no se asoció significativamente con menor sobrevida de GLM (OR 1.7, IC95% 0.6-5.2). La persistencia de GLM fue de 79% y 68% a los 12 y 24 meses, respectivamente. En el grupo "c", la persistencia fue de 76% y 67%, respectivamente (p=0.410). Tampoco se encontró asociación significativa en los pacientes del grupo "c" en la sobrevida y persistencia de GLM al excluir a quienes suspendieron por falta de acceso, ni tampoco al comparar solo grupos "b y c". Los grupos "a y b" fueron comparados con "c y d". Estos últimos tuvieron numéricamente menor sobrevida (Figura 1B) y la misma fue menor a mayor número de tratamientos (Figura 1C). La persistencia a 24 meses fue de 72%, 65% y 48% en quienes no habían sido tratados con drogas avanzadas, aquellos que recibieron 1 tratamiento previo y ≥2 tratamientos previos, respectivamente (p=0.132). En el análisis multivariado, haber recibido un tratamiento con agentes biológicos y/o sintéticos dirigidos se asoció significativamente con menor sobrevida (OR 0.54, IC95% 0.31-0.95), mientras que tener cobertura de salud tuvo el efecto contrario (OR 2.4, IC95% 1.9-5.3). La incidencia de EA fue 6.9 eventos cada 100 pte/añ. El 31.4% fue considerado severo. Las infecciones fueron el evento más frecuente.



** IC: intervalo de confianza; iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral; X: media.*

Figura: Efecto de la falla a iTNF, tratamientos avanzados y el número de los mismos sobre la sobrevida de golimumab.

CONCLUSIONES: En esta cohorte, los pacientes con falla a iTNF presentaron numéricamente menor sobrevida y persistencia del tratamiento con GLM. Globalmente, haber recibido tratamientos biológicos y/o sintéticos dirigidos previamente y no tener cobertura de salud se asociaron con menor sobrevida.

1715

¡NO HAGA ESTE ESTUDIO SOBRE ARTRITIS REUMATOIDEA!

Nicole Josianne Paris[1], Melissa Serna Góngora[1], Leila Abbas[2], María Pía Pissani[3], **Gabriel SEQUEIRA**[1], Eduardo Mario Kerzberg[1]

[1]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [2]ASOCIACIÓN MUTUAL OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, [3] UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN

INTRODUCCIÓN: Solo una minoría de los trabajos presentados en los Congresos Argentinos de Reumatología (CAR) se publica finalmente.
OBJETIVOS: Analizar los estudios sobre artritis reumatoidea (AR) presentados en los CAR para orientar la selección de temas (de futuros trabajos) e incrementar la tasa de publicación.
MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis bibliométrico. Fueron analizados todos los resúmenes presentados en los CAR entre 2008-2017 y se seleccionaron aquellos sobre AR como motivo primario de estudio. Se agruparon a los trabajos según el tema de estudio (TDE) y se determinaron los TDE revisitados definidos como, al menos, 2 estudios similares presentados sobre el mismo tema. A través de *Google Scholar* se determinó la tasa de publicación al 30 de abril de 2022. Además se analizó el número de estudios similares por TDE, los TDE con al menos 1 estudio publicado, el número y el rango de pacientes estudiados (RPE) de los estudios.
RESULTADOS: Sobre 2092 trabajos presentados en los CAR se analizaron 346 (16.5%) trabajos sobre AR. Solo 50 (14.5%) de los 346 estudios sobre AR presentados en los CAR fueron publicados. Sobre 346 trabajos presentados en los CAR, 119 (34.4%) correspondieron a TDE revisitados, y 78 de 119 trabajos (65.5%) correspondieron a TDE con (al menos) 3 estudios similares. Que un TDE fuera revisitado no implicó una mayor tasa de publicación: se publicaron 14 (11.8%) de los 119 estudios sobre TDE revisitados vs 36 (15.9%) del resto de los TDE (p:0.4). Los TDE con más estudios presentados en los CAR, pero ningún estudio publicado fue: 1) riesgo cardiovascular y uso de ecografía: 7 estudios (RPE 30-85); 2) anti-CCP y tabaquismo: 4 estudios (RPE 52-73); 3) sobrevida de terapias biológicas: 3 estudios (RPE 187-267); 4) tabaquismo y actividad de la AR: 3 estudios (RPE 60 a 100); 5) síndrome metabólico en AR: 3 estudios (RPE 60-409); 6) manifestaciones extraarticulares: 3 estudios (RPE 33-297); 7) índice de masa corporal: 3 estudios (RPE 44-102); 8) FRAX: 3 estudios (RPE 196-205); 9) fibromialgia y AR: 3 estudios (RPE 60-202); 10) AR y osteoporosis: 3 estudios (RPE 74-196); 11) características clínicas de cohortes: 3 estudios (RPE 50-265); 12) AR en hombres: 3 estudios (RPE 50-106); 13) anti-CCP/antivimentina: 3 estudios (RPE 125-161); 14) dislipidemias: 3 estudios (RPE 91-101).

Tabla 1: TDE revisitados con al menos 3 trabajos presentados y 1 estudio publicado.

TDE	Estudios presentados al CAR	Nº de estudios publicados	RPE
Ecografía y actividad de AR6	6	1	12-82
Compromiso pulmonar y TAC	5	1	1-61
Vitamina D	4	1	34-118
Ecografía en AR en remisión	4	1	28-86
Monoterapia con terapias biológicas	3	1	40-246
Productividad laboral	3	1	48-309
Discapacidad laboral	3	1	311-7568
Comorbilidades	3	1	100-3920

CONCLUSIONES: Solo una minoría de los trabajos sobre AR presentados en los CAR se publican. Los futuros investigadores deberían considerar detenidamente los TDE señalados, las características del estudio a realizar y el número de pacientes a incluir si desean incrementar las posibilidades de que su trabajo sobre AR sea publicado.

1758

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS LUEGO DE LA VACUNACIÓN PARA COVID-19. DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVAC

Micaela Cosatti[1], **Carolina Ayelén ISNARDI[2]**, Ingrid Petkovic[3], María de los Ángeles Correa[3], Marcos D Zelaya[3], María Soledad Gálvez Elkin[3], Karina Cogo[3], Cinthya Retamozo[3], Romina Nieto[3], Eduardo Mussano[3], Emilia Cavillon[3], Verónica Savio[3], Brian M Roldan[3], Pablo Maid[3], Lorena S Fernández[3], Leila M Muñoz[3], María L Leguizamón[3], Natalia Herscovich[3], María Agustina Alfaro[3], Carla Maldini[3], Pamela Giorgis[3], Camila R Reyes Gómez[3], Cecilia Reimundes[3], Verónica Saurit[3], Osvaldo L Cerda[3], María G Crespo Rocha[3], Ingrid Strusberg[3], Gisele Verna[3], María Isabel Quaglia[3], Eugenia Picco[4], Santiago Catalán Pellet[3], Mora Galán[3], Zaida Troyano[3], Miguel Perandones[3], Jennifer Kreimer[5], Paula Luna[5], Cristina Echeverría[5], Belén Virasoro[2], Karen Roberts[2], Emilce E Schneeberger[6], Guillermo J. Pons-Estel[2], Cecilia Pisoni[1]

[1]CEMIC, [2]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [3]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVAC, [4]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, [5]SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS, [6]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) han sido excluidos de los ensayos clínicos de vacunas para SARS-CoV-2. Aunque parecen ser eficaces para disminuir la frecuencia de infección y la severidad de la misma, datos provenientes de esta población son escasos.
OBJETIVOS: Describir las características clínicas y desenlace de la infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación en pacientes con ER del registro SAR COVAC y compararlos con los pacientes del registro SAR-COVID que presentaron infección previa a la vacunación. Además, evaluar factores relacionados con desenlace desfavorable de la COVID-19.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes adultos consecutivos con ER que fueron vacunados contra SARS-CoV-2 enrolados en el registro SAR-CoVAC entre el 1º de junio y el 21 de diciembre de 2021. La infección confirmada de SARS-CoV-2 (RT-PCR o serología) fue registrada por el médico tratante. Se definió infección luego de un esquema incompleto cuando el evento ocurrió al menos 14 días luego de la primera dosis, y después del esquema completo cuando la misma tuvo lugar al menos 14 días después de la segunda dosis. Se excluyeron aquellos pacientes con historia de infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación. Para comparar las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes no vacunados, se incluyeron pacientes del registro SAR-COVID, matcheados 2:1 por edad, sexo y ER. Se utilizó la escala oridinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS) con un valor de corte ≥5 para definir desenlace desfavorable. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test de chi^2, test exacto de Fischer, Student T test y ANOVA.

RESULTADOS: Se incluyeron 1350 pacientes del registro SAR-CoVAC, 67 (5%) tuvieron infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación. La mayoría eran mujeres (72%), con una edad media de 57 años (DE 15). Las ER más frecuentes fueron la artritis reumatoidea (41%), artritis psoriásica (12%) y lupus eritematoso sistémico (10%). En el momento de la vacunación, la mayoría (75%) estaba en remisión o con baja actividad de la enfermedad, el 19% usaba esteroides, 39% metotrexato, 27% bDMARDs y 6% inhibidores de JAK. Un total de 11 (16%) pacientes tuvo infección por SARS-CoV-2 menos de 14 días luego de la primera dosis, 39 (58%) luego de un esquema incompleto y 17 (25 %) después de un esquema completo. En el grupo de esquema incompleto, 59% recibió Gam-COVID-Vac, 31% ChAdOx1 nCov-19 y 10% BBIBP-CorV, mientras que, en el grupo del esquema completo, 47%, 24% y 29%, respectivamente, en todos los casos de tipo homólogo. No se reportó ningún evento luego de la aplicación de un esquema heterólogo. No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas, clínicas de la ER y su tratamiento y tipo de vacuna entre los pacientes con y sin infección luego de la vacunación. Solo 8 (12%) de los pacientes infectados tuvieron desenlace desfavorable: 88% luego de un esquema incompleto (5 recibieron Gam-COVID-Vac, 1 ChAdOx1 nCov-19 y 1 BBIBP-CorV) y 1 paciente luego de un esquema homólogo completo con Gam-COVID-Vac. El desenlace desfavorable de la infección de SARS-CoV-2 en pacientes vacunados se asoció con el sexo masculino (63% vs 24%, p=0.036), mayor edad (media 70 años [DE 7] vs 55 años [DE 15], p=0.005), etnia caucásica (100% vs 54%, p=0.018), más años de educación (media 17 años [DE 4] vs 12 años [DE 4], p=0.010), tener comorbilidades (100% vs 39%, p=0,001, incluyendo enfermedad pulmonar [37% vs 5%, p=0,019]), dislipidemia (63% vs 17%, p=0.011) e hipertensión arterial (63% vs 24%, p=0,036). Asimismo, la ER, los tratamientos, la actividad de la enfermedad y los tipos de vacunas recibidas fueron comparables entre ambos grupos. Cuando se compararon los pacientes con o sin vacunación al momento de la infección por SARS-CoV-2, aquellos incluidos en el primer grupo presentaron enfermedad menos severa (EO-OMS≥5 12% vs 24%, p=0.067) y menor mortalidad (3% vs 6%, p=0.498), sin embargo estas diferencias no fueron significativas.

CONCLUSIONES: En esta cohorte del registro SAR-COVAC el 5% de los pacientes reportó infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación. La mayoría tuvo un curso leve y el 25% ocurrió luego de la aplicación de un esquema completo de vacunación de dos dosis. Ninguna vacuna se asoció con COVID-19 severo. En comparación con los pacientes no vacunados, aquellos con al menos una dosis de vacuna tuvieron un desenlace más favorable.

1774

¿PUEDE LA RESONANCIA MAGNÉTICA ESTABLECER DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA CON COMPROMISO AXIAL? RESULTADOS PRELIMINARES

Natalia RIUS, Josefina Marín, Javier Rosa, Enrique Soriano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Del 25 al 75% de los pacientes con APs experimentan dolor lumbar inflamatorio y rigidez matinal asociado a afectación axial en los estudios por imágenes. Los datos de RM en la APs axial no radiográfica son escasos y no está claro si su afectación difiere de los pacientes con SpA axial no radiográfica y de la espondilitis anquilosante (EA).

OBJETIVOS: Comparar los hallazgos de la RM (cambios inflamatorios a nivel de las entesis) de la articulación sacroilíaca (ASI) y columna vertebral (CV) entre pacientes con APs y compromiso axial, y pacientes con SpA (sin psoriasis). Comparar los cambios estructurales de la RM entre ambas poblaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SpA (criterios de imágenes ASAS, sin psoriasis) y APs (criterios CASPAR) con compromiso axial definido como dolor lumbar inflamatorio según criterios ASAS. Se realizó RM y radiografías de la articulación sacroilíaca, columna cervical, torácica, lumbar y HLA B27en todos los pacientes ingresados. Se utilizó: 1) definición del grupo de trabajo ASAS MRI para signos de actividad y signos de cambios estructurales; 2) puntuación SPARCC (*The Spondyloarthritis Research Consortium of Canada*) para evaluar el compromiso inflamatorio de las ASI; 3) puntuación SSS (*The Canada-Denmark Scoring System*) para evaluar el daño estructural en la ASI; 4) puntuación Canadá-Dinamarca (CANDEN) para evaluar los cambios inflamatorios, estructurales y los cambios en el nivel de la entesis de la CV.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 pacientes con SpA y 20 pacientes con APs. En la Tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas. Los pacientes con APs presentaron significativamente mayor entesitis (MASES>1), índice de masa corporal y actividad de la enfermedad medida por BASDAI. Un alto porcentaje de pacientes se encontraba bajo tratamiento con metotrexato. Una proporción significativamente mayor de pacientes con SpA presentó HLAB27 positivo. En la Tabla 2 se muestra la distribución de los cambios inflamatorios y estructurales en CV y ASI. Los pacientes con SpA presentaron significativamente mayor edema óseo de la ASI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a cambios estructurales en columna vertebral y sacroilíacas. Tampoco hubo diferencias en los cambios inflamatorios de CV. Se encontró una correlación considerable (0.33) entre la actividad de la enfermedad y la presencia de inflamación por resonancia en ASI (SPARCC) en pacientes con SpA. Si bien los pacientes con APs presentaron mayor proporción de osteítis en CV de manera aislada no alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa (SpA: 21%, APs 43%, p0.15). En cuanto a los hallazgos radiográficos, 45.7% y 20% de los pacientes con SpA y APs respectivamente cumplieron criterios de New York modificados para SpA radiográfica. Por último, 25.7% de los pacientes con SpA y 5% de los pacientes con APs presentaron asimetría en la Rx de articulaciones sacroilíacas (0.06).

Tabla 1

	Spa (37)	APs (20)	P
Sexo masculino, %(n)	56,7 (21)	45 (9)	0.39
Edad, media (DS)	39.32 (14.7)	43.79 (14.9)	0.28
Duración de la enfermedad en años, media(DS)	4.08 (8.21)	6.36 (13.47)	0.41
Piel %	0%	100%	0.00
Dactilitis %	5.4%	20%	0.08
Entesitis (MASES>1) %	6%	40%	0.00
IMC, media (DS)	23.8 (3.2)	27.4 (5.4)	0.00
DAS 28 PCR media (DS)	2.08 (0.64)	2.56 (1.36)	0.28
BASDAI, media (DS)	3.2 (1.9)	4.7 (2.5)	0.2
BASFI, media (DS)	2 (1.8)	2.4 (2.2)	0.54
BASMI, media(DS)	1.9 (1.21)	1.7 (0.76)	0.52
HLA B27, % (n)	67% (19/28)	22% (2/20)	0.01
PCR al momento de RM, media (DS)	7.93 (9.3)	4.10 (4.6)	0.11
AINES %	64%	35%	0.66
Corticoides %	5%	4%	0.59
Metotrexato %	15%	84%	0.00
Leflunomida %	2.7%	5%	0.65
Sulfasalazina %	2.7%	0%	0.45
Tratamiento biológico previo %	0%	5%	0.05
PASI, media (DS)		5.27 (6.4)	
BSA, media (DS)		2.9 (3.65)	
Psoriasis vulgar %		85%	
Compromiso ungeal %		55%	
Cuero cabelludo %		75%	
DAPSA, Media (DS)		12.4 (11.1)	
DAPSA, Mediana (IQR)		10 (5-16)	

Tabla 2

Objetivo principal	**Spa (n=24)**	**APs (n=14)**	**p valor**
Información CV			
Cervical % (n)	25 (6)	50 (7)	0.11
Torácica %(n)	50 (12)	50 (7)	0.12
Lumbar %(n)	33 (8)	36 (5)	0.09
Cambios inflamatorios en la entesis columna vertebral			
Sub-*score* esquinas brillantes de cuerpos vertebrales (0-254), media (DS)	3.7 (5.4)	3.7 (4,1)	0.39
Inflamación de elementos posterolaterales vertebrales, *score* (0-152), media (DS)	1.3 (2.4)	0.9 (1,4)	0.55
Score CANDEN columna vertebral (0-614), media (DS)	5.5 (7.4)	5.14 (5.8)	0.87
Subscore espondilodiscitis (0-162) media (DS)	0.25 (0.7)	0. 4(1.1)	0.55
Subscore inflamación articulaciones facetarias (0-46) mean (SD)	0.85 (0.81)	0.071 (0.27)	0.40
Edema asilado en columna vertebral, % (n)	21% (5)	43% (6)	0.15
SPARCC sacroilíacas	**Spa (37)**	**APs (20)**	
Edema óseo, % (n)	81% (30/37)	55% (11/20)	**0.03**
Edema (SPARCC), media (DS)	12.89 (15.8)	6.6 (13.3)	**0.03**
Intensidad (SPARCC), media (DS)	1.81 (3.04)	0.45 (1.19)	0.06
Profundidad (SPARCC), media (DS)	1.51 (2.7)	1.05 (2.9)	0.16
Objetivos secundarios			
Cambios estructurales			
SSS (articulaciones sacroilíacas)	**SaP (37)**	**APs (20)**	**p valor**
Metaplasia grasa, media (DS)	8.6 (8.7)	9.7 (8.4)	0.65
Erosiones óseas, media (DS)	2.1 (3.8)	3.8 (6.3)	0.22
Anquilosis, media (SD)	0.58 (2.3)	0.62 (2.8)	0.95
Backfill, media (SD)	1.9 (3.4)	1.8 (3.8)	0.94
Canden (columna vertebral)	**SpA (24)**	**PsA (14)**	**p**
Score metaplasia grasa (0-510), media (DS)	9.7 (14.3)	5 (6.7)	0.25
Score erosiones (0-208), media (DS)	1.66 (3.17)	0.5 (1.16)	0.19
Score neoformación ósea (0-460), media (DS)	4.8 (8.9)	2.9 (6.8)	0.50

CONCLUSIONES: Los pacientes con SpA presentaron significativamente mayor edema en las ASI medidas por SPARCC. Los pacientes no presentaron diferencias significativas en cuanto a los cambios estructurales de todas las regiones.

1850

ANÁLISIS DE *CLUSTER* PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS ENTRE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS DEL REGISTRO GESAF-SAR

Romina Estefanía NIETO[1], Sabrina Porta[1], Rosa Serrano[1], Karen Roberts[2], Rosana Quintana[2], Luis Lema[1], Carla Maldini[1], María Cecilia Goizueta[1], Verónica Savio[1], Yohana Tissera[1], Marina Scolnik[1], Natalia Lili Cucchiaro[1], Adrián Estévez[1], Vanesa Castro Coello[1], Verónica Bellomio[1], María Lilia Leguizamón[1], Cecilia Pisoni[1], María Noelia Antoniol[1], Mercedes García[1], Carla Gobbi[1], Débora Guaglianone[1], Florencia Vivero[1], Verónica Saurit[1], Laura Julieta Sorrentino[1], Diana Fernández Ávila[1], María Laura de la Torre[1], Ignacio Bazzalo[1], Mónica Sacnun[1], Maximiliano Machado Escobar[1], Gonzalo Javier Pacheco[1], María Constanza Danielsen[1], Nadia Benzaquén[1], Susana Visentini[1], Victoria Lobo[1], Ariel Broll[1], Aurelia Luissi[1], Erika Palacios[1], Alejandra Abalo[1], Mayra Etcheverry[1], Diego Rinesi[1], Silvia Perés[1], Jorge Alejandro Brigante[1], Diana Dubinsky[1], Pía Izaguirre[1], Carlos Perandones[1], María Sofía Velloso[1], Horacio Berman[1], Nadia Riscanevo[1], Graciela Remondino[1], Verónica Neman[1], Graciela Gómez[1], Alejandra Babini[1], Paula Alba[1], Guillermo Pons-Estel[1]

[1]GRUPO DE ESTUDIO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO (GESAF-SAR), [2]UNISAR

INTRODUCCIÓN: El análisis de *cluster* (AC) es un método basado en datos que permite agrupar a los pacientes de manera que aquellos del mismo grupo se parezcan más entre sí que a los de otros grupos. Para mejorar nuestra comprensión sobre las características clínicas del síndrome antifosfolípido y facilitar potenciales terapias dirigidas, nuestro objetivo principal fue utilizar un AC para identificar diferentes fenotipos clínicos entre los pacientes anticuerpos antifosfolípidos (aAF) positivos.

OBJETIVOS: Identificar los diferentes fenotipos clínicos entre los pacientes con aAF positivos del registro GESAF-SAR a través del AC.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, multicéntrico, en pacientes ingresados en el Registro de Anticuerpos Antifosfolípidos de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se incluyeron pacientes con aAF positivos con las siguientes características: 1) >de 40 GPL o MPL en al menos una determinación; 2) 20-40 GPL o MPL en al menos dos determinaciones separadas 12 semanas; 3) nuevos AAF con niveles positivos según las referencias del propio laboratorio. Se realizó un análisis por *cluster* sobre las características basales de los primeros 338 pacientes incluidos en el registro. Se incluyeron en el análisis 38 variables clínicas y demográficas de la visita basal.

RESULTADOS: Se analizó un total de 338 pacientes con aAF positivos de centros nacionales ingresados en el Registro GESAF-SAR. El AC dio lugar a tres grupos principales: *cluster* 1) pacientes mujeres de etnia mestiza, con manifestaciones no criterios o sin manifestaciones, AL negativo; *cluster* 2) pacientes femeninos sin comorbilidades ni obesidad, asociados a manifestaciones no criterio (enfermedad símil esclerosis múltiple y corea) y con mayor morbilidad obstétrica, principalmente abortos antes y después de las 10 semanas; *cluster* 3) pacientes femeninos, de mayor edad, asociados con LES y otras EAI, con presencia de factores de riesgo cardiovascular (obesidad, fumadores, HTA, DBT y dislipemia), que presentaron eventos vasculares arteriales y venosos. Además, se asocian con mayor frecuencia a manifestaciones no criterio, principalmente a *livedo reticularis*, compromiso de SNC, articular y renal, trombocitopenia y anemia hemolítica autoinmune.

Tabla: Identificación de tres *clusters* entre los pacientes incluidos en el registro GESAF-SAR.

	Cluster 1 **(n=31)**	***Cluster 2*** **(n=223)**	***Cluster 3*** **(n=84)**	**p valor**	**Total (n=338)**
	28 (90.3)	195 (87.4)	65 (77.4)	0.061	288 (85.2)
	39.9	36.0 (8.09)	57.3	<0.001	41.7 (12.9)
	(14.6)		(9.68)		
Sexo Femenino n(%)					
Edad Mean (SO)					
Etnia n(%)					
Blanca	7 (22.6)	98 (43.9)	32 (38.1)	0.028	137 (40.5)
Mestiza	21 (67.7)	100 (44.8)	35 (41.7)		156 (46.2)
Antecedentes personales n(%)					
HTA	1(3.23)	24 (10.8)	49 (58.3)	<0.001	74 (21.9)
DBT	1(3.23)	5 (2.24)	8 (9.52)	<0.001	14 (4.14)
Dislipemia	1(3.23)	8 (3.59)	37 (44.0)	<0.001	46 (13.6)
Obesidad	1(3.23)	36 (16.1)	29 (34.5)	<0.001	66 (19.5)
Historia de tabaquismo					
Activo n(%)	1(3.23)	14(6.28)	11(13.1)	<0.001	26 (7.69)
Exfumador n(%)	1(3.23)	22 (9.87)	13 (15.5)		36 (10.7)
Enfermedad autoinmune asociada n(%)	2 (6.45)	90 (40.4)	59 (70.2)	<0.001	151(44.7)
Lupus eritematoso sistémico asociado n(%)	2 (6.45)	79 (35.4)	46 (54.8)	<0.001	127 (37.6)
Otros enfermedades autoinmunes asociadas n(%)	0 (0)	10 (4.48)	4 (4.76)	<0.001	14 (4.14)
Eventos arteriales n(%)	2 (6.45)	27 (12.1)	37 (44.0)	<0.001	66 (19.5)
Eventos venosos n(%)	3 (9.68)	55 (24.7)	33 (39.3)	<0.001	91 (26.9)
Enfermedad de peque o vaso n(%)	1(3.23)	5 (2.24)	5 (5.95)	<0.001	11(3.25)
Historia obstétrica n(%)					
Prematuros (<34 semanas) 1 o más	1(3.23)	24 (10.8)	9 (10.7)	0.414	34 (10.1)
Abortos (<10 semanas) 3 o más	1(3.23)	27 (12.1)	3 (3.57)	0.006	31 (9.17)
Pérdida feto (>10 semanas) 1o más	1(3.23)	60 (26.9)	11(13.1)	0.001	72 (21.3)

Anticuerpos antifosfolípidos					
AL positivo n(%)	6 (19.4)	152 (68.2)	58 (69.0)	<0.001	216 (63.9)
Anticardiolipinas /gG positivo n(%)	3 (9.68)	129 (57.8)	52 (61.9)	<0.001	184 (54.4)
Anticardiolipinas lgM positivo n(%)	1(3.23)	116 (52.0)	43 (51.2)	<0.001	160 (47.3)
Antibeta21gG positiva n(%)	3 (9.68)	103 (46.2)	3S (41.7)	<0.001	141(41.7)
Antibeta21gM positivo n(%)	1(3.23)	68 (30.5)	26 (31.0)	0,005	95 (28.1)
Manifestaciones clínicas no criterio Sidney n(%)	1(3.23)	66 (29.6)	41(48.8)	<0.001	108 (32.0)
Liveo reticularis	0 (0)	29 (13.0)	15 (17.9)	<0.001	44 (13.0)
Disfunción cognitiva	0 (0)	7 (3.14)	6 (7.14)	<0.001	13 (3.85)
Corea	0 (0)	1 (0.44)	0 (0)	<0.001	1(0.296)
Convulsiones	0 (0)	12 (5,38)	7 (8.33)	<0.001	19 (5.62)
Lesiones en sustancia blanca	0 (0)	9 (4.04)	10(11.9)	<0.001	19 (5.62)
Enfermedad símil esclerosis múltiple	1 (3.23)	2 (0.89)	0 (0)	<0.001	3 (0.88)
Enfermedad valvular cardíaca	1 (3.23)	12 (5.38)	9 (10.7)	<0.001	22 (6.51)
Úlcera cutánea	0 (0)	4 (1.79)	2 (2.38)	<0.001	6 (1.78)
Artritis	0 (0)	18 (8.07)	23 (27.4)	<0.001	41 (12.1)
Artralgias	0 (0)	30 (13.5)	29 (34.5)	<0.001	59 (17.5)
Necrosis ósea vascular	0 (0)	2 (0.897)	3 (3.57)	<0.001	S (1.48)
Nefropatía asociada a aAF	0 (0)	3 (1.35)	2 (2.38)	<0.001	S (1.48)
Trombosis vascular superficial	0 (0)	0 (0)	3 (3.57)	<0.001	3 (0.88)
Manifestaciones de laboratorio no criterio Sidney n(%)	0 (0)	27 (12.1)	14 (16.7)	<0.001	41 (12.1)
Trombacitopenia persistente	0 (0)	18 (8.07)	11(13.1)	<0.001	29 (8.58)
Anemia hemolítica autoinmune	0 (0)	9 (4.04)	5 (5.95)	<0.001	14 (4.14)

CONCLUSIONES: En este AC se pudieron identificar diferentes fenotipos clínicos de pacientes aFL positivos discriminados por el perfil manifestaciones trombóticas y morbilidad obstétrica, la asociación con LES o con factores de riesgo de CV. Estos resultados apoyan la heterogeneidad de los pacientes aFL positivos y proporcionan una base para entender los mecanismos de la enfermedad, su diferente expresión clínica y proponer nuevos enfoques para el diagnóstico y la clasificación del SAF.

1865

ACTIVIDAD FÍSICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Patricia Belén DOMÍNGUEZ LEIVA[1], Joan Manuel Dapeña[1], Juan Manuel Bande[1], María Alejandra Medina[1], José Ángel Caracciolo[1], Diana Silvia Klajn[1], Julia Morbiducci[2], Anastasia Secco[2], Julia Sosa[3], Paula Kohan[4], Dora Pereira[5], Silvia Beatriz Papasidero[1]

[1]HOSPITAL DR. ENRIQUE TORNÚ, [2]HOSPITAL RIVADAVIA, [3]SANATORIO LA TRINIDAD MITRE, [4]HOSPITAL DR. RAÚL F. LARCADE, [5]INSTITUTO RAQUIS

INTRODUCCIÓN: La actividad física en pacientes con artritis reumatoidea (AR) se asocia a una mejor capacidad funcional, actitud física, salud cardiovascular y menor fatiga. El *International Physical Activity Questionnaire-Short Form* (IPAQ-SF) es un cuestionario autoadministrado de 7 ítems que informa el grado de actividad física medida en minutos y en equivalentes metabólicos (MET) en la última semana.
OBJETIVOS: Describir la actividad física de una cohorte de pacientes con AR y evaluar su asociación con características de los pacientes, de la enfermedad y su tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte trasversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010). Se recabaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), características de la AR, clinimetría y tratamiento. Además, se consignó la práctica deportiva y todos completaron el IPAQ-SF. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se compararon los resultados del IPAQ-SF con características de la población mediante prueba de T de Student, Wilcoxon, Pearson, ANOVA o Spearman, según corresponda. Se consideró significativa p≤0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 101 pacientes de 5 centros. El 86.1% eran mujeres con una edad promedio de 53.7 años (DE 11.2) y con una media de educación de 11.5 años (DE 3). Un 12.9% era tabaquista y 67.3% tenía comorbilidades. La media del IMC fue 27 Kg/m^2 (DE 4.4). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 72 meses (RIC 36-172). El 84.2% presentaba seropositividad para FR y 92% para ACPA, y el 65.3% enfermedad erosiva, 14.8% nodular y 12.9% otras manifestaciones extraarticulares. En cuanto a la clase funcional (CF), 34.6% pertenecía a la CF I, 33.7% II, 28.7% III y 3% IV. Un 27.7% requería asistencia en sus actividades de la vida diaria. La mediana de la escala visual analógica de dolor (EVAD) fue 20 mm (RIC 10-50), general del médico (EVAGM) 20 mm (RIC 10-20), general del paciente (EVAGP) 20 mm (RIC 10-60) y fatiga 10 mm (RIC 0-40). La mediana del DAS28 fue 3.1 (RIC 2.2-4.3), HAQ-A 0.88 (RIC 0.4-1.7) y *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II* (QOL-RA II) 6.8 (RIC 5.5-8.7). Un 50% recibía glucocorticoides (GC), 92.1% drogas modificadoras de la AR (DMAR) sintéticas convencionales, 24.7% biológicos y 6.9% sintéticos dirigidos. El 30.7% practicaba deporte, con una media de tiempo de 24.4 meses (DE 8.5). El IPAQ-SF informó una mediana en la actividad física total de 1386 MET (RIC 594-3066), con una periodicidad promedio de 7 días (RIC 3-7) y de 119 minutos (DE 94.9) semanales. La mediana del tiempo sentado fue de 4.4 horas (RIC 2-7) diarias. En las categorías de actividad física: 41.6% tenía baja actividad, 30.7% moderada y 27.7% alta actividad. La mediana de los MET total se asoció con años de estudio (p=0.008) y tiempo de práctica deportiva (p<0.0001). La correlación fue negativa con IMC (p=0.01), CF (p=0.002), EVAD (p=0.008), EVAGP (p=0.01), EVA fatiga (p=0.02), DAS28 (p=0.009) y HAQ-A (p<0.0001). La media de MET total fue mayor en los que no requerían asistencia (p=0.0005). Además, la cantidad de minutos de actividad física semanal mostró una asociación negativa con EVAGM (p=0.02). La media de los minutos fue mayor en los que practicaban deportes (p=0.0001), no tenían comorbilidades (p=0.04) y no requerían asistencia (p=0.01). La media de los días de actividad física fue mayor en aquellos pacientes no fumadores (p=0.02), en los que realizaban deporte (p=0.002), no presentaban enfermedad erosiva (p=0.002) y no requerían asistencia (p=0.001). Se observó actividad física alta en los pacientes sin comorbilidades

(p=0.02), en aquellos que practicaban deporte (p<0.001) y en los que no requerían asistencia (p=0.004). Los pacientes que no recibían GC (p=0.012) y aquellos que no presentaban enfermedad erosiva (p=0.012) mostraron mayor proporción de actividad física moderada/alta.
CONCLUSIONES: En los pacientes evaluados, el 58.4% realizaba actividad física moderada/alta, la cual se asoció en forma positiva a la práctica deportiva, a menores valores de actividad de la AR y a una mejor capacidad funcional. Se evidenció además en dicho grupo un mayor número de pacientes sin comorbilidades y con menor requerimiento de GC.

1881

CUANDO LOS PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SE CONVIERTEN EN ADULTOS

Agustín Gabriel CÁCERES, María Laura Acosta Felquer, Carmen De Cunto, Javier Rosa, Marina Scolnik

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad autoinmune inflamatoria crónica más común de la infancia y puede permanecer activa en la adultez, no manteniendo siempre la misma forma clínica inicial. Al no poder clasificarse fácilmente dentro de las enfermedades reumáticas del adulto, es difícil lograr una comprensión completa del cuadro, y en ocasiones establecer un tratamiento y seguimiento adecuado.
OBJETIVOS: Identificar a los pacientes con diagnóstico de AIJ seguidos en nuestro hospital que continuaron seguimiento en Reumatología de adultos, y evaluar las características clínicas y serológicas, analizando si cumplen criterios clasificatorios para las enfermedades reumatológicas del adulto.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de un solo centro. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de AIJ (criterios ILAR 2001) con al menos una visita en Reumatología Pediátrica y una en Reumatología de adultos. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y se analizaron características demográficas, parámetros clínicos, de laboratorio y datos de tratamiento, tanto en la infancia como en la adultez, entre 2000 y 2021. Se realizó un análisis descriptivo y se evaluó el cumplimiento de criterios de clasificación de distintas enfermedades reumáticas del adulto (artritis reumatoidea -AR-, -ACR/EULAR 2010, artritis psoriásica -APs-, criterios CASPAR, enfermedad de Still-criterios de Yamaguchi 1992 y espondiloartritis -SpA-, criterios ASAS 2009).
RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes, 30 mujeres (76.9%), con una mediana de edad al diagnóstico de AIJ de 12,9 años (RIC 7.6-16.5), y una mediana de tiempo de seguimiento total de 9.2 años (RIC 4,1-14,4). La categoría de AIJ más frecuente fue la oligoarticular con 19 pacientes (48.7%). Los pacientes con AIJ presentaron factor antinuclear (FAN) positivo en un 51.3% y factor reumatoideo (FR) positivo en un 17.9%. La mediana de edad al momento del pasaje a Reumatología de adultos fue de 20.4 años (RIC 18,6-24,1). En la adultez, 5 pacientes cumplieron criterios clasificatorios de AR, 7 de SpA y 2 APs. Además, 25 pacientes (64.1%) no cumplieron ninguno de los criterios clasificatorios, siendo 16 de categoría oligoarticular y 7 poliarticular FR negativo. El 46.2% recibió tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad convencionales (csDMARD) en la adultez y un 28,2% tratamiento biológico. Las infiltraciones articulares fueron frecuentes tanto en la infancia (43,6%) como en la adultez (38,5%).

Tabla 1: Características de 39 adultos con AIJ.

Variables	**Cohorte (n=39)**
Sexo femenino, n (%; IC95%)	30 (76.9; 60.4-87.9)
Edad al comienzo de la enfermedad, años, mediana (RIC)	10.9 (7.3-16.2)
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	12.9 (7.6-16.5)
Edad a la última consulta, años, mediana (RIC)	24.7 (20.7-28.7)
Tiempo de seguimiento total, años, mediana (RIC)	9.2 (4.1-14.4)
Edad al pasaje a Reumato logía adultos, años, mediana (RIC)	20.4 (18.6-24.1)
Consultorio de transición, n (%; IC95%)	8 (20.5%; 10.3-36.8)
Primera consulta en adultos antes de los 6 meses, n (%; IC95%)	15 (38.5%; 24.1-55.1)
Categoría de AIJ	
Oligoarticular, n (%; IC95%)	19 (48.7%; 32.9-64.7)
Poliarticular con FR+, n (%; IC95%)	7 (17.9%; 8.5-33.9)
Poliarticular con FR-, n (%; IC95%)	7 (17.,9%; 8.5-33.9)
Artritis/entesitis, n (%; IC95%)	4 (10.3%; 3.7-25.2)
Artritis psoriásica, n (%; IC95%)	1(2.5%; 0,3-17,4)
Artritis indiferenciada, n (%; IC95%)	1(2.5%; 0.3-17.4)
Sistémica, n (%; IC95%)	0 (0%)
Laboratorio	
FAN+ en Pediatría , n (%; IC95%)	20 (51.3%; 35.3-67.0)
FR+ Pediatría, n (%; IC95%)	7 (17.9%; 8.5-33.9)
Anti-CCP+ en Pediatría, n/n solicitado, (%; IC95%)	3/24 (12.5%; 3.7-34.5)
FAN+ en adultos, n (%; IC95%)	16 (41,0%; 26.3-57.6)
FR+ en adultos, n (%; IC95%)	4 (10.3%; 3.7-25.2)
Anti-CCP+ en adultos, n/n solicitado, (%; IC95%)	3/31 (9.7%; 2.9-27.4)
HLA B27, n/n solicitado, (%; IC95%)	5/11 (45.4%;16.8-77.4)

Tratamiento recibido en Pediatría	
Solo AINES, n,% (IC95%)	13 (33.3%; 19.9-50.1)
Infiltraciones, n,% (IC95%)	17 (43.6%; 28.5-59.9)
csDMARD,n,% (IC95%)	25 (64.1%; 47.4-77.9)
bDMARD, n,% (IC95%)	7 (17.9%; 8.5-33.9)
Tratamiento recibido en la adultez	
csDMAR, n,% (IC95%)	18 (46.2%; 28.8-77.3)
bDMARD/tsDMARD, n,% (IC95%)	11(28.2%; 15.9-44.9)
Infiltraciones, n,% (IC95%)	15 (38.5%; 24.1-55.1)
Parámetros de daño	
Uveítis en Pediatría, n,% (IC95%)	5 (12.8%; 5.2-28.2)
Erosiones radiográficas en Pediatría, n,% (IC95%)	3 (7.7%; 2.14-22.2)
Erosiones radiográficas en adultos, n,% (IC95%)	4 (10.3%; 3.7-25.2)
Reemplazo protésico, n,% (IC95%)	1(2.5%; 0.3-17.4)

Anti-CCP: anticuerpos anticitrulinados; FAN: factor antinuclear, FR: factor reumatoide, csDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad convencionales; tsDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad sintéticas; bDMARD: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas.

Tabla 2: Clasificación acorde a los criterios de enfermedades reumáticas de adultos.

Categoría ILAR de AIJ	Criterios clasificatorios en adultos				
	AR	SpA	APs	Enfermedad de Still	No clasificable
Oligoarticular (n=19)	0	2 (10.6%)	1 (5.2%)	0	16 (84.2%)
Poliarticular FR+ (n=7)	5 (71.4%)	0	0	0	2 (28.6%)
Poliarticular FR- (n=7)	0	0	0	0	7 (100%)
Entesitis artritis (n=4)	0	4 (100%)	0	0	0
APs (n=1)	0	0	1(100%)	0	0
Sistémica (n=0)	0	0	0	0	0
Indiferenciada (n=1)	0	1 (100%)	0	0	0
Total (n=39)	5 (12.9%)	7 (17.9%)	2 (5.1%)	0	25 (64.1%)

AR: artritis reumatoidea; SpA: espondilitis anquilosante; APs: artritis psoriásica; FR: factor reumatoideo; AIJ: artritis idiopática juvenil.

CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con AIJ que cumplían criterios ILAR 2001, al pasar a seguimiento reumatológico de adultos, el 64.1% no cumplió criterios clasificatorios para enfermedades reumáticas del adulto.

1896

REGISTRO PROSPECTIVO ARGENTINO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL AUTOINMUNE. EPIMAR 2: DATOS BASALES DE LOS PRIMEROS 42 PACIENTES

Florencia VIVERO[1], Emilio Buschiazzo[2], Juan Ignacio Enghelmayer[3], Fabiana Montoya[4], Marina Oliver[5], María Celina De la Vega[6], José Luis Velasco Zamora[7], Alejandro Nistche[8], Diana Lancellotti[5], Guillermo Pons-Estel[9], Patricia Aru[10], Marcela Usandivaras[11], María Luz Martín[12], Ana Lucía Barbaglia[13], Federico Campins[14], María Otaola[15]

[1]HOSPITAL COMUNITARIO DE PINAMAR, [2]HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, SALTA, [3] HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, [4]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [5]HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, [6]HOSPITAL ARGERICH, [7]HOSPITAL DE QUILMES, [8]HOSPITAL ALEMÁN, [9]CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS DE GRUPO OROÑO, [10]INSTITUTO INVESTIGACIONES CLÍNICAS ALFREDO LANARI, [11]SANATORIO 9 DE JULIO, TUCUMÁN, [12]HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, [13]HOSPITAL PADILLA DE TUCUMÁN, [15]CLÍNICA 25 DE MAYO, MAR DEL PLATA, [15]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) constituyen un grupo de trastornos caracterizados por inflamación y/o fibrosis del parénquima pulmonar. Las EPI de mecanismo autoinmune (EPI-Ai) incluyen las EPI asociadas a enfermedades del tejido conectivo (EPI-ETC), EPI asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (EPI-ANCA) y la neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF). Es imprescindible la evaluación multidisciplinaria ya que optimiza la interpretación de cada caso y la calidad asistencial de los pacientes. Actualmente solo existe consenso para la identificación y el manejo de la EPI asociada a esclerosis sistémica. En las demás EPI-Ai, toda estrategia de *screening*, diagnóstico, tratamiento y seguimiento suele realizarse a criterio del equipo tratante.
OBJETIVOS: Describir las características basales sociodemográficas, clínicas, serológicas, funcionales y de tratamiento en pacientes con EPI-Ai.
MATERIALES Y MÉTODOS: EPIMAR 2 es un registro de la vida real de pacientes con EPI-Ai, prospectivo, observacional y multicéntrico de Argentina, iniciado en abril de 2022. Se incluyeron pacientes >de 18 años con diagnóstico de EPI-Ai de ≤5 años de evolución, definida por hallazgos en tomografía computada de alta resolución (TCAR). Fueron clasificados en 3 subgrupos: EPI asociada a enfermedad del tejido conectivo (EPI-ETC), neumonía intersticial con hallazgos autoinmunes (IPAF) o EPI asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (EPI-ANCA). Se incluyó la EPI-subclínica (ausencia de síntomas respiratorios). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher y las continuas test de Wilcoxon. Se utilizó el *software* estadístico R y un nivel de significación del 5%.
RESULTADOS: Desde el 1º abril al 20 julio de 2022 se registraron datos de 42 pacientes, 36 (86%) mujeres, edad promedio 55 años (DS 12.8), 11 (26%) tenían antecedentes de tabaquismo actual o previo. Los subtipos de EPI-Ai fueron: 34 (81%) EPI-ETC, 7 (12%) IPAF y 3 (7%) EPI-ANCA. Los diagnósticos de ETC en el subgrupo EPI-ETC fueron: esclerosis sistémica 17 (50%), artritis reumatoidea 5 (15%), síndrome de Sjögren 5 (15%), lupus eritematoso sistémico 5 (15%) y miopatía inflamatoria 4 (12%). Los parámetros de función pulmonar promedio basales fueron los siguientes: CVF

mediana: 2.26 (1.68, 2.92) litros, 70% (57, 82.3), DLCO mediana: 13.5 (11, 16.8) ml/min/mmHg, 55% (51, 75). Los tratamientos más utilizados fueron: glucocorticoides 28 (82%), micofenolato mofetil 19 (54%), ciclofosfamida endovenosa 13 (37%), azatioprina 8 (25%), metotrexato 7 (22%), hidroxicloroquina 7 (22%) y nintedanib 3 (9%). Hubo 18 (42,8%) pacientes con EPI subclínica y al compararlos con los sintomáticos hubo mayor frecuencia de ETC definida en EPI subclínica (89% vs 75%, p0.06) y menor afectación de parámetros funcionales en espirometría basal (CVF 75% vs 65.6%, p0.1, DLCO 64,5% vs 52%, p0.075), aunque sin alcanzar significancia estadística.
CONCLUSIONES: Este es el primer reporte del registro prospectivo EPIMAR2. El subtipo de EPI-Ai más frecuente fue EPI-ETC en 8 de cada 10 pacientes ingresados. El grupo de pacientes con EPI-subclínica tuvo una tendencia a mayor frecuencia de ETC definida y de menor afectación en la espirometría basal, lo cual podría indicar que se pesquisa activamente la EPI en pacientes con diagnóstico de ETC, hallando EPI en estadios tempranos. *Agradecimientos: Rosana Quintana, Karen Roberts, UNISAR*.

1902

COMPARACIÓN ENTRE ENFERMEDAD OFTÁLMICA RELACIONADA CON IgG4 Y OTRAS ENTIDADES CON COMPROMISO OCULAR

Luisina Victoria ZUNINO[1], Melina Goette[1], Romina Calvo[1], Alejandro Varizat[1], Marcela Schmid[2], Jesica Gallo[3], Alberto Ortiz[1], Sergio Paira[1]

[1]HOSPITAL J.M. CULLEN, [2]HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, [3]HOSPITAL REGIONAL DE RECONQUISTA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria, sistémica, inmunomediada que puede afectar prácticamente a cualquier órgano. Se denomina como enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) al compromiso de la órbita y/o sus anexos, incluyendo glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. A su vez, hay un amplio espectro de patologías que pueden afectar a la órbita y sus anexos, como la inflamación orbital idiopática, amiloidosis, mieloma múltiple (MM), enfermedad de Erdheim Chester (EEC), enfermedad de Rosai Dorfman, granulomatosis con poliangeitis, sarcoidosis, enfermedad xantogranulomatosa, orbitopatía tiroidea, entre otras.
OBJETIVOS: Comparar las características clínico-analíticas, imagenológicas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4 con otras enfermedades que presenten afectación ocular (NO EOR-IgG4).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se llevó a cabo la recolección de datos mediante la visualización de historias clínicas. Se seleccionaron 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011, de 3 centros y 10 pacientes con NO EOR-IgG4 entre los años 2014 a 2021, conformando 2 grupos. Se analizó perfil demográfico, manifestaciones clínicas, analíticas, hallazgos histopatológicos y radiológicos. Se utilizó el *software* SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias con su desvío estándar o mediana con rango intercuartílico. La comparación de proporciones se realizó por test de chi^2 y la comparación de medias y medianas con la prueba T y con test no paramétricos. Se seleccionó un nivel de confianza de α=0,05.
RESULTADOS: Se analizó un total de 26 pacientes. 16 pacientes con EOR-IgG4 y 10 con NO EOR-IgG4. Cuatro de ellos con histiocitosis (3 con EEC y 1 con xantogranuloma del adulto asociado a asma), 3 con amiloidosis (1 además presentaba MM), 2 con secundarismo maligno (cáncer de pulmón y de mama respectivamente) y 1 con oftalmopatía tiroidea. El 75% en el grupo EOR IgG4 eran sexo femenino. La edad media de presentación fue de 43 años, sin diferencia entre los grupos. El compromiso fue bilateral en el 90% del grupo NO EOR IgG4. La proptosis, el dolor ocular (68,8%), la xeroftalmia y el edema palpebral (50% respectivamente) fueron los síntomas predominantes en EOR IgG4, mientras que el edema palpebral y la alteración de la motilidad ocular (70% y 40% respectivamente) lo fueron en NO EOR-IgG4. Se halló una significancia estadística entre el dolor ocular y la xeroftalmia con la EOR-IgG4 (p=0.045). En las manifestaciones extraoftálmicas, el compromiso parotídeo fue significativo en el grupo EOR-IgG4 (37.5%, p=0.035), mientras que el compromiso renal predominó en el otro grupo (20%). Serológicamente, hubo predominio de niveles elevados de IgG4 en el grupo EOR-IgG4 (68.8%, p=0.006), sin diferencias significativas entre los grupos en los valores de IgE, IgG, VSG, en cambio se halló una significancia entre la presencia de eosinofilia y el grupo NO EOR-IgG4 (p=0.05). Radiológicamente se observó que el compromiso bilateral y de edema de párpados fue mayor en el grupo NO EOR IgG4 (n=8), siendo este último significante (p=0.032). Por el contrario, la afectación de la glándula lagrimal se asoció con EOR-IgG4 (n=14, p=0.048). Histopatológicamente se halló una asociación entre el infiltrado linfoplasmocitario, la fibrosis estoriforme y la presencia de eosinófilos con la EOR-IgG4 (p=0.007; p=0.030; p=0.006 respectivamente), siendo el primero, el hallazgo más frecuente en ambos grupos (93.3% en EOR-IgG4 y 40% en NO EOR-IgG4).
CONCLUSIONES: En este estudio, la EOR-IgG4 se asoció significativamente con manifestaciones clínicas como xeroftalmia, dolor ocular y compromiso parotídeo, elevación sérica de IgG4, afección glandular lagrimal en estudios por imágenes y un infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis estoriforme y eosinófilos en anatomía patológica. Por el contrario, la presencia de eosinofilia sérica y edema palpebral en estudios por imágenes se relacionaron estadísticamente con el grupo NO EOR- IgG4.

1908

EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, SUPERVIVENCIA Y ACCESIBILIDAD DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ESTUDIO DE LA VIDA REAL EN ARGENTINA

María Victoria MARTIRE[1], Josefina Marin[2], Pamela Giorgis[3], Diego Vila[4], Hernán Maldonado Fico[5], Julieta Gamba[6], Javier Federico Flores Trejo[7], Rodolfo Pérez Alamino[8], Antonio Jorge Chemez[7], Leandro Ferreyra[2], Emilio Buschiazzo[9], María de los Ángeles Correa[3], Rodrigo Aguila[10], Micaela Ana Cosatti[11], Brian Roldan[3], Camila Lizarraga[12], María Agustina Alfaro[3], Julieta Morbiducci[13], Lía Ingoloti[13], Gisela Paola Pendón[14], Romina Nieto[15], Sofía Velloso[16], Alejandro Martínez Muñoz[17], Nicolás Martín Lloves Schenone[18], Ana Carolina Costi[10], Mariana Benegas[19], Natalia Zamora[20], Etel Saturansky[19], María Jezabel Haye Salinas[21], Ana Inés Marcos[1], Carla Airoldi[22], Amelia Granel[1]

[1]HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET, [2]HIBA, [3]IREP, [4]HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZÁRATE, [5]HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, [6]POSADAS, [7]HOSPITAL TORNÚ, [8]HOSPITAL AVELLANEDA, [9]HOSPITAL DEL MILAGRO, [10]SAN MARTÍN, [11]CEMIC, [12]HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, [13]HOSPITAL RIVADAVIA, [14]HOSPITAL GUTIÉRREZ, [15]CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), [16]HOSPITAL MUNICIPAL, [17]HOSPITAL SAN MIGUEL, [18]HOSPITAL CHURRUCA, [19]SANATORIO MÉNDEZ, [20]HIGA SAN JOSÉ PERGAMINO, [21]CEMMA, [22]HOSPITAL PROVINCIAL

INTRODUCCIÓN: Secukinumab (SEC) ha demostrado ser eficaz en espondiloartritis axial (EspAax) y en artritis psoriásica axial (APs axial) en estudios de fase III. Sin embargo, estos datos pueden no ser extrapolables a la vida real. No existen datos en Argentina de su uso en la práctica diaria.
OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, supervivencia, seguridad y accesibilidad de SEC en pacientes de Argentina con EspAax y APs axial.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con EspAax (según criterios ASAS 2009) y APs (según criterios CASPAR) con compromiso axial según criterio del médico tratante que hayan recibido al menos una dosis de secukinumab. Se recolectaron datos sociodemográficos, características de la enfermedad y del tratamiento con SEC. Se definió efectividad como BASDAI <4 a los 6 meses de tratamiento. Para evaluar la accesibilidad se contabilizaron los días entre la solicitud y la primera aplicación de SEC. Se calculó el índice LUNDEX para los 6 meses de tratamiento. Las variables categóricas se compararon por chi^2 y las continuas por T de Student o Mann Whitney. Se evaluó la sobrevida por curvas de Kaplan-Meier, comparaciones por log Rank y análisis de factores asociados a sobreviva por regresión de Cox. Consideraciones éticas: aprobado por el comité de ética. Estudio no sponsoreado.
RESULTADOS: Se incluyeron 117 pacientes 72 (61.5%) con APs axial y 45 (38.5%) con EspAax). En la Tabla se detallan las características de los pacientes incluidos. La población era en gran parte refractaria a la terapia biológica: SEC fue la primera línea de tratamiento en solo 27 pacientes (23.1%), la segunda línea en 57 (48.7%) y la tercera o mayor línea en 33 (28%). La efectividad de SEC a los 6 meses se alcanzó en 72 (61.5%) pacientes, 44 (61.5%) pacientes con APs axial y 28 (62.2 %) con EspAax, (p=0.9). La mediana de supervivencia de SEC fue de 20 meses (RIC 32), con una tasa de retención a los 6 meses de 95%, al 1 año del 78% y a 2 años del 64%, sin diferencias entre APs axial vs EspAax (log Rank 0. p=0.78) (Figura). No se encontraron diferencias entre los pacientes que continuaron vs los que discontinuaron SEC con respecto a: edad, género, escolaridad, vivir solo o acompañado, cobertura de salud, diagnóstico, HLA B27 +, IMC, edema en RM de sacroilíacas ASAS +, daño radiográfico ni la presencia de artritis, entesitis, dactilitis, BASDAI, ASDAS-PCR, BASFI, línea de tratamiento biológico, ni uso concomitante de cDMARDs (p>0.05). El índice LUNDEX global fue de 57%; 58% para APs axial y 59% para EspAax. La principal causa de suspensión del SEC fue la falla primaria (31.6%) seguida por falla secundaria (23.7%) y falta de provisión (21.1%). Los efectos adversos más frecuentes fueron infecciones de la vía aérea superior (7%), dolor/eritema en sitio de aplicación (4%) y candidiasis leve (2.6%). Se reportó una neoplasia cerebral y no se reportaron casos de enfermedad inflamatoria intestinal ni tuberculosis. La mediana de días entre solicitud y aplicación fue de 60 (RIC 60), siendo mayor la demora en pacientes con cobertura pública 90 (RIC 90) días vs obra social 40 (RIC 35) días, (p=0.012) y vs prepaga 48 (RIC 60), (p=0.009).

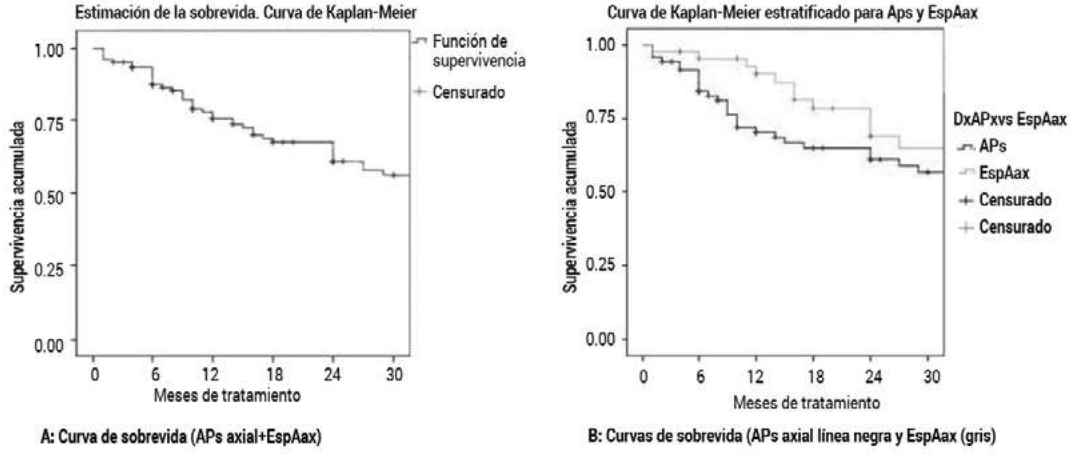


Figura: Curvas de sobrevida global (A) y estratificadas por enfermedad (B).

Tabla: Características de los pacientes incluidos.

Variables	APs axial n=72 (61.5%)	EspAzx n=45 (38.5%) EA: 35/45 (78%) EspAax-nr:19/45 (22%)	Total n=117 (100%)
Masculino n(%)	37 (51.4)	30 (67)	67 (57.3)
Edad promedio (DE)	54 (11)	45 (11)	50.7 (12.2)
Demora diagnóstica (meses) mediana (RIC)	14 (28)	48 (108)	38 (13)
Cobertura de salud n (%) Pública Prepaga Obra social	 16 (22) 5 (7) 51 (71)	 6 (13) 12 (27) 27 (60)	 22 (18.8) 17 (14.5) 78 (66.7)
Tabaquismo n (%)	7 (10)	6 (13)	13 (11)
IMC promedio (DE)	27 (4)	27 (5.5)	27.5 (5)
Psoriasis n (%)	68 (94.4)	3 (7)	71 (60.7)
Uveítis n (%)	3 (4.2)	5 (11)	8 (7)
Ell n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
HLA B27 n (%)	9/23 (39)	30/38 (78)	39/61 (58)
RM ASAS+ n (%)	34/45 (75.5)	28/32 (87)	62/77 (80)
BASDAI mediana (RIC)	7 (44)	9 (51)	7 (48)
ASDAS-PCR mediana (RIC)	4 (20)	4 (30)	4 (27)
BASFI mediana (RIC)	8 (28)	15 (39)	8 (34)

APs: artritis psoriásica; EspAax: espondiolaritis axial; EA: espondlltis anquilosante; EspAax-nr: espondiloartritis axial no radiográfica; x: media; DE: desvío estándar; n: número; IMC: índice de masa corporal; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; RM: resonancia magnética.

CONCLUSIONES: En este primer estudio de vida real de SEC en nuestro país se observaron datos de efectividad y sobrevida similares a los de estudios europeos, sin encontrar diferencias entre pacientes con APs axial y EspAax. No se observaron efectos adversos de interés, como enfermedad inflamatoria intestinal. Los índices LUNDEX fueron mayores a los reportados para drogas anti-TNF en nuestro país. La accesibilidad al tratamiento fue peor en aquellos pacientes sin cobertura de salud.

1944

APERISTALSIS ESOFÁGICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA

Analía SÁNCHEZ LEGUIZAMO[1], Rocío Lema[2], Rosa Javier[1], Enrique Soriano[1], María Julieta Arguero[2], Marina Scolnik[1]

[1]SECCIÓN REUMATOLOGÍA, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [2]SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La ausencia de contractilidad esofágica o aperistalsis esofágica (AP) es un hallazgo poco frecuente en una manometría de alta resolución (MAR) y esta condición se ha asociado con trastornos autoinmunes.
OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de AP en nuestro hospital y determinar su asociación con enfermedades reumatológicas y otras patologías.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se identificaron todos los estudios manométricos con AP realizados en un hospital universitario de Buenos Aires entre 2017 y junio de 2022. Se excluyeron aquellos pacientes sin seguimiento clínico en el hospital. Se recolectaron de la historia clínica electrónica datos demográficos, manométricos, clínicos y de laboratorio. Los mismos fueron evaluados en forma conjunta entre Reumatología y Gastroenterología. Se realizó estadística descriptiva de los datos.
RESULTADOS: Se revisaron 1437 manometrías esofágicas de alta resolución. El 5.8% (n=84) presentó el diagnóstico de AP. La media de edad fue 53 años (DE 17.6). El 63.8% fue mujer. Se excluyeron 19 pacientes por no tener seguimiento en nuestra institución. Se incluyeron 67 pacientes con AP, 44 mujeres (65.7%), con una media de edad al momento del estudio de 55.5 años (DE 17.6). 27 (40.3%) pacientes presentaban enfermedad reumatológica asociada (12 esclerodermia limitada, 7 esclerodermia difusa, 3 Sjogren, 1 lupus, 3 enfermedad mixta/superposición), 38 (56.7%) fueron aperistalsis idiopáticas y 2 pacientes presentaron aperistalsis asociada a diabetes. En la Tabla se presentan los parámetros clínicos, de laboratorio y los funcionales esofágicos de pacientes con AP idiopática (API), en comparación con la asociada a enfermedades reumatológicas (APR). Considerando las características demográficas, los pacientes con APR eran más frecuentemente de sexo femenino en comparación con API (p=0.003). En el análisis de variables manométricas, los pacientes con APR tuvieron presiones de la unión gastroesofágica significativamente menores que las API, tanto en reposo como durante las degluciones, y un mayor retardo en el vaciamiento esofágico comparado con los pacientes con API. Dentro del grupo de pacientes con APR, en 5 pacientes (18.5%) la disfagia (y la manometría con aperistalsis) fue la manifestación clínica inicial que llevó al diagnóstico de la enfermedad de base (3 esclerodermia limitada, 1 Sjögren, 1 lupus). Dentro del grupo de pacientes con API, al 60.5% se les solicitó un FAN y un 37.8% fueron evaluados por Reumatología.

	Aperistalsis idiopática (n=38)	Aperistalsis asociada a enfermedad reumatológica (n=27)	p valor
Parámetros epidemiológicos			
Sexo femenino, % (IC95%)	55.3 (38.9-70.5)	81.5 (61.6-92.3)	0.03*
Edad al momento de la manometría, mediana (RIC)	62.2 (38.2-71.9)	52.9 (42.7-61.2)	0.72
Parámetros funcionales esofágicos			
Presión EES, mmHg, mediana (RIC)	102 (57-139)	106 (76-157)	0.44
Presión EES, mmHg, mediana (RIC)	18 (13-25)	16 (9-21)	0.39
IC-UGE, mmHg, media (DE)	24.20 (2.5)	16,69 (2.2)	<0.05*
RIP (mmHg), media (DE)	10.26 (5.3)	7.7 (4,09)	<0.05*
TTM positivo, % (IC95%)	0	33 (18-49)	<0.05*
TEA Ph- impedanciometría (%), media (DE)	11.38 (3.5)	12.42 (3.4)	0.83
VEDA lesiones erosivas en esófago, % (IC95%)	25 (6-43)	86 (72-100)	<0.05*
TEB con retardo del vaciamiento a los 5 minutos, % (IC95%)	25 (6-43)	66 (42-90)	<0.05*
Parámetros clínicos			
Evaluación por Reumatología, % (IC95%)	37.8 (23.4-54.7)	92.6 (73.7-98.2)	<0.001*
FAN positivo, N/n solicitado, % (IC95%)	5/23 (21.7, 89-44.0)	23/25 (92.0 71.7-98.1)	<0.001*
Raynaud n/n solicitado, % (IC95%)	0	23/25 (92.0 71.7-95.1)	<0.001*
Capilaroscopia con patrón SD, N/N solicitado, % (IC95%)	0	14/16 (87.5 56.9-97.4)	<0.001*
Síntomas que llevaron a manometría			
Pirosis % (IC95%)	18.2 (7-35)	34.6 (17-55)	0.14
Regurgitación % (IC95%)	36.3 (20-54)	15.4 (4-34)	0.07
Disfagia orofaríngea % (IC95%)	30.0 (15-48)	38.5 (20-59)	0.50
Disfagia esofágica % (IC95%)	9.1 (5-19)	7.7 (0.9-25)	0.13

CONCLUSIONES: Un 40% de los pacientes con aperistalsis esofágica manométrica tuvo una enfermedad reumatológica asociada y en un 18.5% la disfagia fue la primera manifestación que llevó al diagnóstico.

1955

MANIFESTACIONES PULMONARES CLÍNICO IMAGENOLÓGICAS EN ER-IgG4

Jésica GALLO[1], Cristian Froullet[2], Alejandro Varizat[3], Alberto Ortiz[4], Romina Calvo[4], Cecilia Pisoni[5], Micaela Cosatti[5], Ana Bertoli[6], Sergio Oscar Paira[4]

[1]SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, [2]DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES JUNÍN, [3]HOSPITAL J.M. CULLEN, [4]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J.M. CULLEN, [5]CEMIC, [6]CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria, multiorgánica que puede incluir la afectación del pulmón. Las características patológicas de las lesiones pulmonares y pleurales relacionadas con IgG4 han sido poco documentadas.
OBJETIVOS: Ver los hallazgos tomográficos (TC) pulmonares y su frecuencia en los pacientes con ER-IgG4. Comparar las características demográficas, clínicas, datos de laboratorios y tratamientos entre los pacientes con ER-IgG4 que presentan afectación pulmonar en imágenes tomográficas versus pacientes con tomografías de tórax normales.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de grupo GESAR-IgG4, descriptivo y comparativo. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios de inclusión *Comprehensive Diagnosis Criteria 2011*, vistos desde 2014 hasta 2021. A los centros integrantes del Grupo GESAR-IgG4 se les solicitó que enviaran TC pulmonares de los pacientes. Exclusión: pacientes con historia familiar o personal de patologías linfoproliferativas, infecciosas, sarcoidosis y otras enfermedades del tejido conectivo, tumores y/o Epoc.TC pulmonar revisadas por dos imagenólogos ciegos, clasificación en 4 patrones: 1) nódulos sólidos (grande ≥1 cm; pequeño 3 cm), solitarios (2 a 5) y múltiples (más de 5); 2) opacidad en vidrio esmerilado; 3) compromiso intersticio alveolar; 4) broncovascular. Otros, pleural y adenopatías. Se evaluaron variables como: datos demográficos, tiempo de evolución y seguimiento, compromiso clínico, datos de laboratorio, historia de tabaquismo, antecedentes alérgicos, asma, sinusitis, y síntomas respiratorios (tos, fiebre, disnea, dolor pleurítico), considerándolos como sintomáticos o asintomáticos, evolución y tratamiento de los pacientes con compromiso pulmonar y posteriormente se los comparó con los pacientes con ER-IgG4 sin esta afección (TC normal). En los pacientes que tuvieran biopsias de pulmón se describieron las características histológicas de los mismos (tinción HE). Método estadístico: se utilizó el *software* estadístico SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, las continuas como medias con desvío estándar o mediana y rango intercuartílico. Las comparaciones se realizaron por test de chi^2, Prueba T o test no paramétricos, según corresponda. Nivel de confianza α=0,05.
RESULTADOS: Se recibieron 30 tomografías (exclusión 2 paciente faltan datos), grupo analizar=28. 17/28 (61%) presentaron imágenes compatibles y 11/28 (39.3%) normales. Patrones hallados: opacidad en vidrio esmerilado 9 (53%), engrosamiento septal 9 (53%), aumento del tejido broncovascular 8 (47%) y bronquiectasias 7 (41%). Menos frecuentes nódulos sólidos 4 (23%), adenopatías 4 (23%), lesiones pleurales 2 (12%) y masas 1 (6%). 10/17 (58,8%) sexo femenino. La edad media de consulta 48 años, edad media de inicio de los síntomas 45 años y tiempo de evolución de 15 meses y de seguimiento de 20 meses. Alergia/asma desde el diagnóstico en 3 pacientes (17%), rinitis en 5 (29%). 10 pacientes síntomas constitucionales, 8 astenia y 8 pérdida de peso (47%) y 2 fiebre (12%). De los 17 pacientes, 8 (47%) presentaron síntomas respiratorios, 3 de ellos como manifestación inicial. Tres pacientes tabaquistas, sin relación con compromiso pulmonar (p=0.21). Al comparar estos grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables ni en las variables serológicas. El valor de la IgE resultó mayor en los pacientes con compromiso pulmonar, sin significancias estadísticas. Los valores séricos de IgA, IgG, y subclases de IgG1, IgG2, IgG3 e IgG4 resultaron ser mayores en los pacientes que no presentaron compromiso pulmonar, solo el valor del dosaje de IgG4 resultó mayor estadísticamente significativo (p=0.022). Dos biopsias de pulmón, un paciente presentó infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis no estoriforme y en el restante infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis

estoriforme, infiltrado eosinofílico y focos de neutrófilo. Tratamiento sin diferencias. Evolución no malignidad, un paciente falleció (sepsis) grupo TC anormal.
CONCLUSIONES: 17/28 (61%) compromiso pulmonar. Más frecuentes, opacidad en vidrio esmerilado y engrosamiento septal (53%), aumento del tejido broncovascular (47%). No hubo diferencias entre ambos grupos, a excepción de la IgG4 sérica.

1969

ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA

Carla Gimena ALONSO[1], Verónica Savio[1], Carla Maldini[1], Mariana Ittg[1], Rosa Figueroa[1], Juan Pablo Avila[1], Carla Gobbi[2], Alejandro Albiero[1], Marcela Demarchi[3], Agustina Racca[3], Daniela Lewis[4], María Elena Castrillon[4], Paula Alba[1]

[1]UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CÓRDOBA, [2]CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA 1, HOSPITAL CÓRDOBA, FCM, UNC, [3]ÁREA DE INMUNOLOGÍA, LABORATORIO, HOSPITAL CÓRDOBA, [4]SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, HOSPITAL ITALIANO, CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad psoriásica (EPs) describe un abanico de manifestaciones que afecta a personas con psoriasis (PsO). Estos pacientes tienen mayor riesgo que la población general de padecer obesidad, insulinorresistencia, síndrome metabólico (SMet), hipertensión arterial (HTA), dislipemias (DLP) y enfermedad cardiovascular. El índice neutrófilo-linfocito (INL) es un biomarcador inflamatorio asociado con aterosclerosis y predictor de eventos cardiovasculares. Es simple y económico, reflejando la carga inflamatoria global sistémica, así como también la subclínica. Escasos estudios han evaluado la relación entre el INL con la EPs.
OBJETIVOS: Evaluar la aplicación del INL en pacientes con EPs, su relación con la inflamación sistémica y el riesgo cardiovascular.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron prospectivamente pacientes con APs mayores de 18 años con criterios CASPAR asistidos en un Servicio de Reumatología, desde el 03/07/2019 al 23/03/2022, y dos grupos control: un grupo con PsO y uno sano, apareados por edad y sexo. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades y hábitos tóxicos. La actividad de la enfermedad fue medida mediante PASI, DAPSA y MDA. La aterosclerosis subclínica (ATEsc) fue evaluada mediante la presencia de engrosamiento miointimal (EMI) y/o la presencia de placa por ultrasonido carotídeo. El INL fue separado en 4 grupos: <1.5, 1.5 <2.5, 2.5 <3.5 y ≥3.5. Análisis estadístico: variables categóricas nominales expresadas en proporciones, para cada variable mensurable discreta o continua se calculó la media y desviación estándar. Se utilizó el test de chi^2 o Fisher según correspondiera. Para cada variable mensurable discreta o continua se realizó test de Student o Wilcoxon. p<0.05 se consideró significativa.
RESULTADOS: Se incluyeron 165 pacientes, 112 con EPs (70 con APs y 42 con PsO) y 53 controles. 58% era de sexo femenino con una media de edad de 49.6±13.01 años (p=NS). La frecuencia de enfermedad cardiometabólica fue mayor en EPs: DBT (30% vs 2%; p=0.0001), HTA (47% vs 27%; p=0.01), DLP (83% vs 77%; p=0.33) y obesidad (57% vs 34%; p=0.06). 28% de los pacientes con EPs era fumador y el 4% de los controles (p=0.0004). El 73% de los pacientes con EPs tenía 2 o más comorbilidades vs 38% de controles (p=0.0001). El tiempo de evolución del compromiso cutáneo fue de 14.85±12.66 años y de la APs 5.62±9.53. El PASI fue mayor en PsO (8.36±7.72 vs 6.10±7.67; p<0.0001). El 51% de los pacientes presentaba un DAPSA bajo o en remisión, y se encontraban en MDA o VLDA el 41%. El 65% de los pacientes con EPs presentaba ATEsc (APs 62%; PsO 72%) vs. el 40% de los controles (p=0.004). El INL fue mayor en la EPs que en los controles (APs 2,11±0.94; PsO 2.28±0.92; controles 1.57±0.72; p<0.0001). La media del INL fue de 2.12 para el grupo con ATEsc y de 1.7 para el grupo sin ATEsc (p=0.04) (Figura). El INL en pacientes que no presentaban ATEsc fue numéricamente mayor en la EPs: APs 1.70±0.46; PsO 2.52±1.37; control 1.53±0.58; (p0.06). El 68% de pacientes con APs recibía cDMARD vs el 29% de PsO (p=0.0001); bDMARD el 33% de los pacientes con APs y ninguno con PsO.

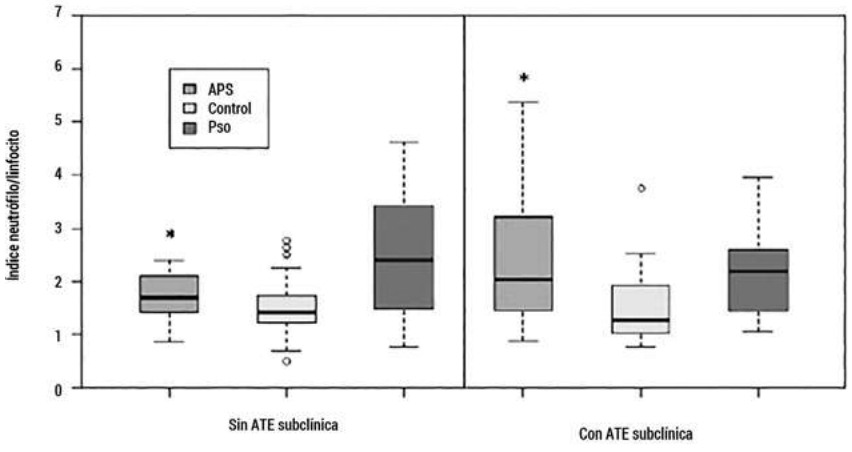


Figura: Índice neutrófilo-linfocito en pacientes con APs, PsO y controles con y sin ATE subclínica (*=p0.03).

CONCLUSIONES: Los pacientes con EPs presentan un INL elevado, principalmente con enfermedad cutánea activa, y asociado a aterosclerosis subclínica. El INL podría ser un biomarcador económico y de fácil acceso para evaluar el riesgo cardiovascular en pacientes con EPs.

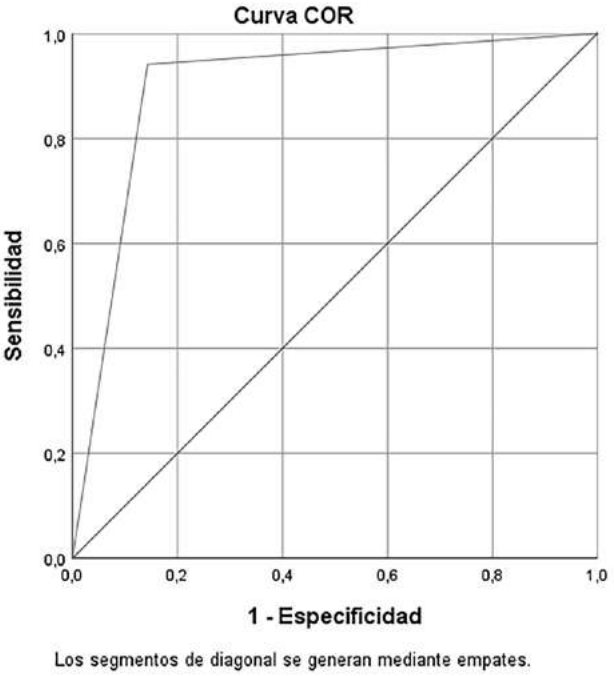
2011

NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Carola SOLIZ CORDERO, Alejandro Brigante, Jonathan Eliseo Rebak, Laura Lucía Holguín Arias, Laura Sorrentino, Adriana Hamaui, Diana Dubinsky

SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) se caracteriza por manifestaciones orales, genitales y gastrointestinales, y se usa el fenómeno de patergia como una herramienta diagnóstica objetiva, pero esta no es específica de la EB, ya que se puede encontrar en otras enfermedades e igualmente puede ser negativa aún teniendo EB. Otra característica descrita de la EB es el compromiso inflamatorio venoso predominante, valorado en un estudio realizado en centros de Turquía, donde la medición del espesor de vena femoral común (VFC) mostró ser una prueba diagnóstica para EB con sensibilidad y especificidades superiores al 80% para el valor de corte de 0.5 mm.
OBJETIVOS: Evaluar la *performance* diagnóstica del espesor de la pared posterior de la vena femoral común, medida por ecografía Doppler para el diagnóstico de enfermedad de Behcet.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal de evaluación de un test diagnóstico. Se recopilaron datos por revisión de historias clínicas recolectados de pacientes que pertenecen a la asociación "Síndrome de Behcet Argentina", pacientes de consultorios particulares y de la institución donde se realizó el estudio, que presentaban diagnóstico de EB, y se compararon con una población de sanos. Se realizó ecografía doppler venosa de miembros inferiores utilizando un protocolo de evaluación ecográfica, considerándose el espesor de la pared posterior de la VFC ≥0.5 mm como positivo. Se descartó adicionalmente TVP.
RESULTADOS: De 32 pacientes que presentaban diagnóstico de EB, 19 cumplieron criterios de inclusión y se obtuvieron datos de 19 controles sanos. La edad media de pacientes con EB fue 47 (DE 12.6), y la mediana de sanos fue 41 años (RIC 36.5-48.5). La prevalencia del sexo femenino fue 58% en el grupo de EB, y 42.1% en sanos. La mediana del retraso en el diagnóstico de EB fue de 19 meses (RIC 11-36). Los pacientes que cumplieron con los Criterios de Mason y Barnes fueron 89.47%. Al momento del diagnóstico, la presencia de úlceras orales fue 97.3%, úlceras genitales 78.94%, y compromiso ocular 42.1%, compromiso cutáneo (eritema nodoso) fue del 21% y neurológico 10.52%. La presencia de HLA B51 en pacientes con EB fue 63.15% y el fenómeno de patergia positivo se encontró 31.57%. Al momento del estudio, el 42.10% presentaba actividad de la enfermedad y la media (en años de enfermedad) fue 8.8. La etnia en EB fue 57.89% mestiza y caucásica 42.1%, y en el grupo de sanos 68.42% mestizos y 31.57% caucásicos (p0,5). En la valoración ecográfica de la VFC, fue positivo en 89.4% de pacientes con EB y 10.5% en el grupo de sanos, observándose una sensibilidad de 94.1% y una especificidad de 94.7%, con un área bajo de la curva 0.89 (p<0.0001), VPP 94.1% y VPN 94.7%. Observamos una probabilidad post-test de 0.059. El test presenta LR + 17.8 (IC95% 2.5-127) y un LR - 0.06 (IC95% 0.008-0.4).



CONCLUSIONES: En nuestra cohorte la media de edad y el predominio del sexo femenino fue similar a lo reportado en la literatura. En Argentina, al ser una enfermedad poco frecuente, no se cuenta con datos demográficos actualizados, por lo tanto, al no tener la prevalencia, no se puede obtener la probabilidad pre-test. El test diagnóstico en nuestro estudio presenta una buena capacidad para ser utilizado como parte del diagnóstico ante pacientes con sospecha clínica de EB con un buen perfil de sensibilidad y especificidad. Hasta la fecha, y por nuestro conocimiento, esta es la cohorte con más número de pacientes donde se evaluó este método en un país latinoamericano. Por su costo y simplicidad, la ecografía doppler podría ser de gran utilidad para el diagnóstico de EB.

2013

ANÁLISIS DE *CLUSTER* PARA IDENTIFICAR GRUPOS DE PACIENTES Y EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE AA. DATOS DEL MUNDO REAL DEL REGISTRO BIOBADASAR 3.0

Jorge Alejandro BRIGANTE[1], Karen Roberts[2], Carolina Isnardi[2], María Gimena Gómez[2], María Jezabel Haye Salinas[2], Mercedes A. García[3], Carla Andrea Gobbi[4], Gustavo Christian Casado[5], Jonathan Eliseo Rebak[6], Joan Manuel Dapeña[7], Silvia Papasidero[7], Guillermo Ariel Berbotto[8], Malena Viola[9], Verónica Saurit[10], Ingrid Petkovic[11], Ana Bertoli[12], Mónica Patricia Díaz[13], Erika Roxana Catay[14], Ida Elena Exeni[15], Bernardo Pons-Estel[16], Sergio Paira[17], Gladys Bovea[18], Mercedes De La Sota[19], María S. Larroudé[20], Dora Aida Pereira[21], Amelia Granel[22], Gustavo Medina[23], Cecilia Pisoni[24], Mónica Sacnun[25], Edson Javier Velozo[26], Nora Aste[27], María Cecilia Castro[28], Eduardo Kerzberg[29], Verónica Savio[30], Julieta Gamba[31], Anastasia Secco[32], Gustavo Citera[33], Enrique Soriano[34], César E Graf[35], Guillermo Pons-Estel[36], María Celina De La Vega[37]

[1]SANATORIO GÜEMES, [2]UNISAR, [3]HOSPITAL SAN MARTÍN, LA PLATA, [4]SANATORIO ALLENDE, [5]ATENCIÓN INTEGRAL EN REUMATOLOGÍA, [6]SANATORIO GÜEMES, [7]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ, [8]HOSPITAL EVA PERÓN Y SANATORIO BRITÁNICO - REUMATOLOGÍA, [9]CEIM, [10]HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA, [11]CONSULTORIO DRA. INGRID PETKOVIC REUMATOLOGÍA, [12]INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG, [13]BARILOCHE REUMATOLOGÍA, [14]CENTRO MORENO 150, REUMATOLOGÍA, [15]SANATORIO PARQUE, [16]SANATORIO PARQUE, GRUPO OROÑO, CENTRO CREAR, [17] HOSPITAL J.M. CULLEN, [18]HOSPITAL DR. CÉSAR MILSTEIN, [19]CONSULTORIO PARTICULAR DRA. DE LA SOTA, [20]CONSULTORIO PARTICULAR DRA. LARROUDÉ, [21]CONSULTORIO PARTICULAR, [22] CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGÍA, [23]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, [24]CEMIC, [25]HOSPITAL PROVINCIAL, [26]SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA REUMATOLOGÍA, [27]ASTE CENTRO DE INFUSIÓN REUMATOLOGÍA, [28]DRA. LÁZARO Y EQUIPO REUMATOLOGÍA, [29]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [30]HOSPITAL CÓRDOBA REUMATOLOGÍA, [31]HOSPITAL POSADAS, [32]HOSPITAL RIVADAVIA, [33]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DE BUENOS AIRES, [34]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [35]INSTITUTO MÉDICO MITRE, [36]UNISAR DIRECTOR, [37]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, PRESIDENTE COMISIÓN DIRECTIVA

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones clínicas de los pacientes con enfermedades reumatológicas son extremadamente heterogéneas. La aparición de acontecimientos adversos (AA) relacionados con los tratamientos recibidos por estas enfermedades aumentan considerablemente la morbimortalidad de estos pacientes. Es por esto que obtener datos del mundo real sobre estos AA y analizar sus causas es de suma importancia. El registro BIOBADASAR cuenta con datos de 5676 pacientes a lo largo de 10 años de seguimiento. Clasificar a los pacientes en tratamiento con drogas biológicas en subgrupos con distintos fenotipos a través de un agrupamiento no supervisado podría aportar información valiosa sobre las características que se asocian a determinados AA.

OBJETIVOS: Identificar mediante el análisis por *cluster* diferentes fenotipos clínicos relacionados con acontecimientos adversos en pacientes en tratamiento con drogas biológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, multicéntrico, de pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con fármacos biológicos originales, biosimilares o terapias dirigidas originales y genéricas en diferentes centros de Argentina, en seguimiento desde agosto de 2010 hasta julio de 2021. Se recabaron datos demográficos, clínicos, tiempo de inicio y finalización de los tratamientos, así como datos sobre la actividad de la enfermedad y los AA presentados. Los pacientes se agruparon de manera imparcial utilizando un método de agrupación de k-means, en función de sus perfiles clínicos y fenotípicos. Se evaluó el inicio de drogas antirreumáticas modificadores de la enfermedad biológicos (DME-b) en los grupos segregados para investigar el curso clínico y las características diferenciales de cada grupo.

RESULTADOS: Analizamos un total de 5676 pacientes del registro. Obtuvimos tres *clusters* diferentes: *cluster* 1: 1041 pacientes. Observamos mayor tiempo de evolución de la enfermedad en años 30.5 (Q125.8; Q3 35.6) y mayor demora de inicio al tratamiento 18.3 años (Q114.4; Q3 24) p<0.0001. *Cluster* 2: 2136 pacientes. Observamos mayor frecuencia de pacientes con lupus eritematoso sistémico: 156 (7.3%) p< 0.0001. En este subgrupo observamos menor frecuencia de AA 190 (8.9%) p <0.0001. *Cluster* 3: 2499 pacientes. Observamos una edad media mayor que en los otros dos *clusters* 57.3 (DE 8.3) p<0.001. La utilización de corticoides sistémicos se distribuyó de manera homogénea entre los 3 *clusters*.

CONCLUSIONES: El agrupamiento no supervisado de pacientes del registro BIOBADASAR demostró la existencia de subgrupos en función de características clínicas y demográficas. La identificación de pacientes de alto riesgo mediante una combinación de estos parámetros puede ser útil para identificar precozmente factores de riesgos y su asociación con acontecimientos adversos. Los resultados del presente estudio evidencian que dentro de la heterogeneidad de características de los pacientes existen elementos comunes que brindan una base para futuros análisis sobre estas variables y su relación con determinados AA.

Posters destacados

1721

COMPROMISO RENAL EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 (ER-IgG4)

Roberto Agustín SÁNCHEZ[1], Romina Calvo[1], Cristian Froullet[2], Alberto Ortiz[1], Sergio Paira[1]

[1]SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL J. M. CULLEN, SANTA FE, [2]SECCIÓN DIAGNÓSTICO POR IMAGEN HOSPITAL J. M CULLEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad renal relacionada con IgG4 (ERR-IgG4), prevalencia de 8 a 24%, predominio masculino (73-87%) y edad media 65 años. Los síntomas son leves y se asocian con lesiones extrarrenales (inflamación de las glándulas y linfadenopatías) o incidental por imágenes (53%) o laboratorio. El edema es de causa glomerulares o hidronefrosis, hipocomplementemia (50-70%), eosinofilia (47%), inmunoglobulina E elevada (70%), factor reumatoideo (FR) 38% y el anticuerpo antinuclear (ANA) 69%. Takahashi et al. describen 4 patrones de lesiones del parénquima: pequeños nódulos corticales periféricos <1 cm, lesiones redondeadas bien o mal definidas, forma de cuña, afectación parcheada difusa.
OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de afección renal en un grupo de pacientes con ER-IgG4, características clínicas, laboratorio, histopatológicas e imagenológicas, y compararlas con pacientes con ER-IgG4 sin compromiso renal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron, retrospectivamente, 44 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ER-IgG4, según los criterios de Umehara et al., Deshpande et al. y ACR/EULAR entre 2014 y 2021. Considerando compromiso renal: 1) laboratorio de injuria renal (creatinina >1,4 mg/dl y/o *clearence* de creatinina (Clcr) <60 ml/min y/o proteinuria >500 mg/24 hs y/o hematuria >3/campo de gran aumento (CGA), o 2) imágenes renales con múltiples lesiones hipodensas (patrones de Takahashi et al.) y/o infiltración difusa del tejido blando perirrenal y/o nefromegalia y/o masa renal solitaria hipovascular y/o lesiones de la pelvis renal, o 3. Biopsia renal con infiltrado linfoplasmocitario denso con células plasmáticas IgG4 positiva >10 cel/CGA o relación IgG4/IgG >40% con fibrosis. La biopsia renal se evaluó con microscopia óptica e inmunohistoquímica, no se realizó tinción con elastina. Eritrosedimentación (VSG) corregida según edad y sexo. Se analizaron características demográficas, laboratorio y órganos involucrados comparando pacientes con ER-IgG4 con y sin compromiso renal. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, las variables continuas como medias con desvío estándar y como mediana con rango intercuartílico. Comparación de proporciones por test de chi^2 o test exacto de Fisher, y la comparación de medias y medianas con Prueba T o Test U de Mann Whitney. Nivel de confianza de α=0,05. Se utilizó el *software* estadístico SPSS versión 19.
RESULTADOS: De los 44 con ER-IgG4, 6 tenían compromiso renal (13.63%), 4 de ellos de inicio. 4 eran mujeres, edad media de 50.8 años (±17.1); 2 con síntomas constitucionales y todos con compromiso de otros órganos (ganglios 5, glándula submaxilar 4, parótida 3). 4 de ellos cumplieron criterios de laboratorio, Cr >1.4 mg/dl en 2 (media 1,1), proteinuria 3/5.1 de rango nefrótico (media 1501 mg/día), 2 hematíes dismórficos y CLcr <60 ml/min 2/5 (media 72,6 ml/min) y solo 2 cumplieron criterio de imagen. 1 eosinofilia, 2 PCR elevada y 4 VSG elevada. IgG elevada en 4/5 (media 3201.0 mg/dl ±1606.6), igG1 e igG3 en 3/5 e IgG4 en 2 (media 1844.7 mg/dl ± 1728.4), la IgE elevada en 4/4 (media 784.7 mg/dl±461.7). Hipocomplementemia 3/5, FR 4/6 y ANA (>1/160) 3/6. Todos tenían tomografía con contraste, lesión en forma de cuña en 4, lesiones redondeadas en 1, parcheado difuso en 1 e imágenes lineales hipodensas cortico medulares en 2. 3 tenían biopsia renal, 2 presentaron NTI (2 infiltrado linfoplasmocitario denso, 1 eosinófilos, 1 fibrosis, 1 fibrosis estoriforme, ambos >10 IgG4+/CGA, 1 rango >40%). Cuando se comparó compromiso renal con no renal solo se observó diferencia estadísticamente significativa, a favor del primero, en la media de IgG2 (p=0.038), IgG3 (p=0.002) e IgG4 (p=0.058) y una tendencia estadística en la positividad del ANA (p=0.099).
CONCLUSIONES: Los que presentaron ER-IgG4 y compromiso renal eran más jóvenes (Kawano et al. 63.7 años), con predominio femenino, la IgE estuvo elevada en todos y la IgG4 en un menor porcentaje, comparando con la serie de Kawano et al., y Saeki et al. La lesión en forma de cuña fue la más frecuente, coincidiendo con Takahashi et al., de las cuales dos (33%) fueron hallazgos incidentales e imágenes lineales hipodensas corticales o cortico-medulares en 2 casos. El resto de los resultados fue similar a las series antes nombradas, destacando que la enfermedad renal relacionada con IgG4 se presenta en pacientes con compromiso multisistémico y en un porcentaje considerable de manera incidental.

1757

VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA: PRIMER REPORTE DEL REGISTRO SAR-COVAC

Jennifer Laura KREIMER[1], Carolina A. Isnardi[2], María Eugenia D´Angelo[3], Ingrid Petkovic[4], Dora Pereira[3], Gustavo Rodríguez Gil[4], Emilce Schneeberger[3], Yohana Tissera[3], María de los Ángeles Correa[3], Nora Kogan[3], Cecilia Pisoni[3], Carla Gimena Alonso[4], Karina Cogo[3], Micaela Cosatti[3], Romina Nieto[3], Zaida Troyano[3], Alejandra Rollano Perasso[3], Ana Laura Toledo[3], Ana Bertoli[3], Paula Luna[3], Guillermo Berbotto[3], Pablo Maid[3], Carla Matellán[3], María Agustina Alfaro[3], Rosana Quintana[3], Ingrid Strusberg[3], Cecilia Reimundez[3], Leila Mariana Muñoz[3], Leandro Perrotat[3], Cristina Echeverría[3], Guillermo J. Pons-Estel[2]

[1]SOARPSO, [2]UNISAR, [3]INVESTIGADOR SAR-COVAC, [4]INVESTIGADOR SAR-COVAC

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad psoriásica (EP) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2. La vacunación se ha convertido en una herramienta fundamental para controlar la pandemia por COVID-19 y evitar formas severas. Sin embargo, existen escasos datos acerca de su eficacia y seguridad en pacientes con EP.
OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad de las vacunas para SARS-CoV-2 en pacientes con EP del registro SAR-CoVAC.
MATERIALES Y MÉTODOS: SAR-CoVAC es un registro nacional, multicéntrico, longitudinal y observacional, en el que se incluyen de forma consecutiva pacientes ≥18 años, con diagnóstico de enfermedad reumática y/o psoriasis que hayan recibido al menos una dosis de vacuna para SARS-CoV-2. Para este análisis se incluyeron aquellos con EP desde el 1 de junio de 2021 hasta el 1 de julio de 2022. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades, enfermedad reumática subyacente y su tratamiento, vacuna aplicada, número de dosis, desarrollo de eventos adversos (EA), brote de la enfermedad psoriásica y manifestaciones inmunomediadas nuevas, así como también la infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación y su gravedad. Análisis estadístico: estadística descriptiva.
RESULTADOS: Se incluyeron 320 pacientes, 54.1% de sexo femenino, con una edad media de 38.3±14.4 años, de las cuales 61.6% presentaba artritis psoriásica y 46.2% solo psoriasis. La mayoría de los pacientes con EP se encontraba en remisión (27.7%) y en mínima/baja actividad de la enfermedad (47.8%) al momento de la vacunación. El 28.4% recibía tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad (DME) convencionales, siendo el metotrexato el más utilizado (24.7%). El 55.9% se encontraba en tratamiento con DME biológicas, incluyendo 22.5% inhibidores de IL-17, 22.2% inhi-

bidores de TNF y 10.9% inhibidores de IL-12/23 y 23. Asimismo, 2 (0.6%) pacientes usaban inhibidores JAK. Los principales tratamientos tópicos utilizados fueron corticosteroides (11.3%), ácido salicílico (2.19%) y calcipotriol (1.56%). El 16.8% reportó historia de infección por SARS-CoV-2 antes de la aplicación de la vacuna. La mayoría de los pacientes recibieron la vacuna Sputnik V (55.6%) como primera dosis, seguida por AstraZeneca (30.0%) y Sinopharm (11.3%). El 75.3% recibió dos dosis, en la mayoría de los casos con esquemas homólogos (75.5%) (Figura). La mitad de los pacientes (49.1%) recibió tres dosis, las más utilizadas AstraZeneca (60.5%), Pfizer/BioNTech (27.4%) y Moderna (8.3%), completando el 74.5% de ellos el esquema primario de vacunación de tipo heterólogo. El tiempo mediano entre la primera y la tercera dosis fue 243 días (RIC 196-270). En el 62.8% de los casos, la vacuna fue indicada por el médico reumatólogo o dermatólogo tratante y en el 30.2% la decisión fue tomada por el paciente de manera independiente. El 24.6%, 12.2% y 17.2% de los pacientes reportó al menos un EA luego de la primera, segunda y tercera dosis, respectivamente. El síndrome pseudo-gripal 11.1% (80/780) de las dosis aplicadas y la hipersensibilidad local 10.3% (74/718) fueron las manifestaciones más frecuentes. Solo un EA motivó la internación del paciente. La incidencia de EA fue menor en quienes recibieron Sputnik V y Sinopharm y más alta con AstraZeneca y Moderna (Figura). Un total de 8 pacientes (2.9%) reportaron un brote de la enfermedad luego de la vacunación y ningún paciente presentó una nueva manifestación inmunomediada. Se reportaron 10 eventos de infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, 80% de ellos entre la primera y segunda dosis, y el resto entre la segunda y la tercera. En la mayoría de los casos (70%) la infección fue asintomática y/o de curso ambulatorio. No se reportaron muertes.

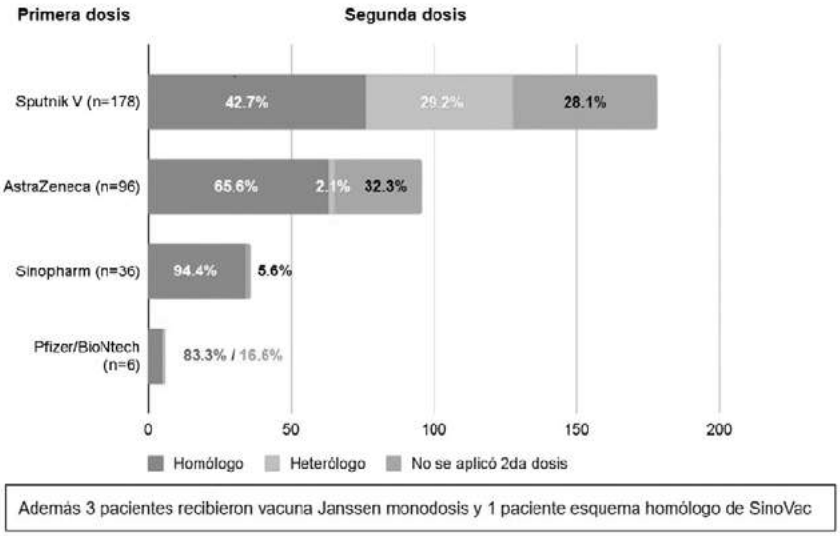


Figura: Tipos de vacunas y esquemas utilizados como primera y segunda dosis.

Tabla: Incidencia de EA según la vacuna utilizada.

	Sputnik V	AstraZeneza	Sinopharm	Moderna	Pizer/ BioNTech
Número de EA	45	64	12	14	8
Número de dosis	255	253	75	56	46
Incidencia de EA (cada 1000 dosis, IC95%)	176 (130-223)	253 (199-307)	160 (77-243)	250 (137-363)	174 (64-283)
Sputnik V		0.046	0.874	0.279	1.000
AstraZeneza			0.128	1.000	0.334
Sinopharm				0.291	1.000
Moderna					0.492
Pfizer/BioNTech					

CONCLUSIONES: En esta cohorte nacional de pacientes con enfermedad psoriásica vacunados para SARS-CoV-2, las vacunas más utilizadas fueron Sputnik V y AstraZeneca. Al momento de este corte, el 75% habían recibido 2 dosis y el 40% completaron el esquema primario de vacunación, en la mayoría de los casos de forma heteróloga. Un cuarto de los pacientes presentó algún EA, mientras que el 3.1% presentó infección por SARS-CoV-2 luego de la vacunación, en la mayoría de los casos leve.

1775

COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

María Josefina MOLINA[1], Alejandro Nitsche[2]

[1]CENTRO GALLEGO, [2]HOSPITAL ALEMÁN

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune, crónica y en algunos casos devastadora donde la rápida progresión de la enfermedad, expresada en meses con severa induración cutánea, evaluada por *score* de Rodnan modificado (SRm) son predictores de mal pronóstico. EULAR y la Sociedad Americana de Trasplante de Médula Ósea recomiendan el trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) como tratamiento en pacientes con esclerosis sistémica rápidamente progresiva (ES-RP) y riesgo de falla orgánica. El estudio SCOT demostró que el 92% de los pacientes con ES tratados con TACPH estaban sin drogas modificadoras de enfermedad y libres de enfermedad a 11 años de seguimiento. Sin embargo, los 3 estudios abiertos randomizados (ASTIS, ASIST y SCOT) muestran complicaciones infecciosas y una tasa de mortalidad del 3%-10% relacionada al TACPH dentro de los 3 primeros años pos trasplante con mayor riesgo de infecciones dentro del primer año. Por otro lado, el TACPH pude presentar complicaciones no infecciosas como la enfermedad del suero (ESu) y el síndrome de injerto (SIn). La ESu se define como una reacción inflamatoria no infecciosa que cursa con fiebre, *rash* cutáneo, adenomegalias y poliartritis severa. El SIn ocurre dentro de las 96 horas del prendimiento de las células trasplantadas y se manifiesta por fiebre >38°, erupción cutánea difusa, aumento del peso corporal y síndrome pulmonar con disnea, hipoxia e infiltrados pulmonares bilaterales, relacionado con la liberación masiva de citoquinas. Ambas complicaciones revierten con dosis elevadas de corticosteroides.

OBJETIVOS: Describir la frecuencia de complicaciones en pacientes con esclerosis sistémica sometidos a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas de 7 pacientes con ES difusa (criterios de clasificación ACR-EULAR 2013) tratados con TACPH no mieloablativo. Se determinó sexo, edad, edad al diagnóstico de ES, tiempo de evolución de ES y tiempo de evolución de ES al momento del TACPH. Se definió como ES-RP pacientes con duración de enfermedad de hasta 5 años de evolución con SRm basal mayor a 15 puntos y con variable compromiso orgánico. Se constató el desarrollo de complicaciones relacionadas al trasplante. Se consideraron complicaciones infecciosas y no infecciosas relacionadas con el TACPH, el momento de presentación de las complicaciones, tratamientos recibidos para la complicación y evolución de la misma. Análisis estadístico: frecuencias, medias y medianas.
RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes con ES difusa sometidos a TACPH, 6/7 fueron definidos con enfermedad rápidamente progresiva, 5 fueron mujeres y 2 varones, con una edad media de 47.4±8.8 años, edad media al diagnóstico de ES de 41.7±5.7 años, tiempo medio de evolución de ES de 5.9±5.1 años y una mediana de tiempo de evolución de ES al momento del TACPH de 3 años (rango 12 años). Cuatro de siete pacientes (57.1%) presentaron complicaciones relacionadas al TACPH. Todas las complicaciones ocurrieron dentro de los 15 días del trasplante. De los 4 pacientes con complicaciones, 1 de ellos presentó *shock* séptico y leucoencefalopatía reversible requiriendo tratamiento con antibióticos de amplio espectro, antivirales y antimicóticos con resolución completa del evento luego de 45 días de internación en unidad de terapia intensiva. Los 3 pacientes restantes presentaron complicaciones no infecciosas: 2 de ellos enfermedad del suero y un paciente síndrome de injerto. Los 3 pacientes evolucionaron favorablemente con dosis elevadas de corticosteroides.
CONCLUSIONES: La frecuencia de complicaciones en nuestros pacientes con ES sometidos a TACPH fue elevada, del 57.1%, siendo las complicaciones no infecciosas las más frecuentes. Todos los pacientes respondieron favorablemente a los tratamientos indicados para tales complicaciones. Debido a la alta frecuencia de complicaciones se deben seleccionar cuidadosamente los pacientes con ES candidatos para ser tratados con TACPH para minimizar los riesgos de complicaciones, por ende, es necesario el trabajo de un equipo multidisciplinario comprometido en el manejo de estos pacientes.

1825

USO DE RECURSOS DE SALUD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Rodolfo Nicolás ALVARADO[1], Gelsomina Alle[1], Mayra Alejandra Tobar Jaramillo[1], Luis Carlos Palomino[1], Agustín Gabriel Cáceres[1], Javier Eduardo Rosa[1], Gerardo Machnicki[2], Federico Zazzetti[3], Enrique Roberto Soriano[1], Marina Scolnik[1]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [2]JANSSEN LATAM, [3]JANSSEN GLOBAL

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que cursa con períodos de remisión y actividad de severidad variable que influyen sobre el patrón de tratamiento. Existen pocos datos relacionados con el uso de recursos de salud de los pacientes con LES en América Latina.
OBJETIVOS: El objetivo primario fue analizar el uso de recursos de salud (URS) de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) afiliados al plan prepago de un Hospital Universitario de Buenos Aires y compararlos con controles pareados por edad y sexo. El objetivo secundario fue comparar el URS de los pacientes con LES entre períodos de remisión y brote.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron casos incidentes de LES (criterios ACR 1997 o SLICC 2012) diagnosticados entre 2000 y 2020, y 5 controles pareados (edad, sexo y fecha de afiliación), todos afiliados a la misma prepaga. La fecha de diagnóstico de LES se consideró como fecha índice. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes y se registraron datos clínicos y de URS (consultas ambulatorias médicas y no médicas, pruebas de laboratorio e imágenes realizadas, consultas al servicio de emergencia, hospitalizaciones y drogas prescriptas). Para cada paciente con LES se determinó el estado de actividad de la enfermedad en cada mes de seguimiento: brote (BILAG A o 2 BILAG B), baja actividad (LLDAS), remisión (según definición de DORIS) o actividad intermedia (si no cumplía ninguna de los anteriores). Se realizó un análisis descriptivo, se calculó la densidad de incidencia (IR) para cada ítem del URS y luego se calculó la razón de tasas de incidencia (IRR) entre casos y controles, y entre períodos de remisión y brote del LES. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística binomial negativo para identificar las variables asociadas con una mayor utilización de recursos.
RESULTADOS: Se incluyeron 62 LES y 310 controles, 88.7% mujeres, con una mediana de edad en la fecha índice de 46 años, y un seguimiento de más de 8 años. Los casos aportaron 537.2 paciente-años (IC95% 461.1-613.3) y los controles 2761.9 paciente-años (IC95% 2600.9-2922.8). El URS en LES fue significativamente mayor que en los controles en todos los ítems, incluso en períodos de remisión (Tabla). El LES se asoció de forma independiente con un mayor URS en el análisis multivariado. Los pacientes con LES permanecieron el 74.4% del tiempo en remisión, 12.1% en LLDAS, 12.2% en actividad intermedia y 1.3% en brote (hubo 64 brotes en 36 pacientes). El URS fue significativamente mayor durante los períodos de brote comparado con la remisión. En el análisis multivariado, el número de brotes se asoció de forma independiente con más consultas al Servicio de Emergencias, realización de pruebas de laboratorio y radiografías, número de drogas prescriptas y hospitalizaciones.

	Densidad de incidencia en controles (paciente-año) (IC95%)	Densidad de incidencia en LES en remisión (paciente-año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES (paciente año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES en actividad intermedia (paciente año) (IC95%)	Densidad de incidencia de LES en brote (paciente año) (IC95%)	IRR (IC95%), P (LES vs. controles)	IRR (IC95%), P (LES en remisión vs brote)
Consultas a Reumatología	0.1 (0.1-0.2)	2.5 (1.9-2.9)	3.8 (1.8-5.9)	6.5 (4.6-8.5)	15.9 (9.1-22.7)	19,4 (17,3-21,7) <0.001	6,5 (5.3-7.8) <0.001
Otras consultas médicas	6.8 (6.2-7.4)	11.1 (6.6-15.5)	9.3 (4.6-14.1)	15.7 (7.7-23.7)	28.9 (18.039.8)	1,7 (1,6-1,7) <0.001	2,6 (2.3-3.0) <0.001
Consultas no médicas	1.4 (0.9-1.8)	1.9 (0.8-3-1)	0.4 (-0.2-1.1)	01 (01-0.3)	4.7 (4.4-13.7)	1,2 (1,1-1,2) <0.001	2,4 (1.6-3.4) <0.001
Consultas a emergencias	3.8 (3.3-4.4)	6.1 (4.18-.3)	5.9 (2.5-9.3)	10.6 (5.4-15.8)	8.3 (17.5-59.2)	1,8 (1,7-1,9) <0.001	6.3 (5.5-7.1) <0.001
Pruebas de laboratorio realizadas	2.4 (2.0-2.6)	6.2 (4.2-8.2)	6.9 (3.4-10.5)	14.6 (9.7-19.5)	43.2 (23.4-63.1)	3,2 (3,1-3,4) <0.001	6.9 (6.2-7.8) <0.001
Radiografías realizadas	0.9 (0.8-1.2)	2.2 (1.1-3.2)	1.3 (0.6-2.0)	2. 7(1.5-3.8)	25.5 (6.6-44.1)	2,4 (2,2-2,5) <0.001	11.8 (9.9-13.9) <0.001
Otras imágenes realizadas	2.5 (2.2-2.8)	3.9 (2.7-4.9)	4.2 (1.9-6.5)	4.9 (3.1-6.8)	36.5 (13.1-59.9)	1,7 (1,6-1,8) <0.001	9.4 (8.2-10,8) <0.001
Drogas relacionadas al LES prescriptas	0.2 (0.1-0.3)	8.3 (6.2-10.4)	8.6 (4.8-12.4)	22.3 (11.6-32.9)	40.7 (22.6-58.8)	59,5 (53,9-65,7) <0.001	4.9 (4.3-5.5) <0.001
Otras drogas prescriptas	15.7 (12.9-18.5)	29.8 (18.4-41.3)	17.8 (9.1-26.4)	31.5 (19.8-43.1)	84.8 (37.6-131.9)	1,8 (1,7-1,8) <0.001	2.8 (2.6-3.1) <0.001
Hospitalizaciones	0.2 (0.1-0.2)	0.4 (0.2-0.6)	0.4 (0.1-0.7)	1.1 (0.5-1.7)	11.3 (6.3-16.2)	3,5 (3,0-4,0) <0.001	31.5 (23.7-41.7) <0.001

CONCLUSIONES: Se observó un URS significativamente mayor en pacientes con LES comparados con controles pareados, y durante los brotes comparado con la remisión.

1847

POLIMIALGIA REUMÁTICA CON REACTANTES DE FASE AGUDA NORMALES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Anabella RODRÍGUEZ[1], Micaela Cosatti[1], Cecilia Pisoni[1]

[1]CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC)

INTRODUCCIÓN: La polimialgia reumática (PMR) es un síndrome que afecta a personas mayores de 50 años. Se caracteriza por presentar dolor en cintura escapular y/o pelviana asociado a limitación en el movimiento y rigidez matinal. Los valores elevados de eritrosedimentación (ERS) y de proteína C reactiva (PCR) son hallazgos habituales en el laboratorio, sin embargo, su ausencia no excluye el diagnóstico.
OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de PMR con reactantes de fase aguda (RFA) normales, comparar las características y desenlaces clínicos en pacientes con PMR reactantes normales y elevados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, donde se incluyeron 145 pacientes con diagnóstico nuevo de PMR entre agosto de 2008 y diciembre de 2021, en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El diagnóstico se realizó con base al juicio clínico del médico reumatólogo tratante. Excluimos a los pacientes que al momento del diagnóstico de PMR presentaban diagnóstico de arteritis de células gigantes en forma simultánea, pacientes que ya estuvieran bajo tratamiento con drogas inmunosupresoras/moduladores y/o esteroides en el último mes. Se recolectó información sobre características demográficas, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución, comorbilidades, laboratorio, tratamientos y efectos adversos desde su diagnóstico hasta la última consulta registrada en la historia clínica. Se definió remisión sostenida (ausencia de manifestaciones clínicas +/- normalización de PCR y ESR en paciente sin corticoides), recaída (nuevos síntomas y signos de PMR con o sin aumento de los reactantes de fase aguda que hayan requerido un aumento de la dosis de esteroides) y recurrencia (aparición de los síntomas +/- aumento de VSG o la PCR luego de haber alcanzado la remisión). Los valores de ERS se consideran normales cuando fueron menores a 30 mm/h o elevados (≥30 mm/h) tanto para hombres como para mujeres, el valor de PCR se estableció según el valor de corte de cada laboratorio.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 145 pacientes. Las características demográficas se describen en la Tabla 1. La prevalencia de PMR con RFA normales en nuestra población fue de 18.35%. El grupo de pacientes con PMR y RFA normales presentaron una mayor duración de los síntomas previo al diagnóstico (11 vs 4.4 meses p=0.02). No presentaron diferencia en las manifestaciones clínicas, aunque hubo una tendencia a presentar mayor cantidad de síntomas constitucionales en pacientes con RFA altos (31.4% vs 14.8% p=0.08). Los pacientes con RFA clásica presentaron más frecuentemente anemia (30.1% vs 4.5%, p=0.01). El 50.2% presentó al menos una recaída durante el seguimiento, no se encontraron diferencias en ambos grupos (55.9% vs 51.9%, p=0.32). La presencia de 3 o más recaídas fue más frecuente en pacientes con RFA normales (p=0.03). No hubo diferencias en los tratamientos recibidos y en relación con los efectos adversos asociados a los esteroides pudimos observar una diferencia significativa en la presencia de fracturas en pacientes con RFA normales (18.5% vs 5.9%, p=0.03) (Tabla 2).

Tabla 1: Característica demográficas.

Variable	Total (n=145)	RFA altos (n=118)	RFA normal (n=27)	p valor
Sexo femenino, N(%)	102 (70.3)	85 (72)	17 (62)	0.35
Edad, N(DE)	72.1 (81)	72.5 (8)	70.5 (8.4)	0.13
Comorbilidades*				
HTA, N(%)	83 (57.2)	66 (55.9)	17 (62.9)	0.50
DLP, N(%)	69 (47.6)	55 (46.6)	14 (51.8)	0.62
Hipotiroidismo, N(%)	42 (28.9)	32 (27.1)	10 (37)	0.30
ECV-, N(%)	19(13.1)	15 (12.7)	4 (14.8)	0.77
Cáncer, N(%)	24 (16.5)	21 (17.8)	3 (11.1)	0.40
DBT, N(%)	22 (15.2)	17 (14.4)	8 (18.5)	0.59
ERS ,n (DE)**	45.7 (32.4)	52.7 (31.9)	15.7 (10)	<0.01
PCR alta ** (%)	107	107 (96.4)	0 (0)	<0.01
Duración de síntomas previo al diagnóstico en meses, NDE)	5.6 (8.9)	4.39 (6.1)	11 (15.3)	0.02
Tiempo de seguimiento, meses mediana (RIQ)	21(10.2-37)	21.6 (10.6-37)	17.5 (7.7-37.5)	0.85

Infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca.VSG. n=144.***PCR n=137.*

Tabla 2: Manifestaciones y desenlaces clínicos.

Variable	Total (n=145)	RFA altos (n=118)	RFA normal (n=27)	p valor
Manifestaciones clínicas				
Dolor de cuello, N(%)	40 (27.6)	34 (28.8)	6 (22.2)	0.48
Dolor de cintura escapular, N(%)	131 (90.3)	105 (89)	26 (93.3)	0.25
Dolor de cintura pelviana, N(%)	126 (87)	102 (86.4)	24 (89)	0.73
Síntomas constitucionales, N(%)	41 (71.7)	37 (31.4)	4 (14.8)	0.08
Rigidez matinal, N(%)	72 (49.7)	60 (50.8)	12 (44.4)	0.55
Artritis, N(%)	8 (5.5)	8 (6.78)	0 (0.0)	0.16
Pitting edema, N(%)	17 (11.7)	15 (12.7)	2 (7.4)	0.44
Anemia, N(%)	26 (24.8)	25 (30.1)	1 (4.5)	**0.**01
Total de pacientes con recaídas durante el seguimiento				
1 recaída, N(%)	42 (28)	35 (29.7)	7 (25.9)	0.18
2 recaídas, N(%)	13 (8.9)	12 (10.2)	1 (3.7)	
3 o más recaudas N(%)	12 (8.29)	7 (5.9)	5 (18.5)	
Total de pacientes con recaídas durante el seguimiento				
0-2 recaídas, N(%)	133 (91.8)	111 (94)	22 (81.4)	0.03
≥3 recaídas, N(%)	12 (8.2)	7 (6)	5 (18.5)	
Tratamiento				
Meprednisona, dosis de inicio (mg), media (DE)	16 (5.8)	16 (6.2)	15.8 (3.3)	0.61
Uso de ahorradores de corticoides metotrexato, N(%)	69 (47.6)	56 (47.5)	13 (48.1)	0.95
Luflunomida, N(%)	13 (8.9)	11 (9.3)	2 (7.4)	0.75
Tiempo de tratamiento con esteroides, en meses mediana (RIC)	15.1 (10.2-28.6)	15.4 (10.6-30.8)	12.57 (7.7-27.3)	0.48
Efectos adversos al tratamiento				
HTA, N(%)	44 (30.3)	39 (33)	5 (18.5)	0.14
Hiperglucemia, N(%)	16 (11)	11 (11)	3 (11.1)	0.99
Aumento de peso, N(%)	27 (18.6)	21 (17.8)	6 (22.2)	0.60
Hipercolesterolemia, N(%)	11 (7.6)	10 (8.5)	1 (3.7)	0.40
Osteoporosis(%)	19 (13.1)	16 (13.6)	3 (11.1)	0.70
Fractura, N(%)	12 (8.29)	7 (5.9)	5 (18.5)	0.03
Neuropsicológicas, N(%)	22 (15.2)	17 (14.4)	5 (18.5)	0.59
Infecciones respiratorias, N(%)	20 (13.8)	14 (11.9)	6 (22.2)	0.16
Urinaria, N(%)	19 (13.1)	17 (14.4)	2 (7.4)	0.33
Otras, N(%)	13 (9)	12 (10.2)	1 (3.7)	0.29
Cataratas, N(%)	10 (6.9)	10 (8.5)	0 (0)	0.11
Insuficiencia suprarrenal, N(%)	6 (4.1)	4 (3.4)	2 (7.4)	0.34

CONCLUSIONES: Nuestra serie confirma los hallazgos de estudios previos donde se evidencia una frecuencia significativa de PMR y RFA normales. Estos pacientes tendrían las mismas manifestaciones clínicas y evolución que los pacientes con RFA elevados, pero presentan una demora en el diagnóstico con más de 7 meses de diferencia, por lo que sugerimos tener en cuenta estos resultados para no demorar el tratamiento en estos pacientes.

1899

COMPROMISO OFTÁLMICO EN ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4

Luisina Victoria ZUNINO[1], Melina Goette[1], Romina Calvo[1], Alejandro Varizat[1], Marcela Schmid[2], Jésica Gallo[3], Ortiz Alberto[1], Sergio Paira[1]

[1]HOSPITAL J. M. CULLEN, [2]HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, [3]HOSPITAL REGIONAL DE RECONQUISTA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) es el compromiso por ER-IgG4 de la órbita y/o sus anexos, incluyendo a la glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos orbitarios, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. No se dispone de estimaciones completas sobre su incidencia. Varios estudios informan una frecuencia de EOR- IgG4 del 11-58.8%.
OBJETIVOS: Describir características clínicas, analíticas, imagenológicas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4, en 3 centros, analizando su evolución y tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se llevó a cabo la visualización de 54 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011. Se seleccionaron 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4 a los que además se les aplicó los criterios de Goto 2014, de 3 centros, entre los años 2014 a 2021. Se recabaron y analizaron datos concernientes a: perfil demográfico, antecedente de asma, manifestaciones clínicas, analítica, hallazgos histopatológicos, radiológicos, así como tratamiento y evolución de los pacientes con EOR-IgG4. Las determinaciones de laboratorio evaluadas respondieron a los valores de diagnóstico iniciales, incluyendo: eosinofilia, eritrosedimentación, PCR cuantitativa, concentraciones séricas de IgE, IgG y subtipo IgG4 (puntos de corte: eosinófilos>500; IgG4≥135 mg/dl, PCR>5 mg/L y en VSG el límite superior se calculó según edad y sexo: edad en años/2 para hombres y (edad en años + 10/2 para mujeres). Las muestras anatomopatológicas no contaron con tinción con elastina. Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos en Excel, y para su análisis estadístico se utilizó el *software* SPSS Statistics 19. Se calcularon frecuencias, medias y medianas acompañadas de su desvío estándar e intervalo de confianza según corresponda.
RESULTADOS: De los 16 pacientes, el 75% eran mujeres (n=12), con una edad media de inicio de síntomas de 44.8 años (±15.222). La edad media de diagnóstico fue de 46.38 años (±15.266). La frecuencia de afectación ocular en ER-IgG4 representó un 29.62% (16/54 pacientes). 12 pacientes (75%) presentaron afectación oftálmica bilateral. El 68.75% de los casos presentaron síntomas oculares de inicio, siendo el dolor ocular (45.4%), edema de párpados (36.6%) y proptosis (36.6%) las presentaciones más frecuentes. 11 paciente presentaron niveles elevados de IgG4 sérica. El 57.1% de los casos presentó compromiso orbitario bilateral y la glándula lagrimal fue la estructura anatómica más frecuentemente afectada (71.4%, n=10) en estudios por imágenes. El compromiso de los músculos extraoculares se observó en 5 pacientes (35.71%), de los cuales el 60% mostró afectación del músculo recto lateral, inferior y medial, y en 2 casos se observó compromiso del músculo recto superior. Los tendones de los músculos se respetaron en todos los casos. Se informó engrosamiento de la mucosa de los senos paranasales en 4 pacientes (28.5%). El nervio infraorbitario estuvo afectado en 1 caso. El infiltrado linfoplasmocitario denso fue la característica principal informada (100% de los casos). Se objetivó fibrosis estoriforme en el 44.4%, fibrosis no estoriforme en el 33.3% y flebitis obliterante en el 22.2% de los casos. En cuanto a tratamiento 2 pacientes recibieron monoterapia con glucocorticoides y 12 terapia combinada de glucocorticoides e inmunosupresores. El 57% de los pacientes alcanzaron una respuesta completa y 3 pacientes presentaron recaída.
CONCLUSIONES: Los datos recabados en nuestra serie se asemejan a lo publicado hasta la fecha en cuanto a epidemiología, manifestaciones clínicas, exámenes complementarios y anatomopatológicos, con discretas diferencias en relación a la frecuencia de afectación de los músculos recto lateral por sobre los otros músculos; la menor afectación de senos paranasales y del nervio infraorbitario; la mayor frecuencia de fibrosis estoriforme vs no estoriforme en la anatomía patológica y la buena respuesta al tratamiento de inducción junto con la baja tasa de recaída en la afectación de las glándulas lagrimales.

1900

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ENFERMEDAD OFTÁLMICA RELACIONADA CON IgG4 Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 SIN COMPROMISO OCULAR

Luisina Victoria ZUNINO[1], Melina Goette[1], Romina Calvo[1], Alejandro Varizat[1], Marcela Schmid[2], Jésica Gallo[3], Ortiz Alberto[1], Sergio Paira[1]

[1]HOSPITAL J. M. CULLEN, [2]HOSPITAL ÁNGELA I. DE LLANO, [3]HOSPITAL REGIONAL DE RECONQUISTA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica inmunomediada que puede afectar prácticamente a cualquier órgano. Se ha estandarizado la denominación de enfermedad oftálmica relacionada con IgG4 (EOR-IgG4) al compromiso por ER-IgG4 de la órbita y/o sus anexos, incluyendo a la glándula y conducto lagrimal, músculos extraoculares, párpados, tejidos blandos orbitarios, senos paranasales, huesos orbitarios, nervios craneales y esclerótica. La EOR-IgG4 presenta características clínico-patológicas únicas; sin embargo, pocos estudios, entre los que se encuentran los realizados por Zhen Zhao et al. y Linyang Gan et al., describen las disparidades con los pacientes con ER-IgG4 sin compromiso oftálmico.
OBJETIVOS: Comparar las características clínicas, analíticas y anatomopatológicas de la EOR-IgG4 con pacientes con ER-IgG4 sin compromiso oftálmico, en 3 centros.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se reclutaron 54 pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 según el cumplimiento de los criterios integrales de Umehara 2011. Se seleccionó un subgrupo de 16 pacientes con diagnóstico de EOR-IgG4, de 3 centros, entre los años 2014 y 2021. Se recabaron y analizaron datos comparativamente entre los dos grupos, concernientes a: perfil demográfico, antecedente de asma, manifestaciones clínicas, analítica y hallazgos histopatológicos. Las muestras anatomopatológicas no contaron con tinción con elastina. Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos en Excel, y para su análisis estadístico se utilizó el *software* SPSS Statistics 19. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas como medias con su desvío estándar si su distribución era normal, y como mediana y rango intercuartílico en caso de anormalidad. La comparación de proporciones se realizó por test de chi^2 y la comparación de medias y medianas con la prueba T y con test no paramétricos. Se seleccionó un nivel de confianza de α=0,05.
RESULTADOS: La muestra estuvo conformada por 38 pacientes con ER-IgG4 sin compromiso ocular y 16 pacientes con EOR- IgG4. Se observó que EOR- IgG4 se presentó con mayor frecuencia en mujeres (75%), a una edad más temprana (46 años), con un tiempo de demora hasta la consulta mayor (18 meses), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Ambos grupos de pacientes presentaron compromiso multiorgánico más frecuentemente. El antecedente de asma se asoció significativamente a la ER-IgG4 extraoftálmica (p=0.018) y hubo una tendencia clínica a desarrollar compromiso pulmonar con más frecuencia en este grupo, sin alcanzar la significancia estadística (p= 0.068). En cuanto a los

datos de laboratorio, los pacientes con EOR- IgG4 presentaron niveles séricos menores de IgE y de IgG total, siendo estadísticamente significativa esta última asociación (p=0.069 y p=0.05). Por otra parte, hubo una tendencia a presentar valores IgG4 más elevados en el grupo extraoftálmico (64.7%). Se analizaron las características histológicas de las biopsias de los pacientes con EOR-IgG4 (5 biopsias de glándula lagrimal y 4 de tumores orbitarios) y la de los que no presentaron dicho compromiso (43 biopsias de otros órganos). En ambos casos, predominó el infiltrado linfoplasmocitario (más del 80%) y eosinofílico (55%), pero en las biopsias de tejido oftálmico predominó la fibrosis estoriforme (44%) al contrario que en los tejidos extraoftálmicos, donde resultó más frecuente la fibrosis no estoriforme (46%). Además, no hubo diferencias con respecto a la frecuencia de flebitis obliterante o infiltrado neutrofílico en ambos grupos.

CONCLUSIONES: En el presente trabajo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación con respecto a las características clínicas, analíticas y anatomopatológicas, a excepción de la asociación negativa entre el antecedente de asma y los niveles de IgG total sérica con los pacientes con EOR-IgG4, en discordancia con lo reportado por otros autores, al igual que la tendencia a presentar mayores niveles de IgG4 sérica en el grupo extraoftálmico. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, la fibrosis estoriforme fue frecuente en la EOR-IgG4, distinto a lo descripto hasta la fecha, sin embargo, predominó el infiltrado linfoplasmocitario en ambos grupos, similar a lo reportado.

1905

ASOCIACIÓN ENTRE EL GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO Y LAS CARACTERÍSTICAS Y SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

Florencia Valdez DONELLI[1], Virginia Carrizo Abarza[1], Carolina A. Isnardi[1], Emilce Schneeberger[1], Gustavo Citera[1], María Eugenia D´Angelo[2], Sofía Ornella[2], María J. Haye Salinas[2], Carla Gimena Alonso[2], María Severina[2], Gelsomina Alle[2], Micaela Cosatti[2], Josefina Gallino Yanzi[2], María Alejandra Medina[2], Rodolfo Pérez Alamino[2], Nicolás Martín Lloves Schenone[2], María de los Ángeles Correa[2], María de la Vega[2], Leandro Carlevaris[2], Natalia Lili Cuchiaro[2], Ana Bertoli[2], María Elena Calvo[2], Mercedes Cecilia Córdoba[2], María Victoria Martire[2], Sandra Petruzzeli[2], Boris Kisluk[2], Leila Mariana Muñoz[2], Graciela Gómez[2], Mónica Patricia Diaz[2], Sidney Soares de Souza[2], Andrea Belén Gómez Vara[2], José Luis Velasco Zamora[2], María Sol Castaños Menescardi[2], Natalia Morales[2], María Lourdes Mamani Ortega[2], Gimena Gomez[3], Karen Roberts[3], Rosana Quintana[3], Guillermo J. Pons-Estel[3]

[1]IREP, [2]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID ,[3]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA-UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN: El grupo sanguíneo A ha sido asociado a mayor riesgo de padecer infección por SARS-CoV-2, el efecto sobre la severidad de la misma es discutido.

OBJETIVOS: Evaluar si existe asociación entre los antígenos del sistema ABO y Rh, y las características clínicas y la evolución de los pacientes con enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2.

MATERIALES Y MÉTODOS: El SAR-COVID es un registro nacional, longitudinal y observacional. Se incluyeron pacientes ≥18 años y diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria o degenerativa, según criterios del *American College of Rheumatology* (ACR) o la *European League Against Rheumatism* (EULAR), según corresponda, que hayan tenido infección por SARS-CoV-2 confirmada (RT-PCR o serología positiva). Se incluyeron datos desde agosto de 2020 hasta junio de 2022. Se consignaron datos sociodemográficos, clínicos, comorbilidades, diagnóstico de enfermedad reumática de base, actividad de la enfermedad y su tratamiento al momento del diagnóstico de la infección por SARS-Cov-2. Se registraron síntomas de la infección, complicaciones, intervenciones médicas y tratamientos recibidos para COVID-19. Se utilizó la escala ordinal de la OMS (EO-OMS) y se definió COVID-19 severo como EO-OMS ≥5. Se determinó el grupo sanguíneo y el factor Rh, y los pacientes fueron divididos en grupos, de acuerdo a la pertenencia o no al grupo A y al factor Rh. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba chi^2 o test exacto de Fischer y prueba de Student o Mann-Whitney y Kruskal Wallis o ANOVA, según corresponda. Regresión logística múltiple.

RESULTADOS: Se incluyeron 1356 pacientes, 547 presentaban grupo sanguíneo A y 809, no A. Respecto al factor Rh, 1230 eran positivo y 126 negativo. La edad, sexo, etnia y la presencia de comorbilidades fueron comparables entre ambos grupos. En ambos casos, las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron la artritis reumatoidea, la osteoartritis y el lupus eritematoso sistémico. Los pacientes del grupo sanguíneo no A presentaron mayor frecuencia de artritis psoriásica y espondiloartritis axial, aunque en este último caso la diferencia no fue significativa. Al momento del diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2, el uso de glucocorticoides y drogas inmunosupresoras e inmunomoduladoras era similar en ambos grupos (Tabla). Durante la infección por SARS-CoV-2, más del 90% de los pacientes en ambos grupos fueron sintomáticos (grupo A 96% vs no A 94.8%, p=0.384). Los pacientes del grupo sanguíneo no A presentaron significativamente mayor frecuencia de artralgias y disgeusia. El 18.5% de los pacientes del grupo A requirió hospitalización, 41% de ellos en unidad cerrada y 5.9% presentó alguna complicación, mientras que en el grupo no A, 16.7%, 31.1% y 5.5%, respectivamente (p=NS en todos los casos). Las complicaciones más frecuentes en ambos grupos fueron el síndrome de distrés respiratorio del adulto y la sepsis (p=NS). La evolución de la infección por COVID-19 se detalla en la Figura. En el análisis multivariado, ajustado para factores de mal pronóstico conocidos, pertenecer al grupo sanguíneo no A y factor Rh positivo se asoció significativamente con menor frecuencia de COVID-19 hospitalizado severo (EO-OMS ≥5) (OR 0.57, IC95% 0.39-0.83, p=0.003 y OR 0.38, IC95% 0.22-0.69, p=0.001, respectivamente).

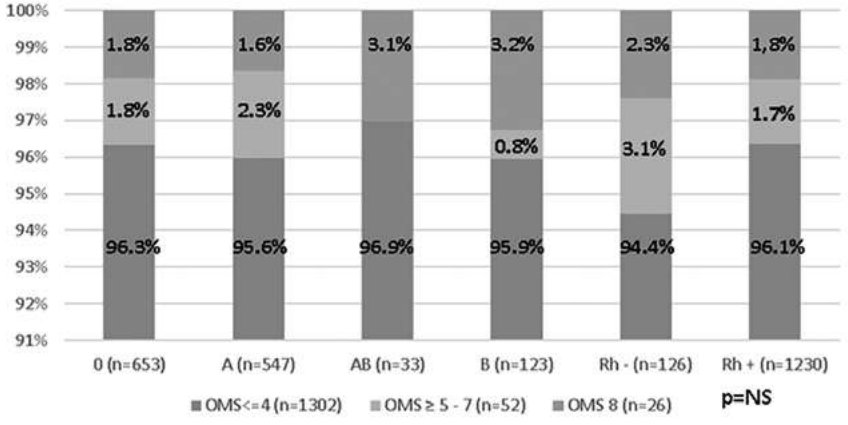


Figura: Evaluación de severidad y mortalidad de infección por SAR-COV-2 según grupo y factor sanguíneo.

Tabla: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

	Grupo sanguíneo A (n=547)	Grupo sanguíneo No A (n=809)	p valor	Total (n=1356)
Edad (años), X (DE)	50.5 (14.7)	51.4 (14.3)	0.253	51.0 (14.5)
Sexo femenino, N(%)	447 (81.7)	664 (82.1)	0.923	111 (81.9)
Etnia				
Caucásica, N(%)	257 (47.0)	382 (47.2)		639 (47.19)
Mestiza, N(%)	255 (46.6)	373 (46.1)	0.970	628 (46.3)
Otra, N(%)	35 (6.4)	54 (6.6)		89 (65.6)
Cobertura médica				
Obra social, N(%)	246 (45.0)	430 (53.2)		676 (49.9)
Prepaga, N(%)	130 (23.8)	154 (19.0)		284 (20.9)
Prepaga, obra social, N(%)	29 (5.3)	35 (4.3)	0.026	64 (4.72)
Pública, N(%)	138 (25.2)	179 (22.1)		317 (23.4)
Comorbilidades	220 (41.3%)	351 (44.7%)	0.246	571 (43.3%)
Hipertensión arterial, N(%)	115 (52.5)	201 (58.4)	0.094	316 (56.1)
Enfermedad pulmonar obstructiva, N(%)	24 (11.1)	27 (7.8)	0.412	51 (9.12)
Dislipidemia, N(%)	64 (29.2)	100 (28.9)	0.740	164 (29.0)
Diabetes, N(%)	57 (26.3)	91 (26.5)	0.661	148 (26.4)
Tabaquismo pasado, N(%)	29 (13.2)	53 (15.5)	0.374	82 (14.6)
Psoriasis, N(%)	108 (20.0)	169 (21.2)	0.613	277 (20.7)
	12 (5.4)	40 (11.7)	0.013	52 (9.25%)
Enfermedad reumática de base				
Artritis reumatoidea, N(%)	195 (35.6)	332 (41.0)	0.052	527 (38.9)
Lupus eritematoso sistémico n(%),	100 (18.3)	136 (16.8)	0.530	236 (17.4)
Artritis psoriásica, N(%)	28 (5.1)	71 (8.7)	0.01	99 (7.3)
Espondiolaritis axial, N(%)	22 (4.0)	17 (2.1)	0.056	39 (28)
Osteoartritis, N(%)	54 (9.8)	83 (10.3)	0.888	137 (10.1)
Actividad de la enfermedad reumática al momento de la infección				
Remisión + actividad baja, N(%)	420 (84.0)	617 (82.0)		1037 (82.8)
Actividad moderada + alta, N(%)	80 (16.0)	135 (18.0)	0.412	215 (17.2)
Tratamiento base				
Glucocorticoides, N(%)	170 (31.1)	242 (30.1)	0.758	421 (30.5)
DMEc, N(%)	199 (36.4)	300 (37.1)	0.837	499 (36.8)
Antimaláricos, N(%)	130 (23.8)	61 (19.9)	0.102	291 (21.5)
Sulfasalazina, N(%)	3 (0.5)	8 (0.9)	0.541	11 (0.8)
DMEB, N(%)	79 (14.4)	134 (16.6)	0.329	231 (15.7)
Inhibidores JAK, N(%)	24 (4.3)	40 (4.9)	0.768	64 (4.7)
Inmunosupresores, N(%)	58 (10.69	70 (8.6)	0.267	128 (9.4)
Apremilast, N(%)	1 (0.1)	1 (0.1)	1.000	2 (0.1)

CONCLUSIONES: Pertenecer al grupo sanguíneo no A y Rh positivo se asoció con mejores desenlaces de COVID-19 en esta cohorte nacional de pacientes con enfermedades reumáticas.

1929

DESENLACES CARDIOVASCULARES Y ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF-ALFA E INHIBIDORES JAK. DATOS DEL MUNDO REAL DEL REGISTRO BIOBADASAR 3.0

Jorge Alejandro BRIGANTE[1], Carolina A. Isnardi[2], Karen Roberts[2], María Gimena Gómez[2], Bernardo Pons Estel[3], Julieta Gamba[4], María Jezabel Haye Salinas[2], Joan Manuel Dapeña[5], Anastasia Secco[6], Verónica Savio[7], Jonathan Eliseo Rebak[8], Carla Andrea Gobbi[9], Edson Javier Velozo[10], Erika Roxana Catay[11], Nora Aste[12], Gustavo Medina[13], Ida Elena Exeni[14], Diana Dubinsky[8], Graciela Gómez[15], Dora Aida Pereira[16], Amelia Granel[17], Ingrid Petkovic[18], Cecilia Pisoni[19], Gustavo Christian Casado[20], Mónica Sacnun[21], Guillermo Ariel Berbotto[22], Mercedes A. García[23], Malena Viola[24], Gladys Bovea[25], Verónica Saurit[26], Eduardo Kerzberg[27], María S. Larroudé[28], Mercedes de la Sota[29], Ana Bertoli[30], Mónica Patricia Díaz[31], María Cecilia Castro[32], Sergio Paira[33], Gustavo Citera[34], Enrique Soriano[35], César E. Graf[36], Guillermo J. Pons Estel[2], María Celina de la Vega[37]

[1]UNISAR-SANATORIO GÜEMES, [2]UNISAR, [3]SANATORIO PARQUE-GRUPO OROÑO-CENTRO CREAR, [4]HOSPITAL POSADAS, [5]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ, [6]HOSPITAL RIVADAVIA, [7]HOSPITAL CÓRDOBA-REUMATOLOGÍA, [8]SANATORIO GÜEMES, [9]SANATORIO ALLENDE, [10]SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA-REUMATOLOGÍA, [11]CENTRO MORENO 150-REUMATOLOGÍA, [12]ASTE CENTRO DE INFUSIÓN-REUMATOLOGÍA, [13]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, [14]SANATORIO PARQUE, [15]INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, [16]PRÁCTICA PARTICULAR, [17]CENTRO PLATENSE DE REUMATOLOGÍA, [18]CONSULTORIO DRA. INGRID PETKOVIC-REUMATOLOGÍA, [19]CEMIC, [20]ATENCIÓN INTEGRAL EN REUMATOLOGÍA, [21]HOSPITAL PROVINCIAL, [22]HOSPITAL EVA PERÓN Y SANATORIO BRITÁNICO-REUMATOLOGÍA, [23]HOSPITAL SAN MARTÍN-LA PLATA, [24]CEIM, [25]HOSPITAL DR. CÉSAR MILSTEIN, [26]HOSPITAL PRIVADO-CÓRDOBA, [27]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [28]CONSULTORIO PARTICULAR DRA. LARROUDÉ, [29] CONSULTORIO PARTICULAR DRA. DE LA SOTA, [30]INSTITUTO REUMATOLÓGICO STRUSBERG, [31]BARILOCHE-REUMATOLOGÍA, [32]DRA. LÁZARO Y EQUIPO REUMATOLOGÍA, [33]HOSPITAL CULLEN, [34]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DE BS. AS. (IREP), [35]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [36]CENTRO MÉDICO MITRE, [37]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA-PRESIDENTE CD

INTRODUCCIÓN: Los eventos cardiovasculares mayores (EACM) y las neoplasias son una preocupación en las enfermedades autoinmunes. La AR y APS son enfermedades donde la inflamación tiene un rol clave en el desarrollo de la enfermedad y producción de daño a corto y largo plazo. El TNF alfa cumple un rol central en la inflamación y la vía de señalización JAK/STAT es una de las cascadas de señalización regulatoria de procesos intracelulares. Es de suma importancia evaluar el efecto de los distintos tratamientos a largo plazo sobre las comorbilidades asociadas a estas enfermedades.
OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es proporcionar datos de la vida real sobre la influencia del tratamiento con anti-JAK, anti-TNFa y DME-cs en eventos cardiovasculares y cáncer en pacientes con AR y APs.
MATERIALES Y MÉTODOS: Datos del registro BIOBADASAR 3.0 de pacientes con diagnóstico de AR y APs (ACR-EULAR 2010/CASPAR 2006) desde junio de 2010 hasta mayo de 2022. Se extrajeron datos de pacientes en tratamiento con csDMARDS (grupo control), anti-TNF alfa e inhibidores de JAK. Se registró el antecedente de comorbilidades específicas y la aparición de EA. La supervivencia libre de eventos fue evaluada por curvas de Kaplan Meier y la comparación entre los diferentes tratamientos se realizó por análisis de Log Rank. Un valor de p<0.05 se consideró significativo. Se utilizó el paquete estadístico R.
RESULTADOS: De un total de 6209 pacientes se estudiaron 4817 (77.6%) con AR y 510 (8.2%) con APs. La frecuencia global de cáncer excluyendo melanoma fue de 49 (2.1%) pacientes en el grupo anti-TNFa, 6 (2.6%) en el grupo Anti-JAK y de 52 (2.4%) en el grupo control p=0.3. Observamos una frecuencia de EACM de 48 (2.2%) en el grupo anti-TNFa, 5 (2.37%) en el grupo Anti-JAK y 38 (1.84%) en el grupo control p=0.6. La mediana de tiempo hasta la aparición de un evento isquémico mayor o cáncer fue de 0.75 años para el grupo APS mientras que en el grupo AR fue de 3.25 años p=0.21. La mediana de sobrevida libre de EACM para el grupo anti-JAK fue de 0.5 años (IC95% 0.3 - NA), para el grupo anti-TNFa fue de 1.8 años (IC95% 0.8 - 3.8) y de 4.3 años (IC95% 3 - 6.5) para el grupo control p=0.04.

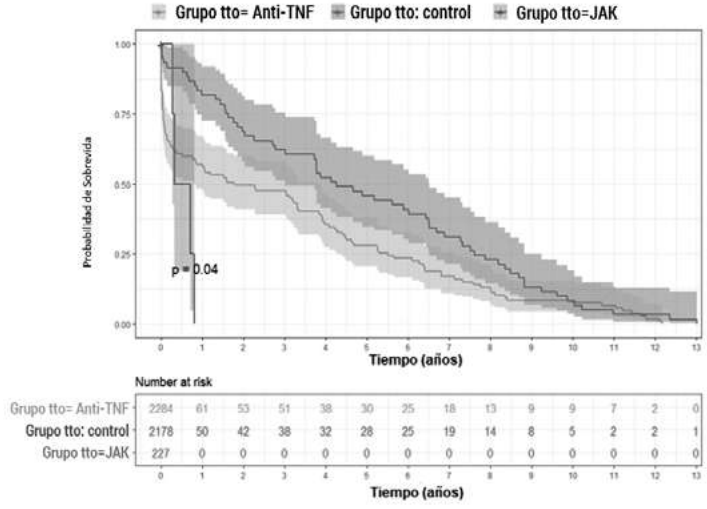


Figura: Sobrevida libre de eventos adversos cardiovasculares mayores estratificados por grupo de tratamiento: anti-TNF alfa, inhibidores JAK y grupo control.

CONCLUSIONES: En el presente estudio observamos una sobrevida libre de EACM superior en el grupo no expuesto a drogas biológicas que en el grupo anti-TNFa y una menor sobrevida en el grupo Anti-JAK estadísticamente significativa. Sin embargo, estas diferencias no se observan en el modelo multivariado ajustado por características y comorbilidades previas. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la aparición de los eventos adversos de interés entre los grupos AR y APS.

SUBTIPOS DE VASCULITIS ANCA: COMBINANDO ANTICUERPOS Y TIPO DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Luis Palomino ROMERO[1], Marina Scolnik[1], Javier Rosa[1], Vanesa Bedoya Joaqui[2]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [2]FUNDACIÓN VALLE DE LILI

INTRODUCCIÓN: Una clasificación de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) basada exclusivamente en el tipo de vasculitis, ya sea granulomatosis de Wegener (GPA) o poliangeítis microscópica (PAM) y en el serotipo (ANCA P o C), está lejos de ser perfecta. En 2019, se propuso una subclasificación de fenotipos clínicos de pacientes con VAA basada en el comportamiento clínico de la enfermedad y anticuerpos contra el antígeno específico (mieloperoxidasa-MPO o proteinasa 3-PR3). En esta subclasificación, las manifestaciones clínicas se dividen en aquellas granulomatosas (principalmente el compromiso de la vía aérea superior) y vasculíticas (por ejemplo, el compromiso renal, neuropático, etc.), y se describe que las primeras son aquellas menos severas, pero con mayor riesgo de recaídas, y las segundas, más graves, con mayor mortalidad y menor tasa de recurrencia.
OBJETIVOS: Identificar en una cohorte de pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA si una reclasificación basada en el anticuerpo contra el antígeno específico anti-MPO y anti-PR3, asociado a la gravedad de las manifestaciones, es conveniente para identificar la respuesta al tratamiento, riesgo de recaídas y muerte.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo. Se tomaron registros de bases de datos de la Sección de Reumatología. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con atención registrada desde el 01/01/2000 hasta el 31/12/2021, que cumplieron con los criterios del Consenso de Chapel Hill y criterios clasificatorios ACR/EULAR 2021 para GPA y PAM. Se excluyeron aquellos con criterios de EGPA. Se reclasificaron en 3 grupos: vasculitis ANCA no grave (PR3 positivo o ANCA negativo) de predominio granulomatoso, PR3 grave con manifestaciones mixtas (granulomatosas y/o vasculíticas) y MPO grave con manifestaciones vasculíticas.
RESULTADOS: Se incluyeron en total 86 pacientes, con una mediana de seguimiento de 10.4 años (RIC 6.29-16.04) y una mediana de edad al diagnóstico de 68.6 años (RIC 55.8-78.8). En la Tabla se describen las características basales por grupos. 7 pacientes fueron catalogados como VAA no grave, 22 PR3-grave y 56 MPO-grave. El compromiso renal en el grupo de vasculitis PR3-Grave y MPO llevó a un peor desenlace al final del seguimiento, con una mediana de *clereance* de creatinina por MDRD (ml/min/1.73 m^2) de 63 (RIC 42-79) y 35 (RIC 20-48) respectivamente. Los pacientes con PR3 grave presentaron significativamente más recaídas que los del grupo MPO (57.8%, IC95% 35.3-77.5 vs 23.2%, IC95% 13.8-36.3, p=0,03). Del grupo PR3-grave, 9.1% (IC95%, 2.2-31.1) fallecieron por causa asociada a la vasculitis y dentro del grupo MPO-grave un 10.7% (IC95%, 4.9-22.2). No hubo ninguna muerte en el grupo ANCA no grave relacionada con la enfermedad. En el análisis multivariado de regresión de Cox en relación con la mortalidad el único factor asociado luego de ajustar por sexo, edad y *score* de Charlson basal fue el daño renal acumulado (HR 6.5, IC95% 2.1-19.9). Respecto a recaídas, ajustando por las mismas variables, tener MPO positivo fue protector (HR 0.44 IC95%, 0.19-0.98).

Características	ANCA no grave n=7	PR3 grave n=22	MPO grave n=56	p valor
Sexo masculino, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-62.9)	12 (54.6.33.4-74.1)	13 (23.2 13.8-36-3)	0.02
Edad diagnóstica media (DS)	66.7 (47.-78.7)	67.7 (54,5-73.6)	68.7 (56 4-80.9)	0.64
Tiempo de seguimiento en el hospital años (mediana, RIC)	16.4 (11.8-18.0)	11.5 (4.6-17.9)	9.8 (6.7-14.8)	0.23
ANCA C, N (IC95%)	6 (85.7,37.1-98.4)	20 (90.9. 68.8-97.8)	2 (3.6.09-13.6)	<0.001
ANCAP, N (IC95%)	0	1(4.6,06-27.7)	53 (94.6,84.3-98.3)	<0.001
Anti-PR3, N (IC95%)	5 (83.331.4-98.2)	18 (90.066.2-97.6)	0	<0.001
Anti-MOP, N (IC95%)	0	1 (5.00.6-29.9)	49 (69.158.2-99.1)	<0.001
C3 al diagnóstico, mediana (RIC)	138 (124-152)	17 (103-139)	103 (81-120)	0.02
C4 al diagnóstico, mediana (RIC)	31 (26-37)	25 (18-28)	22 (18-26)	0.11
BVAS, mediana (RIC)	7 (5-11)	17 (13-22)	14(12-19)	<0.001
Compromiso ORL al diagnóstico, N (IC95%))	7 (100)	10 (45.425.8-66.6)	5 (8.9.37-20.1)	<0.001
Compromiso ocular al diagnóstico, N (IC95%)	2 (28.6 6.2-70.7)	3 (13.6,4.3-35.9)	1 (1.8.02-12.1)	0.01
Nódulos pulmonares al diagnóstico N (IC95%)	5 (71.429.3-93.8)	6 (27.3,12.4-49.8)	2 (3.6,0.9-13.6)	<0.001
Hemorragia alveolar al diagnóstico, N (IC95%)	0	5 (22.7.94-45.3)	7 (12.5,5.9-24.3)	0.27
Interesticiopatía al inicio, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-62.9)	0	10 (17.9.97-30.4)	0.11
Compromiso renal por biopsia al diagnóstico, N (IC95%)	0	20 (90.0,68.8-97.8)	55 (98.2,87.9-99.8)	0.59
Neuropatía periférica al diagnóstico, N (IC95%)	0	3 (13.6.4.3-35.9)	7 (12.5,5.9-24.3)	0.59
Vasculitis cutánea al diagnóstico, N (IC95%)	1 (14.3,1.6-6.2.9)	3 (13.6-4.3-35.9)	8.9 (3.7-20.1)	0.79
Manifestaciones musculoesqueléticas al diagnóstico, N (IC95%)	3 (42.9,12 7-79.4)	6 (27.3,12.4-49.8)	16 (28.6,18.1-42.0)	0.71
Manifestaciones sistémicas al diagnóstico, N (IC95%)	4 (457.120.5-87.3)	17 (77.3,54.7-90.5)	39 (69.6,56.1-80.4)	0.58
Score de Charlson al diagnóstico, mediana (RIC)	4 (2-5)	4 (2-5)	4 (2-5)	0.96
Pulsos de corticoides, N (IC95%)	2 (28.6.62-70.7)	20 (90.9688-97.8)	49 (87.575.7-94.0)	<0.001
Ciclofosfamida inducción, N (IC95%)	3 (42.9, 12.7-79.4)	19 (86.464.1-95.7)	44 (78.6 65.6-87.6)	0.05
Rituximab inducción, N (IC95%)	0	3 (13.6,4.3-35.9)	7 (12.559-24.3)	0.59
Plasmaférisis, N(IC95%)	0	7 (31.8 15.5-54.2)	12 (21.412.4-34.4)	0.20
Tiempo total de corticoides mediana (RIC)	3.8 (1.2-7.5)	3.2 (1.4-51)	2.8 (0.9-49)	0.45
Recaídas, N (IC95%))	3 (30.0 9.8-62.8)	11 (57.835.3-77.5)	13 (23.213.8-36.3)	0.03
Cl creatinina al diagnóstico, mediana (RIC)	87 (71-109)	40 (14-76)	13 (7-32)	<0.001
Insuficiencia renal KDIGO 4-5, N (IC95%)	1 (14.3 1.6-62.9)	8 (36.4 18.8-58.5)	33 (58.9 45.4-71.2)	0.003
VDI, mediana (RIC)	3 (1-5)	3 (1-4)	2 (2-4)	0.97
Muerte durante el seguimiento, N (IC95%)	2 (28.66.2-70.7)	5 (22.7, 94-45.3)	16 (28.6 18.142-0)	0.87
Muerte relacionada con la vasculitis, N (IC95%))	0	2 (9.1 2 2-31.1)	6 (10.7,49-22.2)	0.66

CONCLUSIONES: Al clasificar en tres grupos a los pacientes con VAA según el anticuerpo específico y la gravedad de los síntomas, pudimos observar mayor riesgo de recaídas en pacientes del grupo ANCA-PR3, siendo el MPO un factor protector en el análisis multivariado. La mortalidad estuvo asociada a presentar síntomas vasculíticos y no al anticuerpo específico.

1938

UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE COMPROMISO INTERSTICIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Romina TANTEN[1], Josefina Marín[1], Johana Zacarías Hereter[1], Joaquín Maritano[1], Martín Pablo Fullana[1], Nicolás Alvarado[1], Miriam Marcos[1], Javier Rosa[1]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular de la artritis reumatoidea (AR) que se asocia con un incremento de la morbimortalidad. La tomografía computada de alta resolución (TCAR) de tórax es el método de elección para detectar la EPI, pero tiene la desventaja de su costo elevado y el riesgo potencial de la radiación ionizante. La ultrasonografía pulmonar (USP) es una herramienta diagnóstica no invasiva, de bajo costo, no ionizante y fácilmente realizable. El diagnóstico de EPI a través de USP se basa en la detección y cuantificación de líneas B (LB) y alteraciones pleurales. El test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) es una prueba funcional respiratoria con propiedades pronósticas pero su utilidad diagnóstica en enfermedades reumatológicas con compromiso pulmonar está poco estudiada.
OBJETIVOS: Primario: establecer el valor diagnóstico de la USP en la EPI, utilizando como estándar de oro a la TCAR de tórax. Secundario: evaluar la utilidad diagnóstica del TM6M en la EPI.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR (ACR/EULAR-2010), atendidos de forma consecutiva en el hospital y que tuvieran una TCAR de tórax dentro de los 12 meses previos a la realización de la USP. Se recopilaron datos clínicos y demográficos. A cada paciente se le realizó una USP con examen simplificado (14 espacios intercostales -EIC- bilaterales). Se registró el número de líneas B y la cantidad de espacios con alteraciones pleurales (EPP). Adicionalmente se realizó un TM6M a cada paciente. Para el diagnóstico de la EPI se utilizó la TCAR tomando como punto referencia una extensión ≥10% del compromiso intersticial y definido por un neumonólogo experto. Se calculó el rendimiento diagnóstico de los hallazgos de la USP (LB y EPP), (S, E, VPP, VPN, LLR + y -), se realizaron curvas ROC y se determinó el mejor punto de corte para el diagnóstico de la EPI por USP. También se calculó el rendimiento diagnóstico del TM6M, se definió como test alterado a una caída de 4 puntos o más en la saturación de oxígeno.
RESULTADOS: Se incluyeron 104 pacientes (21 con EPI y 83 sin EPI), 82.7% (IC95% 74.0-89.4) mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de AR de 57.5 años (RIC 47.3-67.2) y una mediana de duración de la AR de 8.7 años (RIC 3.3-15.8), 96.2% (IC95% 90.5-98.9) fueron seropositivos para FR y/o ACPA. El 94.2% (IC95% 87.9-97.8) había utilizado metotrexato en algún momento. Al momento de la USP, la mediana de DAS28 fue 3.19 (RIC 2.6-4.6) y el 46.2% (IC95% 36.3-56.2) se encontraba bajo tratamiento biológico/pequeña molécula. Los pacientes con EPI presentaron mayor edad al momento del diagnóstico de la AR (64 vs. 54 años, p=0.002). Al momento de la USP, los pacientes con EPI presentaron valores más elevados de eritrosedimentación y proteína C reactiva (48 vs 29 mm/hora y 5.9 vs 3 g/L p=0.002) que los pacientes sin EPI. En la USP, los pacientes con EPI presentaron mayor cantidad de LB (mediana 26 vs. 1, p<0.001) y EPP (mediana 12 vs 4, p<0,001) que los pacientes sin EPI. Las curvas ROC se muestran en la Figura (AUC 0.88 para LB y AUC de 0.82 para EPP). El mejor punto de corte para la detección de EPI fue >= 8 LB (S 80.9% y E 79.5%) y >= 7 EPP (S 80.9% y E 75.9%). Estos puntos de corte mostraron un alto VPN (Tabla). El TM6M mostró baja sensibilidad para el diagnóstico de EPI. Los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos se muestran en la Tabla.

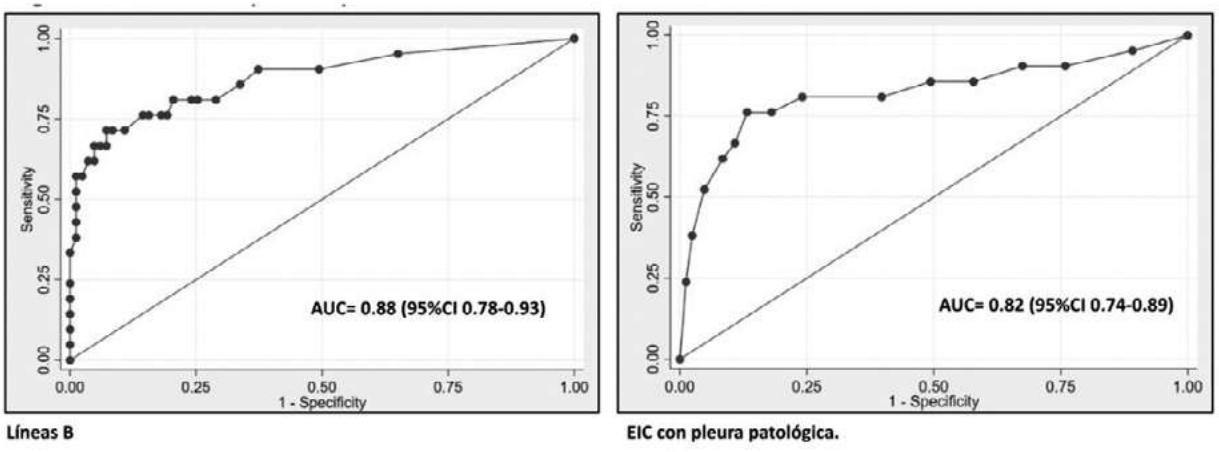


Figura: Curvas ROC: rendimiento diagnóstico de líneas B y espacios pleurales alterados en ecografía pulmonar en relación al diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial por tomografía.

Tabla: Rendimiento diagnóstico de la UPS y el TC6 para la detección de EPI.

Test	Sensibilidad	Especificidad	LLR positivo	LLR negativo	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Líneas B (>8 líneas)	80.9%	79.5%	3.95	0.24	50.00	94.30
Espacios con pleura patológica (>7espacios)	80.9%	75.9%	3.36	0.25	45.95	94.03
Test de la marcha alterado	36.8%	92.3%	4.70	0.68	53.85	85.71

CONCLUSIONES: La presencia de 8 LB y/o 7 EPP en la USP mostraron un adecuado rendimiento diagnóstico para EPI, con un buen VPN, siendo una potencial alternativa diagnóstica a la TCAR de tórax, que implica menor costo y radiación para el paciente.

1951

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA AL USO DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES HEMATOONCOLÓGICAS Y AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Alfredo Leiber VARGAS CASELLES, Diana Carolina Fernández Ávila, Valeria Scaglioni, Marina Scolnik, Javier Eduardo Rosa, Luis Ángel Digiuseppe, Gabriela Buela, Karina Elena Álvarez, Enrique Roberto Soriano Guppy

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La presencia de hipogammaglobulinemia (hipogamma) es una complicación frecuente descrita en pacientes con enfermedades hemato-oncológicas (EHO) y autoinmunes sistémicas (EAS) que utilizan rituximab (RTX) dentro de su esquema terapéutico. Existen datos limitados en nuestra población que evalúen la presencia de hipogamma post-RTX y el desarrollo de diferentes desenlaces adversos, por ejemplo, infección seria y muerte.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de hipogamma pre- y posinfusión de RTX, y evaluar su relación con el desarrollo de EA infeccioso serio y muerte. Secundarios: identificar posibles predictores del desarrollo de EA infeccioso serio y de mortalidad. Correlacionar el valor de las gammaglobulinas (gamma) medidas por proteinograma electroforético (PE) y el dosaje sérico de inmunoglobulina G (IgG). Determinar la densidad de incidencia (DI) de EA infeccioso serio y mortalidad en pacientes que recibieron el RTX innovador o el RTXM83 (biosimilar).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, con EHO y EAS, que recibieron al menos una dosis de RTX (enero/2013 a junio/2021). Se definió hipogamma como un valor sérico de gammaglobulinas (fracción gamma del PE) menor de 0.7 g/dl. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%); las variables continuas en medias/desvíos estándar (DS) y medianas/rangos intercuartílos (RIQ). Se realizó análisis multivariado para evaluar la asociación de hipogamma post-RTX con el desarrollo de EA infecciosos serios y mortalidad. Se calculó la DI de EA infecciosos serios y muerte en el grupo de EAS (RTX innovador vs RTXM83).

RESULTADOS: Se incluyeron 766 pacientes (Tabla). Hubo una correlación positiva entre el dosaje de IgG sérica y el valor de la gamma medido por PE (R=0.9249; p<0.001). La prevalencia de hipogamma preinfusión (no debida a RTX) fue de 27.08%. La prevalencia de hipogamma postinfusión de RTX fue del 50.11% (media de tiempo al dosaje: 1.75 años (DS: 1.16). Solo al 8.19% de pacientes con hipogamma posinfusión recibió terapia de reemplazo con inmunoglobulina (Ig) (valor medio de gamma de 0.33 g/dl (DS: 0.146). En el análisis univariado la presencia de hipogamma post-RTX se asoció con el desarrollo de infección seria (HR: 1.80; IC95%:1.32-2.45) y muerte (HR: 1.71; IC95%: 0.98-2.98). En el análisis multivariado, ajustado por edad, género, tipo de droga, comorbilidades, tratamiento concomitante y la dosis total, la presencia de hipogamma post-RTX se asoció con un incremento en el riesgo de EA infeccioso serio (HR: 1.59; IC95%:1.14-2.20) y de muerte (HR: 1.97; IC95%: 1.09-3.54). En las curvas ROC, un valor de gamma de 0.56 g/dL medido por PE mostró el mejor valor de corte para discriminar el desarrollo de EA infeccioso serio (sensibilidad: 49%, especificidad: 76%, LR+: 2.0 y LR- 0.67) y muerte (S: 55%, E: 69%, LR+: 1.8, LR- 0.6). El área bajo la curva para el EA infeccioso serio fue de 0.654 (IC95%: 0.60-0.71) y muerte de 0.617 (IC95%:0,54-0,69). Por último, en pacientes con EAS, no se encontraron diferencias en cuanto a la DI de EA infeccioso serio (7.1 vs. 7.4 por cada 100 pacientes año (p/a); p=0.919) y la presencia de muerte (2.6 vs. 4.7 por cada 100 p/a; p=0.208) entre el grupo del RTX innovador y el RTXM83.

CONCLUSIONES: La presencia de hipogamma post-RTX es una compilación frecuente y se asocia con el desarrollo de EA infeccioso serio y mortalidad al final del seguimiento. No encontramos diferencias en la DI de EA infeccioso serio y de muerte entre los pacientes que recibieron RTX innovador y el RTXM83 en el grupo de EAS.

Tabla: Características generales de la población (n=766).

Edad en años, media (DS)	60.4 (17.57)
Género femenino, N(%)	424 (55.35%)
Diagnóstico por grupos, N(%)	
Enfermedad hemato-oncológica	547 (71.41%)
Enfermedades autoinmunes sistémicas	219 (28.59%)
Medicación, N(%)	
Rituximab RTXM83	393 (51.31%)
Rituximab RTX innovador	373 (48.69%)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial	324 (42.3%)
Diabetes Mellitus tipo 1 o 2	87 (11.36%)
Insuficiencia renal crónica	54 (7.05%)
Enfermedad hepática	18 (2.35%)
Tiempo de seguimiento en años, media (DS)	5.34 (4.67)
Tratamiento inmunosupresor concomitante, N(%)	701 (91.51%)
Infusiones recibidas, media (DS)	7.62 (6.18%)
Dosis total en gramos recibida, media (DS)	6.03 (5.48%)
Pacientes a quienes se les realizó un PE previo a la infusión, N(%)	576 (75.19%)
Pacientes a quienes se les realizó dosaje de IgG sérica previa a la infusión, N(%)	125 (16%)

1954

CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y HALLAZGOS MANOMÉTRICOS DE ALTA RESOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN ARGENTINA

Graciela BETANCUR[1], Vanina Forestier[1], Alejandra Ábalo[1], María Julia Papagno[1], Mayra Etcheverry[1], Tatiana Patricia Velasco Hernández[1], Sabrina Argüello[1], Adrián Jorge Estévez[1], Nicolás Cattaneo[1], Rosa Ramos[1]

[1]HOSPITAL EL CRUCE NÉSTOR KIRCHNER

INTRODUCCIÓN: En la esclerosis sistémica (SSc), el esófago se afecta en un 90% de los pacientes. La medición de presiones por manometría esofágica de alta resolución (MAR) se ha utilizado como un método más sensible para estudiar la función esofágica y la detección temprana de anomalías de la motilidad 3. El patrón de motilidad esofágica característico en SSc es aperistalsis distal e hipotonia del esfínter esofágico inferior. En reportes previos, en pacientes con SSc asintomáticos para compromiso esofágico, el 84% de los pacientes tienen resultados anormales de MAR6, incluso en pacientes con SSc temprana. En un estudio prospectivo de 200 pacientes, el 56% tenían contractilidad ausente, 26% normales y 10% motilidad esofágica ineficaz (MEI). Mientras tanto, en otro estudio, la pérdida de reserva peristáltica evaluada con múltiples degluciones rápidas fue el hallazgo manométrico más frecuente en SSc8.

OBJETIVOS: Describir los hallazgos de la MAR en pacientes con SSc y analizar su relación con los síntomas referidos por el paciente. Evaluar las manifestaciones sistémicas de la SSc y sus asociaciones con la función esofágica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal, retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes con SSc, que cumplían criterios diagnósticos ACR 2013 8. Se consignaron variables sociodemográficas, características de la enfermedad, índice de masa corporal (IMC), tiempo de evolución, hábitos, comorbilidades, síntomas digestivos y tratamientos. Se realizó capilaroscopia con capilaroscopio digital Dinolite 500x. MAR: sonda de estado sólido, de 12 Fr con 32 sensores de presión circunferencial espaciados a 1 cm y 16 sensores de impedancia (Diversatek Healthcare Insight G3 Denver, CO, USA). Análisis estadístico: estadística descriptiva. T test de Student entre las características de la cohorte y los valores de MAR. Prueba exacta de Fisher o Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Correlación entre los valores de MAR y síntomas digestivos, y diferentes características sociodemográficas y de la enfermedad. Se utilizó un paquete estadístico SPSSS Statistics 24.
RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes con SSc. Capilaroscopia disponible en 10 pacientes: 12.6% cambios tempranos, 8.4% SD *pattern* activo y 20.8% SD pattern tardío. VEDA: esofagitis en 6 pacientes y gastritis en 8 pacientes. 45% recibía inmuno-modulación (25% metotrexato, 16,7% hidroxicloroquina y 4,2% azatioprina) y 25% corticoides. 45,8% recibían bloqueantes cálcicos y 2 (8,4%) recibían Bosentan. Resultados de MAR: progresión normal en 37.5% (n=9), aperistalsis en 25% (n=6) y MEI en 37.5% (n=9). Diferencia significativa entre el valor de amplitud distal entre pacientes con SSc difusa y limitada (mediana 41.3 vs 94; p=0.004). Correlación negativa entre la historia de úlceras digitales y el valor de IRP, PLES y amplitud proximal (Rho de Spearman -0.64, -0.52 y -0.45, respectivamente). No hallamos diferencias significativas en las medias de presiones esofágicas o faríngeas determinadas por la MAR en pacientes sintomáticos vs asintomáticos.
CONCLUSIONES: Encontramos una prevalencia de 62.5% de anomalías funcionales esofágicas en pacientes con SSc. No observamos correlación significativa entre la presencia de síntomas y los valores de la manometría. En todos los pacientes con SSc deberían implementarse estrategias de *screening* del compromiso esofágico sistemático para disminuir la morbimortalidad.

Tabla 1: Características sociodemográficas y de la enfermedad.

Características	SSc n=24
Sexo (N% femenino)	20/24 (83.33)
Edad años media (RIC)	48.5 (40.5-54.2)
Tiempo de diagnóstico (años)	4 (0.5-15)
Índice de masa corporal kg/m^2 m (RIC)	22.5 (21.1-26.9)
Bajopeso, N(%)	1 (4.3)
Normopeso, N(%)	13 (56.1)
Sobrepeso, N(%)	6 (26.1)
Obesidad, N(%)	3 (13)
SSc difusa	18 (73.9)
SSc limitada	6 (26.1)
Historia de Raynaud, N(%)	19 (79)
Úlceras digitales positivas, N(%)	7/20 (29.2)
Hipertensión pulmonar n=20, N(%)	6 (25)
EPID n=12, N(%)	4 (16.7)
Anticuerpos antinúcleo positivo, N(%)	17 (70.8)
Anticuerpos anti-Scl70 positivo, N(%)	6 (25)
Anticuerpos anticentrómero, N(%)	7 (29.2)
Tabaquistas, N(%)	7 (30.4)
Diabetes, N(%)	2 (8.33)
Hipotiroidismo, N(%)	3 (12.5)
Pirosis, N(%)	18 (75)
Regurgitación	11 (45.8)
Disfagia orofaríngea, N(%)	9 (37.5)
Disfagia esofágica, N(%)	12 (50)

Tabla 2: Características manométricas de la cohorte de SSc.

Características	SSc n=24
Presión faríngea m (RIC)	129.5 (100-217.4)
UESP m (RIC)	64.5 (55.2-93.8)
IRP m (RIC)	14 (9-17)
PLES m (RIC)	24.55 (12.9-33.9)
Amplitud proximal m (RIC)	67.1 (46-97)
Amplitud distal m (RIC)	39 (22.5-93)

1980

LOS PACIENTES CON EspAaX PRESENTAN MENOR SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 COMPARADO CON LOS PACIENTES CON AR: DATOS DEL REGISTRO SAR-COVID

Andrea Carolina BRAVO[1], Tatiana Barbich[1], Carolina A. Isnardi[1], Emilce Schneeberger[1], Gustavo Citera[1], Rosana Quintana[2], Cecilia Pisoni[2], Mariana Pera[2], Edson Velozo[2], Dora Pereira[2], Paula Alba[1], Juan Alejandro Albiero[2], Jaime Villafane[2], Hernán Maldonado Ficco[2], Verónica Savio[3], Santiago Eduardo Agüero[2], Ivana Romina Rojas Tessel[2], María Isabel Quaglia[2], María Soledad Gálvez Elkin[2], Gisela Pendon[2], Carolina Aeschlimann[2], Gustavo Fabián Rodríguez Gil[2], Malena Viola[2], Cecilia Romeo[2], Carla Maldini[2], Silvana Conti[2], Rosana Gallo[2], Leticia Ibáñez Zurlo[2], María Natalia Tamborenea[2], Susana Isabel Pineda[2], Débora Guaglianone[2], Jonatan Marcos Mareco[2], Cecilia Goizueta[2], Elisa Novatti[2], Fernanda Guzzanti[2], Gimena Gómez[4], Karen Roberts[4], Guillermo J. Pons-Estel[4]

[1]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA (IREP), [2]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, [3]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, [4]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA-UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden presentar mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general. Sin embargo, en algunos estudios los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) la hospitalización y mortalidad por COVID-19 fue menor en comparación con otras enfermedades reumatológicas.
OBJETIVOS: Evaluar la severidad de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EspAax del registro SAR-COVID comparándolos con pacientes con artritis reumatoidea (AR), y determinar los factores asociados a peores desenlaces y muerte.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes ≥18 años del registro nacional SAR-COVID con diagnóstico de EspAax según los criterios ASAS 2009 y de AR según criterios ACR-EULAR 2010, con infección por SARS-CoV-2 confirmada (RT-PCR o serología positiva) desde agosto de 2020 hasta junio de 2022. Se consideraron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas y tratamientos de la enfermedad reumática, evolución de la infección y desenlace de esta. Se utilizó la escala ordinal de la OMS (EO-OMS) para clasificar en ambulatorios (1) y hospitalizaciones leves (2, 3 y 4), hospitalizaciones severas (5,6 y 7) y muerte (8). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Prueba chi^2 o test exacto de Fischer y test T de Student o Mann-Whitney, según corresponda. Modelo lineal generalizado con distribución Poisson.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 1226 pacientes, 59 (4.8%) con EspAax y 1167 (95.2%) con AR. Los pacientes con AR eran significativamente más añosos, con mayor frecuencia de sexo femenino y tenían mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Más de un tercio de los pacientes se encontraba en remisión. Del total de pacientes, el 43.9% presentaron comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la más frecuente. Al momento de la infección por SARS-CoV-2 los pacientes con AR utilizaban glucocorticoides y DME-c más frecuentemente que aquellos con EspAax, mientras que el 74.6 % de estos últimos se encontraban en tratamiento con DME-b, siendo los anti-TNF los más utilizados (61%) (Tabla). El 94.9% de los pacientes de ambos grupos presentaron síntomas relacionados con la infección por SARS-CoV-2. Si bien las diferencias no fueron significativas, los pacientes con AR presentaron con más frecuencia tos, disnea y síntomas gastrointestinales, mientras que aquellos con EspAax reportaron más frecuentemente odinofagia, anosmia y disgeusia (Figura 1). Durante la evolución, el 6.8% y el 23.5% de los pacientes con EspAax y AR fueron hospitalizados, respectivamente; en el caso de los pacientes con EspAax todos en sala general, mientras que el 26.6% de aquellos con AR fueron ingresados a unidad cerrada. Ningún paciente con EspAax tuvo complicaciones ni presentó COVID-19 severo (EO-OMS≥5) o falleció como resultado de la infección (EO-OMS≥8), mientras que la mortalidad en el grupo con AR fue 3.3% (Figura 2). En el análisis multivariado ajustado para factores de mal pronóstico conocidos, no se encontró asociación entre el diagnóstico de EspAax y la severidad de la infección por SARS-CoV-2 medida por la EO-OMS (OR-0.18, IC95%) (-0.38, 0.01, p=0.074).

Tabla: Características clínicas y basales de los pacientes.

	EspAax n=59	**AR n=1167**	**P**	**Total n=1226**
Edad (años) X (DE)	45.9 ± (12.5)	53.1 ± (13.1)	<0.001	52.7 (13.2)
Tiempo de evolución de la enfermedad (años) mRIC	4 (3.7)	8 (3.14)	<0.001	8 (3.14)
Actividad de la enfermedad Remisión, N(%) Leve, N(%) Moderada, N(%) Alta, N(%)	 26 (44.8) 23 (39.7) 9 (15.5) 0 (0)	 336 (30.1) 515 (46.1) 223 (20.0) 40 (3.58)	 0.146	 362 (30.8) 538 (45.8) 232 (19.8) 40 (3.41)
Comorbilidades Hipertensión arterial (%) Obesidad, N(%) DBT, N(%) Enfermedad pulmonar, N(%) Enfermedad cardiovascular, N(%)	 7 (36.8%) 8 (42.1%) 2 (10.5%) 3 (15.8%) 3 (15.8%)	 284 (57.5%) 158 (32.0%) 92 (18.7%) 98 (20.0%) 41 (8.52%)	 0.032 1 0.315 0.471 0.479	 291(56.7) 166 (32.4) 94 (18.4) 101 (19.8) 44 (8.80)
Tratamiento de la enfermedad reumática Glucocorticoides, N(%) DME-c, N(%) DME-b, N(%) DME-sd, N(%)	 7 (11.9) 11 (18.6) 44 (74.6) 0 (0)	 464 (40.4) 848 (72.7) 295 (25.3) 117 (10.0)	 <0.001 <0.001 <0.001 0.005	 471 (39.0) 859 (70.1) 339 (27.7) 117 (9.54)

**x: media; DE: desvío estándar; DME-c:drogas modificadoras de la enfermedad convencionales; DME-b: drogas modificadoras de la enfermedad biológicas; OME-sd: drogas modificadoras de la enfermedad sintéticos dirigidos.*

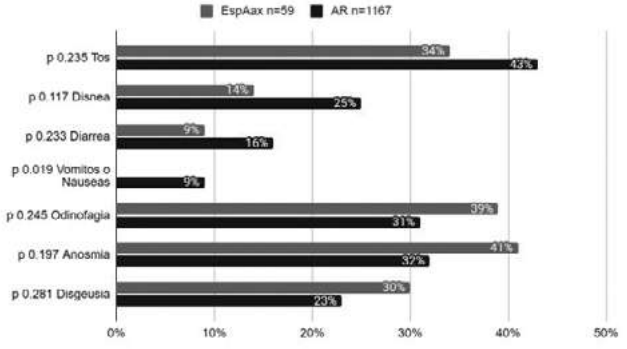


Figura 1: Síntomas de la infección por COVID-19 en pacientes con EspAax y AR.

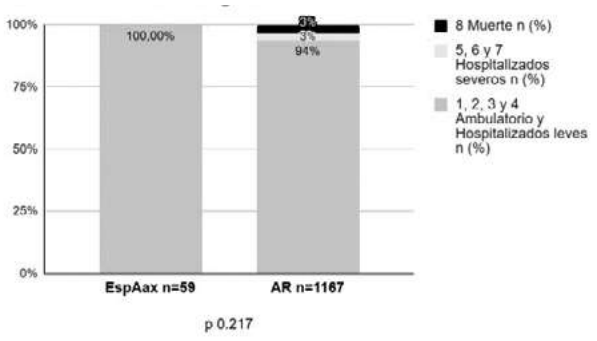


Figura 2: Escala ordinal de severidad según la OMS.

CONCLUSIONES: Los pacientes con EspAax no presentaron complicaciones por la infección por SARS-CoV-2 y la intensidad de los síntomas fue menor que la de los pacientes con AR.

PATRONES DE BIOPSIA CONJUNTIVAL PREDICTORES DE SECUELAS EN PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL

Ariana RINGER[1], Andrea María Smichowski[2], Carlos Siegrist[3], Daniel Germán Grossi[4], Eduardo Rubin[4], Marina Delpiaz[5], Shirley Caballero[6], Ramiro Adrián Gómez[7], Claudia Fabiana Sa[8], Mauro Martini[9], Eliana Segretín[9], Eduardo Premoli[9], Ignacio Gandino[9]

[1]CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), HOSPITAL DEL CENTENARIO, [2]HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601, CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH, CONSULTORIO PRIVADO VICENTE LÓPEZ, [3]CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), [4]GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, [5]HOSPITAL CHURRUCA VISCA, [6]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, [7]HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, [8]REUMA & REHABILITACIÓN, [9]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: El penfigoide ocular cicatrizal (POC) es una enfermedad crónica, inmunomediada y fibrosante, que puede terminar en la ceguera. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se apoya en los resultados de la biopsia conjuntival. No hay trabajos que hayan estudiado los hallazgos histopatológicos y el riesgo de secuelas clínicas en esta entidad.

OBJETIVOS: Describir las biopsias de pacientes con POC. En forma secundaria se tratará de identificar características de las biopsias que puedan asociarse a mayor riesgo de fibrosis y secuelas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de POC por anatomía patológica mayores de 18 años. Se revisaron las historias clínicas y se tomaron datos demográficos, clínicos y de las biopsias. Para valorar si la histología se asociaba a mayor o menor fibrosis (determinada por los estadios de Foster) se dividieron a los pacientes en dos grupos: estadios tempranos (0 y 1) vs los estadios 2, 3 y 4. Se compararon las variables entre ambos grupos. Para determinar riesgo de secuelas se realizó un análisis multivariado de Cox predictivo. Se definió secuelas a una variable multicomponente constituida por queratopia, xeroftalmia, entropión, triquiasis, cataratas, glaucoma, opacidad vítrea, cicatrices retinales, sinequias y ceguera.

RESULTADOS: Se incluyeron 57 pacientes con POC diagnosticados por anatomía patológica. La edad media de presentación al diagnóstico fue 62.7 (DS 13.2) años y 41 (71.9%) fueron mujeres. El tiempo de seguimiento fue 1.5 años (2.9). Los pacientes con Foster temprano (estadios 0 y 1) fueron el 50.9%. La presencia de mastocitos redondeados y fusiformes se asociaron a estadios tempranos, mientras que la presencia de eosinófilos se asoció a estadios más tardíos al momento del diagnóstico. En la inmunohistoquímica e inmunofluorescencia la presencia de IgM fue más frecuente en estadios tempranos y la IgG en los más tardíos, predominando un patrón lineal (92%). La Tabla 1 resume las características basales de los pacientes y la comparación por estadios de Foster. En el análisis multivariado de regresión de Cox se pudo ver que la presencia de IgA y el patrón lineal fueron protectores de secuelas, mientras que la presencia de IgG resultó en riesgo durante el periodo de seguimiento.

Tabla: Características de los pacientes y su comparación según el estadio de Foster.

	Total n=57	Foster temprano (0 y 1) 29 (50,9%)	Foster tardío (2,3 y 4) 28 (49,1%)	p valor
Sexo femenino, N(%)	41 (71.9)	19 (69.5)	22 (78.6)	0.7
Edad al diagnóstico, media (DS)	62 (13.2)	62.7 (12.5)	62.8 (14.1)	0.97
Tiempo de seguimiento, mediana (RIC)	1.5 (2.9)	1.5 (2.4)	1.4 (3.8)	0.76
Tiempo desde que comenzó con síntomas hasta el diagnóstico, mediana (RIC)	2.7 (4.6)	1.8 (4.8)	3.1 (3.1)	0.1
AVOD primera consulta sobre 10, media (DS)	8.5 (8.1)	9.6 (8.8)	7.5 (1.9)	<0.001
AVOI primera consulta sobre 10, media (DS)	4.3 (2.2)	9.5 (0.9)	7.3 (2.4)	<0.001
Compromiso extraocular, N(%)	5 (8.7)	3 (10.3)	2 (7.1)	0.99
VSG, media (DS)	12.8 (14.7)	14.7 (15.3)	1.8 (14.2)	0.32
PCR, media (DS)	2.5 (2.4)	17.7 (3.7)	3.3 (6.6)	0.26
Mucosa conjuntival revestida por epitelio estratificado, N(%)	53 (96.4)	27 (96.4)	26 (96.3)	0.99
Cubierta escamosa delgada, N(%)	26 (70.3)	11 (78.6)	15 (65.2)	0.47
Espesor irregular, N(%)	27 (67.3)	11 (61.1)	16 (66.7)	0.71
Sectores hipotróficos, N(%)	30 (65.2)	15 (65.2)	15(65.2)	1
Disminución y/o ausencia de células caliciformes, N(%)	40 (76.9)	21 (80.7)	19 (73.1)	0.74
Paraqueratosis superficial, N(%)	32 (58.2)	18 (64.3)	14 (51.8)	0.35
Carion subyacente con infiltrados, N(%)	44 (91.7)	22 (91.7)	22 (9.7)	1
Infiltrados linfoplasmocíticos, N(%)	48 (94.1)	22 (91.7)	26 (96.3)	0.9
Infiltrados en banda, N(%)	34 (82.9)	13 (76.5)	21 (87.5)	0.42
Infiltrados acúmulos, N(%)	37 (88.1)	15 (88.2)	22 (88)	0.71
Infiltrados en interface mucosa submucosa o corion epitelial, N(%)	37 (88.1)	15 (88.2)	22 (88)	1
Linfocitos T, N(%)	34 (85)	12 (75)	22 (91.7)	0.19
Linfocitos B, N(%)	34 (85)	2 (100)	22 (91.7)	0.19
Mastocitos, N(%)	9 (75)	22 (81.5)	7 (70)	0.9
Mastocitos redondeados, N(%)	35 (63.3)	12 (54.5)	13 (52)	0.04
Mastocitos fusiformes, N(%)	18 (38.3)	9 (45)	6 (24)	0.03
Mastocitos desgranulados, N(%)	18 (40)	1 1(73.3)	9 (36)	0.54
Mastocitos neutrófilos, N(%)	32 (80)	11 (73.3)	21 (84)	0.44
Eosinófilos, N(%)	14 (34.8)	2 (14.3)	1 2(52.2)	0.03
Fibrosis, N(%)	27 (67.5)	9 (53.2)	18 (75)	0.3
Linfaectasis, N(%)	43 (82.7)	23 (85.2)	20 (80)	0.72
Ectasia vascular, N(%)	40 (80)	18 (72)	22 (88)	0.28
Depósitos (lineal)	39 (92.4)	27 (96.4)	22 (88)	0.33
IgG positivo, N(%)	25 (43.8)	9 (31)	16 (57.1)	0.04
IgM positivo, N(%)	21 (36.8)	15 (51.7)	6.21 (4)	0.02
IgA positivo, N(%)	36 (63.2)	21 (72.4)	15 (53.6)	0.12
C3 positivo, N(%)	17(29.8)	6 (20.7)	11 (39.3)	0.14
Fibrinógeno, N(%)	26 (65.6)	12(41.4)	14 (50)	0.51

CONCLUSIONES: Esta es una de las series más grandes que evaluó las anatomías patológicas en pacientes con POC y aporta información del posible rol que podrían jugar los distintos depósitos de anticuerpos en la mucosa conjuntival. Estudios futuros más extensos y prospectivos podrían contribuir a terminar de definir la detección de distintos patrones clínicos que nos den una idea más acertada sobre el pronóstico y tratamiento en estos pacientes.

Posters

1502

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y ESTATINAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (RELESSAR-T)

José Simón ALCIVAR NAVARRETE[1], Joan Manuel Dapeña[1], Juan Manuel Bande[1], María Alejandra Medina[1], Silvia Beatriz Papasidero[1], José Ángel Caracciolo[1], Rosana Quintana[2], Lucila García[3], Carla Andrea Gobbi[3], Marina Micelli[3], Paula Beatriz Alba Moreyra[3], Susana Roverano[3], César Enrique Graf[3], Heber Matías Figueredo[3], María Celina de la Vega[3], Emma Civit de Garignani[3], María Victoria Martire[3], Oscar Luis Rillo[3], Romina Nieto[3], Vanina Gongora[3], Agustina D'amico[3], Cristina Guadalupe Battagliotti[3], Diana Dubinsky[3], Mariana Pera[3], Valeria Arturi[3], Florencia Vivero[3], María Marcela Schmid[3], Ramiro Gómez[3], María Eugenia Bedoya[3], Nadia Domínguez[3], Graciela Nora Rodríguez[3], Marisa Jorfen[3], Zaida Noemi Bedran[3], Judith Sarano[3], Marina Werner[3], Pablo Finucci Curi[3], Ana Carolina Curti[3], María Emilia Sattler[3], Noelia Giselle Hojberg[3], Silvia Mabel Babini[3], Bernardo Pons-Estel[3], Mercedes Argentina García[3]

[1]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, [2]UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (UNISAR), [3]GRUPO DE ESTUDIO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAR-LES)

INTRODUCCIÓN: El pronóstico del lupus eritematoso sistémico (LES) ha mejorado notablemente gracias a los avances terapéuticos; sin embargo, las tasas de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular continúan siendo elevadas. La detección temprana y el manejo de las comorbilidades forman parte del abordaje integral de estos pacientes. Por su frecuencia se destacan la hipertensión arterial (HTA) y las dislipidemias (DLP), existiendo pocos reportes sobre el uso general de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y estatinas en nuestra población.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia del uso de IECA y estatinas en una cohorte de pacientes con LES; determinar su asociación con comorbilidades, características de la enfermedad, morbimortalidad y tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con LES (ACR 1997), provenientes de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR T). Se registraron datos sociodemográficos, características del LES, tratamiento y morbimortalidad. Se consignaron comorbilidades (empleándose el índice de Charlson para medirlas), tratamientos de las mismas, así como perfil lipídico. Se realizó un análisis descriptivo según el grupo de pacientes tratados con IECA, estatinas o una combinación de ambas. Se compararon mediante test chi^2, Fisher, Anova o Kruskall-Walis, según corresponda. En los casos que se encontraron diferencias significativas, se realizaron comparaciones *post hoc*. Se utilizó un nivel de significación del 5%.
RESULTADOS: Se incluyeron 1515 pacientes: 91.7% mujeres, con una edad media de 39.4±13.8 años y un tiempo de evolución del LES de 105±110 meses. Las manifestaciones más frecuentes fueron: *rash* lúpico (65.1%), leucopenia (49.7%), alopecia (44.2%), nefritis lúpica (NL) (42.2%: 12.2% recaída renal y 2% enfermedad renal terminal [ERT]), Raynaud (35.7%), pleuritis (27.2%) y pericarditis (21%). Un 67% tenían anti-ADNdc+ y 84.3% hipocomplementemia. La media de actividad por SLEDAI fue 3.1±4.4 y daño por SLICC (SDI) 0.99±1.4. El 97.4% recibió antipalúdicos, 96.1% corticoides, 35% azatioprina (AZA), 33.2% ciclofosfamida (CFM) y 26.9% mofetil micofenolato (MMF). Un 51.4% requirió hospitalizaciones y 13.9% tuvo infecciones graves. Las comorbilidades más frecuentes fueron: 23.2% HTA, 20.1% DLP, 16.9% tiroiditis, 7.5% cataratas, 5.1% úlcera gástrica, 2.9% diabetes (DBT), 3.7% accidente cerebro vascular (ACV), 2% EPOC, 2% insuficiencia cardíaca (IC) y 1.2% cardiopatía isquémica (CI). La media de colesterol fue 173±47.3 mg/dl y triglicéridos 117±73.3 mg/dl. La media del índice de Charlson fue 2±1.5. La frecuencia del uso de IECA fue 37.2% y la de estatinas de 14.3%. El 26.3% tomaban solo IECA, 3.4% solo estatinas y 10.9% una combinación de ambos, mientras que 47% ninguno de estos. Un 55.6% de los pacientes que recibían tratamiento combinado y 38.9% solo con IECA, tenían diagnóstico de HTA. Además, 59.3% en tratamiento combinado y 57.4% solo con estatinas, tenían diagnóstico de DLP. El 19% de los pacientes con HTA y 51.3% con DLP no recibían tratamiento farmacológico. Los pacientes que recibían IECA y/o estatinas vs los que no recibían dichos tratamientos tenían más edad (p<0.001), mayor duración del LES (p<0.001), diagnóstico más tardío (p<0.001), mayor prevalencia de pleuritis (p<0.001), SDI (p<0.001) e índice de Charlson (p<0.001). Estos se asociaron a hepatopatía leve (p<0.001), DBT (p=0.001) y cataratas (p<0.001). Además, presentaron más hospitalizaciones (p<0.001) e infecciones graves (p<0.001). En el grupo combinado y con estatinas, se encontró asociación con: EPOC (p<0.001), úlcera gástrica (p<0.001), CI (p=0.001), ACV (p<0.001) y un perfil lipídico elevado (p<0.001). En el grupo combinado y con IECA se asoció con NL (p<0.001) recaída renal (p<0.001) y ERT (p=0.004), pericarditis (p<0.001) y cardiomiopatía (p=0.003), anti-DNAdc+ e hipocomplementemia (p<0.001). Se correlacionó con el uso de CFM (p<0.001), MMF (p<0.001), AZA (p<0.001) y diuréticos (p<0.001). El tratamiento combinado también se asoció a la IC (p=0.001).
CONCLUSIONES: La frecuencia del uso de IECA fue 37.2% y de estatinas 14.3%. El 19% de los pacientes con HTA y un 51.3% con DLP no recibía tratamiento farmacológico. Su indicación se asoció a comorbilidades, morbimortalidad y un mayor daño del LES. Los IECA se asociaron a NL y a su tratamiento.

1670

PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Jimena Benicie YAHUITA MAYTA, Natalia Perrotta, Marina García Carrasco, Mayra Grosso, Ana María Beron, Cecilia Battaglia, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es un trastorno inflamatorio crónico autoinmune caracterizado por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que ocasiona disfunción de las glándulas salivales y lagrimales causando sequedad y potencial afectación sobre otros órganos. Dentro de las manifestaciones extraglandulares descritas se incluyen las gastrointestinales como la disfagia, con una frecuencia del 23-80%. Entre los métodos de cribado sobre la disfagia se encuentran el interrogatorio dirigido y uso de cuestionarios como por ejemplo el EAT-10 (*Eating Assessment Tool*-10, Tabla), utilizado en patologías del sistema circulatorio, nervioso, locomotor, tejido conectivo, endocrinas, metabólicas, inmunitarias y neoplasias, siendo validado en diferentes idiomas, con una gran reproductibilidad, excelentes propiedades psicométricas y sensibilidad al cambio en términos de evaluación de los síntomas asociado a la disfagia. Además, este cuestionario podría ser utilizado para la detección temprana de la disfagia, clasificar la gravedad de los síntomas y evaluar la respuesta a las intervenciones. Fue validado en países como España, Italia, Turquía, China, Colombia, Brasil y Chile. Esta es la primera vez que se implementa en una cohorte argentina.

OBJETIVOS: Primario: describir la prevalencia de disfagia en una cohorte de pacientes con SSp. mediante el cribado por el cuestionario EAT-10 para detectar compromiso orofaríngeo y esofágico. Secundario: correlacionar la disfagia con los datos clínicos, serológicos, sialometría y actividad de la enfermedad: ESSDAI, ClinESSDAI y ESSPRI.
MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes ≥18 años con SSp (criterios ACR/EULAR 2016). Se estudiaron las variables: tiempo de evolución, comorbilidades, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y resultados de sialometrías. La disfagia orofaríngea/esofágica se evaluó con el cuestionario EAT-10 compuesto de 10 preguntas, cada respuesta con un rango de 0-4 (0 no lo afecta/4 afecta mucho). Posibilidad de tener disfagia: ≥3 puntos.
RESULTADOS: Sexo femenino: 60/60 (100%); edad: 57.1 años (DE+/-15.7). Promedio de inicio de síntomas SICCA: 47.6 años (DE+/- 15.4). Tiempo de evolución: 4 años (RIC 0-32). 60 pacientes completaron el cuestionario EAT-10 y 31 (50%) tuvieron un EAT-10 ≥ 3. Frecuencia de comorbilidades: dislipemia 19 (31.7%), HTA: 15 (25%), oncológicos: 9 (15%), osteoporosis 9 (15%), DBT 7 (11.7%), celiaquía 2 (3,3%) y afección tiroidea 19 (31,7%). Tabaquismo: no 36 (60%), ex-tbq 13 (21,7%), si 3 (5%). Inmunoserología: grupo EAT-10 ≥3: 100% FAN (+), 28 (90.3%) Anti SSA/Ro, 21 (67,7%) hipergammaglobulinemia policlonal, 17 (54,8%) crioglobulinemia, 17 (54,8%) anti SSB/La, 14 (45.16%) FR (+), 5 (16%) C4 bajo, 3 (9,7%) C3 bajo, 4 (13%) C3 y C4 bajos. Sin diferencia estadísticamente significativa entre grupo EAT 10 ≥3/ EAT≤ 2 (p>0.05). Patrón del FAN (+): grupo EAT 10 ≥ 3/ EAT ≤2 (p=0.65). Sialometrías alteradas: grupo EAT-10 ≥3 comparado con el otro grupo (71% vs 58,6%, p=0.32) respectivamente. 29% refirió disfagia con sialometría normal. Las manifestaciones más relevantes entre los grupos fueron el raynaud: EAT 10 ≥3: 10(32.3%) / EAT ≤2: 2 (6,9%) (p<0,05). Xerovagina: EAT 10 ≥3: 7(22,6%)/ EAT ≤2: 1(3,4%) (p<0,05) ESSDAI 45/60(75%); 19 (65%) EAT-10 ≤2 y 24 (77%) EAT-10 ≥3, sin diferencia entre los grupos (p=0,44). ClinESSDAI N: 60 (100%) tampoco se observó diferencia estadísticamente significativa entre grupos EAT10 ≥3/ EAT ≤3 (p=0.51). ESSPRI 60/60 (100%) fue significativamente mayor en el grupo EAT-10 ≥3 (6,14 SD+/- 2,11) vs EAT-10≤2. (3,55 SD+/- 2,17) (p=0,01).
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio realizado en Argentina que evaluó disfagia mediante el cuestionario EAT-10 en un grupo de pacientes con SSp por criterios ACR/EULAR 2016. Se detectó disfagia en la mitad de la cohorte. ESSPRI fue significativamente mayor en el grupo EAT-10 ≥3 similar a lo reportado en otros estudios. La xerostomía podría no ser la única causa atribuible de disfagia en SSp. Consideramos importante realizar otros estudios que evalúen las diferentes causas de disfagia en pacientes con SSp. debido a que ocasiona una importante repercusión en la calidad de vida.

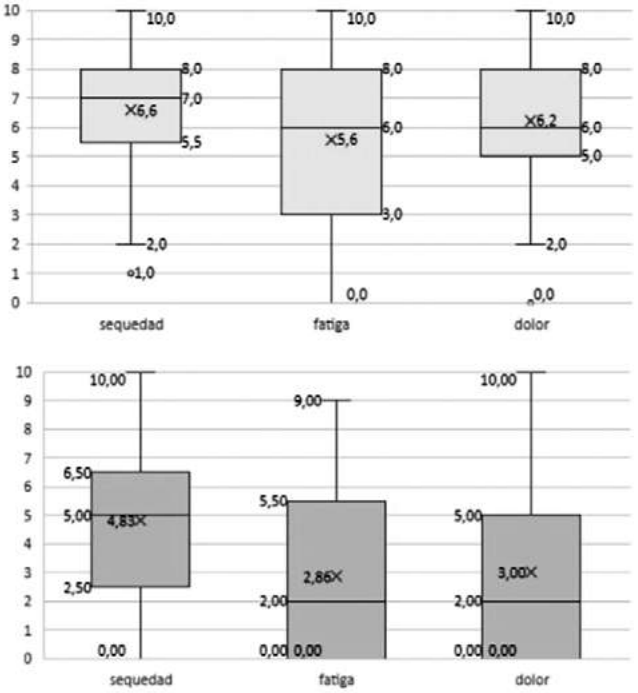


Figura: Distribución de los componentes del ESSPRI en ambos grupos.

Tabla: Cuestionario *Eating Assessment Tool-10*.

Realizar un círculo en la respuesta más apropiada	0: sin problema 4: severa dificultad				
1) Mi problema de deglución me ha hecho perder peso	0	1	2	3	4
2) Mi problema de deglución interfiere con mi capacidad para salir a comer	0	1	2	3	4
3) Ingerir líquidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
4) Comer solidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
5) Pasar píldoras requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
6) Deglutir es doloroso	0	1	2	3	4
7) El placer de comer se ve afectado al deglutir	0	1	2	3	4
8) Al deglutir la comida se pega a la garganta	0	1	2	3	4
9) Toso cuando como	0	1	2	3	4
10) Comer es estresante	0	1	2	3	4

1683

CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES CON LUPUS DEL REGISTRO ARGENTINO RELESSAR-T

Lucila GARCÍA[1], Rosana Quintana[2], Carla Gobbi[2], Paula Alba[2], Susana Roverano[2], Analía Álvarez[2], Alberto Spindler[2], Cecilia Pisoni[2], Catalina Gómez[2], César Graf[2], Heber Matías Figueredo[2], Silvia Papasidero[2], Raúl Paniego[2], María Celina de la Vega[2], Emma Civit[2], Luciana González Lucero[2], Victoria Martire[2], Rodrigo Aguila Maldonado[2], Sergio Gordon[2], Marina Micelli[2], Romina Nieto[2], Gretel Rausch[2], Vanina Gongora[2], Agustina Damico[2], Diana Dubinski[2], Alberto Orden[2], Johana Zacariaz[2], Mariana Pera[2], Julia Romero[2], Oscar Rillo[2], Mario Goñi[2], Roberto Báez[2], Valeria Arturi[2], Graciela Rodríguez[2], Graciela Gómez[2], Victoria Collado[2], Andrea González[2], Florencia Vivero[2], María Eugenia Bedoya[2], Marcela Shmid[2], Víctor Caputo[2], María Larroudé[2], Nadia Domínguez[2], Josefina Marin[2], Marisa Jorfen[2], Zaida Bedran[2], Ana Curti[2], Victoria Gazzoni[2], Bernardo Pons-Estel[2], Mercedes García[2]

[1]HIGA GENERAL SAN MARTIN LA PLATA, [2]GESAR LES

INTRODUCCIÓN: La hospitalización en lupus eritematoso sistémico (LES) es considerada una complicación en sí misma y se asocia a aumento de costos en salud. Por esta razón, y con el objeto de mejorar manejo de la enfermedad, es valioso conocer los motivos de internación, así como los potenciales factores asociados.
OBJETIVOS: Describir frecuencia, causas de hospitalización y factores asociados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico de corte transversal del registro RELESSAR-T. Se recolectaron datos sociodemográficos, anticuerpos, manifestaciones clínicas y tratamientos que los pacientes se encontraban recibiendo al momento de la internación. Se determinaron número, causas de hospitalizaciones y factores asociados a la misma. Se realizó analítica descriptiva y análisis uni y multivariado para evaluar asociación de las variables.
RESULTADOS: Se analizaron 1515 pacientes. Un 53.7% pacientes (n: 815) cursó al menos una hospitalización: 203 (24.9%) por infección grave, 612

(75%) por actividad de la enfermedad y 162 (19.8%) por ambos motivos. Los pacientes que requirieron internación eran más jóvenes (38.2 vs 40.6, OR 0.99 IC95% 0.98-0.99, p<0.001), mayor proporción de hombres (10% vs 6%, OR 1.78 IC95% 1.22-2.63, p 0.004), menor nivel educativo (11.9 años vs 12.7 años, OR 0.95 IC95% 0.92-0.97, p<0.001) y mayor proporción de pacientes con nivel socioeconómico medio-bajo/bajo (OR 1.96 IC95% 1.39-2.78, p<0.001). Los pacientes hospitalizados presentaron mayor proporción de pleuritis (OR 3.24 IC95% 2.57-4.18, p<0.001), pericarditis (OR 3.50 IC95% 2.65-4.67, p<0.001), nefritis lúpica (OR 4.04 IC95% 3.24-5.04, p<0.001) y manifestaciones neurológicas graves: convulsiones (OR 2.87 IC95% 1.84-4.65, p<0.001) y psicosis (OR 3.49 IC95% 1.80-7.45, p<0.001). La ausencia de anemia hemolítica autoinmune mostró ser protectora de las hospitalizaciones, siendo la *chance* de hospitalizarse 63% menor para los que no tienen anemia que para los que sí la presentan (OR 0.37 IC95% 0.26-0.53 p <0.001), mientras que la leucopenia (OR 1.71 IC95% 1.39-2.10, p <0.001), linfopenia (OR 1.77 IC95% 1.42-2.21, p <0.001) y trombocitopenia (OR 2.41 IC95% 1.82-3.21, p <0.001) confieren un riesgo aumentado para las internaciones. Hubo una mayor proporción de pacientes hospitalizados con anticuerpos anti-DNA, Sm y La positivos e hipocomplementemia, SAF y que mostraban índices de daño y de comorbilidades más altos que los que no presentaron internaciones: SLICC 1.29 vs 0.66 (OR 1.50 IC95% 1.37-1.66 p<0.001) y Charlson 2.07 vs 1.85 (OR 1.10 IC95% 1.03-1.18 p 0.006). En la Tabla se muestra el análisis multivariado. Con respecto a los esteroides, las dosis por debajo de 10 mg por día de prednisona o su equivalente también se asociaron a las hospitalizaciones. La *chance* de hospitalizarse es aproximadamente 3 veces mayor para los pacientes con dosis de esteroides menores a 10 mg/día respecto a los que no lo utilizan, aumentando dicho riesgo a 11 veces con dosis entre 10 y 30 mg y a 21 veces con dosis entre 30 y 60 mg/día.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes se hospitalizó al menos una vez durante la evolución de la enfermedad, siendo la principal causa la actividad del LES seguida por infecciones. Los factores de riesgo asociados fueron el bajo nivel educativo, la pericarditis, el compromiso renal y hematológico, así como la hipocomplementemia, el uso de IVIG y el daño acumulado. Con respecto a la corticoterapia, el riesgo aumenta a medida que aumenta la dosis, incluso con dosis por debajo de los 10 mg. Remarcamos, por lo tanto, la importancia de lograr la remisión o baja actividad de la enfermedad y de minimizar la dosis de corticoides para disminuir el riesgo de hospitalizaciones y con ello las potenciales complicaciones asociadas a las mismas.

Tabla: Análisis multivariado.

Características	Univariado			Multivariado		
	n	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%
Nivel educativo	1.515	0.95	0.92, 0.97	<0.001	0.95	0.91, 0.98
Pericarditis	1.501	3.50	2.65, 4.67	<0.001	2.52	1.72, 3.73
Ausencia cilindros celulares	1.480	0.27	0.21, 0.34	<0.001	0.66	0.48, 0.91
Complemento bajo	1.459	2.64	1.97, 3.57	<0.001	1.92	1.26, 2.95
Score SLICC	1.515	1.50	1.37, 1.66	<0.001	1.25	1.10, 1.41
Corticoide dosis máxima	1.291					
≤10 mg/d de prednisona o equivalente		3.08	1.94, 5.02	<0.001	2.89	1.75, 4.91
10-30 mg/d		15.8	10.3, 25.1	<0.001	11.6	7.25, 19.3
30-60 mg/d		34.9	21.7, 58.2	<0.001	21.7	12.7, 38.2
Igiv	1.380	13.0	4.71, 53.7	<0.001	5.87	1.92, 26.4

1684

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUENOS AIRES

Tamara ARIAS[1], María Milena Pertuz Rebolledo[1], Verónica Barcos[2], María Cielo Gutiérrez[1], Cecilia Battaglia[1], Gustavo Medina[1], María José López Meiller[1]

[1]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, [2]UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por daño microvascular, disregulación inmunitaria y fibrosis en piel y otros órganos. El tracto gastrointestinal es el segundo órgano afectado en ES limitada y difusa. La afectación fibrótica puede generar alteración de la motilidad, digestión, absorción de nutrientes y excreción. El resultado suele ser la malnutrición, habitualmente subdiagnosticada. Existen diferentes herramientas para su evaluación: cuestionarios, criterios, valoraciones antropométricas, datos de laboratorio. El Grupo Canadiense describió una prevalencia de 30% de riesgo moderado a alto de malnutrición utilizando el cuestionario *Malnutrition Universal Screening Tool (*MUST). Demostraron asociación de malnutrición con duración corta de la enfermedad, compromiso gastrointestinal y severidad. La importancia de su detección temprana radica en su asociación con mayor morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Describir la prevalencia de malnutrición y riesgo de malnutrición evaluado con MUST en pacientes con diagnóstico de ES.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Datos de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR), seguidos en la División Reumatología. Se excluyeron: enfermedad oncológica activa, trastornos de la conducta alimentaria, superposición con miositis, embarazo, enfermedad celíaca sin tratamiento. Valoración nutricional realizada por licenciada en nutrición. Definición de malnutrición: índice de masa corporal (IMC) <18.5 kg/m^2 o valoración global subjetiva (VGS) B o C. Se realizó en la consulta: cuestionario MUST de riesgo nutricional (puntuación global: 0, riesgo bajo; 1, intermedio; 2 o más, alto); cuestionario UCLA SCTC GIT 2.0 (6 esferas: reflujo gastroesofágico, distensión abdominal, incontinencia fecal, diarrea, funcionamiento social, bienestar emocional, puntaje mínimo 0, máximo 2,83; mayor puntaje, mayor afectación gastrointestinal); talla y peso, cálculo de IMC; medidas antropométricas: circunferencia de pantorrilla y cintura; test de la silla (*Five times sit to stand test*) sarcopenia probable >15 segundos, ambos sexos; fuerza de agarre con dinamómetro, sarcopenia probable: <27 kg en hombres y 16 kg en mujeres; VGS del estado nutricional A=bien nutrido, B=sospecha de desnutrición o desnutrición moderada, C=desnutrición severa; *score* de Rodnan modificado; actividad de la enfermedad (*EUSTAR activity index*). Análisis estadístico: variables numéricas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según corresponda; variables categóricas, en porcentaje. Los datos se procesaron mediante Epi Info v. 7.2.

RESULTADOS: Se analizaron datos preliminares de pacientes evaluados entre enero y juniode 2022. Estudio en curso, fin del reclutamiento en diciembre de 2022. Asistieron 54 pacientes y 43 cumplieron criterios de inclusión. 39 (93%) mujeres, edad media 61.5 años (DE±12.2). Mediana de tiempo de evolución de la enfermedad 6.5 años (RIC 3-15). Subtipo ES: limitada 32 (76%). Mediana Rodnan modificado 4.5 (RIC 2-8.5). Cuestionario UCLA: mediana 0.48 (RIC 0.1-0.9). IMC promedio 26 (DE±5.2). Tres (7%) IMC <18.5. Promedio circunferencia de cintura 80 cm (SD±15.4) y de pantorrilla 35 cm (DE±3.03). VGS: 75% valor A y 25% valores B o C. Cuestionario MUST: 10 (27%) riesgo nutricional intermedio-alto. Siete (18%) prueba de la silla >15 segundos y ocho (21%) test de agarre <16 kg.

CONCLUSIONES: Encontramos que la cuarta parte de los pacientes presentó un riesgo intermedio-alto de malnutrición por MUST, en concordancia con el diagnóstico de desnutrición moderada a severa por VGS y de sarcopenia probable. El cuestionario MUST constituye una herramienta confiable para detectar en forma rápida pacientes en riesgo de desnutrición y nos permite el inicio a tiempo de la intervención nutricional. El manejo multidisciplinario es vital para mejorar la sintomatología gastrointestinal, la calidad de vida y evitar la desnutrición.

RESPUESTA INMUNE HUMORAL Y CELULAR A LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Carolina Ayelén ISNARDI[1], Emilce E Schneeberger[1], Margarita Landi[2], Leonel Cruces[3], Claudia Calle Montoro[2], María Agustina Alfaro[1], Brian M Roldán[1], Andrea B Gómez Vara[1], Pamela Giorgis[1], Roberto Alejandro Ezquer[1], María G Crespo Rocha[1], Camila R Reyes Gómez[1], María de los Ángeles Correa[1], Osvaldo L Cerda[1], Marcos G Rosemffet[1], Virginia Carrizo Abarza[1], Santiago Catalán Pellet[2], Miguel Perandones[1], Cecilia Reimundes[2], Yesica Longueira[3], Gabriela Turk[3], María Florencia Quiroga[3], Natalia Laufer[3], Rosana Quintana[4], Karen Roberts[4], María Celina de la Vega[5], Pablo Maid[2], Gustavo Citera[1], Guillermo J. Pons-Estel[4]

[1]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, [2]HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, [3]UBA, CONICET, INBIRS, FACULTAD DE MEDICINA, [4]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [5]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades inmunomediadas logran tasas de seroconversión a las vacunas para COVID-19 más bajas en comparación con los controles sanos.

OBJETIVOS: Evaluar las respuestas humoral y de células T específica anti-SARS-CoV-2 después de un régimen de dos dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoidea (AR).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), ≥18 años, de dos centros reumatológicos de AMBA, que fueron vacunados según la estrategia de vacunación del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG (ELISA-COVIDAR), la actividad neutralizante y la respuesta celular T específica (IFN-γ ELISpot) se evaluaron entre 21 y 40 días después de la primera y segunda dosis.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 120 pacientes con AR, el 90% mujeres con una edad mediana de 61.6 años (RIC 50.2, 69.6). Un total de 7 (5.8%) pacientes

Tabla: Características de la AR y el régimen de vacunación.

	Total n=120
Tratamientos, n (%)	
Glucocorticoides	29 (24.2)
Metrotrexato	79 (65.8)
Leflunomida	26 (21.7)
Hodroxicloroquina	4 (3.3)
Azatiopina	2 (1.7)
Inhibidores de TNF	35 (29.2)
Inhibidores de IL-6	11 (9.2)
Abatacept	11 (9.2)
Rituximab	4 (3.3)
Inhibidores de JAK	16 (13.3)
Actividades de la AR, N(%)	
ChAdOx1/ChadOx1	29 (24.2)
ChAdOx1/ BNT162b2	1 (0.8)
BNT162b2/ BNT162b2	1 (0.8)
BBIBP-CorV/BBIBP-CorV	27 (22.5)
Gam-COVID/Vac/ChAdOx1	3 (2.5)
Gam-COVID/Vac/mRNA-1273	26 (21.7)
Gam-COVID/Vac/ Gam-COVID-Vac/	33 (27.5)
Régimen heterólogo, n (%)	30 (25.0)
Tiempo entre 1° y 2° dosis (días), m (RIC)	81.0 (57.0-108)

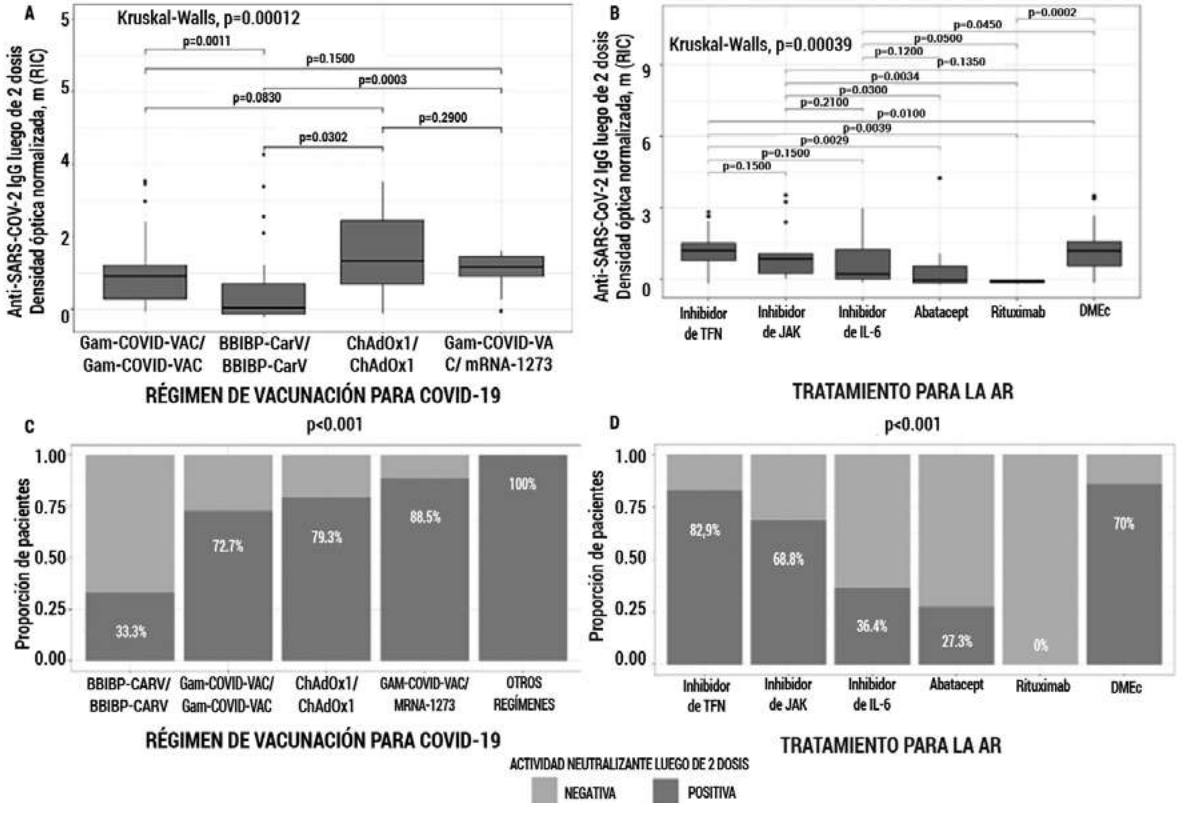


Figura: IgG anti-SARS-CoV-2 y actividad neutralizante luego de la segunda dosis según los tratamientos de la AR y el régimen de vacunación.

tenía historia de infección por SARS-CoV-2. Las características de la vacunación y los tratamientos para la AR se describen en la Tabla. Tras la segunda dosis, el 81.7% presentó anticuerpos anti-SARS-CoV-2, el 65% actividad neutralizante (título mediano 1/32, RIC 1/4-1/128) y 83% de respuesta de células T específica. El uso de BBIBP-CorV, el tratamiento con abatacept (ABT) y rituximab (RTX) se asociaron con la ausencia de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 (Figuras 1A y B) y de actividad neutralizante. El uso de inhibidores de IL-6 fue más frecuente entre quienes no desarrollaron actividad neutralizante (Figuras 1C y D). Todos los pacientes con infección previa desarrollaron anticuerpos y actividad neutralizante. Asimismo, BBIBP-CorV y la mayor edad se asociaron con la ausencia de respuesta de células T específica (OR 0.24, IC95% 0.06- 0.87 y 0.96, IC95% 0.93- 1.00, respectivamente). En total, el 66.7% de los que recibieron ABT, el 61.3% del grupo de inhibidores de TNF, el 58.3% de inhibidores de JAK, el 55.6% de inhibidores de IL-6 y el 50.0% de RTX presentó respuesta específica de células T (p=NS en todos los casos). La incidencia total de eventos adversos fue de 357.1 eventos/1000 dosis; significativamente menor con BBIBP-CorV (166.7 eventos/1000 dosis, p<0.02). Cinco pacientes (4.2%) informaron un brote de la enfermedad.

CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con AR, 2 de cada 10 pacientes no desarrollaron IgG anti-SARS-CoV-2. El uso de la vacuna inactivada BBIBP-CorV se asoció con una respuesta humoral y celular deficiente, mientras que el tratamiento con ABT y RTX afectó el desarrollo de anticuerpos y actividad neutralizante.

1694

PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON INHIBIDORES DEL JAK. REGISTRO LATINOAMERICANO

Nicolás Marín ZÚCARO[1], María L Brance[2], Daniel Fernández Ávila[3], Gilda Ferreira[4], Gabriel Maciel[5], Luisa Servioli[6], Rodrigo García Salinas[7], Reyna Amparo Galaviz Pérez[8], Javier Quagliato[2], Rocío Gamboa[9], Jossiell Then Báez[10], Pamela Giorgis[11], Carlos Enrique Toro Gutiérrez[12], Paola Gottschalk[13], Rene Donizeti[14], Claiton Viegas Brenol[15], Vander Fernández[16], Manuella Lima Gomes Octrop[17], Cristiano Lupo[18], Inés Silveira[19], Pedro Santos Moreno[20], Bárbara Stadler Kahlow[21], Enrique Julio Giraldo Ho[22], Enrique Roberto Soriano[1]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, [2]REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ARGENTINA [3]HOSPITAL SAN IGNACIO, COLOMBIA, [4]HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDA DE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BRASIL, [5]HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO, URUGUAY, [6]HOSPITAL MILITAR, DNSFFAA, MONTEVIDEO, URUGUAY, [7]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ARGENTINA, [8]HOSPITAL NAVAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, [9]HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA ESSALUD, PERÚ, [10]HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, [11]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ARGENTINA, [12]CENTRO DE ESTUDIOS DE REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA SAS, CALI, COLOMBIA, [13]CLÍNICA UNIÓN MÉDICA, SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, [14]HOSPITAL DAS CLÍNICAS, USP-RP, RIBEIRÃO PRETO/SP, BRASIL, [15]HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, [16]HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO, CUIABA/MT, BRASIL, [17]HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, UERJ, RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL, [18]FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP, BRASIL, [19]HOSPITAL SÃO LUCAS PUC, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, [20]BIOMAB, CENTRO DE ARTRITIS REUMATOIDE, BOGOTÁ, COLOMBIA, [21]HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA, BRASIL, [22]CLINIC ALL EN CONSULTORIOS PUNTA PACÍFICA, PANAMÁ.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EA) ha experimentado un cambio radical en los últimos 20 años gracias al advenimiento de nuevas terapias. Los inhibidores del JAK (iJAK) se han posicionado como una alternativa válida, aunque con ciertas consideraciones de seguridad.

OBJETIVOS: Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de los iJAK en la vida real, PANLAR desarrolló un registro de pacientes latinoamericanos con enfermedades reumáticas tratados con iJAK.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un registro, una cohorte prospectiva con 36 meses de seguimiento (9 visitas) que incluyó a pacientes mayores de 18 años con AR, APs y EA que iniciaron alguna terapia aprobada con iJAK, DMARDs convencionales (cDMARDs) o DMARDs biológicos (bDMARDs). El registro comenzó en noviembre de 2021 y aquí presentamos un análisis parcial de los primeros resultados.

RESULTADOS: Se realizó un total de 848 registros en la primera etapa, correspondientes a 305 pacientes de Latinoamérica (32.5% de Brasil, 29.8% de Argentina, 21.3% Uruguay, 13.4% de Colombia, 1.3% de México, 0.7% de Panamá, 0.7% de Perú y 0.3% de República Dominicana). 82% fue mujer, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 44.81 (RIC 22.2) y una mediana de edad al inicio de la nueva terapia de 53.65 (RIC 22.35). Del total de pacientes el 49.7%, el 36.8% y 13.5% fueron tratados con iJAK, bDMARDs y cDMARDs, respectivamente. La AR fue el diagnóstico principal representando el 87.5% del total, seguido por APs (6.6%), EA (4.6%) y otros diagnósticos (1.3%). En la Tabla se resumen las características demográficas y clínicas segmentadas por diagnóstico. Un total de 59.5% recibió corticoides con el nuevo tratamiento y el 65.6% cDMARDs en combinación, principalmente metotrexato (60.33%). La distribución de uso de iJAK fue: tofacitinib (41.6%-71,4% droga innovadora-) upadacitinib (34.9%-100% droga innovadora-) y baricitinib (23,5%-100% droga innovadora-). Los iJAK se utilizaron en el 40.94%, 26.85%, 14.77%, 15.44% como segunda, tercera, cuarta y >4 línea de tratamiento, respectivamente. El 95.95% de los iJAK fue administrado luego de la falla a cDMARDs, 58.76% luego de la falla a bDMARDs y 2.03% luego de la falla de otro iJAK. 2.62% de los pacientes discontinuó el tratamiento, 0.98% en el grupo de los iJAK y 1.64% en los bDMARDs) debido a eventos adversos relacionados a la medicación. No se reportaron infecciones, neoplasias, eventos adversos serios o muertes en ambos grupos.

Tabla: Características demográficas y clínicas segmentadas por diagnóstico.

	AR	APs	EA
Edad de diagnóstico mediana (RIC)	45,63 (22,23)	43,03 (21,83)	36,6 (24,06)
Edad al inicio de la medicación, mediana (RIC)	56,25 (21,68)	46,11 (16,72)	36,99 (23,3)
Género femenino, %	87,20%	55%	28,60%
Positividad FR, %	67,60%	-	-
Positividad CCP, %	55,80%	-	-
Positividad HLA B27, %	-	-	27,30%
Actividad de la enfermedad	DAS28ERS >3.2:68,2%	DAPSA >14:47,6%	BASDAI >4: 83,35%
	DAS28PCR >3.2:58,5%	MDA <5:81%	ASDASPCR >2: 77,8%
	CDAI >10:58,5%	-	-
	SDAI >11:66%	-	-
Manifestación extraarticular, %	10,70%	0%	0%

CONCLUSIONES: Los iJAK son utilizados con frecuencia en Latinoamérica. Tofacitinib y upadacitinib son los más indicados, especialmente en segunda línea de tratamiento y luego de falla a cDMARDs. No se reportaron eventos mayores de seguridad a la fecha.

1697

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

Carolina Ayelén ISNARDI[1], Karen Roberts[1], Yohana Tissera[2], Ingrid Petkovic[2], Guillermo Berbotto[2], Carla Gobbi[2], Romina Tanten[2], Karina Cogo[2], Cecilia Asnal[2], Andrea Baños[2], Florencia Vivero[2], María Marcela Schmid[2], María Alicia Lázaro[2], Noelia German[2], Lorena Takashima[2], Julia Scafati[2], Marina Laura Werner[2], Luciana Casalla[2], Carla Matellan[2], Diana M Castrillon[2], Florencia Rodríguez[2], Sebastián Moyano[2], María Luz Martin[2], Vanesa Cosentino[2], Natalia Herscovich[2], Elda R Tralice[2], Tatiana Barbich [2], Dora L Vásquez[2], Emilio Buschiazzo[2], Pablo Maid[2], Ana C Ledesma[2], Víctor Yohena[2], Gimena Gómez[1], Rosana Quintana[1], Guillermo J Pons-Estel[1]

[1]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [2]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general, particularmente aquellos con glomerulonefritis y que se encuentran en tratamiento con glucocorticoides. Asimismo, la alta actividad de la enfermedad y algunos inmunosupresores se han asociado a peores desenlaces.
OBJETIVOS: Describir las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con LES del registro SAR-COVID y establecer factores asociados a peor desenlace de la misma.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES con infección confirmada por SARS-CoV-2 (RT-PCR y/o serologías positivas) del registro SAR-COVID. Los datos fueron recabados desde agosto de 2020 hasta marzo de 2022. El desenlace de la infección fue medido mediante la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS). Se definió COVID-19 severo con un valor EO-OMS≥5. Análisis descriptivo, test T de Student, Mann Whitney U, ANOVA, chi² y Fisher. Regresión logística múltiple.
RESULTADOS: Se incluyeron 399 pacientes, el 93% de sexo femenino, con una edad media de 40.9 años (DE 12.2). El 39.6% tenía al menos una comorbilidad, siendo hipertensión arterial (18.0%) y obesidad (12.4%) las más frecuentes, y el 7.8% presentaba síndrome antifosfolípido (SAF) concomitante. Al momento de la infección, 54.9% recibía glucocorticoides, 72.7% hidroxicloroquina, 30.8% inmunosupresores, incluyendo 16.5% micofenolato y 13% azatioprina. Solo 4 pacientes usaban rituximab y 9 belimumab. En el 76.0% de los casos el diagnóstico se hizo por RT-PCR, en la mayoría de los casos durante una consulta externa (55.1%) o en el departamento de urgencias (27.3%). El 94.2% desarrolló síntomas de infección, los más frecuentes: fiebre, cefalea y tos (50.1%, 39.1%, 39.1%, respectivamente). El 22.1% fue hospitalizado durante la infección por SARS-CoV-2, la mayoría (44.3%) sin requerimiento de O2 y en menor medida, el 34.1% utilizó O2 por máscara o cánula nasal. El 2.3% y el 19.3% requirió ventilación mecánica no invasiva e invasiva, respectivamente. Un total de 11 (2.8%) pacientes fallecieron por COVID-19. En el análisis multivariado, el diagnóstico de SAF, tener hipertensión arterial y el uso de glucocorticoides se asoció significativamente con COVID-19 severo (Tabla).

Tabla: Factores asociados a COVID-19 severo en pacientes con LES del registro SAR-COVID.

Variables	Análisis no ajustado OR (IC95%)	Análisis Ajustado # OR (IC95%)
Edad >60 años (ref <60 años)	4.26 (1.15 – 12.9)	p=NS
Comorbilidades (ref sin comorbilidades) Una comorbilidad Dos o más comorbilidades	 1.74 (036-6.78) 5.52 (2.03-16.5)	 p=NS p=NS
Hipertensión arterial	6.42 (2.03-16.5)	5.11 (1.76-15.0)
Obesidad	1.97 (0.54-572)	p=NS
Diabetes	6.07 (0.86 – 27.5)	p=NS
Enfermedad pulmonar	0.80 (0.04-4.13)	p=NS
Enfermedad cerebrovascular	22.7 (395-132)	p=NS
Insuficiencia renal crónica	7.91 (2.03-26.0)	p=NS
Síndrome antifosfolipídico	4.53 (1.39-12.80)	4.68 (1.23-15.80)
Antimaláricos	0.35 (0.14-0.89)	p=NS
Glucocorticoides (ref sin tratamiento) Dosis <10 mg/día Dosis ≥10 mg/día	 1.88 (0.58-6.15) 5.36 (1.79-16.9)	 1.75 (0.46-6.73) 5.48 (1.56-20.5)

*#Ajustado para edad, género, comodidades, características sociodemográficas, tratamientos y actividad del LES. *EO-OMS: escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud; OR Odds Ratio: IC: intervalo de confianza; ref: referencia; NS: no significativo.*

CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con LES con infección por SARS-CoV-2 confirmada, la mayoría cursó de manera sintomática, un quinto fue hospitalizado y 5% requirió ventilación mecánica. La mortalidad fue cercana al 3%. El diagnóstico de SAF, tener hipertensión arterial y el uso de glucocorticoides se asoció significativamente con COVID-19 severo.

1723

PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA A RADIOGRÁFICA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, INTERNACIONAL A 5 AÑOS

Marcos David ZELAYA[1], Denis Poddubnyy[2], Joachim Sieper[2], Servet Akar[3], Santiago Muñoz-Fernández[4], Hildrun Haibel[2], Torsten Diekhoff[2], Mikhail Protopopov[2], Elisabeth Altmaier[5], Fabiana Ganz[6], Robert D. Inman[7]
[1]ABBVIE S.A., [2]CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN, [3]IZMIR KATIP CELEBI UNIVERSITY, [4]HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA, [5]GKM GESELLSCHAFT FÜR THERAPIEFORSCHUNG MBH, [6]ABBVIE INC, [7]SCHROEDER ARTHRITIS INSTITUTE

INTRODUCCIÓN: La espondiloartritis axial (EspAax) se clasifica en radiográfica (EspAax-r) y no radiográfica (EspAax-nr) según la presencia o ausencia de sacroileitis radiográfica. Un 20-80% de los casos de EspAax de reciente diagnóstico presentan EspAax-nr y el 8-40% de los pacientes progresan a EspAax-r entre los 2 y 10 años siguientes.
OBJETIVOS: Evaluar la progresión de EspAax-nr a EspAax-r a lo largo de 5 años en una cohorte multicéntrica prospectiva.
MATERIALES Y MÉTODOS: PROOF fue un estudio observacional, prospectivo, del mundo real, realizado en 29 países en 6 regiones geográficas. Participaron adultos con dolor lumbar crónico de ≥3 meses de evolución iniciado antes de los 45 años de edad. El análisis incluyó a pacientes con diagnóstico de EspAax que además cumplían con los criterios de clasificación para EspAax de la *Assessment of SpondyloArthritis International*

Society (ASAS). Las visitas se realizaron al inicio y, posteriormente, con una frecuencia anual. Las radiografías de articulaciones sacroilíacas (ASI) tomadas al inicio y durante el seguimiento en pacientes con diagnóstico inicial de EspAax-nr fueron evaluadas independientemente por dos lectores centrales según los criterios modificados de Nueva York. En caso de desacuerdo (EspAax-r o EspAax-nr), las imágenes se adjudicaban a un tercer lector. Para evaluar la progresión radiográfica se utilizó el análisis de Kaplan-Meier. Se realizaron análisis de regresión de riesgos proporcionales de Cox para el tiempo hasta la progresión radiográfica de EspAax-nr a EspAax-r. En el modelo 1, la variable independiente fue "grupo de imágenes vs. grupo de clínica", mientras que en el modelo 2 se utilizó la "inflamación activa en la resonancia magnética altamente sugestiva de sacroileitis asociada con EspA". Los factores pronóstico potenciales incluidos en los modelos fueron edad, sexo, duración del dolor lumbar, número de parámetros de EspA, tabaquismo, PCR, buena respuesta a AINEs, estado del HLA-B27 y tratamiento actual con AINEs e inhibidores del TNF.
RESULTADOS: De los 2633 pacientes reclutados, 2165 (82%) tenían diagnóstico de EspAax y cumplían con los criterios de la clasificación de ASAS. De ellos, 1612 (74%) fueron clasificados como EspAax-r (1050 [65%]) o EspAax-nr (562 [35%]) según las lecturas centrales. La mayoría de los pacientes con EspAax-nr (77%) reunía los criterios de clasificación de ASAS debido a los hallazgos en imágenes (y ≥1 signo de EspA) y el 23% fue clasificado según el grupo de la clínica. El análisis incluyó a un total de 246 pacientes con EspAax-nr que tenían ≥1 radiografía de ASI correspondiente al seguimiento. De estos 246 pacientes, 40 (16%) presentaron progresión de la EspAax-nr inicial a EspAax-r en cualquiera de las visitas de seguimiento a lo largo de 5 años. La media del tiempo hasta la progresión radiográfica fue de 2.4 años (rango: 0.9-5.1) en el análisis descriptivo. En el modelo 1 del análisis de regresión de Cox, el sexo masculino (cociente de riesgo [HR]: 3.16 [IC95%: 1.22-8.17]; p=0.0174), el cumplimiento de los criterios del grupo de imágenes (HR: 6.64 [1.37-32.25]; p=0.0188) y la buena respuesta a los AINEs (HR: 4,66 [1,23-17,71]; p=0,0237) se asociaron significativamente con la progresión a EspAax-r. En el modelo 2, se observó una asociación significativa entre la positividad del HLA-B27 y la progresión (HR: 3.99 [1.10-14.49]; p=0.0353).
CONCLUSIONES: En este estudio, el 16 % de los pacientes con EspAax-nr progresó a EspAax-r dentro de los 5 años. La media del tiempo hasta la progresión de la enfermedad fue de 2,4 años. Los factores pronósticos de la progresión radiográfica fueron el sexo masculino, la buena respuesta a los AINEs y el cumplimiento de los criterios del grupo de imágenes, además de la positividad del HLA-B27.

1725

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DURANTE LA PANDEMIA. DESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE AUTOCUESTIONARIOS

Julieta Daniele, Boris Kisluk, **Rosana M. QUINTANA**, Romina Nieto, Soledad Conte, Guillermo Berbotto

UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de los pacientes. La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en todas las personas, y especialmente en pacientes con enfermedades crónicas e inmunomediadas. La calidad del sueño y la ansiedad se han afectado durante la pandemia, interfiriendo en la vida cotidiana de los pacientes.
OBJETIVOS: Describir las características generales de un grupo de pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Escuela Eva Perón durante el año 2021, en pandemia, y particularmente describir los diferentes dominios del EQ-5D y su influencia en estos pacientes en concordancia con las horas de sueño.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal, observacional y descriptivo, de pacientes evaluados consecutivamente con diagnóstico de AR, cumpliendo con criterios ACR 2010, durante el período de pandemia (desde febrero a junio de 2021). Las variables consignadas fueron: edad, sexo, lugar de procedencia, presencia de hábito tabáquico, actividad física diaria, horas de sueño diario (según recomendación OMS), años de evolución de la enfermedad, valor de factor reumatoideo (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (anti-CCP), tratamiento con corticoides, drogas modificadoras de la enfermedad (DARMES) convencionales y biológicas. La valoración del nivel sociodemográfico fue medida a través de la escala de Graffar-Méndez. La actividad de AR fue medida por DAS-28 con velocidad de eritrosedimentación y la calidad de vida a partir de los 5 los dominios del EQ-5D (EuroQol-5D) y del *Health assessment questionnaire* (HAQ). El nivel de ansiedad fue evaluado a través del *score Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7). Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas. Las variables cualitativas

	>8 hs de sueño (n=6,15%)	**≤ 8 hs de sueño (n=34,58%)**	**p valor**	**Total (n=40)**
Edad, media (DE)	55.7 (7.09)	48.7 (9.24)	0.065	49.7 (9.22)
Sexo femenino, n(%)	5 (83.3)	28 (82.4)	1.000	3 3(82.5)
Escala de Graffar, medida (DE)	14.5 (3.02)	14.3 (2.20)	0.878	14.3 (2.29)
Consumo de alcohol, n(%)	1 (16.7)	8 (23.5)	1.000	9 (22.5)
Tabaquismo, n(%)	5 (83.4)	25 (73.6)	0.199	30 (75.0)
Actividad física, n(%)	0 (0)	11 (32.4)	0.162	11 (27.5)
Evolución de la enfermedad en años, n mediana (Q1,Q3)	23.0 (13.5.28.8)	7.00 (3.00,12.0)	0.009	8.00 (5.00,15.0)
Tratamiento con corticoides, n(%)	5 (83.3)	25 (73.5)	1.000	30 (75.0)
Tratamiento con DARMES biológicos, n(%)	0 (0)	2 (5.8)	1.000	2.(5.0)
Tratamiento con DARME convencionales(%)	5 (83.3)	29 (85.3)	1.000	34 (85.0)
VES, Mediana (Q1,Q3)	15.0 (7.25,25.8)	8.00 (4.00,15.0)	0.098	8.00 (4.00, 16.0)
Compromiso de los dominios de EuroQol-5D movilidad	4 (66.7)	16 (47.1)	0.661	20 (50.0)
Cuidado personal	2 (33.3)	8 (23.5)	0.690	10 (25.0)
Actividades cotidianas	2 (33.3)	14 (41.2)	1.000	16 (40.0)
Dolor/malestar	4 (66.7)	18 (52.9)	0.132	22 (55.0)
Ansiedad/depresión	2 (33.3)	8 (23.5)	0.132	10 (25.0)
Escala visual análoga sobre mejor estado, mediana (Q1,Q3)	77.5 (71.3, 80.0)	65.0 (50.0, 80.0)	0.535	70.0 (50.0, 80.0)
DAS 28, mediana (Q1,Q3)	3.48 (2.72, 4.47)	3.29 (27.17,4.04)	0.607	3.29 (2.19, 4.06)
Remisión según DAS 28	1 (16.79	11 (33.3)	0.645	12 (30.8)
HAQ mediana (Q1,Q3)	1.13 (0.25, 1.91)	0.750 (0.313, 1.25)	0.955	0.750 (0.250, 1.53)
GAD 7, mediana (Q1,Q3)	2.50 (2.00, 6.75)	6.50 (3.50, 13.3)	0.087	6.00 (3.00, 11.0)

se expresaron como porcentajes, las variables cuantitativas de distribución simétrica como medias y desvíos estándar (±), y las cuantitativas de distribución asimétrica como medianas y rango intercuartilo (Q3-Q1). Las comparaciones se realizaron en base a las horas de sueño. Para comparación de medias se usó t de Student o U de Mann Whitney. Se consideró significativa p≤0.05.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 40 pacientes. Solo el 15% de los pacientes tenía más de 8 horas de sueño. No hubo diferencias entre ambos grupos, salvo la evolución de la enfermedad en años en el grupo de más de 8 horas de sueño: 23.0 (13.5, 28.8) vs 7.00 (3.00, 12.0); p=0.009. A pesar de esto, se puede observar que los pacientes con menor cantidad de horas de sueño, presentaban mayor porcentaje del compromiso de sus actividades cotidianas medido por el EuroQol 5-D, así como menor percepción del estado de su salud. Además, presentaban un score de GAD 7 mayor (Tabla).
CONCLUSIONES: Nuestros pacientes presentan características similares más allá de las horas de sueño. Son pacientes con bajo nivel socioeconómico, con compromiso de su vida cotidiana medido a través de los autocuestionarios pero con un nivel bajo de ansiedad medido por GAD-7. Es primordial aumentar el número de pacientes e intentar volver a medir estos instrumentos al momento actual, luego de la suspensión de las medidas de aislamiento social preventivo.

1726

EXPERIENCIA SOBRE LAS BIOPSIAS RENALES REALIZADAS Y PREVALENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. DATOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Mariela Fernández[1], Leonardo González[1], Natalia Vanesa Dolce[1], **Rosana M. QUINTANA**[2], Romina Nieto[3], Julieta Daniele[3], Boris Kisluk[3], Soledad Conte[3], Guillermo Berbotto[3]

[1]UNIDAD DE NEFROLOGÍA Y DIÁLISIS, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA, [2]CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO, [3]UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN, GRANADERO BAIGORRIA

INTRODUCCIÓN: La conformación de unidades especializadas en la atención de pacientes complejos es primordial para mejorar el pronóstico de los mismos. La necesidad de contar con herramientas diagnósticas y recursos humanos idóneos es fundamental. El trabajo interdisciplinario es uno de los pilares para mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
OBJETIVOS: Describir la experiencia desde la conformación de la Unidad de Nefrología y Diálisis de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Granadero Baigorria sobre nuevos diagnósticos en pacientes que han requerido de una biopsia renal (BR) como parte de la batería de métodos diagnósticos complementarios. Además, describir la prevalencia de enfermedades autoinmunes dentro de los diagnósticos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se recolectaron los datos de los pacientes que requirieron de una BR como parte del diagnóstico desde 2015 a 2022. El procedimiento fue realizado por los especialistas de diagnóstico por imágenes, de manera percutánea y guiado bajo tomografía. Se consignaron los siguientes datos: edad, sexo, indicación de la BP, necesidad de diálisis al inicio del cuadro clínico, diagnóstico histológico, representatividad de la muestra definida como aquellas con igual o más de 8 glomérulos, y presencia de complicaciones.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 43 pacientes, la edad media fue de 38.9 años, el 55.8% fueron mujeres. Las principales indicaciones de la BR fueron: síndrome nefrótico (35.8%), proteinuria aislada (30.2%) y el antecedente de lupus eritematoso sistémico (25.5%). Un 9.3% requirió diálisis de inicio, el 69.5% de las BR fueron representativas y hubo asociadas complicaciones en el 11.6% de los casos. Los principales diagnósticos histológicos fueron nefritis lúpica, siendo la tipo IV la más frecuente, seguida por la membranosa idiopática. Un 13.9% fueron muestras insuficientes (Tabla).
CONCLUSIONES: Nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de las enfermedades autoinmunes y su compromiso renal. La necesidad de conformar grupos de trabajo, mejorando el rédito de la BR para acercarnos a mejores resultados en nuestros pacientes, debe ser una prioridad.

Variables	n=43
Edad, media (DS)	38.9 (13,1)
Sexo femenino, n(%)	24 (55,8)
Indicación de la BR n(%)	
Síndrome nefrótico	15 (35,8)
Proteinuria aislada	13 (30,2)
Insuficiencia rápidamente progresiva	6 (16,9)
Proteinuria y hematuria	3 (6.9)
Insuficiencia renal aguda	3 (6,9)
Síndrome nefrítico	2 (4,6)
Insuficiencia renal crónica	1 (2,3)
Antecedentes de lupus eritematoso sistémico	11 (25,5)
Necesidad de diálisis, n(%)	4 (9,3)
Muestra representativa (cantidad de glomérulos), n(%)	30 (69,7)
Diagnóstico histológico, n(%)	
Nefritis lúpica III	2 (4,6)
Nefritis lúpica IV	9 (20,9)
Nefritis lúpicaV	2 (4,6)
GNF membranosa idiopática	6 (13,9)
GNF proliferativa extracapilar	3 (6,9)
GNF focal y segmentaria	2 (4,6)
GNF pauciinmune	2 (4,6)
GNF cambios mínimos	3 (6,9)
GNF por depósitos de C3	2 (4,6)
GNF anti C1q	1 (2,3)
Muestra insuficiente	6 (13,9)
Nefroangioesclerosis	3 (6,9)
GNF IgA	1 (2,3)
Complicaciones asociadas a la BR, n(%)	5 (11,6)

1728

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO TEMPRANO VERSUS TARDÍO EN VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: ¿DOS FENOTIPOS DISTINTOS? ESTUDIO RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO

León SILVERY, Carla Muñoz Torres, Ignacio López, Gonzalo Barros, Cecilia Battaglia, Diego Marino, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (VAA) son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que comprometen principalmente los vasos de pequeño tamaño. Se ha estudiado en VAA las diferencias entre los pacientes en los que la enfermedad se presenta en menores de 60 años (comienzo temprano) vs mayores de 60 años (comienzo tardío), encontrándose en algunas series que los pacientes de mayor edad tenían más afectación renal, hipertensión, dislipemia, mayor mortalidad, niveles de glóbulos rojos y ferritina más bajos. Podría tratarse de dos fenotipos diferentes, sin embargo, al momento hacen falta más estudios para definir las características, y si esto tendría implicancia en el pronóstico y terapéutica.
OBJETIVOS: Estudiar las diferencias entre aquellos pacientes con VAA con diagnóstico antes y después de los 60 años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo desarrollado en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron pacientes que cumplían los criterios de clasificación para VAA del *American College of Rheumatology*. Estos pacientes se dividieron en 2 grupos: diagnóstico tardío con edad ≥ 60 (tardíos) y diagnóstico temprano con edad <60 años (tempranos). Se compararon variables como tiempo de retraso diagnóstico, manifestaciones clínicas, tipo de vasculitis, eritrosedimentación y proteína C reactiva, inmunoserología (ANCA por IFI y ELISA), función renal, tratamiento de inducción recibido y actividad de la enfermedad medida por la BVAS y FFS. Se excluyeron pacientes diagnosticados con vasculitis secundaria a neoplasias, enfermedades infecciosas y enfermedad autoinmune concomitante.
RESULTADOS: Se incluyeron 105 pacientes, 69 (65%) mujeres y 36 (35%) varones. Se realizó un diagnóstico antes de los 60 años en 79/105 (75%) pacientes y en 26/105 (24%) pacientes después de los 60 años. Los antecedentes cardiovasculares se observaron en 13/26 (50%) para tardíos vs 17/79 (21%) para tempranos (p0.001). El tipo de VAA más frecuente fue la GPA en 68/105 (68%) pacientes, seguido por 23/105 (22%) PAM y 14/105 (13%) EGPA. Al comparar entre grupos, los tardíos tienen mayor frecuencia de PAM 8/26 (38%) vs 10/79 (15%), p 0.02. Con respecto a la inmunoserología, 85/93 (91%) fueron positivos (ANCA o MPO o PR3), 74/90 (82%) fueron ANCA positivos. De los ANCA negativos (n=8) 4 (50%) fueron positivos para MPO y 4/8 (50%) positivos para PR3. No se observó diferencia entre los grupos estudiados. La eritrosedimentación media fue de 83 mm/h en tardíos vs 64 mm/h en tempranos, con diferencia significativa. La creatinina media al ingreso en tardíos fue de 3,7 vs 1,6 mg/dL en tempranos, 0.004. El compromiso orgánico más frecuente fue el nefrourológico en 85/105 (81%) de los pacientes, sin diferencias significativas entre grupos. En tardíos el compromiso de vía aérea superior fue de 12/26 (46%) vs 56/79 (71%) (p0.03). El compromiso oftalmológico se observó en 23/79 (29%) de los tempranos y en ningún paciente con diagnóstico tardío, p 0.0005. La evaluación de la actividad medida por BVAS no tuvo diferencias significativas entre ambos grupos. En pacientes con diagnóstico tardío el FFS de 0 se encontró en 36% vs 63% de los tempranos, p 0.02. El VDI medio fue de 1,8 en el total de los pacientes, no hubo diferencias entre los grupos. En cuanto al tratamiento de inducción y mantenimiento, el uso de los diferentes fármacos se vio en similar proporción en ambos grupos.
CONCLUSIONES: Los pacientes con diagnóstico tardío tienen más antecedentes cardiovasculares, principalmente hipertensión. Presentan con mayor frecuencia PAM y mayor deterioro de la función renal al diagnóstico, muestran un fenotipo más inflamatorio con reactantes de fase aguda más elevados y mayor anemia. Se evidenció menor frecuencia (no significativa) de GPA, por lo que pudo haber tenido influencia en el menor compromiso de VAS (senos paranasales principalmente) y en el menor compromiso oftalmológico (más frecuente en GPA). De la misma forma, presentan con menor frecuencia FFS de 0 y mayor de 1 y 2 (diferencia no significativa esta última). No hubo diferencias significativas en cuanto al tratamiento realizado en ambos grupos, ni en inducción ni en mantenimiento. Finalmente, los pacientes con VAA de comienzo tardío tienen un fenotipo clínico y bioquímico diferente, fuertemente influenciado por la mayor frecuencia de PAM.

1730

EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA A LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS: RESULTADOS A 2 AÑOS DEL ESTUDIO DE FASE III SELECT-PSA 2

Marcos David ZELAZA[1], Philip J. Mease[2], Arathi Setty[3], Kim Papp[4], Filip Van den Bosch[5], Shigeyoshi Tsuji[6], Mauro Keiserman[7], Xianwei Bu[3], Liang Chen[3], Reva Mccaskill[3], Erin McDearmon-Blondell[3], Peter Wung[3], William Tillett[8]

[1]ABBVIE S.A., [2]SWEDISH MEDICAL CENTER/PROVIDENCE ST. JOSEPH HEALTH, [3]ABBVIE INC, [4]PAPP CLINICAL RESEARCH AND PROBITY MEDICAL RESEARCH, [5]GHENT UNIVERSITY, [6]NATIONAL HOSPITAL ORGANIZATION, OSAKA MINAMI MEDICAL CENTER, [7]PONTIFICAL CATHOLIC UNIVERSITY, [8]ROYAL NATIONAL HOSPITAL FOR RHEUMATIC DISEASES

INTRODUCCIÓN: Upadacitinib (UPA) demostró su eficacia y seguridad en pacientes con artritis psoriásica (APs) y respuesta inadecuada o intolerancia a ≥1 fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico (FARMEb) en la semana 56 del estudio SELECT-PsA 2.
OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y la seguridad de UPA hasta la semana 104 en la extensión a largo plazo de SELECT-PsA 2.
MATERIALES Y MÉTODOS: Los pacientes fueron randomizados para recibir UPA 15 mg (UPA15), UPA 30 mg (UPA30) o placebo (PBO) durante 24 semanas; aquellos tratados con PBO luego cambiaron a UPA15 o UPA30. En los grupos que continuaron recibiendo UPA, se evaluaron los criterios de valoración de eficacia a la semana 104 mediante la imputación de no respondedor (INR) y según lo observado (AO) (criterios binarios) o mediante el modelo de efectos mixtos para medidas repetidas (MMRM) y AO (criterios continuos). Se informaron los eventos adversos (EA) emergentes del tratamiento de los pacientes que recibieron ≥1 dosis hasta la fecha de cierre de datos.
RESULTADOS: En total, 641 pacientes recibieron ≥1 dosis. A la semana 104, el 38.4% había discontinuado la medicación; la tasa más alta se observó en pacientes asignados inicialmente a PBO (todo PBO: 46,7%). Los motivos de discontinuación más frecuentes fueron la falta de eficacia (UPA15: 12.3%, UPA30: 8.7%, todo PBO: 21.7%) y los EA (UPA15: 10.9%, UPA30: 13.3%, todo PBO: 12.7%). La proporción de pacientes tratados con UPA que alcanzaron ACR20/50/70, actividad mínima de la enfermedad (MDA), PASI75/90/100 y resolución de dactilitis y entesitis fue mayormente similar, o mejoró, a las 104 semanas vs. 56 semanas (Tabla). La media del cambio desde el inicio en HAQ-DI, la evaluación del dolor por parte del paciente, BASDAI y ASDAS mejoraron con UPA. A las 104 semanas, las respuestas clínicas alcanzadas fueron similares con UPA15 y UPA30. En general, los datos de seguridad obtenidos hasta la semana 104 coincidieron con lo informado a la semana 56. Las tasas de infección grave, herpes zóster, trastorno hepático, anemia, neutropenia, linfopenia y elevación de CPK fueron numéricamente superior con UPA30 vs. UPA15, mientras que las tasas de

neoplasias malignas, eventos cardiovasculares mayores y tromboembolismo venoso fueron similares para ambos grupos de UPA. Se informó una muerte en el grupo de UPA15 (sin explicación debido a falta de datos; no obstante, la paciente tenía diagnóstico reciente de cáncer de ovario) y 2 muertes con UPA30 (pancitopenia y neumonía por COVID-19).

Tabla: Criterios de valoración de eficacia de la semana 104.

Criterio de valoración	**UPA15 (n=221)**		**UPA30 (n=218)**	
Proporción de pacientes (%)	INR	AO	INR	AO
ACR20	55.5	80.3	54.6	81.8
ACR50	44.5	62.9	39.9	59.4
ACR70	23.9	32.2	21.6	31.5
Actividad mínima e la enfermedad	29.4	41.3	33.9	49.3
PASI175	47.7	69.8	52.7	81.1
PASI90	37.7	55.2	44.3	67.8
PASI100	23.1	35.4	35.9	55.6
Resolución de entesitis según el LEI	39.8	67.8	37.5	68.4
Resolución de dactilitis según el LDI	54.5	97.4	52	96.9
Cambio desde el basal	**MMRM**	**AO**	**MMRM**	**AO**
HAQ-DI	-0.36	-0.39	-0.5	-0.53
Evaluación del dolor (escala numérica)	-2.7	-3	-2.9	-3.1
BASADAI	-2.6	-3	-2.6	-2.9
ASDAS	-1.4	-1	-1.3	-1.5

CONCLUSIONES: Las respuestas clínicas se mantuvieron por hasta 2 años con UPA15 y UPA30 en los pacientes con APs y respuesta inadecuada o intolerancia previa a ≥1 FARMEb. No se identificaron nuevas señales de seguridad en esta fase de extensión a largo plazo.

1731

CONCLUSIONES DE UN GRUPO DE EXPERTOS ARGENTINOS SOBRE VISCOSUPLEMENTACIÓN. RECOMENDACIONES ARGENVISCO 2022

Gustavo CASADO[1], Juan José Scali[2], Gustavo Nasswetter[3], Ramón Víctor Castro[4], Yung Chi Ju[2], Osvaldo Daniel Messina[5], Oscar Rillo[6], Augusto Martín Riopedre[5], Daniel Sevilla[2], Mario Berenstein[7], Ramiro Ezequiel Berruezo[8], Damián Ariel Siano[9], Roberto Alejandro Boyd[10], José Racca[11]

[1]HOSPITAL MILITAR CENTRAL, [2]HOSPITAL DURAND, [3]HOSPITAL DE CLÍNICAS, [4]CLÍNICA PRIVADA PROVINCIAL MERLO, [5]HOSPITAL ARGERICH, [6]HOSPITAL PIROVANO, [7]SWISS MEDICAL GROUP, [8]CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO, [9]CONSULTORIO PRIVADO, [10]CLÍNICA DIM, [11]FACULTAD DE MEDICINA BARCELÓ

INTRODUCCIÓN: Médicos clínicos, reumatólogos, traumatólogos, osteólogos y especialistas en medicina del deporte, con experiencia clínica en terapia intraarticular (IA) por viscosuplementación (VS), desarrollaron un panel multidisciplinario.
OBJETIVOS: Implementar algoritmos, discusiones y efectividad del citado tratamiento en osteoartritis (OA) de rodilla y cadera.
MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión de la literatura mundial, aclarar dudas y confirmar la efectividad del tratamiento IA. Búsqueda en *PubMed, EMBASE, Google Scholar y Cochrane Databases* de los términos VS, ácido hialurónico, *Hyaluronan*, OA de rodilla y cadera, con niveles de evidencia 1 y 2. Se prepararon, discutieron y votaron 18 preguntas. Para fundamentar cada afirmación, cada miembro del panel dio su *score* entre 0 a 10 (escala de Lickert; cero significaba "estoy en total desacuerdo" mientras que 10 representaba "estoy en total acuerdo") indicando nivel de aprobación para cada pregunta y concepto final. Después de votar, se agruparon los *scores* en 3 categorías: de 1 a 3 significaba "desacuerdo", entre 4 y 6 se consideraban como "actitud indiferente" y de 7 a 9 indicaban "acuerdo". Preguntas sobre la VS: 1) ¿La mejor indicación es para OA de rodilla o cadera (leve a moderada)? 2) ¿Puede ser indicada en OA grave de rodilla y cadera? 3) ¿La utilización previa o concomitante de hexacetonida de triancinolona IA complementa y potencia su efecto? 4) ¿Los resultados varían de acuerdo con las características moleculares de los viscosuplementos utilizados? 5) ¿Existen diferencias de efectividad entre los viscosuplementos de bajo/alto PM? 6) ¿Puede ser realizada como un procedimiento aislado en el tratamiento de la OA o asociado a medidas rehabilitadoras y farmacológicas? 7) ¿El número de aplicaciones dependerá de las condiciones clínicas del paciente y del viscosuplementador utilizado (ácido hialurónico empleado)? 8) ¿Tiene efecto condroprotector en OA leve de rodilla/cadera? 9) ¿Una mejor técnica (infiltración) de VS de rodilla debe basarse en las referencias anatómicas guiadas por ultrasonido? 10) ¿Una mejor técnica para infiltración de VS de cadera deberá basarse en referencias anatómicas acopladas a técnicas guiadas por US? 11) ¿En rodilla requiere obligatoriamente ser guiada por US? 12) ¿Genera reducción de costo para el Sistema de Salud (procedimiento costo-efectivo)? 13) ¿Promueve efecto analgésico? 14) ¿Promueve efecto antinflamatorio? 15) ¿Promueve una mejoría de la función articular y de la calidad de vida del paciente con OA? 16) En caso de sinovitis, ¿es necesario realizar previamente artrocentesis e inyección con GC? 17) ¿Existe algún número útil de aplicaciones y período de tiempo interaplicación? 18) ¿Reduce los costos en salud en forma relevante o la artroplastía resultaría finalmente más económica?
RESULTADOS: Pregunta 1: Acuerdo mayoritario con fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$ 9,5; Mediana:9); 2: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ($\bar{X}$:4,2; Mediana: 5); 3: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ($\bar{X}$:5,8; Mediana:7); 4: Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:8,5; Mediana:8); 5) Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:8,9; Mediana: 9); 6: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:9,7; Mediana:10); 7: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:9,1; Mediana:9); 8: Acuerdo mayoritario afirmativo con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:7,8; Mediana:8); 9: Acuerdo mayoritario con un moderado nivel de consenso ($\bar{X}$:7,2; Mediana:8);10: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:8,8; Mediana:9); 11: Desacuerdo total con esta afirmación ($\bar{X}$:0,6; Mediana:0); 12: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:7,8; Mediana:7); 13: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$7,9; Mediana: 8); 14: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:7; Mediana:7); 15: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:9; Mediana:9); 16: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:8,9; Mediana:9); 17: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso ($\bar{X}$:7,8; Mediana:8); 18: Acuerdo mayoritario con un fuerte nivel de consenso con esta afirmación ($\bar{X}$:8; Mediana:8).
CONCLUSIONES: Según datos de la medicina basada en la evidencia y experiencia clínica de los miembros de ARGENVISCO se proponen recomendaciones en la VS de rodilla y cadera.

1732

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON MIOSITIS INFLAMATORIAS EN ARGENTINA: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVID

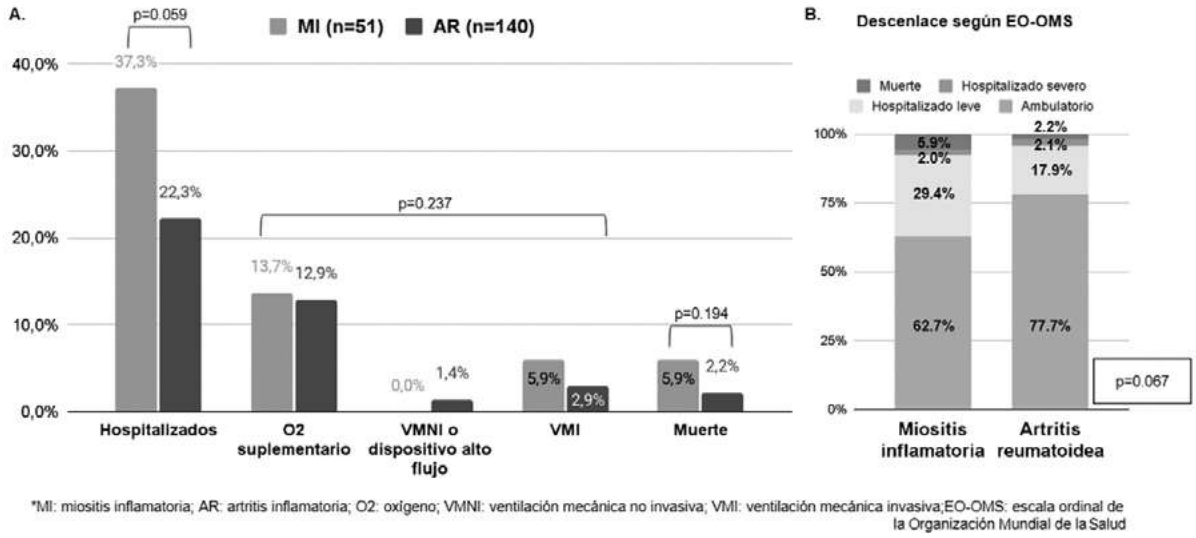
Carolina Ayelén ISNARDI[1], Micaela Cosatti[2], Verónica Saurit[3], Roberto M Báez[3], Vanessa Castro Coello[3], Álvaro A Reyes Torres[3], María Julieta Gamba[3], Marcos D Zelaya[3], Romina Nieto[3], Federico N Maldonado[3], Rosa M Figueroa[3], Aixa L Mercé[3], María Alejandra Cusa[4], Julieta S Morbiducci[4], Verónica Bellomio[4], Fabián Risueño[4], Luciana González Lucero[4], Mercedes García[4], Eugenia Picco[4], Pablo Finucci Curi[4], Cristina Amitrano[4], Laura Raiti[4], Marianela E Mauri[4], María Victoria Borgia[4], Jessica L Tomas[4], María Daniela Alonso[4], Jonathan E Rebak[4], Gisela Subils[4], Sabrina Porta[4], Hernán A Molina Merino[4], Sabrina S De la Vega Fernández[4], María Eugenia Bedoya[4], Gimena Gómez[1], Karen Roberts[1], Rosana Quintana[1], Guillermo J Pons-Estel[1], Cecilia Pisoni[2]

[1]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [2]CEMIC, [3]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, [4]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general. Sin embargo, los datos actuales acerca de la evolución de aquellos con miositis inflamatorias (MI) son escasos.
OBJETIVOS: Describir las características de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con MI del registro SAR-COVID y establecer factores asociados a peor desenlace de la misma.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MI con infección confirmada por SARS-CoV-2 (RT-PCR y/o serologías positivas) del registro SAR-COVID. Pacientes con artritis reumatoidea (AR) (ACR/EULAR 2010) macheados por edad, sexo y fecha de diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 fueron incluidos como grupo control. Los datos fueron recabados desde agosto de 2020 hasta marzo de 2022. El desenlace de la infección fue medido mediante la escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud (EO-OMS). Se definió COVID-19 severo con un valor EO-OMS≥5. Análisis descriptivo, test T de Student, Mann Whitney U, ANOVA, chi^2 y Fisher. Regresión logística múltiple.
RESULTADOS: Se incluyeron 191 pacientes, 51 (26.7%) con MI y 140 (73.3%) con AR. Los primeros tenían significativamente menor duración de la enfermedad, usaban con mayor frecuencia y mayores dosis de glucocorticoides, azatioprina y micofenolato (Tabla). La mayoría de los pacientes presentó síntomas asociados a la infección por SARS-CoV-2, 96.0% y 97.1%, respectivamente (p=NS). Los pacientes con MI reportaron numéricamente mayor frecuencia de fiebre (60.8% vs 50.7%, p=0.284) y de mialgias (47.1% vs 37.9%, p=0.327). Los pacientes con MI fueron hospitalizados y requirieron ventilación mecánica no invasiva con mayor frecuencia, aunque esta diferencia no fue significativa. De igual modo, la mortalidad en este grupo fue mayor (5.9% vs 2.2%, p=0.194) (Figura 1A). El uso de tratamientos para COVID-19 en los hospitalizados fue comparable entre grupos. El 7.9% de los pacientes con MI y el 4.2% de aquellos con AR presentaron COVID-19 severo (p=NS) (Figura 1B). En el análisis multivariado, usando como referencia a la AR, el diagnóstico de MI no se asoció significativamente con COVID-19 severo (OR 1.89, IC95% 0.47-6.90, p=0.300).

Tabla: Características de los pacientes con MI Y AR con infección por SARS-CoV-2.

	Misitis inflamatoria (n=51)	**Artritis reumatoidea (n=140)**	**p valor**	**Total (n=191)**
Sexo femenino, n(%)	37 (72.5%)	102 (72,9%)	1	139 (72.8%)
Edad (años), m(Q1-Q3)	50.0 (38.0-58.5)	50.0 (38.0-58.0)	0.894	50.0 (38.0-58.0)
Etnia, n(%)				
Caucásica	27 (52.9%)	36 (45.0%)		90 (47.1%)
Mestiza	19 (37.3%)	69 (49.3%)	0.273	88 (46.1%)
Otra	5 (9.80%)	8 (5.71%)		13 (6.81%)
Tiempo de duración de la enfermedad (años), m(Q1-Q3)	3.0 (2.0-8.0)	7.0 (3.0-13.8)	0.003	6.0 (2.0-12.0)
Actividad de la enfermedad, n(%)				
Alta	3 (6.1)	5 (3.7)		8 (4.3)
Moderada	12 (24.5)	22 (16.4)		34 (18.6)
Baja	16 (32.7)	72 (53.7)	0.092	88 (48.1)
Remisión	18 (36.7)	35 (26.1)		53 (29.0)
Desconocido	2 (3.9)	6 (4.3)		8 (4.2)
Comorbilidades, n(%)	20 (40.8)	48 (35.8)	0.655	68 (37.2)
Tratamiento de la enfermedad reumática, n(%)				
Glucocorticoides (equiv mg PDN)				
0 mg/día	17 (33.3)	82 (58.6)		99 (51.8)
<10 mg/día	20 (39.2)	48 (34.3)	<0.001	68 (35.6)
≥10 mg/día	14 (27.5)	10 (7.14)		24 (12.6)
Metotrexato	18 (35.3)	87 (62.1)	0.002	105 (55.0)
Leflunomida	1 (1.9)	28 (20.0)	0.004	29 (15.2)
Antimaláricos	8 (15.7)	15 (10.7)	0.495	23 (12.0)
Azatiporina	9 (17.6)	-	<0.001	9 (4.7)
Micofenolato	8 (15.7)	-	<0.001	8 (4.2)
Inhibidor de TNF	-	29 (20.7)	<0.001	29 (15.2)
Inhibidor de IL-6	-	5 (3.6)	0.327	5 (2.6)
Inhibidor de CD-20	4 (7.84%)	3 (2.1)	0.083	7 (3.7)
Abatacept	2 (3.92%)	3 (2.1)	0.611	5 (2.6)
Inhibidor JAK	-	5 (3.6)	0.327	5 (2.6)



*MI: miositis inflamatoria; AR: artritis inflamatoria; O2: oxígeno; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VMI: ventilación mecánica invasiva;EO-OMS: escala ordinal de la Organización Mundial de la Salud

Figura 1: Evolución y desenlace de la infección por SARS-CoV-2.

CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con MI con infección por SARS-CoV-2 confirmada, la mayoría cursó de manera sintomática, cerca del 40% fue hospitalizado y 6% requirió ventilación mecánica invasiva. La mortalidad fue cercana al 6%.

1733

PREDICTORES DE USO, SOBREVIDA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN MONOTERAPIA VS. EN TERAPIA COMBINADA CON DMARDS-C EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE LA VIDA REAL

Rodolfo PÉREZ ALAMINO[1], Carolina A Isnardi[2], Enrique Soriano[3], Luciano Lo Giudice[3], Johana Zacaríaz[3], Gustavo Christian Casado[4], Víctor Daniel Caputo[4], Andrea María Smichowski[4], Cecilia Beatriz Romeo[4], Estela Mercedes Rivero[4], Florencia Savy[5], Mercedes García[5], Olga Romano[1], Hernán Maldonado Ficco[6], Gustavo Citera[2]

[1]HOSPITAL DE CLÍNICAS PTE. DR. NICOLÁS AVELLANEDA, [2]IREP, [3]HOSPITAL ITALIANO, [4]HOSPITAL MILITAR CENTRAL, [5]HIGA SAN MARTÍN, [6]HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA

INTRODUCCIÓN: Diferentes guías locales e internacionales recomiendan el uso de tofacitinib ya sea en monoterapia o combinado con metotrexato (terapia combinada) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) con respuesta inadecuada a DMARDs convencionales (DMARDs-c) o DMARDs biológicos. Aunque la evidencia originada de los ensayos clínicos no muestra diferencias notables en términos de eficacia y seguridad con respecto al uso de tofacitinib monoterapia o terapia combinada, datos provenientes de la vida real son limitados.

OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia, predictores de utilización, sobrevida y seguridad de tofacitinib en monoterapia comparada con terapia combinada en una cohorte de pacientes con AR de la vida real en nuestro país.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal, encestado en una cohorte de seguimiento longitudinal, de pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) de diferentes centros de Reumatología que iniciaron tratamiento con tofacitinib, según indicación del médico tratante. Datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento fueron recolectados e ingresados en la base de datos. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test de chi^2, test exacto de Fisher, test T de student y Mann Whitney según naturaleza de las variables. Se aplicó método de Kaplan-Meier y Log Rank test para estimar y comparar sobrevida de tratamiento en monoterapia vs. terapia combinada. Se utilizó análisis de regresión de Cox para evaluar variables asociadas a menor sobrevida. Se calculó la incidencia de eventos adversos (EA) en eventos cada 100 pacientes/año (p/y). Se consideró significativa una p menor a 0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 269 pacientes, 87% sexo femenino, edad media 56.3 años (DE 13.6), de los cuales 111 pacientes (41.3%) iniciaron tratamiento con tofacitinib en monoterapia. Las principales causas de uso de monoterapia fueron EA previos con DMARDs-c (16%) y la decisión del médico (16%). En el análisis univariado, no se encontró asociación significativa entre el uso en monoterapia y

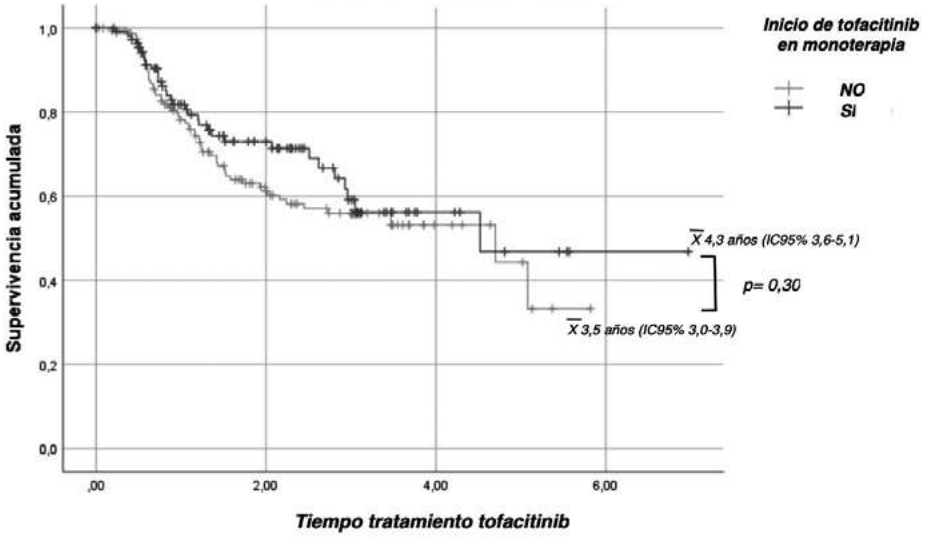


Figura: Análisis de sobrevida acumulada de tofacitinib monoterapia vs. terapia combinada.

variables como edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de cobertura médica, tabaquismo, manifestaciones extraarticulares, nódulos, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), positividad para FR y anti-CCP. En el análisis multivariado, el menor número de tratamientos previos con combinación de DMARDs-c y el uso previo de tratamiento con agentes biológicos estuvo asociado en forma significativa con el inicio de tofacitinib en monoterapia (p menor a 0,05, en ambos casos). Durante el seguimiento (502,4 ptes/año), no se encontraron diferencias significativas en la sobrevida entre los dos grupos: monoterapia X 4.3 años (IC95% 3.6-5.1) vs. terapia combinada X 3,5 años (IC95% 3.0-3.9) (log-rank test, p=0.30) (Figura). En cuanto a la seguridad, 110 pacientes (40.9%) tuvieron al menos 1 EA, con un total de 210 EA reportados, siendo los más frecuentes: infecciones (57.6%), otros (16.7%) y gastrointestinales (9.5%). Al evaluar la tasa de incidencia (TI) de EA, no se encontraron diferencias significativas entre la monoterapia con tofacitinib y terapia combinada: X 47,2 (IC95% 38.6-57.5) vs. X 38,05 (IC95% 31.6-45.7), respectivamente (p=NS).
CONCLUSIONES: En este estudio de la vida real observamos que el uso de tofacitinib en monoterapia fue casi del 40%, estando asociado al menor tratamiento previo con DMARDs-c y al uso previo de agentes biológicos. La estrategia de tofacitinib en monoterapia demostró una sobrevida similar al uso de tofacitinib combinado, pudiendo ser una opción válida para los pacientes con AR de la vida real.

1735

PREVALENCIA DE ALTERACIONES CAPILAROSCÓPICAS EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD: RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE DETECCIÓN DE RAYNAUD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Ignacio LÓPEZ, Tamara Arias, María Milena Pertuz Rebolledo, María Florencia Milesi, Mayra Grosso, León Silvery, Antonio Davila, Jimena Yahuita, Luciana Grassi, Gonzalo Barros, Carla Muñoz Torres, Bley Zuñiga, Cecilia Battaglia, Cecilia Medina Gustavo, María José López Meiller

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud (FR) es el cambio de coloración de los dedos de manos y pies, secundario a la alteración de la microvasculatura. Puede presentarse en otras regiones del cuerpo, como orejas y nariz, siendo desencadenado por diversos factores como el frío o el estrés. Se caracteriza por presentar tres fases de cambio de coloración: palidez, cianosis y rubor. Se clasifica en Raynaud primario cuando se presenta en forma aislada generalmente de curso benigno, y secundario cuando está asociado a alguna enfermedad autoinmune. La capilaroscopia es un estudio que permite visualizar los capilares del lecho ungueal, siendo el examen complementario más utilizado para detectar cambios en la microcirculación. Es simple, no invasivo, y se realiza con un videocapilaroscopio o microscopio digital USB. La observación del número de capilares disminuidos, la presencia de megacapilares y microhemorragias conforma los diferentes patrones esclerodérmicos (SD) que se clasifican en temprano, activo o tardío, de acuerdo al predominio de cada una de las características. La presencia de FR y un patrón esclerodérmico en la capilaroscopia constituyen los primeros indicios de una posible esclerodermia siendo su búsqueda y estudio la base para el diagnóstico de esclerodermia muy temprana.
OBJETIVOS: Describir los hallazgos capilaroscópicos, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con fenómeno de Raynaud que concurrieron a la campaña de detección temprana de Raynaud 2022 de un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo con datos obtenidos en la campaña de detección de Raynaud realizada durante 3 días en junio de 2022. Concurrieron pacientes con FR primario o secundario, se consignaron las características clínicas y demográficas mediante un formulario. Se realizó una capilaroscopia a todos los participantes con microscopios digitales USB de magnitud 50-1000X, del 2 al 5to dedo de ambas manos, evaluando 4 campos consecutivos de 1 mm de extensión en el centro del lecho ungueal. Se describieron las variables clínicas, demográficas y patrón capilaroscópico. Ante un patrón anormal en la capilaroscopia se solicitó un examen de laboratorio (FAN, Scl-70, ACA, VSG, PCR) y se indicó control por consultorios de Reumatología. Análisis estadístico: las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las numéricas en media (SD) y mediana (RIC) según correspondiera de acuerdo a su distribución.
RESULTADOS: Concurrieron 203 pacientes, 165 (81.3%) mujeres. Edad promedio 46 (SD±19) años. 163 refirieron FR no asociado a enfermedad autoinmune conocida. De los 40 (20%) restantes, 10 esclerodermia, 7 artritis reumatoide, 6 Sjögren, 5 lupus eritematoso sistémico y 12 hipotiroidismo. La mediana del tiempo de evolución de FR fue de 4 años (RIC: 2-8). El 57% de los pacientes eran fumadores activos o habían sido tabaquistas. La forma de presentación más frecuente del FR fue palidez "dedos de color blanco" 110 (55%), color azul 44 (22%), rojizo 28 (14%), hinchazón de manos 14 (6.8%) y sensación de hormigueo 5 (2.4%). 73,8% de los pacientes contaban con cobertura en salud, 42% estudios universitarios, 27% estudios secundarios, 20% estudios terciarios y 11% estudios primarios. 45% refería tener trabajo, 23% estudiantes, 20% jubilados y 12% no realizaban ninguna actividad. Los patrones capilaroscópicos observados en los 163 pacientes sin enfermedad autoinmune asociada fueron: inespecífico 68/163 (42%), esclerodérmico 56/163 (34%) y normal 39/163 (24%). De los patrones esclerodérmicos: patrón temprano 41 (25%), activo 14 (8%) y tardío 1 (0.6%).

Tabla: Patrones capilaroscópicos.

Patrón capilaroscópico	n=163
Normal	39 (24%)
Inespecífico	68 (42%)
Total de patrones SD	56 (34%)
SD temprano	41 (25%)
SD activo	14 (8%)
SD tardío	1 (0,6%)

CONCLUSIONES: El FR aparece en forma temprana en algunas enfermedades autoinmunes, como esclerosis sistémica. La importancia de su detección y la realización de una capilaroscopia en busca de patrones SD ayudan al diagnóstico de esclerodermia temprana y permite el inicio precoz del tratamiento. Se destaca la importancia de realizar acciones de difusión para dar visibilidad a esta enfermedad poco frecuente y conocida.

1736

ENCUESTA SOBRE MALAS NOTICIAS EN REUMATOLOGÍA

Ariel Brene, Ignacio Ragozzini, María Pía Izaguirre Germain, **Gabriel SEQUEIRA**, Eduardo Mario Kerzberg

HOSPITAL J.M. RAMOS MEJÍA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades reumáticas incluyen patologías crónicas de gran impacto en la calidad de vida y que eventualmente acortan la expectativa de vida. Sin embargo, existe escasa información acerca de cómo se preparan los reumatólogos para la comunicación de malas noticias.
OBJETIVOS: Determinar si dar malas noticias es un evento frecuente en la especialidad. Determinar cuáles son las limitaciones a las que se enfrentan los profesionales al tener que dar una mala noticia. Obtener información acerca de cómo fue y como debería ser el entrenamiento para dar malas noticias en el futuro.
MATERIALES Y MÉTODOS: Encuesta anónima, de preguntas cerradas a través de medios digitales. a) Se propusieron 5 situaciones para evaluar la frecuencia con la que se dan malas noticias. b) Se preguntó sobre la forma en que fueron entrenados para dar malas noticias y las limitaciones a las que se enfrentan en la práctica diaria ante la eventualidad de dar malas noticias. c) Por último se preguntó acerca de cuáles serían las mejores herramientas para entrenar en la comunicación de malas noticias. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética. Los encuestados dieron su consentimiento en forma digital. Se reportan los resultados preliminares de las primeras 236 invitaciones enviadas.
RESULTADOS: Contestaron la encuesta 123 profesionales de los cuales 76 (61.8%) eran mujeres y el resto hombres. Tenían menos de 10 años como reumatólogos 51 (41.5%) encuestados. Tenían práctica hospitalaria 92 (74.8%) de los encuestados y el resto trabajaba en el sector privado. 1) Malas noticias que se dan a menudo, en forma frecuente o muy frecuente. Dar el diagnóstico de una enfermedad crónica y potencialmente debilitante: 92.68%. Informar que el tratamiento ha tenido menor respuesta a la esperada: 70.73%. Informar sobre un efecto adverso moderado o grave: 46.34%. Informar sobre una condición que amenaza la vida del paciente: 37.40%. Informar sobre el fallecimiento de un paciente: 10.6% 2) ¿Cómo fue el entrenamiento en dar malas noticias? a) No recibió ningún entrenamiento: 25.20%; b) Entrenamiento no formal acompañando e imitando a profesionales de mayor experiencia en el tema: 53.66%; c) Algún tipo de entrenamiento formal: 21.14%. Se observó que el entrenamiento formal (en cualquiera de sus formas) fue superior en profesionales de menor experiencia: 29.17% en profesionales de menos de 10 años de recibidos vs 9.80% en el resto (p0.02). 3) ¿Cuáles son las limitaciones al tener que dar malas noticias? a) No haber recibido entrenamiento para comunicar malas noticias: 43.90%; b) No disponer de un lugar ni tiempo adecuado: 40.65%; c) No saber como manejar las reacciones del paciente: 30.89%; d) No estar preparado emocionalmente: 28.46%; e) No poder ofrecer opciones realistas al considerar las expectativas del paciente y los tratamientos disponibles: 27.64%; f) No disponer de toda la evidencia científica: 19.51%; g) No poder adecuar el lenguaje y la información a los diferentes niveles culturales: 19.51%; h) No contar con todos los datos clínicos:13.82% No saber como manejar las respuestas del paciente fue señalado por profesionales con menos de 10 años de experiencia en 37.50% vs 21.57 en el resto (p 0.09). 4) ¿Cómo debería ser el entrenamiento en malas noticias en el futuro? El 61.6% de los encuestados descartó a un entrenamiento no formal y prefirió un entrenamiento formal a través de diferentes modalidades multidisciplinarias. Esta decisión no estuvo influenciada por el sexo, el trabajar en ámbito público o privado o por los años de experiencia como reumatólogo. Cuando se preguntó a los participantes si se inscribirían en el curso que habían sugerido en la pregunta anterior, el 25.20% contestó que no. El porcentaje fue significativamente mayor entre profesionales de 10 o más años de experiencia: 43.14% vs 12.5% en los mas jóvenes (p<0.001). Por último, un 17% contestó que no se debería incluir el entrenamiento en malas noticias en la currícula de los reumatólogos en formación. Este porcentaje fue significativamente mayor en profesionales de 10 o más años de experiencia: 23.53% vs 6.94% en los mas jóvenes (p0.009).
CONCLUSIONES: Dar malas noticias es una práctica habitual que se aprende, mayoritariamente, acompañando e imitando a profesionales de mayor experiencia en el tema. Sin embargo, hay un cambio de tendencia, liderado por los profesionales más jóvenes, hacia la búsqueda de un entrenamiento formal en el tema.

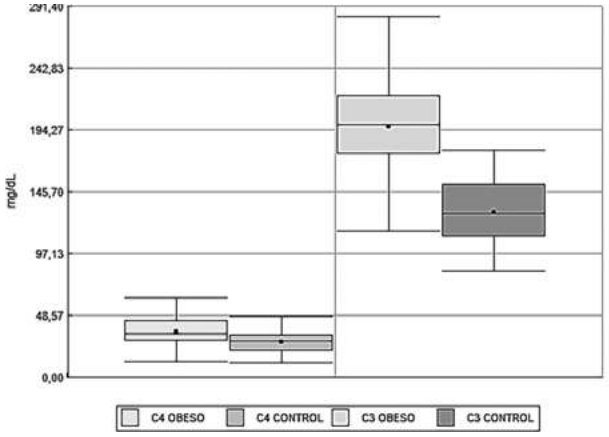
1737

EVALUACIÓN DE DIVERSOS BIOMARCADORES DE AUTOINMUNIDAD EN PERSONAS CON OBESIDAD

Thomas Benjamín BEVAN, Valeria Pedano, H Ramos

HOSPITAL SAN ROQUE

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas la prevalencia de obesidad se ha incrementado exponencialmente, lo que representa un importante problema de salud pública. Se ha descripto una fuerte relación entre la obesidad/inflamación crónica y autoinmunidad.
OBJETIVOS: Evaluar la presencia de proteínas asociadas a distintas enfermedades autoinmunes en pacientes obesos e investigar la relación entre obesidad y enfermedades autoinmunes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal y prospectivo en 63 pacientes obesos y 21 controles no obesos de entre 18 a 65 años de ambos sexos. Las muestras de suero fueron obtenidas durante los años 2018 a 2020 y se les determinó: anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI), anticuerpos antinucleares extraíbles (ENA) por inmunoensayo lineal (LIA) y enzimoinmunoanálisis (ELISA), factor reumatoide (FR), fracción 3 y 4 del complemento (C3 y C4) por inmunoturbidimetría, anticuerpos antipéptido citrulinado (CCP) y vitamina D (VD) por electroquimioliminiscencia.
RESULTADOS: El grupo de pacientes obesos mostró mayor porcentaje de resultados positivos para ANA (22%) y ENA (ELISA 3% y LIA 9%) que el grupo control. También el porcentaje de sujetos positivos para CCP y FR fue mayor en obesos (8% y 33% respectivamente) que en los controles. Sin embargo, los resultados anteriores no fueron estadísticamente significativos. Las fracciones del complemento mostraron valores elevados con diferencias estadísticamente significativas (p<0.0001) entre los grupos. Los valores de VD fueron menores de 20 ng/mL en 43 pacientes obesos (67%) que fueron considerados deficientes en VD; solo 8 sujetos obesos (13%) tuvieron valores óptimos de VD, mayores o iguales a 30 ng/mL.



*El borde superior de la caja representa el tercer cuartil (percentil 0,75), el borde inferior representa el primer cuartil (percentil 0,25), la línea dentro de la caja es la mediana y el punto dentro de la caja representa la media. Los bigotes representan los percentiles 0,05 y 0,95. Valores considerados como extremos se muestran como puntos por fuera de los extremos de los bigotes. *: p<0,05. (C4 OBESO: Fracción 4 del complemento en pacientes obesos, C4 CONTROL: Fracción 4 del complemento en el grupo control, C3 OBESO: Fracción 3 del complemento en pacientes obesos, C3 CONTROL: Fracción 3 del complemento en el grupo control).*

Figura: *Box-plot* con valores de C3 y C4 en pacientes obesos y grupo control.

Tabla: Asociación entre resultados de ANA y LIA en pacientes obesos.

		ANA				
		Negativo	**Centrómetro**	**Moteado fino**	**Nuclear**	**Total**
LIA	**Negativo**	48	0	7	2	57
	RO-52	1	0	-	0	1
	RO-60	0	0	3	0	3
	Scl-70	0	1	0	0	1
	Sm	1	0	0	0	1
	Total	50	1	10	2	63
			13 pacientes obesos con ANA positivo			

ANA: anticuerpos antinucleares; LIA: inmunoensayo lineal; Ro-52: anticuerpos anti-Ro52; Ro60: anticuerpos anti-Ro 60; Scl-70: anticuerpos anti-Scl70; Sm: anticuerpos anti-Sm).

CONCLUSIONES: Se observó una tendencia en pacientes obesos a presentar marcadores de autoinmunidad. Si bien los resultados no fueron estadísticamente significativos, esta relación podría ser demostrada en trabajos futuros aumentando el número poblacional.

1739

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS EN PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL TEJIDO CONECTIVO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carla Andrea MUÑOZ TORRES[1], Servio Antonio Dávila Jurado[1], Ignacio López[1], Cecilia Battaglia[1], Nicolás Benia[2], Beatriz Goyheneche[2], Gustavo Medina[1]

[1]DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA, [2]DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y ESTERILIZACIÓN, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo (EATC) son un grupo heterogéneo de desórdenes que tienden a la cronicidad y al compromiso multisistémico, conduciendo muchas veces a un daño estructural y funcional irreparable, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoz pueden cambiar el curso de estas entidades y mejorar la sobrevida. En la actualidad se dispone de un amplio arsenal terapéutico para tratar las enfermedades de origen inmunológico, dentro del cual las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) se han transformado en una opción terapéutica de primera línea o cuando el tratamiento estándar fracasa.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de uso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) para el tratamiento de enfermedades del tejido conectivo, las características clínicas asociadas a su uso, los motivos de indicación de las mismas y los posibles eventos adversos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se evaluó la dispensa total de IGIV de un único centro hospitalario de referencia durante el período 2017-2021. Se evaluaron las historias clínicas de pacientes internados con ETC que recibieron IGIV. Se describieron el tipo de enfermedad, las características clínicas y evolutivas, medicación concomitante y dosis de IGIV recibida durante la internación.
RESULTADOS: Se registraron 1841 hospitalizaciones por EATC, correspondientes a 634 pacientes, de los cuales 28 pacientes (4.4%) recibieron infusión de IGIV. Se dispensaron desde farmacia 2342 (18067 gramos) frascos de IGIV, de estos, 555 (4338 gramos), 23.7%, fueron destinados a los 28 pacientes con EATC. La mayoría mujeres (86%) con un promedio de edad de 48.5+/-18 años. 16/28 (57.1%) poseían algún tipo de cobertura de salud. En 13/28 (46%) se detectaron comorbilidades siendo las más frecuentes: disfunción tiroidea (39%), trastornos cardiovasculares (31%) y diabetes (15%). Las EATC que requirieron IGIV fueron, en orden de frecuencia, miopatías inflamatorias (MII) en 14/28 (50%), lupus eritematoso sistémico 9/28 (32.1%), vasculitis 2/28, artritis reumatoidea 2/28 y SAF 1/28. El 85% de las MII correspondieron a dermatomiositis. Las manifestaciones clínicas al momento de la infusión de IGIV se exponen en la Tabla. 17/28 pacientes (61%) recibieron IGIV por refractariedad a otros tratamientos, y dentro de este grupo, algo más de la mitad, 10/17, eran recaída de la enfermedad. La dosis media de IGIV administrada durante la internación fue 120 gramos (RIQ 100-155). Excepto

un paciente el resto usaba concomitantemente dosis altas de esteroides. Solo 4 pacientes cursaron internación en UTI y el resto en sala 24/28 (86%). La mayoría 24/28 (85.7%) evolucionó con resolución total o parcial de la sintomatología que motivó el uso de IGIV y fueron externados. No se registraron eventos adversos secundarios a la administración de IGIV. Hubo 3 muertes, no relacionadas con la infusión.

Tabla 1: Características de los pacientes con ETAC que recibieron IGIV n=28.

Sexo	
Femenino	24
Masculino	4
Edad en años, media ± DE	48.5±17.6
Cobertura social, n(%)	
Sí	16
No	12
Tipo de enfermedad de tejido conectivo n(%)	
Miopatía inflamatoria	14 (50)
Lupus eritematoso sistemático	9 (32,1)
Artritis reumatoidea	2 (7.1)
Vasculitis sistémica	2 (7.1)
Síndrome antifosfolipídico	1 (3.6)
Comorbilidades(%)	13 (46.4)
Tiroideopatía	5
Cardiovasculares	4
Diabetes	2
Osteoporosis	2
Dislipidemia	1
Otras	3
Condición de enfermedad base	
De novo	14
Recaída	14
Manifestaciones clínicas	
Miositis	15
Trombocitopenia	10
Dermatitis	7
Púrpura	3
Polineuritis	3
Glomerulonefritis	3
Hemorragia pulmonar	2
Anemia hemolítica	2
Mononeuritis múltiple	1
Neutropenia autoinmune	1
Motivo de la primera aplicación de IGIV	
Falla al tratamiento	17
Primera línea	9
Infección	1
Disponibilidad	1
Dosis de IGIV en gramos totales, media (RIQ)	120 (100-155)
Medicación concomitante	
Glucocorticoides orales altas dosis	7
Glucocorticoides pulsos 1 g	8
Glucocorticoides pulsos 500 mg	12
Ciclofosfamida	5
Metrotrexato	3
Azatioprina	1
Rituximab	2
Condición alta	
Remisión	12
Respuesta parcial	12
Óbito	3
Sin respuesta	1

EATC	**n**	**IGIV**	**% de uso de IGIV**
Miopatías inflamatorias idiopáticas	31	14	45.2%
Síndrome antifosfolipídico	17	1	5,9%
Lupus eritematoso sistémico	271	9	3,3%
Vasculitis	102	2	2,0%
Artritis reumatoidea	139	2	1,4%
Esclereodermia	74	0	0,0%
Total	634	28	4,4%

CONCLUSIONES: A pesar de la heterogeneidad de los pacientes estudiados y los distintos regímenes de dosificación utilizados, los datos recopilados en nuestro trabajo sugieren que el uso de IGIV para tratar las diversas manifestaciones de las EATC resultó ser una opción terapéutica beneficiosa, especialmente en aquellos pacientes que habían fallado a otras líneas de tratamiento. El uso de IGIV fue segura, no registrándose efectos adversos. La falta de disponibilidad de IGIV en nuestro medio y su alto costo, destaca la necesidad de un uso responsable, por lo que se necesitan más estudios clínicos controlados que establezcan las indicaciones exactas, las pautas terapéuticas para evaluar dosis óptima, frecuencia de las infusiones y la necesidad de terapias de mantenimiento para prolongar la eficacia que en la actualidad se encuentran insuficientemente documentadas.

1756

USO Y ACEPTABILIDAD DE UN NUEVO DISPOSITIVO AUTOINYECTOR Y SU APLICACIÓN ASOCIADA EN PACIENTES ARGENTINOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Gustavo CITERA[1], Andrés Mario Belini[2], Cecilia Borlenghi[2], David Gruben[3], Mark Latymer[4]

[1]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, [2]PFIZER ARGENTINA, [3]PFIZER GROTTON CT, [4]PFIZER LTD, SANDWICH REINO UNIDO

INTRODUCCIÓN: SMARTCLIC® es un nuevo autoinyector reutilizable que incluye un cartucho dispensador de dosis para la administración subcutánea de medicamentos bioterapéuticos, aprobado para su uso en pacientes con artritis reumatoidea (AR) y otras enfermedades en Argentina, Colombia, Europa, Japón y Australia. El dispositivo de inyección puede conectarse a la aplicación para móviles opcional *SmartClic* con el fin de llevar un registro de las inyecciones, además de otros datos sobre tratamientos o síntomas.
OBJETIVOS: Analizar la opinión de los pacientes respecto de la facilidad de uso y usabilidad del inyector *SmartClic* y su aplicación.
MATERIALES Y MÉTODOS: El presente estudio presenta datos de pacientes argentinos extraídos de un análisis global. Luego de completar un cuestionario de caracterización del paciente, adultos (>18 años) diagnosticados con AR, artritis psoriásica (AP) o artritis idiopática juvenil (AIJ), a los que se les recetó un fármaco biológico inyectable, se los capacitó para utilizar el dispositivo/cartucho, y se aplicaron 2 o más inyecciones simuladas. Los participantes completaron un cuestionario con su valoración de las categorías del dispositivo: "facilidad de uso" (14 preguntas), "efectividad del uso" (11 preguntas), "beneficios de las características principales del dispositivo" (8 preguntas) "características de la forma" (7 preguntas). Además, se les entregó una descripción gráfica que resume las características principales de la aplicación, que podían probar en un dispositivo Android/iOS, antes de completar las 15 preguntas sobre la conectividad y usabilidad. Las respuestas a las preguntas sobre el dispositivo/aplicación se registraron en una escala de calificación de Likert del 1 (extremadamente negativa) al 7 (extremadamente positiva). También se proporcionaron estimaciones sobre el tiempo de capacitación del paciente para el uso del dispositivo. Se informaron valores promedio, y se determinaron los porcentajes de respuestas negativas (calificación en escala de Likert de 1-2), neutrales (3-5) y positivas (6-7) para cada categoría.
RESULTADOS: El estudio incluyó 50 pacientes (edad promedio [rango], 47 [20-79] años; de los cuales 74% eran mujeres). Los pacientes tenían diagnóstico de AR (52%), AP (38%) o AIJ (10%), y eran diestros (86%), zurdos (12%) o ambidiestros (2%). La mayoría de los pacientes (70%) se autoinyectaban; el 16% solía precisar asistencia durante la inyección, y el 14% jamás se había autoinyectado. El 80% de los pacientes utilizó su mano dominante para darse las inyecciones simuladas, mientras que el 4% usó su mano no dominante, y el 16% se inyectó con ambas manos. El sitio de inyección fue el abdomen (46%), el muslo (46%), o ambos (8%). La mayoría de los pacientes (64%) calificó el uso del equipo digital como "extremadamente cómodo", el 32% manifestó que le pareció "algo cómodo", y al 4% le resultó "extremadamente o muy incómodo". El impedimento en la destreza de los pacientes, según su autodiagnóstico, durante la evaluación, fue nulo (88%), leve (2%), y moderado (10%). La calificación de funcionalidad en la mano, de acuerdo con el Índice Funcional Medio de Osteoartritis de Mano, fue de 6,3 (rango 0-22), mientras que el dolor en la mano debido a la artritis en la mano usada para dar la inyección fue de 3,2 (rango 1-7). La fuerza de prensión promedio (rango) fue de 21.3 (3.9-60.3) kg y 18.9 (6.7-48.1) kg en la mano dominante y no dominante, respectivamente. Un análisis preliminar llevado a cabo en los 50 pacientes del estudio arrojó las siguientes puntuaciones promedio de Likert (porcentaje de respuestas positivas): facilidad de uso del dispositivo de 6.56 (90.9%), efectividad del uso de 6.60 (91.5%), beneficios de las características principales del dispositivo de 6,73 (96.6%), características de la forma de 6.51 (90.3%), y una conectividad y beneficio de la aplicación de 6.41 (84.7%). El tiempo promedio (rango) estimado para la capacitación de un paciente para su uso eficiente del dispositivo y el cartucho fue de 9.5 (0-20) minutos.
CONCLUSIONES: Los pacientes argentinos diagnosticados con AR, AP o AIJ, tratados con fármacos biológicos debido a su condición, respondieron positivamente al nuevo dispositivo autoinyectable y su aplicación para móviles en todas las categorías. Estas características podrían contribuir a una mejor experiencia durante la autoinyección.

1759

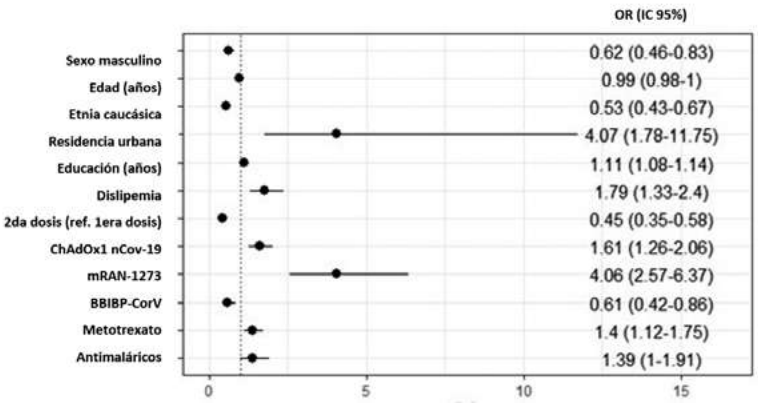
SEGURIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: DATOS DEL REGISTRO NACIONAL SAR-COVAC

Cecilia Pisoni[1], **Carolina Ayelén ISNARDI**[2], Micaela Cosatti[1], Emilce Schneeberger[3], D´Angelo María Eugenia[3], Nora Kogan[3], Dora Pereira[3], Yohana S Tissera[3], Carla Alonso[3], Lucila García[3], María de los Ángeles Severina[3], Marcos Rosemffet[3], Ana Bertoli[3], María C De la Vega[3], Vanesa Cosentino[3], Hernán Maldonado Ficco[3], Claudia Calle Montoro[3], Guillermo Berbotto[3], Carla Matellan[3], Alejandra Rollano Perasso[3], Andrea B Gómez Vara[3], Margarita Landi[3], Edson Velozo[3], María Emilia Sattler[3], Leandro Perrotat[3], Roberto A Ezquer[3], Javier F Flores Trejo[3], Patricia Farfan Rojas[3], Virginia Carrizo Abarza[3], Ivana R Rojas Tessel[3], Juan M Bande[3], Bárbara A Hernández[3], María Julia Papagno[3], Luis Rodríguez[3], Vanesa Martin Koller[3], Sandra F Montoya[3], Belén Virasoro[2], Karen Roberts[2], Jennifer Kreimer[4], Cristina Echeverría[4], Guillermo J Pons-Estel[2]

[1]CEMIC, [2]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, [2]UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [3]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVAC, [4]SOCIEDAD ARGENTINA DE PSORIASIS

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) han sido excluidos de los ensayos clínicos de la vacuna contra el SARS-CoV-2. Aunque los datos de otros estudios parecen mostrar seguridad y eficacia en pacientes con ER, en su mayoría la evidencia pertenece a las vacunas de ARNm. En nuestro país se utilizan con frecuencia vacunas con vectores adenovirus, virus inactivado y de esquema heterólogos.
OBJETIVOS: Describir la seguridad de las vacunas contra el SARS-CoV-2 en pacientes con ER del Registro Nacional SAR-CoVAC, y evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al desarrollo de EA y brotes de la enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Todos los pacientes adultos con ER vacunados contra el SARS-CoV-2, enrolados en el Registro de Vacunas de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR-CoVAC) entre el 1 de junio y el 21 de diciembre de 2021 fueron incluidos en este análisis. El registro SAR-CoVAC es un registro observacional multicéntrico nacional que incluye pacientes que han recibido al menos una dosis de cualquier vacuna contra el SARS-CoV-2 disponible en Argentina. Los datos son recopilados voluntariamente por el médico tratante. Se utilizó la escala de Naranjo para evaluar la asociación entre la EA y la vacunación. Se utilizó estadistica descriptiva, prueba de chi^2, prueba de Fischer, Student T test, ANOVA y modelo de regresión logístico multivariado.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 1679 pacientes, con 2795 dosis de vacuna contra el SARS-CoV-2. Las más utilizadas fueron: Gam-COVID-Vac (1227 dosis, 44%), ChAdOx1 nCov-19 (872 dosis, 31%), BBIBP-CorV (482 dosis, 17%) y mRAN-1273 (172 dosis, 6%). En total, 510 EA fueron reportados por 449 (27%) pacientes. El síndrome pseudogripal fue el más frecuente (11%), seguido de la reacción en el sitio de inyección (7%). Los mismos fueron significativamente más frecuentes después de la primera dosis en comparación con la segunda (13% vs 7% y 9% vs 5%, respectivamente,

p=0.001 en ambos casos). Todos los EA fueron leves o moderados y ningún paciente fue hospitalizado debido a un EA. Un caso de anafilaxia moderada fue reportado por un paciente que recibió Gam-COVID-Vac. No se observaron casos de trombocitopenia inducida por la vacuna. Se notificaron 25 brotes de la enfermedad, 17 (68%) casos de artritis. Entre los pacientes con dos dosis, aquellos que recibieron un esquema heterólogo presentaron EA asociados a la segunda dosis más frecuentemente (39% vs 17%, p=0.001). La incidencia de EA fue de 182.5 eventos/1000 dosis, significativamente menor para BBIBP-CorV (105.9 eventos/1000 dosis, p=0.002 para todos los casos). La mayor incidencia de EA se observó para mRAN-1273 (261.6 eventos/1000 dosis) y ChAdOx1 nCov-19 (232.8 eventos/1000 dosis). Los pacientes con EA eran más jóvenes (media 55 años (DE 14) vs 59 años (DE 14), p=0.010), de etnia no caucásica (48% vs 35%, p=0.001), tenían un nivel de educación superior (media 13.8 años (DE 4) vs 11.9 años (DE 5), p=0.001), estaban empleados con mayor frecuencia (54% vs 44%, p=0.001) y vivían principalmente en áreas urbanas (99% vs 95% p=0,001). El lupus eritematoso sistémico [11% vs 7%, p=0.039] y el síndrome de Sjögren [6% vs 2%, p=0.001] fueron más frecuentes entre ellos, mientras que las enfermedades no inflamatorias fueron menos prevalentes [19% vs 31%, p=0,001]. Aquellos con EA recibían con mayor frecuuencia esteroides [24% vs 18%, p=0.007], antipalúdicos [17% vs 10%, p=0.001] y metotrexato [41% vs 31%, p=;0.001]. En el análisis multivariado, mRAN-1273 y ChAdOx1 nCov-19 se asociaron con la presencia de EA, mientras que BBIBP-CorV con menor probabilidad de tener uno (Figura).



**IC: intervalo de confianza; OR: Odds ratio; ref: referencia.*

Figura: Variables sociodemográficas y clínicas asociadas al desarrollo de eventos adversos. Modelo de regresión logística multivariado.

CONCLUSIONES: La incidencia de EA fue de 1825 eventos/1000 dosis, mayor para mRAN-1273 y ChAdOx1 nCov-19 y menores para BBIBP-CorV. El EA más frecuente fue el síndrome de pseudogripal.

1762

FRECUENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Lucila García[1], Carla Gobbi[1], **Rosana M. QUINTANA**[2], Paula Alba[1], Susana Roverano[1], Analía Patricia Álvarez[1], César Enrique Graf[1], Cecilia Pisoni[1], Alberto Spindler[1], Catalina Gómez[1], Heber Matías Figueredo[1], Silvia Papasidero[1], Raúl Paniego[1], María Celina de la Vega[1], Emma Civit[1], Luciana González Lucero[1], María Victoria Martire[1], Rodrigo Aguila Maldonado[1], Sergio Gordon[1], Marina Micelli[1], Romina Nieto[1], Gretel Rausch[1], Vanina Gongora[1], Agustina Damico[1], Diana Dubinsky[1], Alberto Orden[1], Johana Zacariaz[1], Julia Romero[1], Mariana Pera[1], Mario Goñi[1], Oscar Rillo[1], Roberto Báez[1], Valeria Arturi[1], Andrea González[1], Florencia Vivero[1], María Eugenia Bedoya[1], María Marcela Shmid[1], Víctor Caputo[1], María Silvia Larroudé[1], Nadia Domínguez[1], Graciela Noemí Gómez[1], Graciela Nora Rodríguez[1], Josefina Marin[1], Victoria Collado[1], Marisa Jorfen[1], Zaida Bedran[1], Ana Curti[1], María Victoria Gazzoni[1], Judith Sarano[1], Pablo Finucci Curi[1], Romina Rojas Tessel[1], Maira Arias Saavedra[1], María Emilia Sattler[1], Maximiliano Augusto Machado Escobar[1], Pablo Astesana[1], Úrsula Paris[1], Juan Manuel Vandale[1], María Julia Santa Cruz[1], Bernardo Pons-Estel[1], Mercedes Argentina García[1] [1]GESAR LES, [2]CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (GO-CREAR), ROSARIO

INTRODUCCIÓN: La evidencia apoya la participación del sistema inmunológico en la generación de la placa aterosclerótica, así como la conexión entre enfermedad autoinmune y cardiovascular. El progreso en los tratamientos para el LES resultó en una disminución de la mortalidad debido a la actividad de la enfermedad; sin embargo, la enfermedad cardiovascular y las complicaciones infecciosas siguen siendo las principales causas de muerte en estos pacientes. El proceso aterosclerótico se acelera en pacientes con LES debido a una interacción compleja de factores de riesgo tradicionales y específicos del lupus. Se sabe que el LES es un factor de riesgo independiente de disfunción endotelial.

OBJETIVOS: Describir la frecuencia de eventos cardiovasculares (ECV) en el registro RELESSAR transversal, así como sus principales factores de riesgo asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, utilizando los pacientes ingresados en el registro RELESSAR transversal. Se describieron las variables sociodemográficas, variables clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, *score* de actividad (SLEDAI) y *score* de daño (SDI). ECV fue definido como la presencia de al menos uno de los siguientes: enfermedad arterial periférica (diagnóstico previo o clínica compatible más prueba de imagen confirmatoria), cardiopatía isquémica (diagnóstico de angor o IAM, diagnóstico clínico y/o alteraciones en ECG y/o elevación enzimática y/o alteraciones en cateterismo cardíaco) o ACV (diagnóstico previo o en la presencia de manifestaciones clínicas, apoyado por un procedimiento de imagen). El evento clasificado para el análisis fue aquel posterior al diagnóstico del LES. Se conformaron dos grupos matcheados por edad 1:2. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, las comparaciones entre grupos según la presencia de ECV y un modelo de regresión logística para evaluar cuáles fueron los factores asociados.

RESULTADOS: Se incluyeron 240 pacientes, 80 presentaron ECV. Los grupos fueron pareados por edad y sexo. La edad media fue de 47.8 (14.4) y 47.6 (14.2) en el grupo con ECV y sin, respectivamente y la prevalencia de sexo femenino fue de 71 (88.8%) y 151 (94.4%) respectivamente. Los pacientes con ECV tuvieron mayor duración del LES en meses (136 [27.1, 253] vs 81.4 [29.3, 184]; p= 0.029), mayor índice de Charlson (4.00 [2.00, 5.25] vs 2.00 [1.00, 3.00]; p<0.001) y mayor SLICC (2.00 [1.00, 3.00] vs 1.00 [0, 2.00]; p<0.001). Además, tuvieron mayor frecuencia de manifestaciones neurológicas severas como psicosis (8 [10.1%] vs 4 [2.5%]; p=0.023) y convulsiones (11 [14.3%] vs 8 [5.0%]; p=0.029). Mayor frecuencia de síndrome antifosfolípido (38 [50.0%] vs 19 [12.9%]; p<0.001), mayor frecuencia de hospitalizaciones (52 [66.7%] vs 83 [52.5%]; p=0.054) y mayor uso de ciclofosfamida EV (30 [42.3%] vs 37 [25.2%]; p=0.016). Las únicas variables que mantuvieron una significancia estadística en el análisis multivariado fueron índice de Charlson (OR 1.37, IC95% 1.11-1.73; p=0.004) y el SLICC (OR 1.57, IC95% 1.23-2.07; p<0.001).

CONCLUSIONES: Los ECV influyen significativamente en nuestros pacientes, asociándose a mayor posibilidad de daño irreversible, hospitalizaciones y comorbilidades.

EVOLUCIÓN DEL *SCORE* DE RODNAN MODIFICADO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

María Josefina MOLINA[1], Alejandro Nitsche[2]

[1]CENTRO GALLEGO, [2]HOSPITAL ALEMÁN

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune, crónica y en algunos casos devastadora, donde la rápida progresión de la enfermedad, expresada en meses con severa induración cutánea, evaluada por *score* de Rodnan modificado (SRm) son predictores de mal pronóstico. Existe una correlación directa entre la extensión del compromiso cutáneo y el potencial daño orgánico subyacente. EULAR y la Sociedad Americana de Trasplante de Médula Ósea recomiendan el trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) como tratamiento en pacientes con esclerosis sistémica rápidamente progresiva (ES-RP) con riesgo de falla orgánica. Tres estudios abiertos randomizados en pacientes con ES compararon la eficacia del TACPH vs. ciclofosfamida. Demostraron que los pacientes tratados con TACPH tuvieron mayor sobrevida libre de eventos, mayor sobrevida general, mejoría del compromiso cutáneo y pulmonar a largo plazo. El estudio SCOT demostró que el 92% de los pacientes con ES tratados con TACPH estaban sin drogas modificadoras de enfermedad y libre de enfermedad a 11 años de seguimiento.
OBJETIVOS: Describir la evolución del *score* de Rodnan modificado en pacientes con esclerosis sistémica sometidos a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de 7 pacientes con ES difusa (criterios de clasificación ACR-EULAR 2013) tratados con TACPH no mieloablativo. Se determinó sexo, edad, edad al diagnóstico de ES, tiempo de evolución de ES, tiempo de evolución de ES al momento del TACPH e indicación para recibir TACPH. Se definió como ES-RP pacientes con duración de enfermedad de hasta 5 años de evolución con SRm basal mayor a 15 puntos y con variable compromiso orgánico. Previo y posterior (6 y 12 meses) al TACPH se evaluó en todos los pacientes SRm, capilaroscopia, perfil de autoanticuerpos y tratamientos recibidos previos al TACPH. Análisis estadístico: se evaluaron frecuencias, medias y medianas.
RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes con ES difusa sometidos a TACPH, 6/7 fueron definidos con enfermedad rápidamente progresiva, 5 fueron mujeres y 2 varones, con una edad media de 47.4±8.8 años, edad media al diagnóstico de ES de 41.7±5.7 años, tiempo medio de evolución de ES de 5.9±5.1 años y una mediana de tiempo de evolución de ES al momento del TACPH de 3 años (rango 12 años). Las indicaciones para recibir tratamiento con TACPH fueron en todos los pacientes la rápida progresión del compromiso cutáneo y en 4/7, además, enfermedad pulmonar intersticial limitada. En el total de los pacientes el SRm medio previo al TACPH fue de 33.1±7.3 puntos. En 6/7 pacientes el SRm medio a los 6 meses posterior al TACPH fue de 17.2±7.0 puntos y en 5/7 con más de un año de seguimiento pos trasplante, el SRm medio fue de 12.6±7.6 puntos. En la Figura 1 se muestra el descenso marcado del puntaje del SRm en los diferentes pacientes hasta 48 meses de seguimiento. Todos los pacientes tuvieron SD *pattern* tardío en la capilaroscopia previa y posterior al TACPH, excepto un paciente que mejoró el patrón capilaroscópico desde basal: SD *pattern* tardío a SD *pattern* activo a los 6 meses pos trasplante y a hallazgos inespecíficos a los 12 meses del mismo. Todos los pacientes tuvieron FAN positivo siendo los patrones moteado y nucleolar los más frecuentes, 2/7 pacientes tuvieron anticentrómero y anti-Scl70 negativos, 1 de estos pacientes tuvo anti-RNA polimerasa II positivo y 5/7 tuvieron anti-Scl70 positivo. Tratamientos previos al TACPH: 7 pacientes recibieron metotrexato, 3/7 micofenolato mofetil, 2/7 rituximab y 1/7 ciclofosfamida. Una paciente considerada no respondedora recibió, al año posterior al trasplante, tratamiento con micofenolato mofetil y nintedanib.

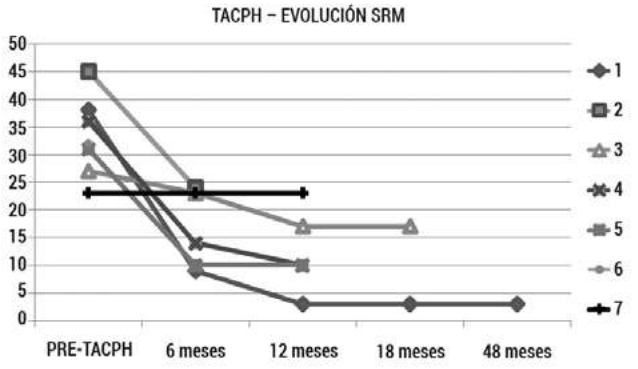


Figura: Evolución de SRm en pacientes con ES tratados con TACPH.

CONCLUSIONES: En pacientes con ES difusa, el TACPH logró un rápido y sostenido descenso en el puntaje del SRm evidenciado ya al sexto mes del trasplante, excepto en una paciente que fue considerada no respondedora al mismo. Consideramos que los pacientes sometidos a TACPH deben ser seguidos en forma periódica ya que existe un porcentaje de recaída entre el 5-20% de los casos.

APLICACIÓN DE *SCORE* CHA2DS2-VASC EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Julia SCAFATI, Lucila García, Rosana Quintana, Carla Gobbi, Paula Alba, Susana Roverano, César Enrique Graf, Cecilia Pisoni, Catalina Gómez, Heber Matías Figueredo, María Celina De la Vega, Emma Civit, Rodrigo Aguila Maldonado, Romina Nieto, Gretel Rausch, Vanina Gongora, Alberto Orden, Johana Zacariaz, Julia Romero, Mariana Pera, Mario Goñi, Roberto Báez, Valeria Arturi, Andrea González, Florencia Vivero, Víctor Caputo, María Silvia Larroudé, María Victoria Martire, Nadia Domínguez, Josefina Marin, Victoria Collado, María Victoria Gazzoni, Pablo Finucci Curi, Romina Rojas Tessel, Maira Arias Saavedra, María Emilia Sattler, Maximiliano Augusto Machado Escobar, Pablo Astesana, Úrsula Paris, María Julia Santa Cruz, Juan Manuel Vandale, Graciela Nora Rodríguez, Analía Patricia Álvarez, Alberto Spindler, Silvia Papasidero, Raúl Paniego, Luciana González Lucero, Sergio Gordon, Agustina D'Amico, Marina Micelli, Diana Dubinsky, Oscar Rillo, María Eugenia Bedoya, Alberto Allievi, María Marcela Shmid, Graciela Noemí Gómez, Zaida Bedran, Ana Curti, Bernardo Pons-Estel, Mercedes Argentina García

GESAR LES

INTRODUCCIÓN: El aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con LES se explica por diversos fenómenos tales como aterosclerosis acelerada, la propia respuesta inflamatoria y los fármacos utilizados para el tratamiento. El *score* de CHA2DS2-VASc fue diseñado como predictor de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en pacientes con fibrilación auricular a fin de iniciar anticoagulación en quienes presentaran valores mayores a 2. Luego el mismo fue utilizado en otras patologías con base autoinmune. Dicho *score* es una herramienta que puede ayudar a detectar aquellos pacientes con LES con mayor riesgo de padecer evento cardiovascular, permitiendo instaurar medidas oportunas. Creemos interesante comparar el desempeño del mismo en pacientes con LES de la cohorte RELESSAR-T.

OBJETIVOS: Evaluar la puntuación del *Score* de CHA2DS2-VASc en pacientes LES sin fibrilación auricular

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes mayores de 18 años con LES (ACR 1982/97 modificados) incluidos en la base RELESSAR-T. Se excluyeron aquellos pacientes con fibrilación auricular. Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas asociadas al LES, y *scores* de actividad (SLEDAI), daño (SDI-SLICC) y comorbilidades (Charlson). Se calculó el *score* de CHA2DS2-VASc asignando 1 punto a la historia de insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, diabetes, enfermedad vascular, sexo femenino y edad entre 64 y 75 años respectivamente; y 2 puntos a la historia de ACV/ accidente isquémico transitorio (AIT) y a la edad mayor de 75 años. El mismo se analizó según el SLEDAI a fin de determinar si existían diferencias en el CHA2DS2-VASc según actividad de la enfermedad.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 1.515 pacientes con diagnóstico de LES, de los cuales 1.390 (91.7%) eran mujeres, siendo la media de edad al diagnóstico 39.3 (DE 13.9) años. Del total de pacientes 685 (45.2%) era de raza mestiza y 666 (44%) caucásicas. La mediana del *score* de CHA2DS2-VASc fue de 1 punto (RIC 1-2), presentando 1 punto en 1028 (67.9%) pacientes y 2 puntos en 287 (18.9%). Dicho *score* fue mayor en pacientes adultos, de sexo femenino, diabéticos e hipertensos y con enfermedad cardiovascular establecida (p<0.05). Cincuenta y tres (3,5%) pacientes presentaron ACV en algún momento de la evolución de la enfermedad. En dichos pacientes, se vieron puntajes más altos del *score* CHA2DS2-VASc respecto a los que no presentaron ACV: 3 puntos (43.4% vs 3.6%), 4 puntos (41.5% vs 0.9%), 5 puntos (11.3% vs 0.1%) y 6 puntos (1.9% vs 0.1%), lo que implica mayor presencia de comorbilidades en los pacientes que presentaron el evento. La Tabla muestra la relación entre variables analizadas y el *score* CHA2DS2-VASc (dividido según mayor o menor a 2 puntos) de pacientes con LES. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el *score* CHA2DS2-VASc >2 y las internaciones dadas por brotes del LES [228 (56.9%) vs 546 (50.3%)], infecciones graves [73 (18.7%) vs 130 (12.3%) p=0.002], *score* de Charlson [3.00 (RIQ 2.00, 4.00) vs 1.00 (RIQ 1.00, 2.00) p=<0.001], como así también mayor *score* de daño [1 (RIQ 0, 2.00) vs 0 (RIQ 0, 1.00) p=<0.001] y dislipemia [43 (10.9%) vs 2 (0,18%) p=<0.001]. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre valor del *score* y la actividad de la enfermedad (SLEDAI 2.00 [RIQ 0, 4.00] ni el tabaquismo, sin embargo, sí se vio asociación con diagnóstico de EPOC [20(5%) vs 10 (0,9%) p=<0.001]. Encontramos asociación estadísticamente significativa con otras manifestaciones no contempladas en el *score* como afectación renal: piuria, hematuria, proteinuria y necesidad de hemodiálisis (p<0.05).

	CHA2DS-VASc<2 (n=1107)	CHA2DS-VASc<2 (n=408)	p valor
Edad Mean (SD)	35.8 (11.0)	48.6 (16.3)	<0.001
Sexo femenino	991 (89.5%)	399 (97.8%)	<0.001
EPOC	10 (0.932%)	20 (5.01%)	<0.001
Diabetes	2 (0.187%)	43 (10.9%)	<0.001
Dislipemia	135 (14.0%)	135 (36.5%)	<0.001
HTA	29 (2.72%)	313 (77.1%)	<0.001
C isquémica	8 (0.753%)	11 (2.78%)	0.005
Insuficiencia cardíaca congestiva	2 (0.188%)	29 (7.29%)	<0.001
ACV	0 (0%)	5 3(13.3%)	<0.001
Enfermedad arterial periférica	1 (0.0950%)	18 (4.59%)	<0.001
Hemiplejia	5 (0.467%)	12 (3.02%)	<0.001
Hospitalizaciones	546 (50.3%)	228 (56.9%)	0.028
Infecciones graves	130 (12.3%)	7 3(18.7%)	0.002
Score Charlson Median (RIQ)	1.00 (1.00,2.00)	3.00 (2.00, 4.00)	<0.001
SLICC Median (RIQ)	0 (0,1.00)	1.00 (0, 2.00)	<0.001
SLEDAI Median (RIQ)	2.00 (0, 4.00)	2.00 (0, 4.00)	0.847
Ciclofosfamida	318 (31.0%)	147 (39.8%)	0.002|
Aspirina	235 (24.2%)	148 (42.9%)	<0.001
Acenocumarol	87 (8.55%)	70 (19.1%)	<0.001
Hematuria	357 (36.1%)	170 (46.%)	<0.001
Piuria	198 (20.2%)	95 (27.1%)	0.008
Proteinuria	31 (3.07%)	23 (6.07%)	0.015
Enfermedad renal crónica terminal	13 (1.29%)	19 (4.92%)	<0.001
Diálisis	13 (1.29%)	13 (3.53%)	0.007

CONCLUSIONES: Se evidenció que los pacientes con puntajes más altos de CHA2DS2-VASc presentaron mayor edad como también diagnóstico de HTA, diabetes, insuficiencia cardíaca, ACV y enfermedad vascular periférica, ratificando la utilidad del *score* para evaluar riesgo cardiovascular. Cabe destacar que, además, se encontró asociación entre el puntaje del *score* con otras variables no contempladas como compromiso renal, infecciones severas y hospitalizaciones que impactan en el riesgo cardiovascular de los pacientes con LES.

1803

DATOS PRELIMINARES DE LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL *LUPUS IMPACT TRACKER* EN ARGENTINA

Pablo David IBÁÑEZ PEÑA, Fernando David Arizpe, Sofía Ornella, Lucila García Var, Graciela Rodríguez, Mercedes Argentina García

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: En el lupus eritematoso sistémico (LES) el análisis de la actividad y severidad de la enfermedad realizada por el médico no siempre coincide con la percepción del paciente. El *Lupus Impact Tracker* (LIT) es un cuestionario de resultados de salud reportados por el paciente (RRP), que consta de 10 preguntas sobre la calidad de vida en relación a su enfermedad y tratamientos durante las últimas 4 semanas, que se desarrolló ante la necesidad de contar con *scores* que conlleven menor tiempo y sean más sencillos de realizar para los pacientes. Diseñado por Rush University y publicado en distintas muestras poblacionales para su validación, durante 2017 en una cohorte australiana y cinco países europeos. Los resultados demostraron su confiabilidad en la práctica clínica habitual para la evaluación y seguimiento de estos pacientes con el fin de mejorar la brecha comunicacional médico-paciente.

OBJETIVOS: Realizar una adaptación transcultural y reproducibilidad el cuestionario LIT en pacientes con LES en Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se solicitó la autorización de los autores. Estudio observacional, analítico. Se incluyeron 10 pacientes mayores de 18 años con LES (criterios ACR/EULAR 2019), se excluyeron pacientes analfabetos, no videntes o que cumplían criterios de clasificación para otra enfermedad autoinmune. En esta primera etapa se realizó la adaptación transcultural en una muestra de 10 pacientes de la consulta ambulatoria u hospitalizados. Se evaluaron las dificultades de interpretación, y que los ítems e instrucciones sean correctamente comprendidos. Se registró el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario. Se analizó la reproducibilidad del cuestionario en un período de 7 días por medio del índice de correlación intraclase (ICC). Se realizó estadística descriptiva. En la segunda etapa del estudio, con una participación multicéntrica, se llevará a cabo la validación del *score*, evaluando el grado de correlación entre el LupusQoL y el LIT de esta manera se analizará la correlación con SELENA-SLEDAI y el *score* de daño SLICC.

Variables	Resultados (n=10)
Edad	
Media (min, máx)	40 (18.68)
DE	16.6
Género	
Femenino	9 (90%)
Masculino	1 (10%)
Etnia	
Caucásica	6 (60%)
Mestiza	4 (40%)
Atención del paciente	
Ambulatorio	8 (80%)
Internado	2 (20%)
Resultado de escala de Graffar	
III Clase media	4 (40%)
IV Clase media baja	5 (50%)
V Clase baja	1 (10%)
SLICC *Damage Index* media (DE)	1.00 (DE 0.5)
SELENA-SLEDAI. media (DE)	2.1 (DE 3.95)
PGA (DE)	0.48
Normal	7 (70%)
Leve	3 (30.0%)

RESULTADOS: Se incluyeron 10 pacientes, 9 (90%) eran mujeres, con una edad media de 40 años (DE 16.6); de etnia caucásica en el 60% y mestiza en 40%. Se les realizó el cuestionario a ocho pacientes ambulatorios y a dos hospitalizados. Los pacientes presentaban una media de SLEDAI de 2.1 (DE 3.95), PGA=1 (DE 0.48) y SLICC=1 (DE 0.5). Los pacientes no tuvieron dificultades de interpretación, a excepción de la pregunta número 5: "el lupus afectó mi capacidad para planificar actividades y programar eventos", que en dos pacientes debió ser explicada. El tiempo promedio para realizar el cuestionario fue de 2,1 minutos. La media del puntaje total del LIT basal fue de 57.1 (DE 24.2), y la media a los 7 días fue de 51.5 (DE 25.5).Se encontró una alta concordancia en las dos mediciones en el índice de correlación intraclase (ICC) fue de 0.808 (IC95% 0.431-0.948).

CONCLUSIONES: En esta primera etapa de la validación del LIT en pacientes argentinos con LES, el cuestionario demostró ser fácil de comprender y rápido de completar, además presentó una buena reproducibilidad. Se seguirá ampliando la muestra para lo cual invitamos a centros de Reumatología del resto del país a participar del proyecto de validación del *score*.

1804

TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA Y GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

Sofía ORNELLA[1], Lucila García[1], Alan Raschi[1], Marcelo Fabián Taylor[2], Julio Martín Ciappa[2], Gustavo Pichinelli[3], Mercedes García[1]

[1]HIGA SAN MARTÍN, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, [2]HIGA SAN MARTÍN, UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL DEL CENTRO REGIONAL DE ABLACIÓN E IMPLANTE (CRAI SUR), [3]HIGA SAN MARTÍN, SERVICIO DE INMUNOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Entre el 60-80% de las glomerulonefritis rápidamente progresivas (GNRP) se asocian a vasculitis ANCA pudiendo llevar a enfermedad renal terminal (ERCT) en días o semanas si no se diagnostica y se trata precozmente. En caso de culminar en ERCT, el trasplante renal es la mejor terapia disponible. Sin embargo, se desconoce el pronóstico posterior al mismo.

OBJETIVOS: Evaluar la supervivencia del injerto renal y de los pacientes con GNRP y en particular los asociados a ANCA, trasplantados en un Hospital de la Provincia de Buenos Aires

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico, retrospectivo de pacientes con GNRP sometidos a trasplante renal entre los años 1998-2022.

RESULTADOS: Se analizaron 29 pacientes con GNRP, de los cuales el 34.48% (n=10) se asociaron a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), el 10.39% (n=3) a anticuerpos antimembrana basal glomerular (MBG), el 6.89% (n=2) fueron posinfecciosas con anticuerpos ASTO y el 48.27% (n=14) de causa no filiada por no haberse realizado biopsia renal diagnóstica. Los pacientes fueron predominantemente hombres (51.72% vs 48.28%), con una mediana de edad al momento del trasplante de 49,73 años (RIQ 30.59; 59.76) y una mediana de tiempo en diálisis de 7.60 años (RIQ 4,58; 10,21). Las características generales se describen en la Tabla. Previo al trasplante, el 100% utilizó la hemodiálisis como terapia de reemplazo renal y el 72.41% de los injertos procedían de donantes cadavéricos. Siete pacientes (24.13%) perdieron el injerto y volvieron a hemodiálisis. Ninguno fue retrasplantado. Las pérdidas del injerto fueron asociadas a nefropatía crónica del injerto (NCT) en 5 pacientes (por mala adherencia al tratamiento) y a trastornos vasculares en 2 pacientes (imposibilidad de realizar anastomosis del injerto y trombosis de vena renal). La mediana de tiempo de sobrevida del injerto fue de 92,56 meses (IQR 21,92; 118,96). Particularmente en las GN ANCA (5 ANCA-C y 5 ANCA-P), la pérdida del injerto ocurrió en 4/10 pacientes (40%). Las causas fueron por nefropatía crónica del injerto (n=2) y vasculares (n=2). En este subgrupo, la media de sobrevida del injerto fue de 40.10 meses [RIQ 6.40;101.34]. No se identificaron reactivaciones de la enfermedad sobre el injerto. Fallecieron 13

pacientes (44.82%), por causas infecciosas en el 20.68% (n=6), cardiovasculares en el 10.34% (n=3), oncológicas 10.34% (n=3) y uno por causa desconocida. La mediana de tiempo de sobrevida de los pacientes posterior al trasplante fue de 103,26 meses [RIQ 48.81; 136.45]. Con respecto a los pacientes con VAA, falleció el 40% (4/10) siendo por causas infecciosas (n=2), cardiovascular (n=1) y oncológica (n=1). La mediana de sobrevida de este subgrupo fue de 106.01 meses [RIQ 40.33;122.85].

Características	Total (n=29)	GN ANCA (n=10)	GN ANTI MBG (n=3)	GN POS infecciosa (n=2)	GN no filiadas (n=14)
Sexo					
Hombres	51.72% (n=15)	10% (n=1)	66.66% (n=2)	50% (n=1)	78.57% (n=11)
Mujeres	18.28% (n=14)	90% (n=9)	33.33% (n=1)	50% (n=1)	21.42% (n=3)
Nacionalidad					
Argentina	89.65% (n=26)	90% (n=9)	100% (n=3)	100% (n=2)	85,71% (n=12)
Paraguaya	6.89% (n=2)	10% (n=1)	-	-	7.14% (n=1)
Boliviana	3.44% (n=1)	-	-	-	1,14% (n=1)
Edad al trasplante (mediana en años)	49,73 [RIC 30.59;59.76]	56,10 [RIC37,9;6195]	31.79 [RIQ 16.05;37.39]	37.39 [RIQ 16.05:37.39]	43.36 [RIQ 27.64;57.00]
Tiempo en diálisis (mediana en años)	7,60 [RIQ 4,58;10,12]	7,20 [RIQ 4.62; 10.20]	5.33 [RIQ 5.21;5.33]	5.73 [RIQ 3.20;5.73]	8,97 [RIQ 2.44 13.17]
Sobrevida del paciente (mediana en meses)	103.26 [RIQ 48, 81; 136; 45]	106.01 [RIQ 40,3:122,85]	137.13 [RIQ 123.6; 137.13]	59,86 [RIQ 1.03;59.86]	113,66 [RIQ 37.22;191.79
Sobrevida del injerto (mediana en meses)	92,56 [RIQ 21,92; 118,96]	40.10 [RIQ6.40;101.34]	33.76 [RIQ14.40;33.76]	59 [RIQ7.03;59.86]	114.91 [RIQ 56.35;149.19]
Pérdida del injerto (n%)	24.13% (n=7)	40% (n=4)	66.66% (n=2)	0	7.14% (n=1)
NCT	17.24% (n=5)	20% (n=2)	66.66% (n=2)	-	7,1% (n=1)
Vascular	6.89% (n=2)	20% (n=2)	-	-	-
Fallecidos (n%)	44.82% (n=13)	40% (n=4)	0	0	64.28% (n=9)
Infecciosa	20,68% (n=6)	20% (n=2)	-	-	28.57% (n=4)
Cardiovascular	10,34% (n=3)	10% (n=1)	-	-	14.28% (n=2)
Oncológica	10,34% (n=3)	10% (n=1)	-	-	14.28% (n=2)
Desconocida	3,44% (n=1)	-	-	-	7.14% (n=1)

CONCLUSIONES: En este análisis de pacientes con GNRP que recibieron un trasplante renal vemos que la sobrevida de los pacientes fue similar a otras patologías que llevan a la ERCT. Alrededor de un 25% de los pacientes perdieron el injerto mientras que en los pacientes con vasculitis ANCA esta evolución fue mayor (40%). Sin embargo, las causas de pérdida del injerto no estuvieron relacionadas a reactivación de la enfermedad sino que predominó la nefropatía crónica del trasplante. Este estudio apoya el concepto de que el trasplante renal es una opción terapéutica efectiva en pacientes con fallo renal terminal secundaria a vasculitis y destacamos la importancia de trabajar en mejorar la adherencia a los tratamientos para evitar las recaídas y la eventual pérdida del injerto.

1805

PATRONES Y CAMBIOS EN LA VIDEOCAPILAROSCOPIA DURANTE LA EVOLUCIÓN DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS. RESULTADOS PRELIMINARES

Natalia Lili CUCCHIARO[1], Mariana Mabel Aciar[2], Romina Ivana Rojas Tessel[2], Rivero Mariano[3], Eugenia Lara[4], Daniel Bottone[1], Ana Carolina Costi[5], Fernando Arispe[5], Analía Gervilla[6], Verónica Lesser[2], Graciela Gómez[7], Nicolás Pérez[7], Daniela Alonso[2], Amelia Granel[8], Ana Carolina Ralle[2], Cinthya Retamozo[9], Belén Lecumberri[2], Juan Manuel Luna Murillo[2], Laila Belbruno[2], Vicente Juárez[2], Emilio Buschiazzo[2], María Elena Crespo Espíndola[2]

[1]HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, [2]HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, [3]HOSPITAL MUNICIPAL DE ALBERTI, [4]HOSPITAL L. LAGOMAGGIORE, [5]HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, [6]HOSPITAL SAN ROQUE, [7]INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN ALFREDO LANARI, [8]SAN ROQUE DE GONNET, [9]HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de patologías de origen autoinmune, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, entre los cuales la dermatomiositis (DM) es la forma más prevalente. Presentan también síndrome de Raynaud y patrón capilaroscópico esclerodermia-*like* (SSc-like), encontrándose asociación en algunos estudios, entre estos hallazgos y el compromiso de la enfermedad, sin estar bien definido, que el uso rutinario de la videocapilaroscopia (VC) deba usarse como herramienta predictiva o pronóstica de daño.

OBJETIVOS: Evaluar los hallazgos en la VC de manera basal. Correlacionar los hallazgos capilaroscópicos con las características clínicas, serológicas y terapéuticas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio observacional, multicéntrico, transversal y longitudinal, de pacientes con diagnóstico de DM, polimiositis (PM) y miopatía por cuerpos de inclusión (MNIM) que cumplan criterios EULAR 2017, de ambos sexos, mayores a 18 años, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad. Se excluirán miopatías por cuerpos de inclusión, asociada a enfermedad neoplásica, de origen no autoinmune, y aquellos que

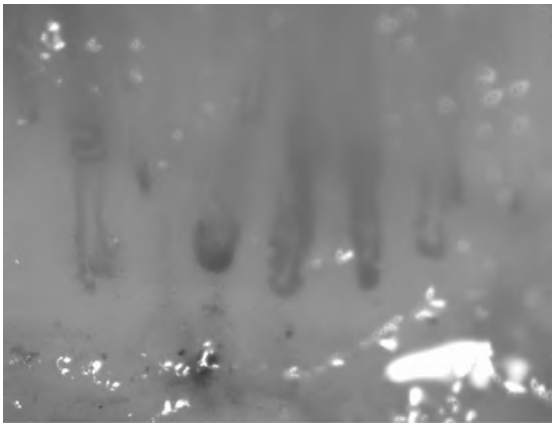


Imagen: VC con presencia de megacapilares y hemorragia antigua.

tengan superposición con otra enfermedad autoinmune o embarazo en el momento del reclutamiento. Se analizaron datos sociodemográficos, comorbilidades, tipo de miopatía, síntomas de la enfermedad, compromiso pulmonar (EPI) o de hipertensión pulmonar (HTP), presencia de patrón SD en la VC y subclasificación según Cutuolo, concordancia en el índice de avascularidad por VC medida por dos expertos centralizados con buena concordancia previa, anticuerpos específicos, tratamientos.
RESULTADOS: Se analizaron 23 pacientes, 69.2% de sexo femenino (13), media de edad en años de 52,9 (18.1), media de edad de inicio de la enfermedad de 46.8 (17.2), 7 pacientes con PM y 16 con DM. Todos presentaron debilidad muscular proximal y 56.52% (13) disfagia, 17.4% (4) compromiso articular, 3 presentaron EPI y ninguno HTP, encontrándose asociación entre la presencia de pápulas de Gottron (p=0.039) y aproximado con las manos de mecánico (p=0.07), con la presencia de Patrón SD. No se encontró asociación con comorbilidades, 13% (3) usaba estatinas con p=0.06. Presentaron patrón SD 56.5% pacientes (13=6 temprano, 5 activo, 2 tardío) encontrándose asociación significativa con la forma DM 69.6% (16) con p=0.01, sin encontrarse asociación con los anticuerpos o el tratamiento. Se analizó el *score* de avascularidad de 12 pacientes, presentando 5 grado 0, 2 grado 1 y 5 grado 2, sin relación con la presencia de patrón SD.
CONCLUSIONES: La presencia de patrón SD se asoció a la forma DM y a la presencia de pápulas de Gottron como síntoma más significativo.
Agradecimientos: a UNISAR por su colaboración en la elaboración del protocolo y análisis de resultados. A CONUPRO por la beca que posibilitó la compra de los anticuerpos para el presente estudio.

1811

FRECUENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-RO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL RELESSAR (REGISTRO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA)

Lucía Margarita MENDOZA MARTÍNEZ[1], Joan Manuel Dapeña[1], Juan Manuel Bande[1], María Alejandra Medina[1], Silvia Beatriz Papasidero[1], José Ángel Caracciolo[1], Rosana Quintana[2], Lucila García[3], Carla Andrea Gobbi[3], Sandy Sapag Durán[3], Alberto Soindler[3], Analía Patricia Álvarez[3], Cecilia Pisoni[3], Catalina Gómez[3], Raúl Héctor Paniego[3], María Julia Santa Cruz[3], Luciana González[3], Rodrigo Aguila Maldonado[3], Sergio Gordon[3], Julia Romero[3], Gretel Rausch[3], Alberto Allievi[3], Alberto Omar Orden[3], Johana Belén Zacariaz Hereter[3], Roberto Báez[3], Andrea Vanesa González[3], Juan Manuel Vandale[3], Mario Alberto Goñi[3], Víctor Daniel Caputo[3], María Silvia Larroudé[3], Graciela Gómez[3], Josefina Marin[3], Victoria Collado[3], María Victoria Gazzoni[3], Marcos David Zelaya[3], Mónica Sacnún[3], Romina Rojas Tessel[3], Maira Alejandra Arias Saavedra[3], Maximiliano Machado Escobar[3], Pablo Astesana[3], Úrsula Vanesa Paris[3], Bernardo Pons-Estel[3], Mercedes Argentina García[3]

[1] HOSPITAL DR. ENRIQUE TORNÚ, [2]UNISAR, [3]GESAR LES

INTRODUCCIÓN: Los Ac. anti-Ro se presentan hasta en el 40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Su presencia se ha asociado a diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad y a complicaciones materno-fetales.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de Ac. anti-Ro en una cohorte de pacientes con LES y determinar su asociación con características de la enfermedad, complicaciones materno-fetales, morbilidad, mortalidad y tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997) pertenecientes al Registro Nacional de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR transversal). Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, manifestaciones clínicas, complicaciones materno-fetales, morbimortalidad relacionada al LES, actividad y daño. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se llevaron a cabo asociaciones con pruebas de chi^2, Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizó análisis uni y multivariado de regresión logística para detectar factores asociados a los Ac. Anti-Ro. Se consideró significativa p≤0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 1513 pacientes, 91.8% fue mujer, 45.2% mestizos, con una edad media de 39.2 años (DE 13.4). La media del tiempo de evolución del LES fue de 102 meses (DE 96.4). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (23.2%), dislipemia (20.1%) y tiroiditis crónica (17.1%). Las complicaciones materno-fetales fueron parto prematuro (2.6%), aborto espontáneo (2.6%) y muerte fetal (2.1%). El 52% requirió hospitalización por la enfermedad y el 14% presentó infecciones graves. La mortalidad fue de 2.7%. Respecto del tratamiento, el 97.5% recibía antipalúdicos, 96.2% corticoides, 34.8% azatioprina y 21.1% metotrexato. Se solicitó Ac. anti-Ro al 88% (n=1331), el 41.5% (n=552) fue positivo, siendo el 93% mujeres, 44.6% mestizos, con una edad media de 39.3 años (DE 13.2) y con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 98.7 meses (DE 93.7). El 85% tenía hipocomplementemia; 69.4% presentó positividad para Ac. anti-DNAdc, 43.7% anti-La, 41.8% anti-Sm y 32.5% anti-RNP. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este grupo fueron fotosensibilidad (71.7%), exantema inflamatorio (66.2%), alopecia (55.4%), úlceras mucosas (53.9%), leucopenia (50.9%), fenómeno de Raynaud (42%), nefritis lúpica (38.8%), pleuritis (28.5%) y pericarditis (24.4%). El 7.2% presentó síndrome de Sjögren asociado. La presencia de Ac. anti-Ro se asoció con hipocomplementemia (p<0.05), Ac. anti-La (<0.001), anti-Sm (p<0.001), anti-RNP (p<0.001) así como con la presencia de Síndrome de Sjögren (p<0.001). En relación con las manifestaciones clínicas, se asoció con fenómeno de Raynaud (p<0.004), pericarditis (p<0.005) y neumonitis intersticial (p<0.02). Además, presentaban un mayor número de infecciones (p<0.01). Respecto del tratamiento, se asoció a un mayor uso de corticoides (p<0.04) y metotrexato (p<0.04). No se encontraron asociaciones con otras variables. En el análisis univariado, se asoció a la positividad de Ac. anti-Sm (OR 1.9 IC95 1.5-2.4), anti-La (OR 54 IC95 30-106), anti-RNP (OR 2 IC95 1.6-2.7), y con el antecedente de tiroiditis crónica (OR 1.3 IC95 1.01-1.81), la presencia de fenómeno de Raynaud (OR 1.5 IC95 1.2-1.8) y neumonitis intersticial (OR 2 IC95 1.1-3.4), además, con el uso de corticoides (OR 0.5 IC95 0.2-0.9) y metotrexato (OR 0.7 IC95 0.6-0.98). Por otro lado, en el modelo multivariado, las variables independientes fueron los Ac. anti-Sm (OR 1.9 IC95 1.4-2.5), anti-La (OR 48 IC95 26-99), la tiroiditis crónica (OR 1.9 IC95 1.3-2.7) y el uso de metotrexato (OR 0.66 IC95 0.5-0.9).
CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con LES, la positividad de Ac. anti-Ro se asoció a la presencia de otros anticuerpos, a la tiroiditis crónica y al tratamiento con metotrexato, no así, a un perfil particular de manifestaciones clínicas, complicaciones materno-fetales ni morbimortalidad relacionadas al LES.

1830

LA CAPILAROSCOPIA COMO ELEMENTO CLAVE EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Fernanda GUZZANTI, Florencia Gordillo, Silvina Nasi, Agustín García Ciccarelli

HOSPITA EL CARMEN, MENDOZA

INTRODUCCIÓN: El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico desencadenado por la exposición al frío o estrés emocional. Se manifiesta por cambio de coloración en zonas acras (palidez, cianosis y eritema). Su importancia radica en que se presenta en el 90-95% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y es frecuentemente el síntoma inicial, precediendo incluso en años al resto de los síntomas. La capilaroscopia (CP) es la técnica empleada para el estudio del FR y ha adquirido tal relevancia en los últimos años, que forma parte de los criterios de clasificación de la ES ACR-EULAR 2013. Los hallazgos específicos se denominan "patrón de esclerodermia" (SD *pattern*) y se caracterizan por la presencia de megacapilares, hemorragias, áreas avasculares y neoangiogénesis. La CP es un método de imagen no invasivo, de bajo costo y reproducible, que contribuye con el diagnóstico temprano y seguimiento evolutivo de los pacientes con FR.
OBJETIVOS: Describir hallazgos capilaroscópicos, características clínicas y de laboratorio en pacientes con FR.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional de corte transversal. Se documentaron: edad, tiempo de evolución del FR, enfermedad reumática asociada, laboratorio inmunológico, examen físico y características capilaroscópicas. Las CP se informaron según PANLAR 2019 y EULAR SG MC/RD 2020, como: patrón normal, inespecífico o SD temprano, activo o tardío. Se realizó estadística descriptiva. Para variables categóricas se empleó chi^2 o test de Fisher, considerando estadísticamente significativa $p<0.05$.
RESULTADOS: Se analizaron los informes de CP realizados entre junio de 2018 y junio de 2022. Se incluyeron 216 pacientes de los cuales 173 (80.09%) tenían FR. Los datos presentados a continuación corresponden a pacientes con FR: 143 (82.66%) eran mujeres, media de edad: 48.26 (±18.11) años. 68 pacientes (39.31%) tenían diagnóstico previo de enfermedad reumática (24 ES, 18 lupus, 10 Sjögren, 16 otros), en 5 pacientes se llegó al diagnóstico de ES temprana gracias a la CP. En cuanto a las características del FR: 74 (42.77%) trifásico, edad media de aparición 48 (±18.11) años, tiempo medio de evolución 10.02 (±12,99) años y en 76 de ellos (44.19%) el FR tenía más de 5 años de evolución. Localización: 169 (97,69%) en manos, 89 (51.45%) pies, 3.47% nariz, 2,31% orejas y 1,74% lengua. Al examen físico: 4 pacientes (2,31%) presentaban *puffy hands*, 16 (9.25%) esclerodactilia, 9 (5.20%) telangiectasias, 6 (3.47%) úlceras digitales y ninguno calcinosis. De los 109 pacientes que tenían perfil inmunológico, encontramos positividad para FAN en 61 pacientes, anticentrómero en 24 y Scl-70 en 1. Hallazgos en CP (Figura). Comparación de hallazgos en CP y características clínicas y de laboratorio: (Tabla). Cabe destacar que se encontró patrón SD tanto en el grupo de pacientes con FR como en los que refirieron acrosíndrome al interrogatorio dirigido, siendo la probabilidad mayor en el primer grupo (p=0.00011). De los 43 pacientes con acrosíndrome, 5 (11.63%) tuvo SD *pattern* y de estos 3 (6.98%) tuvieron anticuerpos anticentrómero positivos.

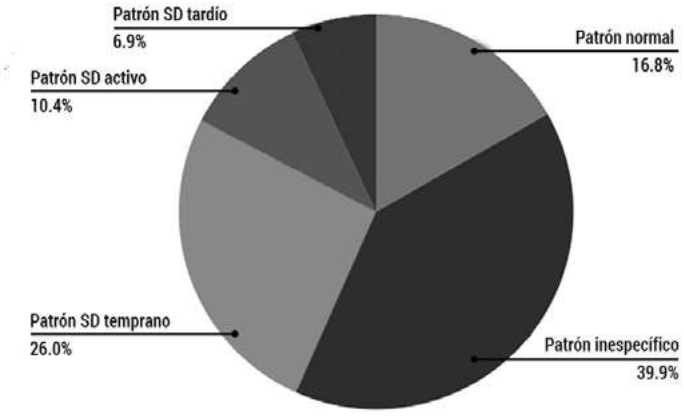


Figura: Hallazgos capilaroscópicos (n=173).

Tabla: Hallazgos estadísticamente significativos en patrones capilaroscópicos.

Patrón capilaroscópico	Características clínicas	Laboratorio
Patrón normal	No encontrado	FAN (p=0.0087)
Patrón inespecífico	No encontrado	No encontrado
SD temprano	No encontrado	No encontrado
SD activo	*Puffy hands* (p=0.0000) Telengiectasis (p=0.0006) Escleordactilia (p=0.045)	Anticentrómero (p=0.03)
SD tardío	Escleordactillia(p=0.00000) Úlceras digitales (p=0.00000)	Ac anti Scl-70(p=0,00005) FAN (p=0.0072)
Otros hallazgos estadísticamente significativos: ACA positivo. Presencia de telangiectasia (p=0.0008) Scl-70 positivo. Presencia de esclerodactilia (p=0.0057)		

CONCLUSIONES: En nuestra serie, el hallazgo capilaroscópico más frecuente en los pacientes con FR fue el patrón SD (43.3%), ponderando la importancia de la CP para el abordaje del mismo. La presencia de anticuerpos específicos y de signos clínicos de ES solo se relacionó con los patrones SD activo y tardío. Más de un tercio de nuestros pacientes tenía diagnóstico de enfermedad reumática al momento de realizarse la CP, pero en 5 pacientes fue la CP la que permitió llegar al diagnóstico (ES temprana). Finalmente, aunque la muestra de nuestros pacientes con acrosíndrome es pequeña, el 11% de ellos tuvieron patrón SD, por lo que cabe plantearse para futuros trabajos si a estos pacientes no Raynaud se debería también incluirlos en las indicaciones para la realización de la CP.

ENCUESTA SOBRE PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL EN AMÉRICA

Ariana RINGER[1], Andrea Smichowski[2], Carlos Siegrist[1], Germán Daniel Grossi[3], Eduardo Rubin[4], José Martínez[5], Ignacio Javier Gandino[6]

[1]CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, HPC, UNR, [2]CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA, [3]GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA. HPC., [4]GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, [5]HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, [6]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: El penfigoide de membranas mucosas es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica y cicatrizal, de etiología autoinmune poco frecuente. El compromiso ocular aislado ha sido denominado clásicamente penfigoide ocular cicatrizal (POC). Esta entidad puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata tempranamente. El tratamiento siempre es sistémico, por lo cual los oftalmólogos acuden al apoyo de reumatólogos o dermatólogos y/o a veces a algún clínico con orientación en autoinmunidad. Dada la falta de datos epidemiológicos en nuestra región, la gravedad que implica esta patología y su supuesto desconocimiento por profesionales médicos, se plantea realizar este estudio.
OBJETIVOS: Conocer la familiaridad de reumatólogos y oftalmólogos con el POC y su interacción interdisciplinaria en nuestra región.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta *online* a la que se accedió a través de un enlace a un formulario *Google*. Este cuestionario estuvo dirigido principalmente a reumatólogos y oftalmólogos pertenecientes a las sociedades científicas afines de América. Se envió por correo electrónico el enlace a las sociedades de reumatología de los países miembros de PANLAR para que a través de las mismas pueda ser accesible a todos los reumatólogos del continente. Se realizó lo mismo con la Sociedad Panamericana de Enfermedades Inflamatorias Oculares (SPEIO). El cuestionario constó de 13 preguntas. Se preguntó sobre edad, sexo, país, especialidad, lugar principal de trabajo de los encuestados (institución publica, privada, o consultorio particular), si está o no familiarizado con la entidad, cuántos pacientes ve anualmente, las especialidades con las cuales trabaja cada encuestado para abordar estos pacientes, metodología diagnóstica (clínica vs biopsia), los tratamientos empleados y las dificultades para el abordaje de estos pacientes en la práctica diaria. Para considerar que el médico se encontraba familiarizado y actualizado con la enfermedad se consideró como tal a los que vieron al menos dos pacientes con POC en el último año y contestaron que estaban familiarizados en el cuestionario.
RESULTADOS: Se recibieron 463 encuestas y se incluyeron 433, excluyendo las duplicaciones y aquellos encuestados que no pertenecían a un país americano. Trescientos siete (70.9%) resultaron reumatólogos y 112 (25.9%) oftalmólogos. Otras especialidades fueron dermatólogos, inmunólogos y clínicos. La mayoría de los participantes pertenecían a Argentina, seguidos por Colombia, Chile, y México. La Tabla 1 describe las características generales de los encuestados. El 40% de los encuestados refirieron estar familiarizados con el POC, siendo el 66.1% de los oftalmólogos y el 31.3% de los reumatólogos. En la Tabla 1 se puede ver que en general los médicos que se desempeñan en instituciones privadas están más al tanto de la enfermedad, y que la especialidad en que más se apoyan los oftalmólogos familiarizados con el POC para su manejo multidisciplinario son los reumatólogos. Los tratamientos más utilizados en el último año fueron: metotrexato (54.4%), azatioprina (26.8%), micofenolato (17.4%) y rituximab (16.1%). En la Tabla 2 se puede ver que las principales dificultades reportadas para diagnosticar y/o tratar estos pacientes fueron: la poca información, conocimiento y/o difusión del POC en las distintas actividades científicas y textos de las especialidades involucradas para tratar esta entidad; la dificultad en el acceso y realización de la biopsia de conjuntiva ocular; y las dificultades en la comunicación entre especialistas para poder realizar un seguimiento apropiado. Si bien el orden de frecuencia no fue el mismo para las distintas especialidades, estos tres inconvenientes fueron los más prevalentes tanto para oftalmólogos como reumatólogos.

Tabla 1: Características generales de los participantes agrupados según si están familiarizados o no con el penfigoide ocular cicatrizal.

	Total n=433	**Familiarizados con el POC*, n=173 (39.9%)**	**No familiarizados con el POC, n=260 (60.1%)**
Sexo femenino, n(%)	252 (58.6)	92 (36.5)	160 (63.4)
Edad en años, media (DS)	46.6 (11.6)	47.8 (11.2)	45.8 (11.8)
Especialidades			
Reumatólogos, n(%)	307 (70.9)	96 (31.3)	211 (68.7)
Oftalmólogos, n(%)	112 (25.9)	74 (66.1)	38 (33.9)
Otras especialidades, n(%)	14 (3.2)	3 (1.7)	11 (4.2)
Sector de desempeño			
Instituciones públicas, n(%)	231(53.3)	79 (45.6)	152 (58.5)
Instituciones privadas, n (%)	269 (62.1)	121 (69.9)	148 (56.9)
Consultorio privado, (n%)	203 (46.9)	85 (49.1)	118 (45.4)
Pacientes atendidos con POC en el último año:	23 (5.4)	0	23 (8.8)
Entre 0-1, n(%)Entre 2-10,n(%)	379 (88.7)	147 (84.9)	232 (89.2)
Más de 10, n(%)	25 (5.8)	24 (13.8)	1(0.4)
Especialidades que evalúan conjuntamente con los oftalmólogos a los pacientes con POC:			
Reumatología, n(%)	229 (52.8)	140 (80.9)	89 (34.2)
Dermatología (%)	100 (23.1)	48 (27.7)	52 (20)
Otras,n(%)	17 (3.9)	16 (9.2)	1 (0.4)
Medicamentos sistémicos usados:			
Metotrexato, n(%)	220 (50.8)	133 (769)	87 (33.5)
Azatioprina , n(%)	113 (26.1)	68 (39.3)	45 (17.3)
Micodenolato, n(%)	72 (16.6)	51(29.5)	21 (8.1)
Ciclofosfamida, n(%)	55 (12.7)	39 (22.5)	16 (6.1)
Rituximab, n(%)	63 (14.5)	46 (26.5)	17 (6.5)
Dapsona, n(%)	33 (7.6)	27 (15.6)	6 (2.3)
Gammaglobulina, n (%)	11(2.5)	10 (5.7)	1 (0.4)
AntiTNF,(n%)	31 (7.2)	21 (12.1)	10 (3.8)
Diagnóstico por biopsia	196 (45.5)	121(69.9)	75 (28.8)

POC: penfigoide ocular cicatrizal; n: número; DS desvio estándar.
**Familiarizado con el POC se definieron a los médicos que vieron al menos dos pacientes con POC en el último año y contestaron que estaban familiarizados con el cuestionario.*

Tabla 2: Inconvenientes en el manejo de estos pacientes por especialidad.

	Reumatología n=307 (70.9%)	**Oftalmología n=125 (29.1%)**
Insuficiente información y difusión de la enfermedad, (n%)	135 (43.9)	49 (38.9)
Dificultad en el acceso y realización de la biopsia, n(%)	59 (19.2)	51(40.4)
Dificultades en el acceso a la medicación, n(%)	26 (8.4)	28 (22.2)
Dificultades en la comunicación entre especialistas, n(%)	77 (25.1)	38 (30.1)
Reticencia de los pacientes a la biopsia y/o aceptar el diagnóstico, n (%)	22 (7.2)	20 (15.8)
Sin inconvenientes en la atención diaria de estos pacientes, n(%)	8 (2.5)	2 (1.5)

CONCLUSIONES: Observando el alto porcentaje de desconocimiento de esta entidad por los reumatólogos (70%), y la gran derivación de estos pacientes a Reumatología por parte de los oftalmólogos familiarizados con el POC (80%), resulta imperioso trabajar en ampliar su conocimiento, difusión y trabajo conjunto entre ambas especialidades para mejorar y protocolizar el abordaje de esta entidad, que produce secuelas irreversibles en la superficie ocular.

1836

COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS REUMÁTICAS DE AMÉRICA: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE MÉXICO Y ARGENTINA

Carolina Ayelén ISNARDI[1], Deshire Alpízar-Rodríguez[2], Marco Martínez-Martínez[3], Rosana Quintana[1], Ingrid Petkovic[4], Sofía Ornella[4], Vanessa Castro Coello[4], Edson Velozo[4], Marcos D Zelaya[4], María de los Ángeles Severina[4], Karina Cogo[4], Romina Nieto[4], Dora Pereira[4], Greta Reyes-Cordero[5], Tatiana Rodríguez-Reyna[5], Fedra Irazoque-Palazuelos[5], Cassandra Michel Skinner Taylor[5], Ingrid M Juárez-Mora[5], Iris Colunga-Pedraza[5], José A Veloz Aranda[5], Beatriz E Zazueta Montiel[5], Atzintli Martínez[5], César Pacheco-Tena[4], Guillermo J. Pons-Estel[1]

[1]SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, [2]REGISTRO CMR-COVID, COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, [3]REGISTRO CMR-COVID, COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, [4]INVESTIGADOR DEL REGISTRO SAR-COVID, [5]INVESTIGADOR DE CMR-COVID

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (ERI) presentan mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con la población general.

OBJETIVOS: Evaluar y comparar el curso clínico, la severidad y las complicaciones de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ERI de México y Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se combinaron los datos de ambos registros nacionales, CMR-COVID (México) y SAR-COVID (Argentina). Brevemente, se reclutaron pacientes adultos con ERI con infección por SARS-CoV-2 entre 08/2020 y 02/2022 en SAR-COVID y entre el 04/2020 y 02/2022 en CMR-COVID. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidades y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), así como características clínicas, complicaciones y tratamiento para la infección por SARS-CoV-2. Análisis descriptivo. Se realizaron pruebas chi^2, Fisher, Student T test, Mann Whitney U y análisis de regresión logística múltiple.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 3181 pacientes, 908 (28.5%) del registro CMR-COVID y 2273 (71.5%) del registro SAR-COVID. La mayoría (81.7%) eran mujeres, con una edad media de 50.4 años (DE 14.3). Las ERI más frecuentes fueron la artritis reumatoidea (48.7%) y el lupus eritematoso sistémico (18.6%). Los pacientes mexicanos fueron significativamente mayores, con mayor frecuencia de sexo femenino y presentaban más frecuentemente síndrome antifosfolípido y espondiloartritis axial, mientras que los argentinos presentaron con mayor frecuencia artritis psoriásica. En ambas cohortes, aproximadamente el 80% estaban en remisión o baja actividad de la enfermedad al momento de la infección. Los mexicanos tomaban glucocorticoides (47% vs 38%, p<0.0001) y rituximab (5% vs 2%, p<0.0001) con mayor frecuencia. También reportaron más comorbilidades (48% vs 40%, p<0.0001). El 95% de los pacientes presentaron síntomas relacionados con la infección por SARS-CoV-2 (Figura 1). La frecuencia de hospitalización fue comparable entre los grupos (25.2%), sin embargo, los mexicanos presentaron enfermedad más grave (Figura 2) y mayor tasa de mortalidad (10% vs 4%, p<0.0001). Asimismo, estos últimos recibieron tratamiento para la COVID-19 con más frecuencia (60% frente a 29%, p<0,0001), en particular con glucocorticoides (41%) y azitromicina (29%). Luego de ajustar para factores de mal pronóstico conocidos, los mexicanos tuvieron más probabilidades de morir por COVID-19 (OR 2.2, IC 95% 1.5-3.1).

CONCLUSIONES: En esta cohorte de pacientes con ERI de México y Argentina con infección por SARS-CoV-2, la mayoría tuvo síntomas, una cuarta parte fue hospitalizada y el 6% falleció a causa de COVID-19. Los mexicanos presentaron una enfermedad más grave y dos veces más probabilidades de morir.

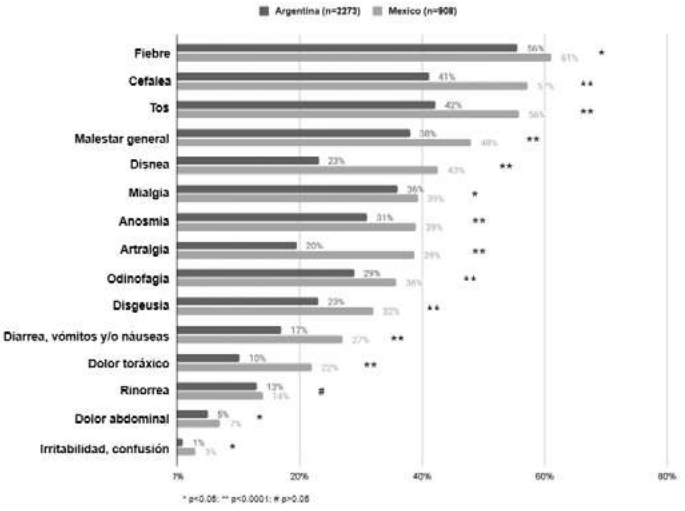


Figura 1: Frecuencia de síntomas de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ERI de México y Argentina.

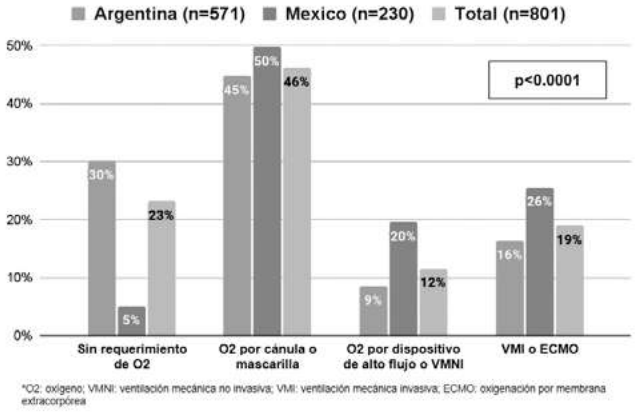


Figura 2: Requerimientos de oxígeno entre los pacientes hospitalizados.

1837

EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Julieta Morbiducci[1], Fabiana Montoya[2], María Pía Izaguirre Germain[2], **María Natalia TAMBORENEA[1]**

[1]HOSPITAL RIVADAVIA, [2]HOSPITAL RAMOS MEJÍA

INTRODUCCIÓN: Se han desarrollado guías nacionales e internacionales que tienen como objetivos asistir al médico reumatólogo durante su práctica diaria en el manejo de pacientes con esclerosis sistémica (ES).
OBJETIVOS: Conocer la adherencia de los médicos reumatólogos a las recomendaciones vigentes en la atención de pacientes con ES.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se envió un cuestionario anónimo diseñado específicamente para evaluar el objetivo propuesto a través de la casilla de correo electrónico de la SAR a todos los socios durante el mes de julio de 2022. Se realizó estadística descriptiva.
RESULTADOS: 93 profesionales respondieron la encuesta. La edad promedio fue de 43 SD (11.9) años. La mediana de tiempo como especialista en Reumatología fue de 10 RIC (1- 50) años. La atención promedio fue de 5 SD (5.23) pacientes con ES en un mes habitual de trabajo. El 58% (n:54) ejercen su profesión en la región de AMBA. Con respecto al control ginecológico anual, el 81.7% (n:76) de los médicos refirió solicitarlo de rutina a sus pacientes con ES, mientras que el 18.2 % (n:17) manifestó no hablar de este control con sus pacientes. En relación al control de salud bucodental, solo el 62.3% (n:58) indica control odontológico anual. El 94.6% (n:88) recomienda a sus pacientes la aplicación de vacunas antigripal, antineumococo, hepatitis B, doble adultos y esquema para COVID-19. Con respecto a los controles cardiovasculares recomendados, el 85 % (n:79) de los médicos solicita un ecocardiograma doppler en forma anual y el 7.5% (n:7) en forma semestral. El 53.7% (n:50) solicita evaluación por un cardiólogo solo si detecta alteraciones en los estudios previos. Se interrogó sobre el uso de cardioRMN en la práctica habitual: el 64.5% (n:60) no lo solicita y el 18% (n:17) no tiene disponibilidad para hacerlo. Con respecto al examen funcional respiratorio, el 48% (n:45) expresó solicitarlo en forma anual, el 27% (n:25) en forma semestral y el 1% (n:1) en forma trimestral. El 16% (n:15) deriva al especialista en Neumología para realizar esta evaluación. El 57% (n:53) respondió solicitar test de la caminata en forma anual. Con respecto al control tomográfico, el 100% solicita TAC de tórax con cortes de alta resolución, el 82.7% (n:77) en forma basal y luego anualmente; el resto manifestó repetir el estudio en caso de deterioro funcional respiratorio. Con respecto al uso de ecografía pulmonar, el 67.7% (n: 63) refiere no tener disponibilidad para este estudio. En relación el estudio gastrointestinal, el 53 % (n: 50) solicita video deglución y endoscopia digestiva alta y baja solamente si el paciente refiere síntomas digestivos. El 43% (n:40) solicita manometría esofágica anualmente. En relación al estudio de la microvasculatura, el 47% (n:44) solicita videocapilaroscopia al diagnóstico, el 33% (n:31) la repite anualmente y el 15% (n:14) cada 6 meses. El 32% (n:30) realiza *score* de Rodnan modificado en forma anual, el 19 % (n:18) semestral y el 9% (n:9) cada 3 meses en su práctica habitual. El 73% (n:68) solicita laboratorio inmunológico solo al momento diagnóstico, y con respecto al laboratorio general, el 48% (n: 45) médicos lo repite cada 3 meses y el 38% (n:36) cada 6 meses. Se interrogó sobre el uso de escalas de clinimetría para la evaluación de actividad, severidad y calidad de vida en el cuidado del paciente con ES, y solo el 32% (n:30) refirió utilizar alguna de ellas en su práctica habitual.
CONCLUSIONES: En este estudio encontramos una alta adherencia a la vacunación, control cardiológico y pulmonar por tomografía de alta resolución. Baja aplicación de la evaluación de piel la cual constituye un marcador subrogado de mortalidad y daño orgánico en esta patología y de la microvasculatura a pesar de que la capilaroscopia constituye una herramienta útil para el diagnóstico precoz y seguimiento de estos pacientes. El compromiso gastrointestinal es una manifestación frecuente, temprana en el curso de esta patología y muchas veces asintomática por lo cual es importante intensificar el *screening* de este compromiso orgánico. Mejorar la frecuencia en los controles funcionales respiratorios permitirá identificar más tempranamente la progresión del compromiso pulmonar lo cual es importante ya que constituye la causa más frecuente de mortalidad en este grupo.

1838

REGISTRO INTERNACIONAL DE EMBARAZOS EN VASCULITIS (VPREG): DATOS BASALES DE LOS PRIMEROS 3 AÑOS

Marina SCOLNIK[1], Jon Golenbiewski[2], Cristina M Burroughs[3], Kalen Larson[4], Joyce Kullman[4], Peter A Merkel[5], Megan E B Clowse[2]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [2]DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, [3]UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA, [4]VASCULITIS FOUNDATION, [5]UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

INTRODUCCIÓN: A medida que los tratamientos de las vasculitis sistémicas mejoran y el uso de medicaciones que comprometen la fertilidad disminuye, más mujeres jóvenes con vasculitis quedarán embarazadas. Cómo manejar estos embarazos sigue siendo poco claro y difícil de estudiar. El Registro de Embarazos en Vasculitis (VPREG) es un registro internacional *online*, autocompletado por la paciente, diseñado para recolectar en forma basal y prospectiva (en cada trimestre y postparto) datos de los embarazos. Los cuestionarios fueron traducidos a varios idiomas y se encuentra recientemente disponible en español en la página web, pero aún sin pacientes latinoamericanos incluidos.
OBJETIVOS: Presentar los datos basales internacionales de los 3 primeros años de este registro.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presentan los datos analizados del VPREG entre 11/2015-12/2018. Se describen los datos autorreportados por las pacientes sobre actividad de la vasculitis, dolor, salud global, historia obstétrica previa, internaciones, medicaciones y resultados del primer trimestre del embarazo actual. Se realizó estadística descriptiva.
RESULTADOS: Se incluyeron 62 mujeres, la mayoría de Estados Unidos, 95% de las cuales habían sido diagnosticadas previamente al embarazo. Los diagnósticos fueron: 19 granulomatosis con poliangeitis, 2 poliangeitis microscópica, 3 granulomatosis eosinofílica con poliangeitis, 15 Takayasu, 5 Behcet, 4 vasculitis por IgA, 3 vasculitis del sistema nervioso central, 3 urticaria vasculítica, 1 poliarteritis nodosa. El 67% habían sido hospitalizadas por vasculitis en algún momento previo al embarazo y 6% durante el primer trimestre del embarazo actual. Durante el primer trimestre el 40% no estaba bajo tratamiento inmunosupresor y 40% estaba recibiendo corticoides. La mayoría (75%) reportó un bajo nivel de actividad de la vasculitis durante el primer trimestre. Con respecto a la historia previa, un 22% habían recibido ciclofosfamida en algún momento. 21 mujeres reportaron 52 embarazos previos, con 44% de abortos y 52% de nacidos vivos.
CONCLUSIONES: Las mujeres con vasculitis incluidas en el VPREG reportaron una alta tasa de abortos previos. La mayoría de los embarazos actuales ocurrió en mujeres con vasculitis poco activas y sin medicación teratogénica, sugiriendo una buena planificación de los mismos. Como resultado, se observaron escasas complicaciones durante el primer trimestre.

1839

EXPERIENCIA DE UNA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y EDUCATIVA REUMATOLÓGICA EN UNA REGIÓN DE LA PRECORDILLERA PATAGÓNICA

Marcelo ABDALA[1], Ariana Ringer[1], María Florencia Martínez[1], Dianela Carbone[1], Serenela Chulibert[1], María Agostina Gatica[1], Franco Lucci[1], Brian Marcelo Abdala[1], Lucía Cichillitti[1], Juan Pablo Ruffino[1], María Noel Cortese[1], Mariano Palatnik[1], Juan Carlos Crema[1], Nadia Aldana Cuadranti[1], Antonio Jorge Chemez[1], Graciela Rombo[1], Ivana Santolaya[1], Gilda Quintana[2], Elba Puelman[3], Oscar Rubén Currilen[4], Nidia Benetto[2]

[1]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, [2]COMITÉ DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN, HOSPITAL SUBZONAL EL MAITÉN, CHUBUT, [3]DIRECCIÓN HOSPITAL SUBZONAL EL MAITÉN, CHUBUT, [4]INTENDENCIA DE LA LOCALIDAD EL MAITÉN, CHUBUT

INTRODUCCIÓN: La distribución de reumatólogos en Argentina es heterogénea concentrándose, en su mayoría, en las ciudades más pobladas del país y en cercanías a centros formadores. Se ha observado que en áreas patagónicas no es sencillo el acceso a un reumatólogo, debido a factores tales como las grandes distancias entre las localidades, el clima y la menor proporción de reumatólogos en comparación con otras partes de Argentina, lo que podría potencialmente conducir a un subdiagnóstico y tratamiento de dichas patologías.
OBJETIVOS: 1) Capacitación y actividad de salida a terreno de un grupo de reumatólogos matriculados y en formación para colaborar con los médicos de una región de la precordillera patagónica; 2) detectar y evaluar las características y frecuencia de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas; 3) dar charlas de capacitación en Reumatología al personal sanitario de la región, a población general y a pacientes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se capacitó a un grupo de reumatólogos matriculados y en formación, junto a un médico clínico y rotantes de reumatología en lo referente al trabajo de campo a realizar: trabajo asistencial durante tres días de atención para la población concurrente a los centros sanitarios de una región de la precordillera patagónica, recolección de datos y charlas de capacitación para el personal sanitario del área y charlas a la población general y pacientes durante dos días. Se invitó a la población adulta de la región patagónica a concurrir a los centros sanitarios para ser evaluados desde el área reumatológica. Los sujetos con sospecha de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas fueron evaluados por reumatólogos certificados para confirmar el diagnóstico y posterior seguimiento. Durante las consultas se compartió la atención con personal sanitario local y se los instruyó en la temática. Para codificar los diagnósticos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades edición 10, de la Organización Mundial de la Salud.
RESULTADOS: La capacitación previa a la salida a terreno permitió la homogeneidad de criterios y el aprendizaje conjunto de los médicos en formación. En lo referente a la detección y evaluación de las características y frecuencia de enfermedades musculoesqueléticas y reumatológicas, se evaluaron 267 pacientes, con edad promedio de 55.9 años (DE 15.3), 82.8% mujeres. Los motivos de consulta más frecuentes fueron artralgias y artritis en distintas localizaciones (70%). Al evaluar los pacientes mediante clínica, laboratorio y estudios complementarios (traídos previamente por los pacientes), se obtuvieron los siguientes diagnósticos finales clasificados por CIE-10. Del total de pacientes, un 58,82% presentaron enfermedad reumatológica autoinmune y 28.8% tenían el diagnóstico previo de la condición. Las patologías más frecuentes fueron artritis reumatoidea, espondiloartropatías, artrosis y otras enfermedades del tejido conectivo. Se realizaron charlas de capacitación al personal sanitario en las temáticas de: artritis reumatoidea, espondiloartritis, lupus eritematoso sistémico, artrosis, etc. abordando características clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Por su parte, se ofrecieron charlas gratuitas a la comunidad en general y para pacientes. Se dio espacio para preguntas y respuestas.
CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes evaluados presentó una enfermedad autoinmune, con sospecha de un posible subdiagnóstico. Dichos hallazgos ponen de manifiesto una alta frecuencia de dichas patologías y la necesidad de profesionales capacitados en la región, dado el número de consultas en solo tres días de atención. Por su parte el interés generado entre el personal sanitario evidencia la necesidad de formación en el área reumatológica y puntualmente, de reumatólogos matriculados en la zona. Las charlas abiertas a la comunidad también jerarquizaron el interés de la población en la temática. La capacitación previa a la salida a terreno y la colaboración con el personal de salud de la región permitió el aprendizaje conjunto, el fortalecimiento de lazos humanos y de trabajo, ampliar el conocimiento de las particularidades de la Reumatología y colaborar de manera efectiva con los efectores sanitarios. Se destaca la importancia de ampliar las fronteras geográficas de los reumatólogos, transmitir y difundir el conocimiento a profesionales y educar a pacientes.

1849

ENFERMEDAD RENAL Y ARTRITIS REUMATOIDEA: ¿CUÁL ES SU FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS?

Alan Juan RASCHIA, Julia Scafati, Máximo Cosentino, Sofía Ornella, Mercedes Argentina García, Lucila García, Fernando Arizpe, Rodrigo Aguila Maldonado, Carolina Costi, Claudia Pena, Adriana Testi, Mariana Alejandra Pera

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con artritis reumatoidea (AR) frecuentemente reciben drogas potencialmente nefrotóxicas como antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad, entre otros. La enfermedad renal se define por la *Kidney Disease Improving Global Outcomes (*KDIGO) como alteraciones en el filtrado glomerular (FG), sedimento urinario o morfológicas en imágenes. Detectar su presencia implica un mayor conocimiento de la morbimortalidad en estos pacientes, que unido a otros factores de riesgo cardiovascular podrían llevar a determinar cambios en las decisiones terapéuticas, como realizar un tratamiento farmacológico personalizado, evitando cuando esto fuera posible, la utilización de drogas potencialmente nefrotóxicas, así como el ajuste de dosis cuando esto fuera necesario.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de enfermedad renal según definición KDIGO en pacientes con AR y compararla con una población control. Evaluar factores asociados a la presencia de enfermedad renal en pacientes con AR. Describir la frecuencia y asociación con enfermedad renal del consumo de AINES por ASAS-NSAID en el último año en los pacientes con AR.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010 asistidos en el Servicio de Reumatología de un único centro y se los comparó con un grupo control compuesto por pacientes sin AR ni otras enfermedades autoinmunes ni inflamatorias asistidos en consultorio de clínica médica. Se recolectaron variables sociodemográficas, comorbilidades y tratamientos. Se realizó el análisis descriptivo de las características generales de la población. Para valorar la carga de AINEs se utilizó el *score* ASAS-NSAID el cual es un *score* recomendado por el grupo ASAS para el registro de consumo de AINEs en un tiempo determinado en ensayos clínicos. Las variables continuas se informan como media con desvío standard (DE) o mediana con rango intercuartilo (RIQ), según su distribución. Las variables categóricas se informan en frecuencia y porcentaje (%). Se realizó el análisis bivariado entre cada variable independiente y utilizando como la variable dependiente la presencia de enfermedad renal la cual fue definida como filtrado glomerular estimado por MDRD <60 ml/min/1.73 m^2 y/o hematuria, leucocituria o proteinuria.

RESULTADOS: Se incluyeron 108 pacientes con AR, 92 (85.2%) mujeres, edad media 52.6 años±DE 11.5, duración de la enfermedad 11.6 años±DE 8.7, 99 (91.7%) seropositivos para FR y/o anti CCP, 64 (60.4%) erosiva, CDAI 13.3±DE 10.1, mediana de HAQ 1.75 (RIQ 0.75, 1.25). A su vez se incluyeron 100 pacientes pertenecientes al grupo control sin AR, 73 (73%) mujeres, edad media 57.6 años±DE 15.7. En la Tabla 1 se muestran las características de ambos grupos. El grupo AR presentó FG estimado por MDRD 80.6±DE 17.1 ml/min vs 72.5±DE 18.6 en controles, p0.00142, y hematuria 10±DE 9.26 vs 0, p0.00167. No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a leucocituria ni proteinuria. Las diferencias entre los pacientes con AR con y sin enfermedad renal se muestran en la Tabla 2. Solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el *score* ASAS-NSAID, presentando el grupo con enfermedad renal un score de 32.9 vs 19, p 0.03.

Tabla 1: Características basales de los pacientes con y sin AR.

	AR (n=108)	No AR (n=100)	p valor
Sexo femenino (%)	92 (85.2%)	73 (73%)	0.04
Edad (DE)	52.6 (11.5)	57.6 (15.7)	0.009
IMC (DE)	28.7 (5.59)	25.9 (3.97)	<0.001
Creatinina mg/Dl (de)	0.870 (0.329)	0.998 (0.372)	<0.001
MDRD ml/min/1.73m^2(DE)	0.870 (0.329)	0.99 8(0.372)	<0.001
Leucocituria (%)	14 (13%)	7(7%)	0.2
Hematuria (%)	10 (9.26%)	0	0.001
Proteinuria (%)	4 (3.7%)	4 (4%)	1
HTA (%)	31(28.7%)	40%	0.1
DM II (%)	16 (15%)	18 (18%)	0.6
Tabaquismo (%)	38 (35.2%)	24 (24%)	0.1
ACV (%)	2 (1.85%)	1 (1%)	1
AIT (%)	1 (0.92%)	3 (3%)	0.3
IAM(%)	2 (1.85%)	2 (2%)	1
Arteriopatías periférica (%)	4 (3.7%)	3 (3%)	1
Hipotiroidismo (%)	17 (15.9%)	23 (23%)	0.2
Dislipemia (%)	59 (54.6%)	62 (62%)	0.3
ICC	2 (1.85%)	0	0.4
Duración AR años (DE)	11.6	NA	
Enfermedad erosiva (%)	30.4 (19.1)	NA	
ERS mm (DE)	30.4 (19.1)	NA	
PCR mg/L (DE)	14.6 (20.4)	NA	
CDAI (DE)	13.3 (10.1)	NA	
HAQ (Q1,Q3)	1 (0.125,1.84)	NA	
ASAS/NSAID (DE)	23 (36.5)	NA	

Tabla 2

	AR y enfermedad renal (n=31)	AR sin enfermedad renal (n=77)	p valor
Edad (DE)	55.1 (12.7)	51.5 (10.0)	0.18
Duración AR años (DE)	13.3 (9.34)	11 (8.45)	0.23
Enfermedad erosiva (%)	20 (64.5%)	44 (58.7%)	0.73
FR- (%)	28(90.3%)	71 (92.2%)	0.71
Anti-CCP+ (%)	28 (90.3%)	64 (84.2%)	0.54
ERS mm (DE)	28 (19.1)	30.9 (19.2)	0.64
PCR mg/L (DE)	16.5 (24.3)	13.8 (8.7)	0.86
CDAI (DE)	14.2 (11.6)	12.9 (9.44)	0.73
HAQ [Q1,Q3]	1 (0.375,2)	0.75 (0.125,1.75)	0.41
HTA (%)	8 (25.8%)	2 (29.9%)	0.85
DM II (%)	4 (13.3%)	12 (15.6%)	1
Tabaquismo	9(29%)	29 (37.7%)	0.53
ACV (%)	0	2 (2.6%)	1
AIT (%)	0	1 (1.3%)	1
IAM (%)	0	2 (2.6%)	1
Arteriopatía periférica (%)	1(3.23%)	3 (3.9%)	1
Hipotiroidismo (%)	5 (16.1%)	12 (15.8)	1
Dislipemia (%)	16(51.6%)	43 (55.8%)	0.85
ICC (%)	1 (3.23%)	1 (1.3%)	0.49
ASAS-NSAID (DE)	32.9 (40.1)	19 (34.5)	0.037

CONCLUSIONES: El grupo control mostró menor función renal que los pacientes con AR, lo que podría relacionarse con la mayor edad y valor de creatinina al momento de la inclusión de este último grupo, sin embargo, se destaca la presencia de microhematuria solo en los pacientes con AR. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a variables relacionadas con la enfermedad, así como respecto a comorbilidades asociadas entre los pacientes del grupo AR con y sin enfermedad renal, sin embargo, presentaron mayor consumo de AINES en el último. Remarcamos la importancia de tener en cuenta la seguridad a la hora de indicar dichos tratamientos con el fin de no agregar mayor daño a una patología que por sí sola impacta en múltiples esferas.

1851

INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

María Victoria CHIARVETTO PERALTA, Marina Scolnik, Álvaro Andrés Reyes Torres, Enrique Roberto Soriano, Javier Eduardo Rosa

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Las drogas modificadoras de la artritis reumatoidea (DMAR) (convencionales, agentes biológicos y pequeñas moléculas) pueden generar eventos adversos (EA) relacionados con su mecanismo de acción. Un EA relevante es la infección por herpes zóster (HZ), la cual se incrementa de 2 a 3 veces en pacientes con artritis reumatoidea (AR), comparados con la población general, particularmente en aquellos tratados con inhibidores de Jak-quinasas (JAK-i). Estudios observacionales también demostraron un aumento en el riesgo de eventos tromboembólicos (ETs) en pacientes con AR, comparados con controles sanos.
OBJETIVOS: Establecer la densidad de incidencia de HZ y ETs en una cohorte de pacientes con AR en un Hospital Universitario en Buenos Aires.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010), diagnosticados después del año 2000 hasta 2020, y afiliados a un sistema prepago de salud. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes y actividad de la enfermedad, comorbilidades, anticuerpos específicos y DMAR recibidos. Se siguió a cada paciente hasta el 31/12/2020, desafiliación, muerte o pérdida de seguimiento. Se calculó la densidad de incidencia por 100 pacientes años de episodios de HZ en la cohorte global y ETs globales (venosos y arteriales).
RESULTADOS: Se incluyeron 349 pacientes, 280 de sexo femenino (80.2%), con una media de edad al diagnóstico de AR de 62.3 años (DE 14.0), una mediana de seguimiento de 5.3 años (RIC:2.6 -8.5), y aportaron un total de 2126.5 paciente-años en el seguimiento (IC95%: 1967.4-2285.3). Presentaron doble seropositividad el 52.4% de los pacientes, y la media de DAS28-VSG al momento del diagnóstico fue de 4.9 (DE 0.9). El 75.8% recibieron corticoides sistémicos en algún momento de la evolución de la enfermedad, 94.3% metotrexato,14.9% biológicos, y 7.7% Jak-i. Hubo un total de 23 infecciones por HZ (RIC: 20.9-25.1), representando una densidad de incidencia global de 1.1 (IC95%: 0.9-1.2). Se calculó la densidad de incidencia de cada evento por cada tratamiento recibido, según los años de pacientes aportados para cada tratamiento (Tabla). Se presentó una densidad de incidencia de HZ en pacientes con Jak-i en monoterapia de 14.5 (IC95%: -5.8, 34.8) y en comparación fue de 2.7 (IC95%: -2.4-7.9) en Jak-i

en combinación, cada 100 pacientes años. Se presentaron un total de 57 ETs (RIC: 37.3-76.7), con incidencia global de 2.7 (IC 95% 1.8- 3.6). Hubo 41 eventos arteriales: 16 infartos agudos de miocardio, 16 accidentes cerebrovasculares, 2 anginas de pecho, 3 insuficiencias cardíacas, 2 aneurismas de aorta y 2 enfermedades vasculares periféricas; y 16 eventos venosos: 8 trombosis venosas profundas (TVP), 2 tromboembolismos pulmonares (TEP), 4 TVP-TEP, y 2 otros eventos. Hubo 4 pacientes que al momento del evento estaban sin ningún tratamiento específico para su AR. Se reportó una densidad de incidencia de TEs de 2.8 (IC95%: 1.8-3.9) en DMAR convencionales, y 2.1 (IC 95%: -1.85, 5.9) en tratamiento biológico combinado, cada 100 pacientes años respectivamente. No se observó ningún evento TEs en el los pacientes con tratamiento con biológico combinado, Jak-i global, combinado o monoterapia.

Tabla 1: Incidencia de eventos tromboembólicos e infección herpes zóster por tratamientos recibidos cada 100 pacientes años (pacientes).

Tratamientos		**Incidencia de eventos tromboembólicos**		**Incidencia de infección de herpes zóster**	
		Densidad incidencia global 2.7 c/100 pacientes (IC95%: 1.8-3.6)		Densidad incidencia global 1.1 c/100 pacientes (IC95%: 0.9-1.2)	
	Años aportados a cada tratamiento (IC95%)	Nº de eventos (IC95%)	Densidad de incidencia c/100 pacientes	Nº de eventos (IC95%)	Densidad de incidencia c/100 pacientes
DMAR convencional	1823.2 (1637.2, 1973.3)	52 (33.4, 70.5)	2.8 (1.8, 3.9)	12 (9.8, 14.2)	0.7 (0.5, 0.8)
Biológico global	196.5 (129.3, 263.8)	1 (-0.9, 2.9)	0.5 (-0.4, 1.5)	4 (0.1, 7.9)	2.0 (0.1, 4.0)
Biológico, monoterapia	48.6 (16.5, 80.7)	1 (-0.9, 2.9)	2.1 (-1.85, 5.9)	1 (-0.9, 2.9)	2.1 (-1.85, -5.9)
Biológico, combinado	147.8 (89.3, 206.6)	0	0	3 (-0.4, 6.4)	0.3 (-0.3, 4.3)
Jak-i, global	50.6 (25.5, 75.6)	0	0	3 (-0.4, 6.4)	5.9 (-0.8, 12.6)
Jak-i, monoterapia	13.8 (1.9, 25.6)	0	0	2 (-0.8, 4.8)	14.5 (-5.8, 34.8)
Jak-i combinados	36.8 15.5, 58.1)	0	0	1 (-0.99, 2.9)	2.7 (-2.4, 7.9)

CONCLUSIONES: Se observó mayor densidad de incidencia de HZ en pacientes que recibieron tratamiento con Jak-i, de manera global y en monoterapia. Se observó mayor número de eventos TEs en pacientes que recibieron tratamiento con DMAR convencionales.

1852

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

Shirley CABALLERO CELIN, Gonzalo Pacheco, Yung C. Ju, Sabrina Porta, P Rojas Mejía, L LUERA, Susana Visentini

HOSPITAL DURAND

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno de salud mental con prevalencia mundial estimada en un 5% de la población y, en la mayor parte de los casos, su sintomatología está subdiagnosticada o infravalorada. En pacientes con enfermedades reumatológicas, si hacemos una anamnesis dirigida hacia la patología mencionada, podremos encontrar frecuentemente la presencia de algún grado de depresión. Las afecciones reumáticas, en su mayoría crónicas y en algunos casos invalidantes, conllevan una mayor prevalencia de depresión, justificando así su investigación. Esto, además, podría beneficiar de forma secundaria en: adherencia a controles, tratamiento, disminución de recaídas de sus padecimientos primarios, entre otros, si se estableciera un adecuado diagnóstico y tratamiento.
OBJETIVOS: Establecer la prevalencia de depresión en la población de nuestra Unidad de Reumatología, incluyendo diferentes patologías reumáticas en su atención.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal y descriptivo por medio de entrevistas a pacientes mayores de 18 años, que asisten a consulta externa de control con diferentes patologías reumatológicas: artritis reumatoidea 32%, fibromialgia 8%, esclerosis sistémica 4%, lupus eritematoso 6%, osteoartritis 36%, artritis psoriásica 6%, síndrome de Sjögren 6%, cirrosis biliar primaria 2%, a quienes se aplicó un cuestionario de salud mental PHQ 9 en nuestra Unidad. La versión argentina del cuestionario PHQ-9 ha mostrado una validez y confiabilidad aceptables tanto para el tamizaje, como para la evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos.
RESULTADOS: Se reclutaron 150 pacientes con una edad media de 54.7 años, de los cuales 132 eran mujeres (88%). Para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, un PHQ-9 ≥10 fue el punto de corte óptimo encontrado (sensibilidad 88,2%, especificidad 86,6%, VPP 90,91%). Puntos de corte de 5 a 9 fueron establecidos para casos leves,10 a 14 para moderados, 15 a 19 moderados/graves, y mayor a 20 considerados síntomas depresivos graves. En este grupo de pacientes, a quienes logramos aplicar dicho cuestionario, se encontró una prevalencia del 30% que presentaba algún grado de depresión. De estos, 18% tenían síntomas de depresión moderada/severa y 6% síntomas de depresión grave. Estos últimos fueron derivados inmediatamente al Servicio de Psicopatología de nuestra institución para realizar oportuno diagnóstico y tratamiento. Los pacientes con algún grado de depresión no grave fueron derivados de forma ambulatoria para realizar un seguimiento y tratamiento adecuado.

Tabla: Distribución por enfermedad de base y grado de depresión.

Moderada	**Moderada/grave**	**Grave**
Osteoartrosis	3	0
Artritis reumatoidea	6	3
Lupus	0	3
Esclerosis sistémica	0	3
Síndrome de Sjögren	0	6
Artritis psoriásica	0	3
Fibromialgia	6	0
Cirrosis biliar primaria	3	0

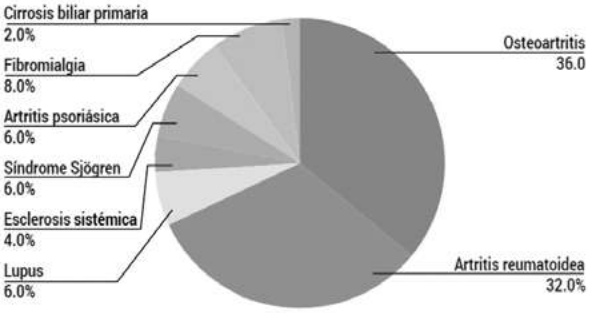


Figura 1: Distribución de pacientes por enfermedad de base.

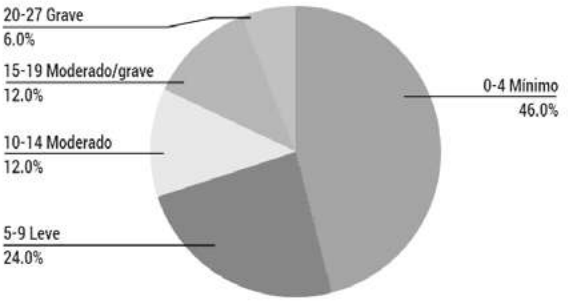


Figura 2: Distribución por grado de depresión.

CONCLUSIONES: Hoy en día es bien reconocida la presencia de síntomas depresivos asociados a enfermedades reumatológicas. Es común la explicación de dichos cuadros clínicos por la noticia de padecer una enfermedad crónica, el uso de corticoides e inmunosupresores con los efectos secundarios que acarrean, la falta de apoyo familiar y nivel socioeconómico bajo, entre otros. Sin embargo, en nuestro grupo de pacientes encontramos también asociación de la sintomatología con la existencia de actividad en la enfermedad de base. Los pacientes con artritis reumatoidea, por ejemplo, mostraron una alta actividad medida por score DAS28 mayor a 7 y HAQ de 2.6. Esto interesantemente contrastaba con pacientes de fibromialgia (puntos dolorosos más de 12), cuyos puntajes fueron menor a 10 en la aplicación del cuestionario. Así, hoy en día es trascendente considerar mecanismos inflamatorios e inmunológicos (IL 6), como parte de la contribución a síntomas depresivos. Deseamos así continuar dicha investigación en forma más profunda, haciendo hincapié en las distintas manifestaciones de actividad asociadas para contribuir a un manejo multidisciplinario más adecuado.

1856

DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES ANTI-RO POSITIVOS EN NUESTRO HOSPITAL

Nicolás DUS ORIETA, Gabriela Calderón Mostajo, Abel Gastón Reitich, Giuliano Ibáñez, María José Otero, Julio César Urrutia, Verónica Cecilia Wernicke, María Nieves Lojo, Silvia Goñi

HIGA RODOLFO ROSSI

INTRODUCCIÓN: Los anticuerpos (Ac) anti-Ro se encuentran entre los Ac más comúnmente hallados en la práctica clínica. Ro52 y Ro60 son proteínas distintas, estructural y funcionalmente, vinculadas a la patogenia de algunas enfermedades autoinmunes (EA) como síndrome de Sjögren primario (SSp), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) y miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). Existen descripciones de manifestaciones clínicas específicas asociadas a la positividad de anti-Ro52, anti-Ro60 aislados o a su doble positividad.
OBJETIVOS: Determinar la distribución de la positividad anti-Ro52 y/o anti-Ro60 en pacientes de nuestro hospital y su relación al diagnóstico y las manifestaciones clínicas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal, que evaluó muestras de pacientes testeados para FAN Y ENA en el laboratorio de nuestro nosocomio, desde el 11 mayo de 2021 hasta el 30 junio de 2022. Se estudiaron pacientes (pac) mayores de 18 años, FAN positivos, ENA positivos (ENA+), anti-Ro52 y/o anti-Ro60 positivos. Se excluyó a los que no tenían seguimiento en nuestro Servicio de Reumatología. Los pac fueron clasificados mediante los criterios ACR/EULAR LES 2019, SSp 2016, ES 2013 y AR 2010. Para detección de FAN se realizó IFI sobre células HEp-2 Bio Rad Kallestad con punto de corte 1/80 y fueron analizadas mediante inmunoensayo lineal LIA ANA-9-Line blot Orgentec para determinar reactividad anti-ENA. Se recabó información de historias clínicas para obtener datos demográficos, clínicos y de estudios complementarios. Se dividió a los pac en 3 grupos según el inmunofenotipo: anti-RO60+/RO52-; anti-RO60-/RO52+; anti-RO52+/RO60+.
RESULTADOS: Se evaluó un total de 787 muestras a las que se le realizó FAN, de las cuales 120 (15.25%) fueron positivas; de estas, 16 (13.33%) fueron anti-Ro positivos (anti-Ro+). Se excluyeron 2 pac por falta de seguimiento y de datos. De las 667 muestras FAN negativas, 6 (0.90%) eran anti-Ro+. De los 20 pac anti-Ro+, 16 (80%) eran femeninos, x de edad fue 51 años (a) (32-72 a). La distribución por enfermedad fue LES 7 pac, SSp 6 pac, ES 2 pac, artritis reumatoidea (AR) 1 pac, púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 1 pac, hepatitis autoinmune (HAI) 1 pac y dos pacientes no pudieron ser clasificados. No se obtuvieron pac con MII. El título de FAN observado entre los pac anti-Ro+ osciló entre 1/80

Tabla: Manifestaciones clínicas y de laboratorio.

Manifestaciones clínicas	Anti-RO60+/ RO52- (n=4)	Anti-RO60+/ RO52- (n=6)	Anti-RO60+/ RO52- (n=10)
Anemia	50% (2)	33.33% (2)	60% (6)
Trombocitopenia	25% (1)	0%	10% (1)
Leucopenia	0%	0%	10% (1)
Articular	50% (2)	83.3% (5)	90% (9)
Piel	50% 82)	50% (3)	50% (5)
Compromiso renal	25% (1)	0%	10% (1)
Hipocomplementemia	50% (2)	16.66% (1)	60% (6)
Neuro lupus	25% (1)	0%	0%
Síntomas sicca	50% (2)	33.33% (2)	60% (6)
Raynaud	25% (1)	33.33 (2)	50% (5)
Tumefacción parotídea	0%	0%	10% (1)
Reflujo gastroesofágico	0%	33.33% (2)	0%
Tos	0%	0%	20% (2)
Rales	0%	16.66% (1)	20% (2)
Disnea	25% (1)	16.66% (1)	20% (2)
TC tórax/EPI por TC	25% (1)/ 0%	16.66% (1)/ 16.66% (1)	50% (5)/ 30% (3)
Debilidad muscular	0%	0%	10% (1)
CPK	0%	0%	10% (1)
TGO/TGP	25% (1)	50% (3)	30% (3)
ASMA	0%	16.6% (1)	0%
AMA	0%	0%	10% (1)

y 1/5160, siendo la moda: 1/1280, hallados en 5 pac; los patrones de FAN más asociados fueron moteado grueso en 6 pac y moteado fino 5 pac. De un total de 26 muestras ENA+. De estos, 17 (65.38%) presentaron algún Ac anti-Ro+. ANTI-RO60+/RO52- (n=4) con diagnóstico de LES, SSp, PTI e inclasificable. n=3 femenino. Rango etario 32-56 a. En 3 pac anti-Ro coexistió con otro ENA: 2 anti-RNP, 2 anti-Sm, 1 anti-La, 1 anti-histona. ANTI-RO60-/RO52+ (n=6) se diagnosticaron n=2 LES y ES, n=1 HAI y n=1 inclasificable. El rango etario fue 48-71 a, n=4 femenino. Un solo caso se asoció a CENP-B, siendo el único ENA encontrado. ANTI-RO52+/RO60+ (n=10), 5 eran SSp, 4 LES y 1 AR. El rango etario fue 35-72 a, de las cuales 9 eran mujeres. En 6 pac se asoció con otros ENA: 4 anti-La, 3 anti-RNP y 3 anti-Sm.
CONCLUSIONES: De acuerdo con la literatura, anti-Ro es el ENA específico más detectado. Aquí se presentó en 65.38% de 27 ENA+. De la misma manera, la doble positividad de anti-Ro es el patrón más hallado, seguido de anti-Ro52+ y por último anti-Ro60+. En nuestra cohorte, los pac con LES y SSp fueron más frecuentemente anti-Ro52+/Ro60+; los pac con ES y HAI fueron más habitualmente anti-Ro60-/Ro52+, en similitud con los descripto por Menéndez y col. Dado el bajo número de pac incluidos no hallamos manifestaciones clínicas especificas en los diferentes grupos ni se establecieron medidas de asociación entre ellas. Como se ha valorado en estudios previos, se sugiere evaluar otras EA relacionadas con anti-Ro52, como laHAI y la colangitis biliar primaria, ante la elevación de TGO/TGP.

1858

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CATSELAR DE LA SAR

María Soledad Gálvez Elkin[1], Gabriela Salvatierra[1], S Agüero[1], Ana Ledesma[1], C Pereyra[1], María Jezabel Haye Salinas[1], Javier Flores[1], S Toloza[1], María Danielsen[1], C Auad[1], S De La Vega[1], María Granillo Valdéz[1], R Martínez[1], María Quaglia[1], **Emilce SCHNEEBERGER**[2]

[1]CATSELAR, [2]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial CATSELAR de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no-intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CATSELAR (Sociedad de Reumatología de las provincias Catamarca, Santiago del Estero, y La Rioja) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes fue de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base *online* y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 14/17 (82.35%) reumatólogos de la filial CATSELAR aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.209.698 habitantes (Santiago del Estero 647.424 hab, Catamarca 286.154 hab y La Rioja 276.120 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 48 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0,0039%. Estos pacientes tienen una edad promedio 47,5 años (±13.8), 26 (54.2%) varones y 38 (79.2%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 8,5 años (RIC 3-16.5) y la demora mediana al diagnóstico de 1,5 años (RIC 1-5.7). 29 pacientes (60.4%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 26 (54.2%), juvenil 2 (4.2%), asociada a APs 18 (37.5%), asociada a EII 0, ARe 2 (4.2%). El 27,1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (12,5%), psoriasis (37,5%) y EII (2,1%). El HLA-B27 fue realizado en 79,2% de los pacientes y 31/38 (81,6%) fueron positivos. A 45 (93,8%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 47 (97,9%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1859

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SUR DE LA SAR

K Kirmayr[1], Gretel Rausch[1], Roberto Báez[1], M ADrover[1], P Castillo[1], Carla Matellan[1], Juan Quintero[1], M Gallardo[1], F Abadie[1], M Méndez[1], A Vara[1], G DE Olloqui[1], G Caballero[1], F Paniego[1], Raúl Paniego[1], Alberto Decaro[1], Pierina Sansinanea[1], M Díaz[1], Fernando Eraña[1], Adriana López Cabanillas[1], J Jacobo[1], S Sahores[1], M Sebastiano[1], E Pavia[1], M Rodríguez[1], N Colombero[1], R García[1], B Barrios[1], **Emilce SCHNEEBERGER**[2]

[1] FILIAL SUR, [2] SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SUR de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte trasversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SUR (Sociedad de Reumatología del Sur) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-), rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 28/34 (82.35%) reumatólogos de la filial SUR aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.045.037 habitantes (Río Negro 525675 hab, Neuquén 457.577 hab, Chubut 432.918 hab, La Pampa 255.308 hab, Santa Cruz 250.159 hab y Tierra del Fuego 123.400 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 135 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.006%. Estos pacientes tienen una edad promedio 50.2 años (±13.3), 79 (58.5%) varones y 70 (51.9%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-17) y la demora mediana al diagnóstico de 1 año (RIC 0-5). 74 pacientes (54.8%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 74 (54.8%), juvenil 5 (3.7%), asociada a APs 48 (35.6%), asociada a EII 5 (3.7%) y ARe 3 (2.2%). El 12.6% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (16.3%), psoriasis (34.8%) y EII (3.7%). El HLA-B27 fue realizado en 79,3% de los pacientes y 71/107 (66.4%) fueron positivos. A 130 (96.3%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 101 (74.8%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1863

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SALTEÑO-JUJEÑA DE LA SAR

Emilio Buschiazzo[1], Ivana Rojas Tessel[1], R Juárez[1], María Crespo Espíndola[1], L Lascano[1], Gervilla[1], L Ibáñez Zurlo[1], Cinthya Retamozo[1], C Santos[1], S Valdez[1], Natalia Estrella[1], Daniel Bottone[1], Julieta Picchi[1], I Carrillo[1], Mariana Aciar[1], M Alonso López[1], C Lizondo[1], Alejandra Ábalo[1], M Lencina[1], J Sánchez[1], Eugenia Picco[1], Natalia Cucchiaro[1], L Fernández[1], V Sandoval[1], M Ruiz[1], Belén Lecumberri[1], J Flores Balverdi[1], **Emilce SCHNEEBERGER**[2]

[1]FILIAL SALTEÑO-JUJEÑA, [2]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SALTEÑO-JUJEÑA de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SSRJ (Sociedad de Reumatología de la Provincias de Salta y Jujuy) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 27/28 (96.4%) reumatólogos de la filial SALTO-JUJEÑA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.448.450 habitantes (Salta 927.869 hab y Jujuy 520.581 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 62 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.004%. Estos pacientes tienen una edad promedio 47.5 años (±13.7), 42 (67,7%) varones y 33 (53.2%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 12 años (RIC 6-17.5) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-10). 44 pacientes (71%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 41 (66.1%), juvenil 4 (6.5%), asociada a APs 10 (16.1%), asociada a EII 3 (4.8%), ARe 4 (6.5%). El 6.5% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (12.9%), psoriasis (16.1%) y EII (4.8%). El HLA-B27 fue realizado en 66,1% de los pacientes y 30/41 (73.2%) fueron positivos. A 58 (93.5%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 42 (67.7%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1864

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CUYO DE LA SAR

Leandro Carlevaris[1], Agustín García Ciccarelli[1], Laura Galvan[1], Emma Civit[1], Marcos Borgia[1], Facundo Vergara[1], Ingrid Petkovic[1], Cecilia Castel Del Cid[1], Belén Videla García[1], M Lara[1], Silvana Nasi[1], Fernanda Guzzanti[1], Carlos Wiederhold[1], A Munarraiz[1], Héctor Tamashiro[1], A Conforti[1], Julia Romero[1], María Corica Albani[1], Claudio Fecchio[1], M Sánchez Alcover[1], M Aliaga[1], I Miranda[1], María Victoria Borgia[1], M Araujo[1], Ana Curti[1], F Carignani[1], Rodrigo Blas[1], Anabel Ledda[1], Alfredo Borgia[1], E Musri[1], S Veiga[1], I Cuello[1], Valeria Segura[1], R Roselli[1], J Moreno[1], Rodolfo Pardo Hidalgo[1], C Videla[1], M Páez[1], M Benavente[1], **Emilce SCHNEEBERGER**[2]

[1]FILIAL CUYO, [2]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0,1% a 1,4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial CUYO de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CUYO (Sociedad de Reumatología de las provincias Mendoza, San Juan y San Luis) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 39/42 (92.8%) reumatólogos de la filial CUYO aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.266.889 habitantes (Mendoza 1.379.000 hab, San Juan 530.947 hab y San Luis 356.942 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 226 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0,009%. Estos pacientes tienen una edad promedio 50.3 años (±13.2), 118 (52.2%) varones y etnia: 116 (51.2%) mestizos y 104 (46%) caucásicos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 12 años (RIC 5-20) y la demora mediana al diagnóstico de 4 años (RIC 1-11.25). 120 pacientes (53.1%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 133 (58.8%), juvenil 14 (6.2%), asociada a APs 67 (29.6%), asociada a EII 7 (3.1%), ARe 5 (2.2%). El 19.9% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (14.6%), psoriasis (28.8%) y EII (4.4%). El HLA-B27 fue realizado en 73% de los pacientes y 95/165 (57.6%) fueron positivos. A 198 (87.6%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 191 (84.5%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1866

ESTUDIO PILOTO DE BIODISPONIBILIDAD COMPARATIVA DE TOFACITINIB EN VOLUNTARIOS SANOS

Sabrina Tedesco[1], Carlos Bertoncini[2], Alejandro Schamun[1], Rolando Kurz[1], Alicia Rodríguez[2], Gabriel Hunzicker[2], Mario Domínguez[2]

[1]LABORATORIOS BAGÓ, [2]CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOFARMACÉUTICA DOMÍNGUEZ-LAB

INTRODUCCIÓN: Tofacitinib es un inhibidor oral potente y selectivo de la familia de las Janus quinasas (JAK). Actualmente en el mercado argentino se encuentran disponibles varias alternativas de tofacitinib, entre ellos XELJANZ, el medicamento innovador, y TOLVAR, de fabricación local. Los estudios de biodisponibilidad comparativa entre dos medicamentos son el estándar científico internacional para garantizar su intercambiabilidad.
OBJETIVOS: Estudiar la biodisponibilidad comparativa entre dos formulaciones que contienen tofacitinib 5 mg.
MATERIALES Y MÉTODOS: El diseño del estudio fue abierto, aleatorizado, cruzado, con dos períodos y dos secuencias, a dosis única de 5 mg de tofacitinib, dispensados en 1 comprimido recubierto del Producto Test, TOLVAR, o en 1 comprimido recubierto del producto de referencia XELJANZ, administrado a voluntarios sanos, en condiciones de ayuno, y con un período de lavado entre cada administración de por lo menos 7 días.
Se reclutaron 13 voluntarios sanos de sexo masculino que cumplieron con todos los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión. El estudio inició con 8 voluntarios, los cuales completaron ambos períodos de tratamiento, sin registrarse abandonos o exclusiones en el estudio. No se registraron eventos adversos en los voluntarios luego de la administración de XELJANZ o TOLVAR. La biodisponibilidad comparada se evaluó considerando la transformación logarítmica de los parámetros farmacocinéticos AUC0-t, AUC0-, y Cmáx para ambas formulaciones. Se establecieron los límites de bioequivalencia de (0.80-1.25). Aplicando la prueba de Schuirmann, se analizaron los cocientes de las medias de los parámetros transformados en logaritmos y se determinó el intervalo de confianza. Se aceptaron aquellos parámetros estadísticos que no

Tabla 1: Parámetros farmacocinéticos promedio de TOLVAR y XELJANZ en voluntarios sanos.

TOFACITINIB	TOLVAR	XELJANZ
^{C}**máx** (ng/ml)	82.66	82.45
^{T}**máx** (h)	0.58	0.75
K_e	0.303	0.309
$T_{1/2}$(h)	2.28	2.24
AUC $_{0-T}$ (ng.H/ml)	167.13	156.87
AUC$_{0-\infty}$ (NG.H/ml)	172.94	161.89

excedieron el nivel de significancia del 5% y entre aquellos con el menor riesgo de rechazar erróneamente la equivalencia entre formulaciones.
RESULTADOS: Resultados promedio de los parámetros PK (SD) para los Productos Test (E) y Referencia (R) administrados en condiciones de ayuno, con los datos sin transformación logarítmica se muestran en la Tabla 1. La relación E/R (estima puntual) e intervalo de confianza del 90 % (IC90%) para cada uno de los parámetros PK obtenidos del análisis con los datos transformados logarítmicamente (ln) y el coeficiente de variación intraindividual (CVintra) para cada parámetro se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Evaluación de bioequivalencia para los parámetros farmacocinéticos de TOLVAR respecto de XELJAN.

Parámetro	Relación T/R	IC90%	CV intra (%)
C máx	100.3	93.0-108.1	8
AUC $_{0-T}$	106.5	96.3 -117.9	10
AUC $_{0-\infty}$	106.8	96.3 -118.5	11

CONCLUSIONES: El estudio indica una muy alta similaridad para ambos productos en cuanto a los perfiles farmacocinéticos. El mecanismo de liberación de activo y absorción es similar en ambos productos, tal como se evidencia con el tiempo en que los productos alcanzan la concentración máxima plasmática (Tmax) y la fase de eliminación. El análisis comparativo de los parámetros farmacocinéticos indica que la concentración máxima (Cmáx) que alcanza el producto de prueba es idéntica a la que alcanza el producto de referencia. El análisis de bioequivalencia demuestra que el intervalo de confianza (IC90%) de los tres parámetros farmacocinéticos de TOLVAR, requeridos para comprobar bioequivalencia, Cmáx, AUCinf y AUC0-t, ingresan dentro del rango de bioequivalencia de 80 a 125% de XELJANZ. Estos resultados brindan información científica clave ya que avala la eficacia y seguridad del intercambio de XELJANZ por la alternativa nacional TOLVAR en el tratamiento de pacientes.

1870

SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL *SCORE* SLE-DAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LES DE ARGENTINA

Mariana PERA[1], Ana Lucía Barbaglia Navarro[1], Héctor Raúl Sueldo[1], Paula María Corbalán[1], Luciana González Lucero[1], María Constanza Bertolaccini[1], Gabriela Vanesa Espasa[1], María Lilia Leguizamón[1], Liliana María Galindo[1], Natalia María Sánchez[1], Joan Manuel Dapeña[2], María Alejandra Medina[2], Silvia Beatriz Papasidero[2], Diana Carolina Fernández Ávila[3], Marina Scolnik[3], Jonatan Marcos Mareco[4], Juan Sebastián Magri[4], Sofía Ornella[5], Máximo Cosentino[5], Julia Scafati[5], Lucila García Var[5], Micaela Ana Cosatti[6], Cecilia Pisoni[6], Verónica Inés Bellomio[1]

[1]HOSPITAL ÁNGEL C PADILLA, [2]HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, [3]HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES, [4]HOSPITAL ITALIANO LA PLATA, [5]HIGA SAN MARTÍN LA PLATA, [6]CEMIC

INTRODUCCIÓN: Diogo Jesus et al. (2018) desarrollaron SLE-DAS (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score*), un *score* de 17 ítems (4 de ellos continuos), que evalúa actividad del LES en los 28 días previos e incluye características clínicas no consideradas por SLEDAI 2K. Demostró mayor precisión que SLEDAI 2K en la medición de la actividad de la enfermedad, mayor sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos y mejor rendimiento en la predicción de daño acumulado. Este *score* fue validado en 2021 en pacientes de Argentina, estableciendo nuevos puntos de corte para las categorías de actividad con mejor sensibilidad y especificidad.
OBJETIVOS: Evaluar la sensibilidad al cambio del *score* SLE-DAS en pacientes con LES de Argentina.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio longitudinal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 97, SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019) con dos evaluaciones separadas por al menos 6 meses. Se evaluaron EVA global del médico (EVAgm), las variables contenidas en los *scores* SLEDAI 2K y SLE-DAS y los cambios en el tratamiento (aumento o disminución de la dosis de prednisona y modificación de inmunosupresores). Las categorías de actividad de la enfermedad definidas fueron: para SLE-DAS, remisión ≤2.08; actividad leve >2.08 a 7.10, actividad moderada y severa > 7.10; para SLEDAI 2K, remisión 0, actividad leve 1 a 5, moderada 6 a 10, alta 11 a 19, muy alta >20 puntos. Para evaluar sensibilidad al cambio se definió la variable cambio (Δ) de SLEDAI 2k, SLE DAS y EVA gm como la diferencia entre la medición basal y la final. Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva y coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los cambios de puntaje de los *scores*.
RESULTADOS: Se incluyeron 255 pacientes, 90% mujeres, 43% mestizos, edad media 39.4±13.4 años, duración media de la enfermedad 9.6±7.4 años, EVAgm 2.9±2.8 cm, SLEDAI 2k med 4 (0-51) y SLE-DAS med 3.13 (0.37-41). En la evaluación basal, el 23.5% y 23.9% de los pacientes estaba en Remisión por SLEDAI 2k y SLE-DAS respectivamente. La visita de seguimiento para evaluar sensibilidad al cambio se completó en 144 pacientes. El 45.8% de los pacientes tuvo cambios en el tratamiento respecto a la visita basal; 34.7% modificó la dosis de prednisona y el 18.1% agregó o cambió dosis de Inmunosupresores. SLE-DAS correlacionó en forma positiva con EVAgm (r 0.69, p<0.0001) y ΔSLEDAI 2K (r 0.79, p<0.0001). La correlación se mantuvo al discriminar pacientes según modificación o no de tratamiento en general y según cambios en la dosis de prednisona e inmunosupresores (r >0.6).
CONCLUSIONES: SLE-DAS demostró ser un *score* útil para discriminar cambios en la actividad del LES en esta población de pacientes de Argentina.

1871

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARNEA DE LA SAR

Edson Velozo, Zaida Bedran, Úrsula Paris, M Calvo, Pablo Finucci Curi, Adriana Seewald, Ana Chemez, Ariana Ringer, C Quiroz, Claudia Fabiana Sa, Catalina Gómez, Nora Aste, Josefina Gallino Yanzi, Marcela Schmid, Marianela Mauri, Maximiliano Bravo, Érika Catay, V Tamaño, José Azula, Maie Mayer, D Spessot, María E. Sattler, César Graf, M Argento, J Got, María E. Bedoya, Heber Figueredo, Emilio Benavente, Gabriela A. Bortolotto, Lorens Narváez Ponce, R Fernández Sosa, F Cargniel, Vanina Góngora, **Emilce SCHNEEBERGER**

ARNEA

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARNEA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial ARNEA (Asociación de Reumatología del Noreste Argentino) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectiva-

mente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del LA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

RESULTADOS: Un total de 33/40 (82.5%) reumatólogos de la filial ARNEA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de habitantes 3.730.195 (Entre Ríos 969.295 hab, Misiones 817.992 hab, Chaco 794.329 hab, Corrientes 753.567 hab y Formosa 395.012 hab). Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 127 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia en la región de 0.003%. Estos pacientes tenían una edad promedio 44.2 años (±14), 99 (78%) varones y 101 (79.5%) mestizos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 9 años (RIC 6-16) y la demora mediana al diagnóstico de 3 años (RIC 1-6). 77 pacientes (70.6%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 83 (65.4%), juvenil 9 (7.1%), asociada a APs 27 (21.3%), asociada a EII 3 (2.4%), ARe 5 (3.9%). El 12.6% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (15.7%), psoriasis (21.3%) y EII (3.9%). El HLA-B27 fue realizado en 83,5% de los pacientes y 82/106 (77.4%) fueron positivos. A 118 (92.9%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 97 (76.4%) RM.

CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1875

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL CÓRDOBA DE LA SAR

Hernán Maldonado Ficco, Verónica Savio, Carla Gobbi, Paula Alba, Eduardo Mussano, Agostina Casabona, María J. Dondio, Raúl Marchegiani, Ernesto Toledo, Juan Albiero, Matías Palombo, Cintia Otady, Pablo Astesana, Rodrigo Ferreyra Dillón, Claudio M. Gottero, Natalia Vassarotto, Ida Exeni, G Villarreal, Carla Alonso, Carlos Funes Soaje, Alejandra Babini, E Cavillón, N Meras, N Morales de Ravelli, M Alessio, M Castaños Menescardi, J Pirola, María Severina, A Toledo, M Audisio, R Jurado, Laura Onetti, Isaac Cadile, M Córdoba, G Grosso, L Muñoz, L Sánchez Freytes, A Bértoli, M López Pérez, J Sironi, Carla Maldini, M Montiel Bertone, I Strusberg, E Bortoni, C Lastra, L Morales, E Albiero, L Picco, C Richarte Aguiar, A García Oro, R Pizzolato, L Degioanni, Verónica Saurit, C Álvarez, E Novatti, M Baravalle, D Baenas, A Alvarellos, F Caeiro, M Colazo, Z Betelu, M Hancevic, A Maldonado, L Maurelli Torres, M Morales, M Miretti, G Py, M Stancich, Gisela Subils, M Taboada Bonfanti, M Roque, Yohana Tissera, M Gauna, C Roque, P Santaella, M Solla, María V. Gazzoni, F Guiñazu, A Ruffin, **Emilce SCHNEEBERGER**[1]

FILIAL CÓRDOBA, [1]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.

OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que rerpesenta la filial CÓRDOBA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial CÓRDOBA (Asociación de Reumatología de la Provincia de Córdoba) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.

RESULTADOS: Un total de 80/85 (94.1%) reumatólogos de la filial CÓRDOBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.684.128 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 211 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.0078%. Los pacientes tienen una edad promedio 46 años (±13.6), 152 (72%) son de sexo masculino y 126 (59.7%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 6-17) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-5). 137 pacientes (64.9%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 150 (71.1%), juvenil 12 (5.7%), asociada a APs 37 (17.5%), asociada a EII 6 (2.8%), ARe 6 (2.8%). El 21.8% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (17.1%), psoriasis (19.4%) y EII (3.8%). El HLA-B27 fue realizado en 82.5% de los pacientes y 127/174 (72.9%) fueron positivos. A 189 (89.6%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 164 (77.7%) RM.

CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1877

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL TUCUMÁN DE LA SAR

R Pérez Alamina, Paula María Corbalán, Verónica Bellomio, Maximiliano Augusto Machado Escobar, Norma Robles de Garrone, Luciana González Lucero, Oscar Pera, María C. Goizueta, M Yacuzzi, A Preyra, G Bennasar, A Cristófari, M León, Yessika J. Soria Curi, Horacio Berman, W Spindler, A Berman, Alberto Spindler, A Alba Huillín, Ana L. Barbaglia, A Olea, A Torres, S Mazza, Raúl Sueldo, F Colombres, G Seleme, P Maldonado, Sebastián Fernández Nacul, P Marcaida, María C. Bertolaccini, E Dip, Mariana Espíndola Echazu, L Garay, M Guardia, Francisco Hüttmann, L Juárez, M Leal, A Quinteros, O Romano, D Vásquez, G Carrizo, M Leguizamón, **Emilce SCHNEEBERGER**[1]

FILIAL TUCUMÁN, [1]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial TUCUMÁN de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no-intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial TUCUMÁN (Sociedad de Reumatología de la Provincia de Tucumán) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: socio-demográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 42/44 (95.45%) reumatólogos de la filial TUCUMÁN aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 1.149.919 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 127 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 49.3 años (±13.4), 76 (59,8%) son de sexo masculino y 72 (56.7%) mestizos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 11 años (RIC 6-16) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 0-7). 90 pacientes (70.9%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 64 (50.4%), juvenil 4 (3.1%), asociada a APs 50 (39.4%), asociada a EII 7 (5.5%), ARe 2 (1.6%). El 25.1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (10.2%), psoriasis (42.5%) y EII (6.3%). El HLA-B27 fue realizado en 48% de los pacientes y 36/61 (59%) fueron positivos. A 121 (95.3%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 95 (74.8%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1878

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE ARGENTINA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DESENLACE

María Constanza BERTOLACCINI[1], Luciana González Lucero[1], Ana Lucía Barbaglia[1], Héctor Raúl Sueldo[1], Mariana Pera[1], Paula María Corbalán[1], Yessika Jaqueline Soria Curi[1], Gabriela Vanesa Espasa[1], Liliana María Galindo[1], Rodrigo Aguila Maldonado[2], Mercedes Argentina García[2], Dafne Capelusnik[3], Ivana Romina Rojas Tessel[4], Eugenia Picco[4], María Elena Crespo Espíndola[4], Romina Calvo[5], Susana Roverano[5], Micaela Ana Cosatti[6], Cecilia Nora Pisoni[6], Paola Andrea Ávila[7], Marina Micelli[7], María Hu[8], Lucia Alascio[9], María Cecilia Goizueta[10], Verónica Inés Bellomio[1]

[1]HOSPITAL PADILLA, TUCUMÁN, [2]HOSPITAL HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [3]IREP, [4]HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA, [5]HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN, SANTA FE, [6]CEMIC, [7]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [8]HOSPITAL JOSÉ MARÍA PENNA, [9]HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNÚ, [10]SANATORIO 9 DE JULIO, TUCUMÁN

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente 20-40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son positivos para anticuerpos antifosfolípidos (aFL) y de estos más de la mitad desarrollará síndrome antifosfolipídico (SAF) durante la evolución de su enfermedad. Los pacientes con LES y SAF presentan manifestaciones clínicas diferentes, mayor daño orgánico y mortalidad.
OBJETIVOS: Describir manifestaciones clínicas de pacientes con LES y aFL positivos y/o SAF secundario y determinar variables asociadas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con LES (ACR 1997 y/o SLICC 2012) con un seguimiento mínimo de 6 meses, controlados entre enero de 2008 y diciembre de 2018, de 10 centros de Reumatología de Argentina. Se seleccionaron pacientes con aFL positivos (que no cumplían criterios para SAF) y pacientes con diagnóstico de SAF (Sapporo 2006) secundario. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, mortalidad y causas de muerte. Análisis estadístico: estadística descriptiva, Test chi^2 y exacto de Fisher. Análisis de regresión.

RESULTADOS: Se incluyeron 382 pacientes; 90% mujeres y 82% mestizos. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue 4.1±6.7 años, la edad media al último control o muerte 37.2±12.7 años. El 92% de los pacientes recibieron tratamiento con Hidroxicloroquina por un tiempo medio de 53 ±59 meses. Las variables asociadas en forma independiente a mortalidad en pacientes con LES fueron compromiso: renal (RR 3.3), compromiso cardíaco (RR 2.7), compromiso del sistema nervioso central (RR 2.1), trombosis arterial (RR 2.3), hiperlipemia (RR 2.4), n° de infecciones (RR 1.2) y último SLEDAI (RR 1.1). Pacientes con aFL positivos: 60 pacientes (16%), que no cumplían criterios de clasificación para SAF, presentaron aFL positivos, 9 tenían triple positividad, 8 antecedentes de abortos, 3 de partos prematuros y 1 de trombosis arterial. Este grupo presentó mayor compromiso renal (p=0.03), osteoarticular (p=0.02) e hipocomplementemia (p=0.04). Cuatro pacientes murieron: 2 por *shock* séptico, 1 por neumonía de la comunidad y 1 sin causa determinada. Pacientes con SAF: 43 pacientes (11%) tenían diagnóstico de SAF; 8 triple positivos, 26 trombóticos (20 trombosis arterial, 4 venosas y 2 mixtas), 12 obstétricos y 5 con manifestaciones obstétricas y trombóticas. La presencia de SAF se asoció a mayor frecuencia de compromiso del sistema nervioso central (p=0.01) y mayor daño acumulado medido por SLICC-SDI (p=0.02). Ocho pacientes murieron; 2 por SAF catastrófico, 2 por *shock* séptico, 1 por infarto agudo de miocardio, 1 por accidente cerebrovascular y 2 sin causa determinada. La presencia de aFL, triple positividad y SAF no se asociaron a mortalidad.
CONCLUSIONES: En esta población de pacientes con LES de Argentina, 11% cumplían criterios de SAF. SAF se asoció a compromiso del SNC y daño acumulado. Anticuerpos antifosfolípidos y SAF no se asociaron a mortalidad.

1880

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL SANTA FE DE LA SAR

Romina Nieto, J Gentiletti, A Dellepiane, Mario Goñi, N Mathern, María Brance, M Martínez, M Pereyra Stanley, C Sandobal, J Musuruana, Mónica Sacnun, Guillermo Berbotto, P Serravalle, J Soldano, Rosana Quintana, Bernardo Pons-Estel, Guillermo Pons-Estel, C Costa, J Raggio, F Ceccato, J Cavallasca, M Conte, Boris Kisluk, G Kluwak, S Conti, C Achilli, C Aeschlimann, M Maliandi, M Bersarno, C Diéguez, N Quagliato, C Airoldi, N Cuadranti, S Navarro, R Wong, Julieta Daniele, R Serrano Morales, P Marczuk, Marcelo Abdala, Carlos Siegrist, D Viola, Mariano Palatnik, Marisa Jorfen, Raúl del Poddio, G Sánchez, M Lagrutta, L Lorenzón, J Milanesio, M Negri, S Pineda, C Progione, F Ramos, R Gallo, Mercedes García, Sauco, M Cárcamo, A Caminer, C Cañete, Nadia Benzaquén, María Cortese, Juan Crema, Juan P. Ruffino, J Riera, D Siri, M Zapata, D Rebiglione, J Carrió, S Cuadros, E Fonseca, A Sanabria, **Emilce SCHNEEBERGER**[1]

FILIAL SANTA FE, [1]SAR

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial SANTA FE de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio no intervencional, de corte transversal. Todos los reumatólogos miembros de la filial SANTA FE (Asociación de Reumatología de la Provincia de Santa Fe) que asisten pacientes adultos fueron invitados a participar de este estudio a partir de marzo de 2022 y se les solicitó que informen sobre los pacientes ≥18 años con diagnóstico de EspAax que tienen en seguimiento. Estos pacientes debían cumplir criterios ASAS 2009 y/o criterios de New York modificados para EspAax no radiográfica (-nr) como radiográfica (espondilitis anquilosante-EA), respectivamente. Aquellos pacientes que no habían consultado a su reumatólogo/a dentro del año previo, fueron contactados para verificar seguimiento. El período para la inclusión de pacientes será de 12 meses (captura/recaptura). Los datos de los pacientes con EspAax fueron incorporados a una base online y las variables a consignar fueron: sociodemográficas (edad, género, etnicidad, escolaridad, área de residencia, provincia de residencia); año de inicio de los síntomas músculo-esqueléticos y año de diagnóstico de la EspAax; subtipo de EspAax (pura, juvenil, asociada a artritis psoriásica -APs-, a enfermedad inflamatoria intestinal -EII-, artritis reactiva -ARe-); rasgos de EspA (dolor lumbar inflamatorio, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, EII, uveítis, buena respuesta a AINEs, historia familiar de EspA y proteína C reactiva elevada) y estudios complementarios (positividad del HLA-B27, grado de sacroileítis radiográfica y presencia de edema en la médula ósea a través de la resonancia magnética -RM-). Este estudio fue aprobado por un comité de ética independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. La prevalencia bruta se calculó como el número de pacientes EspAax identificados divididos según la población adulta de la región analizada según los datos provisorios del último Censo Nacional (18/5/22) realizado por INDEC y se expresa como %.
RESULTADOS: Un total de 69/72 (95.8%) reumatólogos de la filial SANTA FE aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.540.608 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 259 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 48.5 años (±13.8), 144 (55.6%) son de sexo masculino y 131 (50.6%) caucásicos. El tiempo mediano (m) de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-16) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-6). 152 pacientes (58,7%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 165 (63.7%), juvenil 12 (4.6%), asociada a APs 66 (25.5%), asociada a EII 9 (3.5%), ARe 7 (2.7%). El 25.1% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (15.8%), psoriasis (26.3%) y EII (5%). El HLA-B27 fue realizado en 56,4% de los pacientes y 146/225 (64.9%) fueron positivos. A 255 (98.5%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 211 (81.5%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1882

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARPBA DE LA SAR

Rodrigo García Salinas, D Vila, L Somma, María V. Martire, S Malm-Green, Amelia Granel, P González, A Dorazio, Dora Pereira, M Cusa, F Arizpe David, Marina García, Sebastián Magri, Álvaro Ruta, Facundo Salvatori, Einer Sánchez Prado, M Cousseau, M Delgado, L Zárate, A Arturi, V Aquino, Rodrigo Águila Maldonado, Estela Rivero, N Zamora, J Vinicki, L Pompermayer, C Benítez, Ramiro Gómez, María J. Gamba, Claudia Peón, A Cogo, Fabián Risueño, M D'Amico, Claudia Pena, G Redondo, R Trobo, J Yauri Quinto, G Rodríguez, D Fernández, M Alzari, C Saucedo, M de la Sota, E Guerra, T Cazenave, V Cruzat, L García, S Rodríguez, M Kohan, C Iturralde, A Testi, P Arturi, V Arturi, S Zárate, M Larroudé, C Avatte, G Pendo, M Pérez Rodríguez, G Rodríguez Falabella, L Saavedra, M Travaglia, G Rodríguez Gil, S Muñoz, L Fara Naun, L García Faura, M Sánchez, R Puerta Franchi, Y López Oliva, L Raiti, S Tedesco, G Betancur, M Papagno, M Guinsburg, M Sandi Rosales, J Hogrefe, A Martínez Muñox, M Lázaro, M Riverto, P Avendaño, G Nasswetter, A Luissi, M Gaona, B Pérez Cepas, V Wernicke, F Chiardola, M Salcedo, Y Chichotky, J Velasco Zamora, M Trapp, S Vélez, A Marcos, C Krupa, C Chimenti, A Costi, N Hojberg, T Martínez Valda, R Movia, M Quispe Villanueva, J Vandale, A Estévez, A Abalo, J Velasco, G Ramos, N Errico, M Heredia, M Aguerrebere, G Chirott, M Aguirre, M Albin, S Arguello, P Ávila, J Bande, R Barron, F Benavídez, I Blazevic, E Bresan, E Castell, J Cortez Chavarría, M Croce, C Crow, T Grosello, J Duhau, V Durigan, M Fressa, F Giordano, E Ganburd, M Girard Bosch, A González, L González Llanos, O Grojsman, S Hourcle, M Landi, C Laurito, J López, M Meiller López, G Luna, V Malah, M Marengo, M Otero, M Pera, M Perak, S Porta, M Rebon, L Rodríguez, A Salas, F Salinas, L Salinas, M Santillán, E Scheines, A Sirera, A Sosa, A Troha, C Uña, M Velloso, M Viola, F Vivero, A Vulcano, C Waimann, P Yujra Ventura, M Quaglia, D Domingo, C Correa, J Flores, V Gervasoni, C Morales, M Oliver, M Pizio, I Quenard, M Velázquez, G Verna, C Viacava, S Catalán Pellet, M Collado, P Álavarez Sepúlveda, D Battaglia, A Deiuliis, Noelia German, M Laffont, E Lancioni, C Ledesma Campanini, M Regidor, Julio C. Urrutia, L Vargas Rojas, H Zerbi, C Calle, M Macaudier, M Wulff, **Emilce SCHNEEBERGER**

ARPBA

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARPBA de la SAR y analizar las características socio-demográficas y clínicas de esta enfermedad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Ídem anteriores.
RESULTADOS: Un total de 187/207 (90.3%) reumatólogos de la filial ARPBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total en la provincia de Buenos Aires es de 12.260.562 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 1043 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0,0085%. Los pacientes tienen una edad promedio 48.9 años (±13.5), 610 (58.5%) son de sexo masculino, 458 (43.9%) mestizos y 456 (43.7%) caucásicos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 10 años (RIC 5-20) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 1-7). 692 pacientes (66.3%) fueron clasificados como EA. En cuanto a los subtipos de EspAax: pura 661 (63.4%), juvenil 48 (4.6%), asociada a APs 261 (25%), asociada a EII 46 (4.4%), ARe 27 (2.6%). El 12.8% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (17.9%), psoriasis (25.3%) y EII (5.8%). El HLA-B27 fue realizado en 75,6% de los pacientes y 520/789 (65.9%) fueron positivos. A 962 (92.2%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 741 (71%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1886

DATOS PRELIMINARES DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA FILIAL ARCBA DE LA SAR

Emilce SCHNEEBERGER, Gustavo Citera, M Correa, F Dal Para, M Rosemffet, O Cerda, T Barbich, P Giorgis, J Maldonado Cocco, L Ferreyra Garrott, J Rosa, G Alle, E Soriano, M Fenucci, V Consentino, A Lizarraga, D Scublinsky, M Caubet, L Di Lorenzo, S Gusis, C Pisoni, M Gómez, D Dubinsky, M Benegas, C Asnal, M Barrionuevo, A Eimon, O Rillo, P Maid, A Cappuccio, J Brigante, O Gut, F Sommerfleck, E Saturansky, G Medina, H Venarotti, I Bazzalo, P Pucci, M Zalazar, M Saint Martín, S Oporto Núñez, M Molina, V Bejarano, N Lloves Schenone, M Cosatti, M Sosa, M Spinetto, E Mysler, G Tate, P Tate, M Santiago, L Abbas, L Naftal, C Pappalardo, M Pissani Delgado, María De La Vega, M Della Maggiora, G Mora, C Ascimani Peña, E Blanco, M De La Torre, F Pierini, J Rubins A Smichowsky, S Soares De Souza, D Yucra Bobarín, D Marino, S Papasidero, H Dapeña, J Flores Trejo, A Riopedre, L Casalla, G Crespi, V Duarte, G Herrera, F Melo, L Mendiburo, R Remondino, S Giménez, M Acosta Felquer, J Zacariaz Hereter, M Scolnik, V Scaglioni, J Marin, P Imamura, R Alvarado, I Gandino, L Catoggio, L Lo Guidice, N Marin Zucaro, F Mollerach, M Tobar Jaramillo, N Pérez, G Gómez, J Morbiducci, A Merce, L Ingolotti, A Secco, M Tamborenea, M Mamani, N Herscovich, F Romanini, S Montoya, C Aimo, A Rollano Perasso, M Jiménez, J Villafañe Torres, D Noe Duartes, A Gómez, C Zaffarana, G Bartel, M Stessens, G Casado, Víctor Caputo, C Romeo, M Izaguirre Germain, E Kerberg, M Micelli, M Fornaro, A Baños, S Scarafia, G Castelli, J Hofman, D Mata, A Nitsche, A Orden, J Scali, A Allievi, C Baied, R Berruezo, S Leal Castro, A Longo, N, Mariasch, A Ramírez Rodríguez, E Serrano, C Troitiño, M Uemura, S Visentini, C Caballero, D Sevilla, B Virasoro, F Rosman, C Amitrano, M Acevedo, M Dalpiaz, R Hassan, R Quiróz, M Perandones, C, Perandones, M Antoniol, J Sevillano Gutiérrez, G Earsman, A Gallacher, H Laborde, G Abritta, M Capozzi, M Cowan, A Álvarez, R Ceitlin, P Aicardi, G Araujo, F Ariel, A Ayala, E Ayllon Orellana, M Balderrama Márquez, G Bovea Castel, A Brener, Y Brozovic Romero, G Calizaya Enríquez, J Caracciolo, M Medina, M Sabelli, V Castro Coello, A Cataán Pellet, M Cavalieri, G Crespo Amaya, E De Simone, A Flores, M Hu, L Ibáñez, Y Ju, A Kostianovsky, R Lim, L Martínez, S Martins, T Medrano Claure, L Ortiz Mateus, S Pérez, M Pérez Bertana, A Dávila Pérez, N Perrotta, S Petruzzelli, F Robalino, G Rodríguez, V Romero, C Vollenwider, C Sánchez Andia, M Tapia Moreira, F Villalobos, M Morín, Gonzalo Pacheco, M Ceballos Recalde, J Astudillo Andrade, A Battaglia, F Camargo Serrudo, E Graizman E, G Lancioni, F Maldonado, R Murciano, E Tralice, M Varela

ARCBA

INTRODUCCIÓN: La prevalencia mundial de espondiloartritis axial (EspAax) varía entre 0.1% a 1.4%, este amplio rango puede explicarse principalmente por la prevalencia del alelo HLA-B27, que difiere entre las diferentes áreas geográficas. La composición étnica de Argentina es variada debido a sus distintos flujos migratorios y su distribución varía según la región. Carecemos de datos sobre la prevalencia de la EspAax en nuestro país.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspAax en la región geográfica que representa la filial ARCBA de la SAR y analizar las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Ídem anteriores.
RESULTADOS: Un total de 211/222 (95%) reumatólogos de la filial ARCBA aceptaron participar del estudio. La población adulta total de la región es de 2.286.210 habitantes. Hasta la fecha del primer cierre (15/7/22) para este análisis, 225 pacientes con EspAax según criterios ASAS 2009 fueron registrados, correspondiendo a una prevalencia de 0.01%. Estos pacientes tienen una edad promedio 49 años (±13), 147 (65.3%) son de sexo masculino y 128 (56.9%) caucásicos. El tiempo mediano de evolución de la EspAax fue de 13 años (RIC 6-22) y la demora mediana al diagnóstico de 2 años (RIC 0.5-6). 133 pacientes (59.1%) fueron clasificados como EA. En cuanto, a los subtipos de EspAax: pura 151 (67.1%), juvenil 12 (5.3%), asociada a APs 40 (17.8%), asociada a EII 15 (6.7%), ARe 7 (3,1%). El 14,7% de los pacientes tenían historia familiar de EspAax. Manifestaciones extra músculo-esqueléticas: uveítis (26.2%), psoriasis (18.7%) y EII (7.1%). El HLA-B27 fue realizado en 80% de los pacientes y 126/180 (70%) fueron positivos. A 208 (92.4%) de los pacientes se les solicitó radiografía de SI y a 166 (73.8%) RM.
CONCLUSIONES: Este es el primer estudio que evalúa la prevalencia de EspAax en nuestro país. Obtener datos locales es de fundamental importancia para el conocimiento detallado de esta enfermedad y poder establecer políticas de salud adecuadas.

1891

COMPONENTES DEL DAS28-VSG Y SU VARIACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS ESTADIOS DE ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Servio Antonio Dávila Jurado[1], **Carla Andrea MUÑOZ TORRES**[1], María Florencia Milesi[2], Arias Lorena[2], Cecilia Battaglia[1], Gustavo Medina[1]

[1]DIVISIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA, [2]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, UBA

INTRODUCCIÓN: La evaluación de la actividad de la enfermedad en la artritis reumatoidea (AR) a través de medidas objetivas es fundamental para la toma de decisiones terapéuticas y el pronóstico de los pacientes. El DAS28-VSG (*Disease Activity Score in 28 Joints*) es uno de los índices más utilizados en la práctica clínica que combina información del número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones dolorosas, reactantes de fase aguda (VSG o PCR) y valoración global de la enfermedad estimada por el propio paciente. Sin embargo, la aplicación categórica del DAS28-VSG en la toma de decisiones clínicas es cuestionable, debido a que presenta ciertas limitaciones como el elevado peso de las articulaciones dolorosas en su fórmula que se valoran el doble que las articulaciones tumefactas, lo que en algunos pacientes con fibromialgia concomitante puede sobreestimarse, la omisión en el examen clínico de las articulaciones de los tobillos y pies o su gran sensibilidad a pequeñas variaciones de la VSG, la cual se ve influenciada por distintas condiciones como la edad, el embarazo, el sexo femenino, entre otras.
OBJETIVOS: Comparar los valores de cada componente del índice DAS28-VSG y determinar si existen diferencias significativas entre los distintos estadios de actividad clínica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010). Se analizó el estadio clínico de cada paciente de acuerdo al valor de DAS28-VSG correspondiente a la última consulta. Se agruparon los pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad de acuerdo a límites pre establecidos. Se registraron las variables clínicas, demográficas y asociadas al tratamiento, se calcularon los valores medios de cada componente del DAS28-VSG en cada estadio de actividad. Se evaluó si existían diferencias significativas de cada componente entre los estadios. La diferencia se analizó mediante ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis según corresponda.
RESULTADOS: Se registraron las historias clínicas de 284 pacientes. La mayoría eran mujeres (90.5%) con una media de edad de 54.6±14 años y una duración de la enfermedad de 10.3±10 años, 93% eran seropositivos, 66.7% tenían doble positividad para FR y anti CCP y el 59.5% tenía compromiso erosivo. Un 36 % utilizaba medicamentos de alto costo (biológicos o anti JAK). 77/102 (76.3%) continuaban con la medicación al momento del estudio. El DAS28-VSG promedio fue de 3.34±1.39. Se distribuyeron a los pacientes por actividad de la enfermedad según DAS28-VSG: remisión 97/284 (34.1%), baja actividad 48/284 (16.9%), moderada actividad 102/284 (35.92%) y alta actividad 37/284 (13%). El uso de medicamentos de alto costo no tuvo diferencias entre los grupos (p=0.6). Los valores medios de los componentes del DAS28-VSG en cada estadio de actividad se registran en la Figura 1. Se compararon los componentes del DAS28-VSG entre remisión y baja actividad de la enfermedad encontrándose diferencias en todos ellos (NAD p=0.05, NAI p=0.001, VSG p= 0.001 y VAS p=0.001). Entre baja y moderada actividad, se encontraron diferencias en NAD (p=0.001), NAI (p=0.001) y VAS paciente (p=0,04). No hubo diferencias con respecto a los valores de VSG (p=0.19). Entre moderada y alta actividad, se encontraron diferencias en los componentes del examen clínico NAD (p=0.001) y NAI (p=0.001) y VAS (p=0.001). No hubo diferencias con respecto a los valores de VSG p=0.2.

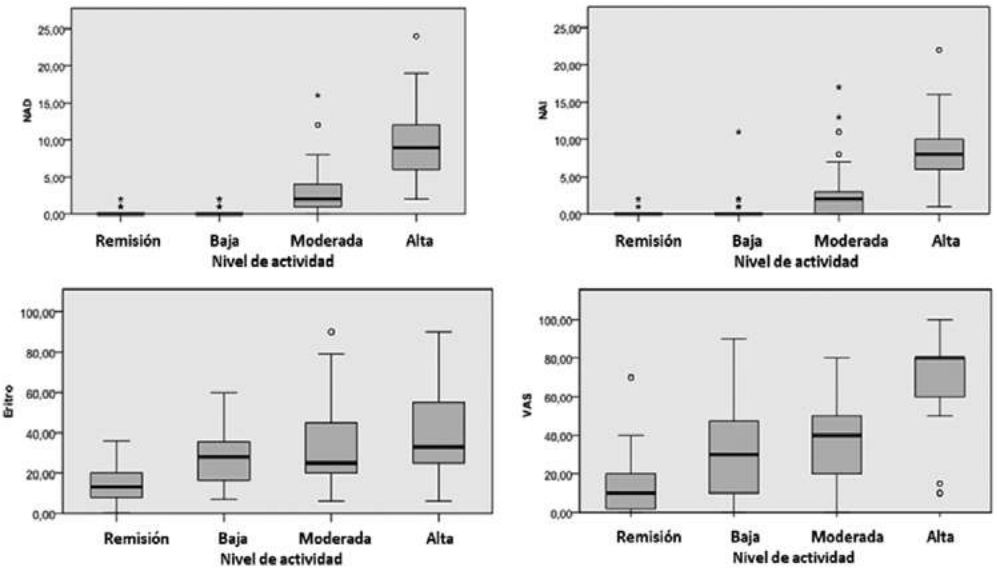


Figura 1: Componentes del DAS28-VGS en cada estadio de actividad.

CONCLUSIONES: Al comparar grupos contiguos, los valores medios de VSG fueron significativamente distintos solo entre el grupo en remisión y baja actividad. No hubo diferencias entre el resto de los grupos. Al contrario, los componentes que incluían evaluaciones articulares y la evaluación por parte del paciente fueron diferentes entre todos los grupos de pacientes.

1892

¿LA ASOCIACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO IDENTIFICA UN FENOTIPO DIFERENTE?

Mercedes Argentina GARCÍA[1], Alberto Spindler[2], Paula Alba Moreyra[3], Analía Álvarez[4], Susana Roverano[5], Cecilia Pisoni[6], Rosana Quintana[7], César Graf[8], Belén Virasoro[6], Catalina Gómez[9], Heber Figueredo[10], Silvia Papasidero[11], Raúl Paniego[12], María Celina de la Vega[13], María Julia Santa Cruz[11], Emma Civit[14], Luciana González Lucero[15], María Victoria Martire[16], Rodrigo Aguila Maldonado[17], Carla Gobbi[18], Romina Nieto[19], Gretel Rausch[20], Vanina Góngora[21], Cristina Battagliotti[22], Agustina D'amico[23], Alberto Allievi[24], Diana Dubinsky[25], Alberto Orden[26], Johana Zacariaz Hereter[27], Juan Manuel Vandale[28], Julia Romero[29], Mariana Alejandra Pera[17], Mario Goñi[30], Oscar Rillo[31], Roberto Báez[32], Valeria Arturi[17], Andrea González[33], Florencia Vivero[34], María Marcela Schmid[35], Víctor Caputo[36], María Silvia Larroudé[37], Nadia Domínguez[38], Marina Micelli[38], Graciela Gómez[39], Graciela Nora Rodríguez[17], Josefina Marin[27], Marisa Jorfen[30], Victoria Collado[39], Zaida Bedran[40], Ana Curti[41], Mónica Sacnún[42], Pablo Finucci Curi[21], Romina Rojas Tessel[43], Mariana Pera[44], Maira Alejandra Arias Saavedra[45], Maximiliano Machado Escobar[46], Pablo Astesana[18], Úrsula Paris[47], Lucila García[48], Marina García Carrasco[49], Marina Werner[50], Bernardo Pons-Estel[51]

[1]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA, [3]HOSPITAL CÓRDOBA, [4]HOSPITAL PENNA BUENOS AIRES, [5]HOSPITAL J.M. CULLEN, [6]CEMIC, [7]SANATORIO PARQUE S.A., [8]CENTRO MÉDICO MITRE, [9]HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, [10]HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN, [11]HOSPITAL TORNÚ, [12]CENTRO PRIVADO DE REHABILITACIÓN S.R.L.,[13] CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS , [14]CENTRO HOSPITAL DEL CARMEN, [15]HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, [16]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, [17]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [18]SANATORIO ALLENDE, [19]HOSPITAL PROVINCIAL, [20]CONSULTORIO PRIVADO, [21]HOSPITAL SAN MARTÍN, [22]HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA, [23]HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA, [24]CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, [25]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, [26]HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, [27]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [28]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, [29]CLÍNICA ALVEAR, [30]CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS, [31]HOSPITAL IGNACIO PIROVANO, [32]HOSPITAL DE GENERAL ROCA, [33]HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, [34]HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, [35]HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, [36]SANATORIO JUNCAL , [37]CONSULTORIO PRIVADO, [38]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, [39]INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, [40]HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, [41]HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, [42]HOSPITAL PROVINCIAL, [43]HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, [44]HOSPITAL PADILLA, [45]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, [46]HOSPITAL EVA PERÓN, [47]HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS RAMÓN MADARIAGA, [48]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [49]HOSPITAL DE CLÍNICAS, [50]HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, [51]SANATORIO PARQUE

INTRODUCCIÓN: La asociación del síndrome antifosfolípido (SAF) al lupus eritematoso sistémico (LES) es pasible de modificar la expresión de ambas enfermedades y definir un subgrupo específico que requiere de un manejo diferente.

OBJETIVOS: Analizar en la corte RELESSAR transversal los pacientes con SAF y compararlos con aquellos que no desarrollan el síndrome.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y analítico, a partir de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se incluyeron pacientes adultos (ACR82/1997) y se registró la presencia de manifestaciones criterios de clasificación de Sídney para SAF. Se recolectaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad y retraso en el diagnóstico. Se determinó el perfil de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Sm, anti-DNAdc (en la última evaluación del paciente), anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anti-RNP, anti-cardiolipinas IgM/G, anti-beta2 glicoproteína I IgM/G e inhibidor lúpico), comorbilidades y tratamientos. Además, se discriminaron los índices de actividad (SLEDAI) y de daño de los pacientes incluidos (SDI).

RESULTADOS: Se registraron 1422 pacientes con LES en la base RELESSAR. De ellos 547/1422 (38.5%) presentaron anticuerpos antifosfolípidos y 160/1422 (11.25%) cursaban el SAF. Las manifestaciones fueron trombóticas en 65.7% y obstétricas en 34.3% de los casos. Los pacientes con SAF, comparados con el resto de la población del registro, se caracterizaron por tener mayor edad (42.6±13.5 vs 38.8±13.9, p<0.001), mayor duración del LES (Mediana [Q1, Q3] 112 [41.6, 199] vs 71.2 [30.2, 139], p<0.001), mayor retraso en el diagnóstico (Mediana (SD) 24.0 ±49.5 vs 14.3±44.2, p=0.0728). No hubo diferencias serológicas, excepto por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (p<0.001). Con mayor frecuencia cursaron úlcera gastroduodenal (10.1% vs 4.4%, p=0.006), cardiopatía isquémica (5.1% vs 0.7%, p<0.001), TEP (6.4% vs 0.4%, p<0.001), ACV (19.4%vs 1.7%, p<0.001), enfermedad arterial periférica (4.5% vs 0.9%, p=0.003). De las manifestaciones incluidas en SLEDAI cursaron más frecuentemente vasculitis (14.6 % vs 7.01%, p=0.003), síndrome orgánico cerebral (10.3% vs 3.9%, <0.001), cefalea (18.1% vs 11.8%, p=0.016), neuropatía central o periférica 1.9 % vs 0.3%, p=0.002). También tuvieron mayor diagnóstico de cáncer (5.8% vs 2.4%, p=0.033). Cursaron mayor número de hospitalizaciones por LES (Mediana (SD) 2.29±1.6 vs 1.70±1.3, p<0.001), tuvieron mayor índice de comorbilidades de Charlson (Mediana 2.43±1.9 vs 1.93 ±1.4, p<0.001) así como índices de daño (Mediana (SD) 1.5±1.6 vs 0.9 ±1.3, p<0.001). No hubo diferencias en cuanto a tratamientos con antipalúdicos (90.0% vs 88.6%, p=0.677) ni inmunosupresores, tampoco con biológicos al tiempo del registro, pero sí el antecedente de haber recibido rituximab (10.1% vs 3.4%, p<0.001). También difirió el tratamiento con AAS (42.0% vs 13.7%, p<0.001) y anticoagulantes orales en la última evaluación (39.3% vs 2.6%, p<0.001). La mortalidad fue similar en ambos grupos (2.5% vs 2.7%). En el análisis de variables múltiples (Tabla) persistió la asociación de los pacientes con SAF a ser con menos frecuencia de etnia mestiza (p=0.01), cursar comorbilidades (p=0.02) y tener índices de daño (p=0.001).

Características	Univariado				Multivariado		
	n	OR1	95% CI1	p valor	OR1	95% CI1	p valor
Etnia mestiza vs caucásica		0.64	0.45-0.92	0,016	0.63	0.43 - 0.91	0.014
Índice de Charlson	1.422	1.19	1.08-1.30	<0.001	1.12	1.01 - 1.24	0.021
SLICC ACR-DI	1.422	1.26	1.14-1.39	<0.001	1.2	1.07 - 1.34	0.001

CONCLUSIONES: El 11.25% de los pacientes con LES presentaron SAF asociado. Ser de etnia mestiza resultó protector para su desarrollo y los pacientes se caracterizaron por cursar, independientemente de las manifestaciones propias del síndrome, con mayor frecuencia comorbilidades y daño irreversible, identificando de esta manera un fenotipo de mayor severidad de la enfermedad y potencialmente de peor pronóstico.

1894

ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ARGENTINA: USO, SATISFACCIÓN Y ACCESIBILIDAD

María Soledad GÁLVEZ ELKIN[1], Natalia Anahí Estrella[2], María Jezabel Haye Salinas[3]

[1]INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, [2]CENTRO DE COLUMNA, [3]CEMMA-UNLAR

INTRODUCCIÓN: El uso de la ultrasonografía músculo-esquelética (USME) en Reumatología ha crecido en las últimas décadas. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y La Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) recomiendan el uso de la USME para confirmar la presencia de sinovitis en articulaciones sintomáticas y asintomáticas, monitorizar actividad inflamatoria y como guía de artrocentesis. Desde hace pocos años se considera necesaria la formación de residentes, lo que crea heterogeneidad en su uso y aplicación.
OBJETIVOS: Conocer el nivel de utilización de la USME entre los reumatólogos de la SAR. Determinar la accesibilidad a la formación y/o utilización de la USME en nuestro país.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se envío encuesta a todos los socios SAR en dos oportunidades, quienes respondieron en forma voluntaria y anónima. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics Version 24 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).
RESULTADOS: Se obtuvieron 174 respuestas, de estos el 61.5% (107) fueron de género femenino con una edad promedio de 46.4±11.3 años y un promedio de 20.5±11.28 años de ejercicio de la medicina. El 58,0% (101) fueron reumatólogos, el 40,0% (69), médicos clínicos y reumatólogos, y 2.0% (4) restante otras especialidades. El 50.0% (87) ejerce su tarea laboral en instituciones públicas y privadas. El 98.0% (171) conocen las indicaciones de la USME, el 96.0% (167) solicitan este método en la práctica diaria y el 98.9% (172) le tiene confianza como método de diagnóstico y/o de seguimiento. La gran mayoría prefiere que la realice un reumatólogo (82.2%-143). Obtuvieron información de la utilidad la USME Clase de postgrado 115 (66.1%), residencia 83 (47.7%), congresos/jornadas 124 (71.3%), publicaciones 17 (9.8%), otros 26 (15.0%). El 62.9% de los menores de 40 años tienen formación en ecografía frente al 39.3% de los de 41-60 años y 32.1% de los mayores 60 años. p0.005. La edad no tiene relación con la confianza ni con la utilidad de la USME.

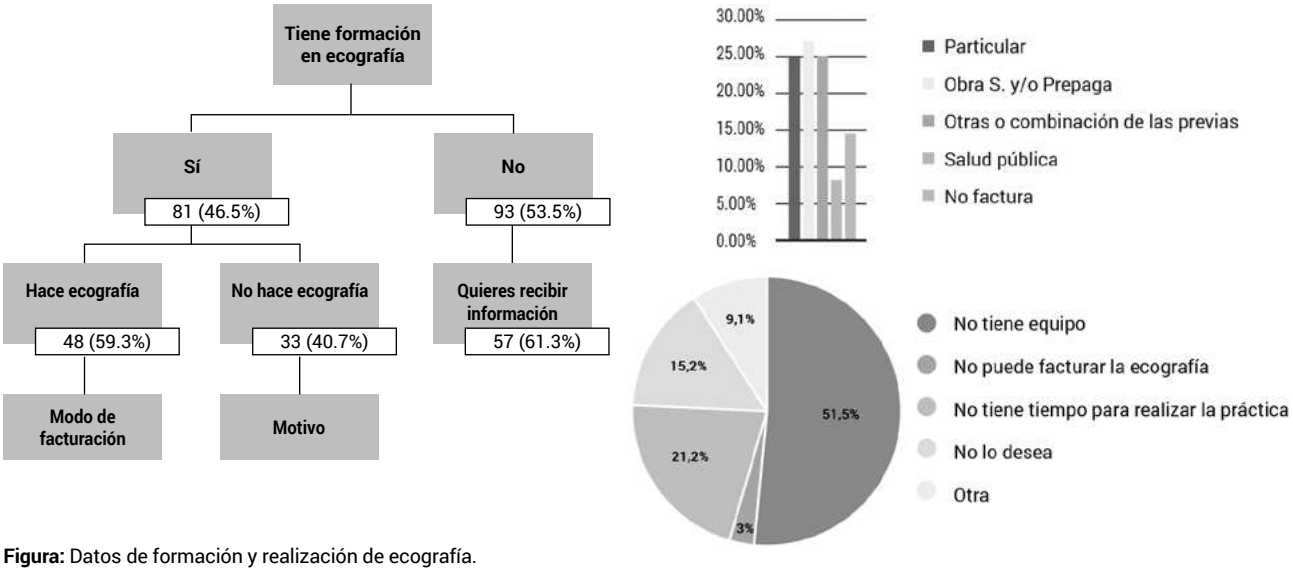


Figura: Datos de formación y realización de ecografía.

CONCLUSIONES: Hay un amplio conocimiento de la utilidad, indicación y confianza de la USME entre los socios de SAR que respondieron la encuesta. Un poco menos de la mitad de los encuestados está formado en realizar ecografía, de ellos el 41% no la realiza generalmente por no tener acceso al equipo y de los que sí la realizan, hay un 15% que no la puede facturar

1895

PENFIGOIDE OCULAR CICATRIZAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO

Andrea María SMICHOWSKI[1], Ariana Ringer[2], Ramiro Adrián Gómez[3], María Belén Virasoro[4], Emmanuel Bertiller[5], Alex Kostianovsky[4], Sebastián Andrés Muñoz[4], Marina Delpiaz[6], Shirley Caballero[7], Carlos Siegrist[8], Brian Marcelo Abdala[9], Marcelo Abdala[9], Serenela Chulibert[9], Antonio Jorge Chemez[10], Daniel Germán Grossi[11], Eduardo Rubin[11], Marisa Jorfen[8], Mario Goñi[8], María Judith Albanese[1], Liliana Martínez[5], Eliana Segretin[12], Mauro Martini[12], Eduardo Premoli[12], Javier Rosa[12], Nora Aste[13], Paula Cecilia Holzman[14], Claudia Fabiana Sa[15], Ignacio Gandino[12]

[1]HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601, CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH, CONSULTORIO PRIVADO VICENTE LÓPEZ, [2]CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), HOSPITAL DEL CENTENARIO, [3]HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, [4]CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, [5]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ, [6]HOSPITAL CHURRUCA VISCA, [7]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G DURAND, [8]CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO (CM/LABI), [9]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, [10]CONSULTORIO DE REUMATOLOGÍA, PARANÁ, [11]GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA, [12]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [13]CONSULTORIO PRIVADO, RESISTENCIA, [14]INSTITUTO MÉDICO HOLZMAN, [15]REUMA & REHABILITACIÓN

INTRODUCCIÓN: El penfigoide de membranas mucosas es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, cicatrizal, de etiologia autoimmune y baja incidencia, caracterizada por la aparición de lesiones ampollares y cicatrizales subepiteliales que afectan a las mucosas de todo el cuerpo. La afectación ocular aislada ha sido denominada clásicamente penfigoide ocular cicatrizal (POC) pudiendo, en algunos casos, conducir a la ceguera irreversible si no se trata tempranamente. El objetivo de la terapia es suprimir la inflamación y evitar la cicatrización y las complicaciones asociadas, y suele utilizarse un tratamiento escalonado para lograrlo.

OBJETIVOS: Analizar los datos clínicos/epidemiológicos, los tratamientos instaurados y la evolución de pacientes con POC en diferentes centros de reumatología del país.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo, de revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de POC de diferentes centros de Reumatología de la República Argentina, previamente diagnosticados por un oftalmólogo, desde mayo de 2006 a julio de 2022.
RESULTADOS: Se analizaron 147 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de POC, en su mayoría con biopsia confirmatoria (62%). Un 72% fueron de sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue 65 años (RIC 57-73), la mediana de evolución de enfermedad 2 años (RIC 0-4) y la mediana de retraso diagnóstico 30 meses (RIC 10.5-68.5). La mayoría de los pacientes (72%) fueron diagnosticados en los últimos 5 años. Sobre 120 pacientes que tenían informe de estadio de Foster, 73% presentaban un estadio II o menor (Foster/n: 0/9; 1/43; 2/36; 3/18; 4/14). El 29% presentaron otra enfermedad autoinmune asociada y la más frecuente fue el síndrome de Sjögren. El tratamiento más utilizado fue el metotrexato (80% de los pacientes) y 62.5% continuaban dicha medicación hasta el final de la observación. El 30% de los pacientes debieron rotar el tratamiento para controlar la enfermedad y las drogas más utilizadas fueron micofenolato, azatioprina, y ciclofosfamida. Cuando se discriminó los pacientes por tratamientos actuales según estadio de Foster (n:120), los pacientes en estadios más temprano (0, I y II) utilizaron con más frecuencia metotrexato (60%). Micofenolato, azatioprina y ciclofosfamida fueron utilizados en pacientes con estadios de foster II o mayor, mientras que el rituximab fue utilizado únicamente en estadios de Foster 4. El 58% de los pacientes utilizó esteroides sistémicos en algún momento y el 23% continuaba con los mismos en la última consulta. El 12% de todos los pacientes tratados presentó algún evento adverso que llevó a la suspensión de la droga (dapsona, metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida y micofenolato). Se registró una muerte por sepsis secundaria a ciclofosfamida. El estadio de Foster progreso en el 31% de los pacientes a pesar del tratamiento y 8,1% (n:12) progresaron a la ceguera.
CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos años y tres cuartas partes presentaron estadios clínicos iniciales (Foster II o menor). Por la naturaleza inflamatoria, autoinmune, progresiva y cicatrizal del POC es fundamental el inicio temprano de la terapia inmunosupresora para evitar sus secuelas. En nuestra serie el metotrexato fue la droga más utilizada, lo que parecería ser una alternativa eficaz y segura para el abordaje inicial de estos pacientes, debiendo escalar el tratamiento según la evolución. Ensayos clínicos futuros podrán comprobar esta observación. El manejo interdisciplinario entre reumatólogos y oftalmólogos es de vital importancia y requiere de una comunicación fluida durante todo el seguimiento de estos pacientes.

1903

FRECUENCIA DEL COMPROMISO CARDÍACO PRIMARIO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. DATOS DEL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Rodrigo Alejandro AGUILA MALDONADO[1], Rosana M. Quintana[2], Carla Gobbi[3], Lucila García[4], Paula Alba[5], Susana Roverano[6], Cecilia Pisoni[7], Catalina Gómez[8], Heber Matías Figueredo[9], María Celina De la Vega[10], Emma Civit[11], Romina Nieto[12], Gretel Rausch[13], Vanina Góngora[14], Alberto Omar Orden[15], Johana Belén Zacariaz Hereter[16], Julia Romero[17], Mariana Pera[4], Victoria Martire[18], Mario Alberto Goñi[19], Roberto Báez[20], Valeria Arturi[4], Andrea Vanesa González[21], Florencia Vivero[22], Víctor Caputo[23], Nadia Domínguez[24], María Silvia Larroudé[13], Graciela Rodríguez[13], Josefina Marin[16], María Victoria Collado[13], Pablo Finucci Curi[13], Ivana Romina Rojas Tessel[25], Maira Alejandra Arias Saavedra[13], María Emilia Sattler[26], Maximiliano Machado Escobar[21], Pablo José Astesana[13], Úrsula Vanesa París[13], María Julia Santa Cruz[13], Juan Manuel Vandale[13], Bernardo Pons-Estel[13], Mercedes García[4]

[1]HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y REUMÁTICAS (CREAR), [3]SANATORIO ALLENDE, [4]HIGA GENERAL SAN MARTÍN, [5]HOSPITAL CÓRDOBA, [6]HOSPITAL J.M. CULLEN, [7]CEMIC, [8]HOSPITAL CENTRAL DE FORMOSA, [9]HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERÓN, [10]CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, [11]HOSPITAL DEL CARMEN, [12]HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, [13]CONSULTORIO PRIVADO, [14]HOSPITAL SAN MARTÍN, [15]HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, [16]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [17]CLÍNICA ALVEAR, [18]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, [19]CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO, [20]HOSPITAL DE GENERAL ROCA, [21]HOSPITAL EVA PERÓN, [22]HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD, [23]SANATORIO JUNCAL, [24]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [25]HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, [26]HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica. Los pacientes con LES tienen mayor riesgo cardiovascular que contribuye al deterioro de la calidad de vida y constituye una de las principales causas de mortalidad.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de compromiso cardíaco primario en pacientes con LES del registro RELESSAR transversal, y los factores de riesgo asociados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, realizado con el registro RELESSAR transversal. Se describen variables sociodemográficas, clínicas del LES, tratamientos instaurados, comorbilidades a través del índice de Charlson, *score* de actividad (SLEDAI) y *score* de daño (SDI). El compromiso cardíaco primario debido al LES se definió como la presencia de al menos uno de los siguientes: pericarditis, miocarditis, endocarditis, arritmias y/o valvulopatías. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, comparación entre grupos según la presencia del compromiso cardíaco primario debido al LES y un modelo de regresión logística para evaluar cuáles fueron los factores asociados.
RESULTADOS: Se estudiaron 1515 pacientes, 437 presentaron manifestaciones cardíacas. El compromiso cardíaco fue más frecuente en hombres (11.2% vs 7% p=0.01) y con mayor duración del LES (95.7 vs 68.8 meses; p<0.001). Dentro de las características clínicas, la presencia de úlceras mucosas (58.9% vs 49.2% p<0.001), pleuritis (57.5% vs 15.1% p<0.001), nefritis lúpica (49.2% vs 40% p=0.0017), leucopenia (55.3% vs 46.6% p=0.003), linfopenia (41.3% vs 32.9% p=0.002), trombocitopenia (22.6% vs 17.4% p=0.024), enteropatía perdedora de proteínas (51.9% vs 41.2% p<0.001) y presencia de cilindros celulares (40.1 % vs 28.4% p<0.001) se asociaron significativamente con el compromiso cardíaco. Desde el punto de vista serológico, lo mismo sucedió con la hipocomplementemia (89.2% vs 82.2% p=0.001) y la positividad de Anti DNA (76% vs 63.9% p<0.001), antiSm (40.2% vs 30.7% p=0.001), anti Ro (47.7% vs 39.1% p=0.005) y anti La (26.4% vs 15.9% p<0.001). El diagnóstico concomitante de síndrome antifosfolípido (SAF) (14.7% vs 9.87% p=0.012) y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (46% vs 36.5% p=0.004) sin la enfermedad fueron más frecuentes entre los pacientes con compromiso cardíaco. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.56% vs 1.43% p=0.016), hipertensión arterial (30.3% vs 20.4% p<0.001), fenómeno de Raynaud (41.6% vs 35% p=0.023) y accidente cerebrovascular (5.74% vs 2.78% p=0.01), fueron las comorbilidades con asociación estadística. Las hospitalizaciones por brotes de LES o intercurrencias infecciosas (72.5% vs 46.2% p<0.001), la mayor actividad de la enfermedad según SLEDAI, el mayor daño medido por SDI (mediana de 1 vs 0 p<0.001) y el *score* de Charlson (2.25 vs 1.85 p<0.001), también mostraron relación estadísticamente significativa en el grupo de pacientes con manifestaciones cardíacas. Dosis mayores a 10 mg de prednisona o equivalente (74.8% vs 58% p<0.001), azatioprina (45.8% vs 30.4% p<0.001), ciclofosfamida (40.1% vs 30.6% p<0.001), belimumab (9.57% vs 4.71% p=0.001), ácido acetilsalicílico (33.2% vs 27.4% p=0.005), anticoagulantes orales (17% vs 9.06% p<0.001) e inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (52.4% vs 38.5% p<0.001) estuvieron asociados con significancia estadística. El SDI de los pacientes con compromiso cardíaco fue mayor y estuvo conformado sobre todo por el dominio cardíaco: 43 de ellos presentaron pericarditis, 40 enfermedad valvular, 27 cardiomiopatía y 10 angina o *Bypass* coronario. Las variables que

persistieron estadísticamente significativas en el análisis multivariado fueron: sexo masculino (OR 2.03, IC95% 1.12-3.64; p=0.018), presencia de pleuritis (OR 6.94, IC95% 4.85-10.0; p <0.001), positividad de anticuerpos antifosfolípidos (OR 1.66, IC95% 1.18-2.36; p=0.004) y anticuerpos anti-La (OR 1.87 IC95% 1.23-2.84, p=0.003) y mayor puntaje en el *score* SDI (OR 1.63, IC95% 1.43-1.86; p<0.001).
CONCLUSIONES: Los pacientes lúpicos del grupo RELESSAR presentaron compromiso cardíaco primario en un 28.8% de los casos. Estas manifestaciones se asociaron significativamente a mayor representatividad del sexo masculino, pleuritis, anticuerpos antifosfolípidos y anti-La/SSB, así como a mayor daño irreversible. Esto último nos permite destacar a los pacientes que desarrollan compromiso cardíaco primario como un subgrupo de mayor severidad en sí mismo y pasibles de recibir terapias asociadas a daño irreversible.

1907

EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES QUE ASISTEN A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Karín Natali SARAVIA CHOCOBAR, Joan Manuel Dapeña, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, José Ángel Caracciolo, Silvia Beatriz Papasidero

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E TORNÚ

INTRODUCCIÓN: El ejercicio físico ha demostrado ser beneficioso en la calidad de vida y salud de la población general. Reduce las probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles y, en pacientes con enfermedades reumatológicas, evidenció efectos favorables mejorando la inflamación, la fuerza muscular y previniendo los efectos deletéreos sobre huesos y articulaciones.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de ejercicio físico y sus características en pacientes con enfermedades reumatológicas en seguimiento por un servicio de reumatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años de edad, que concurrieron a control de su enfermedad durante un mes en consultorio vespertino. Se consignaron datos sociodemográficos, hábitos, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad y escala visual análoga de dolor (EVA Dolor). Todos los participantes completaron un cuestionario autoadministrado sobre la práctica de ejercicio y sus características. En aquellos que no realizaban ejercicio se consignaron los motivos. Análisis estadístico: estadística descriptiva. Se llevó a cabo asociaciones con pruebas de chi^2, Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró significativa p≤0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 109 pacientes, 89% era mujer, con una edad media de 54.9 años (DE 14.4). Un 60.5% había completado el nivel educativo primario, 29.3% el nivel secundario y 11% el nivel terciario o universitario. El 53% residía en CABA y 44% en la provincia de Buenos Aires. El 11% era tabaquista y 6.5% enolista. Las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes (34.6%), tiroiditis crónica (25%), hipertensión arterial (17.3%), enfermedades pulmonares (15.4%) y cardíacas (13.5%). El IMC fue de 26.9 kg/m^2 (DE 4.9). Un 38.5% tenían peso normal, 38.5% sobrepeso y 22.9% eran obesos. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 72 meses (RIC 48-168). Las patologías incluidas fueron artritis reumatoidea (48%), osteoartritis generalizada (17.4%), osteoartritis de rodilla (12.8%), osteoporosis (11.9%), fibromialgia (11%) y osteoartritis de manos (9.2%). Un 84% refirió haber presentado dolor en la última semana, con una media de EVA Dolor de 54.1 mm (DE 28.8). Las áreas más frecuentemente afectadas fueron: manos (32%), rodillas (17.9%), columna lumbar (13.1%) y carpos (9.5%). Un 35.8% (n=39) refirió que realizaba ejercicio físico. Solo el 16.5% informó que el mismo había sido indicado por algún médico: 38.9% por reumatólogo y 33.3% por médico clínico. La frecuencia de ejercicio promedio fue de 3.8 días (DE 1.7) en la última semana, con una dedicación en el 56.4% de menos de 1 hora. En relación a la modalidad de ejercicio, el 66.7% realizaba deportes aeróbicos de bajo impacto, 41%fortalecimiento muscular, 35.9% de flexibilidad y 15.4% de equilibrio. La intensidad de la práctica fue leve en un 71.8%, moderada en el 41% y alta en el 10.2%. El 64.2% no realizaba ejercicio. Al evaluar los motivos: 52.8% refirió falta de motivación, 42.9% creía que el ejercicio incrementaría su dolor, 38.6% estaba muy cansado cuando llegaba de su trabajo, 28.6% creía que su condición los imposibilitaba a realizar deporte, 25.7% tenía miedo de lastimarse, 20% creía que su enfermedad mejoraría si hacia reposo y 17.1% refirió no poder aprender algo nuevo a su edad. Se compararon los pacientes que realizan ejercicio y aquellos que no realizan. Se observó que los que realizaban deporte, tenían un mayor nivel educativo (p=0.021), menor EVA Dolor (p=0.021) y residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (p=0.019).
CONCLUSIONES: En los pacientes evaluados, solo el 36% realizaba ejercicio, siendo en su mayoría de intensidad leve a moderada, de bajo impacto, con una frecuencia promedio de 3.8 veces semanales y una duración < a 1 hora. Solo el 16.5% informó que el ejercicio había sido indicado por algún médico. Por otro lado, el 64% no realizaba ninguna práctica y un gran porcentaje tenían creencias preestablecidas de que el ejercicio empeoraría su enfermedad. Consideramos importante la educación de los pacientes y el rol del reumatólogo/a en promover esta práctica ya que resulta en beneficios potenciales para mejorar los síntomas y las comorbilidades relacionadas a la enfermedad.

1909

PREVALENCIA DE INDICACIÓN DE b/tsDMAR SEGÚN RECOMENDACIONES EULAR 2019 EN PACIENTES CON AR. DATOS PRELIMINARES

Emilio Andrés BUSCHIAZZO[1], Eugenia Picco[2], Romina Rojas Tessel[3], Julieta Picchi[4], Daniela Alonso López[5], Leticia Ibáñez Zurlo[6]

[1]HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, [2]CONSULTORIO PARTICULAR, [3]HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, [4]CONSULTORIO CARDIOMED, [5]CONSULTORIO PRIVADO, [6]INSTITUTO ALAS

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica con predominio de compromiso articular. Las estrategias de tratamiento han avanzado en el último tiempo con el surgimiento de las drogas sintéticas dirigidas y terapias biológicas (b/tsDMAR) y su impacto en la morbimortalidad. Dicha indicación podría estar condicionada por factores inherentes al paciente, geográficos, cobertura en salud y a de los médicos tratantes.
OBJETIVOS: Describir el estado actual de indicación de b/tsDMAR en pacientes con AR y compararlo con la indicación según las recomendaciones EULAR 2019.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se invitó a participar a médicos reumatólogos de las provincias de Salta y Jujuy. Se incluyeron pacientes consecutivos de la consulta ambulatoria con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), que no hubieran recibido b/tsDMAR previamente, y contaran con al menos 2 consultas en los últimos 12 meses. Se consignaba si el paciente estaba o no en trámite de b/tsDMAR y se compararon aquellos con indicación según recomendaciones y que no estuvieran en trámite de dicha medicación vs el resto. Estadística: las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las continuas en medianas y rangos intercuartilos y se compararon mediante test de T o test exacto de Fisher y test de T de student o Mann Whitney, se consideró un valor de p<0.05 como significativo.

RESULTADOS: Se incluyeron 49 pacientes, 42 (85.7%) de sexo femenino, con una mediana de edad de 53 años (RIC: 39-60) y tiempo de evolución de 4 años (RIC: 2-9), 42 (85.7%) de Salta Capital, 18 (36.7%) sin cobertura social, y 24 (49%) del ámbito público de atención, 23/30 (52.3%) seropositivas para CCP, 41 (93.2%) para factor reumatoideo, 1 (2.5% nodular), 13/42 (29.5%) erosivas, con una mediana de CDAI en la última consulta de 9 (RIC: 6-19) y HAQ 0.4 (0-1.5). De los 49 pacientes, 8 (16.3%) tuvieron al menos 2 visitas con moderada actividad de la enfermedad (CDAI ≥10), estaban tratados con dosis máximas de metotrexato y tomaban alguna dosis de prednisona. Ninguno estaba tramitando b/tsDMAR, siendo las razones consignadas por el médico: 2 porque no cumplían criterios, 2 porque la actividad de la enfermedad tenía poco impacto en el paciente, 4 por difícil acceso al sistema de salud, 1 por características del paciente (por ejemplo, analfabeto o bajo nivel educacional), 1 porque el paciente no deseaba tramitar terapia biológica. Cinco (10.2%) se encontraban tramitando b/tsDMAR (3 inhibidores de JAK, 1 etanercept, 1 aún no había decidido la molécula), con una mediana de 2.5 (RIC: 2-4.25) meses de duración del trámite, de los cuales todos eran seropositivos para FR, y 3 tenían enfermedad erosiva. Todos tenían indicación de b/tsDMAR según guías aunque uno tenía solamente 1 de 3 CDAI en nivel de moderada actividad de la enfermedad. Al comparar los 8 pacientes con vs sin indicación de b/tsDMAR según guías y que no estaban gestionando medicación, se encontró más frecuencia de sexo femenino, menor edad (46 vs 52 años, p=0.2), mayor tiempo de evolución desde el diagnóstico (8 vs 3.5 años, p=0.06) y mayor dosis actual de prednisona (4.56 vs 2.69 mg/día, p=0.1), aunque sin alcanzar significancia significativa. Sí hubo significativamente mayor tiempo de uso de glucocorticoides (7.25 vs 2.77 años, p=0.04) en este grupo. Asimismo, 5/8 (62.5%) no tenían empleo y estaban en trámite o ya poseían certificado de discapacidad, 4/8 (50%) no tenían ninguna cobertura social, se atendían en el sistema público y no estaban en pareja (soltera o separada), 2/8 (25%) eran del interior de la provincia.
CONCLUSIONES: El 16.3% de los pacientes incluidos en este estudio tenían indicación de b/tsDMAR por recomendaciones EULAR 2019 (al menos moderada actividad de la enfermedad, metotrexato a dosis máximas e imposibilidad de suspender glucocorticoides) y no estaban tramitando ninguna medicación.

1911

DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Aixa Lucia MERCÉ[1], Constanza Belén Arguissain[1], Lía Valentina Ingolotti[1], María Luz Martín[1], Joan Manuel Dapeña[2], Jorge Alberto Torres Trujillo[2], Máximo Cosentino[3], Anastasia Secco[1]

[1]HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, [2]HOSPITAL ENRIQUE TORNÚ, [3]HIGA (HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS) SAN MARTÍN DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por xerostomía y xeroftalmia, aunque puede producir síntomas por sequedad nasal, cutánea o vaginal. Las mujeres con SS primario (SSp) experimentan menos satisfacción con la actividad sexual, que puede verse afectada por la xerovagina, dolor físico y la edad. Las manifestaciones ginecológicas son un aspecto importante, pero a menudo pasado por alto.
OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia de disfunción sexual (DS) en pacientes pre menopaúsicas con SSp. Evaluar la relación de estos síntomas con la presencia de ansiedad y depresión, y si el grado o la presencia de ciertas características clínicas son mayores en las pacientes mujeres con SSp y DS.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, multicéntrico, de corte transversal con recolección prospectiva de los datos. Se incluyeron pacientes premenopáusicas con diagnóstico de SSp según criterios ACR/EULAR 2016. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune asociada, pacientes con antecedentes de: endometriosis, anomalías congénitas genitales, vulvodinia, lesiones de la piel y/o mucosa del área genital, prolapso, tumores pélvicos, cicatrices, radioterapia, quimioterapia, pacientes sexualmente inactivas durante las últimas cuatro semanas. Se utilizaron cuestionarios autorreportados para la evolución de la funcionalidad sexual femenina. Se empleó la versión en español del cuestionario *The Female Sexual Function Index* (FSFI), validado en mujeres de América Latina (a mayor puntaje mejor funcionalidad sexual, un puntaje menor a 26,55 habla de DS). El cuestionario breve para evaluar el perfil de función sexual femenina (BPFSF), validado en español, un valor menor a 20 indica que tiene poco deseo sexual, que le preocupa y/o lo angustia. Además, se evaluaron la ansiedad y depresión mediante el cuestionario *Anxiety and Depression Scale* (HADS-D y HADS A), versión validada en español. En ambos, un resultado entre 11 y 21 habla de la presencia de sintomatología relevante y probable caso de ansiedad y/o depresión. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente la disfunción sexual, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo; al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad, se utilizó regresión robusta.
RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes con una mediana de edad de 38 (RIC: 33-44) y de tiempo de evolución de la enfermedad de 5 años (RIC: 2-6). El 73.68% de las pacientes tenía pareja estable, el 68.42% estaba moderadamente satisfecha con su imagen corporal y el 36.84% tomaba medicación que pudiera afectar su funcionalidad sexual. La media del FSFI fue de 19.94±8, con presencia de disfunción sexual en el 76.32%. Según el cuestionario HADS-A y HADS-B, el 26.32% presentaba sintomatología relevante de ansiedad y el 13.16% de depresión, respectivamente. El BPFS indicó que el 55.26% de las pacientes tenía poco deseo sexual, que le preocupa y/o la angustiaba. El ESSPRI arrojó una media de 3.27±2, la mediana del ESSDAI fue de 0 (RIC:0-1). En el análisis univariado se observaron diferencias estadísticamente significativas en: las pacientes con pareja estable tenían un FSFI más elevado, es decir, menor DS (coeficiente β:7.96 IC:95%:1.95 a 13.96), a menor deseo sexual (BPFSF), mayor DS (coeficiente β:0.54 IC:95%: 0.25 a 0.83), y a mayor DS, mayor utilización de medicamentos que alteran la función sexual (coeficiente β:-7,09. IC95%: -1.59 a-12.61). En el análisis multivariado se observó asociación estadísticamente significativa e independiente del FSFI con el BPFSF (coeficiente β: 0.62. IC95%: 0.36-0.88) y con tener pareja estable vs aquellas que no tenían (coeficiente β: 5.31. IC95%: 0.32-10.30).
CONCLUSIONES: En nuestro estudio se pudo observar que la DS es frecuente en las mujeres premenopáusicas con SSp. Debido a esto, y su elevada relevancia, estos resultados apoyan la importancia de abordar dicho aspecto en la consulta médica para un correcto manejo de las pacientes.

1914

CERTOLIZUMAB PEGOL EN ARTRITIS REUMATOIDEA SEVERA. EVIDENCIA DE LA VIDA REAL EN UNA COHORTE ARGENTINA: LOGRO DE OBJETIVOS (T2T) A 3 MESES Y FACTORES PREDICTIVOS

Rodrigo GARCÍA SALINAS, Sebastián Magri, Álvaro Ruta

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Los anti-TNF son las drogas más utilizadas ante falla a DMARDsc en AR, certolizumab pegol (CTZ) a demostrado en ensayos clínicos una rápida respuesta (12 semanas), la cual es necesaria para mantener los objetivos del T2T (remisión y LDA).
OBJETIVOS: Estimar la reducción del DAS 28 y el HAQ junto a las frecuencias de remisión y baja actividad de la enfermedad a los 3 meses en una cohorte de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con CTZ, a su vez analizar los factores predictivos al basal para el logro de dichos objetivos. Adicionalmente evaluar la reducción de corticoides en el mismo periodo de tiempo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio longitudinal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos ≥18 años con AR (ACR/EULAR 2010) que hayan iniciado tratamiento con certolizumab y hallan realizado una visita de seguimiento a los 3 meses. Se consignaron características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades, tratamientos previos y actuales, dosis actual de glucocorticoides (GCO prednisona), desarrollo de eventos adversos. Se determinó la actividad de la enfermedad mediante DAS28 al basal y a los tres meses, dosis de GCO a los tres meses. Análisis estadístico: Test de chi^2 o test exacto de Fischer y prueba de T o Mann Whitney y ANOVA o Kruskal Wallis según corresponda. Los factores predictivos al logro de remisión-LDA a los 3 meses se analizaron con regresión logística binaria.
RESULTADOS: Se enrolaron 2092 pacientes con AR que iniciaron tratamiento con CTZ entre 2016 a 2021, 90% tenía factores de mal pronóstico y el 60% alta actividad (Tabla). Un total 1673 pacientes realizaron una visita de seguimiento a los 3 meses. La reducción del DAS 28 fue de -1.9 (3.8-5.7, p 0.001), la del HAQ -0.63 (1.17-1.8, p 0.001). A los 3 meses 10.5% (IC95%:9-12) alcanzaron remisión y 40% (IC95%: 38-42) LDA. En el análisis multivariado los factores predictivos al basal para el logro de remisión fueron: la edad (OR: 0.97 IC95%: 0.96-0.99) y el DAS 28 (OR: 0.58 IC95%: 0.45-0.54), y para LDA: La edad (OR: 0.97 IC95%: 0.96-0.99), el DAS 28 (OR: 0.61 IC95%: 0.49-0.76), CTZ en primera línea (OR: 1.6 IC95%: 1.1-2.4), HAQ (OR: 0.61 IC95%: 0.44-0.84). La reducción de glucocorticoides a los 3 meses fue (mg de prednisona): -3.1 (5.4-8.5 p 0.001).
CONCLUSIONES: El uso de CTZ en una cohorte de pacientes con AR y factores de mal pronostico demostró una reducción significativa y rápida (3 meses) de la actividad de la enfermedad y mejoría del HAQ. Los factores predictivos al inicio del tratamiento para reemisión y LDA fueron la actividad baja al inicio, menor edad, menor HAQ y el uso CTZ en primera línea. CTZ demostró una rápida reducción de corticoides.

Características % basales	AR certolizumab (n=2092)
Mujeres	79
TBQ	27
Seropositivos	90
Erosiva	70
EPI	7
HTA	35
Diabetes	9
ACV	0,6
IAM	2
MACE	2,6
Corticoides	67
DMARc	90
MTX	77
CTZ en 1 línea	62
Falla a 1 DMARDb o td	31
Falla a 1 anti-TNF	33
DAS 28 alta actividad	58
Características (DS)	
Edad al inicio (años)	55 (14)
Peso Kg	71 (13)
Evolución AR meses (RIC)	86 (42-156)
Dosis de corticoides (Pred)	7.8 (4)
NAD	10.4 (5.4)
NAI	8.1 (4.8)
PCR mg/l (RIC)	12 (7-26)
ERS mm/hr	48 (20.3)
VAS pte. (mm)	50 (8-70)
VAS med. (mm)	60 (50-80)
HAQ	1.7 (0.7)
DAS 28	5.7 (1)
FR título	147 (76-320)
ACPA título	200 (78-320)

1916

ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA DE INICIO TARDÍO MAYORES A 45 AÑOS. ¿EspA AXIALES O ENFERMEDAD PSORIÁSICA CON COMPROMISO AXIAL?

Rosario Jaldin Céspedes, Gisele Reyes, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**, Jonantan Mareco, Einer Sánchez Prado, Sebastián Magri

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Los criterios clasificatorios de ASAS admiten desde su ingreso pacientes con lumbalgia crónica de inicio antes de los 45 años. El diagnóstico certero de EspA axial se establece basado en el ejercicio clínico de un medico reumatólogo con experiencia y en muchas ocasiones no cumplen criterios clasificatorios.
OBJETIVOS: Estimar la prevalencia diagnóstica de EspA axial en pacientes que iniciaron la lumbalgia más allá de los 45 años, y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imagenológicas con pacientes que la iniciaron antes de los 45 años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de EspA axial realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA B27, Rx de sacroíliaca, MRI de sacroíliaca, ecografía entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas EspA Edad de inicio, demora al diagnóstico y característica de la lumbalgia, características de EspA, toma de AINEs y respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, tiempo de rigidez matinal. BASDAI, BASFI, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En las RM se consignaron la presencia de cualquier lesión y se clasificaron en lesiones agudas (edema) y crónicas (cambios grasos, erosiones, esclerosis y puentes óseos). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi^2 y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa).

RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes con diagnóstico de EspA axial, cuyas características se resumen en la Tabla. Del total la prevalencia de pacientes que inició la lumbalgia después de los 45 años fue de: n 31.28% (IC 95% 20-36). Las diferencias relevantes fueron: sexo femenino (51% vs 29% p 0.03), tabaquismo (38% vs 57% p 0.07), psoriasis (42% vs 17% p 0.007), buena respuesta. AINEs (52% vs 73% p 0.03), HLA-B27+ (32% vs %54 p 0.04), >4 características de EspA (35% vs 54% p 0.08), BASFI (5.1 vs 4.5 p 0.05), demora al diagnóstico en meses (40 vs 93 p 0.002). No se encontraron diferencias en términos de actividad de la enfermedad e imágenes (RM no Rx). En el análisis de regresión logística las variables que se asociaron en forma independiente fueron: sexo masculino (OR 0.2 IC95% 0.06-0.8), psoriasis (OR 4.8 IC95% 1.1-29), menor demora al diagnóstico (OR 0.9 IC95% 0.96-0.99).

EspA axial (n=111)	
Edad, media (DE)	46 (12.4)
Masculino %	45
Años de estudio, media (DS)	13,4 (3.2)
Edad de inicio del dolor lumbar, media (DE)	40 (12.2)
Desde el inicio del dolor lumbar hasta el diagnóstico, mediana (IQR) meses	41 (15-121)
Tabaquismo %	40
Uveitis %	5.4
Psoriasis %	24
Enfermedad inflamatoria intestinal %	6.3
EspA antecedentes familiares %	26
AINE buena respuesta %	67
HLA-B27+ %	45
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de SpA cuenta con medios (DS)	3.7 (1.4)
Características de SpA >4	46
Rx de SI +	45
RM sacroilíaca+ (cualquier lesión)	83
RM SI: edema	62
SI MRI: cambios crónicos (cualquiera)	68
SI RM: cambios grasos	35
RM SI: erosiones	46
RM SI: esclerosis	20
SI MRI: puentes óseos	6
Ultrasonido de entesitis+	42
Maniobras sacroilíacas %	55
Dolor en tórax anterior %	21
EVA dolor, media (DE)	6,9 (1.5)
EVA dolor nocturno, media (DE)	5.6 (2.3)
Rigidez matinal, mediana (RIC)	30 (15-40)
BASFI, media (DE)	4.6 (1.3)
BASDAI, media (DE)	4,4 (1.75)
Presencia de artritis %	25
Presencia de entesitis %	40
MASAS, mediana (RIC)	0 (0-1)
HAQ-DI, mediana (RIC)	0,7 (0.5-1)
PCR mg/l, mediana (RIC)	2 (1-6)
Elevación PCR >5 mg/L	39
VSG 1 h, mediana (RIC)	17 (10-25)
Seguimiento en meses medianos (IQR)	6 (3-24)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

CONCLUSIONES: La prevalencia de diagnóstico EspA en pacientes que iniciaron la lumbalgia más allá de los 45 años fue de 28%. Las características de estos pacientes fueron: sexo femenino, mayor frecuencia de psoriasis, menor demora al diagnóstico. Comentario: la mayor edad al inicio de la lumbalgia y la asociación con psoriasis podría mostrar un grupo de pacientes con compromiso axial en el contexto de enfermedad psoriásica.

1917

ENCUESTA A PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: ADHERENCIA, VACUNACIÓN Y SEGUIMIENTO

Sandra Fabiana MONTOYA[1], Eduardo Kerzberg[1], Gisela Pendon[2], Alejandro Nitsche[3], Josefina Molina[4], Gabriela Salvatierra[5], Demelza Yucra[6], Shirley Caballero Celin[7], Julieta Morbiducci[8], Natalia Tamborenea[8]

[1]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [2]HOSPITAL R GUTIÉRREZ, [3]HOSPITAL ALEMÁN, [4]CENTRO GALLEGO, [5]REUMATOLOGÍA INTEGRAL, [6]SANATORIO GÜEMES, [7]HOSPITAL DURAND, [8]HOSPITAL RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad heterogénea del tejido conectivo caracterizada por vasculopatía, disfunción inmune y fibrosis. Los pacientes con ES enfrentan muchos desafíos, entre ellos, la adherencia sumados a desafíos adicionales relacionados con vivir con una enfermedad poco frecuente como la dificultad para acceder a atención médica especializada con opciones de tratamiento limitadas. En los últimos años se ha hecho hincapié en el *screening* del compromiso de órganos internos en pacientes con ES a fin de conseguir mejores resultados, en ese sentido se han publicado recomendaciones para el manejo de pacientes con ES.
OBJETIVOS: Conocer los estudios complementarios que le solicita el médico reumatólogo durante el seguimiento clínico habitual por su ES. Conocer la adherencia de los pacientes a la realización de los estudios complementarios solicitados. Conocer el estado de inmunización de los pacientes con ES.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional, de corte transversal, analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES, según la clasificación ACR/EULAR 2013 con una edad mayor a 18 años en seguimiento por reumatólogos del país. Se proporcionó mediante correo electrónico, contacto telefónico de *WhatsApp*, una encuesta anónima y autoadministrada mediante un cuestionario de *Google Form* durante junio y julio de 2022. La encuesta recolectó información demográfica, socioeconómica y se realizaron preguntas destinadas a conocer los estudios complementarios que le solicita el médico reumatólogo durante el seguimiento clínico habitual por su ES, del mismo modo se recolectó información sobre vacunas indicadas, así como la adherencia de los pacientes a la realización de estudios complementarios. Se realizó una estadística descriptiva. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según su distribución.
RESULTADOS: En total participaron del estudio 127 pacientes con ES. La media de la edad fue de 49.9 (SD±12) años. La mediana de años de evolución de la enfermedad fue 7 años (RIC 1-30). El 83% (n: 105) presentaba al menos 13 años de educación formal completa. Cuando se indagó sobre la actividad laboral: el 34.64% (n:44) era jubilado, el 32,28% (n: 41) tenía trabajo remunerado, el 12.6% (n:16) era ama de casa y el 5.5% (n:7) estudiante. El 11% (n:14) estaba desocupado y el 4% (n:5) estaba recibiendo planes sociales del gobierno. Del total de pacientes encuestados, el 47.24% (n:60) tenía obra social, el 34.64% (n:63) presenta cobertura de salud pública y el 18.11% (n:23) prepaga. La mitad de los pacientes cuenta con certificado de discapacidad. Casi la mitad de los pacientes encuestados, ve a su reumatólogo cada 3 meses. Más de la mitad de los pacientes realiza su control ginecológico habitual y el resto solo cuando lo solicita el reumatólogo. En cuanto al control bucodental también más de la mitad de los pacientes encuestados hacen su control cada 6 meses-1 año. Respecto de las vacunas, más del 80% recibieron vacuna antigripal y antineumocóccica. En cuanto a la vacuna doble de adulto menos de la mitad de los pacientes, el 43.3%, tienen aplicada, seguida de la anti hepatitis B donde solo el 60% se encuentra vacunado. El 48.03% tiene 4 dosis de vacuna COVID-19 y un 3,15% de los pacientes encuestados respondió que no se vacunó contra el COVID. Las interconsultas más solicitadas por el médico tratante son con Neumología. El porcentaje de interconsultas que son solicitadas y no realizadas es bajo. En cuanto a los estudios complementarios solicitados, en más del 80% de los pacientes están: tomografía computada de tórax, espirometría, ecocardiograma y análisis de laboratorio. En la mitad de los pacientes le solicitaron capilaroscopia, DLCO, test de caminata, videoendoscopia digestiva alta y baja. Los estudios que menos realizaron los pacientes a pesar de tenerlos indicados fueron la manometría y el test de caminata, aunque en ninguno de los casos superó el 10%.
CONCLUSIONES: La mayor parte de los pacientes tiene un seguimiento acorde a las recomendaciones publicadas. De los datos obtenidos se desprende que un alto porcentaje de los pacientes realizan los estudios complementarios solicitados. La educación del paciente ayudaría a mejorar la adherencia.

1918

PREVALENCIA DE ANTICUERPO Ro52 kDa EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Beverly Yaneth DE LA PUENTE PÉREZ[1], Romina Lim[1], Analía Verónica Longo[1], Carolina Sánchez Andia[1], Vanina Alejandra Martín[2], Carolina Carrizo[3], Analía Patricia Álvarez[1]
[1]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J.M PENNA, [2]INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA RAÚL F. VACAREZZA, [3]CEMIC

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) constituye un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por inflamación y/o fibrosis difusa del parénquima pulmonar con manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales compartidas. El antígeno SSA consta de dos proteínas distintas, Ro52 (52 kDa) y Ro60 (60 kDa), que están asociadas con dos sistemas de autoanticuerpos diferentes. Múltiples estudios muestran que la presencia del anticuerpo Ro52 en enfermedades del tejido conectivo se correlacionan con EPID más severa y de peor pronóstico.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia del anticuerpo Ro52 en nuestra cohorte de pacientes con EPID. Describir los patrones tomográficos de los pacientes con EPID y anti Ro52. Determinar la enfermedad del tejido conectivo (ETC) que presentan los pacientes con EPID y anti Ro52. Describir la evolución y el pronóstico, por tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) y pruebas funcionales respiratorias (PFR), de nuestros pacientes con EPID y anti Ro52.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron sistemáticamente las historias clínicas de nuestra base de datos durante el período comprendido entre mayo de 2017 a mayo de 2022. Se seleccionaron aquellos pacientes que presentaban EPID y anti Ro52. No se requirió consentimiento informado. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EPID según la clasificación de la Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea (ATS/ERS); pacientes con serología positiva anti Ro52 determinada por inmunoensayo lineal (LIA); pacientes con al menos dos TACAR de tórax y dos espirometría realizadas durante el período de estudio. Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de EPID secundaria a otras patologías.
RESULTADOS: Se revisaron 83 historias clínicas de nuestra base de datos. Cumplieron criterios de inclusión 69 pacientes de los cuales 49 (71%) fueron pacientes de sexo femenino, con una media de edad 67.4 años, 52 (75%) fueron de etnia mestiza y 14 (20.9%) tabaquistas. De los 69 pacientes, 26 (37.7%) tenían ETC asociada: 9 (13%) esclerosis sistémica, 5 (7.2%) síndrome de Sjögren, 4 (5.8%) síndrome antisintetasa, 3 (4.3%) EMTC, 2 (2.9%) artitis reumatoidea, 1(1.45%) dermatomiositis, 1(1.45%) vaculitis. De los patrones tomográficos se observó que la neumonía pulmonar intersticial no

especifica (NSIP) se encontraron 19 (27.5%) pacientes, seguida de 13 (18.8%) pacientes con UIP y 16 (23.2%) con un patrón fibrótico. En anti Ro52 Kda se observó en 18 pacientes, de los cuales 11 (61.1%) presentaron patrón de NSIP, 13 (72.2%) con emporamiento de TACAR y PFR. Del análisis de los datos surge que la posibilidad de tener una enfermedad del tejido conectivo fue 3.77 (OR) veces mayor, IC (1.25-12.1) p 0.020, en el grupo anti Ro52 Kda, siendo el patrón tomográfico predominante la NSIP con OR 13.4.

CONCLUSIONES: Se sabe que la presencia del anticuerpo Ro52 kDa se asocia a enfermedad pulmonar más agresiva y con peor pronóstico, esto se observó en los primeros 5 años del diagnóstico de la enfermedad. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo concuerdan con datos de la literatura mundial. Por lo tanto, nos parece de gran utilidad, la posibilidad de realizar la detección del anticuerpo Ro52 kDa, el seguimiento clínico, tomográfico y funcional durante los primeros años a fin de implementar el tratamiento adecuado para un mejor pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

1920

LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR EL EMBARAZO EN MUJERES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD

Sabrina Valeria PORTA, Romina Nieto, Rosa Serrano, Karen Roberts[1], Rosana Quintana[1], Luis Roberto Lema, Carla Maldini, María Cecilia Goizueta, Victoria Lobo, Ariel Broll, Verónica Savio, Yohana Tissera, Marina Scolnik, Aurelia Luissi, Erika Palacios, Diana Fernández Ávila, Natalia Lili Cucchiaro, Adrián Estévez, Alejandra Abalo, Mayra Etcheverry, Diego Rinesi, Silvia Perés, Pía Izaguirre, Jorge Alejandro Brigante, Vanesa Castro Coello, Diana Dubinsky, Laura Julieta Sorrentino, Verónica Bellomio, María Lilia Leguizamón, Cecilia Pisoni, María Laura De la Torre, María Noelia Antoniol, Carlos Perandones, Ignacio Bazzalo, María Sofía Velloso, Mercedes García, Horacio Berman, Carla Andrea Gobbi, Nadia Benzaquén, Mónica Sacnun, Débora Guaglianone, Florencia Vivero, Mariela Bastita, Maximiliano Machado Escobar, Verónica Saurit, Nadia Riscanevo, Graciela Remondino, Verónica Neman, María Constanza Danielsen, Graciela Gómez, Alejandra Babini, Susana Visentini, Gonzalo Javier Pacheco, Paula Alba, Guillermo Pons-Estel

GRUPO DE ESTUDIOS DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA (GESAF), [1]UNISAR

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades autoinmunes afectan a mujeres en edad reproductiva, siendo común que se plantee la posibilidad de un embarazo. La planificación de la gestación es esencial para el éxito de la misma, reduciendo los riesgos y mejorando el pronóstico materno y fetal.

OBJETIVOS: Evaluar la asociación entre los resultados materno fetales y la planificación gestacional en pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de SAF según criterios Sídney 2006, que fueron ingresados al Registro Argentino de Anticuerpos Antifosfolipídicos de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se evaluaron todos los embarazos que ocurrieron posterior al diagnóstico de SAF. Los mismos fueron clasificados como gestación planificada con el médico o no planificada de acuerdo al criterio del médico tratante al momento de la recolección de los datos. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, resultados obstétricos maternos y fetales.

RESULTADOS: De las 288 pacientes ingresadas en el registro, 95 presentaron al menos un embarazo luego del diagnóstico de SAF, siendo la mediana de la edad al momento de la concepción de 32.6 [IQR 27.6, 35.8]. De ellas, 66 (69.5%) fueron clasificadas como SAF obstétrico, (SAFO) 8 (8.4%) trombocito (SAFT) y 21 (22.1%) trombocito y obstétrico. El 47.4 % (n=45) de las pacientes no planifico nunca ningún embarazo luego del diagnóstico de SAF. De ellas 26 (57,8%) tenían diagnóstico de SAFO y 6 (13.3%) de SAFT (p-=0.055) (Tabla 1). De los 228 embarazos analizados, 76 (33%) fueron planificados y 152 (67%) no planificados. La presencia de desprendimiento prematuro de placenta y hematoma placentario fue mayor en el grupo de embarazos planificados, la tasa de nacidos vivos fue más alta y la de abortos más bajas siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 1

	Al menos uno planificado (n=50)	Ninguno planificado (n=45)	p valor	Total (n=95)
Clasificación				
Obstétrico	40 (80.0%)	26 (57.8%)	0.055	66 (69.5%)
Trombótico	2 (4.00%)	6 (13.3%)		8 (8.42%)
Obstétrico y trombótico	8 (15.0%)	13 (28.9%)		21(22.1%)
Estado Civil				
Casada/o	35 (70.0%)	24 (53.3%)	0.586	59 (62.1%)
Concubina/o	8 (16.0%)	9 (22.0%)		17 (17.9%)
Desconocido	3 (6.00%)	4 (8.89%)		7 (7 37%)
Divorciada/o	1 (2.00%)	2 (4.44%)		3 (3.16%)
Separada/o	1 (2.00%)	1(2.22%)		2 (2.11%)
Soltera/o	2 (4.00%)	5 (11.1%)		7 (7.37%)
Nivel socioeconómico				
Desconocido	4 (8.00%)	3 (6.67%)	0.186	7 (7.37%)
Medio alto	10 (20.0%)	10 (22.2%)		20 (21.1%)
Medio	24 (48.0%)	18 (10.0%)		42 (44.2%)
Medio Bajo	12 (24.0%)	9 (20.0%)		21(22.1%)
Bajo	0 (0%)	5 (11.1%)		5 (5.25%)
Cobertura médica				
Obra Social	18 (36.0%)	24 (53.3%)	0.235	42 (44.2%)
Prepaga	17 (34.0%)	8 (17.8%)		25 (26.3%)
Prepaga + Obra Social	2 (4.00%)	1 (2.22%)		3 (3.16%)
Pública	13 (26.0%)	12 (25.7%)		25 (26.3%)

Tabla 2

	Planificado (n=76)	No planificado (n=152)	p valor	Total (n=228)
Edad al momento de la concepción	33.2 (28.1,36.6)	32.5 (27.0, 35.0)	0.172	32.6 (27.6, 35.8)
EAI asociada en el momento de la concepción	11(14.5%)	14 (9.21%)	0.45	25 (11.0%)
Brote <6 meses antes de la concepción	1 (9.09)	2 (14.3%)	0.37	3 (120%)
Tabaquismo suspendido durante la gestación	13 (17.1%)	28 (18.4%)	0.62	41 (18.0%)
Nacido vivo	61(80.3%)	29 (19.2%)		90 (39.6%)
Aborto espontáneo <10 semanas de gestación	7 (9.21%)	80 (53.0%)		87 (38.3%)
Muerte>= 10 y<27 semanas de gestación	6 (7.89%)	39 (25.8%)	<0.001	45 (19.8%)
Muerte fetal tardía >=28semanas	1(1.32%)	2 (1.32%)		3 (1.32%)
Muerte periparto	1(1.32%)	1 (0.662%)		2 (0.881%)
Insuficiencia placentaria	12 (15.8%)	13 (8.55%)	0.23	25 (11.%)
Preeclampsia severa< 34 semanas	8 (10.5%)	10 (6.58%)	0.52	18 (7.89%.)
Preeclampsia severa >34 y <37	1(1.32%)	2 (1.32%)		3 (1.32%)
HELLP< 34 semanas	2 (2.63%)	2 (1.32%)	O.6O	4 (1.75%)
Hematoma placentario	4 (5.26%)	1 (0.662%)	0.03	5 (2.20%)
Desprendimiento prematuro de la placenta	3 (3.95%)	0 (0%)	0.05	3 (1.32%)
Diabetes gestacional	4 (40.0%)	2 (18.2%	0.361	6 (28.6%)
Parto vaginal espontáneo	15 (20.0%)	23 (15.1%)		38 (16.7%)
Parto vaginal inducido	3 (4.00%)	14 (9.21%)		17 (7.49%)
Cesárea programada	34 (44.0%)	11 (7.24%)	<0.001	44 (19.4%)
Cesárea de urgencia	14 (18.7%)	12 (7.89%)		26 (11.5%)
Interrupción voluntaria del embarazo	0 (0%)	1 (0.658%)		1 (0.441%)

CONCLUSIONES: Un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de SAF no han planificado nunca un embarazo. Esta conducta se ha asociado a malos resultados obstétricos con una menor tasa de nacidos vivos, siendo un factor de mal pronóstico. Esta situación potencialmente modificable requiere de estrategias necesarias para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

1922

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DE LABORATORIO E IMÁGENES ENTRE HOMBRES Y MUJERES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Gisele Reyes, Rosario Jaldin Céspedes, Ronald Pérez, Juan Argüello, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: El advenimiento del concepto de espondiloartritis axial en el cual se incluyen los pacientes con compromiso radiográfico y no radiográfico amplió el espectro de la enfermedad integrando mayor cantidad de mujeres.
OBJETIVOS: Estimar la frecuencia de mujeres y analizar las diferencias clínicas, de laboratorio e imagenológicas respecto a los hombres al momento del diagnóstico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de EspA axial realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, HLA B27, Rx de sacroilíaca, MRI de sacroilíaca, ecografía entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas EspA Edad de inicio, demora al diagnóstico y característica de la lumbalgia, características de EspA, toma de AINEs y respuesta, VAS de dolor y dolor nocturno, tiempo de rigidez matinal. BASDAI, BASFI, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En las RM se consignaron la presencia de cualquier lesión y se clasificaron en lesiones agudas (edema) y crónicas (cambios grasos, erosiones, esclerosis y puentes óseos). Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi^2 y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa).
RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes con diagnóstico de EspA axial, cuyas características se resumen en la Tabla. Del total la frecuencia de sexo femenino al diagnóstico fue: n 61.55% (IC95% 46-64). Las diferencias relevantes fueron: Buena rta. AINEs (60% vs 75% p 0.08, PCR elevado (47% vs 30% p 0.06), Criterios NY+ (35% vs 70% p 0.001), Eco de entesis + (32% vs 51% p 0.06), años de estudio (14 vs 12.8 p 0.04), numero de articulaciones inflamadas (0.37 vs 1 p 0.04), ERS (22.4-15.6 p 0.02). No se encontraron diferencias en términos de actividad de la enfermedad, HLA-B27 y RM. En el análisis de regresión logística las variables que se asociaron en forma independiente fueron sexo femenino solo fue el cumplimiento de criterios de NY en la Rx (en los hombres) (OR 2.6 IC95% 1.05-7.1).

EspA axial (n=111)	
Edad, media (DE)	46 (12.4)
Masculino %	45
Años de estudio, media (DS)	13,4 (3.2)
Edad de inicio del dolor lumbar, media (DE)	40 (12.2)
Desde el inicio del dolor lumbar hasta el diagnóstico, mediana (IQR) meses	41 (15-121)
Tabaquismo %	40
Uveitis %	5.4
Psoriasis %	24
Enfermedad inflamatoria intestinal %	6.3
EspA antecedentes familiares %	26
AINE buena respuesta %	67
HLA-B27+ %	45
Dolor lumbar inflamatorio %	85
Cantidad de SpA cuenta con medios (DS)	3.7 (1.4)
Características de SpA >4	46
Rx de SI +	45
RM sacroilíaca+ (cualquier lesión)	83
RM SI: edema	62
SI MRI: cambios crónicos (cualquiera)	68
SI RM: cambios grasos	35
RM SI: erosiones	46
RM SI: esclerosis	20
SI MRI: puentes óseos	6
Ultrasonido de entesitis+	42
Maniobras sacroilíacas %	55
Dolor en tórax anterior %	21
EVA dolor, media (DE)	6,9 (1.5)
EVA dolor nocturno, media (DE)	5.6 (2.3)
Rigidez matinal, mediana (RIC)	30 (15-40)
BASFI, media (DE)	4.6 (1.3)
BASDAI, media (DE)	4,4 (1.75)
Presencia de artritis %	25
Presencia de entesitis %	40
MASAS, mediana (RIC)	0 (0-1)
HAQ-DI, mediana (RIC)	0,7 (0.5-1)
PCR mg/l, mediana (RIC)	2 (1-6)
Elevación PCR >5 mg/L	39
VSG 1 h, mediana (RIC)	17 (10-25)
Seguimiento en meses medianos (IQR)	6 (3-24)
Tto Biológico	46
TNFb	31
IL17b	11

CONCLUSIONES: La frecuencia de sexo femenino al diagnóstico de EspA axial fue de 55%, la única diferencia respecto a los hombres fue el compromiso radiográfico.

1924

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE HUMORAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

Paula María CORBALÁN[1], Mariana Pera[1], Gabriela Vanesa Espasa[1], María Lilia Leguizamón[1], Ana Lucía Barbaglia[1], María Constanza Bertolaccini[1], Luciana González Lucero[1], Héctor Raúl Sueldo[1], Rosana Nieves Chehín[2], Rodrigo Hernán Tomas-Grau[2], Diego Ploper[2], Esteban Vera Pingitore[2], Benjamín Socías[2], César Luis Ávila[2], Silvia Inés Cazorla[3], Carolina Maldonado Galdeano[3], Verónica Inés Bellomio[1]

[1]HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, [2]INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR Y CELULAR APLICADA (IMMCA), [3] CENTRO DE REFERENCIA PARA LACTOBACILOS (CE.RE.LA), (CONICET)

INTRODUCCIÓN: Numerosos estudios publicados evaluaron la respuesta inmune a vacunas ARNm para SARS-CoV-2 (Pfizer y Moderna), sin embargo, existe escasa información sobre la respuesta serológica a otras vacunas (Sputnik V, AstraZeneca, Sinopharm) a largo plazo en paciente reumatológicos.

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta inmune humoral a vacunas contra SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes y analizar las variables asociadas. Comparar la respuesta humoral entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades reumatológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes que recibieron vacunación para SARS-CoV 2 a partir de junio de 2021. Se consignaron variables sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad, a vacunación, a infección por SARS-CoV-2 y comorbilidades. Para evaluar la respuesta inmune humoral se determinaron los títulos de anticuerpos neutralizantes IgG anti S-RBD por ELISA "*In House*", con un título de corte de 200 (seroconversión). Los dosajes se realizaron: el día de la 1° dosis (T0), a los 14±2 días luego de la 1° dosis (T1), el día de la 2° dosis (T2), entre 21 y 45 días posteriores a la 2° dosis (T3) y 6 meses posterior a la 2° dosis (T4). A los pacientes que recibieron dosis adicional (3° dosis) se les realizó una determinación 30 a 45 días posterior a la misma (T Adic).
RESULTADOS: Se incluyeron 66 pacientes, 91% mujeres, 92.4% amerindios, edad media 40.7±11.4 años; 53% tenían diagnóstico de LES, 15.2% AR y 31.8% con otros diagnósticos, tiempo de evolución de la enfermedad de 12.05±7.5 años. El 37.9% se encontraba en tratamiento con prednisona (dosis media 4.1±8 mg/día) y el 75.7% con algún FARME al momento del T0: 66% HCQ, 26% MMF, 22% MTX y 18.2% (12) con terapia biológica (7 RTX, 3 anti-TNF y 2 con otros). El 24% tuvo COVID previo a la vacunación (12.5% asintomáticos, 75% síntomas leves y 12.5% internación en sala general). El 63.6% tenía al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente hipertensión arterial. *Análisis post segunda dosis (T3)*: las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V 20.3%, AstraZeneca 37.5%, Sinopharm 31.3% y esquema combinado 10.3% (Sputnik V/Moderna). Luego de la 1° dosis, 48.4% tenía anticuerpos anti S-RBD detectables y posterior a la 2° dosis el 70.5% presentaba seroconversión. Las tasas de seroconversión y títulos de anti S-RBD según vacuna aplicada fueron: Sputnik V 91.6% (1702±1562.6), AstraZeneca 78.3% (2283.9±1687.8), Sinopharm 42% (1117.5±667), Sputnik V/Moderna 85.7% (3665 ± 1675); p 0.01. El esquema heterólogo presentó títulos más elevados de anti S-RBD que los esquemas homólogos (med 3430 vs 615, p0.02). Menor seroconversión se asoció a mayor dosis de prednisona (p0.01), tratamiento con terapia biológica (p 0.03), HTA (p 0.03) y vacunación con Sinopharm (p 0.01). No hubo diferencias en los niveles de anticuerpos anti S-RBD entre pacientes con LES y el resto de enfermedades reumatológicas (p NS). La infección por SARS-CoV-2 previa a la vacunación aumentó los títulos de anticuerpos en T1 (p0.006) y en T2 (p 0.002), pero luego de dos dosis la diferencia no fue significativa. En el análisis de regresión, la probabilidad de seroconversión fue 89% menor en los pacientes que recibieron al menos una dosis de Sinopharm (OR 0.11; IC 95% 0.01-0.48) y 88% menor en hipertensos (OR 0.12; IC 95% 0.02-0.56). Análisis post dosis adicional (T adic): el 64% (41) de los pacientes recibió dosis adicional. Las vacunas aplicadas fueron: Sputnik V 14.6%, AstraZeneca 41.5%, Moderna 36.5%, Cansino 4.9% y Pfizer 2.4%. La frecuencia de seroconversión aumentó al 84.8%. Menor seroconversión se asoció a mayor dosis de prednisona basal (p 0.02). Dieciséis pacientes alcanzaron T4, conservando niveles de IgG anti S-RBD (med 915, RIQ 565-2110). Los 23 pacientes que tuvieron infección por SARS CoV-2 posterior a la vacunación presentaron síntomas leves.
CONCLUSIONES: Los pacientes vacunados con dos dosis presentaron una tasa de seroconversión del 70.5%, aumentando al 84.8% con dosis adicional. No hubo diferencias en la seroconversión entre pacientes con LES y otras enfermedades reumatológicas. La respuesta inmune humoral fue menor en pacientes con terapias biológicas y mayor dosis de prednisona. Seroconversión y títulos de anti S-RBD estuvieron asociados al tipo de vacuna aplicada, siendo Sinopharm la que presentó menor respuesta.

1930

MANIFESTACIONES EXTRARRENALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A ANTICUERPOS ANTI-C1Q POSITIVO CON O SIN COMPROMISO RENAL

Bley Jair ZÚÑIGA SUÁREZ, María Florencia Milesi, Lorena Arias, María Selva Pino, Ana Cecilia Battaglia, Marina García Carrasco, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) configura el paradigma de las enfermedades autoinmunes y presenta un curso fluctuante entre remisión y actividad. Se ha descripto un amplio espectro de autoanticuerpos (más de 200) dirigidos contra componentes intracelulares, extracelulares y antígenos de membrana celular (proteínas, ácidos nucleicos, nucleoproteínas, fosfolípidos, glicoproteínas y glicolípidos) además de otras moléculas, predominantes en plasma, como factores de complemento. C1q es la molécula de complemento más importante iniciadora de la vía clásica del complemento y clave en el "clearence" de inmunocomplejos y células apoptóticas. La disminución de C1q en LES está típicamente asociada a la acción y aumento de los anticuerpos anti C1q en el 20-50% de los pacientes con LES activo de cualquier causa y en el 100% de los que presentan "flare" renal. Si bien tener anti-C1q (+) implica mayor probabilidad de compromiso renal o de "flare" renal de tipo proliferativo, las evidencias en cuanto a predecir actividad global de la enfermedad en seguimiento longitudinal sigue siendo controversial.
OBJETIVOS: Describir las manifestaciones extrarrenales en pacientes con LES asociado a la presencia de anti-C1q.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES (ACR 1997/ y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019) atendidos en la Unidad de Lupus del Hospital de Clínicas "José de San Martín" y que tuvieran al menos una determinación de anti-C1q positiva (Quinta Lite anti-C1q ELISA INOVA Diagnostics ®). Se evaluaron las características clínicas asociadas a LES incluidas en score SLEDAI 2K, además de las características clínicas asociadas a LES no incluidas en el mismo. Criterios de exclusión: Pacientes con historia clínica incompleta o que tengan anti-C1q (-).
RESULTADOS: Se evaluaron 96 historias clínicas de pacientes con LES y anti-C1q positivo, se incluyeron 74 pacientes que se encontraban en seguimiento en la Unidad de Lupus. 65 (88%) eran mujeres. Edad media 26 años (DS +/- 12). Compromiso renal por biopsia: 50/74 (69%); NL clase IV 30 (40.5%), NL clase III 6 (8.2%), NL clase V 5 (8.1%), NL clase III/IV 3 (4.1%), NL clase II 2 (2.7%), NL clase II/IV 2 (2.7%), NL clase IV/V 2 (2.7%). Hematuria dismórfica 47/74 (63.5%). Proteinuria >0,5g/24hs: 48/74 (64.9%). SLEDAI 2K: Media: 4 DS+/-4. SLEDAI ≤4 43/74 (59%). SLEDAI 2K ≥4 y ≤12 30/74 (40%). SLEDAI 2K en última consulta ≥12: 1/74 (1%). Manifestaciones clínicas: artritis en 63/74 (85%), LCA 28/74 (78%), erupción nueva 48/74 (65%), úlcera mucosa 39/74 (52%), alopecia 37/74 (50%), pericarditis 24/74 (28%), derrame pleural en 16/74 (24%), LECSA 12/74 (16%), fiebre 6/74 (8%), valvulopatía 5/74 (7%), *livedo reticularis* 5/74 (7%), cefalea lúpica 4/74 (5%), intersticiopatía 3/74 (4%), pulmón encogido 3/74 (3%), infarto por vasculitis 2/74 (3%), vasculitis 2/74 (3%), convulsiones 2/74 (3%), síndrome orgánico cerebral 2/74 (3%), LCC 1/74 (1%), miositis 1/74 (1%) y uveítis 1/74 (1%). Laboratorio: linfopenia ≤1000 en 15/74 (20%), leucopenia ≤3000 14/74 (19%), plaquetopenia ≤100.000: 9/74 (12%) y anemia hemolítica en 7/74 (9%). Inmunoserología: FAN (+) 100%, aDNA: 58/74 (78%), C3 <90: 58/74 (78%), C4 <10: 50/74 (68%), aSM 47/74 (64%), aRo/SSA 30/74 (40%), aRNP 30/74 (40%), aLa/SSB 22/74 (30%), Inhibidor lúpico 10/74 (14%), B2GPI IgG 7/74 (9%), ACL IgG 6/74 (8%), ACL IgM 5/74 (7%), B2GPI IgM 5/74 (7%).
CONCLUSIONES: Encontramos mayor frecuencia de anti-C1q con compromiso mucocutáneo, articular y seroso (pleuropericarditis). El compromiso de órgano severo (excepto renal) fue infrecuente. Si bien la media de SLEDAI fue baja (60% de la muestra se encontraba en baja actividad) el 70% tenían en el momento o habían presentado compromiso renal. Nuestra cohorte de pacientes con anti-C1q presentó otros biomarcadores de actividad serológica (aDNA (+) e hipocomplementemia C3) en más del 75% de los casos quizás debido a sesgo de muestra (70% con historial o compromiso renal actual). Se necesitan más estudios longitudinales para determinar si anti-C1q puede asociarse a actividad global más allá de compromiso renal.

1932

ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ¿UN FENOTIPO INMUNOLÓGICO CARACTERÍSTICO?

Máximo COSENTINO[1], Anastasia Secco[2], Adriana Testi[1], Constanza Arguissain[2], Aixa Lucía Mercé[2], Lía Ingolotti[2], Julieta Morbiducci[2], Natalia Cucchiaro[3], Fernando Arizpe[1], Alan Raschia[1], Lucila García[1], Sinda Zalles[4], María de los Ángeles Correa[5], Sofía Ornella[1], Mercedes García[1]

[1]HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]HOSPITAL RIVADAVIA, [3]HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, [4]HOSPITAL BRITÁNICO, [5]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune, crónica y sistémica. La asociación de enfermedades autoinmunes en un paciente es común, y dentro de esto el SSp y las enfermedades tiroideas autoinmunes (ETA) son las más descriptas. La prevalencia reportada de ETA en SSp es entre 10-30%, siendo mayor que en los controles sanos, sin embargo, se encuentran escasos datos sobre las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con ambas entidades.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de ETA en pacientes con SSp en nuestra población, y sus características clínicas y de laboratorio. Comparar las características de pacientes con SSp y ETA vs SSp solo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico y de corte transversal. Pacientes mayores de 18 años con SSp según criterios Americano-Europeos de 2016, excluyendo aquellos que reciban o hayan recibido fármacos que causen disfunción tiroidea. ETA incluye pacientes con hipo/hipertiroidismo ya sea clínico o subclínico.
RESULTADOS: Se incluyeron 72 pacientes. El 93.1% eran mujeres, la media de edad al diagnóstico del SSp fue 45.6 (DE 14.5) años y 56.9% eran de etnia mestiza. La xeroftalmia, xerostomía y parotidomegalia estuvieron presentes en 95.8%, 88.9% y 25%, respectivamente. En cuanto a las variables serológicas se observó: FAN 98.6%, anti-Ro 83.3%, anti-La 43.6%, FR 52.8%, hipergammaglobulinemia (33/63) 52.4%, C3 bajo 12.5% y C4 bajo 19.4%. La media de ESSPRI al momento de la inclusión fue 4.1 (DE 2.4) y de ESSDAI 0 (RIC 0-5). La ETA estuvo presente en 29 (40.3%) pacientes, donde el 100% eran hipotiroidismo clínico. La positividad de los anticuerpos anti-TPO y anti-Tg fue, 16/52 (30.8%) y 9/36 (25%), respectivamente. En relación al momento del diagnóstico de la ETA se observó: en 48.3% previo al SSp con un promedio de 84.1 meses, 17.2% concomitante y 34.5% posterior a este con un promedio de 77.1 meses. En la Tabla se muestra el análisis bivariado entre pacientes con SSp con/sin ETA. En el análisis multivariado se encontró asociación significativa e independiente entre la presencia de ETA y la ausencia de FR (OR 0.12 IC95% 0.03-0.5, p< 0.003).

Variable	SSp sin ET n=43	SSp con ET n=29	p valor
Sexo femenino, n (%)	38 (88.4%)	29 (100%)	0.07
Edad al diagnóstico, años mediana (RIC)	44 (29-56)	50 (43-59)	0.05
HTA, n (%)	7 (16.3%)	7 (24.1%)	0.4
DBT, n (%)	0	4 (13.8%)	0.02
Dislipemia, n (%)	3 (7%)	7 (24.1%)	0.04
Xeroftalmia, n (%)	42 (97.7%)	27 (93.1%)	0.35
Xerostomía, n (%)	38 (88.4%)	26 (89.6%)	0.59
Parotidomegalia, n (%)	13 (30.2%)	5 (17.2%)	0.21
Tumefacción submaxilar, n (%)	7 (16.3%)	0	0.02
Artritis, n (%)	21 (48.8%)	10 (34.5%)	0.22
C. cutáneo, n (%)	11 (25.6%)	3 (10.3%)	0.09
Anemia, n (%)	9 (21%)	3 (10.3%)	0.19
Leucopenia, n (%)	6 (14%)	0	0.04
Trombocitopenia, n (%)	1 (2.3%)	1 (3.5%)	0.64
E. pulmonar intersticial, n (%)	4 (9.3%)	3 (10.3%)	0.59
C. renal, n (%)	5 (11.6%)	2 (6.9%)	0.41
S. nervioso periférico, n (%)	6 (14%)	1 (3.4%)	0.14
FAN +, n (%)	43 (100%)	28 (96.5%)	0.41
Anti-Ro +, n (%)	39 (90.7%)	21 (72.4%)	0.04
Anti-La +, n (%)	23 (53.5%)	8 (28.6%)	0.04
FR +, n (%)	32 (74.4%)	6 (20.7%)	<0.001
Hipergammaglobulinemia, n (%)	23 (67.6%)	10 (34.5%)	0.01
C3 bajo, n (%)	4 (9.3%)	5 (17.2%)	0.26
C4 bajo, n (%)	7 (16.3%)	7 (24.1%)	0.41
ERS, mmHg mediana (RIC)	29 (17-50)	22 (14-30)	0.05
PCR, mg/dl mediana (RIC)	2.6 (1-8.3)	1 (0.4-2.5)	0.02
TSH, mU/l mediana (RIC)	2.76 (1.4-3.4)	2.5 (1.5-3.7)	0.85
T4, U/l mediana (RIC)	1.1 (0.9-1.6)	1 (0.9-1.2)	0.51
Anti-TPO, mU/dl mediana (RIC)	5 (15.1%)	11 (58%)	0.01
Anti-Tg, mU/dl mediana (RIC)	3 (12.5%)	6 (50%)	0.02
ESSPRI, mediana (RIC)	4.6 (2.3-6.3)	4 (2-6)	0.41
ESSDAI, mediana (RIC)	2 (0-5)	0 (0-1)	0.13

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte la prevalencia de ETA en pacientes con SSp fue levemente superior a lo reportado en la literatura, siendo el hipotiroidismo clínico el diagnóstico en todos los casos. La frecuencia de anticuerpos tiroideos coincide con lo descripto previamente. Los pacientes con SSp y ETA podrían corresponder a un fenotipo de paciente de mayor edad, mayor número de comorbilidades y con una menor positividad de anti-Ro, anti-La y FR. Los pacientes con SSp y ETA mostraron una menor probabilidad de presentar FR positivo de forma significativa.

1934

EN LA PRÁCTICA DIARIA, ¿SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES EULAR 2019 PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN ADULTOS?

Erika PALACIOS SANTILLÁN, Diana Fernández-Ávila, Marina Scolnik, Javier Rosa, Nicolás Alvarado

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: La práctica clínica en SAF es muy variable debido a que es una enfermedad rara con gran heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas y de laboratorio, por lo que su abordaje terapéutico también ha sido muy diverso durante décadas. En 2019, EULAR desarrolló una guía de recomendaciones para la prevención y manejo del SAF en adultos que busca mejorar la práctica clínica diaria y la calidad de vida de los pacientes.
OBJETIVOS: Evaluar el cumplimiento de las nuevas recomendaciones EULAR 2019 para profilaxis primaria y secundaria en una cohorte de la vida real de pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF).
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, corte transversal, multicéntrico que incluyó pacientes del Registro de SAF de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se incluyeron mujeres y hombres adultos con SAF trombótico primario o secundario (criterios de Sidney), y pacientes portadores de perfil de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) de alto riesgo con manifestaciones no criterio o asintomáticos. Se realizó estadística descriptiva para resumir las características clínicas y demográficas en ambos grupos. Los eventos trombóticos fueron clasificados según el tipo y recurrencia. Se evaluó el tipo de tratamiento farmacológico para profilaxis primaria y secundaria, y se comparó con las nuevas recomendaciones EULAR 2019.
RESULTADOS: Se incluyeron 204 pacientes (78.9% sexo femenino, 65.7% SAF trombótico y 34.4% portadores de AAF). Los pacientes con SAF trombótico tuvieron más edad al momento de inclusión en el registro, al igual que más hipertensión arterial y dislipidemia comparados con los portadores de AAF (p<0.001 para todas las comparaciones), 55.7% de pacientes portadores de AAF fueron clasificados como perfil de alto riesgo; 56.1% de los pacientes con SAF trombótico y 69.6% de portadores aPL tuvieron otra enfermedad autoinmune asociada. El evento trombótico más frecuente fue de tipo venoso, y el evento único fue más frecuente que el recurrente. En cuanto al tratamiento farmacológico, 59% de portadores AAF con perfil de alto riesgo cumplían con las recomendaciones EULAR para profilaxis primaria, y 72.3% (en trombosis arterial), 66.7% (en trombosis venosa), y 88.9% (en trombosis arterial y venosa) cumplieron con las recomendaciones EULAR para profilaxis secundaria.

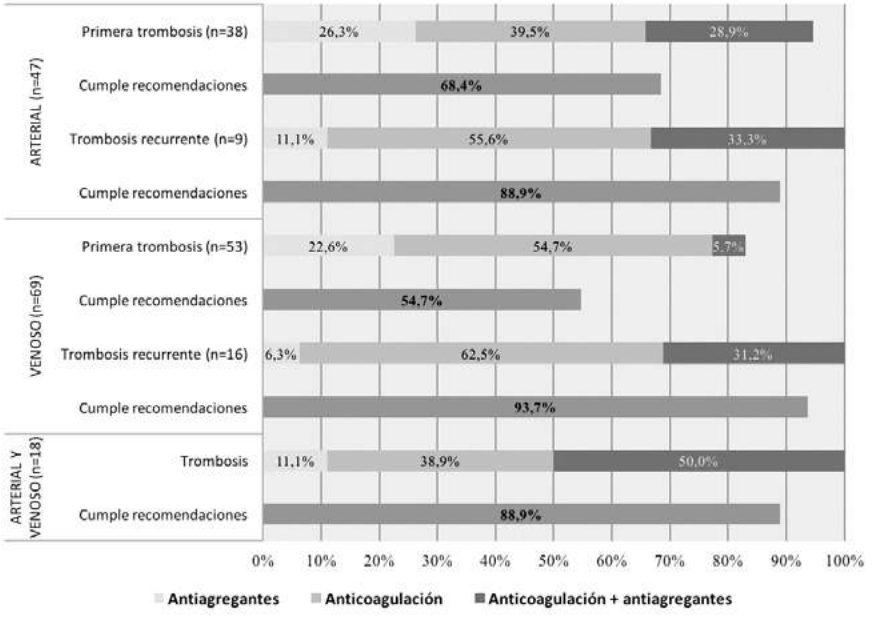


Figura: Cumplimiento de las recomendaciones EULAR 2019 en SAF.

Tabla: Características clínicas y demográficas basales.

Características	SAF trombótico (n=134)	Portadores aPL (n=70)	P	Total (n=204)
Edad de la fecha de inclusión en el registro, media (DE)	45.9 (14.4)	37.9 (12.7)	<0.001	41.8 (12.7)
Edad primer síntoma, media (DE)	36.0 (13.0)	29.3 (10.7)*	0.045	33.0 (11.4)
Sexo femenino n %(IC 95%)	104.77.6%	57.81.4%	0.650	161.78.9% (72.7-84.3)
Hipertensión arterial, N,%(IC95%)	46.34% (26.3-43.0)	12.7.1% (9.2-28.0)	0.016	58.28.4%
Diabetes n,%(IC95%)	75.522% (2.1-10.5)	2,2.9% (0.3-9.9)	0.802	9,4.4% (2.0-8.2)
Obesidad (IMC >30 kg/M^2)	28.21.2% (14.3-28.8)	15.22.4% (12.5-32.9)	0.948	43.21% (15.7-27.3)
Historia de tabaquismo , %(IC95%)				
Nunca	96.71.6% (63.2-79.1)	54.78.3% (65.5-68.3)		150.73.5% (66.9-79.4)
Exfumador	17.12.7% (7.6-19.5)	7.10.0% (4.1-19.5)		24.118% (7.7.17.0)
Fumador activo	13,9.7% (5.3-16.0)	3,4.3%		16.7.8% (4.5-12.4)
Desconocido	8,6.0%	6. 45% (1.7-9.5)		14, 6.9% (3.8-11.2)
Enfermedad autoinmune asociada, n %(IC95%)	69/123,58.1%	48/69,69.6% (57.3-80.0)		117/192, 60.9% (53.6-68.0)
Lupus eritematoso sistémico	80.0% (69.2-88.3)	87.2% (74.2-95.2)	0.337	82.8% (75.0-89.0)

CONCLUSIONES: Las recomendaciones EULAR 2019 para profilaxis primaria y secundaria fueron moderadamente aplicadas, con una mejor intervención en pacientes con eventos arteriales y recurrentes.

¿ES FRECUENTE LA SINOVITIS PERIPROTÉSICA DE RODILLA EN ARTRITIS REUMATOIDEA?

Luis PALOMINO ROMERO, Javier Rosa, Johana Zacariaz, Enrique Roberto Soriano, Josefina Marin, Nicolás Alvarado, Natalia Rius, Alfredo Vargas Caselles

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Habitualmente se piensa que en la artroplastia total de rodilla (ATR) se extrae todo el tejido sinovial y por ende los pacientes con artritis reumatoidea (AR) no deberían desarrollar sinovitis en esa articulación. Sin embargo, existen reportes de derrame periprotésico en pacientes con AR que se han sometido a cirugía de reemplazo articular.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de sinovitis periprotésica (SPP) por ultrasonografía (US) en pacientes con AR.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes adultos con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) y antecedentes de ATR. En cada paciente se evaluaron 12 articulaciones por US, incluyendo la articulación reemplazada, siguiendo el *score* de Naredo y col. Se definió como sinovitis ecográfica a la presencia simultánea de distensión de la cápsula articular (DCA) y señal Doppler de poder (SD) de grado 1, o a la presencia aislada de DCA grado ≥2 o SD grado ≥2. Al momento de realizar la US se recopilaron los datos clínicos, demográficos y relacionados con la AR. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon las características de los pacientes con y sin SPP.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes, 80% mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de AR de 53 años (RIC 39-64), y una mediana de seguimiento de 18 años (RIC 7-26), desde el diagnóstico de AR hasta el momento de la US. 10 pacientes (33,3%, IC 95% 17,3-52,8) presentaron SPP; 12 pacientes tuvieron reemplazo bilateral de rodilla, de ellos el 25% (IC95% 5,5-57,2) presentó SPP bilateral. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin SPP, aunque numéricamente hubo una tendencia a mayor puntaje ecográfico en el *score* de Naredo en los que tenían reemplazo articular (Tabla). De las 42 prótesis de rodilla evaluadas, el 33% presentó SPP, el 55% resultó normal y un 12% presentó alguna alteración en la US sin alcanzar la definición de sinovitis (Figura).

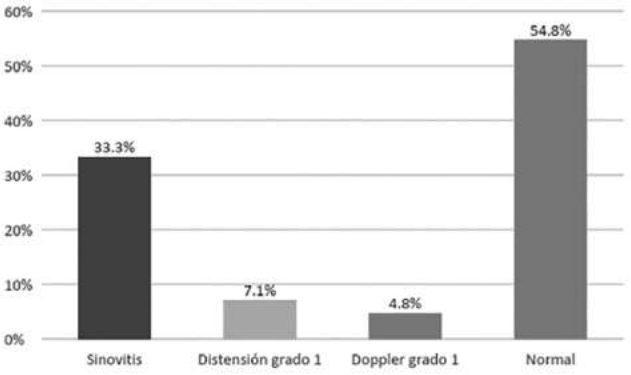


Figura: Hallazgos ultrasonográficos en las prótesis de rodilla (n=42).

Tabla: Características clínicas y demográficas de los pacientes según la presencia de sinovitis periprotésica (SPP).

Características	AR sin SPP	AR con SPP	p valor
Sexo femenino, & (IC95%)	75 (50.9-91.3)	90 (55.5-99.7)	0.63
Edad al diagnóstico AR (años), mediana (RIC)	55.3 (38.9-68.9)	49.6 (41.5-57.7)	0.23
Edad al momento de la US (años), mediana (RIC)	73.5 (64.6-79.6)	72 (63.7-74.2)	0.35
Retraso diagnóstico (meses), mediana (RIC)	4 (1.8-12.6)	6.6 (1.8-13.2)	0.76
HTA, % (IC95%)	55 (31.5-76.9)	70 (34.7-93.3)	0.69
Diabetes, % (IC95%)	5 (0.1-24.9)	10 (0.2-44.5)	1
Enfermedad cardiovascular (IC95%)	10 (1.2-31.7)	0	0.54
Dislipemia, %(IC95%)	5 (0.1-24.9)	0	1
Tabaquismo (alguna vez), %(IC95%)	30 (11.9-54.3)	30 (6.7-65.2)	1
Forma de inicio de la AR, %(IC95%) Oligoarticular Poliarticular	 20 (5.7-43.7) 75 (50.9-91.3)	 30 (6.7-65.2) 70 (34.7-93.3)	 0.67
Factor reumatoideo %(IC95%) Positivo Negativo	 85 (62.1-96.9) 0	 60 (26.2-87.8) 20 (2.5-55.6)	 0.09
Antipéptido citrulinado, %(IC95%) Positivo No disponible	 60 (36.1-80.9) 25 (8.7-49.1)	 30 (6.7-65.2) 40 (12.2-73.8)	 0.34
Seropositividad (FRy/o ACPA), %(IC95%)	85 (62.1-96.9)	70 (34.7-93.3)	0.37
DAS28 VSG al momento de la US, %(IC95%)	3.7 (2.7-5.1)	3.85 (2.9-4.75)	0.98
HAQ al momento de la US, mediana (RIC)	0.75 (0.375-1.375)	1.125 (0.375-2.125)	0.48
Corticoides previos, %(IC95%)	17 (62.1-96.9)	90 (55.5-99.7)	1
DMARDs convencionales al momento de la US, %(IC95%) Ninguno Metrotexato Leflunomida Hidroxicloroquina Combinación	 30 (11.9-54.3) 55 (31.5- 76.9) 5 (0.1-24.9) 0 10 (1.2-31.7)	 30 (6.7-65.2) 40 (12.2-73.8) 10 (0.2-44.5) 10 (0.2-44.5) 10 (0.2-44.5)	 0.67

Características	AR sin SPP	AR con SPP	p
Biológico al momento de la US, %(IC95%)			
Ninguno	40 (19.1-63.9)	20 (2.5-55.6)	
Anti TNF	30 (11.9-54.3)	40 (12.2-73.8)	
Abatacept	10 (1.2-31.7)	0	0.47
Tocilizumab	0	10 (0.2-44.5)	
Rituximab	5 (0.1-24.9)	0	
Inhibidores de Jak	15 (3.2-37.9)	30 (6.7-65.2)	
Biológico en monoterapia, %(IC95%)	30 (19.1-63.9)	30 (6.7-65.2)	1
Tiempo entre el diagnóstico de AR y el 1° reemplazo de rodilla (años, mediana (RIC)	5.9 (-1.5-15.4)	13.8 (0.29-19.3)	0.33
Score de Naredo, mediana (RIC)	9 (4-15)	13 (8-18)	0.16

CONCLUSIONES: Un tercio de los pacientes con AR y ATR presentaron SPP, y 12% presentaron al menos grado 1 de DCA y/o SD.

1936

IMPACTO DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Rosario Jaldin Céspedes, Laura Cuellar, Facundo Salvatori, Sebastián Magri, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Los niveles de hemoglobina pueden variar por diferentes razones en enfermedades crónicas. En la APs se puede deber a la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y/o los tratamientos.
OBJETIVOS: Evaluar la correlación entre los niveles de Hb al diagnóstico de APs y diferentes estimadores numéricos de la enfermedad, y analizar la asociación de variables con valores bajos de Hb.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de APs realizado entre 2017 y 2021. Se les realizó al basal a todos los pacientes: analítica sanguínea, Rx manos y pies, ecografía articular y entesis, se consignaron datos sociodemográficos, nivel de educación y hábitos. Síntomas APs, edad de inicio, demora al diagnóstico, características de EspA, VAS de dolor y actividad de la enfermedad, tiempo de rigidez matinal, HAQ, DAPSA, MASES y HAQ. El evaluador de los síntomas desconocía el resultado de los estudios complementarios que fueron recabados por otro observador. En la misma visita se consigno valor de hemoglobina y se estableció como valor de corte para Hb baja menor a 13. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi^2 y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa), se realizó correlación de Pearson y Sperman.
RESULTADOS: Se incluyeron 64 pacientes con diagnóstico resiente de APs, cuyas características se resumen en la Tabla. Se observó una correlación negativa con los valores de PCR mg/L (Coef. Corr: -0.31, p 0.01) y ERS (Coef. Corr: -0.61, p 0.001). La prevalencia de valores de Hb menores a 13 fue del 50%, respecto a las variables asociadas en Hb menor a 13 las con diferencia estadística fueron: sexo femenino (70% vs 22% p 0.001), número de articulaciones inflamadas (2.8 vs 0.96 p 0.05) y PCR (2.9 vs 6.3 p 0.001). En el análisis de regresión logística las dos variables que se asociaron en forma independiente con Hb baja (menor a 13) fue el sexo femenino (OR 26 IC95% 5-131) y el valor de la PCR (OR 0.8 IC95% 0.71-0.94).

Artritis psoriásica,	n=64
Edad (años), media (DE)	50.4 (12.6)
Femenino, %	56.8
Psoriasis familiar, %	26.1
Psoriasis cutánea, %	70.9
EVA global del paciente (0-100), media (DE)	56.8 (23.1)
Articulaciones dolorosas (28), media (DE)	2.8 (2.6)
Articulaciones inflamadas (28), media (DE)	1.5 (2.1)
VSG, media (DE)	21.3 (17.4)
PCR, media (DE)	5.4 (6.6)
DAPSA, media (DE)	14.1 (7.2)
HAQ, media (DE)	0.7 (0.4)
Erosiones óseas radiográficas, %	39.2
Sinovitis ecográfica con señal Doppler de potencia positiva, %	33.7
Entesitis clínica %	40%
Eco entesis+ %	57%

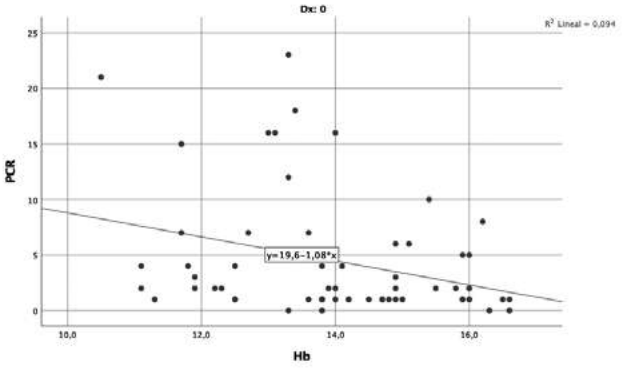


Figura: Correlación PCR y HB - APs.

CONCLUSIONES: Los valores de Hb correlacionaron en forma negativa con los niveles de PCR al diagnóstico de APs, a su vez niveles bajos de Hb se asociaron en forma independiente con los altos valores de PCR y el sexo femenino. Comentario: se podría evaluar en un futuro *scores* de actividad que incluyan este valor sustituyendo la PCR.

1939

ANORMALIDADES DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA ASOCIADAS A COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

María Milena PERTUZ REBOLLEDO, Tamara Arias, Cecilia Battaglia, María Marta Piskorz, Jorge Olmos, Gustavo Medina, María José López Meiller

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad heterogénea, autoinmune, caracterizada por daño vascular y fibrosis. Se clasifica en tres subtipos: difusa (dcSSc), limitada (lcSSc) y sin esclerodermia, siendo el compromiso gastrointestinal (GI) y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) frecuentes en todos. La afección GI puede verse hasta en 90% de los pacientes y anomalías de motilidad esofágica entre 50 y 90%. La manometría esofágica de alta resolución (MEAR) es la herramienta diagnóstica más utilizada para objetivar los desórdenes funcionales del esófago. El compromiso pulmonar se observa en el 80% de las tomografías de tórax de alta resolución (TACAR), solo 40% sintomáticos. Los mecanismos fisiopatológicos de la EPI siguen siendo desconocidos en la ES. Se ha propuesto que las anomalías de la peristalsis esofágica como la hipotensión del esfínter esofágico inferior (EEI) y peristalsis inefectiva pueden provocar un daño histológico en el pulmón inducido por microaspiraciones de contenido gástrico en el tracto respiratorio.
OBJETIVOS: Describir la asociación entre anormalidades de la motilidad esofágica medidas por MEAR y el compromiso pulmonar intersticial en pacientes con diagnóstico de ES.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal, incluyó pacientes seguidos entre 2005-2021, en la División Reumatología, mayores 18 años, con diagnóstico de ES (criterios 2013 ACR-EULAR) y que tuviesen realizada una MEAR. Los trastornos motores se definieron por la clasificación de Chicago v3.0 en: peristalsis normal, Hipotensión del EEI, peristalsis débil o inefectiva y ausencia de contractibilidad. Se excluyó: esófago de Barrett, neoplasias, anormalidades mecánicas congénitas, quemaduras por cáusticos o denervación de musculatura esofágica y antecedente de cirugía gastrointestinal esofágica. Se analizaron: datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad, características clínicas de la enfermedad, EPI (definido por TACAR) y examen funcional respiratorio (CVF y DLCO menor 80%). Análisis estadístico: Se calculó porcentaje, media (DS) o mediana (RIQ) para análisis descriptivo y para el análisis de asociación se utilizó chi cuadrado, T student o ANOVA y kruskal wallis o U de mann whitney de acuerdo a cada tipo y distribuciòn de variables. Análisis multivariado por modelo de regresión. Valor de p<0.05 estadísticamente significativo.
RESULTADOS: De 250 pacientes con ES, 60 cumplieron criterios de inclusión. 55 (91.6%) mujeres, edad media de 62 años, y mediana de duración de la enfermedad 11 años (RIC 6.5-16.5). Fenómeno de Raynaud 58 pacientes (96.6%). lcSSc 43 (71.6%), dcSSc 14 (23.3%) y sin esclerodermia 3 (5%). Anticuerpo anticentrómero (ACA) 19 pacientes (52,7%), Anti-SCL 70: 15 (30%) y RNA pol III: 2 (3.4%). Síntomas GI: RGE 64.4%, disfagia 49.1%, regurgitación 37.2%, incontinencia 15.2%, constipación 13.5% y diarrea 10.3%. Resultado MEAR: normal 15 pacientes. Hipotonía del EEI 28 pacientes (46.6%), ausencia de contractilidad 24 (40%), peristalsis inefectiva 16 (26.6%) y ausencia de contractibilidad combinado con hipotonía del EEI 16 (26.6%); 30.2% de pacientes con lcSSc tenían hipotonía del EEI y ausencia de contractibilidad Vs 21.4% en dcSSc. Compromiso pulmonar: EPI 27 pacientes (45%), 18 (30%) FVC < 80%, media de FVC 87%, de VEF1 79.8% y DLCO 75.9%. De los pacientes con EPI, 12 tenían subtipo difuso. 8/15 pacientes con MEAR normal y 19/45 con MEAR alterada tenían EPI (p= 0.65). MEAR alterada: valor de FVC <80% en 15 pacientes (33%) (p=0.51), media de FVC 86.7%, de VEF1 78.4% y DLCO 72.9%. Se encontró una relación positiva entre el grupo de pacientes con hipotonía del EEI y ausencia de contractibilidad y valores de FVC <80%, VEF1 y DLCO (p<0.05). En el análisis multivariado, se observó asociación estadística entre los tipos de alteraciones en MEAR y valores de FVC <80% (p=0.01). No se observó asociación entre las alteraciones manométricas y la EPI diagnosticada por TACAR.
CONCLUSIONES: Encontramos en este estudio relación entre hipotonía y ausencia de contractilidad esofágica con valores de función pulmonar. Establecer una posible relación causal entre la afección esofágica y pulmonar sería interesante debido al posible rol del esófago en la fisiopatología del compromiso intersticial. Un cambio en la terapéutica de los síntomas esofágicos y los hallazgos en MEAR podrían disminuir la morbimortalidad relacionada a la afección pulmonar en estos pacientes.

1940

ARTRITIS REUMATOIDEA DIFÍCIL DE TRATAR. NUESTRA EXPERIENCIA

Cecilia Asnal, Cristina Amitrano, Catherine Crow, Alejandro Nitsche, **Paula PUCCI**

HOSPITAL ALEMÁN

INTRODUCCIÓN: Recientemente el grupo EULAR definió a la artritis reumatoidea (AR) difícil de tratar (AR D2T) como aquella que cumple con 3 criterios: 1) falla a tratamiento según recomendaciones EULAR con DMARDs convencionales, salvo su contraindicación, y que también falla a 2 o más biológicos o drogas sintéticas contra el target, con diferentes mecanismos de acción; 2) al menos un signo de actividad o de progresión de la enfermedad; 3) su manejo es considerado problemático por el médico y/o el paciente. Se estima que alrededor del 5-20% de los pacientes con AR se comportan como AR D2T, siendo importante en este subgrupo reevaluar el diagnóstico, evaluar las comorbilidades y redefinir el tratamiento integral.
OBJETIVOS: Describir y analizar la frecuencia y las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de D2T en nuestra población de pacientes con AR tratados con fármacos biológicos y drogas sintéticas en el Hospital Alemán.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, analítico, observacional de corte transversal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes del Plan Médico del Hospital Alemán con diagnóstico de AR (según criterios ACR/EULAR 2010) que se encontraban en tratamiento con drogas biológicas y/o pequeñas moléculas, en seguimiento regular por el Servicio. Se consideró como período de evaluación para la inclusión de los pacientes, desde el 01 de agosto de 2021 al 31 de julio de 2022. Los datos fueron recolectados de la historia clínica informatizada del Hospital, y fueron analizados con STATA (versión 14). Las variables numéricas continuas se expresaron como media y desvío estándar, en caso de distribución normal, y como mediana y rango intercuartil en caso de distribución no normal. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes. En el análisis de las variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher. Las variables analizadas fueron sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, comorbilidades, número de biológicos y/o drogas sintéticas utilizadas a lo largo del tratamiento, biológico utilizado actualmente, biológicos previamente utilizados, tratamiento concomitante con metotrexato, valor de eritrosedimentación, PCR, positividad para anticuerpos: látex, FAN y anticitrulina, en el caso de este ultimo se evaluó el título, considerándose como elevado valores iguales o mayores a 60 UI (siendo 20 UI el valor de corte informado como positivo por el laboratorio del hospital).

RESULTADOS: Se incluyeron 34 pacientes con AR en tratamiento con drogas biológicas y/o pequeñas moléculas, 32 mujeres (94%), con una edad media de 66 años, y de 12 años promedio de evolución de la enfermedad, de los cuales 14 recibieron 2 o más biológicos o pequeñas moléculas (41%), los biológicos actuales más utilizados fueron etanercept, seguido por certolizumab y adalimumab con igual frecuencia; y dentro de los biológicos previamente utilizados: etanercept en primer lugar, seguido por tofacitinib, y luego infliximab y adalimumab. En 13 pts se cumplieron criterios de D2T (38.2% de los pacientes tratados con biológicos y/o pequeñas moléculas), 5 tuvieron ACCP negativo (14%) y 28 (80%) presentaron ACCP a títulos elevados. 64% (22 pacientes) tenían VSG elevada, 88% (30 pacientes) látex positivo, 41% (14 pacientes) FAN positivo. 20 pacientes se encontraban en tratamiento con metotrexato (58.8%). 12 pacientes (35%) presentaron hipotiroidismo como comorbilidad. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre AR D2T y título de ACCP elevado. (p=0.0000, test de Fisher).
CONCLUSIONES: Nuestros pacientes con D2T tienen más de 10 años de evolución de enfermedad, y títulos más elevados de anticuerpo anticitrulina. Es probable que los pacientes con AR de larga data hayan recibido tratamientos menos eficaces, por diversos motivos, como la menor cantidad de fármacos disponibles y los diferentes criterios de aprobación de los mismos por las entidades regulatorias. Es importante definir el grupo de pacientes con AR D2T para evaluar nuevas terapias, identificar comorbilidades y adoptar conductas dirigidas a un tratamiento integral de los pacientes.

1941

ARTRITIS REUMATOIDEA: REPERCUSIÓN EN LOS FAMILIARES DE QUIENES LA PADECEN

Patricia FARFÁN ROJAS[1], Pamela Sabrina Yujra Ventura[1], Joan Manuel Dapeña[1], Eliana Rebecca Serrano[1], Juan Manuel Bande[1], María Alejandra Medina[1], Diana Silvia Klajn[1] José Ángel Caracciolo[1], Julia Sosa[2], María Paula Kohan[2], Claudio Orquera[3], Silvia Beatriz Papasidero[1]

[1]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, [2]HOSPITAL RAÚL F. LARCADE, SAN MIGUEL, [2]SANATORIO LA TRINIDAD DE MITRE

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoidea (AR) puede comprometer aspectos físicos, psicológicos y sociales de los pacientes, incluyendo su entorno familiar. El Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA) es un cuestionario autoadministrado de 20 preguntas. Evalúa 4 áreas: socioeconómica, sociopsicológica, funcionamiento familiar y estado de salud. Presenta un puntaje global de 20-100 y un puntaje por área; además cada ítem puede ser valorado como repercusión favorable o desfavorable. Se considera que existe repercusión familiar con valores ≥a 21, clasificándose la misma en leve, moderada, elevada y severa. En nuestro conocimiento no se han desarrollado en nuestro medio trabajos que aborden el impacto de la AR sobre la familia.
OBJETIVOS: Describir la repercusión de la enfermedad sobre los familiares de los pacientes con AR. Determinar la asociación del puntaje final y por área con características sociodemográficas del paciente y su familiar; características de la enfermedad, clinimetría, ansiedad, depresión y tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico de corte transversal, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥de 18 años con diagnóstico de AR (ACR-EULAR 2010) y familiares ≥de 18 años. Se excluyeron aquellos con dificultades para la lecto-comprensión. Se recolectaron datos sociodemográficos del paciente y su familiar; características de la AR, clinimetría y tratamiento actual. Los pacientes completaron *Health Questionnaire-9* (PHQ9) y *General Anxiety Disorder-7* (GAD7). Los familiares más allegados completaron el IRFA. Estadística descriptiva. Se compararon los puntajes del IRFA con las características sociodemográficas de los pacientes y sus familiares. Se utilizó pruebas de chi^2, Fisher, T de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró significativa p≤0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 62 pacientes de 3 centros. El 79% fueron mujeres con una edad media de 56.4 años (DE 12.9). La mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 83.5 meses (RIC 46-146). El 91.4% eran seropositivos para FR y 89.3% para ACPA. El 75.8% tenía enfermedad erosiva, 16% nodular y 36.5% otras manifestaciones extraarticulares. Un 50% no tenía cobertura de salud, 43% poseía certificado de discapacidad y 37% trabaja. La mediana del DAS-28 fue de 3.1 (RIC 2.4-4.3), SDAI de 10.6 (RIC 3.3-16), HAQ-A de 1 (RIC 0.3-1.4) y *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis II* (QOL-RA II) de 6.8 (RIC 5.9-7.6). La mediana del PHQ9 fue de 5.5 (RIC 2-9) y del GAD7 de 4,5 (RIC 2-9). Un 24.2% presentó depresión y 24.2% ansiedad. El 51.6% recibía glucocorticoides, 88.7% drogas modificadoras de la AR sintéticas convencionales, 30% biológicos y 11.3% sintéticos dirigidos. De los 62 familiares incluidos, 58% eran mujeres, con una edad media de 46.9 años (DE 17.3). Un 69.3% tenían trabajo, 87% vivían con su familiar y 72.6% era el cuidador de su familiar. En cuanto al grado de parentesco, 46.8% eran cónyuges y 38.7% hijos. La mediana del puntaje global del IRFA fue 43.5 (RIC 31-54) y el grado de repercusión, fue leve en el 37.1%, moderado en 37.1%, elevado en 17.7% y sin repercusión en 8%. La mediana del puntaje por áreas del IRFA fue socioeconómica 7 (RIC 4-9), sociopsicológica 19 (RIC 13-25), funcionamiento familiar 14 (RIC 11-22) y estado de salud 1 (RIC 1-3). La valoración global fue favorable en el 59.8% de los familiares y 71% valoró positivamente el área de funcionamiento familiar. Fueron desfavorables las áreas: socioeconómica (50%) y sociopsicológica (46.8%). El 40.3% no consideró que hubiese repercusión en el área de salud. Se evaluó la asociación del IRFA con características de los pacientes y sus familiares, observándose mayor repercusión sobre los familiares varones en el puntaje global (p=0.02) y en las áreas socioeconómica (p=0.02), sociopsicológica (p=0.01) y funcionamiento familiar (p=0.04). Además, correlacionó con el SDAI en el puntaje global (p=0.04), área socioeconómica (p=0.045) y sociopsicológica (p=0.037). No tener certificado de discapacidad se asoció a mayor puntaje en el área de salud (p=0.02).
CONCLUSIONES: En los familiares de los pacientes evaluados, observamos que la AR tuvo impacto negativo sobre las áreas socioeconómica y sociopsicológica. Sin embargo, se constató un impacto positivo tanto en el puntaje global como en el área del funcionamiento familiar. Las diferentes áreas correlacionaron con familiares varones, poseer certificado de discapacidad y el grado de actividad según SDAI.

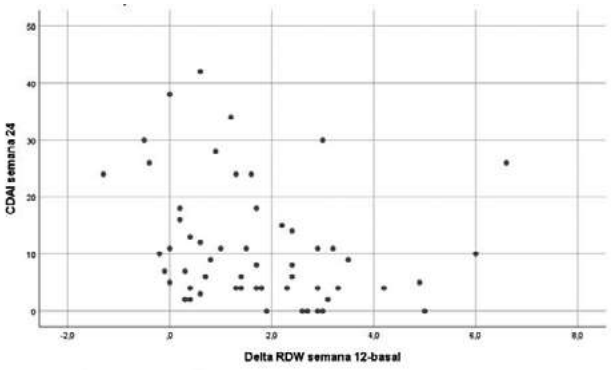
1942

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO COMO PREDICTORES DE RESPUESTA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS PRELIMINARES

Ramiro Adrián GOMÉZ[1], Alejandro Benítez[1], Claudia Peón[1], María Julieta Gamba[1], Andrea Federico[2], Ezequiel Klimovsky[2]

[1]HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS, [2]K&H CONSULTING SAS

INTRODUCCIÓN: El manejo de la artritis reumatoidea (AR) se basa en la estrategia "*treat to target*" para lograr la remisión o baja actividad de enfermedad. El metotrexato (MTX) es un tratamiento fundamental, logrando el objetivo terapéutico en los primeros meses en 25-40% de los pacientes. Actualmente no es posible determinar qué pacientes fallarán, exponiéndolos a terapias inefectivas. Los biomarcadores son útiles para la medicina de precisión y han sido decisivos en el desarrollo de nuevas estrategias en otras especialidades. Sin embargo, hasta ahora no contamos con biomarcadores que nos permitan prever el desenlace de los tratamientos en AR. El MTX, un antifolato, podría modificar el ancho de distribución eritrocitaria (RDW) y volumen corpuscular medio (VCM), y trabajos previos han mostrado una asociación entre estos parámetros y la respuesta a MTX.
OBJETIVOS: Relacionar RDW y VCM entre visita basal y semana 12 (w12) con la baja actividad/remisión de enfermedad medido por CDAI en semana 24 (w24) en pacientes con AR tratados con MTX. Secundarios: Describir proporción de baja actividad/remisión (CDAI) en w24; describir respuestas CDAI 50/70/85 en w12 y w24; caracterizar seguridad de MTX; relacionar RDW y VCM entre visita basal y w12 con la baja actividad/remisión por DAS28VSG en w24.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retroprospectivo, analítico, observacional en pacientes consecutivos con AR (ACR/EULAR 2010) ≥18 años de edad. Se evaluaron datos demográficos, tiempo de evolución de enfermedad, comorbilidades, factor reumatoideo, péptido citrulinado cíclico y enfermedad nodular y/o erosiva. En semanas 0, 4, 12 y 24 se registró VCM, RDW y eritrosedimentación, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, escala visual análoga (EVA) dolor del paciente, EVA global del paciente y del médico, tratamientos, DAS 28VSG y CDAI y se recabaron datos de seguridad. Se realizó revisión de historias clínicas de pacientes con AR atendidos en nuestro centro y se incluyeron retrospectivamente los que reunieron criterios de inclusión.
RESULTADOS: Se reportan resultados preliminares; muestra de 64 pacientes que completaron seguimiento a w24. El 84.4% femeninos, edad mediana 50,5 años (RIQ 38-57), con 12 meses promedio de evolución de enfermedad (el 25%, n=16, <1 mes de evolución). Con alta prevalencia de FR+ (84.1%, n=53) y aCCP+ (81.4%, n=48) y erosiones en 24%. Mediana CDAI 29.5 (RIQ 17.3-36), 94% en moderada/alta actividad basal. El 31.3% había recibido previamente MTX. El 87.5% recibía esteroides en consulta basal. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (17.2%, n=11) e hipertensión arterial (23,4%, n=15). RDW medio basal 14,1 (RIQ 13,3-15,4). El incremento entre valor basal y de semanas siguientes (15,4, 15,8 y 15,0 respectivamente) es estadísticamente significativo (p< 0,001). Correlación entre RDW y CDAI w24: incremento en RDW asociado a descenso en CDAI (Rho= -0.312; p=0.017). VCM medio basal 86,5 (RIQ 84,2-89,9). El incremento entre valor basal y de semanas siguientes (87,6, 89,5 y 90,5 respectivamente) es estadísticamente significativo (p<0,001). La correlación entre VCM y CDAI w24 no fue estadísticamente significativa. El 56.3% alcanzó baja actividad/remisión (CDAI) en w24. Las respuestas CDAI 50/70/85 fueron alcanzadas por 68.8/42.2/26.6% en w12 y 70.3/46.9/23.4% en w24. El 56.3% (n=36) de los pacientes presentaron 45 eventos adversos; más frecuentes fueron intolerancia digestiva, COVID y aumento de transaminasas. Registramos 2 eventos adversos serios, 1 IAM y 1 secundarismo pulmonar. La correlación entre RDW y DAS28 w24 mostró una correlación de sentido negativo, baja-moderada intensidad, con significación estadística (Rho= -0.308; p= 0.021). La correlación entre VCM y DAS28 w24 no fue estadísticamente significativa (Rho=0.032; p=0.814).



Rho de Spearman= -0.312; p=0.017.

Figura: Delta RDW por CDAI en semana 24.

CONCLUSIONES: Presentamos datos preliminares de poco más de la mitad de la muestra final estimada. Encontramos buena frecuencia de pacientes que alcanzaron objetivos de tratamiento con MTX y esteroides a 6 meses, sin nuevas señales de seguridad. Trabajos previos mostraron asociación entre RDW y respuesta EULAR en pacientes con AR tratados con MTX. Encontramos datos similares, aunque la falta de significación estadística en la semana 24 podría deberse a la baja cantidad de pacientes de estos resultados parciales. Los resultados finales aportarán información importante del uso de VCM/RDW como biomarcadores y en general del uso de MTX en AR en entornos de mundo real.

TRATAMIENTO DE UVEÍTIS POR ENFERMEDAD DE BEHCET EN ARGENTINA: FACTORES ASOCIADOS A REMISIÓN Y ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EULAR 2018

Máximo COSENTINO[1], Claudia Pena[1], Ignacio Gandino[2], María Constanza Baretto[2], Belén Virasoro[3], Lucila García[1], Marina Scolnik[4], Ariana Ringer[5], Carlos Siegrist[5], Brian Abdala[6], Serenela Chullibert[6], Marina Dalpiaz[7], Ariel Schlaen[8], Natalia Vanegas[8], Claudia Alanez[8], Milagros Heredia[8], Graciela Rodríguez[1], Gabriela Armas[1], Mercedes García[1]

[1]HOSPITAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ, [3]CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (CEA), [4]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [5]CLÍNICA DE MEDICINA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, [6]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, [7]HOSPITAL CHURRUCA VISCA, [8]HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis sistémica tanto venosa como arterial de etiología desconocida. El compromiso ocular se presenta entre 40-70% de los pacientes, y es la principal causa de morbilidad. La uveítis es la presentación clínica ocular más frecuente, con una prevalencia que puede llegar hasta el 90% de los casos, afectando tanto al segmento anterior como posterior del ojo. El 16-25% termina en la ceguera, por lo que es fundamental su detección temprana y tratamiento.

OBJETIVOS: Describir las características de uveítis en la EB, las líneas terapéuticas utilizadas, y comparar los factores asociados a remisión de uveítis al primer esquema terapéutico. Evaluar adherencia a las recomendaciones EULAR 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte retrospectivo. Pacientes mayores de 18 años con EB según criterios ICBD 2014 y uveítis según los criterios de la nomenclatura estandarizada de uveítis (SUN). Se definió remisión si el paciente cumplía criterios SUN de remisión ocular y si el reumatólogo no tuvo que cambiar el inmunosupresor por compromiso extraocular.

RESULTADOS: Se incluyeron 55 pacientes, el 69.1% eran hombres, con una media de edad al diagnóstico de EB 33.7 (DE 11.4) años, media de edad de presentación de uveítis de 37.1 (DE 19.6) años y mediana de seguimiento de 2.5 (RIC 7.2) años. El HLA-b51 fue positivo en 13/15 (86.7%). La presentación más frecuente fue panuveitis (49%), de forma bilateral (69.1%) y crónica (59.6%); el tratamiento más utilizado de primera línea fue azatioprina (45%). Treinta y un pacientes respondieron al primer esquema terapéutico mientras que 24 fueron refractarios. Las presentaciones agudas respondieron mejor al esquema terapéutico inicial (p=0.01) y el antecedente de trombosis se asoció con mayor refractariedad (p=0.03). En la Tabla se muestran las características de la población total y la comparación en cuanto a remisión o refractariedad a la primera línea terapéutica. En relación al año de diagnóstico de las uveítis, 21 casos fueron posterior a la publicación de las recomendaciones, y la adherencia en cuanto a la primera línea se observo en el 66.7%. A su vez, se efectuó una comparación para saber si los médicos que adhirieron a las recomendaciones EULAR tenían mayor probabilidad de remisión, no dando estadísticamente significativo (66.7% vs 42.9%; p0.99). Se observaron secuelas en 11/44 pacientes: 1 glaucoma, 3 cicatrices retinianas, 3 cegueras y 4 cataratas.

Tabla: Características generales y análisis bivariados.

Características	Total n=55	Remisión al primer esquema n=31 (56.4%)	Refractario al primer esquema n=24 (43.6%)	p valor
Sexo masculino, n (%)	38 (69.1)	24 (77.4)	14 (58.3)	0.12
Edad al diagnóstico de Behcet, media (DS)	33.7 (11.4)	30.9 (7.1)	36.2 (13.9)	0.13
Edad al diagnóstico de uveítis, media (DS)	37.1 (19.6)	34.4 (18.2)	40.4 (20.9)	0.26
U. Anterior, n (%)	18 (32.7)	12 (38.7)	6 (25)	0.28
U. Intermedia, n (%)	9 (16.4)	6 (19.3)	3 (12.5)	0.49
U. Posterior, n (%)	1 (1.8)	1 (3.2)	0	0.99
Panuveítis, n (%)	27 (49.1)	12 (38.7)	15 (62.5)	0.08
Bilateral, n (%)	38 (70.4)	19 (61.3)	19 (82.6)	0.13
Súbita, n (%)	21 (46.7)	7 (33.3)	14 (58.3)	0.09
Aguda, n (%)	15 (28.8)	13 (41.9)	2 (8.3)	0.01
Crónica, n (%)	31 (59.6)	14 (45.16)	17 (70.8)	0.06
Recurrente, n (%)	6 (11.5)	1 (3.2)	5 (20.8)	0.07
C. cutáneo, n (%)	26 (49.1)	15 (51.7)	11 (45.8)	0.66
Artritis, n (%)	16 (30.2)	6 (20.7)	10 (41.7)	0.09
Úlceras orales, n (%)	49 (92.5)	27 (93.1)	22 (91.6)	0.84
Úlceras genitales, n (%)	31 (58.5)	17 (58.6)	14 (58.3)	0.98
Trombosis, n (%)	4 (7.5)	0	4 (16.7)	0.03
Azatioprina, n (%)	24 (45.2)	13 (41.9)	14 (58.3)	0.22
Metotrexato, n (%)	7 (13.2)	4 (12.5)	3 (12.5)	0.99
Ciclosporina, n (%)	5 (9.4)	2 (6.4)	3 (12.5)	0.64
Adalimumab, n (%)	5 (9.4)	4 (12.9)	1 (4.2)	0.37
Ciclofosfamida, n (%)	4 (7.2)	3 (9.6)	1 (4.2)	0.62
Micofenolato, n (%)	1 (1.9)	1 (3.2)	0	0.99
Infliximab, n (%)	1 (1.9)	1 (3.2)	0	0.99

CONCLUSIONES: En esta cohorte multicéntrica de pacientes con EB y uveítis, la forma de presentación más frecuente fue la panuveitis, el compromiso bilateral y curso crónico. Aproximadamente la mitad de los pacientes logró la remisión con el primer esquema terapéutico, independientemente del inmunosupresor utilizado. Las formas agudas podrían asociarse a una mayor probabilidad de remisión, mientras que el antecedente o la presencia de trombosis parecerían relacionarse a una mayor refractariedad. El manejo terapéutico presentó alta consistencia con las recomendaciones actuales.

PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON INHIBIDORES DEL JAK. REGISTRO LATINOAMERICANO. SUBANÁLISIS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Nicolás MARIN ZUCARO[1], Lorena Brance[2], Daniel Fernández Ávila[3], Gilda Ferreira[4], Gabriel Maciel[5], Luisa Servioli[6], Rodrigo García Salinas[7], Reyna Amparo Galaviz Pérez[8], Rocío Gamboa[9], Jossiell Then Báez[10], Pamela Giorgis[11], Carlos Enrique Toro Gutiérrez[12], Paola Gottschalk[13], Rene Donizeti[14], Claiton Viegas Brenol[15], Vander Fernández[16], Manuella Lima Gomes Octrop[17], Cristiano Lupo[18], Inés Silveira[19], Pedro Santos Moreno[20], Bárbara Stadler Kahlow[21], Enrique Julio Giraldo Ho[22], Javier Quagliato[2], Enrique Roberto Soriano[1]

[1]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, [2]REUMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES ÓSEAS, ROSARIO, ARGENTINA, [3]HOSPITAL SAN IGNACIO, COLOMBIA, [4]HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDAD FEDERAL DE MINAS GERAIS, BRASIL, [5]HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO, URUGUAY, [6]HOSPITAL MILITAR, DNSFFAA, MONTEVIDEO, URUGUAY, [7]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, ARGENTINA, [8]HOSPITAL NAVAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, [9]HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA ESSALUD, PERÚ, [10]HOSPITAL METROPROLITANO DE SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, [11]INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA, ARGENTINA, [12]CENTRO DE ESTUDIOS DE REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA SAS, CALI, COLOMBIA, [13]CLÍNICA UNIÓN MÉDICA, SANTIAGO, REPÚBLICA DOMINICANA, [14]HOSPITAL DAS CLÍNICAS-USP-RP, RIBEIRÃO PRETO/SP, BRASIL, [15]HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, [16]HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO, CUIABA/MT, BRASIL, [17]HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO-UERJ, RIO DE JANEIRO/RJ, BRASIL, [18]FUNDACIÓN FACULTAD DE MEDICINA, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP, BRASIL, [19]HOSPITAL SÃO LUCAS PUC, PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, [20]BIOMAB, CENTRO DE ARTRITIS REUMATOIDE, BOGOTÁ, COLOMBIA, [21]HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA, BRASIL, [22]CLINIC ALL EN CONSULTORIOS PUNTA PACÍFICA, PANAMÁ

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la artritis reumatoidea (AR) ha experimentado un cambio radical en los últimos 20 años gracias al advenimiento de nuevas terapias. Los inhibidores del JAK (iJAK) se han posicionado como una alternativa válida ante la falla a DMARDs convencionales (cDMARDs), aunque con ciertas consideraciones de seguridad. Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de los iJAK en la vida real, PANLAR desarrolló un registro de pacientes latinoamericanos con enfermedades reumáticas tratados con iJAK.

OBJETIVOS: Realizar un subanálisis de las características clínicas, bioquímicas y radiológicas de pacientes con AR del registro iJAK de PANLAR.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un registro, de cohorte prospectiva con 36 meses de seguimiento (9 visitas) que incluye a pacientes mayores de 18 años con AR, APs y EA que iniciaron alguna terapia aprobada con iJAK, DMARDs convencionales (cDMARDs) o DMARDs biológicos (bDMARDs). El registro comenzó en noviembre de 2021. Aquí presentamos un análisis parcial de los primeros resultados haciendo énfasis en la subpoblación de pacientes con AR.

RESULTADOS: Un total de 783 registros fueron consultados en esta primera etapa, correspondientes a 278 pacientes con AR de Latinoamérica. El 87.7% (IC95% 83.3-91.3) fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 45.63 (RIC 22.2) y una mediana de edad al inicio de la nueva terapia de 56.25 (RIC 21.68). La mediana de índice de masa corporal fue de 26,64 (RIC 6.52). Las comorbilidades basales más reportadas en orden descendente fueron hipertensión arterial (37.5%; IC95% 31.6-43.5), dislipemia (30.7%; IC95% 25.2-36.6) tabaquismo (24.2%; IC95% 18.9-29.5) y diabetes tipo 2 (9.5%; IC95 6.27-13.7). El 1.87% tuvo antecedente de eventos cardiovasculares mayores (IC95% 6.1-4.31), mientras que el 3.4% (IC95% 1.56-6.35) de trombosis venosa profunda. Con respecto a las infecciones previas el 19.2% padeció COVID-19 (IC95% 14.2-24.9), el 12.4% tuberculosis (IC95% 8.69-6.9), el 4.5% infección por herpes zóster (IC95% 2.36-7.77) el 3.4% infección por virus de hepatitis B (IC95% 1.57-6.37) y el 0.8% infección por virus de hepatitis C (IC95% 0.09-2.7). Del total de pacientes con AR el 51.4% (IC95% 29.9-45-4), 33.8% (IC95% 28.3-39.7) y el 14.7% (IC95% 10.8-19.5) fueron tratados con iJAK, bDMARDs y cDMARDs, respectivamente. En la Tabla se resumen los datos demográficos, comorbilidades y vacunas recibidas estratificados por el mecanismo de acción del tratamiento recibido. Un total de 65.2% (IC95% 5.92-7,1) recibieron corticoides con el nuevo tratamiento y el 68.8% (IC95% 62.8-74.2) cDMARDs en combinación. El 87.5% (IC95% 83.03-91.21), 44.6% (IC95% 38.6-50.6) y 7,3% (4 IC95% 4.5-11) de los pacientes fallaron a al menos un cDMARDs, bDMARDs e iJAK, respectivamente. La distribución de uso de iJAK fue: upadacitinib 38% (IC95% 30-46.5) tofacitinib 36,6% (IC95% 28.7-45.1) y baricitinib 25.4% (IC95% 18.4-33.3). Los iJAK se utilizaron en el 38.7%, 28.2%, 16.2%, 15.5% como segunda, tercera, cuarta y >4 línea de tratamiento, respectivamente. Dentro de los bDMARDs se reportaron los siguientes tratamientos; anti factor de necrosis tumoral (anti-TNF) 51.6% (IC95% 41-62.1), inhibidores de la IL 6 (iIL-6) 22.5% (IC95% 14.5-32.4), inhibidores de CD20 (anti-CD20) 15.1% (IC95% 8.48-23.9) e inhibidores de CD 80-86 (anti CD 80-86) 10.8% (IC95 5.27-18.8). En la Tabla 2 se resumen variables de actividad y tratamiento segmentado por mecanismo de acción.

Tabla 1

Edad al diagnóstico, mediana (RIC)	45.13 (18.43)	44,41(25.49)	49.89 (21.65)
Edad al inicio de la medicación , mediana (RIC)	56.17 (18.5)	56.12 (26.12)	56.89 (25.2)
Género femenino % (IC95%)	91.5% (85.7-95.5)	83% (73.8-89.9)	85.4% (70.8-94.4)
Hipertensión arterial % (IC95%)	40.9% (32.5/49.6)	36% (26-46.8)	29.3% (16.1-45.5)
Displemia, % (IC95%)	34.3% (26.4-48.9)	27%(18.1-37.4)	26.8% (14.2-42.9)
Diabetes II % (IC95%)	8.1% (4.1-14.1)	12,6% (6.5-21.4)	10% (2.8-23.6)
Tabaquista % (IC95%)	27.9 (20.6-36.2)	18% (10.6-27.5)	25% (12.7-41.2)
Ex tabaquista % (IC95%)	18.4 (12.2-25.9)	14,6% (0.8-23.6)	20% (9-35.6)
Eventos cardiovasculares mayores % (IC95%)	0.7% (0.18-3.9)	3,4% (80.7-9.5)	2.4% (6.0-12.8)
Trombosis venosa rofunda % (IC95%)	1.5% (0.17-5.2)	6,8% (2.5-14.2)	2.4 (0.6-12.8)
Neoplasias incluido melanoma, % (IC95%))	3.6% (1.19-8.31)	-	12.2% (0.4-26.2)
Vacunas aplicadas			
Neumócica conjugada, % (IC95%)	58.6% (49.5-67.2)	48,3% (34.9-61.7)	51.2% (35.1-67.1)
Neumócica no conjugada, % (IC95%)	60.6% (51.5-69.1)	56.9% (43.2-69.8)	34.1% (20-50.5)
Influenza anual, % (IC95%)	74.6%(66.1-81.9)	86,2% (74.6-93.8)	58.5 (42.1-73.6)
Hepatitis B % (IC95%)	80.1% (72.1-86.7)	77,9% (65.3-87.7)	40% (24-55.5)
Covid 19, % (IC95%)	94.4%(88.7-97.7)	94,8% (83.5-98.1)	95.1% (83.5-99.4)

Tabla 2: Características clínicas y marcadores de actividad basales segmentados por tratamiento.

	IJAK	bDMARDs	cDMARDs
Positividad FR, % (IC95%)	71.6% (64.8-77.6)	61.5% (52.1-70.3)	58.2% (45.5-70.1)
Positividad anti CCP, % (IC95%)	50.5% (43.3-57.7)	60% (50.2-69.2)	59.4% (46.3-71.5)
CDAI >10, % (IC95%)	55.1 (48.5-61.6)	63.5% (54.8-71.5)	58.2% (46.5-69.2)
SDAI >11, % (IC95%)	60% (53.2-66.5)	74.2% (65.7-81.5)	65.7% (53.7-76.4)
DAS28 ERS >3.2, % (IC95%)	61% (53.8-67.9)	75.2% (66-82.9)	78.1% (66-87.5)
DAS28 PCR >3,2, % (IC95%)	50.1 (48.2-61.8)	70.4% (59.7-79.7)	50% (38.3-61.7)
Uso de corticoides concomitante, % (IC95%)	60.3% (51.7-68.4)	76.9% (66.9-85.1)	56.1% (39.7-71.5)
Uso de cDMARDs concomitante, % (IC95%)	71.4% (63.2-78.7)	82.6 (73.3-89.7)	27.5% (14.6-43.8)
Falla a cDMARDs % (IC95%)	97.9% (93.8-99.5)	97.8% (92.3-99.7)	29.3% (16.1-45.5)
Falla a bDMARDS, % (IC95%)	61.3% (52.7-69.31)	38.7% (28.7-49.3)	-
Falla a iJAK, % (IC95%)	2,8% (0.7-7.1)	17.2% (10.1-26.4)	-
HAQ, mediana (RIC)	1.125 (1.59)	1 (1.2)	0.75 (1.37)
Erosiones, % (IC95%)	57.1% (48.3-65.7)	57% (45.8-67.6)	17.1% (7.15-32)
Manifestaciones extraarticulares, % (IC95%)	12,.2% (8.3-17)	4.8% (19.9-9.6)	13.9% (7.16-23.5)

CONCLUSIONES: Este trabajo demuestra el perfil clínico, bioquímico y radiológico de la población latinoamericana con diagnóstico de AR que participó en el mismo. El 88% fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de la enfermedad de 45 años. Las comorbilidades basales más frecuentes fueron hipertensión arterial y dislipemia. Con respecto a las infecciones previas, el 19% padeció COVID 19 y un porcentaje menor tuberculosis. El 87%, 45% y 7% de los pacientes fallaron en al menos un cDMARDs, bDMARDs e iJAK, respectivamente.

1948

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA ASISTIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Agustina Milagros GARCÍA ORO, Eduardo Mussano, Laura Onetti, Isaac Cadile, Marina Werner, Lilia Dávila
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad infrecuente de causa desconocida y patogenia compleja. Las características distintivas son: 1) autoinmunidad; 2) inflamación; 3) alteraciones funcionales y estructurales en los vasos sanguíneos pequeños y 4) fibrosis vascular e intersticial generalizada que afecta a la piel y los órganos internos. Se clasifica según el grado de afectación de la piel, el patrón acompañante de afectación de órganos internos, y la presencia de características superpuestas con otras enfermedades reumáticas sistémicas. Así encontramos 4 subtipos (ES cutánea limitada, cutánea difusa. ES sin esclerodermia y Es con síndrome de superposición). La medida de los autoanticuerpos presentes en la ES puede ser útil para determinar las características clínicas y el pronóstico de la enfermedad. Los tres tipos de autoanticuerpos que se observa con más frecuencia son los anticuerpos anticentrómero, anti-topoisomerasa I y anti-ARN polimerasa III. Las características clínicas, la historia natural y la supervivencia en los pacientes con ES son muy variables y dependen en gran medida del subtipo clínico de la enfermedad y de los autoanticuerpos asociados presentes.
OBJETIVOS: Examinar las características demográficas, clínicas, perfil de autoanticuerpos, patrón capilaroscópico y otros métodos complementarios en pacientes con ES atendidos en nuestro hospital.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una investigación clínica observacional, descriptiva de corte transversal desde el 1/6/2019 hasta el 30/12/2021. Se analizaron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ES según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, tipo de ES, duración de la enfermedad, compromiso cutáneo y orgánico visceral, perfil de autoanticuerpos y patrón capilaroscópico. Se clasificó a los pacientes en ESCL, ESCD o ESSE según lo establecido por LeRoy. Se consideró que una manifestación clínica estaba presente si había en la historia clínica un método complementario que lo demostrara o si estaba mencionada por el médico tratante en el examen físico o anamnesis.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 28 pacientes: 26 con ES y 2 con síndrome de superposición. La edad media de los pacientes fue de 61,11 años. El 93% eran mujeres**.** El 61% de los pacientes presentaban ESCL, el 36% ESCD y el 3% ESSE. La media en años de duración de la enfermedad fue de 7.04 años. En relación con las manifestaciones cutáneas (Tabla 1), el engrosamiento de la piel distal a las articulaciones MCF fue la más frecuente. El compromiso extra cutáneo (Tabla 2) más frecuente fue el síndrome de Raynaud (n=27; 96%). En relación a la presencia de HAP y su clasificación: el 7 % fue de grado moderado y 36% leve y grave respectivamente. Con respecto al perfil de autoanticuerpos, el 43% de los pacientes (n12) presentaba anticentrómero positivo. El 18% (n 5) anti Scl-70. Un paciente tenía otro autoanticuerpo positivo. En el 36% de los pacientes no se encontró registro de autoanticuerpos.

Tabla 1: Manifestaciones cutáneas.

	Valor absoluto	%
Engrosamiento distal MCF	17	61
Engrosamiento proximal MCF	10	36
Esclerodactilia	10	36
Telangiesctasias	13	46
Microstomía	13	46
Dactilitis	5	18
Úlceras digitales	9	32
Cicatrices en la punta de los dedos	3	11
Calcinosis cutis	3	11
Necrosis digital	1	3,5

CONCLUSIONES: Este trabajo nos permitió conocer las características de los pacientes asistidos en nuestro servicio y compararlos con otras cohortes. Tanto el perfil demográfico, como las manifestaciones clínicas, serológicas y capilaroscópicas de nuestra población coincidieron con las descriptas en la literatura. Predominando el sexo femenino, el subtipo ESCL con la presencia de anticuerpo anti-centrómero y siendo el fenómeno de Raynaud la manifestación extracutánea más frecuente con un patrón SD en la mayoría de las pacientes.

Tabla 2: Manifestaciones órgano viscerales.

	Valor absoluto	%
Fenómeno de Raynaud	27	96
Compromiso pulmonar		
EPI	8	29
HTP	22	79
Compromiso renal		
Crisis renal	1	3,5
Insuficiencia renal crónica	3	11
Compromiso musculoesquelético		
Artralgias	13	46
Artritis	5	18
Miopatía	1	3,5
Fatiga	14	50
Compromiso gastrointestinal		
Disfagia	8	29
Xerostomía	9	32
Pirosis	12	43
Estenosis esofágica	2	7
Distensión abdominal	5	18
Alteración del ritmo evacuatorio	5	18

1958

FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS POSTERIORES A LA VACUNACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN CENTROS MÉDICOS DE REFERENCIA EN ASUNCIÓN, PARAGUAY

Cynthia Gisela HOLT MARTÍNEZ, Eric Hernán Benegas Sosa, María Inés Albertini Weiler, Claudia Vallejos, Liz Cañiza, Jazmín Wazwaz, Anahí Romero, Juan Ahrens, Guillermo Aguirre, Mauricio Guerrero, Astrid Paats, Isabel Acosta Colman

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INTRODUCCIÓN: Durante la pandemia provocada por la COVID-19 se priorizó la inmunización de los pacientes más vulnerables; como aquellos con enfermedades autoinmunes, como LES. Los programas de inoculación vigentes en nuestro país se dieron de acuerdo a la disponibilidad de vacunas, por lo que diferentes pacientes fueron inoculados con diferentes plataformas.
OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de eventos adversos, tanto a corto como a largo plazo, de la vacunación contra la COVID-19 en pacientes con enfermedades autoinmunes atendidos en centros de referencia en Paraguay, en octubre de 2021 con una perspectiva de uno o dos años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en octubre de 2021, con una perspectiva de uno o dos años. Los grupos de cohortes estuvieron formados por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos biológicos con diagnóstico de IMID realizado por un especialista y recibieron una o dos dosis de vacunas contra la COVID-19. Se desarrolló una encuesta que permitió la recolección de datos por medio de encuestas por medio de llamadas telefónicas o por mensajería instantánea. Cada investigador contó con una planilla que vincule el código generado con el nombre del paciente encuestado
RESULTADOS: Se incluyeron 76 pacientes con LES que recibieron al menos una dosis de la vacuna anticovid. El 82.9% eran mujeres, con una edad media de 32.9±11.8 años. De estos, el 92.1% recibió su primera dosis, el 80.3% su segunda dosis y el 17.1% su tercera dosis. El 29.8% recibió Sputnik-V; 12.2% Pfizer; 10.9% Moderna, 6.5% AstraZeneca, 2.6% Covaxin y 0.8% Hayat Vax, 13 pacientes recibieron su tercera dosis correspondiente a 6 de Pfizer, 4 de Moderna, 3 de AstraZeneca (Figura 1). En las 144 dosis aplicadas se registraron un total de 53 eventos adversos, el 81.1% dentro de los primeros 5 días y el resto a los 5 días. El 52.8% presentó eventos adversos después de la primera dosis, el 32% después de la segunda dosis y el 15% después de la tercera dosis. La duración media de los síntomas fue de 2.3 días±1.4. El efecto adverso más importante fue el dolor en el sitio de inyección, seguido de fiebre y fatiga. La exacerbación del LES también se registró como eventos adversos en el 14.5% (Figura 2).

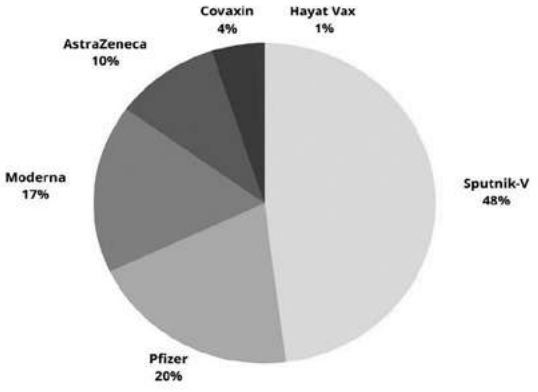


Figura 1: Plataforma de vacunas aplicadas.

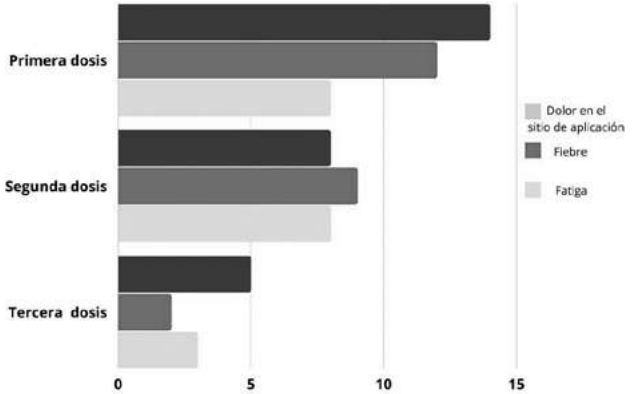


Figura 2: Eventos adversos luego de la vacunación anti-COVID durante los primeros 5 días.

CONCLUSIONES: Se registraron efectos adversos leves; se concluye que la vacunación contra la COVID-19 es segura para pacientes con LES.

1959

LOS CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO DIHIDRATADO CONTRIBUYEN AL PERFIL INFLAMATORIO OBSERVADO EN NEUTRÓFILOS EN EL CONTEXTO DE LA ARTROPATÍA POR DEPÓSITOS DE CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO DIHIDRATADO

María Belén Luffi[1], Rodrigo Blas[2], Victoria Borgia[1], Iván Borgia[1], Marcos Borgia[1], Alfredo Borgia[1], María Cristina Pistoresi[3], María Silvia Di Genaro[4], **Carolina GORLINO[5]**

[1]INSTITUTO DE REUMATOLOGÍA, [2]MEDICI, CONSULTORIOS EXTERNOS, [3]FCQ-UNC, [4]IMIBIO-SL-CONICET, FQBYF-UNSL, [5]IMIBIO-SL-CONICET

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado (CPPD, por sus siglas en inglés) es un tipo de artritis causada por el depósito de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado (cristales CPP). Es una enfermedad de características heterogéneas que presenta diferentes fenotipos. En su forma aguda, la media de concentración leucocitaria en los líquidos sinoviales (LS) puede alcanzar 20.000 células/mm^3, siendo los neutrófilos la población mayoritaria y cuyo rol poco se conoce. Los neutrófilos utilizan diversas funciones efectoras para ejercer su acción en procesos inflamatorios e inmunológicos. Aunque estos mecanismos son muy eficientes a la hora de eliminar microorganismos invasores, también pueden ser los causales del rol patogénico en enfermedades inflamatorias.
OBJETIVOS: Aportar al conocimiento de la inmunopatogénesis en la CPPD al determinar la contribución de los neutrófilos en el perfil inflamatorio de esta enfermedad mediante la evaluación de algunas de las funciones efectoras de estas células como son la degranulación, la producción de especies reactivas de oxígeno y la liberación de ADN extracelular.
MATERIALES Y MÉTODOS: Para el desarrollo de este proyecto se trabajó con los LS de pacientes con CPPD que requirieron artrocentesis con fines terapéuticos y/o diagnósticos y con sangre periférica de pacientes sanos (aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo; EXP-CUY: 20654/2019). La identificación de los cristales CPP se determinó mediante microscopia de campo claro, microscopia de luz polarizada y microscopia electrónica de barrido acoplada a microanálisis por espectrometría dispersiva en energía (EDS). Los neutrófilos de sangre periférica de sujetos sanos fueron purificados mediante el uso de gradientes de Percoll e incubados con cristales CPP o con LS de pacientes con CPPD y evaluada su función mediante ensayos *in vitro*. La actividad funcional de los neutrófilos se estableció a través de: la medición de especies reactivas de oxígeno (ROS) por medio del ensayo de Dihidro Rhodamine 123 (DHR), la expresión de marcadores de degranulación (CD66b) y la liberación de ADN extracelular como indicador de producción de trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) mediante el uso del colorante SYTOX Green. Dichas técnicas se realizaron a través de citometría de flujo en el citómetro de flujo FACSCalibur (BD Biosciences) y los neutrófilos fueron identificados mediante sus características de tamaño y granularidad (FSC y SSC) y por la expresión de CD15.
RESULTADOS: Con el propósito de evaluar el efecto de los cristales CPP sobre algunas de las funciones efectoras de los neutrófilos, se determinó la expresión de CD66b, la liberación de ADN extracelular y la producción de especies reactivas de oxígeno en neutrófilos sin estimular (control), estimulados con ésteres de forbol (neutrófilos+PMA) o bien incubados con cristales (neutrófilos+cristales CPP). Se pudo observar que luego de la estimulación con cristales CPP hubo un incremento en superficie de la molécula en CD66b en neutrófilos con respecto a aquellos estimulados con PMA (neutrófilos+cristales CPP vs neutrófilos+PMA; p=0,03), indicativo de liberación del contenido de sus gránulos secundarios. Además, los neutrófilos incubados con cristales CPP aumentaron la producción de ROS un 25% (neutrófilos+cristales CPP vs neutrófilos+PMA; p=0.04) como así también la producción de NETs, al incrementar la liberación de ADN extracelular (media geométrica (Gm) neutrófilos + cristales CPP vs Gm neutrófilos+PMA; p<0,05).
CONCLUSIONES: De esta forma, podemos concluir que los cristales CPP tienen la capacidad de inducir un perfil proinflamatorio en los neutrófilos al favorecer el aumento en la expresión de CD66b, la liberación de ADN extracelular y la generación de especies reactivas de oxígeno.

1960

ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA VIDA REAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Mariana BENEGAS

OSECAC, SANATORIO JULIO MÉNDEZ, PSORIAHUE

INTRODUCCIÓN: La ecografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología ha demostrado ser el método idóneo, tanto para el diagnóstico como para guiar procedimientos y en el seguimiento de patología reumáticas. Es un estudio dinámico, rápido, eficaz, inocuo, de fácil acceso y realizado en tiempo real. En los últimos años con la creciente influencia de la tecnología, ha tenido una evolución rápida, permitiendo una creciente utilización actual en la práctica diaria por parte de los profesionales.
OBJETIVOS: Describir el uso y aplicación de la ultrasonografía musculoesquelética en las actividades diarias en un centro médico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se evaluaron las ecografías realizadas en un centro de atención reumatológico, desde el 2 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2022. Las ecografías fueron realizadas por una médica especialista en Reumatología con 13 años de experiencia en ultrasonografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología. Se consignó fecha de realización, género y edad del paciente y del médico derivador, motivo de la derivación, sitio solicitado y diagnóstico previo si lo tuviese. Se valoró el informe de cada estudio evaluando la presencia o no de lesiones características como presencia de sinovitis grado 2/3, señal Doppler grado 2/3, erosiones en manos en 2da y/o 5ta metacarpofalángicas (MCF) y en pies en 5ta metatarsofalángica (MTT), tofo, doble contorno, paratenonitis, dactilitis, entesitis, presencia de cristales, tendinitis, y tenosinovitis. Asimismo se consignó si el médico ecografista en el informe sugería o no un diagnóstico a partir de los hallazgos ultrasonogáficos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio, valorando porcentajes para variables categóricas y media o mediana para variables continuas, según corresponda.
RESULTADOS: Se registraron 157 estudios ecográficos, 116 (74%) en 2021 y 41 (26%) entre enero y junio de 2022. En 2017 el número de ecografías realizadas fue de 40, en 2018 de 43, en 2019 de 82, 2020 de 64 y 2021 de 110, evidenciando un aumento progresivo en el número de estudios solicitados. Los meses donde se registraron la mayor cantidad de estudios fueron marzo 14 (12%) y diciembre 13 (11%), siendo julio el mes con menor número 4 (3%) de estudios solicitados. La mayoría de los pacientes 107 (68%) eran de género femenino, con una media de edad de 50 años (DE±14). En el caso de los médicos derivadores todos fueron especialistas en Reumatología, la mayoría de género femenino 142 (90%) y la mediana de edad fue de 55 años (RIQ 43-64). El 46% de los pacientes no tenían diagnóstico previo, mientras que en aquellos que sí tenían diagnóstico, la psoriasis cutánea (23%), la artritis psoriásica (14%) y la artritis reumatoidea (10%) fueron los diagnósticos más frecuentes. Los motivos de derivación más reportados fueron por dolor en el sitio solicitado (41%), artralgias en estudios (28%) y valoración de sinovitis (10%). Los sitios solicitados con más frecuencia fueron: las manos (64%), seguido por los tendones (11%), siendo el tendón de Aquiles el más requerido (82%). En los resultados de los

estudios, en el 38% de los casos se halló una lesión característica, un 20% sinovitis, 20% señal Doppler positiva y solo en un 6% se consignó un diagnóstico en el informe ecográfico.
CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la ecografía musculoesquelética aplicada a la Reumatología está en constante crecimiento, detectando que la mayoría de los estudios ecográficos solicitados fueron para evaluar diagnóstico. Es de destacar la alta frecuencia de psoriasis cutánea y artritis psoriásica, que podría estar sesgada por ser un centro de referencia de dichas patologías. Asimismo es de interés resaltar la ausencia de solicitud de estudios ecográficos dirigidos a la evaluación de la patología pulmonar y de glándulas salivales, así como para procedimientos terapéuticos como la infiltración guiada.

1963

USO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Javier Federico FLORES TREJO, Joan Manuel Dapeña, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, José Ángel Caracciolo, Silvia Beatriz Papasidero

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, la resonancia magnética (RM) ha avanzado en el campo de la imagen musculoesquelética. Dado que permite visualizar daño estructural y evidenciar la actividad inflamatoria, se ha vuelto una poderosa y versátil herramienta en el consultorio del reumatólogo. Su capacidad para establecer un diagnóstico temprano, dirigir tratamientos específicos y realizar seguimiento de la enfermedad, se contraponen a las dificultades técnicas y económicas de su uso. Sabemos que existen lineamientos y recomendaciones para el uso de la RM en las enfermedades reumatológicas inflamatorias, pero nos preguntamos sobre la frecuencia de su pedido y sus resultados en otros grupos de pacientes con diferentes patologías reumatológicas.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de pedido de RM por el reumatólogo en una cohorte de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. Establecer las características asociadas a su pedido, realización y hallazgos informados. Consignar el tiempo promedio trascurrido desde el inicio de los síntomas hasta su pedido y desde el pedido hasta su realización.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes ≥ de 18 años que realizaron seguimiento por nuestro Servicio entre marzo de 2014 y marzo de 2020. Se excluyeron pacientes con menos de un año de seguimiento al momento del período evaluado y aquellos que presentaran diagnóstico de una enfermedad reumatológica inflamatoria. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, número total de RM solicitadas y número total de RM realizadas, área estudiada, motivo de su pedido, otros estudios solicitados, tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la solicitud y desde esta hasta la realización de la misma. En aquellos pacientes que realizaron la RM se registraron los hallazgos patológicos. Análisis estadístico: estadística descriptiva de la población. Se utilizaron medias, medianas, desvío estándar y rango intercuartílico para las variables numéricas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Se utilizó *software* estadístico R.
RESULTADOS: Se incluyeron 841 pacientes, 76% eran mujeres, con una edad media de 57.5 años (DE 14.4). Un 44% trabajaban, 28.8% se encontraban retirados y 23% eran desempleados. Solo el 48.1% tenían cobertura médica. El 13.5% eran tabaquistas y 3.8% enolistas. Las comorbilidades más frecuentes fueron, hipertensión arterial (35.6%), dislipemias (26.9%), hipotiroidismo (14.4%), diabetes (11.5%), obesidad (9.6%). Además, el 9.6% tenían antecedentes de enfermedad oncológica y 6.7% traumáticos. El 13.5% presentaba osteoartritis y 8.7% osteoporosis. Al momento de pedido de RM, los pacientes se encontraban en seguimiento por lumbalgia (51%), omalgia (17.3%), gonalgia (12.5%), cervicalgia (9.6%), coxalgia (4.8%) y reumatismo de partes blandas (4.8%). Se constató el pedido de RM en el 12.4% (N=104), de los cuales 78.8% (n=82) se llevaron a cabo. La causa más frecuente entre los que no se constató la realización de RM fue la pérdida en el seguimiento. Las áreas solicitadas más frecuentes fueron: columna lumbar (49%), hombro (17.3%), rodilla (13,5%), columna cervical (10.6%) y cadera (5.8%). Otros estudios complementarios que fueron solicitados en el 96.2% (n=100), radiografías (98%), ecografía (21%) y tomografía computada (1%). El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el pedido de la RM fue de 25.4 meses (DE 37.2) y, desde el pedido hasta su realización, 37.6 días (DE 53.4). Dentro de los hallazgos aportados por este estudio, encontramos que el 48.8% presentó compromiso articular, 45.1% compromiso de disco vertebral, 21.9% tendinoso, 9.7% meniscal, 7.3% ligamentario, 3.7% muscular y 2.4% neurológico. No se encontraron hallazgos patológicos en el 10.6% de las RM realizadas.
CONCLUSIONES: En nuestro estudio el pedido de RM fue del 12.4%, constatándose su realización en el 78% de los pacientes. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta su solicitud fue de aproximadamente 2 años y, una vez indicada, se evidenció una demora de más de 1 mes para poder realizarla. Se detectó que 1 de cada 10 RM solicitadas resultaron normales.

1967

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA VALORAR LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Francisco PAULIN[1], Fernanda Ferrero[1], Cecilia Fernández[1], Julieta Morbiducci[2], Vanesa Bejarano[2], Camila Zalazar Khairallah[1], Galo Córdoba[1], Sabrina Caimi[1], Micaela Godoy Bader[1], Diego Litewka[1], José Luis Presas[1], Gustavo Pérez Ballester[1], Anastasia Secco[2]

[1]HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, [2]HOSPITAL RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: La ecografía pulmonar es una herramienta ampliamente estudiada para el rastreo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC). Se desconoce su utilidad para la evaluación de la severidad de la enfermedad, siendo un método ampliamente disponible, de bajo costo y que no expone al paciente a radiación.
OBJETIVOS: Conocer la utilidad de la ecografía pulmonar para valorar la severidad de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC).
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes con EPI asociada a ETC evaluados en un consultorio especializado. Se registraron variables demográficas y diagnóstico de ETC. Se realizó ecografía pulmonar en 14 regiones y se contabilizaron las líneas B. Se realizó espirometría con medición de capacidad vital forzada (CVF) y tomografía de alta resolución (TACAR) con medición de la extensión del compromiso intersticial mediante *score* de Goh (total, inflamación y fibrosis), y clasificó el patrón en TACAR según consenso Inter sociedades 2022. Se describieron las variables categóricas por frecuencia, y las continuas con media (DE) o mediana (RIC) según su distribución. Para abordar el objetivo del estudio se consideró como patrón de oro la valoración de la severidad de la EPI mediante CVF, y la medición de la extensión de la EPI mediante el *score* tomográfico de Goh. Se evaluó la correlación entre el *score* ecográfico y el *score* de Goh y la CVF% utilizando el método de Spearman. Se buscó un punto de corte del *score* ecográfico para discriminar entre pacientes con una CVF menor del 70% utilizando curva ROC. Se calculó el OR con su IC95% para ese punto de corte.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes, 34 (85%) mujeres, media (DE) de 61.17 (11.87) años de edad. En cuanto al diagnóstico, 26 (65%) presentaban AR, y 11 (27.5) esclerosis sistémica. La media (DE) de CVF fue de 88.35%, mientras para el *score* de Goh total la mediana (RIC) fue de 18 (7-28). Un total de 12 pacientes (30%) presentaron un patrón de neumonía intersticial usual (NIU) o NIU probable en la TACAR. La mediana (RIC) de líneas B en el score ecográfico fue de 16.5 (8.5-31). En cuanto a la correlación del *score* ecográfico con otras variables, se obtuvieron valores de coeficiente r de 0.53 (p<0.001) para el *score* de Goh total, -0.27 (p 0.107) para el Goh de inflamación, 0.64 (p <0.001) para Goh fibrosis, y -0.12 (p 0.50) para CVF%. En los pacientes con patrón de NIU el coeficiente r fue de 0.73 (p 0.006) mientras que en aquellos con otros patrones fue de 0.54 (p 0.004). Se halló mediante curva ROC un punto de corte de 35 líneas B para discriminar entre pacientes con una CVF menor del 70%, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 90.6%. El ABC fue de 0.78 (0.45-1). Un recuento de 35 o más líneas B mostró un OR (IC95%) de 19.33 (1.82-204.97) para una CVF menor del 70%.
CONCLUSIONES: La ecografía pulmonar mostró una buena correlación con el *score* de Goh en TACAR, a expensas del componente fibrótico de la enfermedad. Esta correlación fue mayor en pacientes con patrón de NIU que en otros patrones. Un punto de corte de 35 líneas mostró una buena capacidad para discriminar aquellos pacientes con mayor severidad en cuanto al compromiso funcional. Concluimos que la ecografía pulmonar presenta un buen desempeño en la valoración de la severidad de la EPI en pacientes con ETC.

1970

INCIDENCIA DE HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA TRATADOS CON METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA

María Agostina GATICA, Lucia Cichillitti, Juan Pablo Ruffino, Ariana Ringer, María Florencia Martínez, Daniela Carbone, Serenela Chulibert, Brian Marcelo Abdala, Franco Lucci, Mariano Palatnik, María Noel Cortese, Nadia Aldana Cuadranti, Juan Carlos Crema, Graciela Rombo, Antonio Jorge Chemez, Marcelo Abdala

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: Las drogas modificadoras de la enfermedad reumática (DARME) sintéticas son fármacos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoidea (AR), siendo el metotrexato (MTX) la droga de primera elección. En muchas circunstancias el objetivo terapéutico de remisión no se logra con monoterapia. El tratamiento combinado con MTX y leflunomida (LFN) en estos casos ha demostrado mejorar la eficacia, pero se ha reportado un aumento en el riesgo de efectos adversos que limitan su uso, entre ellos, hepatotoxicidad y mielosupresión.
OBJETIVOS: Evaluar y comparar la incidencia de hepatotoxicidad en pacientes con AR en tratamiento con MTX y LFN en monoterapia o con la combinación de ambas drogas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010, en seguimiento por el Servicio de Reumatología de un Hospital de Argentina entre enero de 2016 y junio de 2022, que recibieron tratamiento con MTX, LFN o la combinación de estos dos fármacos durante al menos un mes. Se excluyeron los pacientes que hayan presentado hepatopatía por otra causa, previa al tratamiento o durante el mismo. Se consideró hepatotoxicidad a la elevación de transaminasas por encima del doble del límite superior de normalidad. El análisis estadístico se realizó con R (v 3.5.3). Para las comparaciones se utilizó el test de chi^2 o el test exacto de Fisher. Se consideró estadísticamente significativa una diferencia correspondiente a una p<0.05.
RESULTADOS: Se registraron 107 pacientes, de los cuales se excluyeron 5 (4 por infección por VHB, 1 con VHC). La muestra quedó constituida por 102 pacientes, siendo el 88.2% de sexo femenino, con edad promedio (± D.E.) de 55,9±19,9 años y el 88.2% presentó AR seropositiva. Del total, 99 (97%) recibieron tratamiento con MTX en algún momento de su evolución con una duración promedio de 76,3±70,9 meses. De este conjunto, 63 pacientes recibieron MTX en monoterapia (o asociado a un DMARD biológico) y 36 en combinación con LFN. La dosis promedio de MTX fue de 18,3±3,6 mg/semana (en todos los casos asociada a folato). Del total de la muestra, 43 pacientes (42.2%) recibieron tratamiento con LFN, durante un tiempo promedio de 15,4±23,9 meses, siendo 7 los pacientes que realizaron monoterapia y el resto combinado con MTX. La mediana de dosis de LFN fue de 20 mg/día. Quienes recibieron monoterapia con MTX (N=63) tuvieron un tiempo de exposición total estimado de 324.7 pacientes-años; aquellos en monoterapia con LFN (N=7) de 16.2 pacientes-años y el grupo que recibió la combinación de MTX+LFN (N=36) de 83.2 pacientes-años. Se objetivó el desarrollo de hepatotoxicidad en 14 pacientes (13.7%): 7 recibían tratamiento con MTX-LFN combinados, 6 con MTX en monoterapia y 1 con LFN en monoterapia. Como medicación concomitante, 10 pacientes utilizaban prednisona (5 mg/día), 6 recibían paracetamol y 8 AINEs. Tres de los pacientes presentaron elevación de transaminasas superior a 5 veces el límite de normalidad; 6 pacientes elevaciones de entre 3 y 5 veces; y en 5 pacientes se observaron valores de entre 2 y 3 veces por encima del límite superior. Cuatro pacientes tuvieron signos bioquímicos de colestasis (elevación de FAL y BT). En el 71% se decidió descender la dosis del DARME recibido previo al evento o suspensión del mismo; en la totalidad se observó mejoría o normalización de las enzimas hepáticas. La densidad de incidencia de hepatotoxicidad estimada en pacientes con MTX en monoterapia fue de 1.85 por 100 pacientes-años (IC95% 0.68-4.02); en pacientes con LFN en monoterapia fue de 6.17 por 100 pacientes-años (IC95% 0.16-34.39). Entre quienes recibían tratamiento combinado con MTX-LFN la incidencia estimada fue de 8.41 por 100 pacientes-años (IC95% 3.38-17.33). Se observó un aumento significativo en la incidencia de hepatotoxicidad en los pacientes con la combinación MTX-LFN respecto de aquellos en monoterapia con MTX (IRR 4.55 [IC95% 1.31-16.39], p<0.05).
CONCLUSIONES: A pesar de que la incidencia de hepatotoxicidad asociada al tratamiento con MTX es relativamente baja cuando se administra junto a folato, la combinación con LFN orientada al objetivo terapéutico de remisión en pacientes en los que no se consigue con monoterapia, puede aumentar significativamente el riesgo de dicho evento adverso.

ANTICOAGULACIÓN EN LA VIDA REAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Diana Carolina FERNÁNDEZ ÁVILA, Enrique Roberto Soriano Guppy, Javier Eduardo Rosa, Marina Scolnik

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN: Muchos estudios han demostrado que los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) tienen un mayor riesgo de recurrencia de trombosis que los pacientes sin SAF, y esto parece estar asociado con el rango de anticoagulación; sin embargo, la intensidad de la anticoagulación sigue siendo un tema de debate.

OBJETIVOS: Evaluar el porcentaje de rango de anticoagulación (ACO) adecuado, según las guías EULAR 2019, en una cohorte de pacientes con SAF durante el seguimiento. Estimar las tasas de nuevos eventos trombóticos y su relación con los puntajes aGAPSS (*adjusted Global Antiphospholipid Syndrome Score*) y DIAPS (*Antiphospholipid Syndrome Damage Index*). Describir la presencia de manifestaciones de SAF no criterio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se evaluó una cohorte retrospectiva de pacientes con SAF atendidos en un hospital universitario con al menos un evento trombótico venoso o arterial. El diagnóstico de SAF fue realizado por sus médicos en base a características clínicas y de laboratorio. Estos datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se calculó el porcentaje de veces que el RIN estuvo en rango según el objetivo recomendado y se realizaron estadísticas descriptivas.

RESULTADOS: Incluimos 62 pacientes con SAF trombótico con un seguimiento de 546,5 PY (IC 95% 442,6-650,3). Las características basales se muestran en la Tabla 1. La Tabla 2 describe las características del primer evento trombótico, por tipo de evento (arterial o venoso). El seguimiento total fue más largo para los pacientes con eventos venosos. En general, tenían un promedio de 7,5 controles de RIN por año (IC95%: 5.8 a 9.3) y el 63% (DE 19.6) de las veces el RIN estaba dentro del rango. 19 pacientes (30.6%) suspendieron la ACO: 17 por indicación médica, 1 por decisión del paciente y 1 por evento adverso. De estos, 5 pacientes tuvieron una nueva trombosis (3 eventos venosos y 2 arteriales). 13 pacientes de 62 (21%, IC95% 12-32) tuvieron un segundo evento trombótico y de estos 7 tenían el último INR en rango. El aGAPSS en el 1er episodio fue significativamente mayor en pacientes con un 2º evento que en aquellos sin retrombosis (mediana 10.5, IQR 8-13, vs 7, IQR 4-9, p=0.01). La mediana global de DIAPS al final del seguimiento fue 0 (IQR 0-1). 43 de (62) (49.4%) presentaron al menos una manifestación clínica de SAF no criterio; en el grupo de trombosis venosa las manifestaciones más frecuentes fueron trombosis venosa superficial (12%), amaurosis fugax (8%), livedo reticularis (7%) y en el grupo de trombosis arterial fueron fenómeno de Raynaud (12%), livedo reticularis (6%) y trombocitopenia (6%).

Tabla 1: Pacientes basales, datos demográficos y comorbilidades (N=62).

Variable	Población total
Sexo femenino, n (%, IC95%)	42 (68.55-78)
Edad al evento trombótico, años, mediana (RIQ)	48 (32.7)
Tiempo de seguimiento después del primer evento trombótico, años, mediana (RIQ)	11 (26.6)
Cumplimiento criterios de Sapporo n (%, IC95%)	43 (69.57-79)
Tipo de SAF	
SAF primario, n (%, IC95%)	37 (60.47-70)
SAF secundario, n (%, IC95%)	25 (40.29-52)
Perfil de anticuerpos antifosfolípidos*:	
Anticoagulante lúpico, n (%, IC95%)	41 (66.53-76)
Anticuerpos anticardiolipinas (IgG y/o IgM) n (%; IC95%)	33 (53.40-65)
Anticuerpos anti-beta2 glicoproteína (IgG y/o IgM), n (%, IC95%)	6/18 (33.16-56)
Tipo de primer evento:	
Evento venoso (%, IC95%)	44 (71.58-80)
Evento arterial, n (%, IC95%)	18 (29.19-41)
Factores de riesgo vascular	
Hipertensión arterial, n (%, IC95%)	24 (39.27-51)
Dislipidemia, n (%, IC95)	8 (13.0.6-23)
Diabetes, n (%, IC95%)	3 (0.5, 0.01-0.13)
Obesidad, n (%, IC95%)	7 (11.0.5-21)
Tabaquismo actual, n (%, IC95%)	12 (19.11-30)
aGAPSS al primer evento trombótico, mediana (RIQ)	8 (4.5)
Mortalidad, n (%, IC95%)	6 (9%, 4-19)

** Al menos dos determinantes positivas separadas por 12 semanas*

Tabla 2: Pacientes con el primer evento trombótico (n=62).

	Evento venoso	Evento arterial	p
Nº de eventos (%)	44 (70)	18 (30)	-
Seguimiento total, pacientes-año (IC95%)	394.6 (300.2-488.9)	151.9 (102.7-201.1)	-
Nº de controles de RIN pacientes-año (IC95%)	6.9 (5.1-8.9)	8.9 (4.6-13.1)	-
% de rango RIN adecuado durante el seguimiento (DS)	63.3 (20.7)	60.7 (17.1)	0.630
aGAPSS mediana (RIQ)	8 (6)	7 (5)	0.818
Tipo de evento trombótico (n,%) TVP y EP EP TV otras ubicaciones TVP IMA TA otros lugares ACV	 2 (5) 11 (25) 12 (27) 19 (43) - - -	 - - - - 1 (5) 5 (28) 12 (67)	-
Tratamiento posevento trombótico (n,%) ***AVKs*** ***Aspirina+ AVKs***	 40 (90) 4 (10)	 12 (66) 6 (34)	-

CONCLUSIONES: Después de un primer episodio trombótico en pacientes con SAF, el RIN estuvo en el rango objetivos el 63% de las veces. Se suspendió la ACO en el 31% de los pacientes y de estos, 5 retrombosaron. Del total de pacientes, el 21% tuvo un segundo evento trombótico. No hubo diferencias en el porcentaje de RIN en rango entre el grupo de pacientes con y sin retrotrombosis. Casi la mitad de los pacientes presentaron manifestaciones de SAF no criterio. El aGAPSS en el primer episodio fue significativamente mayor en los pacientes con retrombosis. El DIAPS al final del seguimiento mostró un daño muy bajo.

1977

SÍNDROME DE SJÖGREN: MANIFESTACIONES ORALES, SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA BUCAL Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Lía Valentina INGOLOTTI[1], Constanza Arguissain[1], Aixa Mercé[1], Julieta Morbiducci[1], Marisel Bejarano[1], María Luz Martin[1], Victoria Azcona[2], Adriana Hernández[1], Eugenia Casals[1], Leandro Teplizky[1], Mariana Marseillan[1], Natalia Tamborenea[1], Anastasia Secco[1]

[1]HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, [2]HOSPITAL ODONTOLÓGICO DR. RAMÓN CARRILLO

INTRODUCCIÓN: En el síndrome de Sjögren primario (SSp) existe una variedad de signos y síntomas de la cavidad oral. Se elaboró este estudio dada la baja disponibilidad de investigaciones en nuestro medio sobre cómo la salud bucal afecta la calidad de vida de los pacientes.
OBJETIVOS: Establecer la presencia o ausencia y características de la afectación oral en pacientes con SSp, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal, evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, producción de saliva, actividad de la enfermedad e índice de daño.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios clasificatorios Europeo-Americano 2002 y/o ACR-EULAR 2016 para SSp. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad reumática, y/o presencia de condiciones que favorezcan la aparición de caries. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud bucal a través de la versión abreviada del cuestionario Perfil de Impacto de la Salud Bucal OHIP (*Oral Health Impact Profile-OHIP14sp*) validada y adaptada al español (para Chile), es un cuestionario genérico autoadministrado (puntaje 0-56, el mayor puntaje refleja el peor estado); un médico reumatólogo realizó la escala visual análoga (EVA) de xerostomía (0-100), el ESSPRI (*EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*), el ESSDAI (*EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index)* y el SSDDI (*Sjögren's Syndrome Disease Damage Index*). Un odontólogo emitió una evaluación sobre el estado de salud bucal según el CPOD (índice que cuantifica prevalencia de caries analizando número de dientes cariados, obturados o perdidos, sus resultados se expresan como sigue: 0-1,1 prevalencia muy baja; 1,2-2,6 baja; 2,7-4,4 moderada; 4,5-6,5 alta y ≥6,6 muy alta). También calculó el índice de O'Leary (evalúa higiene dental, su resultado se expresa en porcentaje, un valor >10% determina higiene deficiente) y el índice de Loe & Silnes (mide grosor de la placa bacteriana en los dientes se categoriza en 0,1,2 y 3, el código 3 representa el mayor grosor y extensión). Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Las variables categóricas se reportaron como porcentaje. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente el OHIP14sp, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo.
RESULTADOS: Se incluyeron 51 pacientes, el 98% fue de sexo femenino, media de edad de 54±13 años. La mediana del OHIP-14sp fue de 16 (RIC 6-25), la del EVA de xerostomía de 60 (RIC 30-80). La media del ESSPRI fue 4±2,6, la mediana del ESSDAI fue de 0 (RIC 0-2), la del SSDDI de 3 (RIC 2-4). La sialometría fue positiva en el 75% y, de ellas, la mediana en mililitros fue de 0.7 (RIC 0.5-1). El FAN fue positivo en el 90% y el Ac anti-Ro en el 74.5%. El 56% estaba tratado con DMARD convencional (de los cuales el 75% fue hidroxicloroquina), 4% con biológicos y el 9,8% con glucocorticoides con una mediana de dosis de 10mg/día (RIC 5-20). El 60% utilizaba tratamiento para xerostomía (agonistas M o sustituto salival). Según la evaluación odontológica, la afectación bucal se presentó en el 100%, mediana de CPOD de 22 (RIC 14-28). Se detectó mal estado dentario en el 88.2% con una mediana en el índice O'Leary de 21 (RIC 13-30). El índice de Loe & Silnes fue de 1 en el 51%, 2 en el 18.9% y 3 en el 8.1%. En el análisis univariado el OHIP14sp se asoció significativamente con el ESSPRI (coeficiente β: 2.04. IC95% 0.72-3.35), el EVA de xerostomía (β 0.19. IC95% 0.08-0,29) y la categoría 2 del del índice de Loe & Silnes (coeficiente β: 18. IC95%: 5-31). No se encontró asociación significativa con ESSDAI, SSDDI ni sialometría. En el análisis multivariado, el OHIP14sp se asoció de forma independiente y significativa con el EVA de xerostomía (coeficiente β: 0.19 IC95% 0,09–0,29) y la categoría 2 del índice de Loe & Silnes (coeficiente β: 19. IC95% 7.7-29.7).
CONCLUSIONES: Los resultados mostraron que toda la población estudiada presentaba afectación bucal, con una calidad de vida bucal deteriorada lo cual muestra relación con el grado de sequedad medido por xerostomía. Estos resultados respaldan la importancia del tratamiento en conjunto con Odontología dirigido a mejorar el grado de xerostomía, la higiene y el estado bucal.

1979

MANIFESTACIONES CARDÍACAS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Carla Alonso, María Isabel Quaglia, Yohana Tissera Yohana, **Rosa María FIGUEROA**, Mariana Ittig, Juan Pablo Ávila, Verónica Savio, Carla Gobbi, Alejandro Albiero, Paula Alba

HOSPITAL CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune asociada con trombosis arterial y venosa, y morbilidad obstétrica. Las manifestaciones cardíacas incluyen valvulopatía, enfermedad arterial coronaria, disfunción miocárdica, hipertensión pulmonar y trombos intracardíacos.
OBJETIVOS: Evaluar las manifestaciones cardíacas en el SAF primario, su relación con la clínica y perfil de anticuerpos antifosfolípidos (AAF).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron pacientes con SAF primario que cumplían Criterios de Sydney asistidos en la Unidad de Reumatología de Hospital de Córdoba desde mayo de 2013 a marzo de 2020. Se evaluaron características clínicas y demográficas, presencia de trombosis arterial y venosa (tAPS), morbilidad obstétrica, manifestaciones no criterio y perfil de AAF (anticoagulante lúpico (LA), aCL y anti-BGPI). Las manifestaciones cardíacas estudiadas fueron lesiones valvulares, enfermedad arterial coronaria con infarto agudo de miocardio (IAM), miocardiopatía, hipertensión pulmonar y presencia de trombo intracardíaco.
RESULTADOS: Se incluyeron 86 pacientes, 74 fueron mujeres y 11 hombres. El 11.63% de los pacientes tenían manifestaciones cardíacas (MC) y el 55.5% eran hombres. La edad media fue de 43,22 +/- 11,87 en pacientes con MC vs 36,24+/-8,30 en no MC y la duración de la enfermedad fue

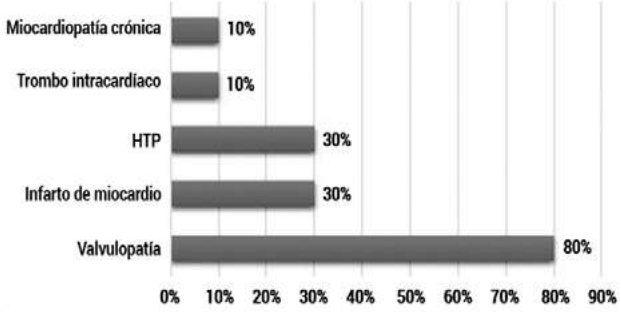


Figura: Manifestaciones cardíacas.

113.38+/- 67.36 meses en MC frente a 64.56 +/-61.87 en no MC. En cuanto a las manifestaciones cardíacas, el 80% (n=8) tenía enfermedad valvular, el 30% (n=3) infarto de miocardio, 30% (n=3) hipertensión pulmonar (HTP), 10% (n=1) trombos intracardíacos y 10% (n=1) miocardiopatía crónica. El 50% de los pacientes con MC tenían triple positividad de AAF, 77.7% LA, 88,8% aCL y 55.5% anticuerpos antiBGPI. Todos los pacientes con MC tenían tAPS.
CONCLUSIONES: Las MC se asociaron con mayor edad, mayor tiempo de enfermedad, tAPS y perfil de anticuerpos de alto riesgo. La evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, el diagnóstico y el tratamiento adecuado son esenciales en SAF.

1983

IMPACTO DE LA ANEMIA Y DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Laura Cuellar, Ronald Pérez, Jonatan Mareco, Santiago Ruta, Sebastián Magri, **Rodrigo GARCÍA SALINAS**

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Los niveles de hemoglobina pueden variar por diferentes razones en enfermedades crónicas. En la AR se puede deber a la actividad de la enfermedad, las comorbilidades y/o los tratamientos.
OBJETIVOS: Evaluar la correlación entre los niveles de Hb en una cohorte de pacientes con AR y diferentes estimadores numéricos de la enfermedad. Analizar la asociación de las características de la AR con valores bajos de Hb.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio trasversal, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (reciente y seguimiento). En la primera visita se realizaron: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda) FR y ACPA (en el mismo laboratorio), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y 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 consignó el tratamiento indicado por su medico de cabecera. En la misma visita se consigno valor de hemoglobina y se estableció como valor de corte para Hb baja menor a 13. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, Test de chi^2 y exacto de Fisher (variables categóricas) y Test de Student o Mann Whitney (variables continuas) según su distribución, se realizó regresión logística binomial (variables con p significativa), se realizó correlación de Pearson y Sperman.
RESULTADOS: Se incluyeron 271 pacientes con AR que cumplieron la evaluación basal completa, 73% sexo femenino, media de edad 54 años (DS: 14), mediana de evolución 24 meses (RIQ: 12-60), 52% eran de reciente diagnóstico (menos 2 años), 80% seropositivos. El valor medio de Hb fue 13.3 (DE + 2.3), la frecuencia de anemia 18%. Los niveles de Hb correlacionaron en forma positiva con el FR (CC: 0.196 p 0.01), el NAD (CC 0.13 p 0.03). La anemia se asoció con: FR + (60 vs 76 p 0.02), edad (57.4 vs 54 p 0.005), escolaridad (13.2 vs 12.2 p 0.04), HAQ (0.8 vs 0.7 p 0.001), Uso de anti-TNF (47% vs 31% p 0.04), dosis de MTX (27% vs 13% p 0.002). Los niveles bajos de Hb (>13): artritis temprana (42% vs 57% p 0.01), Sexo femenino (74% vs 58% p 0.005), FR + (64 vs 81 p 0.02), más de 3 comorbilidades (4% vs 11% p 0.02), Edad (55 vs 53 p 0.004), VAS paciente (50.8 vs 52 p 0.02), HAQ (0.74 vs 0.75 p 0.02). En los análisis multivariados para variable dependiente anemia se asoció en forma independiente: FR+ (OR: 0.37 IC95% 0.17-0.8), dosis de MTX (OR: 1.1 IC95% 1.01-1.2). Y para la variable dependiente niveles bajos de Hb: Sexo femenino (2.4 IC95% 1.2-4.6), FR+ (OR 0.4 IC95% 0.2-0.8).

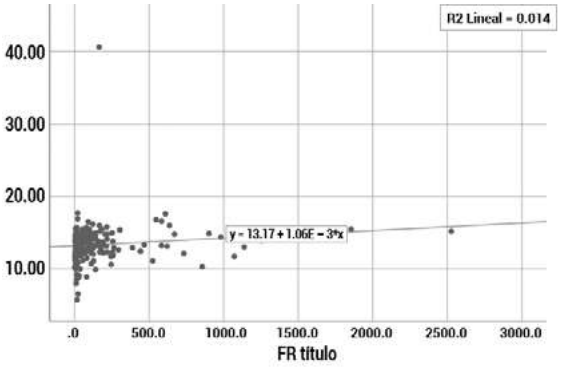


Figura: Correlación Hb y FR.

CONCLUSIONES: Los niveles de Hb se correlacionaron con el título de FR, la anemia se asoció en forma negativa a la positividad de FR, y a dosis mas alta de MTX. Para Hb menor a 13 al sexo femenino. En nuestra cohorte los niveles de Hb no se correlacionaron a la actividad de la enfermedad y solo se asociaron al sexo y al uso de MTX.

1986

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

Zey RAMOS, Vanesa Bejarano, Lucía Castorino, Luciana Tomas, Julieta Morbiducci, Anastasia Secco

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

INTRODUCCIÓN: En el lupus eritematoso sistémico (LES) existen factores que pueden afectar el curso de la enfermedad, aparición de recaídas, remisiones, brotes y afectación de órgano cambiando su pronóstico tales como la raza, etnia, sexo y edad de inicio de la enfermedad. Los esfuerzos en la investigación con respecto a este último, no han sido muy concluyentes. Es necesario seguir investigando las características de evolución, actividad y el pronóstico del LES según la edad de inicio de la enfermedad aportando así información de interés en nuestra población.
OBJETIVOS: Describir las características demográficas, clínicas y de actividad en pacientes con LES con un mínimo de un año de seguimiento, según la edad de inicio de la enfermedad. Analizar la frecuencia de las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad y daño acumulado según la edad de inicio.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva. Se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES según los Criterios ACR 1982 revisados en 1997 y/o SLICC 2012 y/o ACR/EULAR 2019 que acudieron a la Sección de Reumatología de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Todos los pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune fueron excluidos, excepto los que presentaban síndrome de Sjögren y/o síndrome antifosfolipídico asociado. Se registró la edad precisa de inicio de la enfermedad, actividad basal mediante el índice, *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI), evolución y curso de la enfermedad con SELENA-SLEDAI FLARE INDEX así como también el daño a través de SLICC/ACR SDI, compromiso orgánico y perfil de anticuerpos. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DE) o como mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución y tamaño muestral. Las variables categóricas se expresaron en proporciones. Para comparar la actividad y daño acumulado según la edad, se realizó análisis bivariado y se generó un modelo

de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente la edad, ajustada por posibles confundidores. Se evaluó el desempeño del modelo (supuesto, observaciones atípicas, multicolinealidad).
RESULTADOS: Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de LES. El 93.5% de los pacientes eran de sexo femenino, con una media de edad al diagnóstico de 29±11.18 años. La mediana de tiempo de seguimiento de la población fue de 4.3 años (RIC: 2-5). Un 46% tenía una actividad basal remisión/leve por SLEDAI y un 54% se encontraba en moderada/alta actividad. La mediana del número de dominios comprometidos era de 5 (RIC: 4-6), siendo el cutáneo, musculoesquelético y constitucional los más afectados con 94, 85% y 75%, respectivamente. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el 70% tuvo algún *flare* leve-moderado, 63% tuvo un *flare* severo y fue necesario el uso de tratamiento inmunosupresor en el 67% de los pacientes. El 51% requirió dosis altas de corticoides en algún momento de la evolución. En la última consulta predominó la actividad de la enfermedad por SLEDAI remisión/leve, en un 68%. En el análisis bivariado se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: a menor edad, peor control de la enfermedad por SELENA-SLEDAI FLARE INDEX tanto en la primera, como en la última consulta [coeficiente (Coef.) β: -2.9. IC95%: -0.3 a -5.3; Coef. β: -3.3. IC95%: -0.9 a -5.7, respectivamente]; a menor edad, mayor requerimiento de dosis altas de glucocorticoides en algún momento del seguimiento (Coef. β: -4.2. IC95%: -0.33 a -8.1) y de tratamiento con inmunosupresores (Coef. β: -2.2. IC95%: -0.39 a -3.9). No se encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad de inicio de la enfermedad y tiempo de seguimiento, daño por SLICC, SLEDAI basal y de última consulta, compromiso orgánico específico ni en el número de dominios afectados, ni dosis de glucocorticoides acumulados. En el análisis multivariado se encontró asociación significativa e independiente entre la edad de inicio de la enfermedad y el requerimiento de tratamiento inmunosupresor (Coef. β:-7.31 IC95%:-3.2 a -11.4).
CONCLUSIONES: En nuestro estudio se encontraron diferencias significativas que sugieren que la evolución de la enfermedad sería más severa al comenzar a edades más tempranas. Nuestros resultados son un aporte más al conocimiento que sugieren la necesidad de un seguimiento más estrecho de estos pacientes.

1990

DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ARTRITIS REUMATOIDEA

María Belén LECUMBERRI, A Martínez, Leila Belbruno, Ana Carolina Ralle, Juan Manuel Luna Murillo, Emilio Buschiazzo, Vicente Juárez, María Elena Crespo, Mariana Aciar, Romina Rojas Tessel, N Cucciaro, Eugenia Picco

HOSPITAL DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: La imagen corporal describe cómo una persona ve su propio cuerpo, independientemente de su apariencia real. Esto incluye percepciones, pensamientos y sentimientos sobre la función, competencia, tamaño y estética. El tratamiento con GC se asocia con cambios en la apariencia facial (facies cushingoide o redondeo de la cara), aumento de peso, hematomas y osteoporosis. Algunos estudios han demostrado que la IC es deficiente en comparación con los controles sin LES y tiene menos que ver con la enfermedad en sí y más con los efectos negativos del tratamiento.
OBJETIVOS: Determinar el grado de alteración e insatisfacción con la imagen corporal en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoidea.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio observacional, transversal, de pacientes con diagnóstico de LES (ACR-EULAR 2019/SLICC) y AR (EULAR/ACR 2010) mayores de 18 años, ambos sexos de consultorio externo, excluyendo aquellos pacientes analfabetos, con antecedentes de anorexia nerviosa, o impedidos de llenar cuestionarios. Se analizaron datos demográficos, evaluación de actividad de enfermedad según la enfermedad subyacente SLEDAI y DAS28, tratamiento previo y actual con DMARDCs, DMARDs, DMARDb, glucocorticoides. Además se consignaron antecedentes de depresión, ansiedad, fibromialgia y EVA de la calidad de sueño, fatiga, dolor y actividad de la enfermedad, así como presencia de signos y síntomas del síndrome de Cushing. Se utilizó el test de la silueta de gardner con 13 siluetas donde el paciente marcaba imagen percibida e imagen deseada. Posteriormente fueron evaluados por una psicóloga donde se completaron cuestionarios: BSQ (preocupación por imagen corporal), BDI-II (Depresión), BAI (ansiedad).
RESULTADOS: Se analizaron 24 pacientes, 21 (91.3%) mujeres, 16 pacientes con LES y 7 controles con AR. La media de edad de fue significativamente menor en pacientes con LES (m 28 vs 52, p=0.003), aunque tuvieron más años de educación (m 12 vs 10, p=0.01). No hubo diferencias con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad (m 42 vs 33 meses, p=0.3). No hubo diferencias entre los dos grupos con respecto al IMC (m 26.2 vs 27), peso (m 60.5 vs 70) ni talla (m 158 v 157). No se identificaron diferencias en la dosis actual de glucocorticoides (m 7.5 vs 7.5), ni dosis acumulada (m 900 mg vs 1500 mg). Los pacientes con LES presentaron más frecuencia de depresión (26.7 vs 14.3, pNS), ansiedad (18.8 vs 14.3, pNS) y de fibromialgia (6.5 vs 0, pNS). Asimismo, presentaron mayor frecuencia de impotencia sexual (37.5 vs 14.3, pNS), alteraciones menstruales (31.3 vs 0, pNS), estrías violáceas (12.5% vs 0%, pNS), cara de luna llena (31.3% vs 28.6%, pNS), aunque sin significancia estadística. En la evaluación psicológica, los pacientes con LES tuvieron mayores valores de BAI (m 17 vs 13, pNS) y de BSQ (m 61 vs 40). Al medir el nivel de insatisfacción, los pacientes con LES tuvieron mayor insatisfacción (62.5 vs 37.5, p=0.1).
CONCLUSIONES: Los resultados deben ser interpretados con precaución por el bajo número de pacientes, por lo cual podría no haber significancia estadística. Sin embargo, los pacientes con LES presentaron más antecedentes de ansiedad, depresion y fibromialgia, impotencia sexual y alteraciones menstruales, así como también un alto nivel (casi 7 de cada 10) de insatisfacción corporal.

1999

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTINUCLEARES CON PATRÓN HOMOGÉNEO Y NO HOMOGÉNEO

Ana Carolina RALLE, Vicente Juárez, Emilio Buschiazzo, Romina Rojas, María Elena Crespo, Mariana Aciar, Leila Belbruno, María Belén Lecumberri, Juan Manuel Luna Murillo

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, potencialmente mortal, de clínica pleomorfa en la cual cualquier órgano o sistema puede resultar afectado con diferente gravedad y evolución, a veces, imprevisible. Los anticuerpos antinucleares/citoplasmáticos (ANA) representan un grupo de autoanticuerpos presentes en el suero, que reaccionan con numerosos autoantígenos de la célula y se detectan por inmunofluorescencia (IFI) y también por enzimo inmunoensayo (ELISA). Una de las características importantes de la prueba con IFI es que permite identificar diferentes patrones que reflejan los autoanticuerpos en la muestra y que guiarán la interpretación clínica.
OBJETIVOS: Buscar asociaciones de los diferentes patrones ANA hallados con las manifestaciones clínicas en pacientes con lupus. Identificar asociaciones entre los diferentes patrones ANA y los anticuerpos específicos hallados en pacientes con lupus.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo donde se analizaron historias clínicas de pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de LES (criterios ACR/EULAR 2019). Se registraron datos sociodemográficos y clínicos. Se tomó como ANA positivo un valor de corte de ≥1/80 (HEp2 por IFI), utilizando la nomenclatura - ANA *patterns* 2014-2015. Se registró la positividad o negatividad de otros anticuerpos disponibles en la historia clínica y manifestaciones clínicas incluidas o no en el SLEDAI-2K, también el ultimo SLEDAI calculado por el medico examinador y la clase histológica, en el caso de compromiso renal. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo patrón de ANA no estaba nomenclado según el primer consenso internacional sobre estandarización y nomenclatura de los patrones de anticuerpos antinucleares 2014-2015.
RESULTADOS: Se analizaron 36 historias clínicas, 32 (88.8%) sexo femenino, media de edad en años de 29.3 (DE 10.5), 19 (55.9%) presentaron patrón homogéneo y 15 (44.1%) no homogéneo (incluyendo granular fino, grueso y fino denso). Se encontró asociación entre los pacientes con ANA homogéneo y la presencia de derrame pleural (63.2% vs 20%, p=0.01), proteinuria ≥ 500 mg/24 hs (100% vs 60%, p=0.004). El patrón no homogéneo se asoció con la presencia de anti-Ro (85.2% vs 33.3%, p=0.02) y el homogéneo con presencia de anti DNA (94.7% vs 57.1%, p=0.02). Diez (27.7%) pacientes tuvieron anti-Ro y anti-DNAn positivo, y esta circunstancia fue más frecuente en presencia de ANA no homogéneo (58.3% vs 33.3%, p=0.2), aunque sin significancia estadística.
CONCLUSIONES: La presencia de ANA con patrón homogéneo en LES se asoció a presencia de proteinuria significativa, derrame pleural y anti-DNAn, y el patrón no homogéneo a presencia de anti-Ro. Cabe destacar que hubo un 33.3% de pacientes con anti-Ro y patrón homogéneo y un 57.1% de pacientes con anti-DNAn y patrón no homogéneo.

2000

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA EN EL REGISTRO RELESSAR TRANSVERSAL

Mercedes Argentina GARCÍA[1], Alberto Spindler[2], Paula Alba Moreyra[3], Analía Álvarez[4], Susana Roverano[5], Cecilia Pisoni[6], Rosana O Quintana[7], César Graf[8], Catalina Gómez[9], Heber Figueredo[10], Silvia Papasidero[11], Raúl Paniego[12], María Celina de la Vega[13], María Julia Santa Cruz[11], Verónica Bellomio[14], Marina Micelli[15], Lucila García[16], Mariana Pera[17], Romina Rojas Tessel[18], Belén Virasoro[6], Emma Civit[19], Luciana González Lucero[14], María Victoria Martire[20], Carla Gobbi[21], Rodrigo Aguila Maldonado[22], Romina Nieto[23], Gretel Rausch[24], Vanina Góngora[25], Cristina Battagliotti[26], Agustina D'Amico[27], Alberto O Allievi[28], Diana O Dubinsky[29], Alberto Orden[30], Johana Zacariaz Hereter[31], Juan Manuel Vandale[32], Julia O Romero[33], Mariana Alejandra Pera[34], Mario Goñi[35], Oscar Rillo[36], Roberto Báez[37], Valeria Arturi[38], Andrea González[39], Florencia Vivero[40], María Marcela Schmid[41], Víctor Caputo[42], Graciela Gómez[43], María Silvia Larroudé[44], Graciela Nora Rodríguez[45], Josefina Marin[46], Marisa Jorfen[35], Victoria Collado[47], Zaida Bedran[48], Ana Curti[49], Mónica Sacnún[50], Pablo Finucci Curi[51], María Victoria Gazzoni[52], Úrsula Paris[53], Maximiliano Machado Escobar[54], Pablo Astesana[21], Bernardo Pons-Estel[55]

[1]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]CENTRO MÉDICO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA, [3]HOSPITAL CÓRDOBA, [4]HOSPITAL PENNA, [5]HOSPITAL J.M. CULLEN, [6]CEMIC, [7]SANATORIO PARQUE, [8]CENTRO MÉDICO MITRE, [9]HOSPITAL CENTRAL, [10]HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN D. PERÓN, [11]HOSPITAL TORNÚ, [12]CENTRO PRIVADO DE REHABILITACIÓN, [13]CEIM INVESTIGACIONES MÉDICAS, [14]HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, [15]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA, [16]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [17]HOSPITAL PADILLA, [18]HOSPITAL SR. DEL MILAGRO, [19]HOSPITAL DEL CARMEN, [20]HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, [21]SANATORIO ALLENDE, [22]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [23]HOSPITAL PROVINCIAL, [24]CONSULTORIO PRIVADO, [25]HOSPITAL SAN MARTÍN, [26]HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA, [27]HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA, [28]CONSULTORIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES, [29]HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, [30]HOSPITAL AERONÁUTICO CENTRAL, [31]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [32]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, [33]CLÍNICA ALVEAR, [34]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [35]CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS, [36]HOSPITAL IGNACIO PIROVANO, [37]HOSPITAL DE GENERAL ROCA, [38]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [39]HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN, [40]HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, [41]HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO, [42]SANATORIO JUNCAL, [43]INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, [44]CONSULTORIO PRIVADO, [45]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [46]HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, [47]INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, [48]HOSPITAL ESCUELA DE AGUDO RAMÓN MADARIAGA, [49]HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, [50]HOSPITAL PROVINCIAL, [51]HOSPITAL SAN MARTÍN, [52]HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, [53]HOSPITAL ESCUELA DE AGUDO RAMÓN MADARIAGA, [54]HOSPITAL EVA PERÓN, [55]SANATORIO PARQUE

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete a los riñones en alrededor del 50% de los pacientes. Por otra parte, la nefritis lúpica (NL) en sí misma es un factor de riesgo importante para la morbilidad y mortalidad general de los pacientes con LES y, a pesar de las potentes terapias antiinflamatorias e inmunosupresoras, persiste un número significativo de pacientes que evoluciona al fallo renal crónico (*Salem Almaani, Alexa Meara, and Brad H. Rovin. Update on Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol 12: 825–835, 2017*).
OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de NL y las características de los pacientes que cursan esta complicación en la búsqueda de un potencial perfil de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad renal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y analítico a partir de la base de datos del registro nacional de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR). Se incluyeron pacientes adultos, que cumplieron Criterios de Clasificación ACR 1997. Se recolectaron datos sociodemográficos, tiempo de evolución de la enfermedad y retraso en el diagnóstico. Se determinó el perfil de anticuerpos, índices de actividad (SLEDAI), comorbilidades (Charlson), tratamientos y daño (SDI). Se compararon los pacientes con NL actual o pasada con quienes no tuvieron NL.

RESULTADOS: Se analizaron 1.502 pacientes de los cuales 643 (42.8%) cursaron NL. Las clases histológicas predominantes fueron clase IV en 253 casos, clase III en 81, clase II en 78 y clase V en 33 pacientes. En el análisis univariado los pacientes con NL se caracterizaron por pertenecer con mayor frecuencia a la etnia mestiza (p=0.017), tener menor edad al ingreso en el registro (p<0.001), menos retraso en el diagnóstico en meses (p<0.001), mayor duración de la enfermedad (<0.001). También presentaron mayor SLEDAI en la última evaluación (p<0.001) así como hipocomplementemia (p<0.001) y mayor frecuencia de anticuerpos anti SM positivos (p<0.007). Dentro de las comorbilidades tuvieron significativamente más dislipemia (p<0.001) e (HTA <0.001). Tuvieron más episodios de hospitalización en general y por LES (p<0.001), más infecciones graves(p<0.001) y mayor índice de daño medido por SLICC (p=0.001). De los tratamientos recibidos alguna vez o en la última consulta destacan azatioprina (44.3% vs 27.9%, p<0.001), ciclofosfamida (66.2% vs. 8.72%, p<0.001), mofetil micofenolato (47.0% vs 7.37%, p<0.001), ácido micofenólico (5.59% vs. 0.395%, p<0.001) mientras que belimumab lo recibieron con menos frecuencia (3.7% vs 8.03%, p<0.001). El análisis de variables múltiples se describe en Tabla.

Características	OR	IC	p
Edad en la última evaluación	0.96	0.94, 0.97	<0.001
Duración del LES	1.01	1.00, 1.01	<0.001
Situación socioeconómica media baja/baja	1.65	1.02, 2.71	0,044
SLEDAI	1.09	1.06, 1.13	<0.001
Lupus cutáneo agudo	0.57	0.42, 0.78	<0.001
Hipocomplementemia (>10 días o persiste en los últimos 10 días)	4.52	2.78, 7.65	<0.001
Anticuerpo anti SM	1.43	1.06, 1.92	0,019
Antifosfolípidos negativos	1.74	1.27, 2.39	<0.001
Hipertensión arterial	3	2.10, 4.31	<0.001
Úlcera gastroduodenal	0.36	0.17, 0.73	0.006

CONCLUSIONES: En el registro RELESSAR la prevalencia de NL fue del 42.8%. La probabilidad de cursar esta manifestación estuvo significativamente asociada al nivel socioeconómico más bajo, así como a la menor edad. También hubo correlación con la actividad global de la enfermedad medida por SLEDAI y con hipocomplementemia, así como con la presencia del anticuerpo anti SM. Dentro de las comorbilidades hubo una fuerte asociación con hipertensión arterial mientras que hubo asociación negativa con la presencia de ulcera gastroduodenal. También se destaca la relación negativa con el lupus cutáneo agudo y con la presencia de anticuerpos anti fosfolípidos.

2010

TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE UVEÍTIS, HOSPITAL DE CLÍNICAS, MONTEVIDEO, URUGUAY

Michelle FUSEAU

INSTITUTO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA DEL URUGUAY

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la uveítis no infecciosa puede requerir de dosis altas de glucocorticoides junto con inmunosupresores solos o combinados. Las terapias biológicas tienen su indicación en casos de refractariedad o efectos adversos del tratamiento inmunosupresor.
OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes con uveítis en tratamiento biológico de la Unidad de Uveítis del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo, Uruguay.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal de pacientes de ≥15 años atendidos entre el 01/10/2018 y el 01/10/2020, con diagnóstico de uveítis en tratamiento con terapia biológica, que constaban en la base de datos de la unidad de uveítis.
RESULTADOS: Un total de 136 pacientes fue atendido por todas las causas de patología ocular inflamatoria. De 110 pacientes con uveítis, 7 pacientes (7.7%) recibieron fármacos anti-TNF en monoterapia o combinados. De estos siete pacientes, tres presentaron uveítis anterior recurrente asociada a artritis idiopática juvenil (2 adalimumab, 1 infliximab), otros tres presentaron uveítis anterior recurrente asociada a espondiloartritis (1 infliximab, 2 golimumab) y un paciente presentó panuveítis bilateral crónica idiopática (1 adalimumab). Como se detalla en la Tabla, la mayoría fueron mujeres (n=4; 57.1%) y habían recibido una mediana de 2 inmunosupresores previos al inicio de terapia anti-TNF. La indicación de terapia anti-TNF fue por complicaciones oculares en 4 pacientes (57.1%), o por la enfermedad de base en 3 pacientes (42.9%). En la última consulta, se observó baja visión moderada en ningún ojo derecho y 1 ojo izquierdo, así como baja visión severa en 2 ojos derechos y 1 ojo izquierdo.

Paciente	Sexo	Edad inicio uveítis (años)	Meses evolución uveítis	Características clínico-etiológicas	Tratamiento actual	Nº inmunosupresores previos a TB	Indicación de TB	AV OD 1º consulta	AV OI 1º consulta	AV OD última consulta	AV OI última consulta	Complicaciones oculares
1	F	23	285	UA bilateral recurrente asociada a SpA	GOLI	1	Por enfermedad de base	0.6	0.4	0.6	0.5	Sinequia, catarata
2	F	21	36	UA bilateral recurrente asociada a AIJ	ADA + MTX	2	Por enfermedad de base	1.0	0.2	1.0	1.0	Sinequia
3	M	22	31	PanU bilateral crónica idiopática	ADA + MFM + CYA	3	Por complicaciones oculares	0.2	CD	CD	MM	Catarata, glaucoma
4	M	13	81	UA bilateral recurrente asociada a AIJ	IFX + MTX	2	Por enfermedad de base	0.8	.8	1.0	1.0	Sinequia
5	F	22	201	UA unilateral recurrente asociada a SpA	GOLI + MTX	2	Por complicaciones oculares	0.1	0.8	0.4	1.0	Sinequia, catarata
6	F	9	117	UA unilateral recurrente asociada a AIJ	ADA + MTX	2	Por complicaciones oculares	MM	0.3	MM	1.0	Sinequia
7	M	32	237	UA bilateral recurrente asociada a SpA	IFX + MTX	1	Por complicaciones oculares	0.2	0.1	1.0	0.3	Sinequia
Mediana		117.0				2.0		0.4	0.4	1.0	1.,0	
Nº de ojos con baja visión moderada (AV≤0.3 >0.1)								2	1	0	1	
Nº de ojos con baja visión severa (AV≤0,1)								2	2	2	1	

AV, agudeza visual; F, femenino; M, masculino; OD, ojo derecho; OI, ojo izquierdo; Pct, paciente; TB, terapia biológica.

CONCLUSIONES: En nuestro saber y entender, se trata de la primera serie de casos de pacientes con uveítis y terapia biológica reportada en Uruguay. Similar a otros estudios, la mayoría fueron mujeres, con etiologías que requirieron fármacos anti-TNF en su mayoría por complicaciones oculares de la uveítis, o por la enfermedad de base.

2012

CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO Y LA REMUNERACIÓN ECONÓMICA EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA EN LOS DIFERENTES DISTRITOS DE ARGENTINA

Fernando H. ERAÑA, Leticia Ibáñez Zurlo, Emilio Buschiazzo, Emilio Benavente, Gabriela Salvatierra, Raúl Depoddio, Vanesa Deves, María Celina De La Vega

SUPPIP

INTRODUCCIÓN: La Reumatología es una especialidad clínica con elevada demanda, la cual se encuentra en aumento en los últimos años. La remuneración de su ejercicio puede estar afectada por factores sociodemográficos, económicos e inherentes al sitio donde se ejerce.
OBJETIVOS: Describir el estado actual con respecto a las formas de cobro y los montos de las consultas y prácticas en Reumatología en los diferentes distritos de Argentina, mediante una muestra de profesionales socios de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR). Describir variables asociadas a los diferentes estados de empleo (ámbito, número de sitios de asistencia, traslados, entre otros), remuneración de las consultas y prácticas. Describir la prevalencia de pluriempleo (2 o más empleos) y exceso de horas laborales (más de 40 horas semanales).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta *online* difundida por mail y acceso directo a través de código QR en estaciones virtuales durante el desarrollo del 53 Congreso Argentino de Reumatología, para ser completada en el período comprendido entre el 1 y 15 de diciembre de 2021.
RESULTADOS: Se recibieron 127respuestas, 86 (67.7%) mujeres, edad mediana 45 años (RIC: 40-52.5), 113 (89%) especialistas en reumatología, con mediana de 20 años (RIC: 14-28) en el ejercicio de la medicina y 13 años (RIC: 6.5-20) como especialistas en Reumatología, 17 (13.5%) realizaban atención pediátrica. Los encuestados ejercían la especialidad en Provincia de Buenos Aires 40 (31.5%), Córdoba 19 (15%), CABA 16 (12.6%), Salta 15 (11.8%). Las fuentes de ingreso más frecuentes fueron: Consultorio de Reumatología 121 (95.3%), Docencia/Disertaciones 36 (28.3%), Consultorio no reumatológico 30 (23.6%), Investigación clínica 30 (23.6%) y Guardias 16 (12.6%), solo 7 (5.5%) reportaron ingresos de una actividad diferente a la práctica médica. La mayoría de los encuestados ejercían la especialidad en el ámbito público y privado (68, 53.5%), 49 (38.6%) solo privado y 10 (7.9%) únicamente en el ámbito público. Del total, 107 (84.3%) refirieron pluriempleo (2 o más empleos), y 27 (21.2%) 4 o más sitios de trabajo. Considerando el ámbito privado de consultorio, la mediana de horas de consultorio semanales fue 16 (RIC: 8-25), y 7 (6%) realizaba mas de 40 horas/semanales de consultorio. En 50 encuestados (42.7%) el número de pacientes atendidos semanalmente fue 50-99, y la duración de la consulta más frecuentemente reportada fue 20-30 minutos en 103 (88%). Las prácticas más frecuentemente realizadas fueron: clinimetría 113 (89%), artrocentesis 94 (74%), Telemedicina 64 (50.4%), capilaroscopia 45 (34.5%) y ecografía 20 (15.7%). La clinimetría fue remunerada en 21 (18.6%) de los encuestados, en su mayoría incluida en la prestación brindada a la obra social 18/21 (85.7%). En 60 (59.8%) de los encuestados, la remuneración mensual fue desde 100000-249000 pesos y 27 (23.1%) menos de 100000$. La consulta particular tuvo un valor de 1500-2499 pesos en 64 (54.7%). Un ingreso <100000$/mes fue más frecuente en mujeres (28.2% vs 12.8%, p = 0.06), asociada a menor tiempo de ejercicio de la medicina y de la especialidad (20.7 vs 43.7 años y 12 vs 14.6 años, respectivamente), y trabajar en el interior vs CABA-Buenos Aires (28.4% vs 16%) aunque sin alcanzar significancia estadística (p>0.1).
CONCLUSIONES: En este estudio, la prevalencia de pluriempleo fue elevada (85.3%) incluyendo 1 de cada 5 reumatólogos con 4 o más sitios de trabajo. Además, se observó que las fuentes de ingreso son múltiples y que incluyen actividades fuera de la especialidad. Un quinto de los profesionales tuvo baja remuneración (<100000$), dado que, para diciembre 2021, el valor de la canasta básica total para grupo familiar según el INDEC fue $76.146,13. Este nivel de remuneración baja fue numéricamente mas frecuente en mujeres, con menor tiempo en el ejercicio de la medicina y la especialidad y del interior del país.

2014

DESARROLLO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO, RENAL Y NEUROLÓGICO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Vanesa Marisel BEJARANO[1], Marina Soledad Dalpiaz[2]

[1]HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, [2]HOSPITAL MÉDICO CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: El LES sería la enfermedad autoinmune más estrechamente relacionada con el SSp, presentando ambas entidades una significativa superposición en su expresión clínica e inmunológica. Ambas tienden a agregarse dentro del mismo núcleo familiar, y comparten la denominada "signatura del IFN". En la mayoría de casos, el LES precede al inicio del SS.
OBJETIVOS: Los pacientes con SS-LES presentarían un subfenotipo particular, algunas series han mostrado una mayor prevalencia de fatiga, manifestaciones cutáneas, artritis, fenómeno de Raynaud, psicosis, trombocitopenia y anticuerpos anti-Ro y La, en este grupo de pacientes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 41 años de edad, con antecedentes de Síndrome de Sjögren primario diagnosticado en 2016, asociado a vasculitis urticarial hipocomplementémica, y lupus cutáneo subagudo. Inicia su enfermedad con síntomas SICCA, asociados a poliartralgias y compromiso cutáneo, por lo que realiza tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg cada 12 hs y pilocarpina 5 mg cada 12 hs VO. En junio de 2020 con consulta por vasculitis cutánea extendida a nivel de miembros superiores e inferiores (mayor al 18% de la superficie corporal), asociada a poliartralgias y episodios esporádicos de olvidos. Orientada globalmente, sin signos de foco motor ni meníngeo. Por compromiso cutáneo se indica tratamiento con meprednisona 0.5 mg/kg/ día, se solicita laboratorio e interconsulta con Neurología. Se solicitan estudios: RMN de encéfalo: imágenes focales aisladas hiperintensas en secuencia *flair* sobre sustancia blanca subcortical a nivel de ambos hemisferios cerebrales, de características inespecíficas. En secuencia SWI se observan imágenes focales hipointensas en ambos núcleos lenticulares, simétricas, en relación a depósitos minerales. En consulta posterior la paciente refiere continuar con desorientación episódica. Laboratorio: Hto 33.4 Hb: 11.3 GB:6700 Plaquetas: 296.000 VCM: 92.3 HCM: 31.1 CHCM: 33.7 RDW: 13.3 N: 73.1% E:0.2% B:0.4% M:3.7% L: 22.6% GLU: 119 U:41 creat:1.18 FG: 54.2 GOT: 28 GPT: 33 FAL: 66 BT: 0.45 FAN POSITIVO 1/1280 granular fino (AC-4) anti-DNA: positivo 1/320 C3: 26 C4: 2.83 Anti-RO: 49 (positivo moderado) Anti-La: 170 (positivo fuerte) Anti-SM: 119 (positivo fuerte) Anti-RNP/SM: 168 VDRL: no reactivo PCR: 0.99 (positiva: deseable <0.8). Orina: análisis químico: proteínas 100 mg/dl ++ ph: 6 sangre 0.2 mg/dl ++densidad: 1.017 Análisis microscópico: regulares leucocitos, hematíes muy abundantes, cilindros hialinos 1/CPB cilindros de hematíes: 1/CPB. Proteinuria 24 hs: 0.28 g/24 hs. La paciente reúne criterios EULAR/ACR 2019 para LES. Se solicitan nuevos estudios: angiorresonancia de vasos craneales y extracraneales: se observaron cambios estenóticos en el sifón carotideo izquierdo. Un hallazgo semejante puede existir en M2 derecho. Estos hallazgos pueden estar vinculados a vasculitis. Angiografía extracraneana normal. Se interpreta cuadro como vasculitis de SNC, en contexto de paciente con LES de inicio reciente. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida 1 g/ mes EV por 6 meses. Por presen-

cia de cilindros en sedimento urinario, asociados a deterioro de la función renal se realiza PBR que informa: glomerulopatía proliferativa mesangial con depósitos de inmunocomplejos, correspondiente a nefritis lúpica proliferativa mesangial Clase II. La paciente evoluciona en forma favorable con tratamiento inmunosupresor, con remisión de cuadro cutáneo y síntomas neurológicos. Continúa en seguimiento por Nefrología, con normalización de función renal y proteinuria negativa. En tramitación de medicación biológica anti CD20 (rituximab) para continuar tratamiento.
RESULTADOS: El desarrollo de enfermedades autoinmunes adicionales en pacientes con SSp se ha reportado en hasta el 49.3%, según las diferentes cohortes, siendo la enfermedad tiroidea autoinmune la más frecuente. Es importante destacar que hasta el 19% de estos, pueden desarrollar más de una enfermedad autoinmune, lo cual es consistente con el fenómeno de "poliautoinmunidad" observado en este grupo de pacientes.
CONCLUSIONES: Cabe destacar que la paciente presentaba hipocomplementemia al momento del diagnóstico de SSp. Se ha descripto que los pacientes con SSp e hipocomplementemia presentan puntuaciones más elevadas de ESSDAI y tienen un mayor riesgo de desarrollar LES durante su evolución, con mayor requerimiento de tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

2015

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Laura Lucia HOLGUIN ARIAS, Vanessa Castro Coello, Carola Solís Cordero, Gimena Gómez, Adriana Hamaui, Diana Dubinsky

SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos dos años, la pandemia por SARS-CoV-2 ha impactado los hábitos de vida, la atención sanitaria, el estado de salud física y psicológica de las personas con enfermedades reumáticas. En el estudio REUMAVID, casi la mitad de los encuestados declararon que su estado de salud había empeorado durante la pandemia y 38.5% aseguraron que los sentimientos y pensamientos negativos les impedían descansar, con consecuencias sobre su enfermedad. Otro estudio concluyó que aspectos como el miedo, pérdida de empleo, aislamiento social, incertidumbre sobre la necesidad de suspender o no sus tratamientos, empeoramiento por la interrupción de los mismos y reducción de las visitas al hospital, incrementaron su fatiga y dolor. Las estimaciones de adherencia al tratamiento de los pacientes con AR suelen ser baja (entre 30 y 80%). La falta de adherencia se ha asociado con empeoramiento de los síntomas y aumento de la discapacidad. Según la OMS, factores predictores de la falta de adherencia pueden categorizarse en cinco dimensiones: socioeconómica, relacionada con el sistema de salud, la enfermedad, la terapia y el paciente.
OBJETIVOS: Evaluar el impacto que ha tenido la pandemia de SARS-CoV-2 sobre la percepción de adherencia en una cohorte de pacientes con AR y sus correlaciones clínicas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal descriptivo; incluyó pacientes ≥18 años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, atendidos en ambulatorio entre 1 de junio y 31 de julio de 2022 que dieran su consentimiento escrito para realizar el cuestionario. Se identificaron con un código que no permitía conocer a qué paciente pertenecía cada set de respuestas. Se consignaron datos sociodemográficos, nivel socioeconómico (Graffar modificado), datos clínicos, de laboratorio, tratamientos, infección previa COVID-19 y estado de vacunación. Se evaluó actividad por DAS28-PCR y habilidad funcional con HAQ-II. Se incluyeron preguntas acerca de la percepción del impacto de la pandemia en la adherencia, seguimiento, deterioro del estado de salud o temor a la continuidad del tratamiento por escala visual análoga, siendo 0 ningún impacto y 10 el máximo. Se compararon estas respuestas con el nivel de adherencia medido por el *Compliance Questionnaire for Rheumatology* (CQR5), versión simplificada del CQR (19 items) que incluye 5 preguntas (2,3,5,6 y 17) con respuestas por escala de Likert de 1 a 4 (1= nada de acuerdo a 4= absolutamente de acuerdo); *scores* más bajos indican menor adherencia.
RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes ambulatorios con AR. 45 (65.22%) no percibieron afección de la adherencia durante la pandemia (71% mujeres, edad media de 55.31±12.10 años); 24 (34.78%) algún grado de afectación de la adherencia (75 % mujeres, edad media de 53.58 ±10.45 años). No se encontró asociación entre los dos grupos y el estado civil, estrato, régimen de afiliación a salud o lugar de residencia. Otras características se detallan en la Tabla. Tener un estado laboral independiente y la modificación o suspensión de la actividad laboral durante la pandemia se asoció estadísticamente a la percepción de alteración de la adherencia (p=0.04 y 0.01 respectivamente). Los pacientes con percepción de alteración de la adherencia también tuvieron medias más elevadas en el VAS de afectación del seguimiento, mayor deterioro del estado de salud y mayor temor a contagiarse. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p=<0.001, <0.001 y 0.04 respectivamente). La actividad de la enfermedad por DAS28-PCR, habilidad funcional por HAQ-II, la ERS y PCR también fueron mayores en este grupo con diferencias estadísticamente significativas (p= 0.002, 0.005, 0.01 y 0.04 respectivamente). No se encontró asociación entre la percepción de la afectación de la adherencia durante la pandemia y la adherencia global por CQR5 (p= 0,20).

Tabla 1: Características basadas durante la pandemia.

	Percepción de alta adherencia n=24	Percepción de buena adherencia n=45	OR	IC	p valor
Mujeres n (%)	18 (75)	32 (71.11)	1.21	0.35-4.60	0.73
Edad x (DE)	53.58 (10.45)	55.31 (12.10)	N/a	N/a	0 55de
Estado laboral n (%)					
Relación de dependencia	10 (41.67)	16 (35.56)	1.29	0.41-3.99	0.61
Independiente	6 (25)	3 (6. 7)	4.66	1.05-20.74	0.04
Estudiante	NA	1 (2.22)	N/a	N/a	N/a
Ama de casa	6 (25)	13 (28.89)	0.82	0.21-2.83	0.73
Jubilado	1 (4.17)	9 (20.00)	1.33	0.33-4.97	0.07
Pensionado	1 (4.17)	3 (6.67)	0.60	0.01-8.14	0.67
TBQ actual n (%)	8 (33.33)	9 (20.00)	2	O.55-7.04	0.22
Ex TBQ n (%)	5 (20.83)	14 (31.11)	0.58	0.14-2.09	0.36
IMC x (DE)	30.15 (7.81)	28 (4.99)	N/a	N/a	0.16
Duración enf. en años Me (RIC)	8 (12.5)	11(11)	N/a	N/a	0.30
ERS Me (RIC)	24,5 (32)	19 (13)	N/a	N/a	0.01
PCR Me (RIC)	6,47 (10.77)	3,91 (7,2)	N/a	N/a	0.04
DAS 28- PCR x (DE)	3.72 (1.60)	2.58 (1.30)	N /a	N/a	0.002
HAQ x (DE)	1.6 (0.85)	0.99(0.84)	N/a	N/a	0.005
Suspendió o modificó actividad laboral por pandemia n (%)	17 (70.83)	18 (40)	3.64	1.12-12.41	0.01
Afectación del sgto X (DE)	5.83 (3.27)	2.48 (.238)	N/a	N/a	<0.001
Deterioro del estado de salud X (DE)	4.91 (3.51)	1.37 (1.21)	N/a	N/a	<0.001
Temor a contagiarse x (DE)	6.08 (4.04)	4.04 (3.81)	N/a	N/a	0.04
CQRS X (DE)	18.70 (3.09)	19.37 (1.26)	N/a	N/a	0.20
Tratamiento actual n (%)					
Monoterapia MTX	9 (37.50)	12 (33.33)	1.61	0.49-5.35	0.35
Monoterapia = a MTX	1 (4.17)	2 (4.44)	0.93	0.01-18.87	0.95
CsDMAR combinada (conMTX)	3 (12.50)	12 (26.67)	0.39	0.06-1.72	0.17
CsdMAR combinada (sin MTX)	1 (4.17)	1(2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64
bDMAR monoterapia	1 (4.17)	NA	N/a	N/a	N/a
bDMAR +MTX	8 (33.33)	7 (15.56)	2.71	0.71-10.33	0.08
bDMAR coomedicado *a* MTX	NA	1 (2.22)	N/a	N/a	N/a
tsDMAR monoterapia	1 (4.17)	1 (2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64
Ninguno	NA	6 (13.33)	N/a	N/a	N/a
Consumo actual de GC n (%)	13 (54.17)	26 (57.78)	0.86	0.28-2.64	0.77
COVID-19 n (%)					
Leve	9 (37.50)	15 (33.33)	1.2	0.37-3.76	0.72
Moderado	3 (12.50)	1 (2.22)	6.28	0.45-337.23	0.08
Severo	NA	NA	N/a	N/a	N/a
Nunca	11 (45.83)	26 (57.78)	0.61	0.20.1.87	0.34
Desconoce si tuvo COVID-19	1 (4.17)	3 (6.67)	0.60	0.01-8.14	0.67
Suspensión de tto por COVID-19	7 (29.17)	6 (13.33)	2.67	0.65-11.09	0.10
Vacunación COVID-19					
4 dosis n (%)	8 (33.33)	18 (40)	0.75	0.22-2.35	0.58
3 dosis	15 (62.50)	23 (51.11)	1.59	0.51-5.02	0.36
2 dosis	N/a	3 (6.67)	N/a	N/a	N/a
1 dosis	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a
Ninguna	1(4.17)	1 (2.22)	1.91	0.02-153.51	0.64

Bdmar: Drogas modificadoras de la artritis biológica; CQRS: Compliance quiestionnaire for pheumatology; csDMAR: drogas modificadoras de la artritis reumatoide sintética convencional; DAS28: disease activity score; DE: desviación estándar; Enf: enfermedad; ERS: eritrosedimentación; HAQ: Health assessment quiestionaire; GC: glucocorticoides; IMC: índice de masa corporal; Me; mediana, MTX: metotraxato; PCR: proteína C reactiva; tsDMAR: drogas modificables de la artitris reumatoides sintética target. TBQ: tabaquista. Tto: tratamiento; RIC: rango intercuántico; VAS: escala visual análoga.

CONCLUSIONES: La pandemia por SARS-CoV-2 ha impactado no solo la adherencia, sino en el seguimiento y la calidad de vida de los pacientes con AR. Si bien la percepción del compromiso de la adherencia durante el período de pandemia es un parámetro subjetivo, encontramos una asociación significativa entre esta percepción e índices más elevados de suspensión o modificación de la actividad laboral, mayor actividad de la enfermedad, compromiso funcional y niveles más elevados de reactantes de fase aguda. Hacen falta estudios con mayor cantidad de pacientes para corroborar estos hallazgos.

2023

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ASOCIADAS A HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS HOSPITALES TERCIARIOS

Lourdes Jofre[1], Tania Zutara[1], **Valeria PEZUTTI**[1], Giuliana Guidarelli[2], Anabel Ledda[1], Luz Navarta[1], Adrián José Salvatore[2], María Gloria Rivero[1]

[1]HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, [2]HOSPITAL LAGOMAGGIORE MENDOZA

INTRODUCCIÓN: La hipergammaglubulinemia policlonal (HGP) es la sobreproducción de inmunoglobulinas por células plasmáticas de varias clonas. Históricamente se asocia a una variedad de enfermedades: hepáticas, infecciosas, hematológicas, oncológicas y autoinmunes.
OBJETIVOS: Conocer las causas de HGP en 2 hospitales de atención terciaria de la ciudad de Mendoza y determinar la frecuencia que ocupan las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) como causa etiológica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente los proteinogramas por electroforesis (PxE) realizados durante 1 año desde el 01/07/2021 hasta el 30/06/2022 mediante un sistema de electroforesis capilar (CAPILLARYS PROTEIN(E)6). Se seleccionaron valores con nivel de gammaglobulina ≥ a 2 g/dl, se descartaron aquellos con componente monoclonal y los pacientes (p) que no tenían diagnóstico definido. Se correlacionaron valores de PCR (mediana) con HGP como otra herramienta de laboratorio orientativa de etiología de la misma. Se completó un protocolo con datos demográficos, clínicos y de laboratorio de los pacientes. Se realizó estadística descriptiva y análisis univariado para variables categóricas con $\chi 2$ y numéricas con test de Student, error α <5%.
RESULTADOS: Se analizaron 3306 PxE, 170 presentaron HGP ≥2 g/dl, de los cuales 143 cumplieron criterios de inclusión, con un rango de 2.03 a 5.46 g/dl. Las etiologías asociadas fueron: EAIS 65 p (45.45%), enfermedades hepáticas 41 p (28.28%), enfermedades infecciosas 30 p (20.98%), enfermedades hematológicas 20 p (13.99%), enfermedades neoplásicas no hematológicas 10 p (6.99%). No se hallaron pacientes con enfermedad relacionada a IgG4, enfermedades autoinflamatorias, inmunodeficiencias, ni iatrogénicas (Tablas 1 y 2). En el grupo enfermedades autoinmunes la mediana de PCR fue estadísticamente menor que la del resto de los pacientes (7.5 mg vs 18.15 mg/dl; p= 0.001); mientras que fue estadísticamente mayor en el grupo enfermedades hematológicas (41 vs 10 mg/dl; p= 0.005) y neoplásicas (106.2 vs 10,2; p=0.00005).

Tabla 1: Etiologías EAIS.

Etiologías	Gamma: 2-2,99 g/dl	Gamma: ≥3 g/dl	p
EAIS	52 (45.22%)	13 (46%)	0.9
Enfermedades hepáticas	30 (26%)	11 (39.29%)	0.16
Infecciones	24 (20.84%)	6 (21.43%)	0.94
Enfermedades hematológicas	18 (15.6%)	2 (7.14%)	0.24
Neoplasias no hematológicas	8 (6.96%)	2 (7.14%)	0.97

Tabla 2: Etiologías asociadas a EAIS.

EAIS	n=65	%
LES	22	33.85
Síndrome de Sjögren 1°	15	23.08
AR	10	15.63
Vasculitis	3	4.62
Otras	16	24.61

CONCLUSIONES: En nuestro trabajo retrospectivo las EAIS fueron la causa más prevalente de HGP con valores ≥ a 2 g/dl, a diferencia de la bibliografía publicada donde las hepatopatías son las más frecuentes. El orden de frecuencia se mantuvo cuando se compararon pacientes con HGP entre 2 a 2,99 g/dl y ≥3 g/dl. Dentro de las EAIS las más prevalentes fueron LES y síndrome de Sjögren primario. Cuando se analizaron las PCR de pacientes con HGP y EAIS la mediana fue estadísticamente menor (p=0.001) comparadas con el resto de las patologías analizadas, mientras que la de las enfermedades hematológicas y neoplásicas fue estadísticamente mayor (p=0.005 y p=0.00005). Este hallazgo debería elevar la sospecha de EAIS (excluyendo vasculitis) en pacientes con HGP y PCR bajas.

2024

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL *SJÖGREN´S SYNDROME DISEASE DAMAGE INDEX* (SSDDI) PARA ARGENTINA

Constanza Belén ARGUISSAIN[1], Marisel Vanesa Bejarano[2], Aixa Lucia Mercé[2], Jesica Luciana Tomas[2], Lía Ingolotti[2], Julieta Silvana Morbiducci[2], María Pía Izaguirre[3], Mónica Jeanette Cordovilla Zamora[4], Silvia Beatriz Papasidero[4], Jorge Alberto Torres Trujillo[4], María Belén Buzzi[2], Anastasia Secco[2]

[1]HOSPITAL RIVADAVIA, [2]HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA, [3]HOSPITAL RAMOS MEJÍA, [4]HOSPITAL TORNÚ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad del tejido conectivo inmunomediada, con características de inflamación de las glándulas exocrinas que conduce a la sequedad de las superficies mucosas. También se presenta con características sistémicas extraglandulares. El curso clínico puede estar marcado por un alto grado de actividad de la enfermedad. Esto puede provocar daños irreversibles en los órganos o tejidos involucrados. Medir el daño acumulado en pacientes con SSp permite evaluar desenlaces y el pronóstico de la enfermedad, así como determinar cambios en el tratamiento.
OBJETIVOS: Adaptar transculturalmente y validar el SSDDI en pacientes con SSp para ser utilizado en la población argentina.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Tres reumatólogos argentinos adaptaron y tradujeron al español la versión original en inglés. Las mismas se unificaron en una versión consensuada la cual fue retro traducida. Se realizó un entrenamiento de los investigadores, a través de una prueba piloto con casos clínicos on line, con el fin de lograr un uso correcto del SSDDI y de la escala análogo visual (EVA), obteniéndose un muy buen grado de acuerdo (rho >0,80 en todos los casos) entre los evaluadores. Para evaluar la validez de constructo del índice se utilizó la EVA realizada por expertos, en cada dominio y en la puntuación total, con un valor mínimo de 0 (sin daño de la enfermedad) y un valor máximo de 100 milímetros (daño máximo). Para evaluar la reproducibilidad, se evaluó de forma aleatoria un subgrupo de pacientes sin mediar cambios en el tratamiento ni en la condición clínica 15 días después de la evaluación basal. Las variables continuas se describieron como media y desvío estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Para evaluar la validez de constructo se realizó correlación de Spearman (rho). Se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para evaluar la reproducibilidad.
RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes con diagnóstico de SSp. según criterios clasificatorios Americano-Europeo de 2002 y/o criterios de *American College of Reumatology/European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR) 2016. El 100% de los pacientes fueron de sexo femenino, la mediana de edad fue de 53 años (DS+ 12). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 24 meses (RIC 12-108). El 89% de los pacientes presentó anticuerpos (Ac.) FAN positivo, 74% Ac. anti-Ro positivo y el 37% Ac. anti-La positivo. La mediana de la EVA global fue de 3 (RIC: 2-5) y la mediana de la puntuación total del SSDDI fue de 3 (RIC: 2-4). La correlación entre la EVA global y la puntuación SSDDI total fue de 0.70 (p<0.01). Los resultados del coeficiente de correlación entre la EVA y la escala para cada dominio fueron: oral /salival: 0.79 (p<0.01); ocular: 0,0,87 (p<0.01); neurológico: 0.87(p<0.01); pleuro-pulmonar: 1,00 (p<0.01); disfunción renal: 1.00 (p<0.01) y trastornos linfoproliferativos: 1.00 (p<0.01). La reproducibilidad fue excelente con un CCI de 1.

Casos clínicos

1452

VASCULITIS ANCA CON COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, Maricel Della Maggiora, María Inés Morón, Marina Dalpiaz, Bárbara Pérez Cepas

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis sistémicas son un grupo de enfermedades poco frecuentes que se caracterizan por presentar inflamación de los vasos sanguíneos y pueden afectar potencialmente cualquier órgano y sistema del organismo, siendo el aparato respiratorio uno de ellos. Pueden provocar desde síntomas en la vía aérea hasta hemorragia alveolar. El compromiso del intersticio pulmonar es un desafío para el médico tratante.
OBJETIVOS: Describir dos casos clínicos de vasculitis sistémica ANCA con enfermedad pulmonar intersticial (EPI).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se reportan dos casos clínicos en seguimiento por el Servicio del Hospital Churruca Visca. Ambas pacientes firmaron el consentimiento para esta presentación.
CASO 1: Paciente sexo femenino, 72 años. Inició en 8/2013 con síndrome nefrítico con insuficiencia renal aguda en contexto de infiltrados pulmonares difusos sin respuesta a antibióticos de amplio espectro ni rescates bacterianos y pansinusitis. Se realizó punción de biopsia renal la que informó glomerulonefritis pauciinmune y tomografía axial computada (TAC) de tórax que evidenció opacidades bilaterales en vidrio esmerilado en ambas bases, asociado a engrosamiento septal y pleurales. Como manifestación asociada, la paciente presentó una úlcera cutánea en pierna izquierda por la que se solicitó biopsia cuyo informe anatomopatológico describió vasculitis leucocitoclástica. Se interpretó como vasculitis ANCA p+ con Anti MPO+. Recibió 3 pulsos de metilprednisolona y 6 pulsos de ciclofosfamida continuando con meprednisona en dosis decrecientes y azatioprina 100 mg/día como mantenimiento. Se realizaron desde el diagnóstico a la fecha TAC de tórax y examen funcional respiratorio anuales, los cuales no han evidenciado progresión de los infiltrados, aumento del patrón restrictivo ni fibrosis.
CASO 2: Paciente de sexo femenino, 61 años con antecedentes de asma bronquial. Inició en 2017 con insuficiencia renal rápidamente progresiva asociada a polineuropatía sensitiva motora de 4 miembros e infiltrados pulmonares intersticiales bilaterales a predominio biapical. Se realizó el diagnóstico de vasculitis ANCA positivo con ANCA p y ANCA c positivos, anti MPO+. Recibió 3 pulsos de 1000 mg de metilprednisolona y 2 dosis de 1000 mg de ciclofosfamida endovenosa, luego de los cuales se rotó a micofenolato mofetil 3 g día con dosis descendiente de corticoides por vía oral. Al diagnóstico se efectuó TAC de tórax que evidenció vidrio esmerilado bilateral difuso con examen funcional respiratorio normal. Se repitió TAC a los 6 meses sin cambios respecto a la previa por lo que luego de recibir 6 meses de tratamiento con micofenolato 3 g días, se descendió a 2 g día continuando el descenso de los corticoides hasta su suspensión en 2019. La paciente continúa con controles con laboratorio, TAC y funcional respiratorio, sin exacerbaciones periódicas continuando con dosis de mantenimiento de 2 g día de micofenolato mofetil.
DISCUSIÓN: La EPI ocurre en el 23 y 45% de los pacientes con GPA (granulomatosis con poliangeítis) y MPA (poliangeítis microscópica) respectivamente. Los anticuerpos anti-MPO son los principales subtipos de ANCA asociado a EPI en alrededor del 46 al 71% de los casos, mientras que los anticuerpos antiPR3 se notifican en el 0 al 29% de pacientes con vasculitis y compromiso pulmonar del intersticio. No hay datos concluyentes sobre el predominio de género, aunque algunas series han reportado un ligero predominio masculino. El tratamiento debe ser individualizado y por un equipo multidisciplinario. En casos de EPI fibrótica y progresiva asociada a vasculitis activa, los resultados del estudio INBUILD y algunas observaciones previas sugieren la posibilidad de una terapia combinada con inmunosupresores y antifibróticos. Se necesitan ensayos clínicos randomizados para definir las mejores alternativas terapéuticas los pacientes con vasculitis ANCA y EPI.
CONCLUSIONES: La asociación entre vasculitis ANCA y EPI es bien conocida, pero no siempre es investigada en estos pacientes a pesar del impacto tanto en el pronóstico como en la calidad de vida de los mismos. El control periódico y la derivación temprana a Neumonología de parte de los reumatólogos permitirían la rápida pesquisa del compromiso pulmonar y el inicio de tratamiento oportuno.

1603

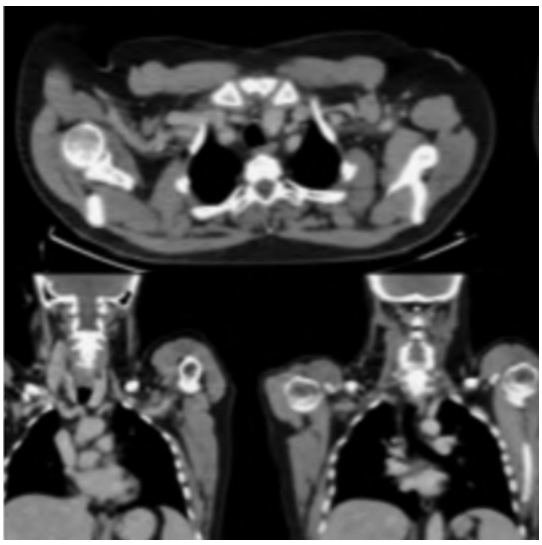
VASCULITIS DE CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A COMPROMISO DE ARTERIAS SUBCLAVIAS BILATERALES COMO ÚNICO COMPROMISO

Natalia Stephany LÓPEZ CORREA, Cristian Chimenti, César Ledesma, Daniela Battaglia
REUMATOLOGÍA, SERVICIO CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL BERNARDO HOUSSAY

INTRODUCCIÓN: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis granulomatosa idiopática crónica de las arterias medianas y grandes. Sus variantes incluyen la ACG craneal y la ACG extracraneal. La localización más frecuente es la arterial temporal y se encuentra descripto compromiso extracraneal puro en un 9%. La incidencia es de 15 a 25 casos/100.000 personas, habitualmente mayores 50 años, con una relación hombre mujer 1:3. Los síntomas clásicos consisten en cefalea de nueva aparición, claudicación mandibular y sensibilidad del área temporal. Además, se presenta fiebre en un 15% de los pacientes como primera manifestación.
OBJETIVOS: Presentar un caso sobre arteritis de células gigantes evaluado en la Sección de Reumatología, teniendo como punto de interés su forma de presentación clínica y su localización.
CASO: Masculino de 62 años, con fiebre 37.5 a 39° vespertina, tos seca y cefalea occipital intermitente, por lo que consulta al Servicio de Infectología por síndrome febril; le realizaron hisopado SARS-COV-2: resultado negativo. Descartan patologías infecciosas realizando serologías y cultivos con resultados negativos. De igual forma, descartan patologías tumorales, realizando tomografías contrastadas y endoscopias: resultados sin particularidades. Por persistencia de síntomas, el paciente es derivado al Servicio de Reumatología con diagnóstico de síndrome febril prolongado. Al examen físico no se evidenciaron signos o síntomas de enfermedad autoinmune. Se solicitó factor reumatoide, ANA, ANCA p y c, MPO, PR3, anti-DNA, SM, RNP con resultados negativos. Eritrosedimentación: 53 mm/hora, proteína C reactiva: 68 mg/dl, ferritina 1294 ng/ml. Se solicitó PET TC con reporte de leve a moderado incremento metabólico, engrosamiento difuso de las paredes de ambas arterias subclavias con extensión axilar. Paciente que reunió criterios clasificatorios de ACG, por lo que se inició tratamiento con prednisona 60 mg día. A la semana, el paciente evolucionó afebril, con ferritina 773 ng/ml, proteína C reactiva 5.2 mg/dl. Se inició descenso de prednisona asociado metotrexato 10 mg semanal, con posterior requerimiento de tocilizumab 162 mg cada semana con buena respuesta.

RESULTADOS: Se presenta un caso clínico de interés en Reumatología sobre ACG por la forma inusual de localización en arterias subclavia bilateral. La ACG afecta en un 80% las arterias temporales, siendo la vasculitis más frecuente. En un 9% se presenta daño extracraneal exclusivo, describiéndose compromiso de las arterias subclavias bilaterales, arteria aorta de forma focal o cambios mínimos. En cuanto a la forma de manifestación clínica, el compromiso craneal se asocia con amaurosis fugas, claudicación mandibular, cefalea y sensibilidad temporal. Mientras que, en la afección extracraneal, las manifestaciones predominantes son los síntomas constitucionales, asimetría de pulso y asimetría en tensión arterial. Colocamos en consideración la importancia de la utilización de las herramientas diagnósticas que valoren la ACG extracraneal ante pacientes que presenten síntomas constitucionales o fiebre como única manifestación, siendo recomendado la utilización de angioresonancia, angiotomografía, PET TC y ecografía. En el caso de nuestro paciente PET TC nos sirvió para realizar un adecuado diagnóstico y un tratamiento temprano. Con respecto al tratamiento, los corticoides siguen siendo la primera línea, pero por los efectos adversos o comorbilidades de los pacientes, se necesita la asociación con medicamentos que permitan su descenso, como el metrotexato o tocilizumab.

CONCLUSIONES: De acuerdo a la literatura y el caso clínico, el compromiso de las arterias subclavias bilateral es poco frecuente en ACG y se asocia a la presentación de síntomas constitucionales. La respuesta terapéutica de nuestro paciente fue la habitual. Los corticoides siguen siendo muy efectivos para tratar la ACG.



Imágenes: PEC TC.

1613

SÍNDROME DE ASIA VS. ESCLEROSIS SISTÉMICA

Bárbara Cristina PÉREZ CEPAS, Nicolás Lloves Schenone, Maricel Della Maggiora, Marina Dalpiaz, María Inés Morón

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: El síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA), descripto en 2011 por Shoenfeld y Agmon-Levin, consiste en un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen con un tiempo de latencia variable como respuesta inmune a los determinados adyuvantes como las siliconas, ácido hialurónico, entre otros. Se ha establecido una posible asociación entre ASIA y ciertas enfermedades del tejido conectivo (ETC), como esclerosis sistémica (ES) y miopatías autoinmunes.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de síndrome ASIA y analizar su relación con ES.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta un caso clínico de una paciente del Servicio de Reumatología del Hospital Churruca Visca. La paciente firmó consentimiento informado autorizando esta presentación.

CASO: Paciente femenina de 42 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, cirugía de prótesis mamaria en 2010. Realiza consulta a nuestro Servicio en marzo de 2022 refiriendo astenia, adinamia, fenómeno de Raynaud y manos *puffy* con posterior progresión a engrosamiento cutáneo. Al examen físico se constató engrosamiento cutáneo difuso con *Score* de Rodnan modificado: 23 e induración y elevación mamaria (contractura capsular). Tacar de tórax: sin evidencia de compromiso del parénquima pulmonar. Prótesis mamaria bilateral con membranas en su interior. Ecocardiograma Doppler: dentro de parámetros normales. Laboratorio inmunológico: anticuerpos negativos. Videocapilaroscopia: SD *pattern* activo. Posterior a la remoción de prótesis mamarias, la paciente refiere mejoría de astenia y disminución de la frecuencia de episodios de Raynaud. Se interpreta el cuadro como síndrome de ASIA, cumpliendo criterios para ES tipo difusa. Se indica nifedipina y metotrexato como tratamiento del cuadro clínico. Los criterios asociados al síndrome de ASIA se pueden dividir en mayores y menores, siendo necesaria para el diagnóstico la presencia de 2 criterios mayores o de 1 criterio mayor y 2 menores. La paciente presentaba el antecedente de exposición a adyuvantes, debilidad y dolor muscular, fatiga y mejoría posterior a la remoción del iniciador. Por otro lado, la paciente cumple criterios ACR/EULAR para ES difusa, siendo la aparición de una enfermedad autoinmune uno de los criterios menores del ASIA.

CONCLUSIONES: Se han descripto al menos 4 mil casos de ASIA, no obstante, resulta un desafío poder establecer una relación temporo-causal entre la signo-sintomatología y la exposición debido a que a la fecha no se cuenta con más que reportes de casos aislados. Si bien está demostrado que la silicona es inmunogénica y produce respuestas inmunomediadas tardías, la falta de trabajos con mayor evidencia no permite definir una asociación clara entre los adyuvantes y las ETC. El ASIA es un diagnóstico de exclusión debido a que no se cuenta con métodos de *screening* o laboratorios específicos. Se necesitan estudios prospectivos controlados para confirmar el desarrollo de enfermedades autoinmunes en personas expuestas a adyuvantes.

Imagen 1: Resección de prótesis mamaria con cápsula.

Imagen 2: Manos de la paciente.

1624

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE HIV

Constanza PIQUERAS, Alexis Cazaux

HOSPITAL RAWSON

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune sistémico que puede mostrar una constelación de características clínicas, como trombosis venosa, arterial y microvascular. El riñón es uno de los órganos involucrados hasta en un 15%. Este trastorno se denomina SAF primario y se caracteriza patológicamente por la oclusión no inflamatoria de un amplio espectro de vasos sanguíneos renales. La trombosis microangiopática (MAT) aislada es un hallazgo relativamente inusual, siendo capaz de producir elevaciones de la concentración de creatinina sérica y el desarrollo de hipertensión de forma independiente. Los estudios existentes han demostrado que los pacientes infectados por el VIH tienen mayor riesgo de desarrollar trombosis. Sin embargo, la coexistencia de SAF e infección por VIH y los mecanismos que dan lugar a la trombosis no han sido bien estudiados.

OBJETIVOS: Consideramos de importancia presentar este caso ya que pone en evidencia la probabilidad del desarrollo de afectación renal en un paciente con SAF, como primera manifestación clínica con impacto de la microvasculatura, y la posible patogénesis asociada a la infección por HIV.

CASO: Paciente masculino 48 años consulta por dolor en miembros inferiores de 2 meses de evolución asociado a lesiones úlcero-costrosas en maléolos externos, bilateral, tratado con antibiótico sin mejoría a lo que agrega dolor punzante y quemante en quinto dedo de pie derecho, cianótico. Presenta antecedente de infección por HIV diagnosticada en 2017 adherente a tratamiento antirretroviral (carga viral indetectable, recuento CD4 711), reciente diagnóstico de hipertensión arterial de mal manejo y enfermedad renal crónica de 1 año de evolución que requirió hemodiálisis por 2 semanas debido a hiperkalemia, posteriormente medicado con carvedilol, amlodipina y furosemida. Sus hábitos tóxicos incluían tabaco, cocaína y alcohol con abandono hace 1 año. Al examen físico: presenta además de las lesiones ya mencionadas, pulsos periféricos positivos, lesión macular en planta de pie izquierdo dolorosa a la presión que no cede a la vitropresión. Se planteó una variedad de diagnósticos diferenciales, entre ellos: calcifilaxis, vasculitis, infección parasitaria, sarcoma de Kaposi, etc. por lo que se realizan laboratorio: creatinina 4.29 mg/dl, urea 144 mg/dl anemia normocítica normocrómica, función hepática normal, hiperparatiroidismo secundario con deficiencia de Vit D leve y normales valores de calcio y fósforo, PCT 0.16 ng/ml, PCR 4.5 mg/dl, coagulación normal. Sedimento urinario con hematuria leve, leucocituria moderada y proteinuria 24 hs 23 mg/dl. Serologías para sífilis, VHB y VHC negativas. Complemento C3 y C4 normales, crioglobulinemia, *coombs* directa e indirecta y ANCA negativos. ANA positivo 1/160 patrón nuclear granular grueso. Se realiza biopsia piel: se envía a parasitología negativo para Leishmaniasis y anatomía patológica donde se sospecha porfiria; se envía muestra de sangre y orina con detección de porfirinas negativo.

Imagen 1: Lesión quinto dedo pie derecho, segunda trombosis microvascular.

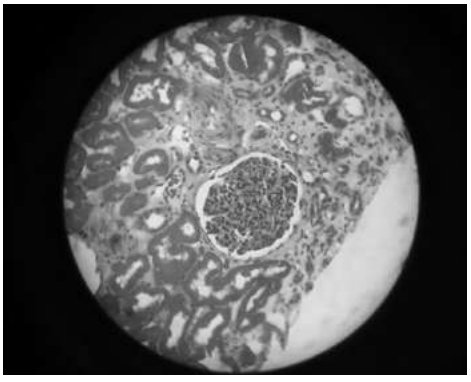


Imagen 2: Biopsia renal IHQ microangiopatía trombótica.

Se tomó biopsia renal y nueva muestra de biopsia de piel. Biopsia piel inmunohistoquímica (IHQ) reveló lesión vasculopatía trombótica, biopsia renal IHQ glomerulonefritis proliferativa mesangial y microangiopatía trombótica. Ambas biopsias fueron negativas para inmunofluorescencia y microscopia electrónica. Se solicitan anticuerpos antifosfolípidos (APS), antibeta2glicoproteína IgG y anticardiolipina IgG con resultado positivo y anticoagulante lúpico negativo, valores que persisten positivos en control a los 3 meses.

RESULTADOS: Se arribó al diagnóstico de SAF con compromiso renal. Al iniciar tratamiento anticoagulante, se objetiva mejoría clínica y de su función renal.

CONCLUSIONES: En este caso se plantearon alternativas diagnósticas en base a las lesiones cutáneas contemplando el amplio contexto clínico-epidemiológico. Conociendo el reciente diagnóstico de falla renal asociado a hipertensión de mal manejo, se puede suponer la afectación renal como una de las primeras manifestaciones de SAF lo cual se confirmó con la presencia de MAT en la biopsia renal y se plantea su posible asociación con la infección por VIH. El SAF es una de las principales causas de MAT renal y, especialmente si coexiste con el VIH, debe ser considerado. El VIH puede inducir la aparición de APS y promover eventos trombóticos. Los niveles de autoanticuerpos deberían analizarse de forma rutinaria para buscar eventos trombóticos en pacientes con VIH.

1648

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 EN UNA MUJER JOVEN

Ignacio LÓPEZ, Tamara Arias, Carla Muñoz Torres, Cecilia Battaglia, Marina García Carrasco, Gustavo Medina, María José López Meiller

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una afección inmunomediada descripta en 2003. Se caracteriza por presentar lesiones inflamatorias y fibrosas con afección de múltiples órganos. Se han referido 4 formas clínicas: pancreático biliar, retroperitoneal aórtico, limitada a cabeza y cuello, y enfermedad de Mikulicz, cuyas manifestaciones, complicaciones, epidemiología y tratamientos pueden ser diferentes. Afecta principalmente a hombres de mediana edad y la forma de presentación más frecuente ha sido la pancreático biliar. Resulta un desafío diagnóstico por su forma heterogénea de presentación y sus diagnósticos diferenciales como patologías inmunomediadas, infecciones o procesos neoplásicos.

CASO: Mujer de 21 años que consulta por astenia, adinamia, pérdida de peso, hiporexia y fiebre intermitente con sudoración nocturna de un año de evolución. Recibió tratamiento antibiótico sin rescate bacteriológico. Consulta el 9/2021 a la Guardia. No refiere antecedentes de ojo y boca seca, ni agrandamiento glandular parotídeo o submaxilar. Examen físico: palpación del borde hepático 4 cm por debajo del reborde costal, sin signos de colestasis. Laboratorio 9/2021: Hto: 24,2% - Hb: 7,9 g/dl - GB: 11690 µl (N: 80% - L: 13%: M: %6 - E: 0,8% - B: 0,2%) - PQ: 284000 µl - ESD: 140 mm/h - PCR: 9,82 mg/dl - BT: 0,5 mg/dl (D: 0,3 mg/dl - I: 0,2 mg/dl) - TGO: 16 UI/l - TGP. 16 UI/l - FAL: 129 UI/l Urea: 17 mg/dl - Creatinina: 0,55 mg/dl. FAN, FR, MPO y PR3 con resultados negativos, función tiroidea normal. TAC de abdomen 9/2021: aumento de tamaño del lóbulo hepático derecho con formación voluminosa con área central levemente hiperdensa y halo de menor densidad, contornos lobulados y aspecto heterogéneo, diámetro mayor 9 cm. Se realizó una biopsia por punción aspiración, por materiales insuficientes se decide conducta quirúrgica: hepatectomía con resección de segmentos V, VI, VII y VIII y colecistectomía. Anatomía patológica 10/2021: infiltración por células plasmáticas de aspecto maduro, linfocitos y aislados eosinófilos, dispuestos de manera difusa y en grupos, con fibrosis con patrón de tipo "estoriforme". Técnica de IgG4 promedio de 156 células plasmáticas IgG4(+). La relación IgG4/IgG fue en tres sectores comparables mayor al 68, 84 y 75%. Diagnóstico: pseudotumor inflamatorio relacionado a IgG4 IgG4 sérica: 3.93 g/l (0.03-2.0). Criterios ACR/EULAR 2019: 33. Ante el diagnóstico anatomopatológico inició tratamiento con meprednisona 20 mg/día. Mejoría del cuadro clínico, sin fiebre, ni síntomas gastrointestinales. Se realiza descenso de corticoides en 2 semanas y luego suspende. Evoluciona en forma tórpida en los dos meses posteriores: fiebre, dolor abdominal, hiporexia. Se repite TAC abdomen que evidencia colecciones subdiafragmáticas del lado derecho y colecciones perihepáticas subcapsulares en topografía del lóbulo derecho. Se realiza colocación de drenajes. Para estudio de diagnóstico diferencial entre actividad de la enfermedad y complicaciones posquirúrgicas se interna. 12/2021 Hto: 27,2% - Hb: 8.7 g/dl - GB 7580 µl (N: 67% - L: 24%: M: % 7 - E: 0% - B: 0 %) - PQ: 238000 µl - PCR: 5.19 mg/dl - BT: 1.3 mg/dl (D: 1.1 mg/dl - I: 0,2 mg/dl) - TGO: 19 UI/l - TGP. 49 UI/l - FAL: 515 UI/l - Urea: 33 mg/dl - Cr. 0,59 mg/dl. VSG 71. Se interpreta como actividad de la enfermedad y se indica meprednisona 30 mg/día VO. Evoluciona con mejoría sintomática, laboratorio con descenso de los reactantes de fase aguda y resolución de colecciones con retiro de drenajes. Se agrega azatioprina 150 mg/día.

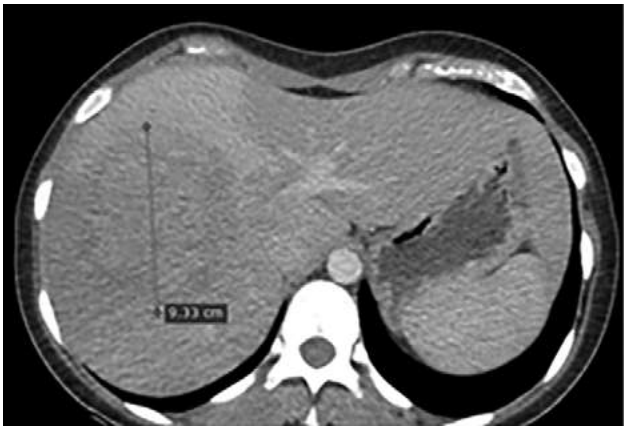


Imagen: TAC de abdomen 9/2021. Aumento de tamaño del lóbulo hepático derecho a expensas de la presencia de una formación voluminosa, diámetro mayor de 9 cm.

CONCLUSIONES: Presentamos el caso de una mujer de 21 años con pseudotumor inflamatorio hepático relacionado a enfermedad IgG4 como una forma de presentación infrecuente. La ER IgG4 sigue siendo un desafío diagnóstico y de exclusión. El interés de este caso clínico radica en la forma de presentación hepática como compromiso único y aislado.

1659

VASCULITIS REUMATOIDEA. SERIE DE CASOS

María Florencia GORDILLO, Fernanda Guzzanti, Silvina Nasi, Agustín García

HOSPITAL EL CARMEN

INTRODUCCIÓN: La vasculitis reumatoidea (VR) es una de las complicaciones extraarticulares más temidas de la artritis reumatoidea (AR), de baja incidencia, pero con elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: Describir las características de pacientes con diagnóstico de VR valorados por el Servicio de Reumatología en un hospital de la provincia de Mendoza.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron de historias clínicas electrónicas de pacientes con diagnóstico de VR en seguimiento por el servicio entre 2020-2022.

CASO 1: Varón, 59 años. Artritis de larga data, sin diagnóstico ni tratamiento. Valorado por síndrome consuntivo asociado a máculas violáceas ulceradas en miembros inferiores, con necrosis digital del 1º al 4º dedo de pie izquierdo y debilidad asimétrica de 4 miembros. Sin artritis. Se realizaron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Se asoció metotrexato 25 mg/semana. Presentó mejoría de las lesiones cutáneas y de la polineuropatía. Requirió amputación infracondílea de pierna izquierda, con estabilización clínica posterior. Discontinuó el seguimiento con el Servicio.

CASO 2: Varón, 69 años. Tabaquista. AR de 2 años de diagnóstico, con mala adherencia al tratamiento. Ingresó por púrpura palpable asociada a ampollas necróticas y hemorrágicas en miembros inferiores y dolor polineuropático. Sin artritis. Se realizaron pulsos de metilprednisolona. Posteriormente, prednisona en dosis decreciente y azatioprina (2 mg/kg/día). Presentó respuesta favorable a nivel de piel y del dolor neuropático. Discontinuó controles con el Servicio. Falleció al año.

CASO 3: Mujer, 69 años. Ingreso por vasculitis cutánea de 4 miembros, asociada a parestesias y dolor urente en miembros inferiores. Además, envaramiento matinal de corta evolución y artritis de 2da y 3ra metacarpofalángica bilateral, interfalángicas proximales de ambas manos, rodillas y tobillos. Squeeze positivo bilateral. Se realizaron pulsos de metilprednisolona, con descenso gradual posterior, asociado a metotrexato 25 mg/semana. En el seguimiento se recibieron FR y anti CCP positivos. Por persistencia de actividad articular, se decidió cambiar a DMARDsd (tofacitinib). Mejoría de lesiones en piel y de polineuropatía periférica. Actualmente en seguimiento, con buena evolución.

CASO 4: Mujer, 68 años. Tabaquista. AR de 23 años de evolución, en tratamiento con etanercept+metotrexato 10 mg/semana. En estudio por enfermedad intersticial pulmonar. Sin artritis. Valorada por púrpura palpable de 8 semanas de evolución en miembros inferiores. Se realizó biopsia de piel compatible con vasculitis aguda. Recibió tratamiento con esteroides vía oral, con descenso paulatino. Buena evolución, en seguimiento por el Servicio. La VR tiene una prevalencia entre 1-5%. De mayor frecuencia en pacientes con AR de larga evolución (media 10-15 años), tabaquistas, de sexo masculino, con enfermedad erosiva, seropositivos (FR y CCP), asociada a otras manifestaciones extraarticulares. De gran relevancia clínica, alcanza una mortalidad del 60% a los 5 años. En nuestra serie, 2 pacientes eran de sexo masculino, 2 tenían antecedente de tabaquismo activo y 3 presentaban una AR de larga data, con inadecuado control. Como dato a destacar, 1 de nuestras pacientes hizo el debut de la AR con la VR. Todos los pacientes eran seropositivos a títulos altos (media de 484 UI/ml para FR y de 346 U para anti CCP). La VR afecta típicamente a la piel (90%),

los nervios periféricos (40%), los ojos (16%), y el corazón. Todos nuestros pacientes presentaron compromiso cutáneo, siendo 1 de ellos grave, con isquemia digital y necesidad de amputación, seguido por compromiso del sistema nervioso periférico (en 3). Una de las pacientes presentaba como compromiso extraarticular una enfermedad pulmonar intersticial en estudio. En todos se descartaron otras causas de vasculitis asociada (ENAs, ANCA c y p, anticuerpos para síndrome antifosfolípido, dosaje de crioglobulinas, anti Scl 70 y anticentrómero: negativos). Tres de 4 pacientes tuvieron ANA positivo. Los ANA pueden ser positivos en la VR, así también como los ANCA. Aunque inespecíficos, pueden asociarse a enfermedad extraarticular y ser un predictor de mortalidad general

Tabla: Características de los pacientes con diagnóstico de VR.

Paciente	1 (VB)	2 (PH)	3 (SS)	4 (FG)
Sexo/edad	Masculino/59	Masculino/69	Femenino/69	Femenino/68
Tabaquismo	No	Sí	No	Sí
Otros antecedentes clínico patológicos	HTA, hiperplasia prostática, depresión	Enfermedad Mitral en el plan quirúrgico, FA anticoagulado, osteoporosis severa	Diabetes mellitus, hipotiroidismo, depresión	No
Años de evaluación de la AR al diagnóstico VR	Desconocido (automedicado con esteroides a demanda)	2	0	23
Vacunación reciente/ fármacos nuevos	No / No	No / No	No / No	No / No
VSG (mm/h) PCR(mg/L)	43/125	50/95	18/92	16/1.5
Actividad articular	Remisión	Remisión	Alta	Remisión
DAS 28 PCR	2.92	2.74	6.002	2.47
HAQ	1.5	1.5	1.5	1.5
Factor reumatoide (VN hasta 14)	(142)	(1234)	(311)	(250)
Anti CCP (VN hasta 17)	(422)	(247)	(485)	(232)
FAN	+	-	+	+
Erosiones en RX	Sí	Sí	No	Sí
Compromiso de SNP (polineuropatía sensitiva/motora)	Sí	Sí	Sí	No
Nódulos reumatoideos	No	Sí	No	No
Enfermedad intersticial pulmonar	No	No	No	En estudio
Tratamiento	Puso GC + CYC (total 6g)	Pulso GC MTX + AZA	Pulso GC + MTX Tofacitinib	GC+anti TNF
Desenlace	Mejoría	Óbito	Mejoría	Mejoría

CONCLUSIONES: La incidencia de la VR ha disminuido significativamente en los últimos 40 años. A pesar de la amplia terapia inmunosupresora disponible, la morbimortalidad sigue siendo elevada. Faltan ensayos controlados y aleatorizados sobre la terapéutica adecuada en la VR.

1685

ABDOMEN AGUDO EN REUMATOLOGÍA: SERIE DE CASOS DE VASCULITIS MESENTÉRICA

Lucía Belén MOLINERO, Melina Moscatelli, Paula Lacosta, María Eugenia Uberti, Gianna Elena Bassi, Roberto Leandro Paradi, Sergio Horacio Lupo, Mariana Lagrutta

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

INTRODUCCIÓN: La vasculitis es un proceso inflamatorio que puede comprometer la circulación mesentérica siendo una manifestación infrecuente de isquemia mesentérica, que aumenta marcadamente la morbimortalidad. El diagnóstico puede verse obstaculizado por la inespecificidad de los síntomas gastrointestinales, generando dificultades en el diagnóstico diferencial inicial con patologías más frecuentes, como las infecciosas, y retrasando el tratamiento adecuado.
OBJETIVOS: Describir las características clínicas, analíticas e imagenológicas de una serie de casos de vasculitis mesentérica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron aquellos pacientes con evidencia imagenológica de vasculitis mesentérica que cursaron internación en el hospital desde 2016 a 2021 recolectando datos de los registros en historias clínicas.
RESULTADOS: Se incluyeron 4 casos de vasculitis mesentérica. En todos, las manifestaciones iniciales fueron dolor abdominal y diarrea, dos presentaron náuseas, vómitos y fiebre. Como antecedentes, todos presentaban enfermedades autoinmunes. Dos pacientes con lupus eritematoso sistémico, de ellos, uno asociado a hepatitis autoinmune y otro a síndrome antifosfolipídico. Los dos restantes, uno presentaba poliangeítis microscópica y otro granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. En todos los casos, en la tomografía se evidenciaron cambios inflamatorios a nivel del colon, engrosamiento parietal circunferencial y edema de pared de asas intestinales y colon. Uno requirió laparotomía exploradora. Tres de cuatro tenían manifestaciones clínicas y analíticas de reactivación de enfermedad de base. En dos de los casos se observó aumento de la velocidad de eritrosedimentación y en uno leucocitosis. Como tratamiento, todos realizaron pulsos de corticoides, 3 recibieron tratamiento antibiótico empírico. En uno de los casos se amplió tratamiento con fluconazol y ganciclovir, y posteriormente realizó rituximab. Uno recibió pulsos de ciclofosfamida. En los dos casos más severos, donde la patología infecciosa no se pudo descartar como diagnóstico diferencial o como complicación de la isquemia difusa, se administró inmunoglobulina endovenosa con buenos resultados. Los 4 casos presentaron buena evolución clínica con alta hospitalaria.
CONCLUSIONES: Se destaca el tratamiento con inmunoglobulina como inmunomodulador y herramienta ante la imposibilidad de descartar etiología infecciosa. El diagnóstico de vasculitis mesentérica puede ser difícil; se basa principalmente en la sospecha clínica temprana sobre todo en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes, con el apoyo de exámenes complementarios, principalmente imagenológicos, ya que las muestras de biopsia son difíciles de obtener y las biopsias superficiales de la mucosa tienen un bajo rendimiento. La alta sospecha clínica en el contexto adecuado y la instauración oportuna del tratamiento resultan claves para el pronóstico de la patología.

1686

VASCULITIS EN RAMA ESCARCHADA. REPORTE DE UN CASO

Melina Moscatelli, **Lucía Belén MOLINERO**, Eliana Eda Amors, Mauricio Perlo, Mariana Lagrutta, Gianna Bassi, Juan Carlos Pendino

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

INTRODUCCIÓN: La vasculitis en rama escarchada representa un tipo de vasculitis retiniana sumamente infrecuente que puede ser primaria o secundaria. La primaria, típicamente generalizada y bilateral, exhibe un envainamiento perivascular translúcido de arteriolas y vénulas asociado a uveítis, edema retinal y pérdida visual. La forma secundaria es característicamente focal y se asocia a retinitis infecciosas, especialmente por citomegalovirus y en menor medida por virus herpes simple, toxoplasmosis o *Fusarium dimerum*, o autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico, enfermedad de Behçet, granulomatosis con poliangitis y enfermedad de Crohn. Otras causas de vasculitis retiniana menos frecuentes son sarcoidosis, esclerosis múltiple y sífilis, y las infiltrativas como linfoma y leucemia. Respecto del tratamiento, la mayoría tiene buena respuesta a esteroides tópicos y/o sistémicos, con baja tasa de recurrencia.
OBJETIVOS: Descripción de un caso de vasculitis en rama escarchada en hospital de tercer nivel.
CASO: Varón de 23 años con antecedente de rinitis alérgica y consumo de marihuana, comienza hace 15 días con cefalea, dolor retroocular y fotofobia, acompañado de vómitos, diarrea y fiebre. Consulta a un efector de salud, se descarta infección por SARS-CoV-2 y se indica tratamiento con amoxicilina/clavulánico por 7 días. De 6 días agrega visión borrosa, consulta con oftalmólogo quien indica meprednisona 40 mg/día. Por persistir con alteraciones visuales, es derivado a nuestro hospital. Examen físico: normotenso, afebril, taquicardia (104 lpm), con disminución bilateral de la agudeza visual (visión bulto a 3 m). Laboratorio: leucocitosis (11630 cel/mm^3), FAN/ANCA negativos. Serologías VIH, VHB, VHC y toxoplasmosis: no reactivas. Serologías virales en LCR negativas. Fondo de ojo: vasculitis retiniana, hemorragia en 4 cuadrantes a predominio periférico, con edema macular. Se diagnostica panuveítis con vasculitis en rama escarchada bilateral, se realiza inyección intravítrea de triamcinolona y bevacizumab, y pulso de metilprednisolona, continuando luego con prednisona y micofenolato. Al alta presenta leve mejoría, con visión cuenta dedos bilateral.
CONCLUSIONES: La vasculitis en rama escarchada se destaca por ser una entidad severa y extremadamente infrecuente, con un total de 57 casos reportados en la literatura mundial consultada. Si bien la mayoría es idiopática, destacamos la importancia del abordaje clínico para descartar diagnósticos diferenciales infecciosos, autoinmunes o linfoproliferativos. El reconocimiento temprano y la instauración del tratamiento oportuno con corticoides permite, en la mayoría de los casos, una recuperación rápida y disminuye la afectación visual permanente debida a neovascularización, glaucoma, cicatrización macular y desprendimiento de retina.

1693

ABORDAJE DEL PACIENTE CON SÍNDROME DESTRUCTIVO DE LA LÍNEA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza PIQUERAS, Gisela Subils, Alexis Cazaux

HOSPITAL RAWSON

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es un trastorno multisistémico caracterizado por rinitis alérgica, asma y eosinofilia prominente en sangre periférica. Los factores etiológicos o precipitantes de dicha vasculitis no se establecen en la mayoría de los casos, sin embargo, algunos informes sugieren que la cocaína podría causarla. A su vez las lesiones destructivas de la línea media inducidas por la cocaína (CIMDL) causan una destrucción progresiva de las estructuras osteocartilaginosas dentro del tracto respiratorio superior y pueden simular una granulomatosis localizada con poliangeítis. La diferenciación de esta afección de la vasculitis primaria puede ser un desafío ya que los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) se detectan con frecuencia. En hasta el 84% de los casos, se trata de anticuerpos contra la elastasa leucocitaria humana (HLE-ANCA) los responsables de dicha lesión, pero curiosamente, en algunos casos también hay anticuerpos contra la proteinasa-3 (PR3-ANCA). La combinación consistente del patrón citoplasmático (c-ANCA) con la detección de anticuerpos contra PR3 es inusual para CIMDL y sugiere GEPA.
OBJETIVOS: Presentamos este caso por la dificultad para realizar el diagnóstico diferencial en una paciente con consumo problemático de cocaína entre CIMDL y GEPA.
CASO: Paciente sexo femenino, 35 años con antecedentes de asma sin tratamiento, anemia crónica sin estudiar, consumo problemático de cocaína y tabaco (10 paquetes/año) durante 20 años, refiere alergia a penicilina. Consulta por presentar lesión en nariz de 6 meses de evolución con pérdida de tabique nasal, dolorosa, con secreción materiales necro-purulento. Comenzó luego de hisopado nasal para diagnóstico de COVID con sensación de picazón en ala de la nariz izquierda, edema, eritema, dolor y producción de secreciones nasales tipo mucoso-purulento que progresa rápidamente en los siguientes meses; cumple múltiples tratamientos antibióticos sin mejoría clínica. Presenta también lesiones en piel, que en un principio fueron ampollosas y actualmente maculares, no sintomáticas en miembros inferiores, superiores, tórax y espalda que la paciente asoció con la toma de amoxicilina accidental 2 meses antes de la consulta. Al examen físico:

Imagen 1: Lesión nasal con pérdida de tabique al ingreso.

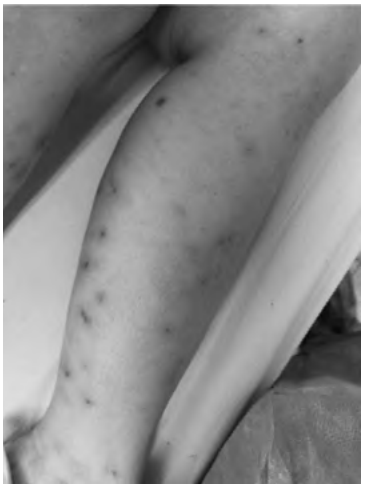


Imagen 2: Lesiones maculares en miembros inferiores.

pérdida total de tabique nasal rodeado de costra necrótica y eritema, no dolosa ni maloliente, maculas en piel ya mencionadas, algunas resueltas con cicatriz hiperpigmentada. Se realiza laboratorio: VSG 53 mm/1h, anemia normocítica normocrómica, recuento glóbulos blancos 9410 mm^3 con eosinófilia (valor absoluto 1230 mm^3). Serologías para VHB, VHC, HIV, sífilis negativa. Tomografía (TC) de cabeza y cuello sin contraste: tabique nasal y pared interna del seno maxilar izquierdo con solución de continuidad evocadores de proceso erosivo, asociado a engrosamiento y aumento de la densidad de las narinas, engrosamiento mucoso del seno maxilar izquierdo con contenido parcial. Orina normal. TC tórax normal. Se realiza escarificado de lesión nasal: negativo para malignidad, no se aíslan gérmenes patógenos. Biopsia piel nariz: materiales fibrinoleucocitario con tejido subyacente de granulación y algunos vasos trombosados. Se deciden estudiar posibles causas inflamatorias de lesión, se realiza laboratorio con perfil autoinmune: ANCA PR3 positivo, ANCA MPO y ANA negativo.
RESULTADOS: Excluidas las otras causas de síndrome destructivo de línea media (neoplasias, infecciones bacterianas o micóticas, vasculitis secundarias), se estableció el diagnóstico de GEPA con compromiso de vía aérea superior; se inicia tratamiento inmunosupresor con metotrexato y pulsos de corticoides, a lo cual la paciente presenta buena respuesta terapéutica.
CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial entre CIMDL y GEPA es un desafío médico por la similitud clínica y analítica. Ambas entidades comparten la producción de ANCA y la eosinofilia. En este caso la presencia de asma y las lesiones cutáneas permitieron orientar el diagnóstico. La buena respuesta terapéutica permitió establecer el diagnóstico de GEPA.

1714

PRUEBA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO POSITIVA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR ADENOVIRUS

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, Bárbara Pérez Cepas, Maricel Della Maggiora, Marina Dalpiaz, María Inés Morón

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una afección inflamatoria, sistémica, rara, caracterizada por una tríada clínica de picos de fiebre diarios, artritis y erupción evanescente típica. Los adenovirus pueden causar una variedad de enfermedades clínicas, que incluyen conjuntivitis, gastroenteritis, hepatitis, miocarditis y neumonía. Los anticuerpos antifosfolípidos positivos se han asociado con varias infecciones virales, incluido el adenovirus, y a un porcentaje considerable de enfermedades reumatológicas.
OBJETIVOS: Describir un caso clínico de ESA con prueba de inhibidor lúpico (IL) positiva e infección por adenovirus.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta un caso clínico de ESA con IL positivo. La paciente firmó el consentimiento informado para esta presentación.
CASO: Paciente femenina de 39 años que ingresa a Servicio de Clínica Médica por cuadro de 72 h de fiebre de hasta 39º asociado a edema periférico y exantema eritematopapular pruriginoso. Presentaba leucocitosis con predominio de neutrófilos, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva elevadas. La radiografía de tórax y el ecocardiograma no mostraron hallazgos patológicos. Los cultivos y serologías virales fueron negativas con excepción del adenovirus, que mostró valores positivos leves para inmunoglobulina M y valores altos para inmunoglobulina G. Los anticuerpos antinucleares, factor reumatoide y ANCA fueron negativos en dos oportunidades. El paciente presentaba ferritina elevada, sin embargo, no se realizó la determinación de la ferritina glicosilada. Ante sospecha de ESA se indicó tratamiento con prednisona 40 mg con resolución de la fiebre. Se indicó metotrexato 15 mg semanales con ácido fólico. Se evidenció mejoría de las lesiones cutáneas y artralgias, y no refirió nuevos registros febriles. Se suspenden corticoides por remisión de la sintomatología. Se solicitó estudio de inhibidor lúpico, que fue positivo, con anticardiolipinas y anti-beta 2 glicoproteínas negativos en dos oportunidades. El Servicio de Hematología indica conducta expectante.
DISCUSIÓN: La infección por virus es un factor primario que se ha implicado en el inicio de enfermedades autoinmunes. La infección desencadena una respuesta inmunitaria robusta y generalmente bien coordinada que es fundamental para la eliminación del virus. La ferritina sérica elevada es frecuente en pacientes con ESA, estando presente hasta en el 70% de ellos, y dichos aumentos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Cuatro condiciones clínicas pueden estar asociadas con niveles altos de ferritina: el síndrome de activación de macrófagos (SAM), ESA, síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) y *shock* séptico. Estos trastornos se caracterizan por una hiperinflamación potencialmente mortal con niveles elevados de ferritina y tormenta de citocinas, que se presenta clínicamente como insuficiencia multiorgánica. Comparten signos clínicos, síntomas y parámetros de laboratorio similares. Jaeger et al. en 1993 describieron la presencia de anticoagulante lúpico positivo en 4 niños una semana después del inicio clínico de la infección por adenovirus. La infección por adenovirus se documentó por detección directa del virus en heces de 1 paciente y serológicamente en los demás. Ninguno de los niños tenía títulos elevados de anticuerpos IgM aCL y solo 1 tenía anticuerpos IgG aCL. Todas las anomalías de la coagulación volvieron a la normalidad en un plazo de 4 a 12 semanas. No hubo evidencia clínica de trombosis. No se encontraron reportes de prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos y prueba de anticoagulante lúpico en pacientes con enfermedad de Still.
CONCLUSIONES: Debido a la baja prevalencia de la ESA, hay poca o ninguna información científica sobre los factores desencadenantes y las posibles complicaciones clínicas. Aunque existen pocos reportes de pruebas positivas para síndrome antifosfolípido en pacientes que padecieron infección por adenovirus, no podemos olvidar que la mayoría de las infecciones por adenovirus pasan desapercibidas por el bajo número de síntomas y por ello es muy complejo analizar el verdadero impacto en la fisiopatología de las enfermedades autoinmunes. Sin embargo, el papel de la ferritina como reactante de fase aguda y su aumento tanto en la enfermedad de Still como en el SAFC nos permite preguntarnos si la positividad de la prueba de anticoagulante lúpico en este paciente es más que una mera coincidencia.

1717

COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, Maricel Della Maggiora, Marina Dalpiaz, María Inés Morón, Bárbara Pérez Cepas

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad heterogénea que puede afectar articulaciones periféricas, esqueleto axial, entesis, piel y uñas, entre otros. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se asocia comúnmente con enfermedades reumatológicas, desafortunadamente hay pocos datos disponibles sobre la asociación entre esta y la APs.
OBJETIVOS: Describir un caso clínico de compromiso pulmonar intersticial en paciente con APs.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta un caso de APs con compromiso pulmonar intersticial en seguimiento por los Servicios de Neumonología y Reumatología del Hospital Churruca Visca. La paciente firmó el consentimiento informado para esta presentación.

CASO: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de psoriasis, extabaquista. Inicia enfermedad reumatológica en 2010 con poliartritis periférica, siendo diagnosticada APs, razón por la cual se inicia metotrexato con remisión del compromiso articular. En 2014 la paciente es derivada a Neumonología por aumento de la trama intersticial en radiografía control de tórax, siendo suspendido el tratamiento por sospecha de toxicidad a metotrexato. Comienza tratamiento con certolizumab previa autorización de médico neumonólogo con remisión articular por DAS28. La paciente no presentó exacerbaciones en los años posteriores hasta 2017 cuando, por referir disnea clase funcional II, es nuevamente evaluada con TAC la cual evidenciaba aumento difuso del intersticio a nivel subpleural a predominio del segmento medio e inferior derecho, con tenues infiltrados en vidrio esmerilado, además caída del 56% de la difusión de monóxido de carbono (DLCO). Se realiza biopsia pulmonar a cielo abierto cuyo informe anatomopatológico describe neumonía intersticial no específica (NINE) del tipo fibrosante. Se decidió en forma conjunta entre Reumatología y Neumonología suspender el certolizumab e iniciar prednisona 1 mg/kg/día y azatioprina 100 mg día. Por presentar enfermedad estable comenzó descenso de corticoides llegando a 10 mg/día de prednisona, sin exacerbación del cuadro. Debido a la pandemia de COVID-19, la paciente suspende controles y tratamiento por casi 2 años, retomando a finales de 2021, refiriendo disnea clase funcional II/III y tos seca asociado a dolor articular y rigidez matinal, siendo reiniciados los corticoides y azatioprina. Se realizaron nuevos estudios complementarios que evidenciaron progresión del compromiso respiratorio. Se decide iniciar nintedanib 150 mg cada 12 horas y como tratamiento para la APs guselkumab, el cual aún no fue iniciado.
DISCUSIÓN: Una revisión retrospectiva de 2019 analizó las características clínicas y radiológicas de los pacientes con EPI con psoriasis concomitante. Veintiún pacientes de un total de 450 psoriasis (4.7%) mostraron afectación pulmonar fibrótica, de los cuales solamente 4 presentaron APs concomitante. Peluso et al. reportaron una incidencia del 1% de EPI en una población de 387 pacientes con APs. A la fecha existen resultados controvertidos acerca de la EPI asociada a fármacos utilizados en el tratamiento de APs. El metotrexato (MTX) puede causar toxicidad pulmonar, pero se han descrito pocos casos de EPI inducida por este en pacientes con APs. Con respecto al tratamiento anti-TNFα, se han reportado casos de EPI en pacientes con APS, pero una revisión sistemática de 2011 no apoyó estos hallazgos. En cuanto a otras terapias biológicas no anti-TNFα, como el ustekinumab, se han publicado también casos de compromiso pulmonar asociado a psoriasis. Por otro lado, secukinumab, anti IL17, tendría posibles efectos antifbróticos. Un trabajo de Barbagli et al. de 2020 describió 6 casos de pacientes con APs y EPI. El 100% de los casos fueron hombres blancos, con historia de tabaquismo previo y antecedente de psoriasis cutánea y una media de edad de 60 años. La clínica consistió en tos seca y disnea de esfuerzos con hallazgos topográficos y alteración de las pruebas funcionales con patrón restrictivo.
CONCLUSIONES: A la fecha no se puede establecer con certeza la asociación entre EPI y APs debido a la falta de estudios y**,** por otro lado, a los posibles confundidores como el uso de fármacos asociados a toxicidad pulmonar. El médico reumatólogo debe estar atento a la aparición de sintomatología respiratoria y eventuales hallazgos en radiografías y demás métodos complementarios para realizar un diagnóstico precoz del compromiso pulmonar, el cual se asocia a una importante morbimortalidad.

1719

PSORIASIS PARADOJAL INDUCIDA POR bDMARDs EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Fernando ARIZPE[1], Máximo Cosentino[1], María Victoria Martire[2], Mercedes García[1]

[1]HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [2]HIGA SAN ROQUE DE GONNET

INTRODUCCIÓN: La psoriasis paradojal es un evento adverso infrecuente de los bDMARDs, principalmente anti-TNF, que se define como la aparición de nuevas lesiones, empeoramiento de lesiones cutáneas preexistentes o cambio del patrón del compromiso cutáneo posterior al inicio del tratamiento.
OBJETIVOS: Describir 4 casos de pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica (APs) en tratamiento con bDMARDs que presentaron una reacción psoriásica paradojal.
CASO 1: Paciente masculino de 70 años con antecedentes de síndrome metabólico, psoriasis en placas desde los 20 años y APs a los 39 años. Presentó compromiso periférico oligoarticular y dactilitis, asociados a compromiso axial con sacroileítis grado II bilateral en radiografía de pelvis. Recibió tratamientos tópicos y metotrexato, por persistencia de actividad cutánea y articular inició adalimumab. Tuvo buena respuesta inicial, con falla secundaria 2 años después, con un brote cutáneo leve (BSA=4%) y BASDAI=7,8, por lo cual se decide rotar el tratamiento a secukinumab. Cinco meses después se evidenció una mejoría en el BASDAI=1,1, pero un empeoramiento de las lesiones cutáneas, con mayor eritema y extensión de lesiones en glúteos y muslos de ambos miembros inferiores (BSA 15%) (Imagen 1). Se interpretó como reacción paradojal, por lo que se decidió en conjunto con Dermatología discontinuar secukinumab. Inició etanercept, con mala respuesta, por lo que se propuso ustekinumab. El paciente fallece posterior a un evento cardiovascular antes de poder indicarse.
CASO 2: Paciente femenina de 54 años con antecedente de psoriasis en placas de 10 años de evolución y diagnóstico de APs en 2017 con poliartritis de pequeñas articulaciones, sin dactilitis, entesitis ni compromiso axial. Inició tratamiento con metotrexato y bajas dosis de esteroides, con buena respuesta inicial. En 2019 presentó un nuevo brote poliarticular, sin compromiso cutáneo, por lo cual se decidió iniciar adalimumab. Dos meses después consultó por brote cutáneo, con placas pequeñas eritemato-escamosas en región anterior y posterior de tronco (PASI=22,4) (Imagen 2), sin actividad articular. Se planteó iniciar un bDMARD anti-IL 17 o anti-IL12/23, pero por falta de acceso se decidió iniciar otro agente anti-TNF, infliximab. La paciente tuvo una buena respuesta inicial, sin embargo, cuatro meses después presentó una nueva recaída cutánea severa (PASI=20,8). En 2020 se indicó secukinumab, con excelente respuesta en piel y manteniendo remisión articular.
CASO 3: Paciente femenina de 38 años, con antecedente de psoriasis palmo-plantar (Imagen 3) de 1 año de evolución en tratamiento con metotrexato 20 mg/semana por vía intramuscular y acitretina. Consultó a Reumatología por lumbalgia inflamatoria, al examen físico presentó maniobras sacroilíacas positivas. En resonancia magnética de sacroilíacas se constató edema óseo característico de espondiloartritis. Luego de 1 mes de tratamiento con AINEs sin respuesta, se decidió indicar adalimumab. Cuatro semanas después la paciente desarrolló psoriasis pustulosa en tronco y extremidades (Imagen 4). Se suspendió adalimumab y se aguarda inicio de tratamiento con inhibidor de IL-17A.
CASO 4: Paciente masculino de 54 años con antecedente de síndrome metabólico y psoriasis en placas de 30 años de evolución, con localización en codos, y APs de 5 años de evolución con compromiso periférico oligoarticular en tratamiento con metotrexato y leflunomida. Por presentar falla al tratamiento inicial, DAPSA=29 con dactilitis en 3 dedos de las manos, compromiso de entesis (LEI=5) y PASI 2.4, se indicó infliximab. Luego de la segunda infusión, a pesar de evidenciar buena respuesta articular, presentó brote de psoriasis severo en codos y a nivel lumbosacro (Imagen 5) con un PASI de 16. Se decidió suspender infliximab y se indicó ustekinumab con buena respuesta cutánea y articular (PASI=0, DAPSA=4) al mes de tratamiento.

Imagen 1 (P1)

Imagen 2 (P2)

Imagen 3 (P3)

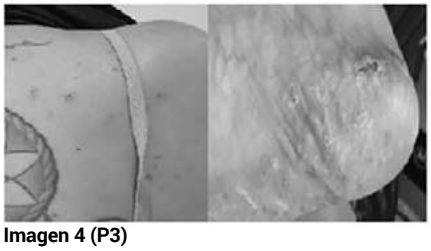
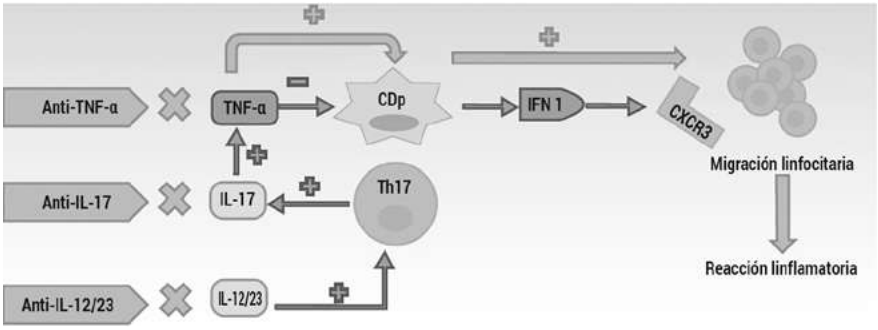


Imagen 4 (P3)

Imagen 5 (P4)

CONCLUSIONES: Presentamos 4 pacientes con diagnóstico de APs que tuvieron un empeoramiento cutáneo posterior al inicio de bDMARDs, tres inducidos por anti-TNF y uno posterior a anti-IL 17. No se han establecido factores de riesgo claros ni diferencias en cuanto sexo o edad. Se desconocen los mecanismos subyacentes a esta reacción, pero se postula que la inhibición del TNF-a (posterior a anti-TNF u otros bDMARDs) produciría una sobreproducción de interferón, induciendo una respuesta inflamatoria (Figura).



Extraída de: Munera-Campos M, et al. Reacciones paradójicas de los tratamientos biológicos utilizados en psoriasis: revisión de la literatura. Actas Dermosifiliogr. 2018.

Figura: Mecanismos patogénicos propuestos.

1740

DISAUTONOMÍA COMO FORMA DE COMPROMISO NEUROLÓGICO EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Alejandra ROLLANO PERASSO, Cecilia Zaffarana, Andrea Gómez, Mauricio Alberto Jiménez Garnaut, Damián Duartes Noe

HOSPITAL BRITÁNICO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune, sistémica, crónica, caracterizada por el compromiso glandular exocrino, con capacidad de causar una gran variedad de manifestaciones extraglandulares. La prevalencia reportada de afectación del sistema nervioso periférico (SNP) en el SSp oscila entre el 2% y 60%. Tales discrepancias se justifican en parte por la heterogeneidad de los criterios diagnósticos y los métodos empleados para su estudio. El espectro clínico es amplio y puede comprometer todos los segmentos (sensitivo, motor y autonómico), solos o combinados. Solo pocos casos de SSp complicados con neuropatía autonómica se han reportado, ya que este tipo de neuropatía es la más rara. Los síntomas pueden involucrar cualquier órgano inervado por el sistema nervioso autónomo (SNA). El grado de disfunción autonómica puede ser leve y subclínico hasta casos severos y discapacitantes.

CASO: Paciente femenina de 43 años, con antecedentes de enfermedad celíaca y SSp diagnosticado en 2017 por criterios EULAR-ACR (síntomas sicca, test de ojo seco positivos, ANA+ moteado, anti-Ro positivo). La paciente comenzó en agosto de 2021 con síntomas autonómicos que incluían mareos posturales y síntomas digestivos con intolerancia a diferentes alimentos, plenitud posprandial y epigastralgia. Se asociaron a diarrea y pérdida importante de peso de 30 kg en un año. También presentó síntomas sensitivos caracterizados por parestesias y dolor de miembros inferiores. Se realizó Tilt test presentando taquicardia postural ortostática positivo para disautonomía. Con diagnóstico de disfunción del SNA, se inició tratamiento con ivabradina y fludrocortisona con respuesta parcial. Se internó en nuestro centro para estudio a fin de descartar enfermedad oncológica. Fue evaluada en forma multidisciplinaria por los servicios de Neurología, Oftalmología, Gastroenterología, Cardiología y Reumatología. Al examen neurológico presentó como datos positivos: hiperreflexia en Aquíleo, test Pin Prick: hipoestesia distal en pies. Fuerza y sensibilidad muscular conservadas. Al examen oftalmológico, OD queratosis Sicca leve, OI normal. Ingurgitación yugular 1/3, sin signos de fallo de bomba, fatiga al deambular distancias cortas sin incremento significativo de la FC de 84 a 91 lpm, detiene la marcha por mialgias a predominio MMII. TA sentado 126/80 mmHg y 114/90 mmHg de pie. En cuanto a lo osteoarticular presentó hiperlaxitud en MMSS, sin artritis. Dentro de los estudios complementarios, el laboratorio inmunológico reportó VSG 32 mm 1 h, serologías virales negativas, orina completa sin hallazgos patológicos. Laboratorios actuales FAN 1/160 moteado, anti Ro (+), test de gota seca negativo para Fabry. Se solicitó coprocultivo por deposiciones líquidas que descartó *Salmonella/Shigella* y toxina negativa para *Clostridium Difficile*. La ecografía y TAC de abdomen fueron normales. VEDA-VCC pólipo Viena tipo 3 con displasia leve en colon ascendente. Se realizó estudio de vaciamiento gástrico con DPTA Tc 99m con hallazgo de retención de sólidos del 21% a 4 h compatible con gastroparesia. Se completaron estudios cardiológicos: ecocardiograma reportando FEY 60%, insuficiencia mitral/tricúspide leve, presión sistólica

VD 22 mmHg, sin derrame pericárdico. Holter episodios de taquicardia sinusal. Se solicitó RM cervical sin hallazgos significativos. EMG normal y QST con alteración de fibras finas. En cuanto al tratamiento, recibió diariamente pregabalina 50 mg, fludrocortisona 0.10 mg, ivabradina 2.5 mg e hidroxicloroquina 200 mg.
CONCLUSIONES: Nuestra paciente presenta diagnóstico de Ssp y síntomas de disautonomía a nivel digestivo y cardiovascular asociados a neuropatía de fibras finas. Clínicamente se manifestó por retraso del vaciamiento gástrico, con severa pérdida de peso y mareos posturales con ortostatismo. Se realizó tratamiento sintomático de dichas manifestaciones y se descartó la asociación con neoplasias subyacentes. En cuanto al tratamiento de la disfunción autonómica con inmunosupresores, está reportado en la literatura el uso de corticoides, IGIV y rituximab, con respuestas variadas y resolución completa inusual.

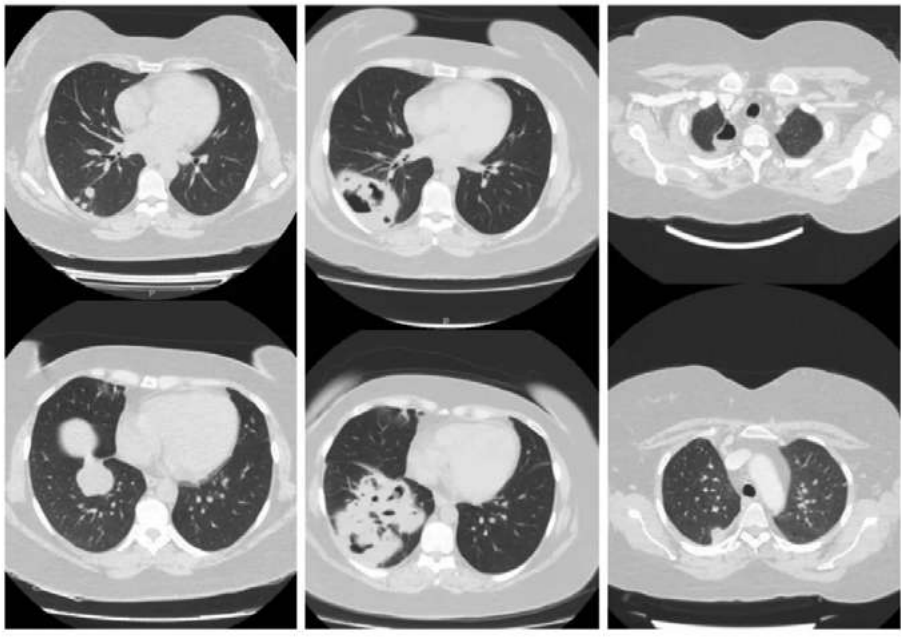
1741

EVOLUCIÓN INDEPENDIENTE DEL COMPROMISO VASCULÍTICO Y GRANULOMATOSO EN PACIENTE CON VASCULITIS PR3-ANCA ASOCIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Florencia MILESI, Diego Andrés Marino, Ana María Berón, Marina García Carrasco, Cecilia Battaglia, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis ANCA asociadas (VAA) se caracterizan por la destrucción e inflamación de vasos de pequeño/mediano calibre y la presencia de anticuerpos ANCA. Dentro de ellas, la granulomatosis con poliangeítis (GPA) se asocia hasta un 75% a anticuerpos PR3 y presenta manifestaciones diversas, siendo lo más frecuente el compromiso del tracto respiratorio superior e inferior y el compromiso renal (glomerulonefritis necrotizante segmentaria pauciinmune). También se halla compromiso ocular, cutáneo, del sistema nervioso periférico y otológico. A nivel pulmonar, uno de los hallazgos más frecuentes son los nódulos, que se asocian histopatológicamente a una inflamación granulomatosa, mientras que en otros órganos es más frecuente hallar necrosis fibrinoide e inflamación de pequeños vasos, a veces acompañado de trombosis.
CASO: Paciente femenina, 32 años. Antecedentes: obesidad, diabetes no insulinorrequiriente y otitis media a repetición con hipoacusia mixta secuelar en oído izquierdo. Comienza su cuadro en mayo de 2020 con poliartralgias de pequeñas y grandes articulaciones. En agosto 2021 presenta ojo rojo doloroso derecho y disminución franca de la agudeza visual. Se descartó causa infecciosa. Se solicitó inmunoserología: FR+ 30 UI/ml, ANCA P 1/80, PR3+ 30 UI/ml. Se diagnostica esclerouveitis necrotizante secundaria a VAA. Se realiza TC de tórax y senos paranasales: engrosamiento mucoso de senos etmoidales y esfenoidales bilaterales. En LSI y LID imágenes nodulares, la de mayor tamaño de 62 mm. Inicia tratamiento inmunosupresor con pulsos de ciclofosfamida 1 g/mes y pulsos de metilprednisolona 500 mg/3 días, continuando con meprednisona 1 mg/kg/día. Al tercer ciclo la paciente ya presentaba resolución completa de su cuadro oftalmológico y persistió con evolución favorable del mismo. Durante el cuarto ciclo de ciclofosfamida, presenta síndrome febril y progresión de patología pulmonar, asociado a marcado incremento del tamaño de los nódulos y cavitación de los mismos. Se interna para realizar diagnóstico diferencial de masas pulmonares cavitadas asociadas a fiebre. Se descartó causa infecciosa, tanto a gérmenes comunes como micobacterias y hongos. Realizó tratamiento antibiótico sin mejoría. Se realiza nueva tomografía que mostró progresión de las lesiones nodulares en tamaño y número, con compromiso cavitado en LID. Requirió lobectomía con informe histopatológico: inflamación granulomatosa necrotizante asociada a signos de vasculitis. Se interpretó como enfermedad pulmonar refractaria, tratándose nuevamente con metilprednisolona 500 mg/3 días. Se decidió rotar tratamiento inmunosupresor a rituximab. Evoluciona afebril y con mejoría del estado general.



Agosto de 2021 **Diciembre de 2021** **Enero de 2022**

Imagen: Progresión tomográfica.

CONCLUSIONES: Las VAA pueden presentar distintos fenotipos clínicos en función del compromiso orgánico y de su positividad para PR 3 o MPO. En este complejo contexto, el espectro de manifestaciones es amplio. Presentamos el caso de una paciente con síndrome febril prolongado desarrollado en contexto de tratamiento inmunosupresor, con masas pulmonares cavitadas, donde impera la necesidad de diferenciar causa infecciosa y tumoral de progresión/refractariedad al tratamiento de la enfermedad vasculítica. Plantearse diagnósticos diferenciales, el manejo interdisciplinario y apoyarse en estudios complementarios es crucial para instaurar un tratamiento efectivo. En el compromiso pulmonar de las VAA PR3+ existen lesiones con respuesta inflamatoria, característicamente granulomatosa. En la mayoría del resto de los órganos afectados se observan lesiones puramente vasculíticas. El por qué de esta respuesta diferente entre órganos aún se desconoce. En nuestra paciente el compromiso puramente vasculítico (esclerouveítis necrotizante) tuvo una excelente respuesta a ciclofosfamida. El compromiso granulomatoso no solo no mejoró, sino que progresó, requiriendo rotar el tratamiento. En nuestro conocimiento, en la bibliografía revisada no se cuenta con estudios que demuestren esta respuesta diferencial. Se necesitarán estudios prospectivos para aclararlo.

1766

¿ES LA FIBROMIALGIA CAUSA DE FRACASO DE UN LAVADO ARTICULAR SUBACROMIAL ARTROSCÓPICO?

Enrique PÉREZ ARAÑA, Oneida Páez Mena

CLÍNICA UNIVERSITARIA ACONCAGUA

INTRODUCCIÓN: El síndrome subacromial doloroso es causa común de dolor anterior del hombro; el tratamiento quirúrgico está reservado solo a aquellos casos que no respondan al tratamiento conservador, teniendo una tasa de éxito entre el 88% y 92%, sin embargo, hasta el 30% puede experimentar dolor residual tras la microcirugía, que puede poner en discusión la efectividad del procedimiento. La fibromialgia es una enfermedad que se asocia a dolor intenso, el resultado de la cirugía puede deberse a este factor predisponente de los pacientes, estando los puntos gatillos como factores coadyuvantes en el resultado final del tratamiento.
OBJETIVOS: Tener presente a la fibromialgia puede ser un elemento entorpecedor del proceso de recuperación de la articulación afectada. O la recuperación de los movimientos y sus actividades, no contraindican esta patología a procederes poco invasivos como la artroscopia en manos del reumatólogo.
MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Clínica. Los pacientes dieron su consentimiento por escrito para participar del estudio, el cual se redactó de acuerdo al estatuto de Helsinki. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, los cuales fueron tratados como único procedimiento el desbridamiento y lavado articular; se excluyeron pacientes de +65 años, traumatismos recientes, cirugía previa del hombro afectado. El diagnóstico preoperatorio de fibromialgia fue de acuerdo a los criterios del 2010 del *American College of Rheumatology Classification Criteria for Fibromyalgia*. Se seleccionaron 10 pacientes; para cada paciente diagnosticado de fibromialgia se seleccionó un paciente control sin diagnóstico de FM y con un perfil demográfico similar, todos presentaban clínica preoperatoria del síndrome subacromial con dolor en región anterior durante la abducción. Se les trató de manera conservadora mediante un programa de rehabilitación durante al menos 3 meses, implementado por el Servicio de Fisiatría, sin experimentar mejoría. Se les efectuó radiografía de hombro en 2 proyecciones, ecografía de partes blandas por el reumatólogo a todos los pacientes, y RMN de la región, vista en conjunto para su lectura por reumatólogo y especialista en imágenes. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor $p<0.05$, el análisis estadístico chi^2.
RESULTADOS: Fueron intervenidos mediante una descompresión artroscópica 10 pacientes con patologías propias de la compresión subacromial y 10 con dichos procesos, aunque se le sumó el diagnóstico de fibromialgia, la edad media de pacientes con fibromialgia incluidos en el estudio final (n=10), rango entre 41-59 años, el 95% eran mujeres, con un seguimiento de 36 meses, la edad media del grupo control fue de 47,7 con un rango de 36-61 años. Si analizamos el dolor cuantificado según escala EVA >3, puede interpretarse como una tendencia hacia el fracaso en los pacientes con FM, sin embargo, los ítems como fuerza y rango de movimiento fueron similares en ambos grupos en sus primeras 3 semanas, posteriormente en la escala visual del dolor del paciente y la observada por el reumatólogo se detectó una disminución de dichos valores.
CONCLUSIONES: La fibromialgia puede ser considerada como factor pronóstico que puede condicionar un peor resultado posoperatorio tras la realización del lavado y desbridamiento de la región tendinosa; los ítems en ambos grupos fueron similares, y al tener más movimientos, la recuperación fue satisfactoria, no siendo la FM un criterio para desestimar el tratamiento y mejorar las actividades de la vida diaria

1796

POLIMIALGIA REUMÁTICA POSTERIOR A VACUNACIÓN COVID-19

Pablo Astesana[1], **Federico CECCATO[2]**

[1]SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA, [2]SANATORIO ESPERANZA, SANTA FE

INTRODUCCIÓN: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad que afecta generalmente a personas mayores de 50 años. Se caracteriza por dolor tipo inflamatorio y rigidez en cuello, cintura escapular y cintura pelviana. En un 10% se asocia con arteritis de células gigantes (ACG). Su etiopatogenia es desconocida siendo propuestos desencadenantes ambientales, infecciosos o relacionados a la vacuna para la influenza y más recientemente para la COVID-19.
OBJETIVOS: Relacionar la vacunación para COVID-19 con PMR en una serie de pacientes que comenzaron los síntomas posteriormente a la aplicación de la misma.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico nuevo de PMR (criterios ACR/EULAR 2012) que previamente recibieron vacunación para COVID-19. Se recopilaron sus características demográficas, clínicas, resultados de laboratorio, estudios de imágenes y tratamiento.
RESULTADOS: Las características principales de los pacientes se describen en la Tabla. Se incluyeron en total 5 pacientes (4 con diagnóstico de PMR y 1 con ACG/PMR). Cuatro mujeres y un varón, edad media 71 años (mínimo 58-máximo 80), comienzo síntomas entre 1-30 días posterior a inmunización con vacuna AstraZeneca (n=2), Pfizer (n=2) y Sinopharm (n=1). Todos tenían reactantes de fase aguda elevados y respondieron a tratamiento con glucocorticoides, excepto uno con mejoría parcial.

Tabla: Características de los pacientes con PMR posterior a vacunación COVID-19.

Sexo/edad	Diagnóstico	Vacuna	N° dosis	Tiempo (días)*	VSG mm	PCR mg/l	Tratamiento	Respuesta al tratamiento
F. 58 años	PMR	Pifzer	3°	30	51	66.3	Prednisona 10 mg	Mejoría
M. 70 años	PMR	Pifzer	3°	01	65	15.4	Prednisona 10 mg	Mejoría
F. 71 años	PMR	Sinopharm	2°	12	115	76.8	Meprednisona 12 mg	Mejoría
F. 76 años	PMR	AstraZeneca	3°	15	70	---	Meprednisona 12 mg	Mejoría
F. 80 años	PMR	AstraZeneca	2°	30	63	---	Meprednisona 40 mg	Mejoría parcial

CONCLUSIONES: Esta serie se suma a estudios previos que señalan la posible asociación entre PMR/ACG y las nuevas vacunas para COVID-19. Los beneficios de la vacunación superan considerablemente este riesgo potencial, que parece poco frecuente en relación a los millones de dosis administradas.

1797

NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA ASOCIADA CON SÍNDROME DE SJÖGREN: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Maricel DELLA MAGGIORA, Nicolás LLoves Schenone, Marina Dalpiaz, María Victoria Ávalos, Bárbara Pérez Cepas, María Inés Morón

HOSPITAL CHURRUCA VISCA PFA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica, autoinmune que se manifiesta principalmente con compromiso de glándulas exocrinas, con ojo y boca seca. Afecta al 0.1% de la población general, predomina en mujeres 9:1, entre la 4ta y 5ta década de la vida. El SS puede afectar diversos órganos y sistemas, entre ellos el aparato respiratorio. El compromiso pulmonar se observa en el 10 al 20% de los pacientes con SS.
OBJETIVOS: Describir un caso clínico con neumonía intersticial linfocítica (LIP) asociado a SS primario.
MATERIALES Y MÉTODOS: Reportamos un caso de una paciente con diagnóstico de SS, compromiso pulmonar severo en seguimiento conjunto con el Servicio de Neumología del Hospital Churruca Visca. La paciente firmó el consentimiento informado para esta presentación.
CASO: Paciente femenina de 61 años con síntomas sicca, FAN nuclear 1/320 moteado y anti RO positivo a títulos bajos de 20 años de evolución, sin compromiso musculoesquelético ni otros dominios del ESSDAI (EULAR *Sjogren's syndrome disease activity index*), la cual se encontraba en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg al día y tratamiento local. Comienza hace un año luego de infección por neumonía adquirida de la comunidad con disnea progresiva clase funcional II. A la auscultación se evidenciaron escasos rales crepitantes bibasales, con una saturación basal de oxígeno del 97% al 0,21. Como dato al laboratorio se constató una eritrosedimentación de 70 mm en la primera hora. La paciente fue derivada al Servicio de Neumología donde se solicita tomografía axial computada (TAC) cuyo informe mostró quistes a predominio bibasal de paredes finas con nódulos bilaterales, el de mayor tamaño en lóbulo inferior derecho en contacto con pleura de 13x8 mm. Los exámenes funcionales, incluida la DLCO respiratorios fueron normales. Se realizó el diagnóstico de LIP y se indicó tratamiento con micofenolato mofetil 2 g día con buena tolerancia.
DISCUSIÓN: En el SS el compromiso pulmonar a menudo se manifiesta con compromiso de la vía aérea, mientras que la afectación intersticial como neumonitis intersticial inespecífica, neumonitis intersticial habitual y LIP son menos prevalentes. Otras manifestaciones aún más raras son la amiloidosis, linfoma, seudolinfoma, hipertensión pulmonar, etc. Los pacientes pueden manifestarse con tos seca y disnea progresiva con alteración de los exámenes funcionales respiratorios, siendo el patrón restrictivo lo más asociado al compromiso intersticial. El dominio pulmonar del ESSDAI estratifica el grado de afectación y da un puntaje de actividad de la enfermedad. La bibliografía a la fecha sostiene una probable asociación entre el anti RO positivo y el compromiso pulmonar. La LIP es un desorden linfoproliferativo benigno que se caracteriza por una proliferación difusa de linfocitos y plasmocitos en el intersticio pulmonar con la presencia de centros germinales y es el más específico en SS, no obstante, no es el tipo de afectación del intersticio más frecuente. Está descripto que solamente un 1% de los SS van a presentar esta complicación. La mayoría de los pacientes responde favorablemente al tratamiento inmunosupresor sin progresión de la misma. Sin embargo, un pequeño porcentaje puede virar a un linfoma pulmonar, por lo que se recomienda seguimiento periódico.
CONCLUSIONES: El compromiso pulmonar en el SS puede ser un desafío para el equipo tratante debido a su gran variedad de manifestaciones clínicas y la escasa cantidad de trabajos sobre tamizaje y seguimiento de estos pacientes. Una evaluación diagnóstica completa y sistemática en los pacientes con SS con radiografías, TAC y funciones respiratorias podrían ser necesarias para evitar progresión, pesquisar el compromiso respiratorio tempranamente y evitar complicaciones a largo plazo.

1801

ASOCIACIÓN ENTRE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ARTERITIS TAKAYASU

Federico CECCATO[1], María Florencia Albano[2], José Luis Schnitd[3], Federico Detarsio[4]

[1]SANATORIO ESPERANZA, [2]INSTITUTO PRIVADO DE DIAGNÓSTICO, SAN FRANCISCO, [3]MEDICUORE CENTRO DE MECÁNICA VASCULAR, BRINKMANN, [4]CENTRO DE LA VISIÓN, ESPERANZA

INTRODUCCIÓN: Existen datos en la literatura que sugieren que la espondiloartritis y la arteritis Takayasu podrían coexistir en un mismo paciente.
OBJETIVOS: Comunicar el caso de una paciente con diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA) que posteriormente desarrolló arteritis Takayasu (AT).
CASO: Mujer 32 años, nacida en China, con diagnóstico de EA (criterios ASAS 2009) de 5 años evolución. Inició tratamiento prednisona 1 mg/kg + metotrexato 15 mg y luego con adalimumab 40 mg, con buena respuesta clínica y de reactantes fase aguda. Se mantuvo en remisión y estable hasta febrero de 2022 donde en control cardiológico se observó al examen físico: TA brazo izquierdo 90/60, brazo derecho 110/60. Pulso radial: Der + Izq ↓↓; humeral: Der + Izq ↓↓; axilar: Der + Izq ↓↓. Soplos carótida D, subclavia y carótida I, ilíaca bilateral, y aorta abdominal. Síntomas claudicación miembros (-) carotidinia (+). Laboratorio: Hb 10.2 VSG 72 mm PCR 74.85 mg/l PPD 20 mm (hiperergia). Niega vacunación BCG, sin antecedentes epidemiológicos TBC, sin signos/síntomas TBC activa. Eco Doppler vasos de cuello: engrosamiento circunferencial miointimal de 1800 micras ambas arterias carótidas primitivas compatible con enfermedad inflamatoria con velocidades aumentadas. Sin obstrucción significativa. Velocidad de onda se pulso: conservada. Cardiografía por impedancia: se observa bajo índice cardíaco indexado con bajas resistencias periféricas compatibles con patrón hiperdinámico. Angio TC tórax y abdomen: moderado engrosamiento en paredes de ambas arterias carótidas, a predominio de carótida primitiva izquierda. Engrosamiento circunferencial de paredes aórticas más evidentes en su sector torácico inferior, con marcada reducción calibre. Aorta torácica media de 17 mm. Aorta ascendente 25 mm. Disminución del calibre de aorta abdominal (7 mm), con engrosamiento de paredes. Imágenes nodulillares asociadas a trazos fibrocicatrizales de 25 mm y atelectasia segmentarias apicales derechas. Con diagnóstico de arteritis Takayasu (criterios ACR 1990), clasificación Hata tipo II b, se indica tratamiento prednisona 1 mg/kg y tratamiento antibacilar estándar con 2 meses isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, y 2 meses de isoniazida, rifampicina). Un mes después se agrega MTX 15 mg.
CONCLUSIONES: La coexistencia de EA y AT es rara; hay estudios que informan que su asociación no es aleatoria. La palpación de pulsos periféricos y la auscultación vascular deben ser sistemáticas, y la elevación de reactantes fase aguda durante el seguimiento de SpA debería conducir a la sospecha y búsqueda de TA.

1802

SÍNDROME ANTISINTETASA ASOCIADO A ANTICUERPOS ANTI PL-12: A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia RAIMONDO[1], Simón Escandar[1], Diego Elizondo[1], Marcelo Eduardo Ferreyra[1], Nicolás Douglas Nazareno[2]

[1]LACE LABORATORIOS, [2]MINISTERIO DE SALUD DE LA RIOJA

INTRODUCCIÓN: El síndrome antisintetasa (SAS) es un trastorno infrecuente definido como un subtipo de miopatía inflamatoria idiopática (MII). Se caracteriza por la presencia de anticuerpos (Acs) antisintetasa dirigidos contra la enzima que media la unión del ARN con un determinado aminoácido, para formar el ARN de transferencia (ARNt), generalmente de isotipo IgG. Se han identificado ocho Acs: anti Jo-1 (histidil-tRNA sintetasa), anti PL-7 (treonil), anti PL-12 (alanil), anti EJ (glicilo), anti OJ (isoleucil), anti KS (asparaginil), anti Zo (fenilalanilo) y anti Ha (tirosilo). Los Acs anti Jo-1 son los más frecuentes, sin embargo, su prevalencia en pacientes con MII es del 30%. Las manifestaciones clínicas principales del SAS incluyen miositis, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), poliartritis, fenómeno de Raynaud y lesiones cutáneas conocidas como "manos de mecánico". La EPID está presente en el 90% de los pacientes con el SAS con Acs anti-PL12 en ausencia de miositis (fenotipo de miositis amiopática).
CASO: Hombre de 49 años que acude a la consulta médica por disnea de esfuerzo, tos seca y artralgias. Sin debilidad muscular en miembros ni flexores del cuello y ausencia de manifestaciones cutáneas. La espirometría y el test de respiración única para la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) mostraron reducción severa. La tomografía computada de tórax sugiere neumonía intersticial no específica de aspecto fibrótico. Hallazgos de laboratorio: VSG y PCR elevados; C3, C4 y CPK normales; factor reumatoideo y Acs antipéptido citrulinado cíclico negativos; ANA positivo con título 1/160 y patrón citoplasmático granular fino denso (AC-19); Acs anti-DNA, antiRo-60, anti-La, anti-Sm, anti-Scl70 y anticentrómero negativos; Acs antiRo-52 positivo. Panel de miositis: Acs anti-Jo1, anti-PM Scl 100, anti-PL7, anti-Mi-2, anti-Ku y anti-SRP negativos; Acs anti-PL 12 positivo. No impresiona xerostomía ni xeroftalmia en el interrogatorio, con sialoadenitis moderada en la biopsia de glándula salival. Se inició tratamiento con esteroides y mofetil micofenolato con buena evolución clínica.
CONCLUSIONES: Es importante sospechar SAS en pacientes con EPID de naturaleza incierta, aunque no presenten miopatía u otras manifestaciones periféricas. La EPID puede ser, también, la primera y única manifestación en otras patologías reumatológicas, incluidos cuadros de superposición.

1818

PANUVEÍTIS Y NEURITIS ÓPTICA EN ENFERMEDAD DE BEHÇET

Nicolás Martín LLOVES SCHENONE, Maricel Della Maggiora, Bárbara Pérez Cepas, Marina Dalpiaz, María Inés Morón

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet (EB) es una entidad multisistémica, crónica y recurrente de origen desconocido, incluida dentro de las vasculitis de vaso variable, la cual ocasiona lesiones inflamatorias en múltiples órganos como la piel, articulaciones, ojos y a nivel gastrointestinal, renal, cardiopulmonar y neurológico.
OBJETIVOS: Describir un caso clínico de EB con compromiso ocular severo como forma de presentación.
CASO: Se reporta un caso de EB con compromiso ocular en seguimiento por los Servicios de Oftalmología y Reumatología del Hospital Churruca Visca. El paciente firmó el consentimiento informado para esta presentación. Paciente masculino de 40 años, sin antecedentes de relevancia, que realiza consulta inicial en 2015 al Servicio de Oftalmología por visión borrosa, ojo rojo y fotofobia bilateral. Al interrogatorio refirió úlceras orales dolorosas recurrentes y poliartralgias generalizadas de 6 meses de evolución. Se constata panuveítis con vasculitis retiniana y neuritis óptica bilateral, por lo cual se interna al paciente para estudio y tratamiento. Se realizó tipificación del HLA B siendo positivos los B65 y B72. Se realizó el diagnóstico de EB con compromiso del nervio óptico, se descartó el compromiso del sistema nervioso central (SNC) mediante punción lumbar y neuroimágenes, y se indicaron tres pulsos de metilprednisolona, continuando luego con 1 mg/kg de prednisona y azatioprina 150 mg por vía oral, presentando el paciente excelente respuesta con resolución de la sintomatología. Por tratarse de un caso clínico con compromiso oftalmológico severo y debido al riesgo de recurrencias, se inició HUMIRA (adalimumab) 40 mg subcutáneo cada 14 días con buena tolerancia logrando la suspensión paulatina de corticoides. A la fecha, el paciente no ha presentado exacerbaciones clínicas. No se evidencia secuela oftalmológica a través del examen ocular y los métodos complementarios.
DISCUSIÓN: La EB se manifiesta más frecuentemente en la tercera década de la vida, afectando principalmente a hombres en una relación de 2-4 a 1, con una mayor incidencia de complicaciones graves en los pacientes jóvenes. El compromiso ocular es característico en estos pacientes y habitualmente se presenta en los 5 primeros años de evolución. Puede manifestarse como uveítis anterior, intermedia o posterior según el segmento del ojo implicado, no obstante, lo más habitual es la presencia de panuveítis con el hallazgo de vasculitis retiniana. La inflamación oftálmica evoluciona con recidivas, produciendo lesiones irreversibles que llevan a la pérdida de la visión sin el tratamiento adecuado. Los factores como el sexo masculino, los brotes oculares repetidos, la presencia de HLA B51 y el tratamiento poco agresivo o tardío se asocian a mal pronóstico. Se denomina neuro Behçet (NB) a la presencia de síntomas neurológicos de un paciente con diagnóstico de EB. La afectación del sistema nervioso oscila entre un entre 5-25% de los pacientes y es habitualmente precedida por otras formas de la enfermedad y se asocia a importancia morbimortalidad. El SNC representa el sitio de afección neurológica más reportado. Los pacientes pueden presentar lesiones focales del parénquima, lesiones en ganglios basales, trombosis venosa y arterial, meningoencefalitis, síntomas psiquiátricos y mielitis multifocal. La neuritis óptica es poco frecuente en el NB, tanto como manifestación aislada como asociada a otros síntomas neurológicos. Los corticosteroides son utilizados de primera línea para tratar la enfermedad aguda, pero tienen poco efecto en el control de las recurrencias. Los agentes inmunosupresores, como la azatioprina, entre otros, están indicados en la prevención de las recidivas. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral α, como el infliximab y el adalimumab, han mostrado efectos beneficiosos en pacientes refractarios a los inmunosupresores convencionales.
CONCLUSIONES: La inflamación ocular recurrente es común en la EB y conduce a un daño permanente a menos que se instaure prontamente el tratamiento efectivo. El manejo del compromiso ocular del SB requiere una estrecha colaboración con los oftalmólogos con el fin de inducir, mantener la remisión y evitar las secuelas.

1824

MORFEA EN LA NIÑEZ, ALTERACIONES ATRÓFICAS CEREBRALES PROGRESIVAS EN LA ADULTEZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mauricio Alberto JIMÉNEZ GARNAUT, Andrea Gómez, Alejandra Rollano Perasso, Damián Duartes Noé

HOSPITAL BRITÁNICO

INTRODUCCIÓN: La esclerodermia localizada, o morfea, es un trastorno inflamatorio idiopático que causa cambios escleróticos en la piel y/o tejidos subyacentes. Se presenta como placas inflamatorias o escleróticas únicas o múltiples que pueden autolimitarse y desaparecer en años, dejar atrofia con cambios pigmentarios, o progresar y extenderse. Es más frecuente en mujeres caucásicas, con una incidencia de 0.34 a 2.7 en 100000 hab/año, y prevalencia similar en niños y adultos. Se divide en subtipos, uno de ellos es la variante lineal que se caracteriza por lesiones de distribución, principalmente en extremidades, cara y/o tronco, comprometiendo sitios únicos o múltiples. Puede alterar tejidos profundos provocando deformidades, contracturas y discrepancias de la longitud de miembros en niños.
CASO: Femenina de 47 años con antecedente de morfea a los 12 años que a los 26 años inició con diplopía y estrabismo. Realizó seguimiento por Neurooftalmología recibiendo tratamiento quirúrgico en 2 oportunidades. Suma 30 años luego del diagnóstico inicial, episodio convulsivo en buen control con levetiracetam. En RMI cerebro de 2018 presentó atrofia de cuero cabelludo en relación a patología de base y una lesión focal iso/hipointensa en T1 e hiperintensa en T2/FLAIR en sustancia blanca occipital izquierda con ligera retracción del ventrículo lateral homolateral, sin realce al contraste. Sutiles señales hiperintensas en T2/FLAIR periventriculares de aspecto secular inespecífico. En control 3 años después, presentó recidiva del estrabismo, sin ningún otro síntoma asociado. Se realizó RMI cerebral observándose similares lesiones a las previas en región córtico subcortical, parietooccipital izquierda con cambios atróficos focales, pero con progresión de daño estructural de SNC (inflamación +aumento de atrofia). Se plantea si la progresión de lesiones atróficas cerebrales está asociada a morfea lineal de la infancia y se consideran como diagnósticos diferenciales encefalitis de Rasmussen y Parry Romberg. En la evaluación reumatológica, presentó paresia de recto superior y recto externo con ausencia de convergencia de OI, *coup de sabre* frontoparietal con alopecia local, sin otra manifestación de enfermedad osteoarticular o sistémica. Se realizó panel inmunológico y serologías virales negativas, ETT normal sin HPA, funcional respiratorio normal con TACAR de tórax sin particularidades, en Rx de cráneo se observó alteración del diploe a nivel de la lesión atrófica. Fue valorada por Dermatología sin observarse lesiones activas. Se tomaron 2 biopsias (zona sana y zona atrófica), siendo la AP compatible con esclerodermia. Inició tratamiento con MTX 10 mg/sem + ácido fólico 5 mg/sem + metilprednisona 20 mg/día, rotando tratamiento posteriormente a micofenolato con suspensión de MTX y aumento de dosis de corticoides.
DISCUSIÓN: El *coup de sabre* es una variante de la esclerodermia lineal, en la cual está afectada la cabeza y el cuello, siendo la frente el sitio más común, viéndose placas atróficas hiperpigmentadas, las cuales se pueden extender incluso al cuero cabelludo. En general la actividad persiste por 3 a 6 años, en ocasiones se extiende por mayor período o presenta episodios recurrentes. Los cambios escleróticos en la piel pueden resolverse o dejar secuela de atrofia y cambios pigmentarios. Es infrecuente y no tenemos evidencia de casos reportados en los cuales luego de un período de inactividad de tantos años (30 años) se presente en la adultez recidiva con compromiso parenquimatoso del sistema nervioso central y tejidos subyacentes en contexto de atrofia progresiva, por lo cual es una presentación atípica.
CONCLUSIONES: Paciente con diagnóstico de esclerodermia en *coup de sabre* a los 12 años autolimitada que inicia a los 38 años epilepsia controlada con una droga y episodios de estrabismo recurrente con múltiples cirugías oculares. En RMI cerebral control presentó atrofia en región parieto/occipital izquierda de forma extensa que no se evidenciaba en RMI previa. En esta instancia se inicia manejo conjunto con reumatología con nueva biopsia de lesión frontal compatible con esclerodermia, se inició tratamiento con corticoides y metotrexato que fue rotado posteriormente a micofenolato por consenso multidisciplinario, continuando en seguimiento estricto.

1826

CONSUMO DE *CANNABIS* CON FINES MEDICINALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Facundo VERGARA[1], Claudio Fernando Fecchio[2], Alicia Munarriz[3], Emma Civit[4], Jimena Sánchez Alcover[5], Tania Mayra Zutara[1], María Emilia Corica Albani[6], Rodolfo Pardo Hidalgo[7], Matías Benavente[8], Cecilia Castel del Cid[1], Leandro Carlevaris[9], Blas Rodrigo Fernando[10], Ivana Federica Miranda[1], María Florencia Gordillo[11], Leandro G Aliaga[12], María Victoria Borgia[13], Héctor Tamashiro[13]

[1]HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA, [2]HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA, [3]CENYR, [4]INSARES, [5]SANITAS MEDIAL CENTER CLÍNICA LUJÁN, [6]HOSPITAL JOSÉ N. LENCINAS, [7]CER SAN JUAN, [8]OSEP MENDOZA, [9]PSICOMED CENTRO MÉDICO INTEGRAL, [10]CONSULTORIO MEDICI, [11]HOSPITAL EL CARMEN, [12]HOSPITAL PÚBLICO DESCENTRALIZADO, [13]CENTRO MÉDICO PALMARES

INTRODUCCIÓN: En la artritis reumatoidea (AR) hubo un importante desarrollo terapéutico en las últimas décadas. Sin embargo, muchas veces las terapias actuales son insuficientes para aliviar las dolencias de los pacientes. El *cannabis* con finalidad terapéutica es un producto en auge, como lo demuestra el desarrollo en investigación que ha tenido en los últimos años en diferentes áreas médicas. Si bien comienza a surgir evidencia científica acerca del uso del *cannabis* medicinal (CM) en el manejo de enfermedades reumáticas, aún no tiene una indicación formal. A pesar de ello, es conocido el consumo del CM de manera automedicada por parte de nuestros pacientes.
OBJETIVOS: Describir el perfil y experiencia de pacientes con AR en cuanto al uso del CM como estrategia de tratamiento para sus dolencias, y evaluar las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a su consumo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta autocompletada/asistida de manera anónima a pacientes con diagnóstico de AR de la práctica clínica diaria en diferentes centros de la región de Cuyo. Se recolectaron datos sociodemográficos, hábitos, experiencia con el uso del *cannabis* y escalas de evaluación funcional y de calidad de vida. Se realizó descripción comparativa entre los grupos con experiencia en el uso de CM y aquellos que no la habían tenido. Las características con diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariado fueron incluidas en un modelo de regresión logística.
RESULTADOS: Se incluyeron 220 pacientes al azar, 88% mujeres, con una edad media de 54 años, en su mayoría con AR establecida (74%). Setenta y ocho pacientes (35%) refirieron haber consumido *cannabis* con fines medicinales. Las características clínicas y sociodemográficas comparativas entre aquellos pacientes con experiencia previa en uso de CM y aquellos sin experiencia se presentan en la Tabla 1. En el análisis univariado el diagnóstico concomitante de fibromialgia, mayores puntuaciones en el HAQ y la polifarmacia se asociaron con mayor consumo de CM. En el análisis multivariado, tanto el HAQ como la fibromialgia mantuvieron una asociación estadísticamente significativa con el consumo de CM. La forma de consumo, la finalidad, la respuesta que obtuvieron y los eventos adversos reportados por los pacientes con experiencia en el uso del CM se presentan en la Tabla 2. El 73% de los pacientes refirió que volvería a utilizarlo.

Tabla 1: Características de los pacientes con AR de acuerdo a su experiencia de consumo de Cannabis con fines medicinales.

	Consumo de *cannabis* n=78	**Sin consumo de *cannabis* n=142**	**p valor**
Edad, media (DE)	55 13)	5 3(14)	0.27
Sexo femenino, n (%)	69 (88)	126 (89)	0.75
Tiempo de diagnóstico en años, mediana (rango IC)	7 (3-17)	7 (2-12)	0.27
AR temprana, n (%)[1]	16 (23)	32 (27)	0.60
HAQ, mediana (rango IC)	1.25 (0.5-1.75)	0.75 (0.37-1.37)	0.01*
HAQ >0.87, n (%)[2]	46 (63)	64 (47)	0,02*
Eva calidad de vida, mediana (rango IC)	60 (50-80)	70 (50-80)	0.14
Fibromialgia, n (%)	16 (20)	12 (8.4)	0.01*
EVA dolor (0-100), mediana (rango IC)	50 (30-70)	50 (20-75)	0.96
EVA dolor> 40mm, n (%)	55 (69)	94 (66)	0.60
Tabaquismo, n (%)	21 (27)	28 (20)	0.21
Consumo recreativo, n (%)	11 (14)	10 (7)	0.09
Alto consumo de alcohol, (n%)[3]	19 (24)	24 (17)	0.19
Alto nivel de educación formal, n (%)[4]	35 (45)	62 (44)	0.89
Polifarmacia, n (%)[5]	34 (45)	37 (27)	0.01*

*[1]AR temprana ≤2 años desde el diagnóstico. [2]Valor de corte asociado con discapacidad laboral.[3]Alto consumo de alcohol incluyó pacientes con hábito de consumo diario/semanal. [4]Pacientes que completaron la secundaria o nivel superior. [5]Consumo habitual >5 medicamentos. *p<0.05. (DE): desvío estándar; IC: rango intercuartilo; n: número; HAQ: Health Assessment Questionnarie; EVA: escala visual analógica.*

Tabla 2: Experiencia en pacientes con historia de consumo de *cannabis* medicinal (n=78).

Forma de consumo n(%)	
Uso externo	23 (29)
VO/SL	52 (67)
Otras	3 (4)
Finalidad del consumo n(%)	
Alivio del dolor	74 (95)
Otra	4 (5)
Resultado en su dolencia, n(%):	
Mejoró	41(53)
Sin cambios	37 (47)
Intención de volver a utilizarlo, n(%)	75 (73)
Reacciones adversas	
Al menos un EA, n(%)	25 (32)
Somnolencia, n	6
Sequedad de boca, n	6
Mareos, n	4
Aumento de apetito, n	4
Alteraciones del humor, n	5
Náuseas y/o vómitos, n	2
Otros, n	4

VO/SL: vía oral /sublingual; n: número; A: evento adverso.

CONCLUSIONES: En el presente estudio, el uso del CM en pacientes con AR se asoció con el diagnóstico de fibromialgia y peor estado funcional, siendo la forma de consumo por vía oral o sublingual las más frecuentes. Los pacientes que usaron CM tuvieron una respuesta moderada en el alivio de sus dolencias con una tolerancia aceptable.

1828

DEEP PURPLE: UNA PRESENTACIÓN CUTÁNEA CON UN ABANICO DE POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS. ¿QUÉ SE ESCONDE BAJO LA PIEL?

Brian Marcelo ABDALA[1], Ariana Ringer[1], Juan Pablo Ruffino[1], María Florencia Martínez[1], Dianela Carbone[1], Serenela Chulibert[1], Franco Lucci[1], María Agostina Gatica[1], Lucía Cichillitti[1], Nadia Aldana Cuadranti[1], María Noel Cortese[1], Mariano Palatnik[1], Juan Carlos Crema[1], Antonio Jorge Chemez[1], Graciela Rombo[1], Roberto Parodi[2], Mariana Lagrutta[2], Pablo Iwanow[2], Adriana Rocaspana[3], Marcelo Abdala[1]

[1]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, [2]SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, [1]SERVICIO DE HEMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones cutáneas en las enfermedades autoinmunes son frecuentes y heterogéneas. Algunas de ellas son de tal importancia que se incluyen como criterios clasificatorios de la enfermedad. Los diagnósticos diferenciales varían en gravedad, pudiendo en ocasiones presentar riesgo vital, por lo cual se jerarquizan el diagnóstico y tratamiento oportunos.
OBJETIVOS: Reportar el caso de una paciente con diagnóstico de enfermedad poco prevalente, de presentación clínica atípica, que plantea múltiples diagnósticos diferenciales con patologías reumatológicas.
CASO: Mujer de 34 años con antecedente de aplasia medular de 3 años de evolución, sin gestas previas, consulta por cuadro de 7 días de evolución de lesiones purpúricas dolorosas, en mejillas, cejas, orejas, tronco y extremidades. Negó consumo de sustancias ilícitas. Examen físico: múltiples placas eritematovioláceas, palpables, con halo eritematoso periférico y flictenas hemorrágicas centrales. Laboratorio: Hto 24%, reticulocitos 3,6%, leucocitos 5300/mm^3, plaquetas 61.000/mm^3, VES 132 mm/h, PCR 48 mg/L, función renal, hepática y tiempos de coagulación normales, LDH 1900 UI/l, hipoalbuminemia; aumento policlonal de globulinas; sedimento urinario normal. Serología para VIH, VHC, VHB, VDRL negativos. ANA, FR, ACL, anti-B2GP1, ANCA y crioglobulinas negativos; C3 y C4 normal. Se descartaron durante el proceso diagnóstico infecciones. Debido a sospecha inicial de patología vasculítica y/o trombótica autoinmune, se realizaron pulsos de metilprednisolona EV, previa toma de biopsia cutánea. Biopsia cutánea: necrosis tisular, fibrosis, neoformación vascular y trombosis en arteriolas y vénulas, sin evidencia de vasculitis. Depósitos de C3 y fibrinógeno (++) en paredes capilares de dermis papilar. Citometría de flujo en sangre periférica: se identifican clones de eritrocitos y leucocitos con ausencia de expresión de CD59 y de FLAER/CD157 de 22,4% y de 61,4% respectivamente. Con este resultado se diagnosticó hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN); se instauró anticoagulación con enoxaparina y tratamiento específico con eculizumab, con resolución posterior del cuadro clínico.
CONCLUSIONES: La HPN (incidencia de 1 a 10 casos por millón de habitantes) es una enfermedad clonal adquirida de las células progenitoras hematopoyéticas, causada por mutaciones en el gen PIG-A; afecta la síntesis de moléculas de GPI que permite el anclaje de múltiples proteínas a las membranas celulares, entre ellas, las proteínas reguladoras de la activación del complemento (CD55; CD59) generando una activación anómala de la cascada. La HPN se caracteriza por anemia hemolítica intravascular, trombosis venosa en sitios inusuales y diferentes grados de aplasia medular. La aparición de estas manifestaciones, así como fatiga, artralgias, disfagia, hemoglobinuria, insuficiencia renal e hipertensión pulmonar convierten

a esta entidad en un importante diagnóstico diferencial de enfermedades reumatológicas. En pacientes con HPN la frecuencia de trombosis es de 30-40%, principalmente a nivel venoso (85%). Los territorios afectados con mayor frecuencia son el lecho venoso intraabdominal (60-70%) y cerebral (10-20%), siendo extremadamente infrecuente el compromiso cutáneo. Las trombosis venosas a nivel cutáneo pueden presentarse como discretas áreas de eritema, inflamación, dolor o como un síndrome purpúrico con áreas de petequias y equimosis. Estos signos y síntomas son compartidos con otro grupo de enfermedades reumatológicas, las vasculitis. En este aspecto, se destaca que, a pesar de la similitud clínica, el tratamiento es diferente. El diagnóstico de HPN se realiza a través de citometría de flujo de sangre periférica, que identifica el clon celular con deficiencia de GPI. El tratamiento efectivo se realiza con inhibidores del complemento o trasplante de médula ósea alogénico. Las lesiones cutáneas plantean desafíos diagnósticos en Reumatología. Una profunda anamnesis y examen físico acompañados de métodos complementarios dirigidos mediante el pensamiento clínico son claves para llegar a un diagnóstico correcto. Los diagnósticos diferenciales en Reumatología son amplios, pero no debemos limitarnos solo a nuestra área, siendo necesario un alto índice de sospecha y un pensamiento crítico que permitan abordar otras áreas clínicas.

1832

¿ES VASCULITIS? PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y NÓDULOS PULMONARES

Lucía DEGIOANNI, Camila Lizarraga, Florencia Bordón, Elisa Novatti, María Isabel Garzón, Diego Baenas, Ana Cecilia Álvarez, Alejandro Alvarellos, Francisco Caeiro, Verónica Saurit

HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: Los síndromes seudovasculíticos constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de etiología diversa, cuyas manifestaciones clínicas pueden simular una vasculitis primaria (VP). Presentamos el caso de un paciente con lesiones pulmonares y síndrome nefrítico en quien se sospechó inicialmente vasculitis ANCA.
CASO: Hombre de 60 años con antecedentes de HTA y colocación de marcapasos en 2007. Fue referido desde otra institución por presentar daño renal agudo (AKI III) y síndrome nefrítico, posteriores a cuadro febril con síntomas respiratorios altos. En el laboratorio presentaba hemoglobina 8.4 g/dl, creatinina de 4.6 mg/dl, albúmina 2.4 g/dl, C3 47 mg/dl y C4 11 mg/dl. El sedimento urinario mostraba 30 hematíes por campo y un índice de proteinuria/creatininuria de 0.87 mg/mg. Las serologías virales fueron negativas al igual que los hemocultivos para gérmenes comunes y hongos. La TAC de tórax informó derrame pleural bilateral y presencia de lesiones nodulares bilaterales simétricas. La ecografía renal fue normal. El paciente presentaba sobrecarga de volumen sin respuesta a diuréticos por lo cual requirió hemodiálisis de urgencia y el Servicio de Nefrología decidió iniciar pulsos de metilprednisolona por 3 días. Por sospecha de vasculitis asociada a ANCA se solicitó valoración por Reumatología. Los anticuerpos ANA, ENA, Anti-MBG, FR y ANCA fueron negativos. Anticoagulante lúpico positivo, anti-B2 glicoproteína y anticardiolipinas negativas. Las crioglobulinas eran positivas, con un criocrito del 10%. TAC de senos paranasales normales. Se solicitó lavado broncoalveolar (BAL) para descartar patología infecciosa. Los galactomananos fueron negativos, así como también los cultivos para gérmenes comunes, hongos y micobacterias. Durante su evolución, el paciente desarrolló un nuevo soplo sistólico en foco aórtico. Se realizó ecocardiograma transtorácico el cual fue normal y ecocardiograma transesofágico que no descartaba vegetaciones en cables de marcapaso. Se solicitó un PET-TC que no observó captación metabólica. Dos semanas posteriores al ingreso, se recibió la PCR positiva para *Aspergillus spp* en BAL. El paciente comenzó tratamiento con voriconazol con mejoría de las lesiones pulmonares y estabilización de su función renal. Posteriormente, la biopsia renal informó hallazgos compatibles con glomerulonefritis posinfecciosa.
CONCLUSIONES: Las manifestaciones pulmonares y renales del paciente podrían deberse a una variedad de enfermedades que simulan VP, incluso pueden presentar anticuerpos positivos como epifenómeno. Siempre que se sospeche una VP, solo debe diagnosticarse después de considerar cuidadosamente toda la información pertinente y realizar un diagnóstico diferencial minucioso para evitar tratamientos innecesarios.

1835

DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA PACIENTE JOVEN QUE CONSULTA POR DISNEA EN SALA DE EMERGENCIAS

María Emilia SATTLER, Pablo Finucci Curi

HOSPITAL SAN MARTÍN PARANÁ

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que puede involucrar múltiples órganos como consecuencia de la producción y depósito de complejos inmunes. Afecta con mayor frecuencia a mujeres (90%), diagnosticándose más comúnmente en personas jóvenes y de raza negra. Las manifestaciones cardiopulmonares se presentan hasta en el 50% de los pacientes en la evolución de la enfermedad, predominando la afección pericárdica con distintos grados de severidad. El derrame pericárdico severo es infrecuente, reportándose una incidencia de taponamiento cardíaco en el 1-2.5% de los pacientes. Se ha descripto que los pacientes que presentan derrame pericárdico severo suelen tener un alto grado de actividad inflamatoria, así como mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y asociación con desarrollo de compromiso renal.
CASO: Se describe el caso de una paciente de 20 años de edad, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos, que consultó en la Guardia de nuestro hospital por presentar en las últimas 3 semanas disnea funcional progresiva con ortopnea. Al interrogatorio refería de 10 meses de evolución poliartritis con compromiso de manos y rodillas, fenómeno de Raynaud y úlceras bucales recurrentes. Se realizaron estudios complementarios: laboratorio: GB 3900/mm^3 Hb 7.9 gr/dl Hcto 24% VCM 81.6 Plaq 251000 urea 58 mg/dl Cr 0.7 mg/dl LDH 135 PCR 11.2 mg/dl VSG 70/mm 1º hora TSH 2.28 ug/dl T4l 1.4 ug/dl orina completa: densidad 1020 PH 6 proteínas +++ Hb ++++ hematíes 25/cpo leucocitos 35/cpo cilindros granulosos

Imagen 1: Índice cardiotorácico mayor al 50%, ambos senos costofrénicos velados, sin infiltrados pulmonares.

Imagen 2: TAC tórax, corte axial, se visualiza derrame pleural bilateral y derrame pericárdico.

1-15/cpo proteinuria 24 hs 910 mg/dl FAN + 1/2560 patrón nuclear moteado fino C3 46 UI/ml C4 2UI/ml anti-DNA positivo inhibidor lúpico negativo ANCAc negativo ANCAp negativo ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico circunferencial severo sin signo de taponamiento cardíaco. Sobre la pared lateral del ventrículo izquierdo se visualizó imagen ecogénica correspondiente a restos de fibrina. Rx tórax: índice cardiotorácico mayor al 50%, ambos senos costofrénicos velados sin infiltrados pulmonares. Dado los hallazgos clínicos y los resultados analíticos, se interpretó el cuadro como LES con derrame pericárdico severo sin compromiso hemodinámico asociado a compromiso renal. Se decidió realizar pulsos de metilprednisolona 500 mg/día por 3 días consecutivos, continuando el tratamiento con meprednisona 40 mg/día vía oral asociado a hidroxicloroquina 200 mg/día y mofetil micofenolato 2 g/día.
CONCLUSIONES: Si bien el derrame pericárdico masivo es infrecuente, puede ser en ocasiones la forma de presentación de la enfermedad y se debe considerar el diagnóstico de lupus una vez descartadas patologías de mayor prevalencia. A su vez, el tratamiento oportuno previene la evolución a taponamiento pericárdico, situación de peor pronóstico. Los pacientes con lupus y presencia de derrame pericárdico severo presentan un alto grado de actividad inflamatoria, mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca y compromiso renal.

1840

REPORTE DE CASO: MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA

María Aline STESSENS, Víctor Caputo, Cecilia Romeo, Gustavo Casado

HOSPITAL MILITAR CENTRAL COSME ARGERICH

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias (MI) constituyen un grupo de trastornos inmunitarios que comparten la característica común de lesión muscular inmunomediada. Las diferencias clínicas e histopatológicas entre estas condiciones sugieren que cada una de las miopatías inflamatorias subyace a diferentes procesos patogénicos. Las miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM) constituyen un subtipo de miopatía inflamatoria idiopática que se caracteriza por la presencia de debilidad muscular proximal, necrosis extensa de miofibrillas con mínimo infiltrado celular inflamatorio en la biopsia muscular, siendo muy poco frecuente pero casi confirmatorio la presencia anticuerpos anti SRP positivo.
OBJETIVOS: Describir caso clínico de miopatía necrotizante inmunomediada.
CASO: Se presenta un paciente de sexo masculino de 24 años de edad, oriundo de Zapala, que consulta por debilidad y dolor muscular proximal asociado a pérdida de peso de 10 kg en los 2 meses previos a su ingreso. Como antecedentes se destacan cirugía de varicocele en junio de 2021, amigdalectomía en la infancia, inmunización SARS-CoV-2 (Sinopharm 2 dosis) y tratamiento con meprednisona 80 mg/d por sospecha de miositis, iniciado en su ciudad de origen. Al examen físico presentaba dolor muscular a predominio proximal, de intensidad 4/10, no irradiado que se exacerbaba con el movimiento, asociado a debilidad muscular y atrofia de cintura escapular y pelviana e hiperreflexia en miembros superiores. Laboratorio de ingreso: CPK 4342 UI/L GOT 165 UI/L GPT 177 UI/L, LDH 813 UI/L, aldolasa 56.1 U/L, troponina 566,2 ng/ml, serología viral CMV IgG, echovirus IgG, coxsackie y adenovirus IgG positivos, IG E 228 UI/ml, proteinograma electroforético normal, PCR 0.1 mg/L, VSG 2 mm y Vit D3 11.6 ng/ml; se solicitaron marcadores tumorales: CEA, alfa feto proteína y Ca19.9 negativos; electrocardiograma, tomografía de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, ecografía testicular, espirometría y rinofibrolaringoscopia sin alteraciones; ecocardiograma con función sistólica y diastólica conservada, y presencia de movimientos asincrónicos del septum interventricular. Resonancia de los miembros donde se observan áreas de hiperseñal en STIR compatibles con miositis, predominantemente en masas musculares del subescapular y serrato mayor, músculos isquiotibiales, psoas iliaco, glúteos medios, menores y recto anterior del cuádriceps. Resonancia cardíaca sin hallazgos sugestivos de compromiso miocárdico. Electromiograma donde presenta registros de tipo mixto a predominio miopático en los músculos proximales explorados. La biopsia muscular informa fibras con necrosis y regeneración sin infiltrado inflamatorio franco, y se obtiene un panel miopático con anticuerpo anti-SRP positivo. Se realizaron test genéticos que informaron presencia de variantes genéticas para gen LARGE1, MYPN, PHKA1, SYNE1 y TRIM32.
RESULTADOS: Se concluyó el diagnóstico de miositis necrotizante inmunomediada con anticuerpo anti SRP (+). Se realizó corticoterapia sistémica con meprednisona 40 mg día, inmunoglobulinas ev 2 g/kg/peso e inició protocolo de rituximab 1 g día 0 y día 15 y rehabilitación con mejoría franca de la signo-sintomatología. Actualmente se encuentra en tratamiento con meprednisona en pauta de descenso, azatioprina 0.8 mg/kg/día e infusiones de rituximab en esquema mencionado cada 6 meses, con enzimas musculares y hepáticas discretamente elevadas.
CONCLUSIONES: Las miopatías asociadas con anticuerpos anti-SRP se caracterizan por debilidad pronunciada e inducen discapacidad severa, evolucionando habitualmente de manera tórpida con brotes frecuentes a lo largo de su evolución, por lo cual es importante el diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo de inicio. Dado que no existen protocolos estandarizados con respecto a esquemas terapéuticos en miopatías necrotizantes inmunomediadas, la mayoría de las decisiones terapéuticas deriva de reportes de series de casos publicadas, pero coincidiendo que el abordaje debe ser precoz y el tratamiento inmediato, individualizando cada caso para el control de su evolución y prevención de la discapacidad residual.

1842

SARCOIDOSIS OCULAR CONJUNTIVAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD. REPORTE DE UN CASO

María Agostina GATICA[1], Ariana Ringer[1], Carlos Siegrist[2], Daniel German Grossi[3], María Florencia Martínez[1], Dianela Carbone[1], Serenela Chulibert[1], Brian Marcelo Abdala[1], Franco Lucci[1], Lucia Cichillitti[1], Mariano Palatnik[1], María Noel Cortese[1], Marcelo Abdala[1]

[1]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, [2]CLÍNICA Y LABORATORIO INMUNOLÓGICO ESPECIALIZADO, [3]GRUPO OFTALMOLÓGICO ALFA

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una granulomatosis sistémica caracterizada por la formación de granulomas epitelioides y de células gigantes sin necrosis caseosa. Afecta predominantemente a mujeres con un pico de incidencia entre los 25 y 29 años, y un segundo pico entre los 65 y 69 años. Los órganos más comúnmente afectados son el sistema linfático mediastínico, pulmones, sistema nervioso central y piel. La afectación oftalmológica está presente con menor frecuencia siendo la forma de presentación más común la uveítis, aunque todas las capas del globo ocular y los anexos pueden estar involucrados.
CASO: Mujer de 59 años con antecedente de episodios agudos de lesiones conjuntivales desde los 18 años de características nodulares, amarillentas y eritema conjuntival, con requerimiento de tratamientos tópicos. A los 57 años, presentó cuadro de artritis de tobillos bilateral, agregando posteriormente artritis en muñecas, articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y finalmente rodillas. La paciente se presentó a la consulta con artritis en las localizaciones mencionadas y reactivación de las lesiones nodulares conjuntivales menores a 2 mm de diámetro, ubicadas en conjuntiva tarsal, sobre base eritematosa, algunas dolorosas y otras con síntomas descriptos como molestias por ocupación de espacio. Laboratorio: anemia de enfermedades crónicas, eritrosedimentación de 60 mm/h y proteína C reactiva de 12. Estudio inmunológico: factor

reumatoide, Anti-CCP, FAN (Hep-2), ENA (RO, LA, RNP, SM), Anti-ADN y HLA-B27 negativos, C3, C4 y enzima convertidora de angiotensina normales. Serologías para HIV, VDRL, VHC, VHB, VEB, CMV, Parvovirus, Clamidia, VDRL y Chagas negativos. Radiografía de tórax: normal. Tomografía de alta resolución de tórax, abdomen y pelvis: normales. Resonancia de encéfalo con gadolinio (RMN): lesión ocupante de espacio en región selar izquierda de 10 mm de diámetro con compromiso del seno cavernoso donde engloba a la arteria carótida interna izquierda. Se observa vacío de flujo respetado en arteria carótida interna intracavernosa. Debido a que la paciente permaneció neurológicamente asintomática, la localización central de la lesión encefálica y rodeando estructuras sensibles, los Servicios de Neurología y Neurocirugía decidieron no realizar biopsia con control evolutivo. Oftalmología realizó biopsia de los nódulos conjuntivales concluyendo al diagnóstico por anatomía patológica de sarcoidosis. Desde el inicio de los síntomas articulares se realizó tratamiento con metotrexato agregando posteriormente leflunomida. Tras la reagudización de las lesiones conjuntivales, de la artritis y arribando al diagnóstico de sarcoidosis por biopsia, se indicó adalimumab. A la semana de tratamiento se observó una notable mejoría y al mes, remisión completa. La paciente permanece en remisión hasta la actualidad.

RESULTADOS: El compromiso ocular en sarcoidosis ocurre en hasta un 25% de los pacientes siendo la forma de presentación en menos del 5%. La manifestación ocular más frecuente es la uveítis y con menor frecuencia el compromiso conjuntival, corneal, escleral, lagrimal y anexos. La afectación conjuntival generalmente se presenta como una queratoconjuntivitis, observándose ocasionalmente nódulos o folículos que se encuentran en la conjuntiva tarsal, bulbar o peri límbica. Inicialmente son lesiones blanquecinas que tienden a irritarse y tornarse eritematosas. Se presentan en episodios agudos o crónicos con cicatrización y simblefarón. Estos nódulos pueden dar la impresión de semillas de mijo en la conjuntiva, a veces, de coloración amarillenta. La clínica es variada, pudiendo ser asintomáticos o generar síntomas cuando los granulomas alcanzan mayor tamaño como xeroftalmía, queratoconjuntivitis sicca, fotofobia, lagrimeo y dolor ocular producido por espasmos ciliares, aumento de la presión intraocular o a la compresión granulomatosa en sí misma. La biopsia conjuntival es un procedimiento simple y útil para pacientes con nódulos conjuntivales o folículos prominentes.

CONCLUSIONES: La sarcoidosis conjuntival puede ser la primera manifestación de la entidad, siendo necesario un alto índice de sospecha para un diagnóstico y tratamiento precoz, previniendo las secuelas y mejorando la calidad de vida del paciente.

1844

ROSAI-DORFMAN CUTÁNEO COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN

Jesica Romina GALLO[1], Alejandrina De Prato[2], Sergio Oscar Paira[3]

[1]SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, [2]DERMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, [3]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J.M. CULLEN, SANTA FE

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD), también conocida como histiocitosis sinusal, es una histiocitosis de células no Langerhans. Es un trastorno raro, con heterogeneidad en sus manifestaciones que incluyen linfadenopatía masivas y, en el 43% de los casos, afectación de otros órganos como la piel. Las lesiones cutáneas están presentes en el 10% de los casos de ERD sistémico y en el 3% de los casos sin compromiso sistémico. Su afectación sistémica tiene predilección por el sexo masculino y por los más jóvenes, mientras que el diagnóstico de ERD cutáneo es típicamente específico para mujeres de mediana edad. ERD cutáneo puede ser indolente con la posibilidad de autolimitación en su curso. Sin embargo, hay casos de enfermedad inicialmente puramente cutánea que precedieron al compromiso multisistémico. Las lesiones cutáneas se presentan de diversas formas (Tabla). El diagnóstico se basa en los resultados histológicos, que incluyen infiltración histiocítica con emperipolesis e inmunohistoquímica positiva para proteína S-100, lisozima, a1-antitripsina, CD68 y CD163 con marcadores de células de Langerhans negativos (CD1a y langerina). La histología puede variar en cada etapa de la evolución.

CASO: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad que es derivada por lesiones cutáneas de 1 año y medio de evolución, tratadas como dermatitis alérgicas. La paciente consulta con lesiones cutáneas periorales y algunas en mejillas de tipo pápulas y pústulas, algunas con características acneiformes, y *rash* malar fotosensible. Al examen físico se constatan las lesiones cutáneas de características pápulas y pústulas y algunas pequeñas vesículas perioral, mejillas, y en labio úlceras pequeñas que duelen y arden (Imagen). No se constatan caída de cabello, úlceras oral y mucosa, artritis, rash malar, adenopatías. Se solicitan laboratorio inmunológicos resultando reactantes de fase aguda (PCR y VSG normales), FR, Fan (hep2), Anti-DNA (critihidie), ENA, negativos. Complemento normal. Dosaje de IgE, IgG, IgA, IgM y subclases de IgG 1, 2, 3 y 4 normales. Se solicita biopsia de piel que informa infiltrado inflamatorio granulomatoso constituido por histiocitos y células gigantes multinucleadas de diferentes tamaños, acompañados de diferentes linfocitos dispersos. Se solicita inmunohistoquímica resultando CD68, S100 y CD163 positivos, Cd 1 a negativo, e IgG4 no reactivo Se lo consideró por su contexto clínico, histológico e inmunohistoquímico en una enfermedad de Rosai dorfman puramente cutáneo y se comienza tratamiento con prednisona 10 mg día, metotrexato 15 mg y acido fólico, respondiendo favorablemente.

Imagen: Manifestaciones cutáneas.

Tabla: Tipos de lesiones y localización.

Tipos de lesiones	Localización
Máculas	Más frecuente en cabeza, cara y cuello
Pápulas	Menos frecuente en tronco y extremidades
Nódulos o placas infiltradas eritematosas o violáceas	
Xantomatosas o pardoamarillentas, aisladas o diseminadas	
Lesiones similares a tumores de crecimiento lento, indoloros	

CONCLUSIONES: La ERD cutánea primaria es una entidad rara cuyo diagnóstico permanece como un desafío, tanto para los médicos como para los patólogos, dada su frecuencia inespecífica, presentación clínica e histológica. La distinción entre RDD primario cutáneo y sistémico con afectación de la piel no puede ser hecho meramente sobre la base de características lesionales morfológicas o histopatológicas. Sin embargo, los médicos a menudo no logran hacer el diagnóstico, incluso después de múltiples biopsias, porque las características histológicas de la enfermedad cutánea primaria a menudo se diagnostican erróneamente como inflamación inespecífica. Por tanto, si no se tiene en cuenta ni la enfermedad ni el compromiso puramente cutáneo, es especialmente difícil llegar a un diagnóstico.

1845

COMPROMISO PULMONAR EN ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN

Jesica Romina GALLO[1], Sergio Oscar Paira[2]

[1]SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA, [2]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL J M. CULLEN, SANTA FE

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) es una histiocitosis de células no Langerhans. La forma de presentación más común es la linfadenopatía cervical masiva y extensa indolora, a menudo asociada con fiebre, pérdida de peso y sudores nocturnos, que puede presentarse con leucocitosis, neutrofilia, VSG alta e hipogamaglobulinemia policlonal. El compromiso respiratorio solo se presenta en el 3% de los casos, siendo informado solo en escasos casos el compromiso de laringe, pulmón y pleura. Cartin-Ceba et al. describen las manifestaciones intratorácicas de ERD: linfadenopatía mediastínica, enfermedades de las vías respiratorias, derrame pleural, y enfermedad pulmonar intersticial y quística. ERD puede distinguirse por las características inmunohistoquímicas: CD68 y S-100 positivas y CD1a. negativos.
OBJETIVOS: Presentamos 2 casos con compromiso intratorácico en enfermedad de Rosai-Dorfman como única manifestación.
CASO 1: Varón de 66 años. Fumador de 40 cigarrillo/días. Antecedentes diagnóstico presuntivo de LES cutáneo a los 36 años. Consulta por artralgia. Al examen físico no presenta adenopatías, caídas de cabello, artritis, úlceras orales/nasales, manchas en la piel, fenómeno de Rayunaud. Examen respiratorio, abdominal sin particularidades. Laboratorio anemia, leucopenia dos oportunidades 2100/3100, plaquetas, eosinófilos y función renal normal. VSG=66 mm/1 ° h; PCR 8 mg/l, FR, Fan (Hep2), DNA (critidia), ENA, ACL, AL, B2 glicoproteína negativos, C3 y C4 normal. IgE aumentado 3281 mg/dl y 19309 mg/dl, IgA 716 mg/dl, y IgM, IgG y subunidad IgG1, IgG2, IgG3, IgG4 normales, ECA normal. Proteinograma normal. Hematología descarta mieloma múltiple IgE, cadenas kappa y lambda por inmunofijación y proteína Bence-Jones negativo. PET-TC pulmón engrosamientos de septos interlobulillares, imagen densa, irregular asociados con trazos que convergen hacia la pleura, imagen en vidrio esmerilado, adenopatías. Ecocardiograma normal. Realiza biopsia de nódulo pulmonar y pleura infiltrado inflamatorio plasmocitario, macrófago con hemosiderina, fibrosis no estoriforme. Inmunohistoquímica CD1a negativo, CD68 positivo, S100 positivo, IgG positivo disperso, IgG4: 5 Cell Hp. Asume como ERD con afectación pulmonar. Tratamiento con meprednisona 1 mg kg y metotrexato 15 mg/semanal y acido fólico.
CASO 2: Mujer de 47 años, antecedentes de tumor del estroma gástrico (GIST) en 2018, tratada con imatinib durante 9 meses. La paciente comienza con tos seca sin expectoración y disnea, y plaquetopenias 86.000/110.000. Su oncólogo solicita PET-CT: múltiples estructuras ganglionares hipermetabólicas a nivel del mediastino, bronquios segmentarios, regiones subpleurales y región yugulo-carotidea bilateral. También nódulos subpleurales en lóbulo superior e inferior derecho, pequeños micronódulos en cisura menor y pequeña esplenosis. Se realiza biopsia de ganglio informa granulomas con histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas. Algunas coronas linfocíticas. Sin necrosis, asumiéndose como sarcoidosis. La paciente es derivada a Reumatología con dicho diagnóstico. Al examen físico no presenta adenopatías, caídas de cabello, artritis, úlceras orales y nasales, manchas en la piel, F. Rayunaud. Examen respiratorio: disminución de la entrada bilateral de aire, abdominal sin particularidades. PAMO por plaquetopenia persistente normal. Se reevalúa la biopsia y debido a la presencia de histiocitos y células gigantes multinucleadas, y se solicita inmunohistoquímica: CD1a negativo, S100 positivo, CD163 positivo, CD68 positivo, asumiendo como ERD. Tratamiento con meprednisona 1 g/kg día, dosis descendientes asociado a metotrexato 15 mg semanal y acido fólico.
CONCLUSIONES: El desconocimiento de esta patología dificulta sobremanera su diagnóstico. La clave diagnóstica es la clínica, las imágenes y la presencia característica de la histología e inmunohistoquímica. El 43% de los casos de ERD se presenta en órganos o tejidos extraganglionares, como piel, cavidad nasal, órbita, glándula salival, sistema nervioso central, riñón, hígado, páncreas, medula ósea, etc. Solo 23% tienen compromiso extranodal como manifestación única, aunque en la literatura se han descriptos casos esporádicos de ERD torácica como manifestación única siendo las linfaadenopatía mediastinal las más frecuentes en un 66%. Nuestros dos pacientes presentaron linfaadenopatías y nódulos de pulmón como se describe en la literatura.

1848

PERICARDITIS LÚPICA RECURRENTE EN PACIENTE EMBARAZADA

Lucía CICHILLITTI, Dianela Carbone, Ariana Ringer, María Florencia Martínez, Serenela Chulibert, Franco Lucci, María Agostina Gatica, Brian Marcelo Abdala, Juan Pablo Ruffino, Nadia Aldana Cuadranti, María Noel Cortese, Mariano Palatnik, Antonio Jorge Chemez, Juan Carlos Crema, Graciela Rombo, Marcelo Abdala

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) puede manifestarse con compromiso de serosas como pleura, pericardio y peritoneo. La pericarditis se presenta entre el 11 y 54% de los pacientes, siendo sintomática en solo un 25%. La recurrencia de esta manifestación ocurre en un 15-30% de los casos. Los factores de riesgo relacionados para el desarrollo de pericarditis son presencia de anticuerpos anti-Sm, sexo masculino, edad joven, linfadenopatía y anemia hemolítica, entre otros.
OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de pericarditis lúpica recurrente en una paciente embarazada y describir su manejo terapéutico interdisciplinario.
CASO: Paciente de 31 años con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012, de 7 años de evolución, cursando embarazo de 20 semanas de gestación, con antecedente de internación un mes previo por pericarditis lúpica en contexto de actividad de enfermedad de base (SLEDAI 10), por lo que realizó tratamiento con aspirina 100 mg cada 8 h, hidroxicloroquina 400 mg/día y prednisona 40 mg/día, con descenso posterior a 20 mg/día. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor precordial continuo de intensidad 10/10, que se exacerba con los movimientos respiratorios, el cual comenzó luego del descenso del tratamiento con glucocorticoides. Presenta asociado artritis, *rash* cutáneo, úlceras orales y un registro febril (SLEDAI 13). Examen físico: tensión arterial 150/90 mmHg, frecuencia cardíaca 140 latidos por minuto, afebril. Sin lesiones cutáneo mucosas, alopecia difusa, sin artritis. Ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos. Se realiza electrocardiograma presentando taquicardia sinusal e infradesnivel de PR en cara inferior, por lo que se solicita ecocardiograma que informa derrame pericárdico y características de pericarditis con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 57%. Laboratorio: Hto 29.6% Hb 9.9 g/dL, GB 9.800/mm^3, plaquetas 339.000/mm^3, CPK 20U/ml, LDH 342UI/l, VES 50 mm en 1º hora, PCR 22.2 mg/l, procalcitonina negativa, troponina I ultrasensible positiva, C3 64, C4 23 y anti-ADN negativo, anti-Ro, anti-La y anti-RNP positivo, anti-CCP > 300. Serologías para virus Epstein-Bar, citomegalovirus, parotiditis, virus Coxackie, adenovirus, *Echovirus, Mycoplasma* e influenza negativos. Se indica tratamiento con prednisona 40 mg/día, asociado a control obstétrico estricto, presentando mejoría clínica. Tras la terapéutica inicial se decide comenzar el descenso de dosis de glucocorticoides, presentando nuevamente aumento de reactantes de fase aguda y dolor torácico, por lo que se inicia tratamiento con azatioprina 100 mg/día, con buena respuesta clínica sostenida durante el embarazo, con ecocardiograma materno y fetal sin alteraciones. Tras el parto, el neonato presenta eritema facial, asociado a anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos, por lo que se interpreta como lupus neonatal, y realiza seguimiento con analítica y controles cardiológicos periódicos a cargo de Pediatría.

CONCLUSIONES: La pericarditis en pacientes con LES obliga a plantear diagnósticos diferenciales con procesos infecciosos, metabólicos, neoplásicos y otras entidades autoinmunes para poder efectuar un correcto tratamiento y evitar las complicaciones como el taponamiento cardíaco o la pericarditis constrictiva. La colchicina ha demostrado disminuir la recurrencia de la pericarditis lúpica, pero debido a que es teratogénica, no fue una opción terapéutica en esta paciente. En estos casos, el uso de inmunosupresores como ciclofosfamida, micofenolato, inmunoglobulina, azatioprina o anakinra pueden ser beneficiosos, es por ello que teniendo en cuenta la toxicidad fetal se optó por azatioprina, con favorable evolución. La presentación en el embarazo implica un desafío terapéutico y una evaluación periódica interdisciplinaria para evitar daños en la madre y el feto.

1854

SAF Y LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Rosa María FIGUEROA[1], Viviana Heller[2], Carla Maldini[1], Verónica Savio[1], Alejandro Albiero[1], Marcelo Yorio[1], Carla Gobbi[1], Paula Alba[1]

[1]HOSPITAL CÓRDOBA, [2]HOSPITAL ITALIANO

INTRODUCCIÓN: La leucemia promielocítica aguda (LPA) es un subtipo de leucemia que se asocia con una coagulopatía única y distintiva. En ausencia de tratamiento es rápidamente fatal e incluso después del inicio de la terapia. La principal causa de mortalidad temprana está relacionada con las complicaciones hemorrágicas. El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune multisistémica asociado a trombosis arterial y venosa recurrente, y morbilidad obstétrica. La trombosis recurrente es la principal causa de mortalidad y la anticoagulación a largo plazo es la terapia requerida. Los pacientes con anticuerpos antifosfolípidos tienen un mayor riesgo de desarrollar neoplasias hematológicas y complicaciones trombóticas.
OBJETIVOS: Presentamos un caso de LPA desarrollada luego de años de diagnóstico de SAF trombótico.
CASO: Paciente varón de 51 años derivado a nuestro hospital para evaluación por Hematología y Reumatología. APP. SAF primario diagnosticado hace 20 años (2 episodios de IAM a los 30 y 40 años; triple positividad de anticuerpos antifosfolípidos: LA, aCL Ig G y B2GPI Ig G), que se encontraba anticoagulado con warfarina (INR de 3), además de aspirina, estatinas e hidroxicloroquina. Consulta en ese momento por disnea y fatiga. Laboratorio: Hb 8.4 g% GB 1400/mm^3, plaq 20000/mm^3. ANA, anti-DNA, Sm, Ro, La, RNP negativos. C3 y C4 normales. Ferremia y ácido fólico normales. Hisopado para SARS-CoV-2 negativo. PMO: 79% infiltración de promielocitos. Citometría de flujo; 85% células anormales con inmunofenotipo de LPA (CD34-, HLA Dr-, CD117+, CD33++ (homogéneo), CD13++ (heterogéneo), CD15+/-, CD123+, expresión parcial de CD56). PML RAR ALFA (T 15,17): presencia de banda PML RAR ALFA. Inició tratamiento con ATRA, completó inducción y siete ciclos de terapia de consolidación. Requirió transfusiones de plaquetas. No presentó hemorragias, ni complicaciones trombóticas.
CONCLUSIONES: La asociación de LPA y SAF es muy rara, y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La aparición de citopenia en SAF requiere un estudio clínico, de laboratorio y examen de MO para determinar la causa y definir el manejo terapéutico. Las causas comunes deben excluirse como: LES, infección, deficiencia de hierro y ácido fólico o toxicidad a medicamentos.

1860

SÍNDROME ANTI-MDA5: REPORTE DE UN CASO

Gabriela Calderón Mostajo, Abel Reitich, Giuliano Ibáñez, **Nicolás DUS ORIETA**, Julio César Urrutia, Verónica Cecilia Wernicke, María José Otero, María Nieves Lojo

HIGA RODOLFO ROSSI

INTRODUCCIÓN: El anticuerpo (Ac) anti-MDA5 (contra el gen 5 asociado a la diferenciación de melanoma) se asocia con una dermatomiositis de presentación infrecuente, amiopática, caracterizada por la presencia de erupción cutánea típica de dermatomiositis (DM), sumado a lesiones sugestivas del síndrome anti-MDA5 (Gottron palmar, máculas violáceas en hélix, "manos de mecánico"), poliartritis y enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La presencia de este Ac está relacionada con una alta tasa de morbimortalidad por desarrollo de EPI rápidamente progresiva, úlceras cutáneas y necrosis digital.
OBJETIVOS: Reportar el caso de una paciente con síndrome anti-MDA5, la cual presentó poliartritis, úlceras cutáneas y necrosis digital, sin compromiso pulmonar intersticial.
CASO: Reportamos el caso de una mujer de 54 años, Argentina, de la ciudad de La Plata, modista, tabaquista desde los 20 años. Comenzó en agosto de 2021 con síndrome de repercusión general, poliartritris simétrica de pequeñas articulaciones de las manos (MCF, IFP y carpos), asociado a pápulas de Gottron y lesiones papulares violáceas con centro doloroso e hiperqueratosis en área palmar de los dedos, eritema en heliotropo, maculas violáceas en hélix y signo de la pistolera. Fuerza muscular conservada. En el laboratorio presentaba anti-CCP positivo >200 Ui/ml, FR 35 Ui/ml, FAN 1/1280 patrón huso mitótico, ENA negativos, CPK 87 U/L (VN: 29-168), ERS 23 mm/h leucopenia 2900 cel/mm^3 (N43%/L36%/E2%) y plaquetopenia 127.000 cel/mm^3. Capilaroscopia: megacapilares, capilares dilatados, vasocongestión y hemorragias escasas. Espirometría: normal; TAC tórax: signos de enfisema centrolobulillar, paraseptal bilateral y engrosamiento subpleural difuso. Se inició tratamiento con metotrexato 15 mg/semana, meprednisona a dosis antiinflamatorias y vasodilatadores. Evolucionó desfavorablemente con úlceras en codos y en áreas de Gottron y Gottron invertido, asociado a necrosis digital distal de tercer y cuarto dedo de la mano izquierda. Debido a dicha evolución se inició tratamiento con pulsos de ciclofosfamida, glucocorticoides a dosis inmunosupresoras, antiagregantes plaquetarios y se aumentó vasodilatadores. Con sospecha de dermatomiositis amiopática, se solicitó panel de anticuerpos para miositis, resultando positivo para anti-MDA5. Actualmente presenta evolución favorable de su compromiso cutáneo, con limitación de la necrosis digital y resolución de las úlceras, sin otra afectación orgánica hasta el momento, en descenso de glucocorticoides y en plan de iniciar tratamiento de mantenimiento con micofenolato mofetilo.
CONCLUSIONES: La identificación de anticuerpos específicos de miositis permite discriminar entre diferentes fenotipos clínicos y valorar posibles complicaciones asociadas, como compromiso intersticial pulmonar o cáncer, las que determinarán el pronóstico. Nuestra paciente presentó poliartritis, compromiso cutáneo característico de DM y afectación vascular cutánea con necrosis digital y úlceras, sin elevación de enzimas musculares, manifestaciones clínicas asociadas a la presencia del Ac anti-MDA5. Existen en la literatura la descripción de 3 fenotipos clínicos asociados a este Ac: grupo 1: enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva; grupo 2: reumatológico donde predomina lo articular y grupo 3: relacionado a vasculopatía cutánea. En esta paciente se presentó superposición de los grupos 2 y 3. Consideramos de utilidad el reporte de este caso para generar la sospecha de síndrome anti-MDA5 ante la presencia de compromiso cutáneo con isquemia y úlceras en un paciente con DM amiopática, ya que esto puede asociarse a un compromiso pulmonar rápidamente progresivo y necrosis digital.

1867

PRESENTACIÓN INUSUAL DE ARTRITIS PSORIÁSICA. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

María Florencia MARTÍNEZ, Juan Pablo Ruffino, Brian Marcelo Abdala, Dianela Carbone, Serenela Chulibert, Franco Lucci, María Agostina Gatica, Lucia Cichillitti, Mariano Palatnik, María Noel Cortese, María Cecilia Argento, Ariana Ringer, Nadia Aldana Cuadranti, Juan Carlos Crema, Antonio Jorge Chemez, Graciela Rombo, Marcelo Abdala

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico temprano en pacientes con artritis psoriásica (APs) es importante debido al curso crónico y progresivo de esta enfermedad, con la consecuente pérdida de la capacidad funcional y de la calidad de vida. La APs es una enfermedad de presentación heterogénea por lo que, a diferencia de otras artritis inflamatorias, puede presentar cierta dificultad en su diagnóstico.
OBJETIVOS: Reportar el caso de un paciente con artritis psoriásica de presentación inusual y su abordaje diagnóstico.
CASO: Paciente varón de 40 años de edad, con antecedente familiar de primer grado con psoriasis, que inicia en 2018 con dorsalgia inhabilitante que obliga a suspender actividad laboral, sin alteraciones analíticas ni lesiones en resonancia magnética (RMI) compatibles con criterios ASAS de espondiloartritis (radiológica). Se intentaron múltiples tratamientos (antiinflamatorios, opioides débiles y antidepresivos) sin mejoría clínica. Dos años más tarde agrega cervicalgia con patrón inflamatorio, entesopatía y alteraciones ungueales. Al examen físico: sin tumefacción articular, entesitis del tendón de Aquiles derecho, hiperqueratosis subungueal y onicolisis. Test de Schober, distancia trago-pared, rotación cervical, flexión lumbar lateral y maniobras sacroilíacas normales. MASES 2; BASDAI >4; HAQ 2; DAPSA 14.5. Se solicitan estudios complementarios. Laboratorio: factor reumatoide negativo, HLA-B27 negativo, VES: 50 mm/h, PCR 15 mg/l, serologías virales negativas, PPD negativa. Se realizan estudios de imágenes: radiografía de columna cervical y manos evidencian estructuras óseas con características anatómicas normales. RMI de columna lumbar y articulaciones sacroilíacas: cuerpos vertebrales con morfología e intensidad normal de la señal; articulaciones sacroilíacas sin presencia de líquido ni cambios en la señal. En RMI de columna cervical se evidencian cambios grasos especulares y edema óseo C5, C6, C7. Ante estos hallazgos se inicia tratamiento con anti TNF (golimumab) con buena respuesta clínica. Luego de 6 meses de tratamiento, continúa en remisión. Última consulta: MASES: 0 HAQ <0,5 BASDAI: <4 DAPSA: <4.
CONCLUSIONES: En la mayoría de los pacientes con psoriasis las lesiones cutáneas suelen preceder al inicio del compromiso articular. Sin embargo, la artritis puede ser la manifestación de inicio en aproximadamente del 7 al 15% de los pacientes, como podemos observar en este caso, donde el compromiso axial cervical precedió al compromiso cutáneo, sin presencia de sacroileítis y compromiso lumbar. Es importante tener en cuenta que, ante un paciente con psoriasis sin compromiso lumbar y de articulaciones sacroilíacas, pueden existir presentaciones atípicas con compromiso cervical aislado, dificultando establecer el diagnóstico. Es en estos casos donde la RMI de columna cervical adquiere importancia para el diagnóstico preciso, permitiendo iniciar terapéutica precoz para evitar la progresión de la enfermedad y las secuelas resultantes.

1868

EXPERIENCIA CON VIDEOCAPILAROSCOPIA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS. ESTUDIO PRELIMINAR. SERIE DE CASOS

Dianela CARBONE, Franco Lucci, Nadia Aldana Cuadranti, Ariana Ringer, Juan Pablo Ruffino, María Florencia Martínez, Serenela Chulibert, María Agostina Gatica, Brian Marcelo Abdala, Lucia Cichillitti, María Noel Cortese, Mariano Palatnik, Juan Carlos Crema, Marcelo Abdala

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

INTRODUCCIÓN: La videocapilaroscopia (VC) del pliegue ungueal es un método por imagen no invasivo que permite identificar anomalías morfológicas de la microarquitectura capilar. Los principales motivos de derivación para VC son el estudio del fenómeno de Raynaud (FR) y las alteraciones de la microcirculación en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Desde 2013, la VC se incluyó en los criterios clasificatorios para esclerosis sistémica (ES) de ACR/EULAR. Su rol en otras EAS está siendo evaluado. En cuanto al FR, se caracteriza por un trastorno vasoespástico distal como consecuencia de la exposición al frío o al estrés emocional. Se clasifica en primario y secundario, en este último caso como consecuencia de EAS o patologías órgano específicas como la tiroiditis autoinmune.
OBJETIVOS: Describir los patrones de VC observados en pacientes con FR primario y secundario.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, descriptivo. Los datos se obtuvieron a partir del registro del informe de las VC realizadas entre noviembre de 2021 y julio de 2022 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años derivados para realización de VC por FR.
RESULTADOS: Se incluyeron 36 pacientes derivados para realizar VC debido a FR. El 94% estaba representado por mujeres (n=34), la edad promedio fue de 44±17,48 años. El 80% de los casos correspondía a fenómeno de Raynaud secundario (n=29), de los cuales, 33% (n=12) presentaron lupus eritematoso sistémico (LES), 28% (n=10) ES, 8% artritis reumatoidea, y el resto correspondió a síndrome de Sjögren, dermatopolimiositis, intersticiopatía con rasgos autoinmunes (IPAF) y otras enfermedades en estudio. En cuanto a las imágenes, se halló un patrón normal en un 39% (n=14), patrón tortuoso 44% (n=16) y patrón SD en 17% (n=6). La densidad capilar estuvo conservada en el 67% (n=24) de los casos, mientras que un 33% (n=12) presentaron áreas avasculares. El lecho vascular se encontró normal en 13 pacientes (36%), con desorganización moderada en 17 (47%) y severa en 6 (17%). Trece pacientes presentaron hemorragias (36%) y 9 cianosis (25%). En la Tabla se observan las características de VC según las patologías principales y el FR primario.
CONCLUSIONES: El rol de la VC en la esclerosis sistémica tiene un valor diagnóstico y pronóstico. En otras patologías, como la enfermedad mixta del tejido conectivo y la dermatomiositis, el hallazgo de un patrón SD puede relacionarse con mayor actividad de la enfermedad, y podría utilizarse como una herramienta de seguimiento adicional. En el resto de las conectivopatías, su rol diagnóstico no es claro, aunque la presencia de alteraciones en la VC puede ser de hasta un 25%s, siendo en su mayoría, alteraciones inespecíficas.

Tabla: Características según patología.

Características	LES	ES	FR primario
Sexo femenino	100% (n=12)	90% (n=9)	100% (n=7)
Edad (promedio ± D.E]	37,92±17,36	61,3±13,74	39,57±12,61
Patrón normal	50% (n=6)	20% (n=2)	43% (n=3)
Patrón tortuoso	42% (n=5)	30% (n=3)	57% (n=4)
Patrón SD	8% (n=1)	50% (n=5)	0% (n=0)
Densidad capilar disminuida	17% (n=2)	50% (n=5)	29% (n=2)
Áreas avasculares	17% (n=2)	50% (n=5)	29% (n=2)
Hemorragias	25% (n=3)	60% (n=6)	14% (n=1)

Como vemos en esta serie, la mitad de los pacientes con LES y FR tuvo alteraciones en el patrón de VC, más frecuentemente un patrón tortuoso. Más de la mitad de los pacientes con FR primario presentó anomalías en la VC, con un patrón inespecífico, lo que obliga a realizar un seguimiento más exhaustivo, sabiendo que las alteraciones de la microvasculatura pueden ser un predictor de EAS. La VC debería ser un método complementario de rutina en la práctica reumatológica, sabiendo que puede brindar información valiosa para ayudar al diagnóstico y evaluar el pronóstico en los pacientes con EAS.

1869

RITUXIMAB EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

Ana Carolina COSTI, Claudia Elisabet Pena, Rodrigo Águila Maldonado, Mariana Alejandra Pera, Ana Sirera, Mercedes Argentina García

HOSPITAL GRAL. SAN MARTÍN DE LA PLATA

INTRODUCCIÓN: El rituximab (RTX) es actualmente el agente biológico más utilizado en el tratamiento de la MII. Las principales indicaciones para el tratamiento con RTX en la MII son afectación muscular refractaria, compromiso pulmonar y cutáneo. Existe evidencia creciente de que la terapia biológica en MII tiene el potencial de beneficiar a los pacientes con enfermedad refractaria.
OBJETIVOS: Describir y analizar las indicaciones clínicas de RTX en una cohorte de pacientes con MII. Describir los efectos adversos asociados al RTX y la respuesta clínica al RTX.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, en único centro de pacientes con diagnóstico de MII (Bohan y Peter-ACR/EULAR 2017), que recibieron RTX (1993 y 2022). Se incluyeron pacientes con seguimiento desde la primera indicación de al menos 6 meses. Se consideraron las siguientes variables: subtipo de miopatía, manifestaciones clínicas, indicación del RTX, régimen de administración de RTX y eventos adversos. Se definió respuesta clínica significativa a RTX a la mejora en la función de los órganos o síntomas, o detención de la progresión de la enfermedad o prevención de nuevas recaídas, de modo que el paciente no requirió más inmunosupresión o se mantuvo con terapia inmunosupresora estable, y no más de 10 mg de prednisolona/día o se administraron dosis adicionales de RTX para tratar las recaídas de la enfermedad o para mantener el beneficio clínico inicial.
RESULTADOS: De 138 pacientes registrados con MMII, 17 (12.3%) pacientes recibieron tratamiento con RTX. Se analizan 14 p (10.4%). En la Tabla 1 se describen las características. El principal motivo de indicación fue refractariedad (50%) (Tabla 2). El 100% de los pacientes recibieron glucocorticoides durante el uso de RTX en una dosis promedio de 25 mg. El RTX se asoció con metotrexato principalmente y también fue la droga más utilizada antes del RTX. Se registraron 5 efectos adversos infecciosos en 4 pacientes (28%) de los cuales 3 efectos adversos fueron graves (21%). La respuesta clínica al RXT a los 3 meses fue un 78.5%, mientras que en el análisis de los 6 meses un 71%.

Tabla 1: Características de los pacientes (n=14 %).

Sexo: femenino	10/14 (71%)
Masculino	4/14 (29%)
Edad (años) al diagnóstico	50±DS 17
Comorbilidades	
Diabetes	1/14 (7%)
HTA	1/14 (7%)
Dislipemia	2/14 (14%)
Uso de estatinas	1/14 (7%)
Tabaquismo	1/14 (7%)
Alcohol	1/14 (7%)
Neoplasia	1/14 (7%)
Miopatía inflamatoria (subtipos)	
Dermatomiositis idiopática	9/14 (64%)
Polimiositis	3/14 (21%)
Miopatía necrotizante	1/14 (7%)
Miopatía *overlap*	1/14 (7%)
Características clínicas	
Debilidad muscular proximal simétrica	12/14 (71%)
Debilidad músculos respiratorios	3/14 (21%)
Debilidad muscular de cuello	7/14 (50%)
Disfagia	9/14 (64%)
Manifestaciones en la piel	
Compromiso cutáneo	10/14 (71%)
Pápulas de Gottron	8/10 (80%)
Eritema heliotropo	7/10 (70%)
Signos del Chal	8/10 (80%)
Signo de la "v"	8/10 (80%)
Prurito	5/10 (50%)
Fotosensibilidad	10/10 (100%)
Alopecia	5/10 (50%)
Raynaud	7/14 (50%)
Compromiso pulmonar intersticial	0/14 (0%)

Estudios complementarios	
Biopsia muscular	6/14 (42%)
EMG	8/14 (57%)
Videodeglución	9/14 (64%)
Biopsia de piel	6/14 (42,5%)
Laboratorio inmunológico	
ANA positivo	11/14 (78,5%)
SSB -Ro	2/13 (15%)
RNP	1/12 (8.3%)
Anticentrómero	1/4 (25%)
Jo1	0/10 (0%)
Panel miopatías	0/4 (0%)
Analítica	
CPK (UI/L)	1588±DS1973
Aldolasa (UI/L)	26±DS 16
TGO (UI/L)	83±DS 77
TGP (UI/L)	52±DS 25
LDH (UI/L)	912±DS 338
PCR (mg/l)	11,7±DS 9
ERS (mm/1° h)	35±DS 20

Tabla 2: Rituximab.

Pauta infusión de dosis rituximab	**n=14 (%)**
A (1 g cada 15 días) dosis promedio: 1357 gr ± 420	8/14 (57%)
B (375 mg/m²/sup corporal) dosis promedio 1730 ±710	6/14 (43%)
Infusión pacientes internados	4/14 (28,5%)
Infusión Hospital de día	10/14 (71.4%)
Tiempo entre el diagnóstico y la infusión de rituximab (días) 823±327 (rango 7-2550 días)	
Tiempo entre la indicación y la infusión de rituximab (días) 99 días (rango: 1-410 días)	
Principal motivo indicación	
Severidad	4/14 (28.5%)
Refractariedad	7/14 (50%)
Ambas situaciones	3/14 (21.5%)
Indicación compromiso orgánico (frecuencia)	
Disfagia	8/14
Cutáneo	5/14
Músculos periféricos	5/14
Músculos respiratorios	2/14

CONCLUSIONES: En nuestra población de pacientes con MII se indicó RTX en un 12.3%; la indicación principal fue refractariedad a otras drogas y disfagia, con una eficacia a los 3 meses del 78.5% y un 20% de efectos adversos graves.

1883

PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE SARCOIDOSIS

Carolina ITURRALDE, Denisse Abrego Dassaville, Federico Valenti

HOSPITAL INTERZONAL DR. OSCAR ALLENDE

INTRODUCCIÓN: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica, granulomatosa, de etiología desconocida, con presentación clínica y curso evolutivo variable, por lo que requiere un alto índice de sospecha y la instauración de una terapéutica precoz.
CASO: Paciente femenina de 47 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, hipotiroidismo secundario, dislipemia y obesidad, consultó inicialmente por un cuadro de aproximadamente 3 meses de evolución con astenia, adinamia y episodios súbitos de dolor torácico retroesternal difuso, irradiado a hombros, junto con palpitaciones ocasionales, tos y disnea progresiva hasta CF IV. Al interrogatorio dirigido negaba fiebre, tos productiva, sibilancias audibles o síntomas neurovegetativos acompañantes. Al examen físico se encontraba afebril, con taquicardia y semiología respiratoria normal. Con impresión diagnóstica de dolor torácico atípico se solicitó en guardia un electrocardiograma (ECG) con taquicardia ventricular sostenida (TVS), por lo que se realizó cardioversión eléctrica y cinecoronariografía (CCG) con arterias normales. Posteriormente, un ecocardiograma transtorácico (ETT) con leve disfunción sistólica, hipoquinesia anteroseptal e hiperrefringencia anterior medial, y una cardiorresonancia que informó múltiples focos de fibrosis subepicárdica e intramiocárdica. Evolucionó con nuevo episodio de TVS monomorfa con descompensación hemodinámica, por lo que se le colocó un cardiodesfibrilador. Los eventos mencionados se interpretaron secundarios a una miocarditis viral, pero las serologías evaluadas fueron negativas. Tras 2 meses del alta, reagudizó los episodios de dolor torácico y se solicita una TAC de tórax con parénquima pulmonar conservado y la presencia de adenopatías mediastinales de hasta 2 cm de diámetro; una espirometría con patrón restrictivo leve y un test de marcha con capacidad disminuida. Se inició como prueba terapéutica AINES sin respuesta. Evolucionó con un edema agudo de pulmón con empeoramiento de la función sistólica (ETT con fracción de eyección -FE- 32% e hipoquinesia difusa del VI). Por el hallazgo tomográfico, se solicitó enzima convertidora de angiotensina (ECA) negativa y se realizaron biopsias ganglionar -reemplazo arquitectural extenso por la presencia de granulomas no necrotizantes- y cardíaca -con extenso infiltrado mononuclear, linfocitario CD+3 y macrofágico CD68+, fibrosis moderada intermiocítica y focal, sin lesiones granulomatosas-. Los cultivos para gérmenes comunes, micológico y BAAR fueron negativos, como así también la tinción Rojo Congo. Se inició corticoterapia a dosis de 1 mg/kd/día de meprednisona (MPD), con mejoría sintomática, normalizando luego de 3 meses la función sistólica (FE >60%) y presentando una marcada reducción del tamaño de las adenopatías mediastinales, por lo que se inició *tapering* de corticoides y se agregó azatioprina. Luego de 2 años de tratamiento inmunosupresor, reaparecieron los episodios de precordialgia asociados a una ECA 90 y severa hipertensión pulmonar medida por cateterismo, lo que motivó el inicio de tratamiento con DMARDs biológicos antiTNF (adalimumab) con parcial respuesta. Intercurrió a los 6 meses con bocio relacionado a infiltración granulomatosa en la anatomía patológica, por lo que debió reiniciarse MPD a dosis de 40 mg/día. Se solicitó un PET SCAN control que no evidenció captación tiroidea, pero sí un aumento difuso del metabolismo cardíaco en concordancia con disfunción ventricular severa (FE 29%) y un evento de fibrilación auricular de alta respuesta. En esta instancia presentaba un laboratorio con reactantes de fase aguda y ECA normales.
CONCLUSIONES: Se presenta este caso por ser infrecuente, en la sarcoidosis, el compromiso cardíaco inicial que se detecta clínicamente solo en el 5% de los pacientes, ya sea en forma de arritmias, insuficiencia cardíaca o muerte súbita. Nuestra paciente persiste sintomática pese al tratamiento instaurado (AZA, ADA y MPD). Se consultó bibliografía actualizada en búsqueda de evidencia sobre nuevas terapéuticas, sin encontrar aval para el uso de moléculas diferentes a los antiTNF. A partir del análisis del caso y la literatura, concluimos en que la determinación de la ECA no es imprescindible para el diagnóstico y que sus valores no se correlacionan necesariamente con la actividad de la enfermedad.

1893

ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Ramiro Adrián GÓMEZ, Claudia Peón, Hugo Miranda, Alejandro Benítez, María Julieta Gamba

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS

I**NTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Chagas, causada por *T. cruzi*, afecta alrededor 1.5 millones de personas en Argentina, con una prevalencia del 3%. La enfermedad presenta una fase aguda, una fase indeterminada y puede pasar a la fase crónica sintomática tras varios años en el 20-30% de los pacientes, con afectación cardíaca, digestiva o neurológica. Su coexistencia con enfermedades inmunomediadas, que requiera del uso de inmunosupresores, podría alterar la evolución natural de la enfermedad y existen reportes de reactivación bajo terapia biológica. Trabajos previos muestran una prevalencia similar a la de la población general en pacientes con patología reumática y alrededor de 4% de reactivación bajo tratamiento inmunosupresor.
OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de pacientes con artritis reumatoidea y enfermedad de Chagas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal. Se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) en seguimiento en nuestro Servicio. Aquellos con serología positiva para Chagas por ≥2 determinaciones se consideraron infectados. Se evaluaron datos demográficos, índice de comorbilidad de Charlson, frecuencia de residencia o visita frecuente a zona de alta endemicidad, modo de transmisión, tratamientos al momento de la última consulta, relación entre el diagnóstico de Chagas y de AR, frecuencia de diagnóstico en *screening* serológico por Reumatología, frecuencia de chagas agudo, de reactivación sintomática, de realización de *screening* periódico de parasitemia y de complicaciones crónicas. Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se expresaron mediante medida de tendencia central y dispersión, y las categóricas mediante porcentaje.
RESULTADOS: Se revisaron historias de 671 pacientes con AR. Se contó con serologías de Chagas en 428 (63.8%), detectándose 19 pacientes infectados (4.44%). En esta serie, 68.5% fueron femeninos, mediana edad 61 años (RIC 55-69), mediana seguimiento 5 años (RIC 1-6), mediana evolución AR 10 años (RIC 6-14) y mediana evolución Chagas 3 años (RIC 1-22) (sin dato en 4 pacientes). Mediana Charlson 3 (RIC 2-4). Todos fueron residentes o visitantes frecuentes a zonas de alta endemicidad. La transmisión se asumió vectorial en todos los casos excepto uno, que se consideró vertical. En la última consulta, recibían prednisona 68.4% con mediana 5 mg/día (RIC 5-10); 84.2% recibían DMARs clásicos (78.9% metotrexato, dosis mediana 15 mg, RIC 15-20 mg), 10.5% combinados, y 26.3% (n=5) recibían DMARs biológicos o sintéticos dirigidos: 2 tofacitinib, 1 etanercept, 1 certolizumab y 1 abatacept. El 58% fueron diagnosticados de Chagas luego del diagnóstico de AR y el 42% antes; diagnóstico realizado por Reumatología durante *screening* serológico en 36.8% (n=7). Ningún paciente presentó Chagas agudo durante el seguimiento y tampoco se detectaron reactivaciones sintomáticas. En ningún caso se realizó PCR o *strout* para detección de parasitemia durante el seguimiento. Un solo paciente recibió tratamiento antiparasitario específico, pero previo al diagnóstico de AR. Detectamos complicaciones crónicas en 31.6% (n=6), 5 pacientes presentaron compromiso cardíaco y el restante digestivo (Tabla). No se presentaron muertes.

Tabla: Pacientes con AR y complicaciones crónicas por enfermedad de Chagas.

Paciente	Sexo	Edad (años)	Seguimiento (años)	Evolución AR (años)	Evolución de Chagas (años)	Comparaciones crónicas	Tratamiento convencional	Tratamiento avanzado
1	F	82	6	21	Desconocido	Arritmia nodo sinusal con colocación de marcapaso	Prednisona	Tofacitinib 5 mg/12 hs
10	F	69	2	12	68	BCRD + HAI	Prednisona 5 g/día, metotrexato 15 mg/semana	-
13	F	57	5	6	27	Cardiomegalia, arritmia sintomática	Metrotrexato 15/mg/semana	Cetrolizumab pegol 200 mg/2 semanas
15	F	66	1	1	64	Fibrilación auricular + EV	Prednisona 5 mg/día, metrotrexato 15 mg/semana	-
16	M	46	0	9	Desconocido	Disfragia	-	-
17	F	62	1	1	Desconocido	ICC (miocardiopatía)	Predinsona 5 mg/día, metotrexato 15 mg/semana	-

AR: artritis; F: femenino; M masculino; BCRD: bloqueo completo rama derecha; HAI hemibloqueo anterior izquierdo; EV: extrasistolia ventricular; Icc: insuficiencia cardíaca congestiva.

CONCLUSIONES: La frecuencia de Chagas entre nuestros pacientes con AR fue de 4.4%, similar a lo reportado por Ringer et al. Resaltamos la importancia del cribado para su detección, ya que casi 1/3 fue diagnosticado durante la evaluación por nuestro Servicio. Si bien existen recomendaciones SAR/SADI para la pesquisa de reactivación parasitológica mediante métodos directos o PCR, la logística de dicha práctica suele ser compleja. Ringer et al. mostraron una frecuencia de reactivación parasitológica de 11% a lo largo de 2 años de seguimiento, pero sintomáticas en solo 1/3 de ellas (4% del total de pacientes). En nuestra población, a ningún paciente se le realizó dicha pesquisa, pero no se detectaron reactivaciones sintomáticas durante el seguimiento. Encontramos una frecuencia de complicaciones crónicas similares a la reportada en la literatura clásica, por lo cual al menos a primera vista parecería que no existe una mayor afectación en estos pacientes. Esta frecuencia de complicaciones crónicas casi duplica la reportada por Ringer et al. (14%). Consideramos necesario realizar trabajos multicéntricos a mayor escala para aclarar la evolución del Chagas en este grupo de pacientes.

1897

TRATAMIENTO DE LA MASTITIS GRANULOMATOSA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Eliana Soledad BLANCO, Gustavo Fernández, Ingrid Sehringer, Mariela Fernández, Augusto Martín Riopedre, Maura Martínez, Rafael Carbonell, María Celina de la Vega, Darío Oscar Mata

HOSPITAL COSME ARGERICH

INTRODUCCIÓN: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria, benigna e infrecuente con una alta tasa de recidiva (38%), con manifestaciones clínicas y de imágenes que pueden simular un carcinoma de mama. Su etiología es desconocida, aunque se postula que sería el resultado de una respuesta autoinmune localizada por extravasación de materiales proteico-lipídico retenido en los ductos mamarios. No se han identificado en forma categórica microorganismos responsables de esta entidad, así como tampoco una asociación con alteraciones del sistema inmunológico, aunque se ha relacionado al *Corynebacterium* (C) como agente etiológico de la MGI. El diagnóstico definitivo se basa en los resultados histopatológicos y requiere la exclusión de patología infecciosa. En relación a su tratamiento, se utilizan glucocorticoides (GC), DMARDS, antibioticoterapia y/o tratamiento quirúrgico.
OBJETIVOS: Describir los distintos abordajes terapéuticos y sus resultados a lo largo de 5 años de seguimiento 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 del Servicio de Reumatología, desde abril de 2017 a julio de 2022, de pacientes con diagnóstico de MGI.
RESULTADOS: Se incluyeron 42 pacientes de sexo femenino con edad al diagnóstico de entre 22 y 57 años con una mediana de edad de 39 años. Se realizó cultivo de materiales obtenido por punción de abscesos o del tejido obtenido de biopsias en 33 pacientes, 18 presentaron cultivos positivos (54.55%), de los cuales 4 fueron positivos para *C. Amycolatum* (22.22%), 4 para *C. Kroppenstedtii* (22.22%), 3 para *Corynebacterium spp.* (16.67%), 2 para *Staphylococcus* (S) *Epidermidis* (11.11%), 1 para *C. Minutissimm* (5.56%), 1 para *C. Jeikeium* (5.56%), 1 para *Proteus Mirabilis* (5.56%) 1 para *S. Lugdunensis* (5.56%) y 1 para *S. Coagulasa* negativo asociado a *E. Coli* (5.56%). Los 15 cultivos restantes fueron negativos (45.45%). Realizaron tratamiento antibiótico 37 de las pacientes (88.1%); 20 pacientes requirieron drenaje quirúrgico (47.62%). De las 38 pacientes que iniciaron tratamiento inmunosupresor, 26 recibieron metotrexato (MTX) asociado a GC (68.42%), 3 pacientes utilizaron solo MTX (7.89%), 1 solo azatioprina (2.63%) y 8 pacientes recibieron tratamiento en monoterapia con GC (21.05%). Al inicio de la enfermedad, 15 pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico (tumorectomía). Posteriormente, 14 pacientes debieron realizar tratamiento inmunosupresor por recidiva local de la enfermedad (93.3%) y 1 paciente se mantuvo libre de enfermedad (6.67%). En nuestra población, se evaluó la respuesta al tratamiento farmacológico y de las 30 pacientes que completaron 6 meses de seguimiento, se observó remisión en 13 (43.33%), recidiva en 2 (6.67%) y persistencia en 15 (50%). Luego de 12 meses de tratamiento farmacológico, se observó que, de las 28 pacientes evaluadas, 18 se encontraban en remisión (64.29%), 1 paciente tenía recidiva (3.57%) y en 10 pacientes se observaba persistencia de la enfermedad (32.14%). A los 2 años de tratamiento, se evaluaron 14 pacientes, de las cuales 13 se encontraban en remisión (92.86%), mientras en 1 paciente se observaba persistencia ecográfica (7.14%). A los 3 años de seguimiento, se evaluaron 9 pacientes, de las cuales el 100% se encontraban en remisión. Seis pacientes completaron 4 años de seguimiento, estando el 100% de las pacientes en remisión, sin tratamiento actual. Luego 5 años, las 2 pacientes (100%) están en remisión sin tratamiento. En el resto de las pacientes que no logró cumplir 6 meses de tratamiento, se evidenció buena respuesta, por lo que continúan con igual tratamiento o con dosis de meprednisona en descenso.
CONCLUSIONES: Dado que las conductas implementadas difieren según los equipos tratantes, al día de la fecha no existe un algoritmo de tratamiento ideal, condicionando las tasas de respuesta y de remisión. La terapia inmunosupresora con GC y MTX asociados a antibioticoterapia prolongada promete la resolución total de las manifestaciones clínicas, evitando el tratamiento quirúrgico agresivo y disminuyendo la taza de recidiva. En nuestra población, el uso de MTX demostró una mejoría sustancial en el corto plazo y se asoció a resolución total a largo plazo, por lo que es relevante conocer esta entidad y sus opciones de tratamiento.

1898

EL SECRETO QUE REVELAN LOS OJOS: COMPROMISO OCULAR NO INFECCIOSO Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS INFRECUENTES

María Eugenia CORREA LEMOS BÁRBARO, Jesica Gallo, Alberto Ortiz, Noelia Paira, Sergio Paira

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

I**NTRODUCCIÓN:** Todos los reumatólogos conocemos las enfermedades del tejido conectivo (ETC) que afectan al globo ocular. Debemos tener en cuenta otras afecciones menos comunes que pueden llegar a la consulta, como la sarcoidosis en la cual la uveítis puede ser la manifestación inicial comprometiendo comúnmente la cámara anterior e intermedia, y que pueden preceder a los signos sistémicos en un 30% según la serie de Rothova et al. También tener en cuenta las patologías neoplásicas afectando más comúnmente a la coroides sin otro síntoma sistémico. Shields et al. encontraron, en el análisis de 520 ojos con metástasis uveal, que el sitio primario más común era el cáncer de mama (68 %) en mujeres y el cáncer de pulmón (40%) en hombres.
OBJETIVOS: Descripción de 3 casos clínicos con síntomas oftalmológicos como presentación de enfermedades sistémicas no infecciosas ni ETC clásicas para tener sospecha inmediata de estas.
CONCLUSIONES: Se presentaron 3 pacientes con hallazgos oftalmológicos al inicio con dolor retroocular, disminución de agudeza visual, diplopía y uno de ellos refirió miodesopsias, sin otro compromiso sistémico; dos pacientes con metástasis de órbita de tumor primario de pulmón y mama, y otra paciente con diagnóstico final de sarcoidosis confirmada posteriormente con biopsia de ganglio. Hallazgos como engrosamiento de la pared posterior o "*lumpy-bumpy surface*" en estudios de imágenes fueron característicos de metástasis uveal. En cuanto a sarcoidosis, los infiltrados en "*snow bolls*" y lesiones en sacabocado en el fondo de ojo fueron características que orientaron al diagnóstico.

1901

COMPROMISO AÓRTICO Y/O SUS RAMAS ESPECIALMENTE EN ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4, Y COMPARACIÓN CON OTRAS ENTIDADES REUMATOLÓGICAS

María Eugenia CORREA LEMOS BÁRBARO, Luisina Zunino, Roberto Sánchez, Alberto Ortiz, Jesica Gallo, Sergio Paira

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

INTRODUCCIÓN: Ante un paciente con compromiso de aorta frecuentemente se piensa en vasculitis como arteritis de células gigantes (ACG), la arteritis de Takayasu (AT); en menor frecuencia, la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y la enfermedad de Behçet, la enfermedad de Cogan, lupus eritematoso sistémico (LES), sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa o síndrome antifosfolipídico. Pocas veces se tienen en cuenta en los diagnósticos diferenciales entidades como enfermedad de Erdheim-Chester (EEC), una rara histiocitosis de células no Langerhans, y la enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), las cuales deben incluirse como diagnósticos diferenciales, sobre todo en la población masculina y edad avanzada.
OBJETIVOS: Descripción del compromiso aórtico y/o de sus ramas en tres pacientes con EEC y 2 con ER-IgG4 y sus diagnósticos diferenciales con vasculitis de grandes vasos (ACG- AT) (Tabla).

Patología	ACG	AT	AT	ER-IgG4	ER-IgG4	Enf. de Erdheim Chester	Enf. de Erdheim Chester	Enf. de Erdheim Chester
Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad	55 años	36 años	47 años	68 años	47 años	52 años	44 años	41 años
Sitio afectado	Aorta torácica Arteria temporal	Aorta torácica y abdominal Arteria pulmonar	Aorta abdominal	Aorta abdominal infrarrenal	Aneurisma de aorta torácica	Aorta abdominal infrarrenal	Aorta abdominal	Arterias coronarias
Histología de la pared del vaso	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Periaortitis	No	No	No	Sí: aorta abdominal infrarrenal y arteria ilíaca	No	Sí	No	No
Aneurisma	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	No
Estenosis	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No

CONCLUSIONES: El compromiso de la aorta y sus ramas entre los pacientes descriptos se presentó en dos con ER-IgG4, uno como periaortitis, otro con aneurisma de aorta, y en los pacientes con EEC con engrosamiento aorta abdominal y periaortitis en dos pacientes, compromiso de arterias coronarias en otro, manifestándose con síntomas determinados por el segmento de la aorta afectado. El compromiso aórtico ER-IgG4 va más allá de la periaortitis de la aorta abdominal infrarrenal. Se han documentado lesiones del arco ascendente o alrededor de las arterias mesentéricas superior e inferior y la esplénica, así también la presencia de aortitis con compromiso de la adventicia pudiendo progresar a aneurisma o disección. Las manifestaciones cardiovasculares se presentan en un 75% de los pacientes con diagnóstico de EEC y con escasas manifestaciones clínicas. La afección cardíaca es de mal pronóstico y puede provocar la muerte en 31% de los casos. Estas entidades tienen predilección por el sexo masculino y los mayores de 60 años, a diferencia de las etiologías reumatológicas ya conocidas que cursan con aortitis o compromiso de ramas principales.

1904

PRESENTACIÓN INUSUAL DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Lucia DEGIOANNI, Florencia Bordón, Camila Lizarraga, Elisa Novatti, Diego Baenas, Cecilia Álvarez, Alejandro Alvarellos, Francisco Caeiro, Verónica Saurit

HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN: La arteritis de células gigantes (ACG) es la forma más prevalente de vasculitis inflamatoria sistémica en mayores de 50 años. Sus principales manifestaciones clínicas incluyen: cefalea, claudicación mandibular y trastornos oftalmológicos como *amaurosis fugax*. Dentro de los síntomas atípicos encontramos la diplopía, la cual suele ser transitoria, y la disfagia de la que solo hallamos unos pocos reportes de casos en la bibliografía. A continuación, presentamos el caso de una paciente con ACG que debutó con diplopía y disfagia.
CASO: Mujer de 80 años, con antecedentes de hipotiroidismo e hipertensión arterial. Ocho meses previos a la consulta comienza con cefalea fronto-temporal y parestesias en pabellones auriculares y mandíbula que cedieron sin tratamiento luego de una semana, por lo cual no consultó. A los días, la paciente presentó diplopía transitoria. En ese momento, fue valorada por Oftalmología y Neurología que realizaron estudios donde no se evidenció ninguna causa específica. Posteriormente comienza con disfagia a predominio de sólidos, no dolorosa y la cual también resolvió sin intervenciones. Al momento de la consulta con el Servicio de Reumatología, la paciente refería debilidad muscular proximal de 1 mes de evolución asociada a pérdida de peso y alopecia difusa. Al examen físico, se objetivaba limitación para levantarse de la silla y en la movilidad activa de hombros y caderas. Los pulsos temporales eran simétricos. El laboratorio mostraba VSG 70 mm/hs, PCR 85 mg/dl, TSH 3.68 uU/ml, CPK 17 U/L, proteinograma por electroforesis normal. Teniendo en cuenta sus síntomas iniciales y la progresión, se pensó en la posibilidad de un síndrome paraneoplásico de un tumor oculto o una enfermedad neurológica tipo miasteniforme. Fue evaluada por el Servicio de Neurología y se realizaron múltiples estudios como electromiograma, TAC toracoabdominal y RMN cerebral que no mostraron alteraciones relevantes. Se solicitó un ecodoppler de arterias temporales que objetivó una diferencia de velocidades de pulso, con disminución del mismo en el lado derecho. Se decidió realizar una biopsia de la arteria temporal derecha la cual fue compatible con arteritis de células gigantes. La paciente recibió tratamiento con prednisona y metotrexato, con evolución clínica y laboratorio favorable.

CONCLUSIONES: El inicio de una ACG con diplopía transitoria y disfagia es poco frecuente. Siempre debemos considerar primero otros diagnósticos diferenciales como neoplasias o enfermedades neurológicas en pacientes que además presenten pérdida de peso, debilidad proximal y reactantes de fase aguda elevados. En este caso los resultados del ecodoppler de arterias temporales, sin otros hallazgos positivos en los demás estudios, fue lo que llevó a solicitar la biopsia la cual permitió realizar el diagnóstico.

1912

ESCLERITIS ANTERIOR NODULAR REFRACTARIA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Marina Soledad DALPIAZ[1], Bárbara Cristina Pérez Cepas[1], Nicolás Lloves Schenone[1], María Inés del Rosario Morón[1], Maricel Nancy Della Maggiora[1], Marisel Vanesa Bejarano[2], Macarena Biga[1]

[1]HOSPITAL CHURRUC -VISCA, [2]HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

I**NTRODUCCIÓN:** El término escleritis incluye un amplio espectro de entidades clínicas caracterizadas por inflamación de la esclera con grado de severidad variable, pudiendo amenazar la agudeza visual y la integridad anatómica del globo ocular. Puede ser idiopática, secundaria a infección local o sistémica, o a enfermedades inmunomediadas, este último caso con implicancia pronóstica y terapéutica.
OBJETIVOS: Se presenta el caso clínico de un paciente con artritis psoriásica (APs) con escleritis anterior nodular refractaria.
CASO: Paciente de sexo masculino de 48 años con antecedentes de psoriasis en placas, HTA, obesidad, dislipidemia, diabetes tipo II, síndrome de Guillain Barré, derivado por Oftalmología para estudio por antecedente de escleritis nodular anterior a repetición. Al interrogatorio refiere episodios de ojo rojo bilateral alternante asociados a dolor y lagrimeo, así como también dolor y tumefacción de pequeñas articulaciones de las manos asociadas a rigidez matinal mayor a 1 hora de duración. Sin lumbalgia inflamatoria, tumefacción difusa en dedos, ni dolor de entesis actual ni pasadas. Al examen físico, oligoartritis asimétrica de interfalángicas distales y metacarpofalángicas de mano izquierda, lesiones de psoriasis en placa en cuero cabelludo, retroauricular bilateral y cara anterior de piernas, distrofia ungueal e inyección conjuntival en ojo derecho. Las maniobras sacroilíacas fueron negativas, sin dactilitis ni entesitis. En el laboratorio, VSG 27 mm/h, PCR 0.71 mg/dl (VN < 0.5), HLA-B27, FAN, FR, Ac anti-CCP, anti-MPO y anti-PR3 negativos, C3 y C4 normales. Rx de manos, columna total y de pelvis, sin daño radiográfico. Reúne criterios CASPAR para APs y criterios ASAS para espondiloartritis periférica. Se inicia tratamiento con metotrexato (MTX) 15 mg/semanal y ácido fólico 5 mg/semanal vía oral. A los 45 días muestra mejoría cutánea y articular, pero recurre la escleritis en el mismo ojo. Oftalmología reinicia el tratamiento tópico con prednisolona y fenilefrina, y AINEs vía oral, y sugiere optimizar el tratamiento inmunosupresor. Se aumenta MTX a 25 mg/semanal vía subcutánea, sin embargo, al mes manifiesta escleritis en el otro ojo. En contexto de una escleritis refractaria a tratamiento con MTX y dados los antecedentes del paciente, se opta por tofacitinib para escalar en la inmunosupresión.
RESULTADOS: La escleritis es rara pero potencialmente severa. Se clasifica en anterior (nodular, difusa o necrotizante) y posterior, con importante valor diagnóstico y pronóstico. En un 20-50% de los casos se asocia a una enfermedad sistémica, principalmente autoinmune. La escleritis anterior no necrotizante no infecciosa es la forma más común, y es el caso de nuestro paciente. Aunque la enfermedad reumatológica asociada con mayor frecuencia es la artritis reumatoidea, entre las otras asociaciones descritas se incluyen a las espondiloartritis seronegativas. El tratamiento sistémico de este tipo de escleritis consiste en AINEs, corticoides e inmunosupresores (IS), en orden secuencial ante la falla a la terapia previa. Entre los IS se prefiere MTX, y como alternativas azatioprina, sulfasalazina, micofenolato, clorambucilo, ciclosporina o tacrolimus. En casos agresivos y refractarios tienen lugar los biológicos y pequeñas moléculas dirigidas, con resultados prometedores en anti-TNF, inhibidores de IL-1 e IL6 y anti-CD20, y reportes de casos con abatacept, ustekinumab y tofacitinib. En las escleritis por enfermedad reumatológica se optará por un agente que intensifique el tratamiento inmunosupresor de dicha patología. La evidencia sobre el tratamiento es escasa y comprende escasos estudios prospectivos, serie de casos retrospectivos y reportes de casos aislados.
CONCLUSIONES: Se presenta este caso clínico debido a la inusual asociación observada en este paciente. No se encontró otro caso reportado de un paciente con APs y escleritis refractaria tratado con tofacitinib. Los pacientes con escleritis bilateral o por enfermedad sistémica tienen más probabilidad de requerir IS más agresivos, como en este caso. A la hora de optimizar el tratamiento se prefirió evitar los corticoides sistémicos por su patología cutánea de base, y escalar a un anti-JAK por su efectividad para el dominio cutáneo y articular, y su perfil de seguridad. Se remarca la importancia del manejo interdisciplinario en pacientes con escleritis para un diagnóstico y tratamiento tempranos evitando complicaciones irreversibles.

1921

NEURO-BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jaime VILLAFAÑE, Andrea Gómez, Geofredo Earsman, Damián Duartes

HOSPITAL BRITÁNICO

I**NTRODUCCIÓN:** El neuro-Behçet puede ser una complicación grave del síndrome de Behçet con riesgo de discapacidad severa. Existen dos categorías clínicas: neuro-Behçet no parenquimatoso y parenquimatoso. En este último se reconoce la forma aguda y la crónica progresiva basándose en el fenotipo clínico y la respuesta al tratamiento. El tipo agudo se asocia a fiebre y meningitis aséptica, responde a esteroides y suele ser autolimitado. El crónico progresivo presenta cambios de comportamiento, confusión y ataxia cerebelosa progresiva, escasa respuesta a esteroides e inmunosupresores, con cierta evidencia de menor progresión con metotrexato y colchicina. Las Guías EULAR 2018 no realizan recomendaciones específicas sobre la forma crónica progresiva. Las recomendaciones del Comité Nacional Japonés de Investigación de neuro-Behçet de 2020 diferencian ambas formas clínicas basándose en la medición de IL6 en LCR y en imágenes de RM de encéfalo. Establecen agregar colchicina al tratamiento con esteroides en la forma aguda para evitar recidivas, y metotrexato en la forma crónica progresiva junto al tratamiento *standard* de esteroides. En casos refractarios sugieren el uso de infliximab siendo otras alternativas metotrexato, ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato y tocilizumab.
CASO: Varón de 39 años con diagnóstico de enfermedad de Behçet B51+ de 10 años de evolución con úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones acneiformes, pápulas y uveítis. Inició tratamiento con colchicina y meprednisona 80 mg/día con mejoría parcial de los síntomas. A los 2 años presentó recidiva de su cuadro, por lo cual se indicó adalimumab 40 mg SC. En 2021 agregó confusión, inestabilidad en la marcha, cefalea, náuseas, vómitos y fiebre. Examen físico: marcha con lateralización, Romberg (+), Babinski (+) bilateral. Rankin: 3 Laboratorio: FAN, ANCA C y P, FR: (-), C3 108, C4 27, ERS: 24, PCR 1.3. LCR: incoloro, GB 46 (M 95%), Glu 41 mg/dL, Prot 1.03 g/L. Panel viral-bacteriológico: (-), BOC (-). Se interpretó como meningoencefalitis aséptica. RM cerebral: hiperintensidad en T2/FLAIR en vías piramidales a predominio derecho, tálamo y cuerpo calloso. RM columna cervical sin cte: múltiples lesiones hiperintensas en T2/STIR en médula espinal (C2-C3, C4-C5 y C7). Inició pulsos de metilprednisolona

1 g/día por 5 días y ciclofosfamida IV 1 g. Presentó mejoría parcial, continuando con meprednisona VO 60 mg y ciclofosfamida IV mensual. Un mes después reingresó por síndrome cerebeloso, diplopía y deterioro del sensorio. Rankin: 4 Informe de PL similar al previo. TAC de cerebro: normal. RM de cerebro con cte: señal hiperintensa a nivel talámico y cuerpo calloso con realce post-cte parahipocampal. Focos de refuerzo parcheado en mesencéfalo. RM de columna cervical y dorsal con cte: lesiones hiperintensas lineales y puntiformes en T2/STIR en médula espinal (D6-D7) y cono medular. Angio-RM de polígono y cerebro: sin restricción. Por progresión del compromiso de SNC refractario a adalimumab y ciclofosfamida inició 7 pulsos de metilprednisolona 1 g y meprednisona 60 mg/día, con mejoría parcial y se agregó tocilizumab 8 mg/kg/mes y metotrexato 10 mg/semana. A pesar del esquema evolucionó con progresión de síntomas neurológicos: ataxia, bradilalia y deterioro progresivo, clasificando a nuestro paciente como crónico progresivo con reagudizaciones.
CONCLUSIONES: El neuro-Behçet presenta una frecuencia aproximada de 9% (rango 3-30 %) dependiendo de los reportes. Presenta una tasa de mortalidad del 35% y discapacidad de 65%, por lo cual es importante su diagnóstico y tratamiento temprano. La forma aguda responde a esteroides, pero presenta recurrencias hasta en el 40% de los casos, disminuyendo estas con el uso de colchicina. La forma crónica progresiva genera atrofia del tronco encefálico y cerebelo, y es de difícil manejo. Se asocia a elevación persistente de IL-6 en LCR como marcador de actividad. Es importante su reconocimiento por el mal pronóstico que conlleva. La evidencia basada en estudios abiertos no controlados, retrospectivos y opinión de expertos apoya el uso de colchicina y metotrexato en estos casos sumado a corticoides y otros inmunosupresores (anti-TNF, anti IL-6). Dada la baja prevalencia de la enfermedad y su heterogeneidad, se requieren ERC que aporten mayor evidencia.

1928

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA MUY TEMPRANA

Priscila Leilen SERRAVALLE, Nadia Benzaquen, Gabriela Bortolotto, Julia Riera

SANATORIO DIAGNÓSTICO, CENTRO ONCOLÓGICO J.B ITURRASPE

I**NTRODUCCIÓN:** La esclerosis sistémica o esclerodermia es una enfermedad inmune, heterogénea, crónica, de origen desconocido. El diagnóstico es sencillo en estadios avanzados, cuando el compromiso cutáneo y visceral están presentes, mientras que el daño vascular y la fibrosis comienzan antes. La importancia de un diagnóstico temprano radica en la oportunidad de frenar la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico.
OBJETIVOS: Describimos el caso clínico de una mujer joven con historia de fenómeno de Raynaud que presenta isquemia arterial aguda de miembro superior derecho. Se detectaron anticuerpos positivos para esclerosis sistémica, sin hallazgos patológicos en la capilaroscopia.
CASO: Paciente femenina de 42 años de edad, tabaquista de jerarquía y antecedente de cirugía bariátrica de manga gástrica. Refiere fenómeno de Raynaud de varios años de evolución. Consulta por cuadro clínico de 20 días de evolución caracterizado por úlcera en tercer dedo de mano derecha, agregando en los últimos 7 días palidez cutánea. Examen físico: palidez en mano derecha, pulso radial presente, cubital ausente. Lesión ulcerada de 3 mm en tercer dedo, sin signos de infección. Exámenes complementarios: Ecodoppler arterial de miembro superior: oclusión de arteria cubital. Se decide internación urgente. Se solicita arteriografía de miembro superior derecho visualizándose oclusión de arteria cubital derecha en su origen. Se diagnostica isquemia arterial aguda de miembro superior derecho, se comienza anticoagulación con heparina sódica a dosis terapéuticas, la cual se suspende luego de 5 días por reperfusión. Se otorga alta hospitalaria con nifedipina 30 mg/día, con control ambulatorio. La paciente presenta buena repuesta clínica al tratamiento vasodilatador. Se reciben resultados de anticuerpos: FAN 1/1280 patrón centromérico, Ac anti-centrómero 1/280, factor reumatoide negativo, ANCA negativo, complemento normal. Se solicita ecocardiograma doppler: VI no dilatado, FEY 64%, FSVI conservada. AI normal. Insuficiencia tricuspídea leve. PSAP 30 mmHG. Diagnóstico: isquemia arterial aguda de miembro superior derecho.
RESULTADOS: La paciente cumple criterios de clasificación para esclerosis sistémica muy temprana.
CONCLUSIONES: Uno de los objetivos de la clasificación de esclerosis sistémica establecida por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), publicado en 2013, es identificar formas tempranas de la enfermedad. El concepto de preesclerodermia y esclerodermia temprana ha cambiado en años recientes. Se sabe que la presencia de anticuerpos antinucleares puede preceder en años a las manifestaciones clínicas. Los pacientes con esclerodermia temprana pueden permanecer bajo esta forma o evolucionar a esclerosis sistémica definitiva. La importancia de un diagnóstico precoz radica en la posibilidad de anticipar las complicaciones con una estrecha vigilancia. El período entre la identificación de manifestaciones iniciales al desarrollo irreversible de daño de órgano constituye una "ventana de oportunidad". La intención de incluir pacientes en etapas tempranas ha llevado a la definición de esclerosis sistémica muy temprana caracterizada por la existencia del fenómeno de Raynaud y la presencia de un patrón capilaroscópico de esclerodermia y/o autoanticuerpos específicos. En la bibliografía internacional consultada no encontramos casos de esclerodermia temprana con complicaciones isquémicas como el aquí presentado.

1933

GOTA TOFÁCEA CRÓNICA EN ADULTOS JÓVENES

Maura MARTÍNEZ, Rafael Carbonell, Cecilia Garbarino, Hernán Molina, Griselda Redondo, María de la Vega, Osvaldo Messina, Martín Riopedre, Darío Mata

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

INTRODUCCIÓN: La gota es consecuencia de un trastorno del metabolismo de las purinas y se caracteriza por hiperuricemia con depósitos de urato monosódico en tejidos articulares y extraarticulares, además de producir enfermedad cardiovascular por lesión endotelial y acción de la enzima xantina oxidasa. Se presenta más frecuentemente en pacientes entre la cuarta y sexta década de la vida, y la evolución hasta gota tofácea crónica suele desarrollarse en los siguientes 10 años. Sin embargo, existen presentaciones en personas jóvenes, en las cuales su etiología se asocia a defectos enzimáticos heredofamiliares específicos.
OBJETIVOS: Describir 2 casos clínicos de gota tofácea crónica de inicio temprano y rápidamente progresiva.
CASO 1: Paciente masculino de 36 años, obeso grado I, con diagnóstico de gota desde los 30 años, con múltiples episodios inflamatorios monoarticular, y posteriormente poliarticular, con niveles de ácido úrico 15 mg/dl, uricosuria de 810 mg en 24 hs, realizó tratamiento con allopurinol, el cual suspendió refiriendo *rash* cutáneo y episodios de gota (no realizó profilaxis con colchicina), evoluciona con múltiples tofos en manos, codos, pies y rodilla derecha, esta última derivó en un reemplazo articular. Por reiterados episodios de inflamación aguda recibe tratamiento con canakinumab trimestral. Se progresó tratamiento con febuxostat, sin respuesta clínica, no se encuentra dato de niveles de ácido úrico en ese momento. Se decide agregar allopurinol y colchicina profiláctica, sin presencia de efectos adversos ni episodios de inflamación aguda hasta el momento.

CASO 2: Paciente masculino de 40 años, hipertenso, obeso, insuficiencia cardíaca con FEY del 30%, inicia a los 18 años con múltiples ataques de gota monoarticular, a los cuales no les da relevancia ni realiza tratamiento. A los 32 años, por seminoma testicular, recibe tratamiento quimioterápico, reagudizando episodios de artritis, con niveles de ácido úrico de 8.54 mg/dl, uricosuria de 289 mg en 24 hs, recibió tratamiento 600 mg de allopurinol y 80 mg de febuxostat (se desconoce niveles de ácido úrico control), evolucionando en el tiempo con múltiples tofos que comprometen manos, codos, pies y rodillas. Se reinicia tratamiento con allopurinol y colchicina como profilaxis, y se evalúa progresión de escala terapéutica.
CONCLUSIONES: La gota tofácea crónica suele afectar a 3 de cada 1000 personas, con variación étnica y regional, cerca del 95% de las cuales son hombres y raramente se presenta antes de los 30 años. Cuando se presenta en este grupo etario, pueden corresponder a dos situaciones particulares inusuales: una enzimopatía, como un déficit parcial de hipoxantina guanina fosforribosil transferasa (HGPRT), transmitido por el cromosoma X que solo afecta a los adolescentes o a los hombres jóvenes, en cuyo caso, se debe realizar un estudio genealógico, o también puede ser causa una nefropatía familiar por uratos, excepcional, con hiperuricemia secundaria a una hipoexcreción de ácido úrico, que afecta por igual a ambos sexos. Ambas patologías se caracterizan por hiperuricemia y gota precoz, en los cuales, además de los tratamientos habituales, habría que considerar el uso de nuevos medicamentos que reducen los niveles de ácido úrico y aquellos que controlan la inflamación. La sospecha de un trastorno primario del metabolismo de las purinas, en los pacientes descritos, es alta, aunque no se pudo confirmar el diagnóstico debido a que las pruebas necesarias no están disponibles en el sistema de salud público y por cuestiones económicas de los pacientes. Las comorbilidades presentes deben tratarse y tenerse en cuenta para el abordaje terapéutico. Entre los fármacos que reducen los niveles de ácido úrico existen dos estrategias terapéuticas: la reducción de la producción de ácido úrico mediante la inhibición de la xantina oxidasa (allopurinol, febuxostat) o mediante una uricasa recombinante pegilada (pegloticasa, rasburicasa), y el incremento de la uricosuria para aumentar la excreción renal de ácido úrico (pobrenecid, lesinurad, benzbromarona). Para el control de la inflamación se encuentran colchicina y los inhibidores de la IL-1, como anakinra, rilonacept y canakinumab.

1937

SÍNDROME DE ACHENBACH: UN DESAFÍO PARA EL REUMATÓLOGO

Rafael MARTÍNEZ, Hernán Molina, Cecilia Garbarino, María de la Vega, Maura Martínez, Martin Riopedre, Darío Mata, Osvaldo Messina

HOSPITAL ARGERICH

I**NTRODUCCIÓN:** El síndrome de Achenbach consiste en la aparición súbita de una coloración azul-violácea en los dedos de las manos y pies, y raramente en regiones palmares y plantares. Puede asociarse a dolor y parestesias. Se considera una patología infrecuente, poco reportada en la literatura y supone un reto para el reumatólogo, pues suele confundirse con lesiones vasculares, trastornos hematológicos o reumatológicos, haciendo difícil su diagnóstico inicial.
OBJETIVOS: Describir el caso de un hombre joven en quien se diagnosticó síndrome de Achenbach después de descartar patología vascular y reumática. Describir las manifestaciones clínicas, diagnósticos diferenciales y tratamiento.
CASO: Masculino de 53 años sin antecedentes patológicos, con cuadro clínico de cianosis indolente de cuarto dedo de mano derecha, sin trauma previo e inicio súbito, no relacionado con cambios de temperatura o estrés. El examen físico, incluyendo la prueba de Allen, no reveló alteraciones del flujo vascular, analítica descartó enfermedad de tejido conectivo y crioglobulinemias. Capilaroscopia normal. La ecografía Doppler arterial y venosa de miembros superiores no reveló hallazgos patológicos. Los síntomas evolucionaron con resolución espontánea sin intervención farmacológica luego de 3 semanas. Con estos hallazgos y curso clínico, se diagnosticó síndrome de Achenbach.
RESULTADOS: El síndrome de Achenbach es una condición de etiología desconocida. Se ha especulado que implica la presencia de hematomas subcutáneos por estasis venosa con extravasación de sangre a los tejidos de acuerdo a hallazgos arteriográficos que han revelado reducción significativa del flujo de sangre digital. En algunos casos, una reducción en la resistencia capilar se puede observar mediante capilaroscopia. Es más frecuente en mujeres, con edad promedio de 50 años. Los síntomas prodrómicos, como dolor, parestesias y prurito pueden ocurrir de minutos a horas antes del cambio de color. Sin embargo, el sangrado subdérmico por lo general se detiene espontáneamente o después de aplicar presión local, y la coloración generalmente desaparece dentro de 3 a 6 días. Las falanges distales y el lecho ungueal no están involucrados. En general, los síntomas se resuelven sin secuelas permanentes. El diagnóstico se basa estrictamente en las características clínicas ya que los estudios de laboratorio y doppler suelen ser normales. En ocasiones, es necesaria la capilaroscopia, donde pueden observarse alteraciones inespecíficas de la morfología capilar o flujo sanguíneo. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la isquemia aguda de extremidades, la enfermedad de Buerger, fenómeno de Raynaud o la acrocianosis. El tratamiento suele ser de soporte, como el uso de analgésicos o AINES para manejar el dolor y el edema
CONCLUSIONES: El síndrome de Achenbach tiene un curso benigno y generalmente autolimitado. Una vez orientado el diagnóstico, y descartadas patologías de otra índole, debe explicarse al paciente la evolución natural del trastorno y potenciales recidivas. Aunque hoy en día aún se desconocen con exactitud las situaciones desencadenantes o predisponentes, el uso de analgésicos y antiinflamatorios puede ayudar durante el curso de los síntomas.

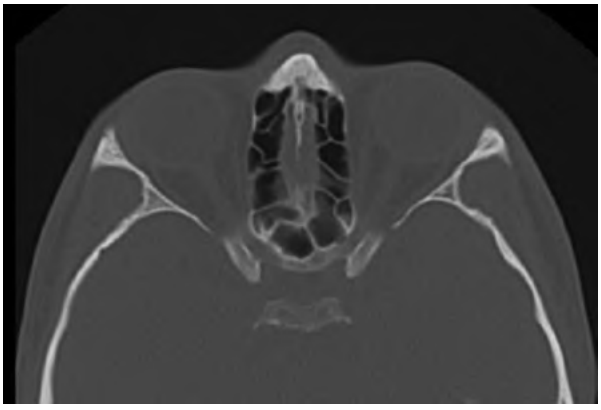
1947

LESIÓN DESTRUCTIVA DE LA LÍNEA MEDIA: DILEMA DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Lorena ARIAS, Ana María Berón, Ana Cecilia Battaglia, Carla Muñoz, Gustavo Medina

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las lesiones destructivas de la línea media de la vía aérea superior (VAS) presentan un reto diagnóstico por sus múltiples etiologías y su coexistencia puede no ser distinguida empeorando el pronóstico del paciente. Dentro de las causas más frecuentes encontramos: granulomatosis con poliangeítis (GPA), sarcoidosis, linfoma de células NK/T y lesiones por cocaína y enfermedades infecciosas.
OBJETIVOS: Se presenta un caso clínico que resultó un reto diagnóstico en nuestro Servicio.
CASO: Varón de 22 años, con antecedentes de consumo de cocaína y marihuana quien refería odinofagia, otalgia, rinorrea con debito blanquecino y costras nasales de 1 año de evolución. En los últimos 2 meses agrega fiebre, tos con expectoración con estrías sanguinolentas, disfagia y pérdida de peso. Tac mcf: engrosamiento mucoso difuso de cornetes vinculable a rinopatía inflamatoria. Tórax: normal. Recibe en múltiples ocasiones tratamiento antibiótico y betametasona 0.6 mg/día con mejoría parcial. Al mes, agrega perforación en el segmento anterior del septum nasal. Tórax: vidrio esmerilado de ocupación acinar en LSD de características inespecíficas. Se realiza BAL con cultivos negativos. Por progresión del cuadro, se interna. Al examen físico se evidencian: adenopatías submaxilares duras elásticas no dolorosas, tabique nasal perforado con costras nasales, úlceras orales, muguet orofaríngeo. Laboratorio VSG y PCR elevados. Tac mcf y cuello: mayor engrosamiento mucoso en seno maxilar



izquierdo. Desviación del septum nasal. Amplia solución de continuidad en el tabique nasal. Hipertrofia de amígdalas palatinas con irregularidad del contorno de la izquierda. Pared de orofaringe engrosada en forma irregular que se extiende a la vía aerodigestiva superior, incluyendo la epiglotis hasta la región supraglótica, que podría tratarse de una lesión granulomatosa por lo que se sospecha VAA: FAN + 1/640 moteado, crioglobulinas positivas, complemento normal, ENAS, anti-DNA, FR, MPO, PR3, ANCA y serologías virales negativas. Sedimento urinario por nefrología con hematíes 4-6/cpo dismórficos con acantosis >5%, y proteinuria 0.32 g/24 h. Laringoscopia: lesión en empedrado a nivel de epiglotis, corona laríngea, repliegues aritenoepiglóticos y aritenoides, y lesiones a nivel de tabique nasal. Biopsia de laringe y paladar: amastigotes, PCR positiva para leshmaniasis, y micológico positivo paracoiccidioidomicosis brasilensis. Inmunomarcación positiva para CD3, CD4, CD56 y granzima. Inmunohistoquímica: proceso linfoproliferativo de células T/NK extranodal. Biopsia de úvula: CMF células NK con fenotipo aberrante, PAMO: megaloblastosis, CMF: células NK fenotípicamente aberrantes. Biopsia renal nefropatía por IgA sin conducta activa por parte de nefrología. Finalmente recibió tratamiento con anfotericina por 14 días, itraconazol y protocolo SMILE para linfoma.

CONCLUSIONES: La vasculitis inducida por cocaína se presentó como una sospecha diagnóstica inicial ya que se caracteriza por una extensa destrucción de estructuras osteocartilaginosas a nivel medio facial y puede asociarse a la presencia de ciertos anticuerpos como ANCA y FAN. Sin embargo, es una complicación infrecuente en consumidores activos. Otro de los diagnósticos diferenciales fue la GPA tanto por la afectación de la VAS asociada al componente granulomatoso informado en la histopatología. El diagnóstico final fue linfoma nasal de células T/NK, neoplasia agresiva, frecuente en sexo masculino y que representa el 1.5% del total de linfomas no Hodgkin. No obstante, el grupo más afectado es el de 40 a 80 años. Por otro lado, la infección por Leishmaniasis, oportunista en pacientes con HIV y enfermedades malignas, puede llegar a empeorar el pronóstico. La importancia de este caso radica en la gran variedad de diagnósticos diferenciales, algunos superpuestos y el riesgo inherente de un tratamiento inmunosupresor más agresivo. Resultaron necesarios varios métodos como la histopatología, cultivos e inmunohistoquímica (IHQ) para arribar al diagnóstico y tratamiento definitivos. Es por esto que el compromiso de línea media representa un gran desafío para el reumatólogo requiriendo un enfoque multidisciplinario.

1953

DISTONÍA OROMANDIBULAR COMO PRESENTACIÓN DE LES NEUROPSIQUIÁTRICO

Mayra GROSSO DI GIORGIO, Marina García Carrasco, Gustavo Medina, Cecilia Battaglia, León Silvery

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El lupus neuropsiquiátrico (LESNP) puede afectar el SNC y SNP, y ser la primera manifestación de LES. Su prevalencia oscila entre el 21-95%. El compromiso del SNC puede ser difuso o focal, y los eventos pueden ser únicos o múltiples en relación a la actividad del LES o de forma aislada, y puede asociarse a la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (aPL) y/o anti-P ribosomal. Los mecanismos fisiopatológicos incluyen: acción directa de las citoquinas inflamatorias intratecales, alteración de la barrera hematoencefálica, aterosclerosis acelerada y vasculopatía trombótica. Los trastornos del movimiento presentan una incidencia del 0.6%, siendo el de mayor frecuencia la corea seguida de ataxia, mioclonías, distonías y temblores. Afecta a adultos jóvenes y se asocia con otras disfunciones del tronco encefálico y/o nervios craneales. La resonancia magnética (RM) puede evidenciar lesiones focales en la sustancia blanca periventricular y subcortical de las regiones frontoparietales, siendo normal en el 42% de los casos. El tratamiento consiste en inmunosupresión.

OBJETIVOS: Presentamos un caso de distonía oromandibular como manifestación inicial de LESNP.

CASO: Mujer de 64 años, oriunda de Perú, sin antecedentes patológicos, consultó por poliartralgias simétricas, aditivas de grandes y medianas articulaciones de 6 meses de evolución que cedieron parcialmente con AINES, asociadas a hiporexia y pérdida de peso de 20 kg en 1 año, alopecia, úlceras orales, contracción involuntaria, repetitiva y sostenida de la lengua, con dolor y dificultad en la masticación y fonación. Al examen físico: dolor a la palpación en ambas articulaciones temporomandibulares, dificultad para la apertura bucal, la deglución y el habla y movimientos espásticos linguales, Glasgow 15/15, sin foco motor ni signos meníngeos. Laboratorio: VSG 116 mm/h, Hto 31% Hb 10.2 g/dl, linfopenia (GB 4420 c/mm^3, L 17%), hipergamma policlonal con IgG aumentada: 2240 mg/dl; Coombs directa negativa; fan 1/1280 patrón homogéneo, anti-DNA(+), hipocomplementemia (C3:13 mg/dl), factor reumatoide (+) (62 U/ml), anti-Ro/SSA, la/SSB, sm, rnp, anti-ccp, anti P-ribosomal, y ac. antifosfolipídicos negativos. Sedimento urinario inactivo. EMG de miembros superiores e inferiores normal. Ecocardiograma normal. Radiografía de manos: pinzamiento articular en radiocarpianas. EEG: desorganización difusa leve, a predominio de áreas posteriores con regular reactividad y simetría bihemisférica. RM de encéfalo: aislados focos de gliosis en sustancia blanca de ambos hemisferios cerebrales, sin evidencia de alteraciones focales en parénquima encefálico. Se inició prednisona 0.5 mg/kg/día, hidroxicloroquina 200 mg/día y metotrexato 7.5 mg/semanal interpretándose distonía oromandibular secundaria a LES. Evolucionó con mejoría articular persistiendo con distonía. Se agregó zolpidem 20 mg/día evolucionando favorablemente, con negativización de anti-DNA y normalización de complemento.

CONCLUSIONES: Los trastornos del movimiento son manifestaciones neuropsiquiátricas poco frecuentes. Se diferencian dos grupos: los trastornos hipocinéticos como el parkinsonismo, relacionados a anti-GAD y a síntomas neuropsiquiátricos, con afectación del tálamo y/o ganglios de la base, con menor respuesta al tratamiento inmunosupresor, y los trastornos hipercinéticos: mioclonía, distonía y ataxia, con afectación cerebelosa (2%), con buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. También existen casos de LES asociado a SAF con mioclonía y distonía, con afectación cortico-subcortical y buena respuesta al tratamiento anticoagulante, antiagregante e inmunosupresor. Se ha reportado un caso en 2015 de una mujer de 40 años con distonía orofacial asociada a poliartritis y afectación de ganglios basales, recibió meprednisona 60 mg/día durante 2 meses con resolución clínica y por imagen. La afectación de ganglios de la base es rara en LES. Se describió a partir de una autopsia realizada a una mujer de mediana edad que evidenció microinfartos en putamen y caudado, generando pérdida neuronal y aparición de movimientos coreicos. La decisión terapéutica se basa en el mecanismo patológico involucrado incluyendo anticoagulación e inmunosupresión y en algunos casos una combinación de ellos. La importancia de este caso radica en que las distonías como manifestación inicial de LESNP son infrecuentes y representan un desafío diagnóstico en la práctica habitual.

1956

INFECCIÓN POR *MICOBACTERIUM MARINUM* ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Alejandro Benítez[1], **Graciela BETANCUR**[2], Carolina Herrera[3], María Julia Papagno[2], Jorge Benito Velasco Zamora[1]

[1]INSTITUTO CER QUILMES, [2]HOSPITAL EL CRUCE NÉSTOR KIRCHNER, [3]SANATORIO MODELO QUILMES

I**NTRODUCCIÓN:** La familia de citocinas del TNF tienen una importancia clave en la respuesta inmune frente a infecciones intracelulares, activando macrófagos infectados, eliminando aquellos crónicamente infectados, estimulando la producción de nuevos macrófagos en la médula ósea y reclutándolos a los sitios de infección e inflamación. El tratamiento con antagonistas del factor de necrosis tumoral α (aTNF-α) es una terapia de amplia utilización en la actualidad. El evento adverso más frecuente en pacientes en tratamiento aTNF-α son las infecciones (43,56%, IRR: 3,42 63/1000 pac/año (IC 95%: 3,017-3,873), con un claro riesgo de los patógenos intracelulares como las micobacterias. El riesgo de reactivación de *Micobacterium Tuberculosis* en esta población es el más conocido y estudiado, pero las infecciones por otras micobacterias son menos estudiadas.
OBJETIVOS: Describir un caso de infección cutánea por *Micobacteriun Marinum* en un paciente en tratamiento con aTNF-α y realizar una revisión de la bibliografía.
CASO: Paciente de sexo masculino de 51 años de edad, navegante, con antecedentes familiares de espondiloartritis axial y exconsumidor de cocaína y marihuana. Diagnóstico de espondiloartritis axial HLA B27 positivo, con compromiso axial y periférico en tratamiento con adalimumab 40 mg cada 15 días SC por falla al tratamiento con AINES+DMAR sintético desde marzo de 2022. Intercurre posterior a traumatismo de mano derecha durante viaje marítimo con lesiones nodulares y eritematosas, indoloras en piel con compromiso de miembros superiores, inferiores y abdomen, asociados a síndrome febril. Curso internación en sala de clínica médica. Se realizó biopsia cutánea con informe de inflamación granulomatosa compatible con BAAR, con desarrollo en cultivo de *mycobacterium marinum* (baciloscopia y cultivo de micobacterias *Mycobacterium Marinum* N° cepa 2175). Inició tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol + levofloxacina, claritromicina, meprednisona 40 mg vo por día en seguimiento conjunto con Infectología. Evoluciona con remisión de su espondiloartritis por BASDAI con favorable respuesta a aTNF-α, en tratamiento ATB por infección cutánea sin manifestaciones. Como comorbilidad asociada se constataron de dos fracturas vertebrales en contexto de osteoporosis, infección por candidiasis oral. Laboratorio Hb 13.7, hto 40.6, plaquetas 264.000, glucemia 85, urea 56, creatinina 0.58, TG 136, CT 227, HDL 88, BD 0.11, TGO 20, TGP 48, PT 6.10, TSH 0.79, PT 6.10.
RESULTADOS: *Mycobacterium marinum* es un patógeno oportunista que induce infección en peces de agua dulce y salada. Este patógeno causa granulomas necrosantes. Las infecciones humanas con *Mycobacterium marinum* se han asociado con la exposición de la piel dañada al agua contaminada de las piscinas de peces o al contacto con objetos contaminados con peces infectados. La forma clínica más frecuente es la nodular (60% de los casos), que consiste en una lesión única en el lugar de la inoculación que afecta con mayor frecuencia a las extremidades superiores. Consiste en un nódulo morado e indoloro, susceptible de convertirse en ulceraciones costrosas superficiales con formación de cicatrices. En el 35% de los casos existen lesiones nodulares múltiples, que en general siguen el recorrido de los linfáticos con una disposición lineal a partir del punto de inoculación, que clásicamente se ha denominado patrón esporotricoide o linfocutáneo. Se han descrito también infecciones diseminadas en pacientes con inmunosupresión severa 1. El diagnóstico de laboratorio temprano de *Mycobacterium marinum*, incluida la histopatología, el cultivo y la PCR, es esencial y crítico, ya que la respuesta clínica a los antibióticos requiere meses para lograrse. Nuestro grupo ha encontrado otros 8 casos de infección por *Mycobacterium marinum*, uno de los pacientes en tratamiento con adalimumab y uno bajo tratamiento con golimumab. Tres de los casos presentaban artritis reumatoidea, dos psoriasis, uno enfermedad de Crohn, uno artritis psoriásica y uno espondilitis anquilosante. El paciente tratado con golimumab fue diagnosticado con artritis psoriásica. Se interpreta el caso como un paciente con espondilitis anquilosante HLA b27 (+) con infección diseminada por *Mycobacterium marinum*.

Imagen: Lesiones nodulares de color morado e indoloras en codos.

CONCLUSIONES: La infección por *Mycobacterium marinum* es infrecuente, pero debe considerarse frente a lesiones nodulares en pacientes con inmunocompromiso y tratamiento con aTNF-α.

1964

RESOLUCIÓN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA. RITUXIMAB: ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?

Anabella RODRÍGUEZ[1], Micaela Cosatti[1], Adrián Lescano[2], María Josefina Molina[2], Alejandro Nitsche[3], Cecilia Pisoni[1]

[1]CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC), [2]CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES, [3]HOSPITAL ALEMÁN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar (HTP) abarca un grupo de enfermedades que conllevan a fallo ventricular derecho y muerte del paciente. Los pacientes con esclerosis sistémica (ES) pueden desarrollar hipertensión arterial pulmonar (HAP, Grupo 1 de la clasificación de Niza 2018) en un 6-12%, siendo una de las principales causas de mortalidad. Por lo tanto, es imperativo el rastreo sistemático anual de HAP en estos pacientes. El cateterismo cardíaco derecho (CCD) es el estándar de oro para el diagnóstico de HTP y permite clasificar a los pacientes en los diferentes grupos para definir el tratamiento adecuado. Los pacientes se benefician con el uso de drogas específicas para HAP, pero hasta la fecha no existe evidencia del uso combinado con fármacos inmunosupresores o biológicos para estos pacientes con ES.
OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con ES de reciente diagnóstico que revierte su HAP con tratamiento de tadalafilo más rituximab.
CASO: Paciente varón de 47 años de edad, con diagnóstico inicial de enfermedad mixta del tejido conectivo 2 años antes, que presenta fenómeno de Raynaud trifásico en manos y neuralgia del trigémino con ANA 1/1280 moteado y anti-RNP positivo. Recibe tratamiento con corticosteroides y nifedipina con mejoría sintomática, por lo cual, discontinúa su seguimiento. A los 2 años consulta nuevamente por cambios en la pigmentación cutánea, prurito intenso, reflujo gastroesofágico, astenia y disnea clase funcional II de 2 meses de evolución. Al examen físico se constata pigmen-

tación en sal y pimienta, induración cutánea distal a codos con esclerodactilia y telangiectasias en la cara. El *score* de Rodnan modificado fue de 10 puntos. En el laboratorio presentaba anemia, reactantes de fase aguda elevados, NT-proBNP 38 pg/ml, FAN 1/1280 moteado y 1/1280 citoplasmático granular fino. ENAS negativos. Se realiza panel de miositis y esclerodermia: anti-Ro 52, anti-RNA polimerasa III y anti-Mi2 positivo. En la capilaroscopia presenta SD *pattern* temprano. Ante la sospecha diagnóstica de esclerosis sistémica se completa tamizaje de compromiso orgánico con examen funcional respiratorio, test de la marcha de 6 minutos, TAC de tórax de alta resolución y ecocardiograma Doppler basal. En el examen funcional respiratorio, se destaca una DLCO del 64% del valor predicho que sumado a una velocidad de regurgitación del jet tricúspideo de 3.4 mt/segundos en el ecocardiograma doppler: sospecha de HPT. El CCD confirma HTP precapilar: grupo 1 (HAP) con presión media de arteria pulmonar de 25 mmHg, resistencia vascular pulmonar de 3 Uw y presión capilar pulmonar o presión Wedge de 11 mmHg. Debido a la rápida progresión cutánea y de reciente inicio se indica tratamiento con rituximab 1 g IV más monoterapia especifica con tadalafilo 20 mg/día.

RESULTADOS: El paciente evoluciona con franca mejoría cutánea del prurito y desaparición de la disnea. A los 5 meses del tratamiento se repiten los estudios cardiológicos, incluido el CCD donde se evidencia normalización de los parámetros hemodinámicos. En la Tabla se comparan ambos cateterismos cardíacos derechos.

Tabla 1: Comparación de cateterismos cardíacos.

	8/11/2021	24/4/2022
Sat 02 (%)	100	100
FC	49	47
TAS	97	102
TAD	66	72
TAM	77	82
PAD	14	5
PPS	32	17
PPM	25	10
PPD	20	6
RVP (Uw)	3	1,1
PW	11	5
GTP (PPM-PW)	14	5
GTPD (PPD-PW)	9	1
VM	4,9	4,6
IC	3	2,3
Sat AP (%)	72	-

CONCLUSIONES: La HAP en pacientes con ES conlleva a mal pronóstico y sobrevida del 50% a los 5 años del diagnóstico. Al momento, la evidencia disponible del uso de rituximab en pacientes con ES e HAP no es concluyente. En nuestro conocimiento y experiencia este es el primer caso de un paciente con ES e HTP del grupo 1 que revierte la HAP con el agregado de rituximab al tratamiento vasodilatador específico.

1965

LINFADENOPATÍA GENERALIZADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Ana Laura Toledo, Jorge González, Facundo Bavio, Lilia Dávila, Agustina García Oro, Raúl Jurado, Marcelo Audisio, Guillermo Py, Matías Palombo, Marina Werner, Isaac Cadile, **Laura Beatriz ONETTI**, Eduardo Mussano

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

I**NTRODUCCIÓN:** Las adenopatías generalizadas (AG) son una manifestación frecuente e inespecífica, presente en múltiples enfermedades, constituyendo un factor de confusión para llegar a un diagnóstico. El lupus eritematoso sistémico (LES) puede tenerlas como primera manifestación o en recaídas, informándose en un porcentaje variable según las series de casos.

CASO 1: Mujer de 38 años, ingresó el 11/2021 por prurito generalizado, edemas en párpados, labios y manos de 1 año de evolución que resolvían con antihistamínicos y corticoides indicados en consultas a guardias. Refería hiperpigmentación de la piel, pérdida de peso de 12 kg y adenomegalias. Examen físico: hiperpigmentación de la piel en áreas fotoexpuestas, adenomegalias móviles, no dolorosas, renitentes, mayores a 1 cm, axilares, inguinales y supraclaviculares. Estudios realizados: TAC de abdomen: conglomerados adenopáticos retroperitoneales, raíz mesentérica, ilíacas e inguinales bilaterales. Laboratorio: anemia ferropénica, trombocitosis, reactantes de fase aguda elevados, hepatograma alterado con FAL 10 veces superior, serologías de enfermedades infecciosas negativas, B2microglubulinas: normales, test rápido para SARS-CoV-2 (-), FR(-) y ANA 1/640. Biopsias ganglionares: linfadenitis reactiva. Colangiorresonancia: hepatomegalia. Bazo y vía biliar: normales. Luego de 9 días solicitó alta voluntaria. Por consultorio externo: Anti-Sm(+),C3 y C4 bajos. Anti-DNA, Anti-Ro, Anti-La, Anti-RNP, AMA, y anticuerpos antifosfolípidos, todos negativos. Sedimento de orina: GR 0,5/c, cél. epiteliales 1/c, GB 3/c, cilindros hialinos, granulosos, hialino-granulosos y, céreos. Proteinuria 1751 mg/24hs, Cl. Creatinina: normal. Se indicaron pulsos de metilprednisolona 500 mg x 3 días y luego prednisona en dosis decreciente + hidroxicloroquina 400 mg/día + micofenolato 1500 mg/día. Biopsia renal: MO: glomerulonefritis proliferativa endocapilar, nefritis túbulo-intersticial crónica. ME: membranas basales glomerulares engrosadas con depósitos electrodensos de tipo complejos inmunes en vertiente subendotelial e interposición de citoplasma por sectores. Se visualizan similares depósitos en regiones mesangiales. IF directa: depósitos granulares subepiteliales Ig G, C3, C1q, Kappa y Lambda.

CASO 2: Mujer de 27 años, ingresó en 2017 por poliadenopatías, pérdida de peso de 30 kg y debilidad muscular generalizada, con eritema malar fotosensible autolimitado 3 meses previos a la consulta. Examen físico: adenomegalias cervicales de 3 cm de diámetro, indoloras, consistencia renitente, no adheridas a planos profundos. Atrofia muscular severa a predominio distal de 4 miembros e hiporreflexia. Laboratorio: se descartaron patologías infecciosas. Elevación de reactantes de fase aguda. Biopsias de ganglio cervical: tejido ganglionar con abundantes nódulos linfoides con centros reactivos irregulares. Sin evidencia de neoplasia. TAC de tórax y abdomen: múltiples formaciones ganglionares en ambas regiones axilares, algunas en rango adenomegálico. Otras aisladas, pequeñas en mediastino y región mesentérica, distribuidas en región hiliar esplénica y, en ambas regiones inguinales. Durante la internación se complica con convulsión tónico-clónica, con TAC y RNM de cerebro normales. Electromiograma: polineuropatía mixta axonal con componente desmielinizante. Líquido cefalorraquídeo: proteínas 225 md/dl. Células: 18.99% linfocitos, resto normal. Pancultivos para gérmenes comunes, BAAR, hongos, virus: negativos. Laboratorio inmunológico: ANA 1/80 moteado. C3 y C4: bajos. Anti-Sm, anti-Ro y anti-RNP. positivos. Anti-DNA, Anti-LA y anticardiolipinas: negativos. Con diagnóstico de LES, se iniciaron pulsos de metilprednisolona 500 mg/día por 3 días y luego de mejoría, se otorgó alta con prednisona dosis decreciente, azatioprina 50 mg/día, levetiracetam 1000 mg/día, calcio y vitamina D3. Paciente con evolución errática, pese a buena adherencia al tratamiento. Nueva internación en agosto de 2018 por convulsiones sin otro hallazgo, se decidió rotar tratamiento a micofenolato 2 g/día con buena respuesta.

CONCLUSIONES: Dentro de las manifestaciones heterogéneas del LES, la AG es una presentación inusual. Se presentan estos dos casos con poliadenopatías como formas de debut de LES, lo que demuestra la importancia de sospecharlo dentro de los diagnósticos diferenciales para lograr un tratamiento precoz y evitar complicaciones.

1974

LUPUS ERITEMATOSO INDUCIDO POR CARBAMACEPINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Guillermo BARTEL, Andrea Gómez, Damián Duartes Noe

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

I**NTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso inducido por fármacos (LEIF) es una entidad caracterizada por la aparición de manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio similares al lupus eritematoso sistémico, ocasionado por el efecto de diferentes drogas. La frecuencia del LEIF podría estar subestimada dada su leve sintomatología y solo un pequeño porcentaje de los casos podría ser correctamente diagnosticado por este motivo. Múltiples drogas han sido involucradas como causantes posibles de LEIF, incluidos los anticonvulsivantes como la carbamazepina. Desde la primera descripción realizada por Simpson en 1966, otras descripciones han sido publicadas en la literatura. Describiremos a continuación el caso de una paciente que presentó LEIF ocasionado por esta droga.
OBJETIVOS: Describir un caso de lupus eritematoso inducido por fármacos.
CASO: Paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, aneurisma cerebral y malformación arteriovenosa que realizó embolización y posterior resolución quirúrgica en 2007. Desde entonces se encontraba en tratamiento con carbamazepina 800 mg por día por crisis focales con alteración de la conciencia. Realizaba tratamiento además con amlodipina, valsartán, bisoprolol y levotiroxina. En 2018 consulta en Reumatología por presentar ojo seco. Se solicitó laboratorio inmunológico presentando: FAN 1/320 homogéneo, Anti DNA negativo, ENAs negativos, factor reumatoideo negativo. C3 74 y C4 6.5. Se solicitó test de ojo seco por posible síndrome de Sjögren pero la paciente no volvió a consultar. Durante 2020 la paciente realizó múltiples consultas por lesiones cutáneas eritematosas, descamativas y pruriginosas en Dermatología recibiendo tratamientos tópicos con antihistamínicos y corticoides, presentando resolución parcial y reincidencia de las lesiones. Se decidió realizar biopsia cutánea dada la falta de mejoría de las lesiones y aparición de compromiso en zonas fotoexpuestas obteniendo como resultado: lupus discoide. La paciente consulta en Reumatología por hallazgo de la biopsia refiriendo fatiga y artralgias, negando otra sintomatología. Se solicitó laboratorio: Leucocitos 2700 (linfopenia), FAN 1/160 homogéneo, DNA (-), C3: 62; C4: 7 Anti-Ro (+) - ACL Ig G: 9 - AC Ig M: 39 - B2GP Ig G:5 - B2GP Ig M: 30 – Inh lúpico positivo. Con diagnóstico presuntivo de lupus eritematoso sistémico, se inicia hidroxicloroquina a 200 mg día, pero la paciente comienza a los 8 días con *rash* urticariforme y pruriginoso interpretado como posible farmacodermia secundaria a HCQ. Se suspende el tratamiento y se inicia hidroxicina 25 mg y meprednisona 20 mg/día. La paciente evoluciona favorablemente de la farmacodermia pero se sospecha de posible lupus inducido por fármacos (carbamazepina) por lo que se solicita laboratorio inmunológico presentando FAN+ homogéneo, Anti-DNA negativo y Anti-histonas positivo. Se realiza consulta con Neurología para evaluar posibilidad de suspensión de tratamiento con carbamacepina, decidiendo rotar tratamiento a brivaracetam. La paciente evoluciona favorablemente, realizando *tapering* de corticoides, suspendiendo en junio de 2021 los mismos y permaneciendo asintomática desde entonces. Desde la suspensión de la carbamacepina, presentó negativización del FAN, complemento normal, negativización de Anti-histonas y Anti-RO, negativización de ACL y B2gp permaneciendo con inhibidor lúpico positivo.
CONCLUSIONES: El diagnóstico de lupus inducido por fármacos puede ser un desafío en pacientes polimedicados. Existen criterios que podrían utilizarse para reconocer esta entidad basados en: la ausencia de signos de lupus previo al comienzo del tratamiento que lo produjo, la presencia de por lo menos un signo clínico de lupus más hallazgos inmunológicos característicos en el laboratorio, y la desaparición clínica y serológica tras la suspensión del tratamiento. Su identificación correcta podría cambiar el esquema terapéutico a realizar con los pacientes ya que no sería necesaria la continuación de fármacos inmunosupresores como sí lo es en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

1975

HEPATITIS LÚPICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Franco LUCCI, Juan Pablo Ruffino, Ariana Ringer, María Florencia Martínez, Dianela Carbone, Serenela Chulibert, Brian Marcelo Abdala, María Agostina Gatica, Lucía Cichillitti, Nadia Aldana Cuadranti, Mariano Palatnik, María Noel Cortese, Juan Carlos Crema, Graciela Rombo, Antonio Jorge Chemez, Marcelo Abdala

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad hepática subclínica es común en el LES, entre el 25-50% de los pacientes con lupus pueden desarrollar una disfunción hepática o lesión hepatocelular en algún momento evidenciada por laboratorio con hipertransaminasemias. Aunque todavía es un tema controvertido, existe evidencia en la literatura de que el lupus en sí, no está asociado con una lesión hepática específica, grave y progresiva. Sin embargo, varios autores han señalado un papel del LES en el desencadenamiento de una hepatopatía a menudo subclínica, denominada "hepatitis lúpica", concomitante con exacerbaciones de la enfermedad que responde al tratamiento con glucocorticoides. En muchos casos la afectación hepática se debe a fármacos hepatotóxicos, hepatitis virales, esteatosis hepática no alcohólica o hepatopatías primarias como la hepatitis autoinmune concurrente como enfermedad independiente, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria concurrente. Distinguir si el paciente tiene una enfermedad hepática primaria con características clínicas y de laboratorio relacionada a fenómenos autoinmunes organoespecificos, como en la HAI, o la elevación de las enzimas hepáticas es una manifestación de LES, sigue siendo un desafío para el médico tratante.
OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de paciente con diagnóstico reciente de LES que asocia a hepatopatía aguda colestásica en contexto de recaída de enfermedad de base.
CASO: Paciente de 25 años, con diagnóstico reciente de LES y NL grado II (laboratorio inmunológico ANA 1/5120 h, ENA:71 U, dsDNA reactivo, SmD1 reactivo, C3 28 mg%, C4 11 mg% Ac antifosfolípidos positivos ACL IgM, ACL IgG y a-B2GPI IgM; presenta cuadro de 14 días de evolución caracterizado por dolor abdominal en hemiabdomen superior, tipo cólico, intensidad 8/10, sin irradiación, con respuesta parcial a AINES, asociado a náuseas, diarrea con hipocolia que se autolimita. Al interrogatorio dirigido refiere cuadro de 7 meses con poliartralgias invalidante, asociadas a pérdida de peso de 10 kg, fotosensibilidad y alopecia. Se realiza *score* SLEDAI 2K obteniendo 14 puntos. Al examen físico TA 130/90, frecuencia cardíaca de 90 lpm, afebril. Sin adenopatías, se evidenció alopecia, *rash* malar, sin presencia de úlceras mucosas ni sinovitis; ictericia cutáneo mucosa generalizada. Abdomen blando depresible e indoloro, con ruidos hidroaéreos positivos sin visceromegalias. Laboratorio de ingreso evidencia deterioro de función hepática con prolongación de tiempos de coagulación y ascenso de bilirrubina (TGO 426UI/L, TGP 159UI/L, FAL 1582UI/L, GGT 727UI/L, LDH 330, BT 7.79mg/dL [6.02/1.77], TP 10.1seg KPTT 37.2seg). Se solicitó panel inmunológico para descartar CBP y HAI (AMA M2, Sp 100, LKM1, Gp210, LC1, SLA) no reactivos, serologías para virus hepatotropos negativas (EBV IgG/IgM, VIH, HBsAg, Anti-HBs IgG, Anti-HBc IgG, VHC, VHA IgM, CMV IgM). Servicio de Gastroenterología solicita colangio RMI sin hallazgos de jerarquía, por dicho motivo se decide realización de punción biopsia hepática presentando escaso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario sin sobrepasar la placa límite, hepatopatía colestásica con signos

de ductopenia y esteatosis hepática con discreta fibrosis portal no expansiva, pericelular. Por presentar panel inmunológico para HAI/serologías virales negativas y descartando hepatotoxicidad, se interpreta como hepatopatía secundaria a LES y se decide iniciar tratamiento con pulsos de corticoides de 500 mg por 3 días, con mejoría de signo sintomatología y normalización progresiva de hepatograma. Se decide continuar tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg día y ácido ursodesoxicolico 900 mg día, normalizando valores de hepatograma a los 3 meses de seguimiento.
CONCLUSIONES: La alteración de la función hepática es muy frecuente en pacientes con LES, pero la hepatitis lúpica propiamente dicha como manifestación de enfermedad de base se considera rara, pudiendo en ocasiones evolucionar a una forma más agresiva, presentándose como un desafío diagnóstico para el médico tratante. Generalmente responde a tratamiento con glucocorticoides, lo cual, en el caso presentado, no se manifestó en forma temprana luego de haber realizado pulsos con metilprednisolona. Por ello es que la biopsia hepática constituyó una herramienta fundamental para establecer el diagnóstico definitivo, descartar causas secundarias e instaurar el tratamiento adecuado.

1978

ANTICUERPOS ANTI-DFS70 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS SISTÉMICAS ESTUDIADOS EN LACE LABORATORIOS

Natalia RAIMONDO[1], Diego Fernando Elizondo[1], Marcelo Eduardo Ferreyra[1], Simón Escandar[1], María Luz Martin[2], María Inés Pereira[2], Ricardo Richarte Aguiar[3], María Elena Rama[2]

[1]LACE LABORATORIOS, [2]HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, [3]OULTON

INTRODUCCIÓN: El anticuerpo antiproteína 70 de motas finas densas (a-DFS70) se define como un patrón de anticuerpos antinucleares (ANA) positivo en la inmunofluorescencia indirecta (IFI). Inicialmente, los a-DFS70 se identificaron en un paciente con cistitis intersticial, pero desde su primera descripción a la fecha se los han encontrado en dermatitis atópica, cáncer e individuos sanos. Su presencia se observa con menor frecuencia en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) y, por lo tanto, muchos autores lo han postulado como un marcador potencial para su exclusión, especialmente en ausencia de otros auto anticuerpos específicos. Sin embargo, aún no existe ningún consenso sobre la posibilidad de descartar de manera confiable las ERAS frente a un a-DFS70 positivo.
OBJETIVOS: Describir la frecuencia de anticuerpos a-DFS70 en pacientes con ERAS que concurrieron a LACE Laboratorios.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron muestras de 65 individuos con diagnóstico ERAS para ANA por IFI (Hep2000-Inmunoconcepts). A las muestras con ANA positivas adicionalmente se les realizó: inmunoensayo lineal (LIA) para detectar anticuerpos anti-Ro, La, Sm, RNP, Slc-70, Jo-1, Centrómero y Ribosomal-P (ANA-9-Line-Orgentec), IFI para anticuerpos anti dcDNA (ANTI-dcDNA ANTIBODIES KIT - ORGENTEC) y ELISA para los a-DFS70 (ANTI DFS70 ELISA (IGG)- EUROIMMUN).
RESULTADOS: Presentaron ANA positivos 28 sujetos (43.1%). Dentro de este grupo, 13 (46.5%) pacientes tenían artritis reumatoidea (AR), 7 (25%) lupus eritematoso sistémico (LES), 4 (14,3%) síndrome de Sjögren (SS), 2 (7%) vasculitis asociadas a ANCA, 1 (3,6%) esclerosis sistémica (SSc) y 1 (3.6%) síndrome de Raynaud. La frecuencia de a-DFS70 en muestras sometidas a pruebas rutinarias de ANA fue del 14,3%. Los 4 pacientes que tuvieron a-DFS70 positivos no tenían patrones asociados a este antígeno. En cuanto al diagnóstico dos fueron LES, uno vasculitis asociada a ANCA y uno AR, siendo este último el único con a-DFS70 como único marcador positivo.
CONCLUSIONES: El a-DFS70 se observó principalmente en pacientes con ERAS que presentaban al menos algún otro autoanticuerpo positivo, con un porcentaje superior al encontrado en la bibliografía. Es imprescindible para su determinación realizar técnicas que permitan corroborar su especificidad.

1981

TROMBO INTRACARDÍACO EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Yohana Tissera, **Rosa María FIGUEROA**, Juan Pablo Ávila, Mariana Ittig, Carla Alonso, Carla Gobbi, Verónica Savio, Alejandro Albiero, Paula Alba

HOSPITAL CÓRDOBA

I**NTRODUCCIÓN:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune multisistémica caracterizada por trombosis arterial y venosa recurrente, y morbilidad obstétrica. Debido a su naturaleza vascular, varios órganos y tejidos pueden verse afectados, incluido el aparato cardiovascular. La enfermedad valvular cardíaca y la enfermedad arterial coronaria son las principales manifestaciones cardíacas en el SAF. Otras menos frecuentes incluyen disfunción miocárdica, hipertensión pulmonar y trombo intracardíaco. Este último puede asociarse a embolia pulmonar o sistémica, con elevada mortalidad. No existen datos de su prevalencia, puede formarse en las 4 cámaras cardíacas, requiriendo diagnóstico diferencial con el mixoma auricular. Los métodos de elección para su diagnóstico son el ecocardiograma doppler y resonancia cardíaca, y la anticoagulación es el tratamiento de elección. Se presentan 2 casos de trombos intracardíacos asociados a SAF.
CASO 1: Mujer de 39 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico de 3 años de evolución en remisión, presenta cefalea pulsátil, frontal, intensa asociada a hemiparesia braquial derecha que remite a las 4 horas. Se le realiza RNM cerebral, muestra foco de restricción de la difusión en frontal inferior izquierdo. Sin lesiones ateromatosas en eco doppler carotídeo, se realiza ecocardiograma doppler (Imagen 1): imagen móvil de 22 x 10 mm homogénea, de bordes regulares adheridas a pared libre de aurícula izquierda. En cardiorresonancia: 2 imágenes características de trombos frescos, friables, en la luz de la cavidad unidos por pedículo a pared libre posterior de aurícula (Imagen 1). Laboratorio: anticoagulante lúpico (AL) (+), anticardiolipinas Ig G (ACL Ig G), Ig M (ACL Ig M) (-), Anti BGPI Ig G e IG M (-). Se inició anticoagulación con enoxaparina en dosis terapéutica más warfarina (RIN target 2.5-3). Permaneció 5 días internada con mejoría de sus síntomas y se repitió ecocardiograma mostrando resolución de trombos 6 meses después.
CASO 2: Varón de 36 años remitido a nuestro hospital para valoración cardíaca y reumatológica. Presenta APP de SAF primario diagnosticado hace 8 años. Tuvo 3 episodios de TVP y tromboembolia pulmonar (TEP) con triple positividad de anticuerpos antifosfolípidos (LA, ACL Ig G y Anti-B2GPI Ig G) sin tratamiento. También tenía antecedentes de sobrepeso, tabaquismo y consumo de cocaína. Cuatro meses antes fue valorado por episodio de disnea súbita, se diagnosticó TEP, recibió terapia trombolítica y fue dado de alta con anticoagulación. Dos meses después consultó por dolor torácico intenso mientras estaba en reposo. El electrocardiograma mostró onda T negativa de V1 a V3, y enzimas cardíacas normales. Recibió tratamiento con nitratos, heparina de bajo peso molecular, aspirina y estatinas. Fue dado de alta con anticoagulación oral: warfarina más aspirina con INR de 3. Ecocardiograma doppler y RNM cardíaca informan dilatación de VI, trastornos segmentarios de la motilidad, imagen de un trombo pediculado móvil de 33x22x39 mm con riesgo embolígeno (Imagen 2). Se prescribió tratamiento con warfarina y aspirina.

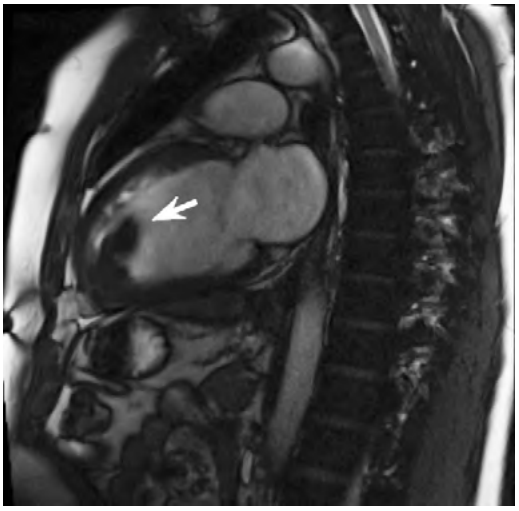


Imagen 1: Cardiorresonancia donde se observa trombo interventricular de gran tamaño.

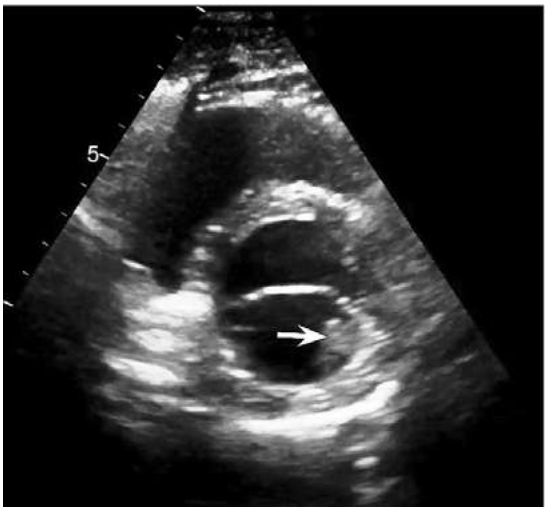


Imagen 2: Ecocardiograma modo B doppler donde se observa trombo en aurícula izquierda.

CONCLUSIONES: La frecuencia de trombos intracardíacos en SAF es desconocida. Son importantes el diagnóstico precoz y el tratamiento anticoagulante para la prevención de morbilidad y mortalidad.

1988

VASCULITIS RETINIANA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. REPORTE DE CASOS

Tania Zutara, **Lourdes JOFRÉ**, Valeria Pezutti, Valeria Segura, Cecilia Castel, Pablo Pedrosa, María Gloria Rivero, Facundo Vergara

HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

I**NTRODUCCIÓN:** La vasculitis retiniana puede conducir a la oclusión vascular e isquemia, pudiendo generar graves secuelas, en casos de afectación macular y/o neovascularización. Esta manifestación puede darse en el contexto de enfermedades autoinmunes sistémicas como la enfermedad de Behçet, sarcoidosis y, en menor medida, lupus eritematoso sistémico (LES) y vasculitis asociadas a ANCA, entre otras.

OBJETIVOS: En este trabajo presentaremos dos casos clínicos de vasculitis retiniana en enfermedades autoinmunes, con características particulares.

CASO 1: Mujer de 29 años con diagnóstico de lupus cutáneo discoide (confirmado por anatomía patológica) en abril de 2021. En ese momento inició tratamiento con hidroxicloroquina. Un año después se manifiesta con astenia, artralgias, cefalea y fiebre recurrente (39°C). Agrega dolor retro ocular con pérdida progresiva de la visión en ojo izquierdo. Presentó, previo a la internación, trastorno de conciencia con recuperación *ad-integrum* por lo que se decide su ingreso hospitalario. Con sospecha de meningoencefalitis infecciosa, se inicia tratamiento con antibióticos, aciclovir y dexametasona con rápida mejoría. Examen físico: alopecia difusa, lesiones cutáneas papulares en rostro, tronco y miembros con secuelas pigmentadas. Sin signos neurológicos focales, ni meníngeo. Adenopatía cervical. Examen oftalmológico: agudeza visual: OD: 10/10; OI: cuenta dedos. Campo visual por confrontación OI escotoma central, biomicroscopía bilateral: sin particularidades. Fondo de ojo OI: papila impresiona bordes netos, retina aplicada, envainamiento vascular, zona de hemorragias pequeñas y abundantes exudados blandos probablemente isquémicos, probable origen vasculítico. Laboratorio: Hto 28%, Hb 9.3g/dl, leucocitos 2780/mm^3, plaquetas 176000/mm^3, VSG 36 mm/h, PCR 35 mg/L, CH50 103mg/dl, C4 15 mg/dl, ANA positivo moteado, Anti-Sm +, Anti-RNP +, Anti-RO +, Anti-La +, antifosfolípidos negativos. Líquido cefalorraquídeo: pr 0.65g/l. cel 20/ml. RM de cerebro: múltiples áreas hiperintensas en T2 y FLAIR que sugieren compromiso vasculítico. Se interpretó como vasculitis del SNC y vasculitis retiniana asociada a brote de LES. Se inicia metilprednisolona 500 mg día EV por 3 días y ciclofosfamida 1g, con excelente respuesta clínica y oftalmológica (Imagen).

CASO 2: Mujer de 38 años, con antecedentes de hipertiroidismo tratada con metimazol un mes previo. Consulta por lesiones cutáneas en miembros inferiores y disminución progresiva de la agudeza visual de 1 semana de evolución. Examen físico: lesiones en ambos miembros inferiores tipo pápulas/ampollas de contenido hemorrágico. Examen oftalmológico:

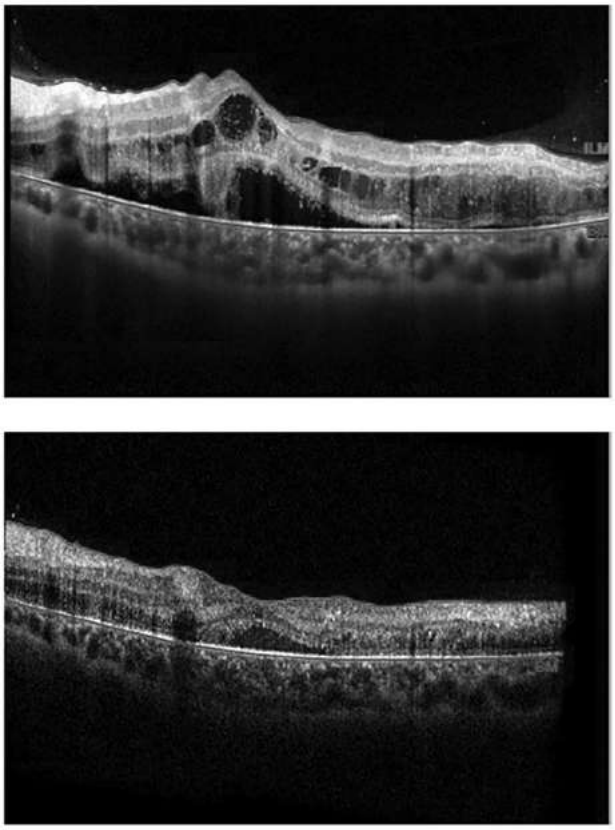


Imagen: Tomografía de coherencia óptica. Evolución a la semana de instaurado el tratamiento (foto arriba: 14/06/22, foto abajo: 23/06/22).

agudeza visual OD: 1/20, OI: 1/50. Fondo de ojo bilateral: borramiento de bordes papilares, vasculitis hemorrágica, flebitis. Envainamiento venoso. Laboratorio: Hto 34%, Hb 10.3mg/dl, leucocitos 3110/mm^3, plaquetas 315000/mm^3, VSG 78mm/h, PCR 25mg/l, T4L 0.25ng/dl, TSH <0.005 uUI/ml, ANA positivo débil moteado, C3 110, C4 12, ENAs negativos, MPO 27 U/L (VN < 5U/L). TC de cerebro: sin particularidades. Evolución: se interpretó compromiso retiniano secundario a vasculitis asociada a ANCA inducida por metimazol. Inició tratamiento con metilprednisolona de 500 mg día EV por 3 días y ciclofosfamida 1 g EV, con buena respuesta cutánea y oftalmológica.
CONCLUSIONES: La vasculitis retiniana es una manifestación infrecuente en enfermedades autoinmunes sistémicas y con graves consecuencias para la salud de estos pacientes. En el primer caso presentado, destacamos el diagnóstico inicial de lupus cutáneo discoide, forma crónica con muy baja tasa de afectación sistémica, que luego de meses de evolución se presenta con manifestaciones en el sistema nervioso central y vasculitis retiniana. En el segundo caso, la paciente desarrolla una vasculitis sistémica asociada a ANCA inducida por drogas (antitiroideo metimazol). Ambas pacientes presentaron buena respuesta clínica al tratamiento instaurado de manera temprana. Consideramos que, en estos casos, el diagnóstico y tratamiento inmunosupresor precoces evitarían consecuencias graves en pacientes con enfermedades autoinmunes y compromiso ocular.

1991

SÍNDROME DE EVANS REFRACTARIO COMO MANIFESTACIÓN SEVERA DE LUPUS SISTÉMICO ERITEMATOSO MÁS SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Facundo Bavio, Ana Laura Toledo, Lilia Dávila, Jorge González, Agustina García Oro, Raúl Jurado, Matías Palombo, Guillermo Py, Marcelo Audisio, Marina Werner, Isaac Cadile, **Laura Beatriz ONETTI**, Eduardo Mussano

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Evans (SE) se define como la coexistencia de anemia hemolítica autoinmune (AHAI) y trombocitopenia (TBP) o neutropenia autoinmune. En el síndrome antifosfolípido (SAF) la incidencia de AHAI es del 6,6 % y TBP es del 22-42%. También el SE se ha asociado con frecuencia a lupus eritematoso sistémico (LES) en jóvenes, es de difícil control y la presencia de TBP aumenta la mortalidad.
CASO: Varón de 64 años, de Córdoba, trabajador de la construcción, con diagnóstico de SAF en contexto de ictus en 2011, con anticuerpos anticardiolipina (ACL): Ig G >140 gpl, Ig M >31 mpl, beta-2-glicoproteína 1 (B2-GP1): IgM: 24IV/mL, IgG: 159 IV/mL y TBP. Hospitalización en 2017: TBP (71000), ACL y B2-GP1 persistentemente elevados, anticoagulante lúpico (AL)+, ANA+ 1/160, patrón nucleolar moteado, hipocomplementemia, antiDNA y antiENA negativos, VSG 40, PCR 2,2; resonancia magnética cerebral con hemorragia putaminal y lesión hiperintensa en FLAIR y T2 en surcos fronto-temporales bilaterales. Última vacunación para SARS-CoV-2 el 04/08/2021. Presentó crisis convulsivas, traumatismo craneoencefálico, disnea, palidez, crepitantes bibasales y somnolencia, Hb: 4,8, plaq: 9000, GB: 10200, Coombs directa ++++, APP 28%, KPTT 150", LDH 1044, BI 2,23, creatinina 1,41, urea 54, Rx de tórax: compatible con neumonía bilateral, ingresó y recibió inicialmente dexametasona 8 mg/8 hs y múltiples transfusiones, luego fue tratado con metilprednisolona (MPDN) 500 mg IV/3 días, romiplostim y MPDN 60 mg/d, la punción de la médula ósea resultó en medulograma normal. Ecocardiograma doppler: aI aumentada de tamaño, Fey VI del 70% y PSAP normal. Ecografía abdominal: eje esplenoportal normal; C3 41, C4 4, ANA(-), ACL y B2-GP1 en títulos elevados. Se añadió hidroxicloroquina 400 mg/día y rituximab (RTX) 500 mg/semana IV x 4. Fue dado de alta con GB 3900, Hb 11 y plaq 49000. En el 2° ingreso presentó fiebre, GB 1900 (Li 58), Hb 12,7, plaq 39000. TAC pulmonar mostró infiltrados bilaterales, tras descartar enfermedad infecciosa recibió filgrastrim + MPDN 500 mg IV x3. En control por consultorio externo mostraba Hb 12.8, GB 8760, plaq 32000. 3er ingreso: fiebre y leucopenia (GB 500), Hb 13.1, plaq 11000, VSG 16, BT 1.68, BI 1.29, LDH 261. Se detectó IgG y IgM para CMV, por lo que se indicó foscarnet durante 7 días + MPDN EV 500mg x 3 + gammaglobulinas EV (IgEV) 400 mg/kg/día x 5 días. Fue dado de alta con GB 10580 (NS 88, Li 9), Hb 11 y plaq 34000. El último ingreso presentó fiebre de 4 días, rinorrea, disnea, pancitopenia severa y NAC bilateral con falla multiorgánica; fue tratado con varias transfusiones, ATB empírica y MPDN 500 mg IV x 3 + IgEV 400 mg/kg/día x 5 días, sin respuesta y con el óbito del paciente.
CONCLUSIONES: Presentamos este reporte de caso que muestra la gravedad y desenlace fatal del S de Evans + LES + SAF pese al tratamiento.

1993

VASCULITIS POR IGA CON AFECTACIÓN RENAL EN UN PACIENTE DE 84 AÑOS

Camila LIZARRAGA, Lucia Degioanni, Florencia Bordón, Elisa Novatti, Ana Cecilia Álvarez, Diego Baenas, Alejandro Alvarellos, Francisco Caeiro, Verónica Saurit

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

I**NTRODUCCIÓN:** Se ha considerado que la nefropatía por IgA afecta predominantemente a niños y adultos jóvenes. Estudios recientes sugieren que la incidencia está aumentando entre los adultos mayores. Las causas de este cambio epidemiológico no están claras. Los pacientes mayores con nefropatía por IgA muestran tasas más altas de hipertensión, función renal más deficiente y grados más altos de fibrosis tubulointersticial en la biopsia renal. Solo unos pocos informes se han centrado en las características clínicas e histológicas en pacientes de edad avanzada, incluida su respuesta al tratamiento. Se presenta el caso de un paciente con púrpura de Henoch-Schönlein con afectación renal a los 84 años de edad.
CASO: Paciente de 84 años con antecedente de fibrilación auricular anticoagulado e hipertensión arterial. Derivado de localidad de origen por síndrome anémico con requerimiento transfusional, falla renal y lesiones purpúricas en piel de 10 días de evolución. Se realiza laboratorio: Gb 4800 Hb 8,8 VCM 74,7 Cr 2,4 GGT 88 PCR 6.3, orina completa y sedimento: Hb+++ hematíes más de 30 x campo, índice prot/cr 1,35 mg/dl. Ecografía renovesical: riñones de tamaño, morfología y ecoestructura normales. Serología para HIV, VHC, VHB negativas. Se realiza VEDA: gastropatía congestiva. Angiodisplasia gástrica. Termocoagulación. Se solicita ANA, ANCA, ENA, Anti-RO, LA, SM, RNP, DNA, Anti-cardiolipina IgM e IgG, Anti B2 glicoproteína 1 IgG e IgM, inhibidor lúpico, crioglobulinas negativos. FR <10, C3: 100, C4: 19, CEA 3,8. Se realiza proteinograma por EF: normal. Realizamos biopsia de glándulas salivales menores que informa sialoadenitis crónica leve, clasificación Chisholm y Mason grado 1. Se solicita IgA: 684 (valor normal: 60-350 mg/dl). Se realiza biopsia de lesión purpúrica de miembro inferior derecho que informa vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA en paredes capilares (inmunofluorescencia). Por sospecha de nefropatía por depósitos de IgA, se realiza biopsia renal. Se inicia

Imagen: Lesiones purpúricas del pie izquierdo.

tratamiento con prednisona 10 mg/día. Intercurre con neumonía leve por SARS-CoV-2. Recibimos resultados de biopsia renal que informa nefropatía por IgA, glomeruloesclerosis global del 7%, fibrosis intersticial y atrofia tubular leve, inflamación intersticial crónica leve. Se decide realizar pulsos de metilprednisolona posterior a la resolución de neumonía por SARS-CoV-2.
CONCLUSIONES: La vasculitis por Ig A, también conocida como púrpura de Schönlein-Henoch, puede presentarse, con menor frecuencia, en adultos mayores. Se presentó este caso clínico para tener en cuenta esta patología dentro del diagnóstico diferencial ante lesiones purpúricas y falla renal en la edad adulta.

1998

PRESENTACIONES DE ENTERITIS LÚPICA

Carola SOLÍZ CORDERO, Demelza Yucra Bobarin, Laura Lucía Holguín Arias, Alejandro Brigante, Adriana Hamaui, Diana Dubinsky

SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: Los síntomas gastrointestinales (GI) se presentan en el 50% de los pacientes con LES durante el curso de la enfermedad y pueden afectar desde la mucosa oral al recto. La enteritis lúpica fue descrita por Hoffman y Katz en 1980, la prevalencia es 0.2-14.2% en países del oeste, y 2.5-9.7% en Asia. Las manifestaciones más comunes son: dolor abdominal (80-100%), diarrea (30-60%) y vómitos (60-80%). La TC se caracteriza por presentar el signo de diana, signo del peine y aumento de la atenuación de la grasa mesentérica se puede asociar con edema de vesícula, nefromegalia, engrosamiento de las paredes de vejiga.
OBJETIVOS: Se presentan 3 casos de enteritis lúpica con diferentes cuadros de presentación.
CASO 1: Debut con suboclusión intestinal. Femenina de 18 años, sin antecedentes. Ingresa por cuadro de 17 días, de disuria, dolor en hipogastrio, sedimento con leucocituria, ecografía con nefromegalia y escaso líquido libre en Douglas. Recibió tratamiento con ciprofloxacina. Evolucionó con distensión abdominal, náuseas y vómitos, se interna. EF: pilotracción positiva, puño incompleto, artritis en rodillas, abdomen doloroso a la palpación, RHA ausente y Blumberg presente. Derrame pleural bilateral. Laboratorio: Hto 28% Hb 8,9 mg/dl no hemolítica, plaquetas 91000 mm^3, ESD 61 mm/h Criterios de clasificación LES ACR/EULAR 2019 (15): FAN 1/1280 moteado grueso, alopecia (2), artritis (6) efusión pleural (5), trombocitopenia (4), hipocomplementemia (C3: 38, C4: <2) (4). DNA, B2GP y ACL neg. SLEDAI: 11. Inicia pulsos de MPN de 500mg por 3 días, con resolución del cuadro abdominal y ciclofosfamida (CYC) 500 mg ev.
CASO 2: Dolor abdominal crónico. Femenina de 28 años con antecedentes de asma en la infancia. Inició 4 meses previos con alopecia, rash malar, xerostomía, en estudio ambulatorio por SSj. FAN1/320 moteado, anti Ro +, y Bx glándula salival: Chisholm y Mason grado 2. Múltiples internaciones por dolor abdominal. VCC: Ileitis terminal. Bx de íleo: Hallazgos inespecíficos. Laparotomía exploradora y apendicectomía. Se interna por cuadro de progresión de epigastralgia, asociado a náuseas y vómitos. EF: pilotracción positiva, rash malar, abdomen RHA hipoactivos, doloroso a la palpación. Criterios de clasificación LES ACR/EULAR 2019 (10): FAN 1/320 moteado fino, Hipocomplementemia (4), lupus cutáneo agudo (6). AFL negativos. SLEDAI: 6. Inicia pulsos de MPN de 250 mg por 3 días, con resolución del cuadro, plan de CYC.
CASO 3: Diarrea crónica. Femenina de 35 años, con Dx de LES 2004, con nefritis lúpica (CYC x 6 y requerimiento de TRR). ACV isquémico con secuela de plejia BC izquierda. Síndrome convulsivo. Se interna por hipocalcemia severa en contexto de diarrea acuosa de 6 meses de evolución. Coprocultivo y parasitológico negativos. Alfa 1 antitripsina: 0.89 (normal). CMV IgG+/IgM negativos. SLEDAI: 0. TC de abdomen. Engrosamiento circunferencial y difuso regular de las paredes del colon en toda su extensión. Atenuación de grasa mesentérica. FEDA: gastritis erosiva hemorrágica, duodenitis. VCC: mucosa edematizada, friable a la insuflación. Pancolitis inespecífica. Ecografía: Riñones disminuidos de tamaño. Eco TT: IT moderada, PSAP 42 mmHg. Angiotc de tórax: Negativo para TEP. En acuerdo con Gastroenterología, con sospecha de enteropatía lúpica, se indican pulsos de MPN 250 mg por 3 días, plan CYC.
RESULTADOS: Se presentan distintas manifestaciones de enteritis lúpica, con signos tomográficos característicos y buena respuesta inicial al tratamiento con pulsos de MPN.
CONCLUSIONES: En presencia de mujeres jóvenes con dolor abdominal, con estudios negativos para infección, enteropatía por gluten, se debe sospechar origen autoinmune y realizar *screening* de LES. Las manifestaciones GI no forman parte del índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI) y pueden ser subestimadas. El reconocimiento temprano y tratamiento con altas dosis de corticoides pueden prevenir complicaciones como la perforación y la muerte.

2003

DETECCIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ARTRALGIAS Y ANÁLISIS COMPARATIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR VÍAS TRADICIONALES

Jonatan Marcos MARECO

HOSPITAL ITALIANO LA PLATA

I**NTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) constituye el prototipo de enfermedad autoinmune sistémica. Sus múltiples formas de presentación y la posibilidad de afectar a cualquier órgano pueden ocasionar consultas a diferentes especialistas, demoras y dificultades diagnósticas. La evaluación integral de pacientes con artralgias es fundamental puesto que muchas veces constituye la forma de presentación de enfermedades muy disímiles entre las que se encuentra el LES. El diagnóstico temprano presenta implicancias pronósticas por lo que se torna prioritario.
OBJETIVOS: Estimar la frecuencia de nuevos diagnósticos de LES en una cohorte de pacientes que consultan por artralgias entre 2018-2021. Analizar las diferencias entre características clínicas, de laboratorio e imágenes entre pacientes con LES diagnosticados a través de un programa de evaluación integral de pacientes con artralgias y aquellos diagnosticados por otros métodos (cohorte histórica 2012-2018). Analizar la diferencia en meses entre la primera consulta y el diagnóstico final de LES en las diferentes cohortes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectiva, donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por poliartralgias a un programa de evaluación integral de pacientes (Reumacheck) y culminaron con diagnóstico final de LES (2018-2021), y pacientes diagnosticados como LES por medios de la práctica habitual (2013-2021). Los pacientes del primer grupo fueron evaluados al basal con: estudios de laboratorio (incluyendo reactantes de fase aguda, FR (factor reumatoide), ACPA, y FAN), radiografías de manos y pies, ecografía de manos con técnica Doppler de poder y entrevista reumatológica 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 se evaluaron los resultados y se solicitaron diferentes métodos complementarios según criterio clínico (ENAs, Ac para SAF, etc). y se estableció o no el diagnóstico definitivo LES. Los datos obtenidos se compararon con los de pacientes con LES diagnosticados por otros medios. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, test de chi², prueba exacta de Fisher, Test T de student y Mann Whitney y análisis multivariado entre los pacientes con LES diagnosticados a través de Reumacheck y los diagnosticados por otros métodos convencionales.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 207 pacientes con diagnóstico de LES, 79 (38%) diagnosticados a través del "Reumacheck" y 128 (61,8%) a través de formas convencionales. 93,7% eran femeninos en el grupo con chequeo vs 93,8% en el de dg tradicional, y la edad media fue de 20,41 (DS: 22.57) y 38,84 (DS 15.58) años respectivamente, La mediana global de demora al diagnóstico fue de 38 meses en los diagnosticados por reumacheck. El 60% del total presentaba comorbilidades. En los análisis multivariados las principales características diferenciales fueron tabaco (0,26 IC95 0,329- 0,609) en el grupo reumacheck y (0,5 IC95 1,351- 4,921) en el resto. Presencia de manifestaciones cutáneas.

CONCLUSIONES: La frecuencia de LES diagnosticados por Reumacheck entre 2018 y 2021 fue de 7.6% (79 pacientes). Se encontraron características diferenciales entre las dos cohortes evaluadas, siendo la media de demora entre la primera consulta y el diagnóstico, la presencia de manifestaciones cutáneas, renales, el antecedente de tabaquismo, la positividad de ac anti-Ro y anti-La, así como el mayor porcentaje de realización de clinimetría.

2008

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS CON ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS DE REFERENCIA

Gonzalo Martín BARROS[1], Ignacio López[1], Ramiro Adrián Gómez[2], Cecilia Battaglia[1], Eleonora Bresan[1], Marina García Carrasco[1], María Selva Pino[1], Gustavo Medina[1]

[1]HOSPITAL DE CLÍNICAS, JOSÉ DE SAN MARTÍN, [2]HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

I**NTRODUCCIÓN:** Las miopatías autoinmunes (MAI) son un grupo de enfermedades sistémicas caracterizadas por compromiso muscular y extramuscular inmunomediado. Los anticuerpos son fundamentales para el diagnóstico y se asocian a características clínicas particulares. En las MAI se describen "anticuerpos específicos de miositis" (AEM), presentes solo en estas enfermedades y autoexcluyentes entre sí, y "anticuerpos asociados a miositis (AAM)" menos específicos, frecuentemente coexistentes con otros anticuerpos y a menudo presentes en otras EAI. En los últimos años se reconoció la presencia de anticuerpos anti mitocondriales, subtipo M2 (AMA-M2) en pacientes con MAI asociándose con un curso progresivo crónico, afectación cardíaca (en ocasiones severa), respiratoria y atrofia muscular. La evidencia sugiere que los AMA-M2 pueden comportarse como un AAM con un fenotipo clínico particular.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, clínicas, serológicas y terapéuticas de una cohorte argentina de pacientes con MAI positivos para AMA-M2.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizó la base de datos de MAI (ACR/EULAR 2017) de nuestro centro desde 2017 hasta la fecha. Se incluyeron aquellos positivos para AMA-M2 por ELISA (M2 EP [MIT3], Inova Diagnostics®) o LIA (Myositis plus Orgentec®). Se revisaron manifestaciones clínicas, laboratorio, tratamiento y evolución para el análisis descriptivo de sus frecuencias (media y DS/mediana con RIC 25-75% o % según corresponda).

RESULTADOS: De 140 pacientes, 86 contaban con pruebas para detección de AMA-M2, 8 (9.3%) fueron positivos. 6 eran mujeres (75%), edad: 50.8 años (DE±9.2 años). La forma de presentación en 7 pacientes fue debilidad proximal y simétrica; 2 tuvieron atrofia muscular y 4 disfagia alta. El compromiso cutáneo (signo y pápulas de Gottron) se observó en el 50%. Se encontró asociación con otras EAI, colangitis biliar primaria (n=2), LES (n=1), esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren (n=1), tiroiditis de Hashimoto (n=1). No hubo malignidades. Tres pacientes tenían otros AEM/AAM (anti-Jo1 [n = 1]; anti-SAE1 [n = 1]; anti-Ku [n = 1]). Respecto de las manifestaciones de interés asociadas a MAI/AMA-M2, nuestra población mostró un curso crónico de la enfermedad muscular, 5 pacientes con una demora diagnóstica mayor a 1 año (media 33.9 meses [DE±41.03]). 5/8 (62.5%) presentó afectación cardíaca; 2 arritmias, un bloqueo AV completo. Otras manifestaciones fueron insuficiencia cardíaca (n=4) y miocardiopatía (dilatada [n=2] e hipertrófica [n=1]). Hubo una muerte por causa cardíaca, el paciente era positivo para anti-Jo1 y AMA-M2. La afectación pulmonar estuvo presente en 4 pacientes; 3 EPI y 2 con patrón espirométrico sugestivo de restricción. Hubo un óbito por causa respiratoria. Todos los pacientes recibieron corticosteroides en dosis bajas/medias. Otras terapias fueron hidroxicloroquina (n=2), metotrexato (n=2), micofenolato (n=2), ciclosporina (n=1), ciclofosfamida (n=1) y azatioprina (n=1). Un paciente requirió inmunoglobulina intravenosa por disfagia y pérdida del sostén cefálico. El 50% evolucionó hacia la remisión. La mediana de seguimiento fue de 25 meses (RIC: 33.5 meses).

Tabla: Características clínicas de especial interés en pacientes con AMA+.

N° pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8
Evolución crónica*	-	-	+	+	+	+	-	+
Compromiso cardíaco	-	+	+	+	-	-	+	+
Arritmias	-	-	+	+	-	-	-	-
Cardiopatía isquémica	-	-	-	-	-	-	-	-
Insuficiencia cardíaca	-	FEyC	FEyC	FEyD	-	-	FEyC	-
Miocardiopatía	-	-	MCD	MCD	-	-	-	MCH
Pericarditis	-	-	-	-	-	-	+	-
Evolución del compromiso cardiaco	-	Est	Emp	Óbito	-	-	Est	Est
Compromiso respiratorio	-	+	+	-	-	+	+	-
Patrón restrictivo (CVF <80%)	-	-	-	-	-	+	+	-
EPI	-	+	+	-	-	+	-	-
Evolución del compromiso respiratorio	-	Est	Est	-	-	Mej	Óbito	-
Atrofia muscular	-	-	-	-	+	-	-	+

*AMA+: anticuerpos antimitocondriales positivos; CVF: capacidad vital forzada; Emp: empeoramiento; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; Est: estabilidad; FEyC: fracción de eyección del VI conservada (>45%) FEyD: fracción de eyección del CI deteriorada (<45%); MCD: miocardiopatía dilatada; MCH: miocardiopatía hipertrófica; Mej: mejoría. *Se definió como evolución crónica a una duración de la enfermedad hasta el diagnóstico mayor o igual a 12 meses.*

CONCLUSIONES: La prevalencia de AMA-M2 en nuestra población se ubicó dentro del rango publicado en las cohortes revisadas y, al igual que en estas, la mayoría de nuestros pacientes fueron mujeres de mediana edad, con formas de presentación generalmente musculocutáneas. Las manifestaciones clínicas asociadas a MAI/AMA-M2 estuvieron presentes en nuestra población y fueron la causa de muerte de dos de nuestros pacientes (cardiológica y pulmonar), encontrándose asociación con AEM en uno de ellos. La atrofia muscular solo se observó en 2 pacientes. Se necesitan más estudios de cohortes con mayor número de pacientes para determinar la presencia de ciertas características clínicas y pronósticas de esta población. La pesquisa de AMA cobra relevancia cuando el objetivo propuesto es el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de este subtipo clínico de MAI a fin de mejorar la morbimortalidad asociada a sus complicaciones.

2016

MUJER DE 33 AÑOS CON FIEBRE, ADENOPATÍAS CERVICALES Y DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Florencia Juliana BORDÓN, Camila Lizarraga, Lucia Degioanni, Verónica Saurit, Francisco Caeiro, Elisa Novatti, Alejandro Alvarellos, Diego Baenas

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

I**NTRODUCCIÓN:** El síndrome de hiperinmunoglobulina D es un trastorno genético autosómico recesivo poco frecuente que se caracteriza por episodios febriles recurrentes típicamente asociados con linfadenopatía, dolor abdominal y un nivel elevado de inmunoglobulina D (IgD) policlonal en suero. El HIDS clásico se debe a una mutación compuesta heterocigota u homocigota en el gen de la mevalonato quinasa (MVK). El defecto genético subyacente no se conoce en la variante HIDS. La fiebre recurrente que no se debe a una infección es una característica clínica de varios trastornos que se conocen colectivamente como enfermedades autoinflamatorias. El HIDS es uno de los principales síndromes de fiebre periódica, un subconjunto de enfermedades autoinflamatorias mediadas por la activación del inflamasoma (inflamasomopatías). Se presenta por separado una descripción general de las fiebres periódicas y recurrentes y otras enfermedades autoinflamatorias.
CASO: Paciente femenina de 33 años, con antecedente de artritis desde los 3 años de edad y múltiples consultas por fiebre y dolor abdominal, ingresa por fiebre de 48 horas de evolución, asociado a dolor abdominal de intensidad 8/10, continuo, generalizado. Al interrogatorio se destaca la presencia de síntomas sicca y al examen físico se constata artritis simétrica de pequeñas articulaciones, aftas orales, nódulos subcutáneos, livedoreticularis, adenopatías cervicales y abdomen distendido con ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, doloroso generalizado sin signos de defensa ni peritonismo. En el laboratorio hemoglobina 10.8 g/dl, eritrosedimentación 55 mm/hora, aumento de transaminasas hepáticas y fosfatasa alcalina. Anticuerpos antifosfolípidos, antinuclear y antinucleares extraíbles negativos, anti músculo liso 1/160 y complemento normal. Marcadores tumorales CA125 23 U/ml (hasta 35 U/ml). En la tomografía axial computada de abdomen se observa distensión de asas intestinales, líquido libre interasas (serositis), hepato-esplenomegalia leve y múltiples adenopatías. Ante la evolución crónica del dolor abdominal con fiebre periódica, compromiso articular y adenopatías, luego de descartar enfermedades autoinmunes y oncológicos, se sospecha enfermedad autoinflamatoria, fiebre mediterránea familiar. Se inicia colchicina 1 mg/día y prednisona 20 mg/día, con buena respuesta. Como complicación desarrolla cuadro de abdomen agudo. Se sospecha quiste anexial complicado por dolor en FID y por ecografía se constata quistes conglomerados en ovario derecho, el de mayor tamaño mide 9x5 cm. Se realiza videolaparoscopia, se identifica abdomen bloqueado por adherencias entre las vísceras y la pared del abdomen. Se procede a disección y adhesiolisis. Se diseca ovario derecho fijo a fondo de saco de Douglas. Reintervención quirúrgica por abdomen agudo perforativo. En ambas cirugías se ponen de manifiesto las adherencias peritoneales, en paciente con cuadro de serositis recurrente. El estudio genético confirmó síndrome de hiperinmunoglobulina D (síndrome HIDS) por mutación en el gen que codifica la proteína mevalonato quinasa (MVK) generando déficit de la enzima mencionada.
CONCLUSIONES: Ante los cuadros recurrentes de dolor abdominal, serositis y fiebre recurrente con mejoría transitoria se decide iniciar tratamiento con canakinumab 150 mg/mensual, subcutáneo. Presenta mejoría significativa del cuadro general, desaparición de la fiebre periódica, disminución de las crisis de dolor abdominal, sin artritis. Además de la fiebre, el dolor abdominal puede ser la característica fundamental de un ataque y se observa en aproximadamente el 85% de los pacientes. El dolor puede estar acompañado de vómitos y/o diarrea. El nivel de dolor puede simular un abdomen agudo, y ha motivado apendicectomías y laparotomías exploratorias. Inevitablemente, se encuentra que el apéndice es normal. Se han encontrado adherencias abdominales en unos pocos casos y, a veces, son lo suficientemente extensas como para causar un íleo mecánico.

2017

OSTEOMIELITIS CRÓNICA MANDIBULAR POR ACTINOMICOSIS EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Graciela Nora RODRÍGUEZ, Fernando Arizpe, Claudia Pena, Mercedes García, Esteban Solari, Nicolás Hernández

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

INTRODUCCIÓN: Si bien las infecciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son frecuentes, la infección por actinomicosis maxilar es rara. Se ha descripto en pacientes inmunosuprimidos con HIV y tumores hematológicos, pero no hemos encontrado descripciones en pacientes con LES a excepción de un caso. Por otra parte, la actinomicosis es una infección considerada polimicrobiana ya que requiere la presencia de otra bacteria acompañante, usualmente anaerobios y Gram negativos. Esta coparticipación de especies colabora con la producción de toxinas o enzimas que terminan inhibiendo las defensas del huésped, aumentan el relativo bajo poder invasivo del *Actinomyces spp* y resultan en fallo al tratamiento. Usualmente se halla el antecedente de trauma o cirugía.
OBJETIVOS: Presentar un caso de osteomielitis maxilar por *Actinomyces spp* en una paciente con LES, su tratamiento y la resolución quirúrgica.
CASO: Paciente de sexo femenino de 39 años de edad con diagnóstico de LES desde el año 2010 con *rash* malar, fotosensibilidad, úlceras orales, linfopenia, FAN positivo en altos títulos, anti-DNA y Sm positivos, artritis, hipocomplementemia, fenómeno de Raynaud, lívedo reticularis y alopecia. Presenta síndrome antifosfolipídico (SAF) con inhibidor lúpico positivo e isquemias cerebrales múltiples por lo que se encuentra anticoagulada. En septiembre de 2019 estando en remisión del LES bajo tratamiento con baricitinib presenta dolor maxilar en el área de un molar extraído en 2018 y adenopatías submaxilares. Se le diagnosticó periodontitis y se le indicó curetaje periodontal suspendiéndose el baricitinib. Dada la mala evolución se decide realizar biopsia del maxilar que informa osteonecrosis con cultivo positivo para actinomices y *Escherichia Coli*. Se le realizó TAC de macizo facial donde se evidenció lesión radio lúcida paraapical con hueso expuesto. Por sospecha de infección crónica se indicó tratamiento con amoxicilina 1 g cada 8 horas y ciprofloxacina por tiempo prolongado. Por recurrencia de dolor y adenomegalias se realiza nueva toilette quirúrgica en 2020. Se realizó centellograma óseo con captación en región maxilar, columna dorsal, lumbar y tercio inferior de fémures que se interpreta como diseminación por *Actinomyces*. En 2021 curso internación en 2 oportunidades por presentar registros febriles y fístulas cutáneas submaxilares activas.

Se realizó nueva biopsia ósea que mostró osteonecrosis y tomografía computada con los siguientes hallazgos: heterogeneidad del maxilar inferior con reacción perióstica difusa, soluciones de continuidad al plano cutáneo sin colecciones y múltiples adenopatías latero cervicales bilaterales. Por persistencia del cuadro, se decide tratamiento quirúrgico. Se implanta placa de reconstrucción de maxilar inferior con tornillos (Imagen 1). La paciente evoluciona con cierre completo de las 4 fístulas y mejoría del dolor. Con respecto al LES, la paciente cursaba actividad leve de la enfermedad en tratamiento con hidroxicloroquina y acenocumarol, quedando suspendido el baricitinib.

Imagen 1: Placa de soporte (Foto de acto quirúrgico)

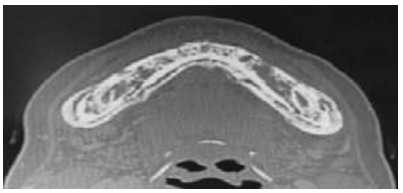


Imagen 2: TAC de hueso maxilar inferior que muestra rarefacción ósea en toda la extensión del mismo

CONCLUSIONES: El adecuado control de la salud bucal y el trabajo en conjunto con el odontólogo previo a maniobras invasivas, así como mantener las dosis más bajas de inmunosupresores o suspenderlos, es una condición necesaria para prevenir infecciones.

2018

ASOCIACIÓN DE EPID CON EL AC ANTI-RO52

Carola SOLÍZ CORDERO[1], Demelza Yucra Bobarin[1], Guillermina Rizzo[2], Adriana Hamaui[1], Silvia Quadrelli[2], Diana Dubinsky[1]

[1]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, [2]SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES

INTRODUCCIÓN: El ac anti-Ro52 se encuentra en varias enfermedades del tejido conectivo (ETC), con mayor frecuencia en MII y ES, a diferencia del ac anti-Ro60 observado en SSj y LES. Además de las miositis, se ha informado que el anti-Ro52 se relaciona con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en otras ETC, pero con discrepancia entre los estudios. La interpretación de un ac anti-Ro52 positivo aislado es un desafío como parte de la evaluación diagnóstica de EPID y puede ser la primera manifestación en ausencia de una ETC definida.
OBJETIVOS: Se presentan 2 casos clínicos de EPI como primera manifestación, con ac anti-Ro52 positivo.
CASO 1: Varón de 50 años. Extabaquista leve, sin exposición ambiental. HTA. Presentó cuadro de 4 meses de disnea mMRC 3, asociado a tos, astenia e infiltrados pulmonares patrón *crazy paving*, se interpretó en otra institución de origen autoinmune, y recibió corticoides sistémicos y ciclofosfamida de 1 g por 3 meses. Evolucionó con disnea en reposo y requerimiento de O2 por lo que se derivó a CABA. El interrogatorio reumatológico fue negativo. EF: hipoventilación generalizada con rales crepitantes y pectoriloquia en ambas bases, Sat O2 95% a 4L. Látex AR, Anti-CCP, FAN, Anti-DNA, Anti-RO, Anti-LA, Anti-Jo1, y ANCA negativos. C3: 128, C4: 36, HIV, VDRL, HVB, PPD, y Chagas negativos. Capilaroscopia con hallazgos inespecíficos. Eco doppler cardíaco: Fey 65%. TACAR (Imagen 1). Ante la progresión sintomática, se decidió iniciar 3 pulsos de metilprednisolona de 500 mg y luego se obtuvo resultado LIA miositis con anti-Ro52 positivo, apoyando la sospecha de origen autoinmune y se decidió indicar rituximab.

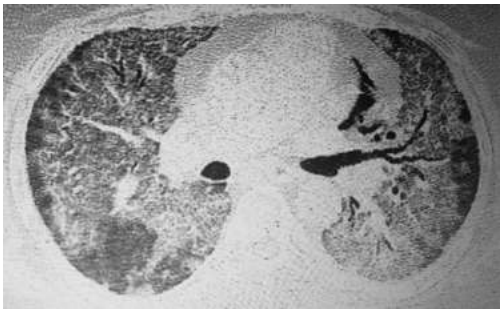


Imagen 1: Imágenes de vidrio esmerilado en diferentes segmentos pulmonares.

CASO 2: Femenina de 55 años. No tabaquista. Asma desde la infancia. Neumonía por SARS-CoV-2 en mayo de 2021. Presentó cuadro clínico de 6 meses de tos, artralgias, mialgias, pérdida de peso de 10 kg, disnea de esfuerzo que progresa a mMRC 4, y se internó. Al interrogatorio dirigido: disfagia para sólidos y artralgias. EF: manos edematosas, crepitantes bilaterales, fuerza muscular conservada. Látex, FAN, Jo1, Scl 70, anti CCP neg, CPK 158, aldolasa 9.3, VSG 33, PCR 60. Videodeglución: reflujo gastroesofágico. TACAR (Imagen 2). Espirometría: CVF 2.02 L (78 %), VEF1 1.33 L (63 %), FEV1/FVC 0.66 L (81%). Patrón obstructivo moderado con caída de la CVF. En contexto de datos sugestivos de miositis (aumento leve de aldolasa) y esclerodermia (disfagia, capilaroscopia SD temprano y reflujo gastroesofágico), con reactantes de fase aguda elevados y cuadro respiratorio progresivo, inició tratamiento con meprednisona 40 mg y micofenolato 2 g día. Posteriormente se obtuvo resultado de anti-Ro52 positivo, asociado a progresión de imágenes intersticiales, en plan de rituximab.

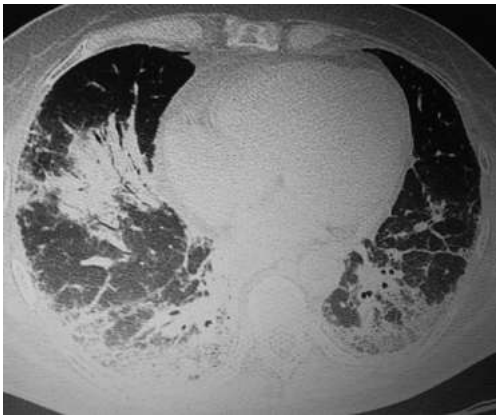


Imagen 2: Vidrio esmerilado, engrosamiento septal inter e intralobulillar subpleural y bronquiectasias.

RESULTADOS: Presentamos 2 casos con cuadro principal de EPID como primera manifestación y mala evolución. En un estudio de cohorte chino la distribución de pacientes con EPID, anti-Ro52 + y ETC fue de 37.1%, sin ETC de 10.9%, dentro de las ETC, la miositis se presentó en 85.4%. Los pacientes con anti-Ro60 + y anti-Ro52+, en comparación con tener aislado Ro52, tenían mayor probabilidad de desarrollar EPI. En la cohorte del H. de Massachusetts, las características clínicas y evolución de la EPI con anti-Ro52 aislado fueron similares a la EPI con anticuerpos específicos de miositis y se encontró alta mortalidad.
CONCLUSIONES: Muchos cuadros de EPI se acompañan de manifestaciones autoinmunes oligosintomáticas. Es relevante tener en cuenta el aumento muscular enzimático mínimo, con fuerza muscular conservada, el patrón tomográfico y la solicitud del ac anti-Ro52, a pesar de un resultado de FAN Hep 2 negativo, como orientadores del origen autoinmune para una decisión terapéutica oportuna.

2020

ENFERMEDAD DE GOODPASTURE: INFORME DE CASO

Gabriela Soledad RAMALLO, Alexis Cazaux, G Subils

HOSPITAL RAWSON

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Goodpasture (enfermedad anti-GBM) es una enfermedad rara, monofásica y grave, vasculitis de vasos pequeños caracterizada por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra la membrana basal glomerular (GBM) y la membrana basal alveolar. La presentación clínica más común de la enfermedad anti-GBM es una combinación de glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar (síndrome pulmón-riñón). Presentamos el caso de un paciente varón joven que desarrolló hemorragia alveolar sin insuficiencia renal. El único síntoma de afectación renal fue hematuria aislada. La escasa evidencia indica que el tratamiento se debe basar en un esquema de inmunosupresión con corticoides, ciclofosfamida y plasmaferesis.
OBJETIVOS: Presentación de un caso de una enfermedad poco frecuente.
CASO: Paciente masculino de 37 años de edad con antecedentes de obesidad, tabaquista, exconsumo de cocaína, acude al Servicio de Urgencias por malestar general, disnea y tos con expectoración sanguinolenta progresivos de una semana de evolución. Ingreso a unidad de cuidados intensivos (UTI) con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda 2° a neumopatía bilateral hipoxémica, requerimiento de ARM. Inicialmente recibió tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, sin lograr aislamientos microbiológicos. A través del estudio complementario, se constata anemia, hematuria microscópica y en tomografía computada de tórax infiltrado intersticio alveolar difuso bilateral por lo que el diagnóstico clínico fue síndrome pulmón-riñon. Se confirma diagnóstico de enfermedad de Goodpasture por serología, anticuerpos anti-GBM positivos. Recibió tratamiento con glucocorticoides, ciclofosfamida, plasmaféresis.
RESULTADOS: La función renal se mantuvo estable y disminuyó hematuria. El estado del paciente mejoró y el nivel de anticuerpos séricos contra la membrana basal glomerular descendió de 28 a 3.5 U/mL (rango normal: <10 U/mL). Continúa bajo ventilación mecánica, con tratamiento de sostén e inmunosupresor. Se encuentra pendiente la realización de biopsia renal.
CONCLUSIONES: Es una enfermedad rara y potencialmente mortal, cuyo pronóstico depende en gran medida del diagnóstico y tratamiento temprano y del grado de daño de órgano diana al momento de la presentación. Se debe tener un alto índice de sospecha clínica en pacientes con síndrome pulmón-riñón y tenerla en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de neumopatía bilateral hipoxémica. El tratamiento se encuentra discutido, pero este paciente tuvo buena evolución con la instauración del esquema terapéutico recomendado, corticoides, plasmaferesis y ciclofosfamida.

2025

SÍNDROME DE *OVERLAP* EN HÍGADO DE INICIO POSINFECCIÓN POR COVID-19

Nancy Iris RUIZ CASANOVA, Thomas Bevan, Valeria Pedano, Mariano Barnetche, Valeria Moreno, Silvia Mengarelli

HOSPITAL SAN ROQUE

INTRODUCCIÓN: El virus COVID-19 a través del mimetismo molecular y su respuesta inflamatoria podría gatillar la aparición o exacerbar los síntomas de enfermedades autoinmunes en personas genéticamente susceptibles.
OBJETIVOS: Comunicar un caso de síndrome de *overlap* en hígado: hepatitis autoinmune y colangitis biliar primaria en una paciente después de una infección por COVID-19.
CASO: Mujer de 33 años que ingresa por trombocitopenia e infección urinaria. Antecedentes patológicos: artritis meses previos a la infección por COVID-19 con laboratorios sugestivos de enfermedad autoinmune, lupus eritematoso sistémico (LES) y púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), tratada con hidroxicloroquina, corticoides y aspirineta 100 mg/día, tratamiento que abandona meses antes de su admisión. Antecedentes familiares: madre con artritis reumatoidea. En su internación se solicita laboratorio: plaquetas 14.000, orina con piuria. Se transfunden plaquetas, se administran antibióticos, se solicita también laboratorio inmunológico. Se indica hidroxicloroquina 200 mg cada 12 horas y corticoides en dosis decrecientes. Paciente evoluciona favorablemente y ante la sospecha de enfermedad hepática autoinmune se solicita biopsia.
RESULTADOS: Biopsia hepática: microscopía óptica: tejido hepático que conserva su arquitectura, espacios portales con leve infiltrado mononuclear sin compromiso de interfase hepatocitaria, se observa leve fibrosis y se reconoce leve ductulitis, no hay ductopenia, hepatocitos sin atipia, mínima esteatosis en gotas en menos del 1%. No se observa colestasis. No hay malignidad ni granulomas. ISHAK/KNODEL MODIFICADO: I. Actividad necroinflamatoria: 2; A. Necrosis erosiva: 0; B. Necrosis confluente: 0; C. Necrosis lobulillar. 1; D. Inflamación portal: 1; II. Grado de fibrosis: 0; Sistema METAVIR; I. Actividad histológica score: 1; A. Necrosis erosiva: 0. Diagnóstico: hepatitis autoinmune + colangitis biliar primaria.
CONCLUSIONES: La evidencia de autoinmunidad mediada por COVID-19 puede ser considerada una complicación seria que puede asociarse a un peor pronóstico. Por lo tanto, un diagnóstico temprano esPesencial para controlar y prevenir la incidencia o exacerbación de manifestaciones autoinmunes.

Tabla 1: Julio de 2021

Anticuerpos	Resultados
IGM anticardiolipina	36
IGG anticardiolipina	4
IGM anti-B2GP1	32
IGG anti-B2GP1	1
ANA (+)	Patrón granular fino 1/80
Anticuerpos anticitoplasmásticos	>1/640 patrón reticular
AMA (IIF)	>1/320
AMA (LIA)	Positivo

Tabla 2: Junio de 2022.

Anticuerpos	Resultados
IGM anticardiolipina	62
IGG anticardiolipina	12
IGM anti-B2GP1	36
IGG anti-B2GP1	1
ANA (+)	
Anticuerpos anticitoplasmáticos	>1/640 patrón reticular
AMA	>1/80
M2	Positivo

2026

SIGNOS DEL HALO Y MEDIA LUNA DE AIRE: ¿ASPERGILOSIS Y/O VASCULITIS PULMONAR? EL DESAFÍO EN UNA EMERGENCIA REUMATOLÓGICA

José Javier ASTUDILLO ANDRADE, Georgina Chesini, Gustavo Calderón

SANATORIO FRANCHÍN

INTRODUCCIÓN: El sistema respiratorio puede afectarse en las vasculitis sistémicas, aunque con mayor frecuencia en las vasculitis asociadas a ANCA (VAA). Pueden causar desde hemorragia alveolar difusa hasta lesiones nodulares, granulomas y cavitaciones.
OBJETIVOS: Demostrar la importancia de correlacionar los datos clínicos del paciente con los patrones tomográficos pulmonares.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Datos extraídos de la historia clínica del paciente.
CASO: Mujer de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica no dialítica de causa desconocida, acude a urgencias presentando tos con expectoración hemoptoica de 2 días de evolución y progresión de su disnea habitual. Como primera medida se realizó una prueba rápida de detección de antígenos para SARS-CoV-2, la cual resultó positiva. La TAC de tórax mostró: A) lesiones nodulares de distribución centrolobulillar sin engrosamiento septal, con presencia de un área de atenuación en vidrio deslustrado a su alrededor (signo del halo), y B) lesiones cavitadas de paredes gruesas, con masas intracavitarias que ocupan parcialmente el interior de la cavidad y que están separadas de sus paredes por un anillo de aire (signo de la media luna de aire). Al interrogatorio directo, el paciente refirió pérdida de peso de aproximadamente 20 kg en los últimos 4 meses, astenia y adinamia. Resaltaban en sus paraclínicos: Hb 5,3 g/dl, urea 222 mg/dl, creatinina 4,47 mg/dl, RAC de orina al azar 900, PH 7.26, HCO3 9. Se plantearon diagnósticos diferenciales de enfermedad inflamatoria sistémica (AAV) vs enfermedad infecciosa (tuberculosis, aspergilosis), para lo cual se solicitaron marcadores de ambas enfermedades. Al día siguiente fue trasladada a UCI por presentar *shock* distributivo refractario a vasopresores, asociado a disfunción multiorgánica e hipoxemia severa. A pesar de hemodiálisis, pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulinas, la paciente falleció horas después. A los pocos días se recabaron los estudios solicitados: antígeno sérico de galactomanano negativo, c-ANCA + 1/500, Anti-PR3 + 90 U/ml.

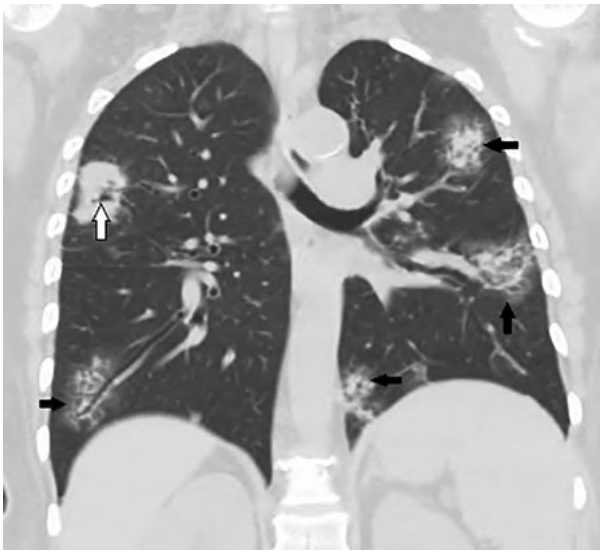


Imagen 1: Nódulos con el signo "del halo" (flechas negras) en ambos pulmones; otro con pseudocavitación (flecha blanca).

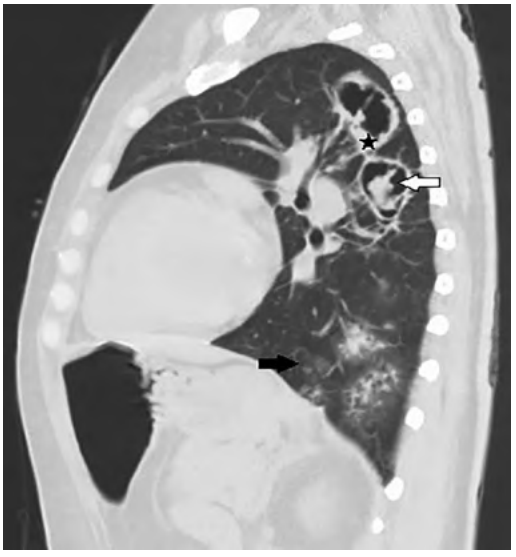


Imagen 2: Lesión cavitada con una masa sólida que ocupa parcialmente su interior, separada de su pared por un anillo de aire o signo "de la media luna de aire" (flecha blanca), con engrosamiento de la pleura adyacente (estrella); signo "del halo" (flecha negra).

CONCLUSIONES: El signo del halo no tiene implicación pronóstica ni es patognomónico de Aaspergilosis, ya que se puede observar en diferentes procesos, entre ellos la granulomatosis con poliangitis. A medida que avanza la enfermedad, los nódulos pueden cavitarse, el parénquima necrótico se desprende del parénquima sano circundante formando una media luna de aire similar a la descrita en el aspergiloma. Por lo tanto, el diagnóstico debe hacerse integrando todos los hallazgos de la TC de tórax con el contexto clínico del paciente.

Pediatría

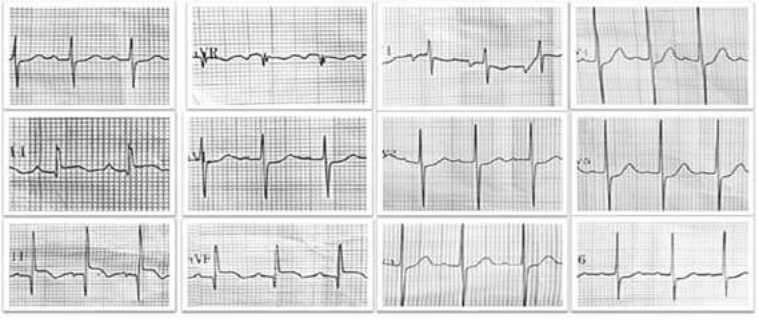
1744

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Victoria ARISPE, Vanesa Cervetto, María Isabel Brusco, María Marcantoni, Alejandra Pringe

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, caracterizada por sucesos trombóticos, tanto venosos como arteriales, y complicaciones obstétricas que afectan órganos y sistemas en pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos (aPL) positivos. En Pediatría se pueden encontrar manifestaciones tales como trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, microangiopatía trombótica renal, livedo reticularis, corea, entre otros. Sin embargo, se han reportado pocos pacientes con manifestaciones cardíacas.
OBJETIVOS: Discutir un paciente con infarto agudo de miocardio (IAM) como primera manifestación de SAF.
CASO CLÍNICO: Paciente de 5 años, femenino, estudiada desde los 4 años por el Servicio de Hematología debido a cuadro de anemia hemolítica (Coombs+) y alteración en el coagulograma (KPTT/Quick), asintomática desde el punto de vista clínico. Consulta por decaimiento generalizado, requiriendo la internación por agravamiento de su anemia y persistencia en la alteración del coagulograma. Al examen físico presenta mal estado general, palidez cutánea, astenia, inestabilidad hemodinámica, no serositis ni visceromegalias. En el estudio inmunológico se encuentra hipocomplementemia severa, FAN +1/1280 homogéneo, FR negativo, Anti-DNA +1/20, Ro+, aCL IgM/G+, B2GP IgM >300, B2GP IgG 27, Anticoagulante lúpico +++, VDRL 8dils. Coombs directa: +++. Resto de parámetros de laboratorio sin hallazgos positivos. Vit B12: 167.7 pg/ml. Realiza una primera evaluación cardiológica en la que se evidencia mínimo derrame pericárdico. Coronarias normales. Se asume como cuadro compatible con SAF, no cumpliendo con los criterios clínicos para lupus eritematoso sistémico juvenil asociado, por lo que el Servicio de Hematología inicia tratamiento con TGRD y pulsos de metilprednisolona, continuando luego con meprednisona a 2 mg/kg/día VO. Durante el transcurso de su internación presenta episodio de dolor precordial con irradiación hacia ambos miembros superiores que responde a doble dosis de AINEs y morfina, siendo nuevamente evaluada por Cardiología donde se constata en ECG supradesnivel ST en cara inferior D2-D3 y aVF con Q patológicas, infradesnivel del ST en cavidades derechas (V3, V4R, V1, V2) y cara lateral, ecocardiograma: disquinesia de SIV con contractilidad de cara posterior, coronaria izquierda 0.34 máximo en su origen y trayecto. Enzimas cardíacas: troponina: 17750 ng/ml, CPK-Mb elevada, asumiéndose como infarto agudo de miocardio (IAM), pasa a UTIP para monitoreo cardíaco e inicio con enoxaparina 2 U/kg/día cada 12 hs SC, gammaglobulina 1g/kg y esteroides vía oral como tratamiento de su SAF y sostén del evento isquémico. En los siguientes controles, como secuela cardiológica, se evidencia miocardiopatía dilatada de 4 mm, IM moderada 18 mmHg. A la fecha en tratamiento con enalapril y espironolactona, se rotó a AAS y acenocumarol, con esteroides en descenso.



Electrocardiograma

CONCLUSIONES: El IMA es una presentación no reportada hasta la fecha de SAF en pacientes pediátricos. La presentación de este caso clínico resalta la importancia del compromiso sistémico de este síndrome y la necesidad de monitorizar órganos nobles.

1745

COMPROMISO TRAQUEOBRONQUIAL EN PACIENTE CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío HERNÁNDEZ, Isabel Brusco, Alejandra Pringe, Verónica Rodríguez, Patricio Bellia Munzon

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** La policondritis recidivante (PR) es una rara enfermedad inflamatoria, sistémica, de etiología desconocida, con un curso recurrente remitente, con brotes de enfermedad de frecuencia y gravedad variables, y evolución impredecible. Afecta principalmente el tejido cartilaginoso y las estructuras ricas en proteoglicanos, con afectación significativa de oídos, nariz y árbol traqueobronquial. Las lesiones también pueden ocurrir en tejidos extracartilaginosos, incluidos los ojos, oído interno, corazón, piel, sistema nervioso central, articulaciones y paredes de los vasos. El inicio de la enfermedad suele ser entre los 30 y los 60 años, aunque se han descrito formas pediátricas y geriátricas. El diagnóstico de la PR es un desafío dado que presenta un inicio de enfermedad insidioso y faltan biomarcadores confiables. La tomografía computarizada y la resonancia magnética juegan un papel importante en el diagnóstico de PR, revelando anomalías del árbol laringo traqueobronquial y la aorta. Las principales causas de muerte son colapso de las vías respiratorias, infección del tracto respiratorio, enfermedad de las válvulas cardíacas y la aorta, vasculitis sistémica, cáncer y trastornos hematológicos. El tratamiento inicial consiste en glucocorticoides (GC) y se utilizan para casi todas las manifestaciones en cualquier etapa de la enfermedad. En pacientes con PR, con síntomas potencialmente mortales o enfermedad refractaria a/GC, están indicados los agentes inmunosupresores o inmunomoduladores.

Imagen 1

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una niña con policondritis recidivante que durante el trascurso de la enfermedad presentó compromiso traqueobronquial severo.
CASO CLÍNICO: Paciente de 10 años con síndrome de Moebius traqueostomizada al nacer, con diagnóstico de policondritis recidivante a los 4 años de vida, con compromiso nasal (nariz en silla de montar) auricular y ostecartilaginoso a nivel de pie y tobillo derecho, en seguimiento en nuestro Servicio, recibiendo como tratamiento meprednisona 0.5 mg/kg/dosis, colchicina 1 mg/día y azatioprina 3 mg/kilo/día. Ingresa a terapia intensiva de nuestro hospital por presentar cuadro febril asociado a dificultad respiratoria e inestabilidad hemodinámica, con requerimiento de ARM, por lo que se realizan estudios complementarios donde presenta laboratorio con anemia, hiperplaquetosis, procalcitonina positiva, radiografía de tórax (Imagen 1) donde se evidencia neumonía izquierda y se medica con antibioticoterapia de amplio espectro con mejoría infectológica, pero persistencia de altas presiones ventilatorias. Se realiza endoscopia respiratoria donde se observa colapso en bronquio izquierdo con edema y mucosa de aspecto normal y TACAR de tórax (Imagen 2) donde se detecta engrosamiento parietal concéntrico de la vía aérea a expensas principalmente de la porción distal de la tráquea, carina y porción proximal de los bronquios fuente a predominio del izquierdo, presentando este último, obstrucción casi total de su luz. En parénquima pulmonar, consolidación parenquimatosa con componente atelectásico a nivel del LII asociada a múltiples bronquiectasias (lo que sugiere proceso de larga data) y derrame pleural (concordante con proceso agudo agregado). Se valora como intercurrencia respiratoria con recaída de la enfermad, se indican 3 pulsos de metilprednisolona 30 mg/kg y etanercept 25 mg subcutáneo semanal con franca mejoría del cuadro clínico pudiendo salir de ARM, quedando con BPAP nocturno, por lo que se indicó alta hospitalaria con internación domiciliaria.

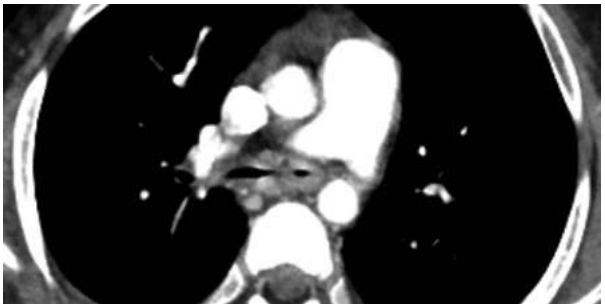


Imagen 2: Engrosamiento parietal concéntrico de la vía aérea.

CONCLUSIONES: La PR es una enfermedad rara y de diagnóstico esencialmente clínico, por lo que la sospecha clínica, la anamnesis y la exploración física son fundamentales para establecer su diagnóstico. El tejido cartilaginoso de la laringe, tráquea o árbol bronquial también puede afectarse en esta entidad clínica provocando afectaciones potencialmente graves que requieren una rápida intervención terapéutica. En pacientes con RP con síntomas potencialmente mortales o enfermedad refractaria, están indicados los agentes inmunosupresores o inmunomoduladores como el etanercept.

1746

ENFERMEDAD DE HUNTER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío HERNÁNDEZ, Gabriela Necul, Vanesa Cervetto, Isabel Brusco, Alejandra Pringe

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Hunter es una patología con herencia recesiva ligada al cromosoma X que afecta casi exclusivamente a varones y se debe a la deficiencia de la enzima iduronato 2-sulfatasa. Se estima que afecta a 1 de cada 170.000 varones nacidos vivos. El fenotipo es heterogéneo, por lo que su espectro clínico es amplio y oscila entre dos extremos clásicamente reconocidos como forma atenuada y grave. Todos muestran compromiso sistémico progresivo, fascie dismórfica, engrosamiento de tejidos blandos y cartílagos, hipertricosis, pelo áspero, duro y seco, macroglosia y hepatoesplenomegalia. La progresiva artropatía lleva a rigidez y contractura en flexión de articulaciones grandes y pequeñas, con las típicas manos en garra y alteración grave de la funcionalidad. Pueden presentar engrosamiento de válvulas cardíacas, deterioro cognitivo y retardo mental. En la forma atenuada, los signos clínicos comienzan más tarde con preservación de la inteligencia y supervivencia, por lo general, hasta la adultez. El síndrome del túnel carpiano es frecuente y pueden presentar paquimeningitis hipertrófica. La causa de muerte, en ambas formas, es insuficiencia respiratoria o falla cardíaca. El diagnóstico bioquímico es con excreción de glucosaminoglucanos (GAG) urinarios y el confirmatorio se establece al demostrar la deficiencia de la actividad enzimática y diagnóstico molecular.
OBJETIVOS: Describir el caso clínico de un niño de 9 años cuyo motivo de consulta fue dolor articular de larga evolución.
CASO CLÍNICO: Varón de 9 años, derivado por pediatra de cabecera por presentar dolor e inflamación en ambas manos, de 2 años de evolución, que no mejoran al transcurrir el día y que intervienen con las actividades de la vida cotidiana. Al examen físico presenta puente nasal deprimido, labios gruesos, pelo tosco, contracturas musculares con rigidez articular de hombros, codos, carpos e interfalángicas y carpos engrosados a expensas de partes blandas. A nivel de miembros inferiores, *genu* valgo bilateral. Se plantean como diagnósticos diferenciales, enfermedad de tejido conectivo vs enfermedad metabólica de depósito lisosomal, y se solicitan estudios complementarios, incluyendo valoración cardiológica con ecocardiograma con aorta tricúspide asimétrica con insuficiencia valvular, RX de huesos largos con disostosis múltiple (Imagen 1 y 2) y RMN de cerebro, y médula ósea donde se constata disminución segmentaria de diámetro anteroposterior de C3, C4 y C5. Dosaje enzimático en gota de sangre en papel de filtro deficiente para iduronto sulfatasa, el cual se confirma con dosaje en leucocitos y con cromatografía de GAG en orina. Con diagnóstico de enfermedad de Hunter, se deriva a Servicio de Neurometabólica donde se inicia tratamiento con terapia de remplazo enzimático.

Imagen 1

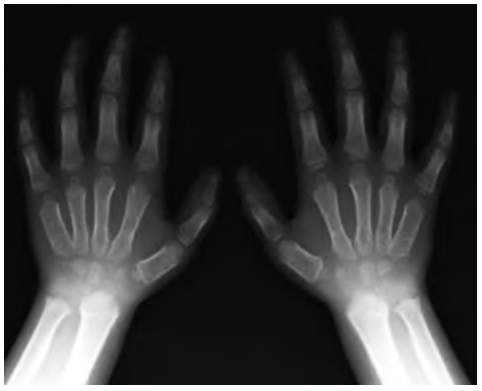


Imagen 2

CONCLUSIONES: La enfermedad de Hunter es una enfermedad poco frecuente, siendo el diagnóstico diferencial de patologías del tejido conectivo. Se requiere, de parte del reumatólogo infantil, un alto índice de sospecha que permita realizar un diagnóstico temprano dado que el inicio precoz del tratamiento condiciona el pronóstico del paciente.

1750

ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA CON COMPROMISO RESPIRATORIO Y OFTALMOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

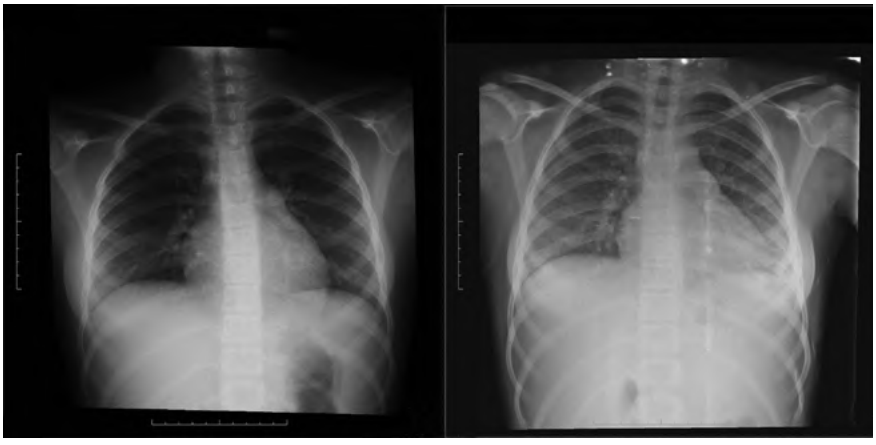
Valeria GONZÁLEZ OSLER, Isabel Brusco, María Marcantoni, Pringe Alejandra

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda, autolimitada, de causa desconocida, que afecta predominantemente vasos de mediano calibre, con predilección por las arterias coronarias. Es la segunda vasculitis más frecuente en la infancia. Predomina en niños asiáticos, menores de 5 años y varones. Si bien es una enfermedad autolimitada, cierto porcentaje de pacientes sin tratamiento puede desarrollar aneurismas arteriales coronarios como secuelas. Se caracteriza por la presencia de fiebre, conjuntivitis no exudativa bilateral, eritema de los labios y la mucosa oral, cambios en las extremidades como eritema o descamación, *rash* y adenopatía cervical. El diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki se basa en criterios diagnósticos clínicos. Las manifestaciones en niños mayores y adolescentes suelen ser variables y no específicas. Al ser una vasculitis sistémica puede afectar múltiples órganos. El compromiso respiratorio fue reportado únicamente en pequeñas series de casos; suele manifestarse con síntomas leves como tos y taquipnea, sin requerimiento de oxígeno o incluso ser asintomático. En las imágenes se puede observar derrame pleural, infiltración peribronquial e intersticial. A nivel oftalmológico, se ha descrito principalmente compromiso de la cámara anterior con resolución subaguda. Estos hallazgos, al ser poco frecuentes, suelen demorar el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento de la enfermedad de Kawasaki.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una paciente con enfermedad de Kawasaki atípica que se manifestó clínicamente con hepatitis, neumonía e hipoxemia y edema de papila.

CASO CLÍNICO: Niña de 10 años de edad, cursando faringoamigdalitis en tratamiento con penicilina, consulta por presentar registros febriles, exantema tipo urticariforme e ictericia. En Guardia se constata por laboratorio aumento de transaminasas y bilirrubina y, al encontrarse en regular estado general, se decide su internación con diagnóstico de hepatitis. Al ingreso se encontraba cursando su quinto día febril; presentaba inyección conjuntival bilateral, conglomerado ganglionar laterocervical doloroso y labios agrietados. Luego de una franca mejoría del cuadro hepático, agrega compromiso respiratorio con dificultad respiratoria e hipoxemia, evidenciándose por imágenes consolidación (Imagen) con derrame paraneumónico. Sin poder descartar etiología infecciosa, se realizan hemocultivos, serología y PCR virales; sin obtener rescate microbiológico, recibe tratamiento con ceftriaxona y claritromicina, los cuales se suspenden con cultivos negativos. Es evaluada por Oftalmología por hiperemia conjuntival persistente asociado a fotofobia, quienes describen como hallazgo edema de papila. Realizan TAC de SNC y se descartan signos de hipertensión endocraneana. Evaluación cardiológica normal. La paciente, en su noveno día persiste febril, agrega hepatoesplenomegalia, con reactantes de fase aguda en aumento, anemia, leucocitosis e hipoalbuminemia. Se interpreta como enfermedad de Kawasaki atípica indicándose infusión con gammaglobulina 2 g/kg y AAS a dosis antiinflamatoria. A las 24 h se observa cese de la fiebre, mejoría clínica de inyección conjuntival y adenopatía, y disminución progresiva de requerimientos de oxígeno. A las 72 h se disminuye AAS a dosis antiagregante, la paciente comienza con descamación periungueal en manos y pies, observándose en el laboratorio disminución de reactantes de fase aguda e hiperplaquetosis. Realiza segunda evaluación cardiológica la cual es normal. La paciente es dada de alta con control ambulatorio. Actualmente se encuentra en seguimiento por el Servicio, asintomática, sin edema de papila, con valoración cardiológica normal.



CONCLUSIONES: La enfermedad de Kawasaki en niños mayores de 5 años es poco frecuente y sus síntomas atípicos e inespecíficos suelen llevar a otros diagnósticos. Si bien las manifestaciones respiratorias y oftalmológicas son inusuales, al ser una vasculitis sistémica, el compromiso puede ser multiorgánico. Por lo tanto, en todo paciente con fiebre mayor a 5 días, aunque no complete los criterios diagnósticos, se debe sospechar y plantear dentro de los diagnósticos diferenciales la enfermedad de Kawasaki.

1751

ESPONDILOARTRITIS JUVENIL: CLASIFICACIÓN, FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN

Victoria TORREGIANI, Silvia Mónica Meiorin, María Laura Barzola, Graciela Espada

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

I**NTRODUCCIÓN:** Las espondiloartritis juveniles (EAJ) abarcan un espectro de condiciones inflamatorias crónicas de inicio ≤16 años, asociadas con HLA B27, caracterizadas por la presencia de artritis periférica y entesitis, mientras que el compromiso axial puede ser tardío o ausente. Debido a la heterogeneidad de su presentación, no existe consenso en cuanto a su clasificación.

OBJETIVOS: Describir formas de presentación clínica y evolución de una cohorte de pacientes con EAJ, analizar variables asociadas a compromiso axial (sacroileitis -SI- espondilitis), clasificar los pacientes según criterios ILAR, ASAS y PRINTO.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes con EAJ, seguimiento ≥6 meses (1990-2022). Se evaluaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, de imágenes axiales (Rx, TC y/o RMN) y terapéuticos. Antecedente familiar de EA. Evaluación clinimétrica: actividad mediante JSpADA´14 y funcional a través de CHAQ´94. Aplicación de criterios ILAR (2001), ASAS (2011) y PRINTO (2019). Análisis estadístico descriptivo, chi^2, T-test, regresión logística. SPSS 20.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes, 85 varones (88%), edad mediana al dx 11 años (RIC 8.6-13), mediana de tiempo de retraso al dx de 6 meses (RIC 2-18) y de seguimiento 4.85 años (RIC 2-7,8). El 96% (n=93) presentó artritis periférica, patrón asimétrico 76% (n=71) y oligoarticular 71% (n=66). Articulaciones más frecuentemente comprometidas: tobillo (n=64), rodilla (n=63) y tarsos (n=48). Se observó dactilitis en 17 pacientes (18%) y talalgia en 47 (48%). Entesitis presentó el 83.5% de la cohorte (n=81), mediana de tiempo de aparición 14 meses (RIC 5-27) en Aquiles, rodilla y fascia plantar (n=58, 36 y 35, respectivamente). El 62% de la cohorte (n=60) presentó compromiso axial clínico (un tercio dentro del primer año) a través de maniobras SI positivas (n=38), dolor lumbar inflamatorio (n=25) y Schober modificado disminuido (n=22). Sin embargo, hallazgos patológicos en imágenes se observaron solo en 42 pacientes (70%) a través de 26 RMN (22 pacientes edema de médula ósea), 11 TC y 9 RX. En esta cohorte, 33 pacientes presentaron SI, 11 SI + espondilitis y solo 1 espondilitis, en un tiempo X de 36 meses (DE +33, rango 8-56). Manifestaciones extraarticulares se observaron en 31 pacientes (32%): psoriasis (n=11), conjuntivitis/uretritis (n=11), uveítis anterior aguda (n=8) y EII (n=1). HLA-B27 se determinó en 31 pacientes, siendo positivo en 68% de ellos (n=21). En cuanto al tratamiento, 56 pacientes (58%) recibieron corticoides sistémicos y 65 pacientes (67%) DMARDs (45 MTX, 6 SSZ y 14 combinación MTX+SSZ), mientras que se indicaron bloqueantes TNF a 29 pacientes (30%), en 19 (65,5%) por compromiso axial. Datos clinimétricos al Dx vs. última consulta: JSpADA X 3 (DE±1.2) vs. 0,74 (DE±1.19) y CHAQ X 1,03 (DE±0.66) vs. 0,19 (DE ±0.39). A la última consulta, 62 niños (64%) se encontraban clínicamente inactivos, sin embargo, aquellos con compromiso axial presentaban mayor *score* JSpADA (p.001), persistían bajo tratamiento (p.003) y presentaban más secuelas (p.014), comparado con niños con afectación periférica exclusiva. Variables asociadas a compromiso axial: artritis de cadera (p.002) y HLA B27 (p.035), mientras que la presencia de entesitis (p.024), dactilitis (p.016) y psoriasis (p.014) fue prevalente en pacientes con compromiso periférico exclusivo. En cuanto a los criterios, ver Tabla. A la última consulta, mediante criterios ILAR, 2 pacientes indiferenciados fueron reclasificados a ERA, mientras no hubo cambios en APso. Dado que la afectación axial se desarrolla en la mayor parte de los pacientes juveniles durante el curso de la enfermedad, solo los criterios ASAS permitieron discriminar a este grupo de pacientes. Menor número de p pacientes fueron clasificados por PRINTO debido a la menor sensibilidad de los criterios.

Criterios	ILAR			ASAS		PRINTO
	ERA	APSO	INDIF	PERIF	AXIAL	
Inicio	77 (79%)	18 (18%)	2 (2%)	94 (97%)	2 (2%)	88 (91%)
Última consulta	79 (81%)	18 (18%)	0	75 (77%)	21 (22%)	90 (93%)

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes con EAJ, la forma de presentación prevalente fue la oligoartritis asimétrica de miembros inferiores, con alta frecuencia de entesitis (83%). Hallamos compromiso axial clínico y radiológico en el 43% de la cohorte. Un tercio de los pacientes recibió bloqueantes TNFa, el 65,5% por compromiso axial. A la última consulta el 64% de la cohorte se encontraba clínicamente inactiva. La artritis de cadera y el HLA B27 se asociaron con compromiso axial.

1752

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL Y ESPONDILOARTRITIS: ¿ASOCIACIÓN POCO CONOCIDA O PARTE DE UNA MISMA ENFERMEDAD? REPORTE DE DOS CASOS

María Cecilia BERTINOTTI, Janet Manrique, Luciana Vasconcellos, María Giselle Villarreal, María Marta Katsicas

HOSPITAL DE PEDIATRÍA J. P. GARRAHAN

I**NTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) es una enfermedad autoinmune, multisistémica. El aspecto articular puede estar presente al diagnóstico (60%) y durante la evolución de la enfermedad (90%). Generalmente la artritis es no erosiva. Existen escasos reportes de pacientes adultos con LES cuya afección articular remeda la espondiloartritis (EA).

OBJETIVOS: Presentamos los dos primeros casos de pacientes con LESj y fenotipo de EA.

CASO CLÍNICO 1: Paciente femenina con diagnóstico de LESj (según Criterios EULAR/ACR 2019) de 9 años de edad, con impacto renal (glomerulonefritis clase II), hematológico y articular. El patrón articular evidenció poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones y entesitis. Recibió tratamiento con esteroides a altas dosis e hidroxicloroquina, logrando inactividad clínica y serológica a los 4 meses. A los 16 años de edad, presentó recaída con impacto articular (poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones) y entesitis. En estudios complementarios de imágenes se evidenció: en radiografía de ambos pies de proyección lateral, apofisitis bilateral de calcáneos, y en centellograma óseo, hipercaptación en ambos calcáneos, articulación tibioastragalina y metatarsofalángicas mediales de ambos pies. La RMN de pelvis con incidencia en sacroilíacas resultó normal. Se inició tratamiento con glucocorticoides y metotrexato.

CASO CLÍNICO 2: Paciente femenina con diagnóstico de LESj (según Criterios EULAR/ACR 2019) a los 12 años de edad, con impacto hematológico. Recibió como tratamiento corticoides a altas dosis, hidroxicloroquina y rituximab logrando inactividad clínica y serológica dentro del primer año de tratamiento. A los 14 años de edad, presentó recaída con impacto cutáneo-vascular y articular. El aspecto articular evolucionó con poliartritis asimétrica de grandes y pequeñas articulaciones, dactilitis y entesitis. CHAQ 1.125 y EVA dolor 8.5, paciente 4, médico 3. Se realizó: RMN de ambos pies, que evidenció entesitis aquiliana bilateral, tenosinovitis y peritendinitis de tendones flexores y extensores de pie, con lesión ósea por avulsión en quinto metatarsiano izquierdo; RMN de pelvis con incidencia en sacroilíacas, normal; HLA-B27 negativo; perfil celular CD4-Th17, patológico (2.2% con valor normal en controles de 1.03%). Recibió como tratamiento glucocorticoides a bajas dosis y cuatro dosis de abatacept, con respuesta parcial, por lo que se cambió estrategia terapéutica a micofenolato mofetilo y belimumab. Bajo este tratamiento logró quiescencia clínica a los 6 meses.

Caso 1	Al diagnóstico	Recaída	Respuesta al tratamiento
Compromiso articular	Artritis de carpos, IFPs, rodillas, tobillos Entesitis de la fascia plantar de inserciones de cabeza de MTTs	Artritis de hombros, carpos, IFPs, rodillas, tobillos, tarsos Entesitis de la fascia plantar de inserción de cabeza de MTTs	Artritis de 3° IFPs, tobillos y tarsos
AA **A**L	16 4	20 2	3 0
Adna (título)	1/640	1/320	Negativo
C3 (mg/dL) **C4** (mg/dL)	40 4	82 12	91 14
SLEDAI	20	10	6

Caso 2	Recaída articular	Respuesta al tratamiento
Compromiso articular	Artritis de codo izquierdo, IFPs, rodillas, tobillos y tarsos, Dactilitis 3° dedo de mano derecha e izquierda Entesitis	Sin artritis
AA **AL**	17 12	0 4
ADNA(título)	1/80	Negativo
C3 (mg/dL) **C4** (mg/dL)	63 8	63 10
SLEDAI	8	2

CONCLUSIONES: En este trabajo presentamos los dos primeros casos pediátricos reportados con LESj y fenotipo EA en la literatura. Ambos pacientes cumplían criterios de artritis relacionada a entesitis (ILAR 2001), así como también criterios de AIJ relacionada con entesitis/espondilitis (PRINTO 2019). Ante esto surge el interrogante de si se trata de una coexistencia entre LES y EA, o de un patrón articular poco común en el LES. En la actualidad se plantea el desafío en el conocimiento fisiopatológico de este fenotipo clínico en pacientes con LESj.

1753

EFECTIVIDAD COMPARATIVA DE AGENTES BIOLÓGICOS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA

Luciana VASCONCELLOS, María Cecilia Bertinotti, María Giselle Villarreal, Janet del Valle Manrique, María Martha Katsicas

HOSPITAL DE PEDIATRÍA J. P. GARRAHAN

I**NTRODUCCIÓN:** La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) es la categoría más severa de las AIJ caracterizada por artritis y manifestaciones sistémicas. Las interleucinas 1 y 6 cumplen un rol fundamental en su fisiopatogenia siendo los principales *target* en el tratamiento. Su efectividad ha sido comprobada en diferentes ensayos clínicos controlados, sin embargo, estudios comparativos en la vida real no han sido publicados.
OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y la seguridad de tocilizumab y canakinumab en pacientes con diagnóstico de AIJs.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un trabajo retrospectivo con recolección de datos prospectivos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AIJs según los criterios ILAR que hubieran recibido tratamiento con tocilizumab o canakinumab en un hospital de tercer nivel entre 2010 y 2021. Se incluyeron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (fiebre, *rash*, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, presencia de rigidez matinal menor a 15 minutos), bioquímicas (Hb, plaquetas, GOT, GPT, VSG, fibrinógeno, ferritina, LDH, coagulograma). Otras variables: escalas visuales analógicas (del médico y bienestar del paciente), tiempo entre el inicio de la enfermedad y el inicio del biológico, tiempo a alcanzar la remisión, uso de corticoides, metotrexato y fármacos biológicos previos. El síndrome de activación macrofágica se evaluó como variable independiente. El análisis se realizó al tiempo 0 (basal) y cada 6 meses hasta los 48 meses. Efectividad fue definida según si se alcanzaba la remisión y/o inactividad según criterios de Wallace, y/o JADAS-S (<1). La seguridad según los eventos adversos registrados. Análisis estadístico: estadística descriptiva, Chi cuadrado y Mann-Whitney.
RESULTADOS: De una cohorte de 52 pacientes con diagnóstico de AIJs, 28 (47%) cumplían criterios de inclusión, de ellos fueron analizados 22 (79%) y 6 fueron excluidos. En la Tabla 1 se observan las características demográficas para grupo 1 (tocilizumab) y grupo 2 (canakinumab). Ambos grupos resultaron comparables ya que no mostraron diferencias significativas, excepto que el grupo 1 resultó ser de mayor actividad demostrada por JADASs y JADAS 10. En la Tabla 2 se describen los datos de efectividad. El tiempo a la remisión (mediana, rango) en el grupo 1 fue 20.5 meses (15-30) y en el grupo 2, 12 meses (7-24), p=0.14. Ocho pacientes (36%) presentaron SAM antes de iniciar el tratamiento, en el grupo uno 1:16% y en el grupo 2: 60% (p=0.02). Cuatro pacientes presentaron SAM intratratratamiento, en un porcentaje de 15% (2) y 20% (2) para grupo 1 y 2 respectivamente (p=0.42). Los efectos adversos encontrados fueron en total 5 (41%) para grupo 1 y 1 (10%) para grupo 2, siendo el más frecuente la hepatopatía 5 (41%) en el grupo 1 y 1 (10%) en el grupo dos. Las infecciones leves y severas e hipotensión estuvieron representados por un paciente en cada uno de estos en el grupo 1 (8%) y ninguno en el grupo 2. No hubo diferencias estadísticamente significativas (p=0.06).

Tabla 1

Droga	Grupo 1 n=12	Grupo 2 n=10	p
Femenino N (%)	4 (34%)	6 (60%)	0,12
Mediana (años) Rango (años)	3,34 2.1-8,84	3,91 2,14-14,2	0,48
Edad de inicio del biológico			
Mediana (años) Rango (años)	5,4 2,5-10,65	6,55 3,3-14,7	0,57
Tiempo al inicio del biológico			
Mediana (años) Rango (años)	17 3-67	13,5 4-48	0,53
Uso de MTX al diagnóstico N (%)	6 (50%)	6 (60%)	0,33
Uso de corticoides al diagnóstico N (%)	10 (83%)	8 (80%)	0.42
Uso de biológico previo N (%)	6 (50%)	8 (80%)	0.09
Anakinra N (%) Etanercept N (%) Tocilizumab N (%) Canakinumab N (%)	2 (16%) 3 (25%) 0 3 (25%)	5(50%) 2 (20%) 4 (40%) 0	
SAM previo N (%)	2 (16%)	6 (60%)	0.02
Sobrevida 48 meses	100%	100%	0.5
JADAS 10 basal (mediana-rango)	20.25 (12-47.5)	7 (1-35)	0.014
JADAS sistémico basal (mediana-rango)	21.25 (12-47.5)	7.5 (1-35)	0.016

MTX: Metrotexato; SAM: síndrome de activación macrofágica; JADAS 10: score de actividad de AIJ (10 articulaciones); JADASs: score de actividad de AIJ sistémica.

Tabla 2

	Tocilizumab n=12	Canakinumab n=10	p
Remisión	6 (50%)	5 (50%)	0.5
Inactividad	7 (%)	6 (%)	0.47
JADAS S <1 N (%)	5 (41%)	5 (50%)	0.36

1763

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Janet MANRIQUE, Vasconcellos Luciana, María Cecilia Bertinotti, Giselle Villarreal, María Martha Katsicas

HOSPITAL DE PEDIATRÍA J. P. GARRAHAN

I**NTRODUCCIÓN:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica de etiología más común en la infancia y se clasifica en categorías excluyentes. La AIJ sistémica (AIJs) presenta características de enfermedad autoinflamatoria y es uno de los subtipos con mayor morbimortalidad. Por otra parte, la AIJ poliarticular (AIJp) podría presentar un curso refractario, con discapacidad. La IL-6 desempeña un papel central en la patogenia de la AIJ y los niveles se correlacionan con la gravedad de la afectación articular. Los ensayos controlados aleatorios de fase 3 demostraron que el tratamiento con tocilizumab es efectivo para la AIJs y la AIJp.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de tocilizumab en pacientes con AIJs y AIJp en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio es de tipo descriptivo retrospectivo, con recolección de datos prospectivos. Se incluyeron pacientes pediátricos con AIJ sistémica y poliarticular (según criterios ILAR), de un hospital de tercer nivel de Buenos Aires Argentina, de 2007 a 2022, que habían recibido tratamiento ininterrumpido con anti IL-6 (tocilizumab). La evolución clínica, analítica y funcional se analizó mediante variables demográficas (sexo, edad al inicio de los síntomas y al diagnóstico), clínicas (presencia de *rash*, adenopatías, serositis, visceromegalias, número de articulaciones afectadas), de laboratorio (anemia, trombocitosis, VSG, PCR), subtipos de AIJ y escalas visuales análogas (paciente y médico: 0-10) y CHAQ (0-3). Además, se analizó tiempo de demora del diagnóstico y de inicio del tratamiento, vía de administración del tocilizumab (endovenoso o subcutáneo) y uso previo de otros biológicos. La efectividad se evaluó mediante la respuesta ACR (50-70-90), remisión, tiempo a la remisión intratratamiento, presencia de recaída, JADAS -10 y JADAS-S. El análisis para evaluar la efectividad de tocilizumab se realizó en tiempo basal, en visitas consecutivas y en la última visita. Se realizó análisis descriptivo para todas las variables. Se utilizó el método Wilcoxon Signed Rank Test.

RESULTADOS: De una cohorte de 136 pacientes con AIJ (AIJS 52 y poliarticular 84), cumplieron criterios de inclusión 19 (14%) (17:89% con AIJS), femeninos 9 (47%). La mediana de edad de inicio de síntomas fue de 4 años (rango 1.8-14.08), de edad al diagnóstico 4.5 años (2-14.33). La demora del inicio del tratamiento fue de 14 meses (0-84). Los pacientes que realizaron tratamientos previos fueron 10 pacientes (53%). El tiempo de la última visita tuvo una mediana de 38 meses. En la Tabla se muestran variables clínicas, bioquímicas y medidas de resultados. Los datos relacionados con efectividad fueron: respuesta ACR 50 (68%) -70 (58%) -90 (42%), remisión 7 pacientes (36%), el tiempo a la remisión intratratamiento presentó una mediana de 21 meses, presencia de recaída en 3 pacientes (16%), JADAS -10 mediana basal vs última visita (15 vs 1, p=0.0013) y JADAS-S (15 vs 1, p=0.0015).

	Basal	Última visita	p valor
Articulaciones activas (mediana rango)	10.0-48	2.0-44	0.0047
VAS médico (mediana rango)	4.0-7.5	0.0-8.5	0.0087
Vas dolor (mediana rango)	2.5.0-9.5	0.0-10	0.0369
VAS paciente (mediana rango)	2.5. 0-9	0.0-10	0.0079
CHAQ >0.5 (N-%)	13 (68%)	2 (11%)	0.0004
VSG mm/h (mediana rango)	39. 3-13	5.2-28	0.0004
PCR mg/L (mediana rango)	47.7.06-1.97	0.6.0.6-25	0.0008

CONCLUSIONES: Los datos evidencian efectividad en la terapéutica con tocilizumab en nuestra cohorte de pacientes con AIJ en la vida real. Un seguimiento prospectivo longitudinal se encuentra en curso para evaluar la efectividad sostenida en el tiempo.

1823

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE COMPLEMENTO 3 Y 4, TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTI-NUCLEOCITOPLASMÁTICOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Maximiliano Ezequiel FRÍAS, M. Martin, B. Pereira, M. Antolín, V. González, D. Genero, E. Mercol, L. Silvano, Daniela Vidal

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD

I**NTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica y heterogénea. La etiopatogenia se basa en diferentes mecanismos que conllevan a la pérdida de la autotolerancia y disfunción de órganos. Se origina un círculo vicioso de exposición de autoantígenos, producción de autoanticuerpos (AutoAcs), como anticuerpos anti nucleocitoplasmáticos (ANA), anticuerpos anti-DNAdc (a-DNAdc), activación del sistema del complemento, inflamación crónica y daño tisular. El 20% de los pacientes con LES son niños, su manifestación clínica distintiva es el *rash* malar. Las afectaciones de órganos vitales, como riñón, hígado y sistema nervioso central son comunes, siendo el compromiso renal el más frecuente. La nefritis lúpica (NL) se manifiesta en aproximadamente el 80% de los pacientes pediátricos. No hay criterios de clasificación (Cx) clínicos para el LES pediátrico (LESp) por lo que se utilizan los de adultos. En estos Cx se encuentran los ANA positivos y dentro de estos, los a-DNAdc positivos, que presentan un alto grado de especificidad para LES. Títulos altos de estos AutoAcs se correlacionan con niveles bajos de complemento sérico. La hipocomplementemia es frecuente en los pacientes con LES y las variaciones de sus valores se asocian positivamente con la actividad clínica. Por ello se propuso como criterio inmunológico la hipocomplementemia C3 y C4 para mejorar la sensibilidad de los criterios de clasificación de LES. Los anticuerpos a-DNAdc son útiles como marcadores de diagnóstico (Dx), pronóstico de la enfermedad y seguimiento del tratamiento y se correlacionan con compromiso renal y evolución a NL.
OBJETIVOS: Asociar los títulos de ANA al momento del Dx de LESp, con los niveles séricos de C3 y C4, y las manifestaciones clínicas; determinar la frecuencia de positividad de anticuerpos a-DNAdc en esos pacientes; determinar la asociación entre la presencia de anticuerpos a-DNAdc y el desarrollo de NL.
MATERIALES Y MÉTODOS: Trabajo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se recolectaron datos de ANA, anticuerpos a-DNAdc, C3 y C4 a 24 pacientes de 2 a 16 años diagnosticados con LESp que concurrieron a la primera consulta médica entre enero de 2014 y marzo de 2022, y se revisaron sus historias clínicas para obtener información sobre síntomas y signos clínicos. Con el programa IBM SPSS statistics V. 21.0, se utilizó el test de Shapiro-Wilks para evaluar la normalidad, el índice de correlación de Spearman para determinar el grado de correlación entre los títulos de ANA, las manifestaciones clínicas y los niveles séricos de C3 y C4, y el test chi^2, con la corrección por continuidad de Yates para los datos categóricos anti-DNAdc y NL, donde se consideró estadísticamente significativo un valor $p<0.05$.
RESULTADOS: El 100% de los pacientes presentó ANA positivos. No hubo asociación entre los títulos de ANA y manifestaciones clínicas (índice de correlación de Spearman de -0.125). Los niveles de C3 y C4 no presentaron una asociación significativa con las manifestaciones clínicas (coeficiente de correlación de Spearman de 0.013 y -0.105 respectivamente). Entre los títulos de ANA y los niveles de C3 y C4 no hubo una correlación significativa (índice de correlación de Spearman, para C3 de -0.031 y para C4 de -0.082). La frecuencia de positividad de los a-DNAdc fue del 58.3%. No se observó asociación significativa entre el desarrollo de la NL y la presencia de los a-DNAdc ($p=0.054$).
CONCLUSIONES: Este trabajo aporta desde los Cx de laboratorio, al Dx de LESp, ya que todos los pacientes presentaron ANA positivos. Sin embargo, no se establecieron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas en contraposición con otros autores. Por ello, se propone aumentar el número de pacientes con Dx de LESp a estudiar, informar el título final de ANA, incorporar técnicas para evaluar la especificidad de estos AutoAcs, como los anticuerpos antiantígenos extraíbles del núcleo y biopsiar a todos los pacientes que presenten afectación renal al momento del Dx con la finalidad de lograr asociaciones estadísticamente significativas entre las variables y poder aportar a la interpretación de los Cx de clasificación en la población pediátrica.

1829

CARACTERÍSTICAS TEMPRANAS DE PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL QUE ALCANZAN LA REMISIÓN CLÍNICA Y POSIBLES PREDICTORES DE EVOLUCIÓN

Daiana LIFSCHITZ, María Isabel Brusco, María Beatriz Marcantoni, Alejandra Beatriz Pringe, Vanesa Laura Cervetto, Rocío Anabel Hernández

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** La dermatomiositis juvenil es una enfermedad autoinmune, crónica, que pertenece al grupo de las miopatías inflamatorias idiopáticas. Afecta principalmente el músculo y la piel. El curso de la enfermedad es heterogéneo: monocíclico, policíclico o crónicamente activo. Existen distintos factores que pueden modificar la evolución de la enfermedad, y se han descripto predictores de buen pronóstico (diagnóstico precoz y tratamiento inicial agresivo) y de mal pronóstico (enfermedad cutánea severa, compromiso cutáneo persistente a los 3 y 6 meses, capilaroscopia patológica a los 6 meses entre otros).
OBJETIVOS: Describir las características tempranas de pacientes con dermatomiositis juvenil que alcanzaron la remisión clínica dentro de los 3 años desde el inicio del tratamiento sin recaídas en ese período, con el fin de identificar posibles predictores de evolución que puedan guiar las decisiones terapéuticas y brindar información sobre el pronóstico de cada paciente.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron todas las historias clínicas de la sección Reumatología del Hospital Pedro de Elizalde, del 1/1/07 al 31/12/17. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de dermatomiositis juvenil probable o definitiva según los criterios de Bohan y Peter, que hayan sido seguidos en el Servicio por un mínimo de 3 años. Se excluyeron aquellos que hubieran iniciado tratamiento en otro centro, tuvieran una patología de base previa, o no se contara con datos suficientes para su evaluación. Se seleccionaron 16 historias clínicas de las cuales se obtuvieron datos demográficos, clínicos, clinimétricos y de laboratorio al diagnóstico a los 3 y 6 meses. Se definió remisión como enfermedad inactiva por un período igual o mayor a 6 meses. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos según hubieran alcanzado o no la remisión clínica dentro de los 3 años desde el inicio del tratamiento sin recaídas en ese período (grupo 1 y 2 respectivamente). También se compararon las características de los pacientes del grupo 2, dividiéndolos en policíclicos y crónicamente activos (grupo 2a y 2b). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 20.0, se analizaron las variables categóricas con la prueba de chi^2 y las numéricas con la prueba de t de muestras independientes. Se consideró significativa una p menor o igual a 0.05, con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS: En esta cohorte de 16 pacientes se presentaron 10 en el grupo 1 (62.5%) con curso monocíclico que alcanzaron la remisión clínica dentro de los 3 años de inicio de tratamiento sin recaídas en ese período, y 6 en el grupo 2:5 (31.25%) con curso policíclico (grupo 2a) y 1 (6.25%) crónicamente activo (grupo 2b) (Tabla). Al comparar las características de los pacientes del grupo 2a y 2b, no se obtuvieron diferencias significativas.

n=16	Remisión sí (n=10) (62.5%)	Remisión no (n=6) (37.5%)	p valor
Mujeres/hombres	8/2	4/2	0.551
Edad media	9.00 años (DE3.43)	4.67 años (DE 2.25)	0.016
Tiempo de evolución hasta diagnóstico media	3.20 meses (DE 3.36)	3.17 meses (de 2.04)	0.983
Compromiso cutáneo inicial	10	6	
Compromiso cutáneo a los 3 meses (si/no)	3/7	5/1	0.039
Compromiso cutáneo a los 6 meses (si/no)	1/9	6/0	0.000
CMAS inicial media	19.86(de 12.42)	12.40(de 14.87)	0.366
CMAS a los 3 meses media	17.90 (de 18.4)	17.25(de 11.70)	0.949
CMAS a los 6 meses media	46.67(de 3.51)	35.40(de 4.50)	0.010

DE: desvío estándar CMAS; Childhood Myositis Assessment Scale.

CONCLUSIONES: En esta cohorte se identificaron como posibles factores predictores de mal pronóstico, la menor edad al diagnóstico, presentar compromiso cutáneo persistente a los 3 y 6 meses, y un valor de CMAS menor a los 6 meses. No se obtuvieron diferencias significativas al comparar aquellos pacientes con curso policíclico y crónicamente activo probablemente debido al bajo número de pacientes. En relación a la literatura existente, no se identificó en esta cohorte como factor de buen pronóstico el diagnóstico precoz o el tratamiento agresivo inicial. En cuanto a los factores de mal pronóstico, sí se encontró coincidencia en relación al compromiso cutáneo persistente a los 3 y 6 meses. Se requieren estudios multicéntricos, aumentando así el numero de pacientes para continuar identificando posibles predictores que puedan orientar sobre el pronóstico de esta enfermedad.

1834

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y/O INMUNOMEDIADAS. REGISTRO ARGENTINO SAR-COVID PEDIÁTRICO

Marcela Beatriz ÁLVAREZ[1], Mariana Fabi[2], Lorena Mariana Franco[3], Laura Lorena Guerini[1], María Hortas[2], María Elena Rama[4], María Susana Galindo[5], Graciela Espada[1], Maximiliano Javier Farfan[6], Carolina Torre Walsh[7]

[1]HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, [2]HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA, [3]HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA, [4]HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA, [5]HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMÁN, [6]HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA, [7]HOSPITAL ZONAL RAMÓN CARRILLO BARILOCHE

I**NTRODUCCIÓN:** Si bien se conoce que la infección por SARS-CoV-2 en niños y adolescentes sanos tiene una forma de presentación paucisintomática, son escasos los reportes en Latinoamérica sobre qué sucede en niños con enfermedades reumáticas que presentan COVID-19. Es por eso que el Grupo de Estudio Pediátrico de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESARp) creó el Registro Argentino SAR-COVID pediátrico.
OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en niños y adolescentes con enfermedades reumáticas (ER) y/o inmunomediadas (IM); determinar el estado de vacunación de los pacientes al momento de la infección.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico, de cohorte ambispectivo (de marzo de 2020 a julio de 2022). Se incluyeron niños y adolescentes <18 años con diagnóstico de ER y/o IM, con o sin tratamiento inmunosupresor/inmunomodulador, que hayan cursado infección por SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR y/o test rápido antígeno-anticuerpo y/o serologías IgG/IgM. Se determinaron al momento de la infección por SARS CoV-2 los datos: sociodemográficos, manifestaciones clínicas, laboratorio, estado de vacunación contra COVID-19 previa a la infección, tratamiento recibido y complicaciones. Se consignaron las ER y/o IM de cada paciente, exacerbación o no de la enfermedad reumática al momento de la infección, tratamiento inmunosupresor recibido y comorbilidades asociadas. Análisis estadístico: descriptivo, de asociación (chi^2. T-Test) y regresión logística. SPSS19.0.
RESULTADOS: Se incluyeron 112 pacientes, 83 mujeres (74%), con una mediana de edad de 11,9 años (RIC: 7.7-14.8), pertenecientes a 11 provincias argentinas, mayoritariamente de Buenos Aires (51%) y Córdoba (21%). El 89% presentaba un nivel socioeconómico medio-bajo y sin cobertura médica el 35%. Las ER prevalentes fueron: AIJ 52 pacientes (46%) (más frecuentes subtipos oligo y poliarticular), lupus 17 (15%), uveítis 12 (11%), dermatomiositis 11 (10%) y enfermedades autoinflamatorias 11 pacientes (10%). El diagnóstico de COVID-19 se hizo por RT-PCR y antígeno rápido en 98 pacientes (87%) y la fuente principal de contagio fue intrafamiliar en 78 pacientes (70%). Desarrollaron síntomas 81 pacientes (72%), siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes la presencia de: fiebre 60 pacientes (74%) odinofagia 37 (46%), congestión nasal 32 (39%), tos 27 (33%) y cefalea 21 (26%). Se realizó laboratorio en 15 pacientes (13%): el 86% tenía elevación de la PCR y el 20% presentó linfopenia y plaquetopenia. Se encontraban vacunados previo a la infección 38 pacientes (34%). Recibieron tratamiento sintomático durante la infección 72 pacientes (89%) y 9 (11%) esteroides sistémicos. Requirieron internación 14 pacientes (12%) con una media de 7 días desde el ingreso (r:2-23). Los pacientes hospitalizados presentaron en forma significativa: fiebre 93% vs 48% (p:0.001), cefaleas 43% vs 15% (p:0.024) y tos 50% vs. 20% (p:0.023). Tuvieron exacerbación de su enfermedad de base 43% vs 6% (p:0.001) y enfermedad autoinflamatoria sistémica 43% vs. 5% (p:0.0001). Se encontraban en tratamiento con corticoides 71% vs 28% (p:0.03) y ciclosporina 25% vs 3% (p:0.023). En el análisis multivariado se asoció a hospitalización, la presencia de al menos una comorbilidad previa (más frecuente obesidad y patología pulmonar) 50% vs. 12% (OR 6.9; IC 95% 1.15-41.67). El 71% de los internados no estaban vacunados al momento de la infección. Cuatro pacientes (4%) presentaron complicaciones severas por COVID-19: 1 paciente ingresó a UTIM, 2 pacientes (con AIJ sistémica y vasculitis ANCA) desarrollaron síndrome de activación macrofágica y 1 síndrome inflamatorio multisistémico posCOVID (SIM-C) y requirió UTI. Todos se recuperaron sin secuelas. Ningún paciente falleció. Seis pacientes (5%) presentaron reinfección por SARS-CoV-2, con un tiempo medio entre las infecciones de 304,5 días (DE:182,2).
CONCLUSIONES: Este es el primer Registro Argentino de pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas que presentaron infección por COVID-19. La mayoría de los pacientes presentó buena evolución durante la infección por SARS-CoV-2, con bajas tasas de hospitalizaciones, complicaciones y reinfecciones por COVID-19. Debemos continuar trabajando en la inmunización de nuestros pacientes.
Agradecimiento a UNISAR.

1872

MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Valentina María Pierotti, **Micaela Ayelén MONTECUCO**, Mariana Fabi, Viviana Mastri, María Hortas, Romina Larroulet, Lorena Menéndez, Luciana Guzmán, Borobia Paula

HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son trastornos gastrointestinales inflamatorios crónicos y recidivantes secundarios a desregulación inmune, de etiología desconocida. Los pacientes pueden presentar manifestaciones extraintestinales (MEI) que afectan ojos, piel, órganos internos, vasos y articulaciones. Algunas MEI siguen a la actividad intestinal subyacente, mientras que otras son independientes de esta. Muchas de estas constituyen también manifestaciones de enfermedades reumatológicas, pudiendo existir en estos pacientes enfermedades inmunes asociadas. Esto plantea diagnósticos diferenciales y situaciones clínicas que requieren la participación del reumatólogo en el seguimiento de estos pacientes.
OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de manifestaciones reumatológicas en pacientes con EII seguidos en los servicios de Reumatología y Gastroenterología en los últimos 10 años; evaluar la asociación entre la actividad de EII y la aparición de la manifestación reumatológica y determinar la frecuencia de aparición en diferentes subtipos de EII.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, por revisión de historias clínicas en los últimos 10 años, incluyendo pacientes <16 años con EII (criterios de Oporto), atendidos en Reumatología y Gastroenterología del hospital pediátrico de alta complejidad. Se recolectaron características epidemiológicas y clínicas de EII, manifestaciones reumatológicas y comorbilidades inmunes. La actividad de la EII se evaluó con: calprotectina y *scores* de actividad: *Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index* (PUCAI) y *Pediatric Crohn Disease Activity Index* (PCDAI) para CU y EC respectivamente. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* R versión 4.0.3 (R *Project for Statistical Computing*). Las variables cualitativas se informan en frecuencias y porcentajes. La normalidad de la edad al momento del diagnóstico o de la manifestación reumatológica y el tiempo de evolución de la EII se informó como mediana (P25-P75) por su distribución no normal. La asociación entre las variables cualitativas se evaluó con test exacto de Fisher y para la diferencia de edad según las manifestaciones reumatológicas, el test de Mann-Whitney. Se consideró significativo un p-valor <0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes, 19/35 (54%) de sexo femenino. La edad mediana de diagnóstico de EII fue 8.39 años (5.26-13.04). 26/35 (74%) de los pacientes tenían CU y 9/35 (26%) EC. 6/35 pacientes (17%) presentaban comorbilidad inmune. El tiempo de evolución de la EII a la aparición de manifestación reumatológica tuvo una mediana de 2 años (1-4.94). 17/35 pacientes (48.5%) presentaron manifestaciones reumatológicas. La más frecuente fue: artralgia (31%), seguida de artritis (14%), úlceras orales (8,6%), entesitis (3%) y pioderma gangrenoso (3%). Ningún paciente presentó compromiso ocular. No se encontró asociación significativa entre manifestaciones reumatológicas y actividad de EII, pero 10/17(48%) tenían calprotectina elevada al momento de la manifestación. La frecuencia de manifestaciones reumatológicas fue significativamente mayor en EC, predominando artritis y compromiso cutáneomucoso, así como en mujeres.
CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de pacientes con diagnóstico de EII, el 48.5% presentó manifestación reumatológica y un 17% otra enfermedad inmune asociada. No encontramos correlación positiva con la actividad de la EII, pero sí fueron significativamente más frecuentes en pacientes con EC y en mujeres. Esto nos permite reafirmar la importancia de la participación del RP en el seguimiento de estos pacientes, poniendo especial atención a los pacientes con EC, sin olvidar la posibilidad de asociación de otra enfermedad inmunológica y la superposición de síntomas entre estas.

1873

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN ARGENTINA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Daniela VIDAL[1], Judith Giopponi[2], Lorena Guerini[3], Romina Larroulet[4], María Susana Galindo[5], Javier Farfan[6], María Victoria Arispe[7], Iris Vilca[8], Lorena Franco[9], Verónica Ochoa y Gómez[10], María Marcantoni[11], Vanesa Deves[12], Fernando Martín Zunino Pradier[13], María Elena Rama[14], Gabriela Yesuron[15], Carolina Torres Walsh[16], Ingrid Pintos[17], Vanesa Duarte[18], Julio Alfieri[18], Graciela Espada[3]

[1]HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD/SANATORIO ALLENDE, [2]HOSPITAL DE NIÑOS DE LA CIUDAD DE SANTA FE, [3]HNRG, [4]HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA, CIUDAD DE LA PLATA, [5]HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, CIUDAD DE TUCUMÁN, [6]HOSPITAL MATERNO INFANTIL, CIUDAD DE SALTA, [7]HOSPITAL ELIZALDE, [8]HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA CIUDAD DE JUJUY, [9]HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA, [10]HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE, CIUDAD DE ROSARIO, [11]CENTRO MÉDICO LABI, CIUDAD DE SANTA FE, [12]HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESCARDÓ TIGRE, [13]HIBA, [14]CLÍNICA DEL SOL, CIUDAD DE CÓRDOBA, [15]SAN JUAN CONSULTORIOS, [16]BARILOCHE CONSULTORIOS, [17]GME SALUD INTEGRAL, ONCATIVO 2060, LANÚS ESTE, [18]NOVARTIS ARGENTINA S.A.

INTRODUCCIÓN: La artritis idiopática juvenil (AIJ) constituye un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias cuya manifestación más relevante es la presencia de artritis. Esta entidad abarca fenotipos clínicos con diferente patrón articular de inicio, complicaciones, curso y evolución a largo plazo. La AIJ es la afección reumatológica crónica más común en los niños, siendo la principal causa de discapacidad a corto y largo plazo. En Argentina, la información sobre pacientes con AIJ es escasa. La diversidad de condiciones sociodemográficas asociadas a las disparidades en el acceso a la atención médica podría influir en el pronóstico de estos pacientes.
OBJETIVOS: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según los diferentes subtipos de AIJ en Argentina.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de revisión de historias clínicas y multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AIJ según criterios ILAR (2001) e inicio de síntomas ≤16 años, diagnóstico en los últimos 3 años y con al menos 12 meses de seguimiento desde el diagnóstico por el mismo médico o equipo tratante. Se registraron variables sociodemográficas, variables clínicas antes del diagnóstico por el reumatólogo pediátrico, tiempo a la consulta especializada, tratamientos previos al diagnóstico y variables al momento del diagnóstico por el especialista: subtipo de AIJ, manifestaciones serológicas, articulares, oculares y sistémicas; complicaciones asociadas y tratamientos instaurados.
RESULTADOS: Se incluyó un total de 320 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de 17 centros de atención especializada de Argentina (11 públicos y 6 privados). La edad media al comienzo de los síntomas fue de 6.9 años (DE 4.09) y el 65.6% fueron niñas. El 94.4% de los pacientes estaba escolarizados acorde a su edad cronológica. El 37.2% y el 36.9% de los pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos medio-medio bajo respectivamente medido por la escala de Graffar. El 96.9% tenía residencia urbana y el lugar de residencia en orden decreciente fue: Provincia de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe, Jujuy, Salta, Tucumán, Entre Ríos, Catamarca, Chubut, Río Negro, Santiago del Estero, San Juan, Formosa, Chaco, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén y Santa Cruz. El 49.1% tenía cobertura médica privada y el 41.6%

pública. La media de educación (en años) de los padres fue de 13.6 años (DE 4.16). En el 54.5% de los casos el primer profesional que visitaron fue el traumatólogo. El 57% de los pacientes había recibido tratamiento previo: el 90.9% antiinflamatorios no esteroides (AINES) y el 5.11% corticoides. Al momento del diagnóstico, los subtipos de AIJ estuvieron representados por: oligoartritis persistente (37.8%), poliartritis FR- (20%), sistémica (15%), poliartritis FR+ (12.1%), relacionado a entesis (6.8%), oligoartritis extendida (2.5%), psoriática (1.8%) e indiferenciada (0.3%). La mediana en el retraso en meses según el subtipo fue de: oligoartritis persistente (3.00 [2.00,4.50]), poliartritis FR -(3.00 [2.00,6.00]), sistémica (1.00 [100,2.00]), poliartritis FR+ (3.00 [2.00,6.00]), relacionado a entesis (7.00 [3.25,12.0]), oligoartritis extendida (3.5 [1.00,4.25]), psoriática (11.5 [4.75,13.8]) e indiferenciada (1.00 [1.00,1.00]). Las manifestaciones articulares y serológicas fueron las más frecuentes. El compromiso ocular (12.5%) fue más frecuente en el subtipo oligoarticular. El síndrome de activación macrofágica se observó en el subtipo sistemia (2%) y poliartritis FR- (1.5%). Los tratamientos más utilizados fueron AINES, csDARMEs, siendo el metotrexato la primera opción. Los pacientes pertenecientes a los subtipos de sistémicas (18.7%) y poliartritis FR + (5.0%) fueron tratados con bDARMEs (Anti TNF e inhibidores de la IL6).

CONCLUSIONES: Este es el primer estudio multicéntrico nacional de pacientes con AIJ. Los resultados arrojan datos que deben priorizarse como acortar los tiempos a la consulta especializada. El abordaje integral de niños con AIJ debe ser coordinado por los reumatólogos pediatras y apoyados por un equipo multi e interdisciplinario.

Conflictos de interés: esta investigación fue apoyada por Novartis Argentina S.A. que también proporcionó aportes de expertos en el desarrollo del diseño del estudio. El financiador del estudio no participó en la recopilación ni en el análisis de datos.

1874

NIVEL DE PREPARACIÓN PARA INICIAR LA TRANSICIÓN A LA ATENCIÓN DE ADULTOS EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS PEDIÁTRICAS

Micaela Ayelén MONTECUCO[1], Valentina María Pierotti[1], Mariana Fabi[1], Viviana Mastri[1], María Hortas[1], Romina Larroulet[1], Victoria Martire[2], Amelia Granel[2], Ana Marcos[2]

[1]HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA, [2]HOSPITAL SAN ROQUE, GONNET

I**NTRODUCCIÓN:** La transición se define como el proceso planificado y orientado a continuar el seguimiento de adolescentes desde el sistema de atención pediátrico al de adultos. El 60-80% de los pacientes al momento de la transición tienen enfermedad activa y hasta 50% no la realiza con éxito. Conocer la preparación de los pacientes para iniciar este proceso es clave en la toma de decisiones para mejorar la clínica de transición.

OBJETIVOS: Describir los temores y el nivel de preparación de pacientes con enfermedades reumáticas pediátricas para iniciar la transición a la atención de adultos y los factores asociados a mayor grado de preparación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio corte transversal, observacional y analítico. Se incluyeron pacientes consecutivos, ≥15 años atendidos en Reumatología Pediátrica de un hospital de alta complejidad, con diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ), lupus eritematoso sistémico (LES) o dermatomiositis juvenil (DMJ) (criterios ILAR, EULAR/ACR 2019 y Bohan y Peter respectivamente), de marzo a julio de 2022. Se excluyeron pacientes que ya habían tenido contacto de seguimiento con reumatólogo de adultos. Se recolectaron datos sociodemográficos y características clínicas. La actividad de la enfermedad se evaluó independientemente del diagnóstico, utilizando una escala visual análoga global del médico (EVA) de 0 a 10, 0=enfermedad inactiva, 10=alta actividad. Los pacientes completaron el cuestionario TRAQ 5.0 versión en español. El resultado varía de 1 (peor preparación) a 5 (mejor preparación). Se les solicitó que expresaran su autopercepción de preparación para iniciar la transición en una escala global (EVA) de 0 a 10 (0=nada preparado, 10=totalmente preparado) e identificar temores asociados a este proceso. Análisis estadístico: se resumieron las variables categóricas en frecuencia y porcentajes, y las continuas como medias o medianas con sus correspondientes medidas de dispersión (desvío estándar y rango intercuartil -RIC-, respectivamente). Se evaluaron asociaciones con rho de Spearman y T de student. Se realizó análisis de regresión lineal utilizando como variable dependiente al cuestionario TRAQ. Se consideró significativa una $p<0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 45 pacientes, 34 (75.6%) mujeres, con una mediana de edad de 17 años (RIC 2) y tiempo de seguimiento medio de 7.9 años. La mediana de edad al diagnóstico fue 9.7 años (RIC 8.4). El diagnóstico más frecuente fue AIJ (64%), seguida por LES (33%) y DMJ (2%). La mediana de distancia entre ciudad de origen y ciudad de La Plata fue de 33 Km (RIC 339). El nivel educacional de 93% (42/45) fue acorde a la edad. El temor más frecuente fue "cambiar de médico" en 19/45 (42%), seguido por "cambiar de hospital" en 6/45 (13%). El 22 % refirió no sentir ningún temor. El TRAQ tuvo una media 3.4 (DE 0.64). Se encontró correlación positiva y significativa entre la edad y el TRAQ (rho: 0.41, p=0.005). No se encontró correlación entre el TRAQ y la edad al diagnóstico (rho:0.06, p=0.66), tiempo de seguimiento (rho:0.1, p=0.49), VAS del médico (rho:-0,10,p=0.5), VAS del paciente (rho 0.2, p=0.15) ni con la distancia desde el hogar al hospital (rho:-0.01, p=0.99). Tampoco hubo diferencias entre la media de TRAQ en pacientes de sexo femenino vs masculino (3.5 DE 0.63 vs 3.3 DE 0.69, p=0.51), pacientes con y sin obra social (3.4 DE 0.55 vs 3.5 DE 0.75; p=0.39), diagnóstico de AIJ vs LES/miopatía (3.4 DE 0.67 vs 3.5 DE 0.58, p=0.5), escolaridad acorde a edad vs no acorde (3.4 DE 0.64 vs 4 DE 0.40, p=0.12), uso de hospital de día (3.2 DE 0.88 vs 3.5 DE 0.59, p=0.33), uso de corticoides vs no uso (3.5 DE 0.73 vs 3.4 DE 0.60, p=0.78), uso DMARDc vs no uso (3.4 DE 0.68 vs 3.6 DE 0.45, p=0.26), uso de agentes biológicos vs no uso (3.4 DE 0.61 vs 3.4 DE 0.68, p=0.93). En el análisis de regresión lineal la edad del paciente se mantuvo asociada de manera independiente a un mayor puntaje del TRAQ (Tabla).

Tabla: Análisis de regresión lineal, variable dependiente: cuestionario TRAQ.

Variable	Coeficiente beta	p valor	IC95% límite inferior	IC95% límite superior
Edad	0.497	0.001	0.063	0.236
Género	0.026	0.853	-0.381	0.459
Diagnóstico	-0.027	0.847	-0.364	0.301
VAS médico	-0.226	0.111	-0.180	0.019

CONCLUSIONES: Los pacientes de menor edad son los menos preparados para iniciar la transición. Este dato, junto con los temores reportados, nos permitirá trabajar para mejorar las estrategias brindadas a este grupo etario y lograr mayor éxito en este proceso.

1913

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

Flavia Alejandra LUNA MATHEU, María Teresa Apaz

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

I**NTRODUCCIÓN:** La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta a pequeños vasos, siendo sus principales manifestaciones en la 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 6 semanas del diagnóstico. Por lo tanto, predecir los factores de riesgo puede facilitar el manejo de la enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de las manifestaciones clínicas de la PSH y las variables asociadas al compromiso renal en pacientes con PSH durante el período 2015-2020.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico. Se incluyeron pacientes menores de 15 años con diagnóstico de PSH. 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. Sesenta y uno (57%) pacientes fueron de sexo femenino, con una media (desviación estándar, DE) de edad 6.49±3.48 años, el debut fue más frecuente en otoño e invierno (26% y 36% respectivamente). El seguimiento de los pacientes fue de al menos 6 semanas con una mediana de (rango intercuartilo, RIC) de 15,29 (7,71-32.29). En cuanto al compromiso dérmico, 19 pacientes (18%) presentaron púrpura persistente o recurrente y solo 6 (5%) púrpura generalizada, en frecuencia seguido por el compromiso articular, renal y luego gastrointestinal. En la Tabla se pueden ver las características demográficas y clínicas de los pacientes. En el análisis univariado, los pacientes con edad mayor a 7 años (p=0.0064), púrpura persistente y/o recurrente (p=0.0001), con compromiso articular (p=0.0135) y dolor abdominal (p=0.0136) tuvieron una mayor tendencia a presentar compromiso renal. Al total de pacientes con compromiso renal severo durante el curso de su enfermedad se les realizó una toma de muestra de biopsia renal (n=7, 37%), presentando 4 de ellos (57%) proliferación mesangial. En el análisis multivariado la púrpura persistente o recurrente se asoció con compromiso renal y fue considerada factor de riesgo frente al hecho de presentar compromiso renal; los pacientes que presentaban estas características tenían 7.16 veces más probabilidades de desarrollar daño renal en comparación a quienes no lo manifestaron (IC95%: 1,81-28,25).

CONCLUSIONES: La púrpura persistente o recurrente fue considerada factor de riesgo para presentar compromiso renal y además se evidenció una asociación entre pacientes mayores a 7 años, compromiso articular y dolor abdominal con compromiso renal.

Tabla: Características demográficas y clínicas de los pacientes con púrpura de Schönlein Henoch.

Total de pacientes	**107**	**100%**
Sexo femenino	61	57%
Mayor o igual a 7 años	40	38%
Invierno	41	38%
Otoño	28	26%
Compromiso dérmico	107	100%
Púrpura persistente o recurrente	19	18%
Púrpura generalizada	6	5%
Compromiso gastrointestinal	21	19%
Dolor abdominal	17	16%
Hemorragia gastrointestinal	6	6%
Invaginación intestinal	1	1%
Manifestaciones articulares	38	36%
Compromiso renal	21	20%
Proteinuria	18	17%
Hematuria	14	13%
Hipertensión arterial	1	1%
Compromiso renal severo	7	7%

1915

MIOCARDITIS FOCAL ASOCIADA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO

Flavia Alejandra LUNA MATHEU, María Teresa Apaz, Ernesto Juaneda, Liliana Luján, María Eugenia Pedernera

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

I**NTRODUCCIÓN:** El compromiso cardiovascular en el lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia presenta una prevalencia del 32-42%, y de ellos se describe que la miocarditis posee una incidencia en Pediatría del 2-19%. Dentro de la miocarditis, su manifestación focal inclusive es aún más infrecuente sin presentar datos específicos en Pediatría.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de miocarditis focal como primera manifestación clínica de lupus eritematoso sistémico en una paciente en edad pediátrica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 15 años de edad, de sexo femenino, que inicia con dolor precordial opresivo, de moderada intensidad, no irradiado, aumenta en inspiración y relacionado al ejercicio, por lo que consulta y se realiza electrocardiograma que evidencia: taquicardia sinusal y alteraciones inespecíficas del segmento ST con infradesnivel de V3 a V6 arribando al diagnóstico presuntivo de síndrome coronario agudo sin elevación del ST por lo cual derivan a la paciente a nuestra institución. A su ingreso, se encontraba hemodinámicamente compensada, presentando registro febril de 38,3ºC. Se solicita laboratorio donde se destaca anemia macrocítica (hemoglobina 9,4g/dL, hematocrito 29%, VCM 96.3 y HCM 33.6), linfopenia (glóbulos blancos 6.000/µL, linfocitos absolutos 498/µL), aumento de reactantes de fase aguda (PCR 56 mg/l y VSG 57 mm/hora), alteración de coagulograma (APP 47% y KPTT 54 seg) y aumento de enzimas cardíacas (troponina 2509 pg/ml, creatininfosfoquinasa 146U/l/fracción MB de creatininfosfoquinasa 34 U/l y péptido natriurético atrial 2664 U/l). Se realizan radiografía de tórax y ecocardiograma cuyos informes fueron normales. Posteriormente se solicita ecocardiograma Strain que informa hipoquinesia en segmentos apicales y leve dilatación de cavidades izquierdas y resonancia magnética cardíaca con contraste de gadolinio que muestra signos compatibles de miocarditis focal: en secuencia T2 presencia de inflamación lateral medio-apical, con disminución de contractilidad en esa región y realce temprano con gadolinio. Frente a este cuadro se solicita interconsulta con Servicio de Reumatología pediátrica que pide ampliar laboratorio, en el cual se destacan anticuerpos antinucleares positivos (1/160), anticuerpo anti-DNA negativo, anticuerpo anti-LA negativo, anticuerpos anti-RO, anti-Sm y anti-RNP reactivos, alteración del complemento (CH50: 24, C3: 60 mg/dl y C4: 3 mg/dl) y se evidencia positividad de anticuerpos antifosfolípidos presentado: anticuerpos anticardiolipinas

IgG: 15mpl e IgM: 65mpl, anticoagulante lúpico positivo (DVVRT (rn): 2,33 - índice de Rosner (ica): 60) y anticuerpo anti Beta 2 glicoproteina I IgM: 160 u/ml e IgG:10 u/ml. Debido a cuadro clínico y métodos complementarios, se realiza diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, diagnóstico presuntivo de síndrome antifosfolipídico asociado y miocarditis focal secundaria. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 30 mg/kg/día en pulsos endovenosos cumpliendo 3 en total con posterior dosis de mantenimiento con meprednisona vía oral a 1 mg/kg/día con posterior asociación de hidroxicloroquina 200 mg/día. El Servicio de Hematología inicia tratamiento anticoagulante inicial con enoxaparina 40 mg/día y luego mantenimiento con acenokumarol 2 mg/día, y el Servicio de Cardiología Pediátrica indica asociar además al tratamiento ácido acetilsalicílico 100 mg/día y espironolactona 25 mg/día.
RESULTADOS: La paciente evoluciona favorablemente con disminución progresiva de las enzimas cardíacas otorgándose alta médica con seguimiento estricto.
CONCLUSIONES: La prevalencia de miocarditis en lupus eritematoso sistémico en algunos estudios es significativamente mayor en niños comparados con adultos, por lo que su sospecha ante síntomas compatibles es importante en estos pacientes, utilizando métodos diagnósticos de fuerte valor predictivo no invasivos como es la resonancia magnética cardíaca con gadolinio.

1976

ENFERMEDAD DE BLAU. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío HERNÁNDEZ, Isabel Brusco, Alejandra Pringe

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

I**NTRODUCCIÓN:** La sarcoidosis pediátrica, o síndrome de Blau (SB), incluye un espectro de patologías inflamatorias granulomatosas de la infancia caracterizadas por la presencia de granulomas epitelioides no caseificantes. Es una enfermedad autoinflamatoria de herencia autosómica dominante causada por mutaciones del gen NOD2. Clínicamente presenta un debut temprano (generalmente por debajo de los 4 años) y se caracteriza por la tríada dermatitis, artritis y uveítis. También se ha documentado afectación sistémica con fiebre, adenopatías e infiltración visceral granulomatosa. La uveítis se presenta como panuveítis pudiendo evolucionar a una forma grave con coroiditis multifocal y alto riesgo de morbilidad visual. En la edad pediátrica, también se describe sarcoidosis tipo adulto, principalmente de inicio en la adolescencia temprana. Se caracteriza principalmente por manifestaciones sistémicas con afectación pulmonar y adenopatías. Pueden presentar aumento de RFA, anemia, hipergammaglobulinemia y perfil de autoanticuerpos negativos. El aumento de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) no es constante ni específico. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la evidencia histológica de granulomas no caseificantes y la exclusión de otras enfermedades con cuadro histológico o clínico similar. El estudio genético confirma el diagnóstico. Existe escasa evidencia que indique cuál es el tratamiento óptimo en el SB, en gran parte debido a la baja incidencia y a la heterogeneidad de la enfermedad, utilizándose corticoides, inmunosupresores y fármacos biológicos, siendo los anti-TNF-α (sobre todo los anticuerpos monoclonales adalimumab e infliximab) los empleados con frecuencia creciente, mostrando buena eficacia.
OBJETIVOS: Describir el caso clínico de un paciente pediátrico con síndrome de Blau.
CASO CLÍNICO: Paciente de 3 años de vida cursando cuadro de toxoplasmosis ocular en tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y meprednisona, se interna en nuestro hospital por síndrome febril prolongado por lo que se realizan estudios complementarios con PCR para COVID negativa, orina completa normal, radiografía de tórax y ecografía abdominal sin alteraciones, laboratorio con PCR elevada, leucocitosis, anemia e hiperplaquetosis y perfil de autoanticuerpos negativos. Se realiza interconsulta a nuestro Servicio por antecedente de madre y abuela materna con artritis idiopática juvenil. Al examen físico presenta como datos positivos artritis de rodilla derecha y tenosinovitis en tobillo homolateral. Con sospecha de artritis idiopática juvenil sistémica vs SB, se ajusta tratamiento con esteroides, inicia metotrexato y se solicita estudio genómico en busca de mutaciones asociadas a enfermedades autoinflamatorias. Se recibe el resultado con presencia de variante de significado incierto en el gen NOD2 asociado con SB, autosómica dominante. Si bien no es una mutación establecida como causante del síndrome, dado el cuadro clínico del paciente y los antecedentes familiares, se asume el diagnóstico. El paciente presenta respuesta inadecuada al tratamiento con esteroides y metotrexato por lo que se indica agregar adalimumab.
CONCLUSIONES: La variada presentación de la sarcoidosis con un cuadro clínico que puede simular enfermedades del tejido conectivo, suele representar un desafío diagnóstico para los reumatólogos infantiles. Además de la evaluación clínica y los estudios complementarios, en todo paciente con sospecha de enfermedad reumatológica es fundamental interrogar acerca de la historia familiar para plantear diagnósticos diferenciales de patologías poco frecuentes y así brindar un tratamiento dirigido para lograr una mejor calidad de vida.

1987

PERFIL DE AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS (AEM) Y ASOCIADOS A MIOSITIS (AAM) EN PACIENTES JUVENILES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (MII)

Agustina María SHARRUF, Silvia Meiorin, Laura Barzola, Patricia Carabajal, Graciela Espada

HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ

I**NTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas de inicio juvenil constituyen enfermedades autoinmunes heterogéneas de baja prevalencia caracterizadas por inflamación crónica del músculo y usualmente también de la piel. Los AEM definen subgrupos de pacientes que comparten similares características clínicas y pronósticas, mientras que los AAM se observan en miopatías superpuestas con otras enfermedades autoinmunes.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de AEM y AAM en una cohorte de pacientes juveniles con MII; caracterizar el fenotipo y evolución de la enfermedad de acuerdo al perfil de anticuerpos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Se enrolaron en esta cohorte pacientes con diagnóstico de MII de inicio <16 años y presencia de anticuerpos específicos asociados a miositis (detectados a través del registro inmunoserológico disponible para estos pacientes a partir de 2019). Los pacientes con dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM) juvenil cumplieron Criterios de Bohan y Peter (‘75) y aquellos con dermatomiositis amiopática criterios de Euwer-Sonthemeir (´93). Se evaluaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Determinación serológica de anticuerpos específicos y asociados, mediante Inmunobloting y Elisa, respectivamente, y anticuerpos antinucleares (FAN) por IFI-Hep2. Se definió como miositis severa a *score* MMT <3 (escala de puntuación 1-5). Evaluación clinimétrica de actividad mediante DAS (2003), capacidad funcional a través de CHAQ (1994) y CMAS (1999), y daño por *score* MDI (2005). Se consideró como refractariedad al tratamiento (1º línea) con metrotrexato a quienes requirieron otro inmunosupresor y/o drogas biológicas. Estadística descriptiva, SPSS 2019.

RESULTADOS: Se determinó el perfil de anticuerpos (AEM-AAM) en 31/39 pacientes con miopatías en seguimiento. Se identificaron 25/31 pacientes con anticuerpos positivos (prevalencia 80,6%), hallándose AEM en 20 niños (80%) con la siguiente distribución (n ptes):7 NXP2 (28%), 5 MDA5 (20%), 3 TIF-1 (12%), y 5 antisintetasa (20%): 3 PL12 (12%), 1 EJ y 1 JO1 (4% en cada caso); y en otros 5 pacientes se hallaron AAM (20%):3 Pm-Scl (12%), 1 RNP y 1 KU (4%). FAN+ (80%), se observó en 20/25 pts, en su mayoría con patrón moteado (90%). Ningún paciente presentó superposición con otro AEM. De los 25 pacientes (seropositivos), 21 fueron mujeres (72%), con edad media al debut de 9.6 años (DE±3,9). La mediana de tiempo de demora al dx y de seguimiento fueron 0,25 años (RIC 0.1-0.9) y 2.5 años (RIC 0.7-3.9), respectivamente. Veinte pacientes cumplían criterios para DM, 3 para PM y 2 dermatomiositis amiopática. El inicio de la afectación cutánea y muscular fue simultáneo en 70% (n=14) de los niños con DM. En la Tabla se representan las características fenotípicas y evolutivas prevalentes según subgrupos de anticuerpos hallados. Dos pacientes con miopatías asociadas a Scl-100 y RNP fallecieron, ambos por sepsis.

	AEM (20)						**AAM (5)**		
	NXP2 (n=7)	**MDA5 (n=5)**	**TIF1 (n=3)**	**PL12 (n=3)**	**Antisintetasa EJ (n=1)**	**JO1 (n=1)**	**PM-Scl (n=3)**	**RNP (n=1)**	**KU (n=1)**
Edad X debut (años DE) tipo mediano demora Dx (meses RIC)	11.9 (1.7) 0.2 (0.1-0.2)	6.5 (4) 0.7 (0.2-0.9)	4.6 (1.2) 0.7 (0.6-1.5)	12.9 (4.3) 0.3 (0.1-0.6)	5.4	11.1	11.1 (2.3) 0.4 (0.2-1.2)	7.1	14.2
Debilidad muscular <3 (n;%)	6 (85.7)	3 (60)	2 (66.6)	2 (66.6)	-	1 (100)	1 (33)	1	-
Artritis	-	3 (60)	-	2(66)	-	1 (100)	2 (66)	-	1
Compromiso cutáneo típico (%)	7 (100)	4 (80)	3 (100)	2 (66)	1	1	3 (100)	1	1
Esclerodermia	-	-	-	1 (33)	-	1	2 (66.6)	-	-
Úlceras cutáneas	2 (28.5)	2 (40)	-	-	-	-	-	1	-
Calcinosis	3 (42.8)	-	-	2 (66)	-	1	-	-	-
Raynaud/manos mecánicas	-	-	-	1	-	-	1 (33)	-	-
Disfagia	4 (57)	-	-	1	-	-	1 (33)	1	1
Neumonitis intersticial	-	1 (20)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
Miocariditis /serositis	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Refractariedad al tratamiento	4 (57)	4 (80)	1 (33)	1 (33)	-	1	1 (33)	1	-
Curso no monofásico	6 (85.7)	3 (60)	2 (66)	2 (66)	-	1 (100)	2 (66)	1	1

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de pacientes con MII, la prevalencia de AEM fue del 80%, siendo los prevalentes: NXP2 (28%), MDA5 (20%) y antisintetasa (20%). El subgrupo predominante NXP2 mostró un fenotipo clásico, pero con debilidad severa y compromiso deglutorio en >50% de los pacientes, desarrollo de calcinosis en 42.8% y curso crónico. El 20% de los pacientes presentó AAM, prevaleciendo PM-Scl con fenotipo de afectación inflamatoria articular y lesiones esclerodermiformes, con menor deterioro muscular. Es de destacar, al comparar con otras series de niños con MII, la alta prevalencia de NXP2 en nuestra cohorte.

1989

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO POSCOVID (SIM-C) EN PEDIATRÍA: COMPLICACIONES EN LA FASE AGUDA Y DURANTE EL SEGUIMIENTO

Marcela Beatriz ÁLVAREZ, Laura Lorena Guerini, Ayelén Ojeda Silva, Silvia Mónica Meiorin, Graciela Espada

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

I**NTRODUCCIÓN:** SIM-C es una enfermedad inflamatoria, inmunomediada, que se presenta 4-6 semanas posteriores a la infección por SARS-CoV-2. Su presentación varía de formas leves a severas. Sin embargo, un subgrupo desarrollará cuadros de hiperinflamación e hiperferretinemia con elevada morbilidad. Poco se conoce sobre las complicaciones que presentan estos pacientes a corto y largo plazo.
OBJETIVOS: Describir las características clínicas, de laboratorio y tratamiento en pacientes con SIM-C; determinar las complicaciones en la etapa aguda y durante el seguimiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes <18 años (del 03/2020 al 04/2022) con diagnóstico de SIM-C, según la definición de caso del Ministerio de Salud 2020. Se consignaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, terapéuticos y comorbilidades. Se determinaron las complicaciones del SIM-C en la fase aguda y durante el seguimiento. Análisis estadístico: descriptivo, chi^2. T-test. SPSS19.0.
RESULTADOS: Se incluyeron 44 pacientes, 23 (52%) varones, edad mediana al Dx: 5.4 años (RIC 2,1-9,6). Serología IgG positiva SARS CoV-2 en 32 pacientes (73%) y 14 (32%) RT-PCR positiva. Frecuencia de fenotipos clínicos (pacientes, %): 19 (43%) Kawasaki-like, 16 (36%) inespecífico y 9 (20%) síndrome de activación macrofágica (SAM). Presentaron compromiso cardiológico (elevación de enzimas cardíacas, disfunción ventricular y afectación coronaria) 37 pacientes (84%), compromiso gastrointestinal (dolor abdominal y diarrea) 31 pacientes (70%) y pulmonar (neumonía bilateral-hipoxemia) 5 pacientes (11%). Ingresaron a UTIP 19 pacientes (43%) (14 en 2020, 5 en 2021), 15 (34%) con *shock*. Incremento de parámetros de laboratorio al diagnóstico (pacientes, %): 44 (100%) PCR, 40 (91%) dímero D, 39 (89%) procalcitonina, 30 (68%) proBNP, 29 (66%) troponina y 23 (52%) ferritina y citopenias en 43 niños (98%). Todos recibieron gammaglobulina, 36 pacientes (82%) corticoides y 7 (16%) tocilizumab. Comorbilidad previa 13 pacientes (29%): 4 IRC (2 vasculitis ANCA y *goodpasture*), 4 obesidad, 2 cardiopatías y 2 LLA. Complicaciones fase aguda en 27 casos (61%), (pacientes, %): 9 (20%) SAM, 3 (7%) abdomen agudo con invaginación intestinal, íleo paralítico y apendicitis; 7 (16%) aneurismas coronarios y 2 (5%) trombosis arterial (coronaria y femoral). Estas complicaciones se asociaron con la presencia al Dx de: dímero D elevado 100% vs 76% (p:0.02), linfopenia (680 vs. 1026 mm^3 p:0.02), proBNP (X: 16820 vs. 2984 pg/ml p:0.03) y procalcitonina (X: 37.9 vs 2.5 ng/ml p:0.04), especialmente en pacientes con comorbilidades asociadas (44% vs. 6% p:0.006). Tres adolescentes (7%) presentaron paro cardiorrespiratorio, 2 fallecieron (4.5%) en contexto de SAM. Ambos presentaban significativamente valores elevados ferritina (X:8.373 vs.1.240 ng/ml p:0.0001), procalcitonina (X: 260 vs. 13 ng/ml p:0.000) y troponina (X: 1.274 vs. 304 ng/L p:0.004) con linfopenia (360 vs. 794 mm3 p:0.03) y plaquetopenia (67 vs. 437 x103 p:0.01) vs aquellos ptes que sobrevivieron. Continuaron seguimiento 36 pacientes (86%), tiempo mediano 180.5 días (RIC 95.7-346). Complicaciones fase de seguimiento en 19 casos (53%): hipogammaglobulinemia transitoria y linfopenia persistente en 14 (39%) y 4 (11%) ptes, respectivamente. Precordialgia en 1° trimestre en 6 pacientes (17%) con enzimas y ECO normales. Se observó persistencia de troponina elevada en 5 pacientes (14%) al

6° mes de seguimiento, confirmando isquemia cardíaca en 2 (SPECT). Reinternaciones en 6 pacientes (17%), tiempo X: 70 días (r:19-194). Causas: 2 cuadro abdominal, 1 *shock* séptico, 1 trombosis cardíaca, 1 síndrome febril y 1 desarrollo de aneurismas gigantes. Un niño (3%) presentó alteraciones de la conducta y del aprendizaje. Posterior al alta, no se observó la aparición de nuevos eventos de SIM-C, en 8 pacientes vacunados contra COVID-19 (22%) ni en 3 pacientes (8%) re-infectados con SARS-CoV-2.
CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de pacientes con SIM-C observamos un 61% de desarrollo de complicaciones agudas (SAM, aneurismas coronarios y abdomen agudo), mientras que en la fase de seguimiento hasta un 53% de los pacientes presentaron hipogammaglobulinemia, precordialgia o persistencia de troponina elevada. La tasa de mortalidad fue mayor en pacientes con SAM y enfermedad comórbida concomitante. Observamos que un subgrupo de pacientes presentó persistencia o recurrencia de manifestaciones clínicas y/o de laboratorio post SIM-C (similar a lo observado en Long-COVID), por lo que enfatizamos la importancia del seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

1992

ESCLERODERMIA SISTÉMICA JUVENIL (ESJ): EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Ayelén Gabriela OJEDA SILVA[1], Silvia Meiorin[1], María Laura Barzola[1], María Susana Galindo[2], Graciela Espada[1]

[1]HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, [2]HOSPITAL DE NIÑOS JESÚS DE TUCUMÁN

I**NTRODUCCIÓN:** La esclerodermia sistémica es una enfermedad autoinmune caracterizada por una tríada de inflamación, fibrosis y compromiso vascular con impacto en diferentes órganos tales como piel, pulmón, tracto gastrointestinal, entre otros. Es una enfermedad poco prevalente en la infancia, de curso crónico y progresivo, asociada a significativo retraso al diagnóstico y consecuente riesgo de morbimortalidad.
OBJETIVOS: Describir las características clínico-serológicas, terapéuticas y evolutivas de una cohorte de pacientes con esclerodermia sistémica de inicio juvenil; comparar los subgrupos de pacientes según subtipo limitada y difusa.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con Dx de ESj (Criterios PRES-ACR-EULAR 2007) <16 años seguidos durante el período 2000-2022. Se excluyeron pacientes con criterios para síndromes de superposición. Se analizaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, estudios complementarios (incluyendo capilaroscopia) y terapéuticos (corticoides, inmunosupresores, vasodilatadores). Evaluación clinimétrica mediante *score* de Rodnan modificado (1993) y J4S (2012) para determinar severidad de la enfermedad. Análisis estadístico: descriptivo chi^2. T-Test. (SPSS 2019).
RESULTADOS: Se incluyeron 12 pacientes, todas mujeres, con mediana de edad al inicio de síntomas 10,5 años (RIC 7.65-13.78) y con tiempo mediano al diagnóstico 20.8 meses (RIC 2.2-25.6). La mediana de seguimiento fue de 3.9 años (RIC 0.46-5.9). Los motivos de derivación más frecuentes fueron fenómeno de Raynaud en 11 pacientes (92%), compromiso cutáneo en 9 pacientes (75%) y retracciones tendinosas en 7 pacientes (58%). Siete niñas fueron clasificadas como formas difusas y el resto limitadas, siendo la edad al debut significativamente menor en el primer grupo (8.8 vs 13.8 años, p0.01), sin hallar otras diferencias clínicas ni de laboratorio entre los subtipos. En 11 pacientes (92%) se detectó esclerodactilia y/o induración cutánea, 4 de ellas desarrollaron úlceras digitales y telangiectasias en 5 pacientes. Se realizó videocapilaroscopia en todas las pacientes, patológicas en 83% (n: 10 pacientes) con prevalencia de patrón SD activo. Miositis, artritis, y manos mecánicas se observaron en 3, 1 y 1 pacientes, respectivamente. Solo 3 pacientes (25%) presentaron disnea, constatándose patrón restrictivo leve mediante espirometría e imágenes patológicas (vidrio esmerilado y bullas subpleurales) en 7 (58%) y 4 pacientes (33%), respectivamente. Una paciente desarrolló hipertensión pulmonar severa. El 50% de la cohorte presentó disfagia, con motilidad esofágica enlentecida (videodeglución) y presencia de esofagitis-gastritis (VEDA). En contexto de anemia ferropénica severa refractaria, se diagnosticó ectasia vascular gástrica en una joven controlada con electrocoagulación con argón. Una paciente desarrolló neuropatía periférica. Todas las pacientes presentaron FAN en títulos altos (X 1:2560, patrón nucleolar en 50%), Scl-70 en 4 pacientes, ningún ac anticentrómero. Como abordaje terapéutico, las pacientes fueron tratadas con corticoides sistémicos, drogas inmunosupresoras (metotrexato y micofenolato mofetil) para afectación cutánea y musculoesquelética, mientras que 5 pacientes requirieron ciclofosfamida por neumonitis intersticial. Dos pacientes recibieron rituximab por enfermedad cutánea y respiratoria severa progresiva. Nifedipina fue el fármaco vasodilatador más utilizado, y 3 pacientes debieron combinar terapia con sildenafil debido a la severidad del fenómeno vascular. Bosentan se indicó en 1 paciente por presencia de úlceras digitales recalcitrantes. No se observó mejoría significativa de clinimetría a la última consulta: *score* de Rodnan X 21,8 (rango 2-56) vs 14,1 (rango 0-56) y J4S X 8,32 (DE 4,8) vs 6,64 (DE 5.3), aunque no significativa (p 0.79 y p 0.09). Una paciente falleció debido a fibrosis pulmonar y arritmias.
CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de pacientes con esclerodermia sistémica, el fenómeno de Raynaud fue el motivo de consulta y la manifestación clínica más frecuente. Siete pacientes presentaron compromiso respiratorio y la mitad GI. El subtipo difuso se detectó en niñas más pequeñas, sin otras diferencias clínicas en comparación con la forma limitada. Se detectó Scl 70 solo en 4 pacientes. Una paciente falleció por compromiso cardiopulmonar severo.

1994

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) DE PRESENTACIÓN TEMPRANA: FENOTIPOS CLÍNICOS SEGÚN LA EDAD DE INICIO Y ANTECEDENTES DE LUPUS FAMILIAR

Marcela Beatriz ÁLVAREZ, Laura Lorena Guerini, Silvia Mónica Meiorin, Ayelén Ojeda Silva, Graciela Espada

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ

I**NTRODUCCIÓN:** El 15-20% de los pacientes con LES inician su enfermedad antes de los 18 años de edad. Se describe que su presentación en menores de 10 años se asocia a mayor riesgo de enfermedad más severa. Son escasos los datos sobre la expresión clínica del LES en pacientes con antecedentes de lupus familiar que debutan en la edad pediátrica. En ambos fenotipos clínicos de presentación, los factores genéticos parecen tener un rol importante en la patogenia de la enfermedad.

OBJETIVOS: Describir y comparar los fenotipos clínicos de presentación, evolución y pronóstico de pacientes con LES antes y después de los 10 años de edad; describir los antecedentes de lupus familiar y analizar la expresión clínica en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (SLICC´12) <18 años. Período 2000-2022. Los pacientes con LES se agruparon según la edad de inicio en: ≤10 años (LES de presentación temprana) y >10 años (LES de inicio juvenil). Se analizaron variables demográficas, clínicas (actividad por SLEDAI-2K), de laboratorio y terapéuticas, también la ocurrencia de infecciones, de daño (SLICC´96) y mortalidad. Se analizó además la presencia de agregación familiar de autoinmunidad (AI) con foco en lupus familiar. Análisis estadístico: descriptivo, asociación (chi^2-T test) SPSS 19.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 254 pacientes con LES, 213 (84%) mujeres, con edad mediana al diagnóstico y evolución de la enfermedad de: 13.3 años (RIC:10.9-14.8) y 4 años (RIC:2-6.2), respectivamente. Presentaron antecedentes familiares de AI, 100 pacientes (39%) siendo las enfermedades más frecuentemente reportadas: tiroiditis, LES y artritis reumatoide. Identificamos lupus familiar en 30 pacientes (12%), y en al menos la mitad, el afectado era un familiar de 1° grado. Para evaluar el fenotipo clínico de presentación, los pacientes se dividieron en 2 grupos según la edad de inicio: ≤10 años y mayores de 10 años. Los niños con presentación temprana (n=70, 28%) mostraron un inicio más abrupto de la enfermedad y por ende, menor demora al diagnóstico (mediana 2 meses RIC:1-4,3 p:0.003) y mayor compromiso hematológico al debut (90% vs 74% p:0.003) como plaquetopenia y anemia hemolítica, comparado con el grupo de inicio juvenil. Requirieron, además, un tratamiento inicial más agresivo con pulsos de corticoides y ciclofosfamida (58% vs 44% p:0.027). No hubo diferencias en la expresión de autoanticuerpos entre ambos grupos. Durante la evolución, el grupo de niños ≤10 años desarrolló más complicaciones: infecciones con hospitalización (57% v. 43%, p:0.03, siendo las causas más frecuentes herpes zóster, neumonía y celulitis), mayor número de ingresos a UTI (26% vs 14% p:0.019) y de eventos de síndrome de activación macrofágica (SAM) (13% vs 4% p:0.012). A la última consulta, comparado con el grupo juvenil, la prevalencia de daño orgánico y enfermedad inactiva fue de 47% vs 34% (p:0.032) y 16 % vs 39% (p: 0.014), respectivamente. En el grupo de inicio temprano, observamos en el 53% antecedentes familiares de AI y 21% lupus familiar, comparado con el 39% y 10% en el grupo de pacientes >10 años de edad (p:0.048 y p:0.003). Al caracterizar el fenotipo clínico en el grupo de inicio temprano, hallamos en aquellos con lupus familiar una frecuencia significativamente mayor de fiebre (75% vs 24% p:0.024) y plaquetopenia (43% vs 14% p:0.029), sin diferencias en la fase evolutiva de la enfermedad. Ningún paciente con antecedentes de lupus familiar falleció (0 vs 11%).

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de 254 pacientes con LES, el grupo de niños con presentación temprana tuvo un fenotipo clínico más severo: debut abrupto de la enfermedad, con mayor compromiso hematológico y complicaciones (infecciones, ingreso a UTI y SAM). Mayor prevalencia de antecedentes de AI y lupus familiar (21%), comparado con los pacientes juveniles. Presentar un inicio temprano de la enfermedad y al menos 1 familiar con LES, se asoció con un fenotipo caracterizado por fiebre y plaquetopenia. En pacientes con LES de presentación temprana, con enfermedad severa y carga genética familiar, es importante determinar el perfil genético y la expresión de citoquinas para conocer su implicancia en el desarrollo de las manifestaciones clínicas. Esto nos permitirá identificar subgrupos de niños que se beneficien con un tratamiento dirigido y personalizado.

2028

A PROPÓSITO DE UN CASO ¿LUPUS MONOGÉNICO PEDIÁTRICO O ERROR INNATO DE LA INMUNIDAD?

María MARTIN[1], E. Frias[1], B. Pereira[1], M. Antolin[1], V. González[1], A. Minetti[1], J. Orellan[1], V. Skrie[1], L Del Pino[1], D Velázquez[1], V Pedano[2], T Bevan[2], M Rama[1], Daniela Vidal[1]

[1]HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, [2]HOSPITAL SAN ROQUE

I**NTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, sistémica, caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas y por la producción de autoanticuerpos, como anticuerpos anti nucleocitoplasmáticos (ANA), cuya especificidad suele ser: anticuerpos anti-doble cadena de DNA (a-DNAds), antígenos extraíbles del núcleo (Sm, RNP, Ro y La), histonas y anti C1q, entre otros. Dentro de este, solo el 20% de los pacientes debuta en la edad pediátrica (LESp). En niños menores a 5 años, se identifica el LESp muy precoz, el cual se asocia con mayor compromiso renal, del sistema nervioso central (SNC), manifestaciones cutáneas, mayor actividad de la enfermedad, peor curso y peor pronóstico que en los pacientes con LES poligénico. En aquellos niños con LESp muy precoz, con patología severa, consanguinidad parental e historia familiar de enfermedad autoinmune se debe sospechar de un lupus monogénico (LM). Más de 30 genes han sido descriptos hasta el momento como causa de LM. Sin embargo, la presencia de autoinmunidad no solo es propia de enfermedades autoinmunes, sino que además pueden presentarse en alteraciones del sistema inmune más complejas como en los errores innatos de la inmunidad (EII), grupo heterogéneo de patologías monogénicas. Dentro de este grupo, se describen entidades en las cuales la autoinmunidad es la principal manifestación clínica, como en los desórdenes autoinflamatorios o en las enfermedades de disregulación inmunológica. En casos de LESp severo es necesario buscar el EII subyacente.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de lupus pediátrico infrecuente en la práctica clínica destacando el aporte del laboratorio y el abordaje interdisciplinario.

CASO: Varón de 3 años de edad, consanguinidad parental, evaluado al año de edad por urticaria aguda y eccema leve en rostro, con diagnóstico (Dx) de alergia a la lactosa. Primera internación junio de 2022: Dx de *status* convulsivo refractario a anticonvulsivantes e infección por virus coxsackie. Por alteraciones bioquímicas se diagnostica síndrome de activación macrofágica, iniciando pulsos de corticoides con metilprednisolona 30 mg/kg/dosis. Alta hospitalaria con corticoterapia de mantenimiento. Segunda internación julio de 2022: *status* convulsivo febril, TAC de cerebro muestra atrofia cerebral, aumento de profundidad de los surcos, ventrículos laterales amplios. Sospecha diagnóstica de lupus inducida por fármacos por

eritema malar persistente, leucopenia, anemia, laquetopenia, transaminasas elevadas, función renal alterada, hipocomplementemia (C3 24 mg/dL y C4 2 mg/dL), Coombs Directa ++ y compromiso neurológico. Inicia pulso de metilprednisolona a 20 mg/kg. Resultados del laboratorio inmunológico: inmunoglobulina G: 3.314 mg/dL; Acs. a- nucleocitoplasmáticos: Positivo 1/320, patrón nuclear homogéneo/granular 1/320 y un patrón citoplasmático granular 1/80 (por inmunofluorescencia indirecta -IFI-en Hep-2000); Acs. a-DNAds: Positivo 1/200 (método: IFI sobre *Crithidia lucillae*); Acs. anti antígenos extraíbles del núcleo: Ro60 kDa: positivo-Ro52 kDa: negativo- La: positivo- antígeno Sm: Positivo- ribonucleoproteína nucleolar. Positivo- Ag. DNA-Topoisomerasa I Scl70: Negativo- Histidil-tRNA sintetasa Jo1: Negativo- Antígeno Ribosomal RNP. Positivo- Ac. a-Histonas: Positivo; Ac. a- DNAds Positivo; Ac. a- Nucleosoma: positivo (Método Inmunoenzayo lineal); Acs. a-C1Q: >100.0 U/mL; Acs. a-LC1: Positivo. Con sospecha diagnóstica de LM, se realiza infusión con ciclofosfamida + MESNA. La complejidad del caso llevó al abordaje interdisciplinario de los servicios de Reumatología, Inmunología, Gastroenterología y Clínica Pediátrica con el fin de determinar pendientes: RMN con angioresonancia, estudio de función linfocitaria, estudio genético y evacuar dudas sobre diagnóstico (LM vs. EII) y tratamiento. El paciente se encuentra cursando internación en sala común.

CONCLUSIONES: Este paciente representa un desafío dx debido a la variedad de manifestaciones clínicas y de los hallazgos de laboratorios en el contexto de un LESp de inicio muy precoz. Se destaca el enfoque multidisciplinario involucrando reumatólogos, inmunólogos, dermatólogos, gastroenterólogos y neurólogos, con los resultados del laboratorio como un pilar fundamental en las conductas a seguir. El diagnóstico definitivo, en base a las alteraciones genéticas a encontrar, es necesario no solo para instaurar un tratamiento apropiado, sino también para el consejo genético.

FE DE ERRATAS

En Vol. 32 Nº 4 Suplemento 54º Congreso Argentino de Reumatología, en el trabajo Nº 0147 "PREDICTORES DE RIESGO DE RECAÍDA EN POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 185 PACIENTES" involuntariamente se omitió mencionar como autor al Dr. Juan Pablo Vinicki.

0147

PREDICTORES DE RIESGO DE RECAÍDA EN POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 185 PACIENTES

José Luis VELASCO ZAMORA[1], Oscar Eduardo GUT[2], María Del Rosario MALIANDI[3], Javier Alberto CAVALLASCA[4], Miguel Alex LINAREZ[5], María Alejandra CUSA[6], Julio A. GOT[7], María Andrea SPINETTO[2], Adrián Jorge ESTEVEZ[8], Alejandro BRIGANTE[9], Ana Carolina CURTI[2], Ana Carolina COSTI[10], Juan Pablo VINICKI[11]

[1]INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS DE QUILMES, [2]CENTRO MÉDICO PRIVADO, [3]UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, SANATORIO GARAY, [4]SECCIÓN REUMATOLOGÍA, HOSPITAL JOSÉ BERNARDO ITURRASPE, [5]OSPM, [6]MEDICINA REUMATOLÓGICA, CENTRO MÉDICO PRIVADO, [7]UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, INSTITUTO MÉDICO HUMANITAS, [8]UNIDAD DE INMUNOREUMATOLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, [9]SECCIÓN REUMATOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, [10]SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA, [11]UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL DE QUILMES

OBJETIVOS: Identificar predictores de riesgo de recaída en pacientes con PMR tratados con GC.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo multicéntrico en Argentina. Revisamos las historias clínicas de los pacientes con PMR diagnosticados entre 2006 y 2021. El diagnóstico de PMR se basó en los criterios de Chuang. Se excluyeron pacientes con menos de 1 mes de seguimiento. Se registraron datos demográficos, cuadro clínico (compromiso de cintura escapular, pelviana o ambas, artritis, arteritis), laboratorio (hemoglobina, eritrosedimentación [ESR], proteína C reactiva [PCR], cociente neutrófilo/linfocito [NLR], cociente plaqueta/linfocito [PLR], cociente monocito/linfocito [MLR]) al momento del diagnóstico y el tratamiento inicial con glucocorticoides (GC). Se consideró dosis alta de GC a meprednisona >=20 mg por día, prednisona >=16 mg por día o deflazacort >=18 mg por día. La recaída se definió como la reaparición de signos y síntomas asociados, con o sin niveles elevados de ESR o PCR en pacientes que necesitaron aumento en la dosis o re-inicio de GC. Se compararon grupos que presentaron recaída versus lo que no mediante análisis proporcional de Cox. Se informan Hazard Ratio (HR) con intervalos de confianza (IC) para el 95%. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de cada centro participante.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes (69,19% sexo femenino, edad media 71,17±9,52 años). El 57,84% tenía antecedente de hipertensión arterial (HTA) y el 38,38% de dislipemia (DLP). El cuadro clínico predominante fue el compromiso de cintura escapular y pelviana (76,76%) y la artritis estaba presente en el 21,08%. El 67,03% recibió meprednisona y el 31,89% recibió dosis altas de GC como tratamiento inicial. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 17 meses (rango 1,5 a 166). La incidencia de recaídas fue de 1,2 por cien personas/mes. La mediana del tiempo a la recaída fue de 70,5 meses (percentilo 25= 14 meses). No se encontró asociación entre el riesgo de recaídas con la edad, sexo, antecedentes de HTA, diabetes o tabaquismo, cuadro clínico, PCR, ESR, NLR, MLR y PLR. Se encontró asociación significativa con el uso de dosis altas de GC (HR=2.44, IC95%=1.46 a 4.06; p=0,001), uso de meprednisona (HR=2.91, IC95%=1.54 a 5.47; p=0,001) y antecedente de dislipemia (HR=0.51, IC95%= 0,30 a 0,89, p=0,018).

CONCLUSIONES: Se observó una tasa de recaídas inferior a lo reportado en la literatura. El riesgo de recaída fue mayor en personas tratadas con dosis altas de GC y con el uso de meprednisona. En pacientes con antecedente de dislipemia el riesgo de recaída fue menor.

TOLVAR
TOFACITINIB

Azumel
APREMILAST

BOSENTAL
BOSENTAN

PROCAVI
Programa Calidad de Vida

0800 222 0526
Lunes a Viernes de 9:30 a 17:30 hs.
procavi@bago.com.ar

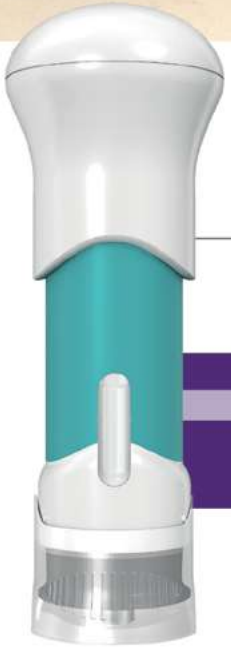
Información destinada a los profesionales de la salud facultados para prescribir.
www.bago.com.ar | 0810 666 7766

Bagó

Tremfya® (guselkumab)

EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA, MEJOR SIN LÍMITES

1º ANTI IL-23 APROBADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACA MODERADA A SEVERA Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA.[1]



NUEVA PRESENTACIÓN AUTOINYECTOR

ONE-PRESS

LA MISMA EFICACIA Y TOLERABILIDAD CON MAYOR CONVENIENCIA Y FACILIDAD DE USO.[2]

7 INYECCIONES EN LAS PRIMERAS 48 SEMANAS.[1]

DOSIS ÚNICA DE 100 MG UNA VEZ CADA 8 SEMANAS DESPUÉS DE SÓLO 2 DOSIS INICIALES.[1]

ACLARAMIENTO COMPLETO Y SOSTENIDO DE LA PIEL[3,4]

EFICACIA SIGNIFICATIVA EN ARTRITIS PSORIASICA[5,6]

SEGURIDAD COMPROBADA[4]

REFERENCIAS:

1. Información para prescribir Tremfya®. **2.** Ferris LK, et al. J Dermatolog Treat. 2020 Mar;31(2):152-159. **3.** Reich K, et al. Lancet. 2019 Sep 7;394(10201):831-839. **4.** Griffiths CEM y cols. AAD 2020, Poster 15287. **5.** Mease PJ, et al. Lancet. 2020. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30263-4. **6.** Deodhar A, et al. Lancet. 2020. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30265-8.

Acceda al prospecto de Tremfya® solución inyectable escaneando el código QR en su dispositivo móvil. Puede también acceder a la información para prescribir en la sección de productos de nuestra página web: www.janssen.com

INFO Janssen
Información Científica
www.janssen.com

Para consultas, solicitudes, pedidos de búsquedas bibliográficas, reportes de eventos adversos y/o reclamos de calidad por favor comunicarse a:

ARGENTINA
infojanssen@janar.jnj.com
0800 122 0238

Janssen Esencial
PROGRAMA DE APOYO PARA PACIENTES

Para asesoramiento y más información respecto al programa, comunicarse de lunes a viernes de 9 a 18 hs:

ARGENTINA
infopacientes@janssenesencial.com.ar
0800 777 0343

Janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

Material destinado para uso exclusivo del profesional médico.

©Janssen Cilag Farmacéutica S.A. / 02, 2022 // CP-293030